

Le prime due ore dopo il parto fisiologico: Assistenza ostetrico-neonatologica alla mamma ed al neonato

I PROBLEMI GINECOLOGICI NEL POSTPARTUM

	
	IRCBG 00773 Le prime due ore dopo il parto fisiologico: assistenza ostetrico neonatologica alla mamma e al neonato
<p>Le prime ore successive al parto fisiologico richiedono da un lato alcuni interventi di sorveglianza, diagnostici e terapeutici minimamente invasivi, dall'altro la necessità di favorire la stretta interazione tra madre e neonato nelle prime due ore di vita.</p> <p>Lo scopo del corso è consolidare le buone pratiche in sala parto da parte di tutte le figure professionali coinvolte: medici, ostetriche, infermiere e OSS. Nell'attività d'aula si attengono metodologie didattiche interattive e non interattive volte a favorire l'acquisizione di conoscenze e di competenze utili promuovere un approccio pratico multidisciplinare e condiviso alla madre e al neonato nelle sue prime due ore di vita. A conclusione del percorso verranno proposti casi/situazioni pratiche che i partecipanti simuleranno di gestire.</p>	
Edizione del 05 ottobre 2017 Aula A –IRCCS Burlo Garofolo	PROGRAMMA
Destinatari: 15 partecipanti con obbligo dei crediti ECM: Medico chirurgo: Anestesia e Rianimazione, Ginecologia e Ostetricia, Neonatologia, Pediatria, Privo di specializzazione psicologo, Infermiere, Infermiere pediatrica, Ostetrica/o	14.30 Il parto ed il neonato "fisiologici" Brovedani Pierpaolo
4 partecipanti senza obbligo dei crediti ECM	15.00 I problemi ginecologici nel post-partum Barresi Valentina
Il corso è rivolto al personale e agli studenti/specializzandi dell'area materno/neonatale	15.45 L'assistenza al neonato fisiologico. "Il neonatal collapse" Brovedani Pierpaolo
N.B.: Per gli studenti del CdL in Ostetricia (2 posti riservati) le iscrizioni chiudono il 22/09/2017	16.15 Pausa
MODALITA' D'ISCRIZIONE: Inviare l'iscrizione all'Ufficio Formazione via mail: iscrizioni.formazione@burlo.trieste.it	16.30 Mamma e neonato nel post-partum: l'assistenza ostetrica Degrassi Maura
CREDITI ECM: 6	17.15 Il contatto madre-bambino nelle prime due ore Brovedani Pierpaolo
	17.45 Verso una gestione condivisa nelle prime due ore dopo il parto Degrassi Maura
	18.45 Consegna degli elaborati

Trieste, 5 ottobre 2017

Dr.ssa Valentina Barresi
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Parto fisiologico



Gravidanza fisiologica

Età materna <40 anni

Gravidanza singola

Parità <6

BMI <30

Anamnesi ostetrica negativa per

Pregressa morte endouterina

Pregressa preeclampsia/HELLP

Pregresso parto complicato da encefalopatia neonatale

Pregresso TC

Pregressa distocia di spalla

Gravidanza attuale negativa per

Placenta previa

Preeclampsia/ipertensione gestazionale

Parto pretermine o pPROM

IUGR

Isoimmunizzazione materno-fetale

Diabete gestazionale

Oligo/polidramnios

Assenza di patologie mediche preesistenti o attuali

Lacerazioni vaginali - episiotomia

Ricerca fonti di sanguinamento dai genitali esterni,
vagina, fornici vaginali, collo uterino



sutura



Download from
Dreamstime.com

This watermark-free comp image is for previewing purposes only.

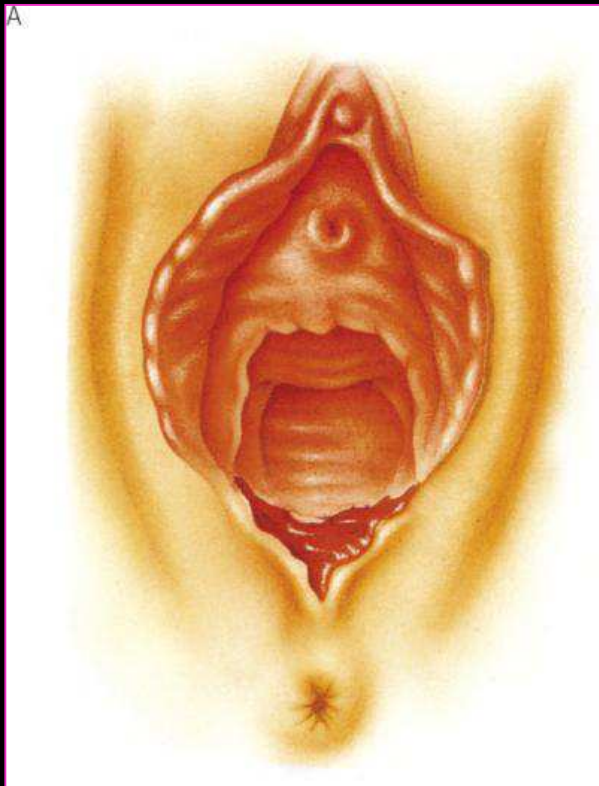


50756330

Russinov | Dreamstime.com

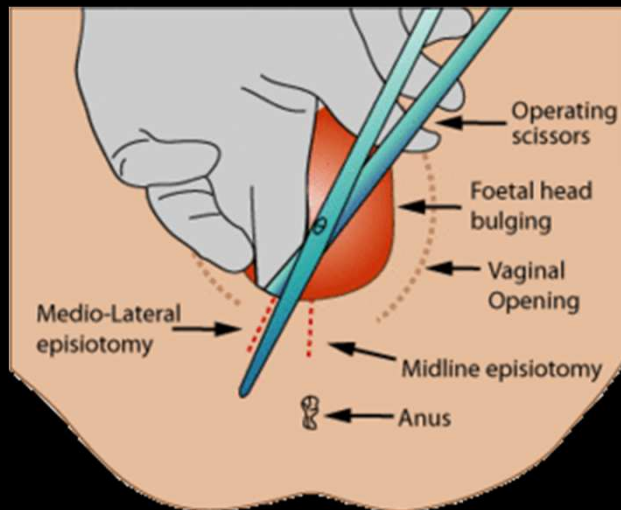
Lacerazioni vaginali - episiotomia

Possibili complicanze

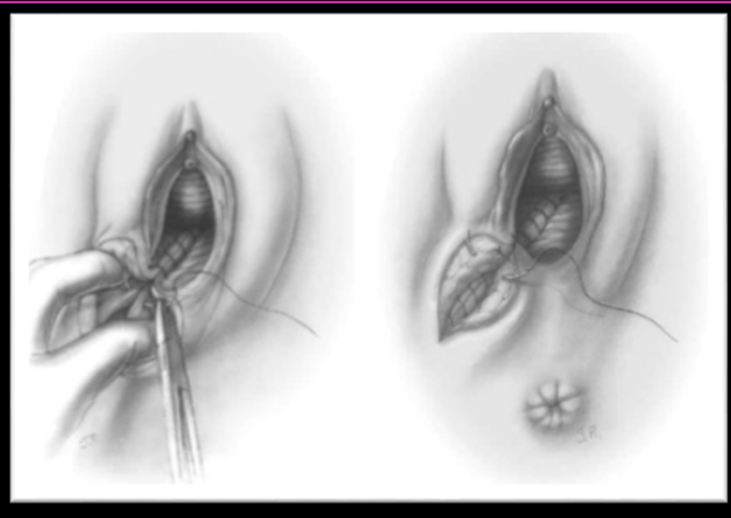


Emorragia
Prolungamento della lacerazione
Lacerazione cervicale
Lacerazioni di III-IV grado
Ematoma / trombogenito

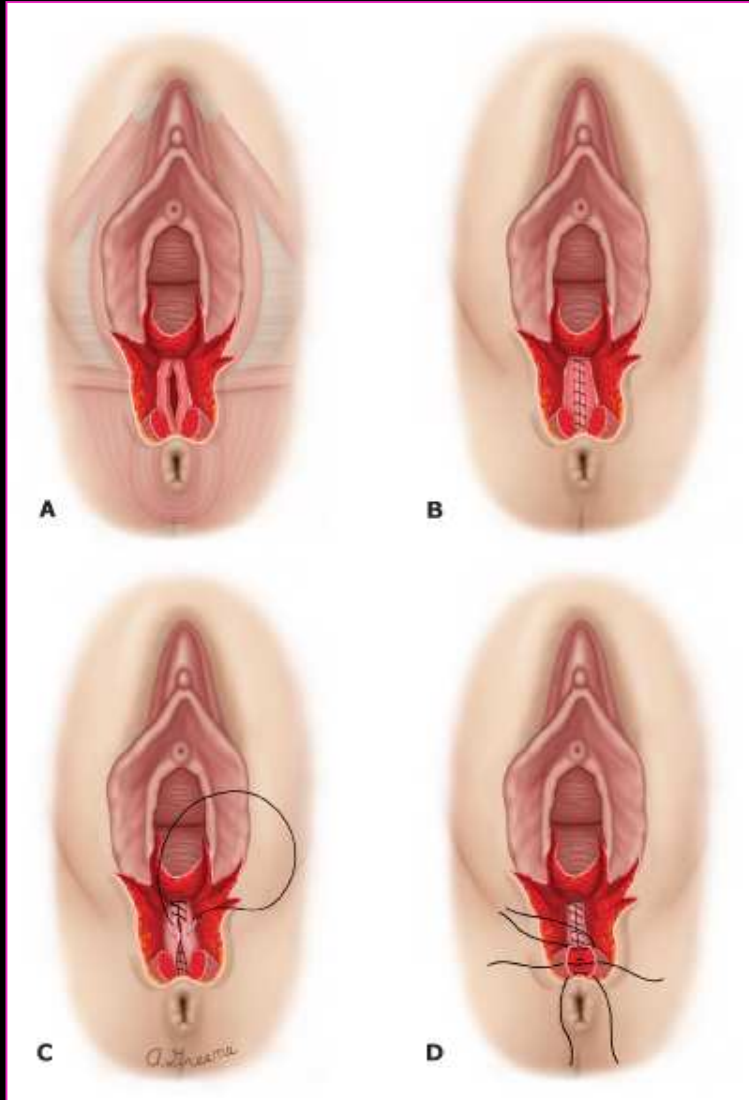
Episiotomia



Incisione chirurgica del perineo, effettuata nell'ultima parte del secondo stadio del travaglio, per ampliare il canale del parto favorendo il disimpegno dell'estremo cefalico fetale, riducendo le lacerazioni vaginali spontanee



Lacerazioni vaginali



1° - lacerazione della cute, sottocute del perineo e della vagina. Non interessamento muscolare

2° - interessamento muscolatura perineale. Sfinteri intatti

3° - coinvolge le fibre dello sfintere anale esterno / interno

3 a < 50% spessore sfintere esterno

3 b > 50% spessore SAE

3 c interessamento sfintere anale interno

4° - mucosa rettale

Lacerazioni vaginali

III e IV grado
fattori di rischio

Nulliparità (RR 6,97)

Macrosomia

Posizione occipito posteriore

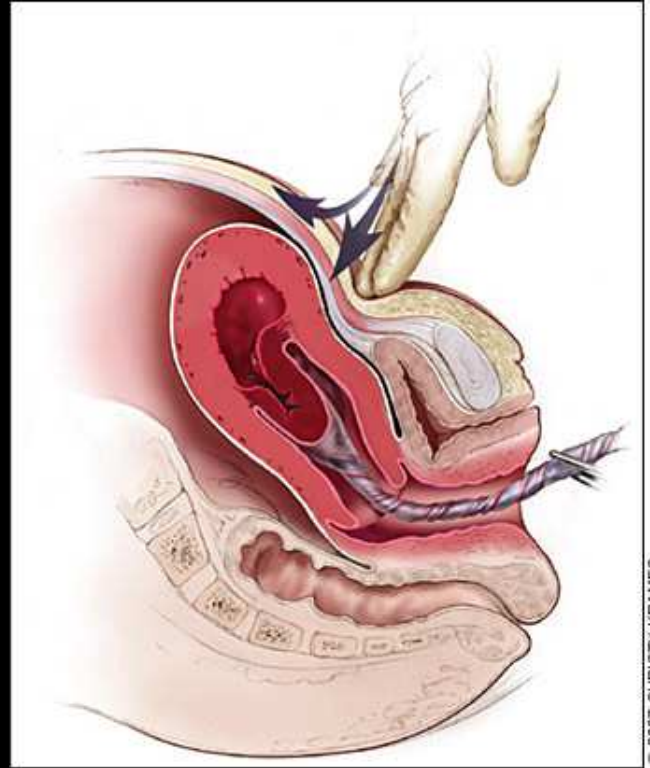
Durata del secondo stadio superiore a due ore

Distocia delle spalle

Parto vaginale strumentale (forcipe > ventosa)

Etnia materna (razza caucasica > razza nera)

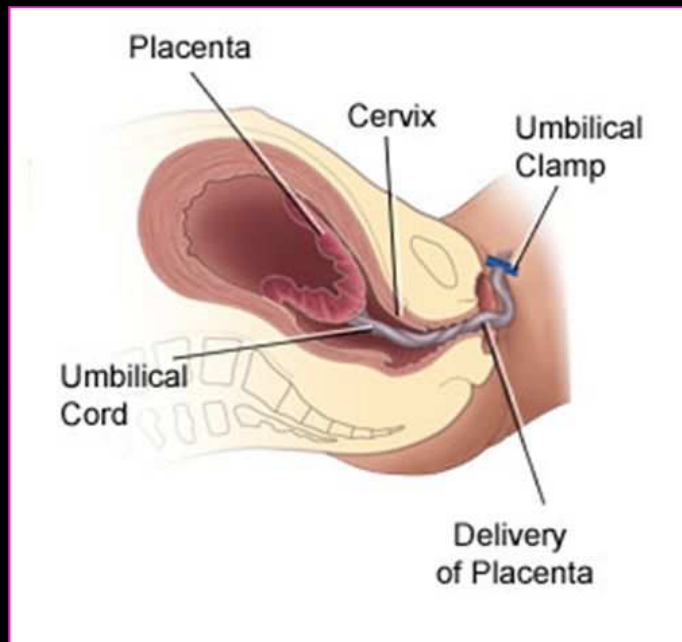
Patologia del secondamento



Mancato distacco della placenta dopo 30' dalla nascita del feto

➡ prolungamento del terzo stadio

Secondamento



- Fase latente: miometrio contratto ad eccezione della zona retro placentare
- Fase di contrazione della zona retro placentare
- Fase di distacco
- Fase di espulsione

Patologia del secondamento

- Placenta staccata ma intrappolata nell'utero
- Placenta aderente alla parete uterina ma facilmente separabile manualmente
- Secondamento incompleto
- Placenta patologicamente adesa al miometrio

Mancato distacco della placenta

Causa:

Contrattilità disfunzionale del miometrio retro placentare

Fattori di rischio:

- Multiparità
- Pregressa ritenzione placentare
- Pregresso taglio cesareo
- Utilizzo ossitocici in travaglio

Incidenza:

Grande variabilità, poiché stretta correlazione con la gestione ostetrica

Complicanze:

EPP (aumenta dopo i primi 10')

Mancato distacco della placenta

Controllo delle perdite ematiche

Monitoraggio intensivo della paziente

Controllo del fondo uterino

Cateterismo vescicale



Mancato distacco della placenta

Quando intervenire?

NICE 2007 - attesa 30'

WHO - 60'

Dopo i primi 30' aumenta il rischio emorragico

Non chiara ed univoca gestione medica della ritenzione placentare.

In assenza di EPP, dopo 30' 10U Ossitocina nella vena ombelicale (diluizione) →

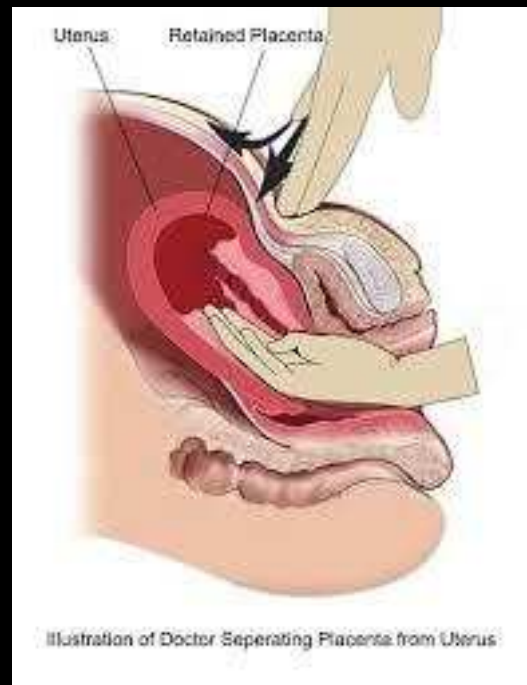
Se dopo 30' mancato secondamento →

Secondamento manuale



Mancato distacco della placenta

Secondamento manuale



- In SO
- Sedazione
- Posizionamento di catetere vescicale
- Secondamento manuale eco guidato
- Eventuale RCU

Secondamento incompleto

Esame della placenta

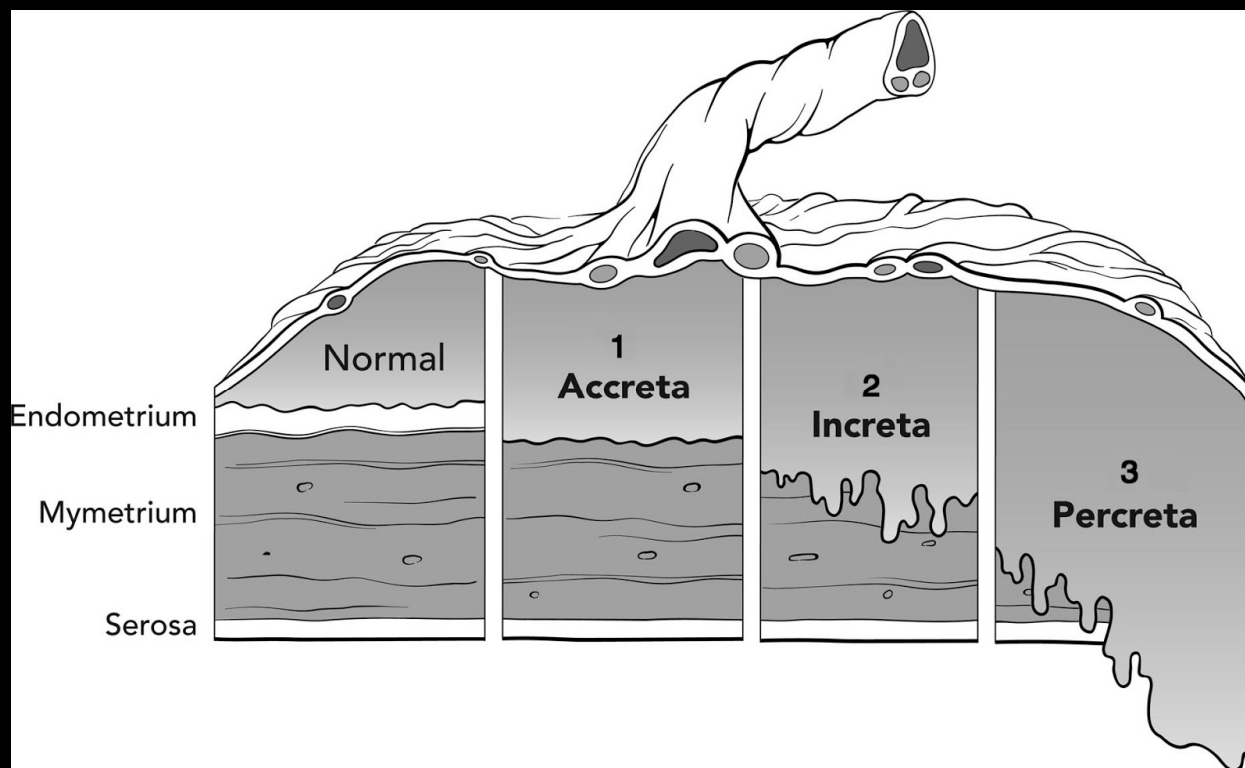
EPP

Ecografia

Scovolamento - revisione della cavità uterina

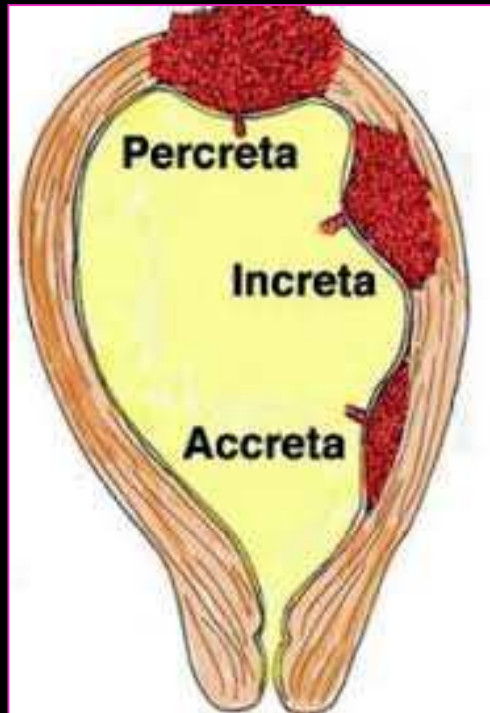


Anomalie di penetrazione dei villi corali: PLACENTA ACCRETA



La placenta è patologicamente aderente all'utero:
difetto della decidua basale con invasione del
miometrio da parte dei villi coriali

Anomalie di penetrazione dei villi corali: PLACENTA ACCRETA



Classificata in base alla profondità di
invasione miometriale

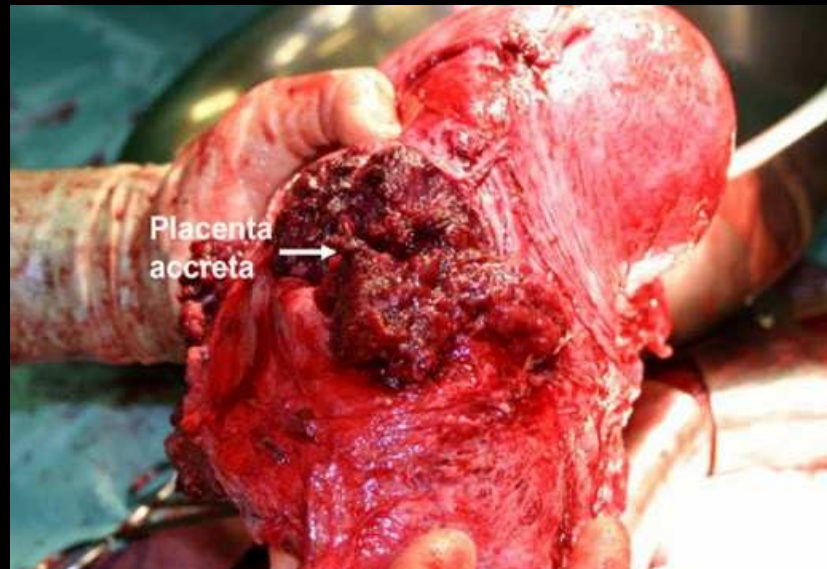
TABELLA 1. Classificazione della PA sec. l'ACOG

Classificazione	Profondità di invasione
Placenta Accreta	I villi sono adesi al miometrio ma non invadono il muscolo
Placenta Increta	I villi invadono parzialmente il miometrio
Placenta Percreta	I villi invadono tutto il miometrio ed oltrepassano la sierosa

Placenta accreta Trattamento

- Isterectomia
- Descritto trattamento conservativo: embolizzazione delle arterie uterine ed utilizzo di Metotrexate

Rischio emorragico ed infettivo



Emorragia postpartum

L'emorragia postpartum (EPP) è la prima causa di morte materna nel mondo

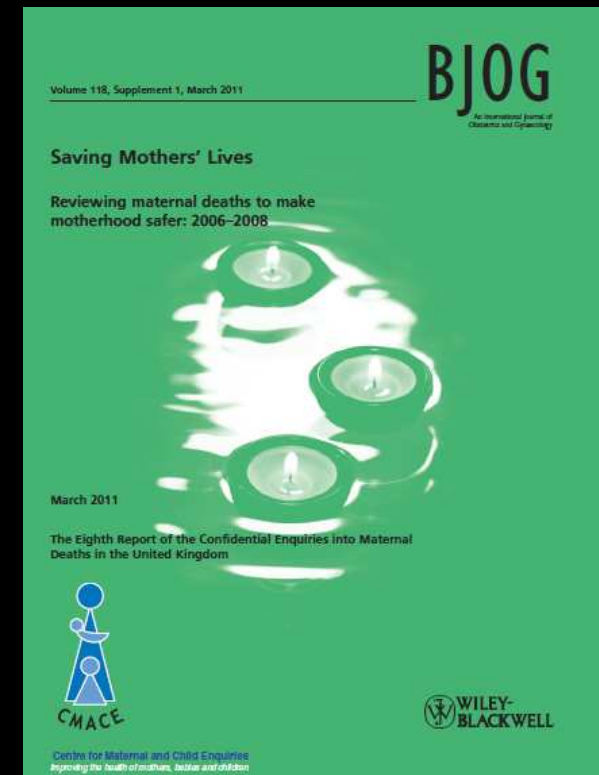
A termine il flusso ematico nello spazio intervilloso è circa 500-700 mL/min

Dopo il secondamento, l'occlusione delle arteriole spirali riduce il flusso di circa 10 volte

La gestione attiva del terzo stadio riduce del 60% la prevalenza dell'EPP

Table 1.4. Numbers and rates of leading causes of maternal deaths; UK: 1985–2008

Cause of death	Numbers								Rates per 100 000 maternities							
	1985–87	1988–90	1991–93	1994–96	1997–99	2000–02	2003–05	2006–08	1985–87	1988–90	1991–93	1994–96	1997–99	2000–02	2003–05	2006–08
Direct deaths																
Sepsis	9	17	15	16	18	13	18	26	0.40	0.72	0.65	0.73	0.85	0.65	0.85	1.13
Pre-eclampsia and eclampsia	27	27	20	20	16	14	18	19	1.19	1.14	0.86	0.91	0.75	0.70	0.85	0.83
Thrombosis and thromboembolism	32	33	35	48	35	30	41	18	1.41	1.40	1.51	2.18	1.65	1.50	1.94	0.79
Amniotic fluid embolism	9	11	10	17	8	5	17	13	0.40	0.47	0.43	0.77	0.38	0.25	0.80	0.57
Early pregnancy deaths*	16	24	17	15	17	15	14	11	0.71	1.02	0.73	0.68	0.80	0.75	0.66	0.48
Ectopic	11	15	9	12	13	11	10	6	0.48	0.64	0.39	0.55	0.61	0.55	0.47	0.26
Spontaneous miscarriage	4	6	3	2	2	1	1	5	0.18	0.25	0.13	0.09	0.09	0.05	0.05	0.22
Legal termination	1	3	5	1	2	3	2	0	0.04	0.13	0.22	0.05	0.09	0.15	0.09	0.00
Other	0	0	2	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00
Haemorrhage	10	22	15	12	7	17	14	9	0.44	0.93	0.65	0.55	0.33	0.85	0.66	0.39
Anaesthesia	6	4	8	1	3	6	6	7	0.26	0.17	0.35	0.05	0.14	0.30	0.28	0.31
Other Direct	27	17	14	7	7	8	4	4	1.19	0.72	0.60	0.32	0.33	0.40	0.19	0.17
Genital tract trauma	6	3	4	5	2	1	3	0	0.26	0.13	0.17	0.23	0.09	0.05	0.14	0.00
Fatty liver	6	5	2	2	4	3	1	3	0.26	0.21	0.09	0.09	0.19	0.15	0.05	0.13
Other causes	15	9	8	0	1	4	0	1	0.66	0.38	0.35	0.00	0.05	0.20	0.00	0.04
All Direct	139	145	128	134	106	106	132	107	6.13	6.14	5.53	6.10	4.99	5.31	6.24	4.67



Emorragia postpartum

Identificazione dei fattori di rischio

Precocità della diagnosi





PREVENTION AND MANAGEMENT OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE

Table 1: Risk factors for PPH

Risk factors presenting antenatally and associated with a substantial increase in the incidence of PPH; women with these risk factors should be advised to deliver in a consultant-led maternity unit:

Risk Factor	Four 'T's	Approximate odds ratio for PPH (99%CI)
• Suspected or proven abruptio placenta	Thrombin	13 (7.61–12.9)
• Known placenta praevia	Tone	12 (7.17–23)
• Multiple pregnancy	Tone	5 (3–6.6)
• Pre-eclampsia/gestational hypertension	Thrombin	4

Risk factors presenting antenatally and associated with a significant (though smaller) increase in the incidence of PPH; these factors should be taken into account when discussing setting for delivery:

Risk factor		Approximate odds ratio for PPH
• Previous PPH	Tone	3
• Asian ethnicity	Tone	2 (1.48–2.12)
• Obesity (BMI >35)	Tone	2 (1.24–2.17)
• Anaemia(<9g/dl)	–	2 (1.63–3.15)

Risk factors becoming apparent during labour/delivery which should prompt extra vigilance among clinical staff:

Risk factor		Approximate odds ratio for PPH
• Delivery by emergency Caesarean section	Trauma	4 (3.28–3.95)
• Delivery by elective Caesarean section	Trauma	2 (2.18–2.80)
• Induction of labour	–	2 (1.67–2.96)
• Retained placenta	Tissue	5 (3.36–7.87)
• Mediolateral episiotomy	Trauma	5
• Operative vaginal delivery	Trauma	2 (1.56–2.07)
• Prolonged labour (>12 hours)	Tone	2
• Big baby (>4 kg)	Tone/Trauma	2 (1.38–2.60)
• Pyrexia in labour	Thrombin	2
• Age (>40)(not multiparity)	Tone	1.4 (1.16–1.74)

Emorragia postpartum

Prevenzione

- Somministrazione di 5 unità di Ossitocina ev al disimpegno delle spalle
- Se pazienti a rischio 20 unità ossitocina in 500 cc di SF a 125 ml/h
- quantificazione delle perdite
- attento esame della placenta
- sorveglianza in sala parto per due ore dopo il parto



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

Setting standards to improve women's health

Green-top Guideline
No. 52
May 2009
Minor revisions August 2009

Active management of the third stage of labour lowers maternal blood loss and reduces the risk of PPH.

A

Prophylactic oxytocics should be offered routinely in the management of the third stage of labour in all women as they reduce the risk of PPH by about 60%.

A

For women without risk factors for PPH delivering vaginally, oxytocin (5 iu or 10 iu by intramuscular injection) is the agent of choice for prophylaxis in the third stage of labour.

A

Emorragia postpartum

Emorragia (minor PPH): 500-1000 ml senza segni di shock

Emorragia severa (major PPH): > 1000 ml e sanguinamento persistente o segni di shock



Emorragia postpartum

Perdite ematiche ml	Quadro clinico	Shock
500-1000	PA normale Tachicardia Palpitazioni Cardiopalmo / vertigine	Compensato
1000-1500	Ipotensione sistolica (90-80 mmHg) Tachicardia Tachipnea (20-30 atti')	Lieve
1500-2000	Ipotensione sistolica Polso piccolo e rapido (> 100 bmp) Tachipnea Oliguria Confusione mentale (80-60 mmHg) (> 30 atti')	Moderato
> 2000	Ipotensione severa (< 50 mmHg) Pallore/cianosi periferica / Dispnea Coscienza alterata/ collasso Anuria	Severo

Emorragia Postpartum

Aspetti clinici

Grado di Shock

	Compensato	Lieve	Moderato	Severo
Perdita ematica	500-1000 ml 10-15%	1000-1500ml 15-25%	1500-2000ml 25-35%	2000-3000ml 35-45%
Modificazione della PAS	=	↓ (80-100mmHg)	↓↓ (70-80mmHg)	↓↓↓↓ (50-70mmHg)
Sintomi	Cardiopalmo Vertigine	Astenia Sudorazione	Irrequietezza Pallore	Collasso "Fame d'aria"
Segni	Tachicardia	Tachicardia	Oliguria	Anuria

Emorragia postpartum

Figura 3. Stima della perdita ematica effettiva in caso di emergenza emorragica (Adattata RCOG 2006, BJOG)



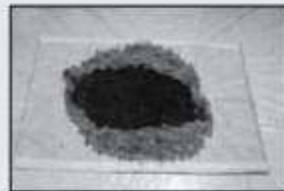
Assorbente macchiato
30 ml



Assorbente inzuppato
100 ml



Tampone piccolo (10x10 cm)
60 ml



Lenzuolo per incontinenza
250 ml



Tampone grande inzuppato
(45x45 cm)
350 ml



Versamento sul pavimento
(diametro 100 cm)
1.500 ml



Emorragia post partum
solo sul letto
1.000 ml



Emorragia post partum
con versamento sul pavimento
2.000 ml



Arcella reniforme
500 ml

Difficile quantificazione
della perdita ematica

sottostimata

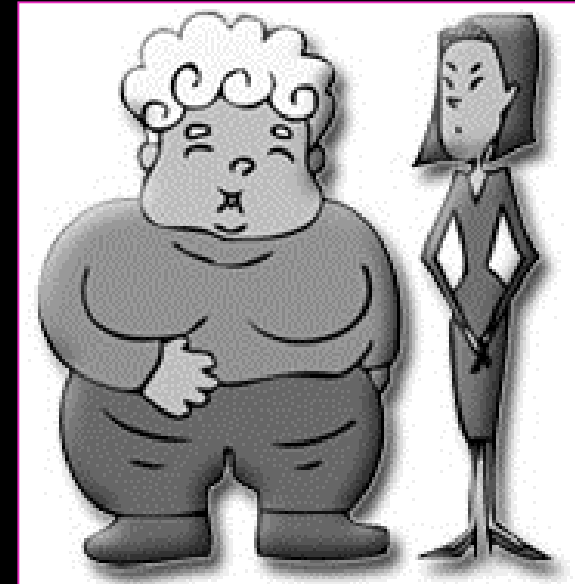
Emorragia Postpartum

Aspetti clinici

Non dimentichiamo che ...

Volume ematico = peso corporeo/12

Emorragia >40%: "Life Threatening"

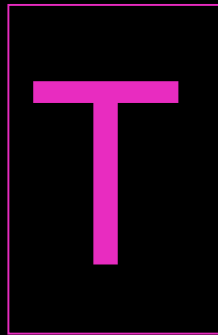


Emorragia postpartum

Morbilità e mortalità

- Inibizione dell'allattamento
- Sheehan's syndrome
- Reazioni avverse da trasfusione ematica
- Insufficienza renale
- Sepsi puerperale
- Tromboembolismo
- Shock & CID

Emorragia postpartum



TONO anomalie della
contrattilità uterina 70-80%

TRAUMA trauma genitale 10-20%

TISSUE ritenzione di materiale 10-20%

THROMBIN discoagulopatia <1%

TONO anomalie della contrattilità uterina 70-80%

Sovra distensione uterina

Polidramnios
Gemellarità
Macrosomia

Esaurimento dell'attività
contrattile

Travaglio rapido / prolungato
Multiparità

Corionamniosite

Iperpiressia
PROM prolungata

Anomalie funzionali o
strutturali uterine

Fibromiomasiosi
Placenta previa

TRAUMA trauma genitale 10-20%

Lacerazioni perineali/
vaginali/cervicali

Parto precipitoso / operativo

Lacerazioni in corso di TC

Impegno profondo della parte presentata o
malposizioni

Rottura uterina

Pregressa chirurgia uterina

Inversione uterina

Placenta fundica e multiparità

TISSUE ritenzione di materiale 10-20%

Ritenzione di cotiledoni/
membrane
Placenta anormale

Secondamento incompleto

Pregressa chirurgia uterina
Rilievo ecografico di placenta
anomala Multiparità

Ritenzione di coaguli in utero

Atonia uterina

Emorragia postpartum

Key points

Identificazione casi a rischio

Procedura di monitoraggio intensivo con evidenza scritta dei parametri vitali, liquidi e farmaci somministrati

Comunicazione

Approccio multidisciplinare



“4 T” = “4 AZIONI”

Comunica

Effettua ABC (“airway, breathing, circulation”)

Monitorizza

Identifica la causa del sanguinamento



Emorragia postpartum

Comunicazione



Chiama l' ostetrica esperta di turno

Chiama l'anestesista di guardia

Allerta il servizio della banca del sangue

Emorragia postpartum

Monitoraggio intensivo

2 Accessi venosi

Esami ematochimici

Monitoraggio continuo dei parametri vitali

Richiedi 4-6 U di emazie concentrate e plasma fresco



Emorragia postpartum

Correzione dell'ipovolemia

Fluid therapy and blood product transfusion (please refer to sections 6.2.1 and 6.2.2):

Crystalloid	Up to 2 litres Hartmann's solution
Colloid	up to 1–2 litres colloid until blood arrives
Blood	Crossmatched If crossmatched blood is still unavailable, give uncrossmatched group-specific blood OR give 'O RhD negative' blood
Fresh frozen plasma	4 units for every 6 units of red cells or prothrombin time/activated partial thromboplastin time > 1.5 x normal (12–15 ml/kg or total 1 litres)
Platelets concentrates	if PLT count < 50 x 10⁹
Cryoprecipitate	If fibrinogen < 1 g/l

Cristalloidi: RA o SF, permanenza nel circolo 30'

Colloidi: alta permanenza intravascolare (alterazioni ipocoagulative)

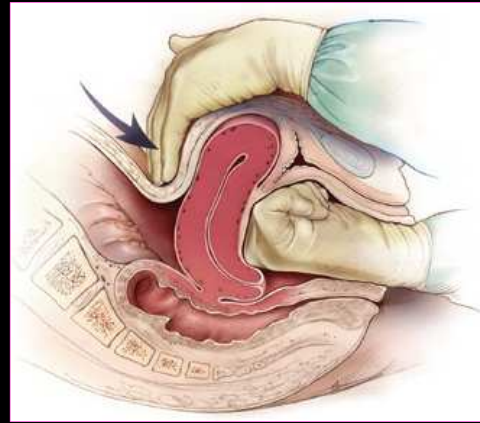
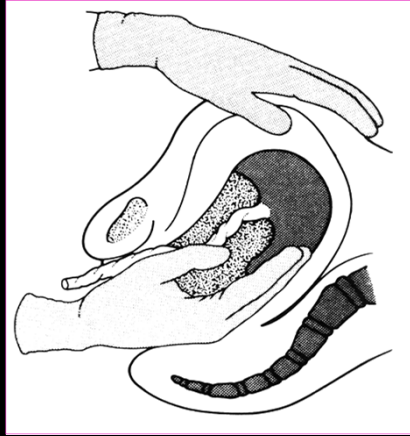
Emorragia postpartum

Correzione dell'ipovolemia

- Hb > 8 gr/dL
- PLT > 75x10⁹/ L
- PT <1.5 x v.n
- APTT<1.5 x v.n
- Fibrinogeno >100 mg/dL

Emorragia postpartum

Bloccare il sanguinamento



Escludere lacerazioni
Mantenere la vescica depleta
(foley)

Ossitocina (Syntocinon) 10 unità i.m o e.v *
Metilergometrina (Methergin): 0.2 mg i.m ogni 2-4h*
Infusione ossitocica (Syntocinon:40 U in 500 ml SF=125l/h)*

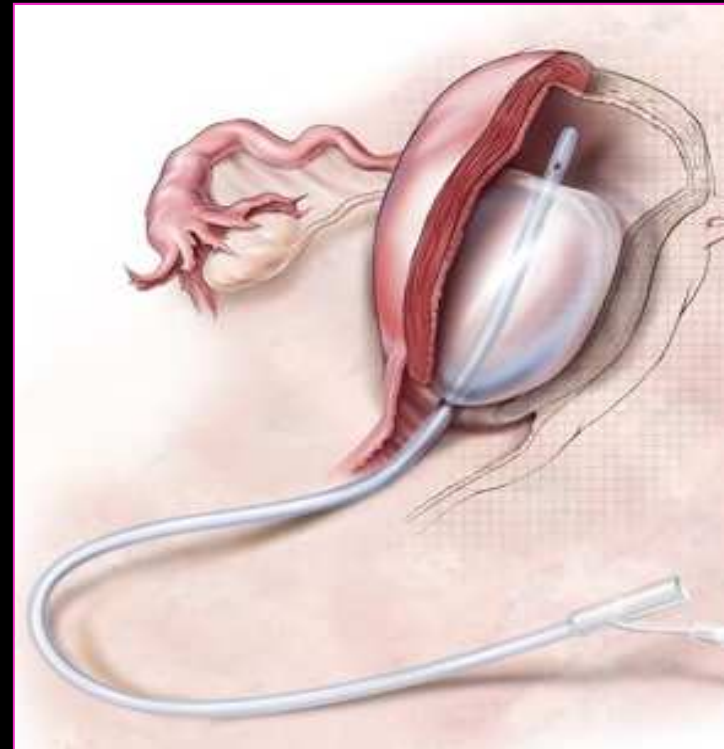
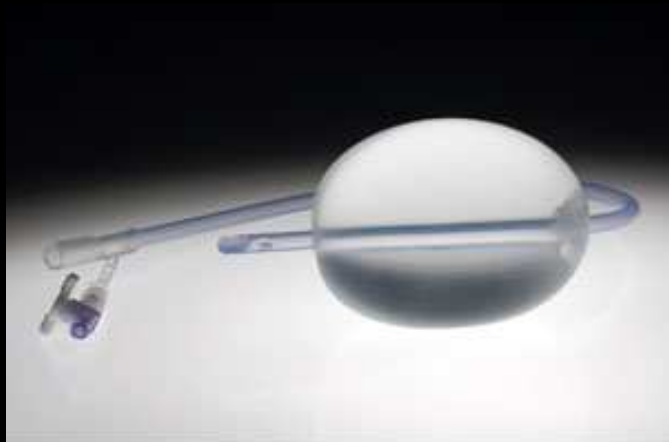
Sulprostone (Nalador): 0.5mg in 250 SF e.v (40-160 gtt/min fino a 330 gtt per brevi periodi) o
Carboprost (Hemabate) 0.25mg i.m ogni 15-90' (max 8 dosi)*
Misoprostolo 800-1000mcg per via rettale*

Modificato da ACOG Practice Bulletin - Obstet Gynecol 2006,108(4)

Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. 2009, RCOG Guideline 52

Bakri Tamponade Balloon

Se persistenza EPP, escluse lacerazioni e rottura d'utero, tamponamento con pallone endouterino



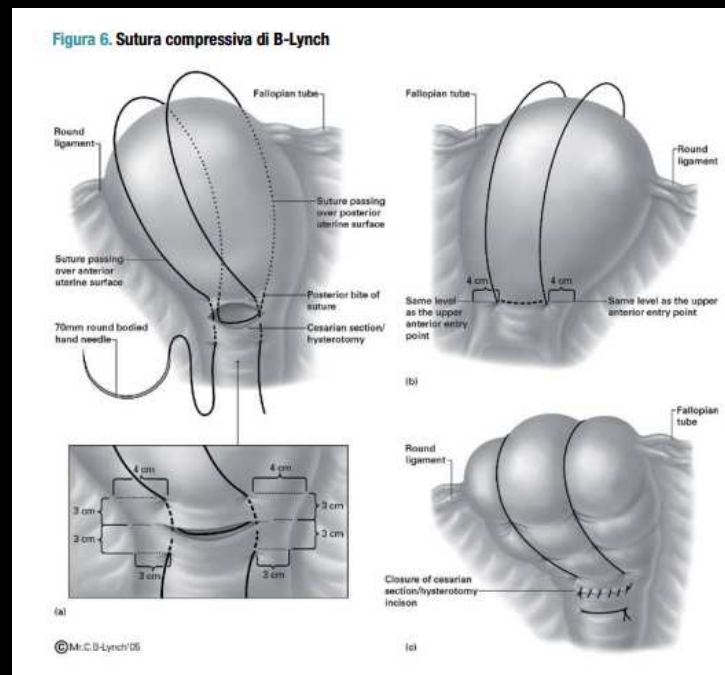
*Bakri et al, Int J Gyn Obstet, 2001
www.cookmedical.com*

Emorragia postpartum

Presidi chirurgici conservativi



U-Sutures
Hum Reprod 2008, 23



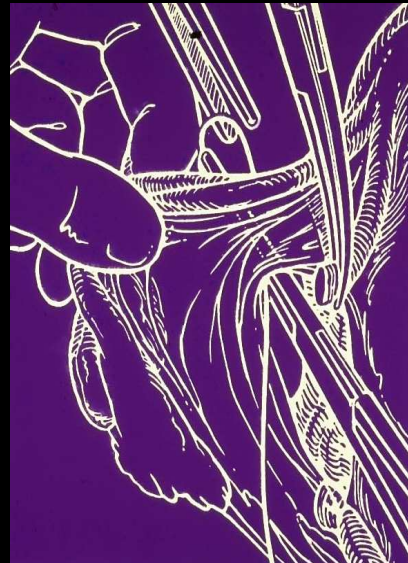
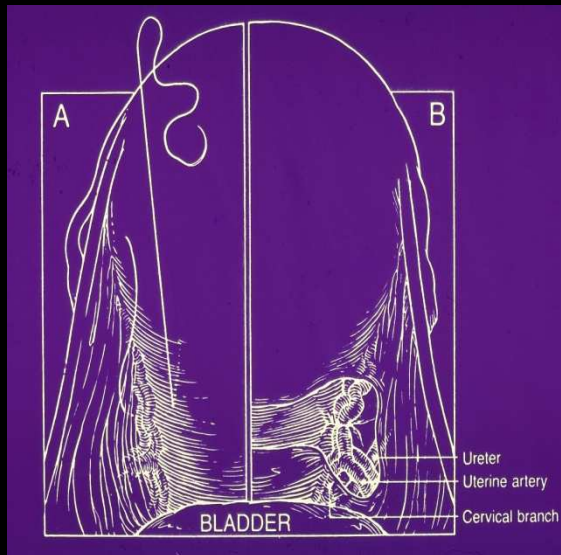
B-Lynch
BJOG 1997,104



Hayman
BJOG 2007, 114(5)

Emorragia postpartum

Presidi chirurgici
devascularizzazione



Stepwise devascularization

- a. Branca ascendente dell'a.uterina
- b. Branca cervicovaginale dell'a.uterina
- c. Vasi utero-ovarici

Salah A. AbdRabbo AJOG 1994,171
RCOG guideline 52, 2009



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists



Royal College of
Radiologists



British Society of
Interventional
Radiology

Good Practice No. 6

June 2007

THE ROLE OF EMERGENCY AND ELECTIVE INTERVENTIONAL RADIOLOGY IN POSTPARTUM HAEMORRHAGE



Fattore ricombinante VIIa

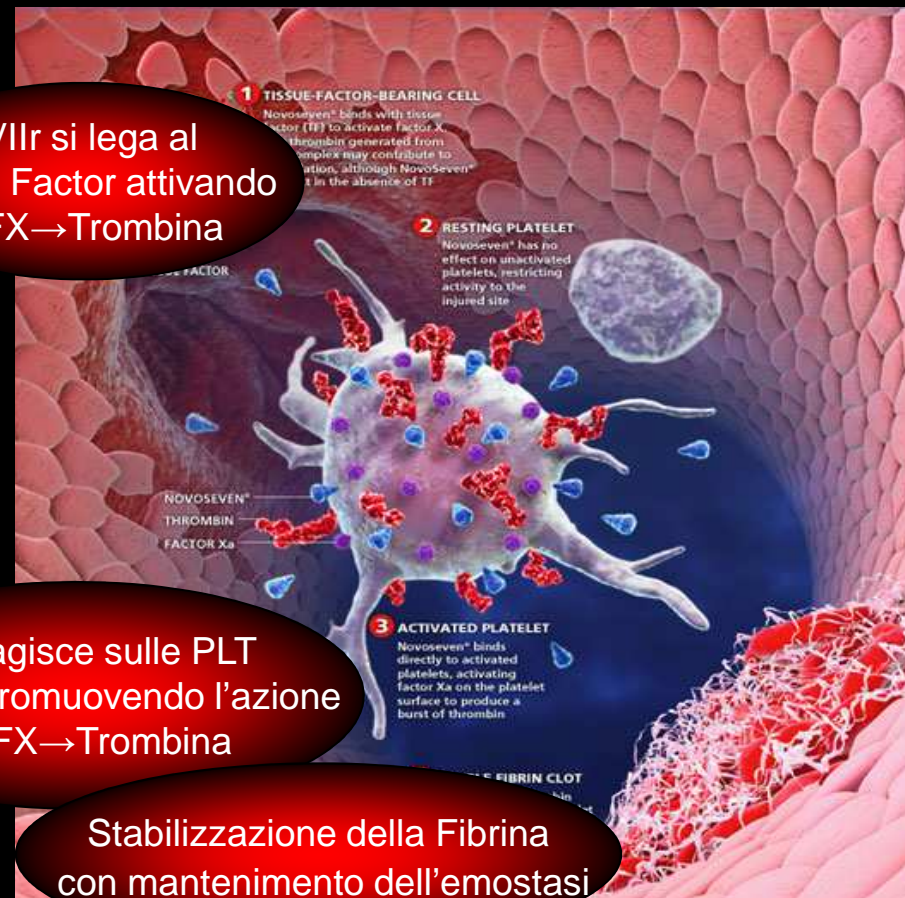
Novoseven* Novonordisk : 60-90µg/Kg bolo e.v.

Indicazioni: Emofilia A o B con inibizione Fattore VIII o IX
Utilizzabile anche per: Trombocitopenia, Deficit funzionali di PLT, Disfunzioni Epatiche ed Emorragie post-Traumatiche(bassi livelli di fibrinogeno, f V-VIII)

FVIIr si lega al
Tissue Factor attivando
il FX→Trombina

FVIIr agisce sulle PLT
“attivate” promuovendo l’azione
del FX→Trombina

Stabilizzazione della Fibrina
con mantenimento dell’emostasi



Algoritmo per la gestione dell'emorragia postpartum massiva o con segni e sintomi da shock

Step1: Inquadramento diagnostico e Trattamento iniziale

Chiama aiuto

Chiama Anestesista
/Collega Ostetrico
Assegna un'Ostetrica
e Specializzando
"dedicati"
Allerta la banca del
Sangue e prepara la sala
operatoria
Documenta su foglio di
Monitoraggio intensivo i
parametri vitali

Rianimazione

2 Accessi venosi (14-16G)
Maschera O2 (10-15 l/min)
Poni la pz in
Trendelemburg
Foley vescicale (diuresi
oraria)
Monitorizza PA, Fc, PaO2,
ECG
Accesso venoso
Centrale (su indicazione
anestesiologica)

Identifica la causa

Verifica la
contrattilità uterina
("tone")
Esamina la placenta
("tissue")
Escludi lacerazioni
("trauma")
Considera
l'anamnesi e
osserva i coaguli
("thrombin")

Test di laboratorio

Prove crociate
Richiedi 4-6U di
Emazie concentrate)
Richiedi Emocromo,
funzionalità epatica/
renale, elettroliti,
/Prove emogeniche
/ATIII, DDimeri

Correggi l'ipovolemia (disporre di spremisacca e riscaldatore di liquidi)

Cristalloidi 2000 ml + colloidi 500 ml

Sangue: appena disponibile o O Rh negativo o Gruppo specifico se emorragia massiva in atto

Plasma fresco (se PT/APTT 1.5 x v.normali) oppure 1U ogni 2-3 U di emazie concentrate

Ricorda La regola dei "30"

Perdita ematica ~30% > shock moderato / \uparrow Frequenza cardiaca > 30 bpm / Frequenza respiratoria >30/min
 \downarrow PA Sistolica > 30 mmHg / Diuresi < 30 ml/h / \downarrow Hct > 30% / Mantenimento Hct > 30%

Algoritmo per la gestione dell'emorragia postpartum massiva o con segni e sintomi da shock

Step 2: Trattamento (+/- trasferimento della paziente in sala operatoria)

"Tone"

Compressione bimanuale
Assicurati che l'utero sia contratto:
5-10U Syntocinon ev lentamente
Metilergometrina 0.5 mg ev
Infusione ossitocica (20-40U in 500 SF :125ml/h)
Misoprostolo rettale 800-1000 mcg
Sulprostone 0.5mg in 250 SF (40-160 gtt/min fino a 330 gtt per brevi periodi) o 0.25mg i.m ogni 15-90' (max 8 dosi)
Posiziona sonda idrostatica (Bakry con riempimento massimo di 500cc di SF T° coroporea + uterotonici e in profilassi antibiotica

"Tissue"

Se emorragia prima del secondamento:
Rimozione manuale o 10U Syntocinon in 30mL SF in vena ombelicale
Curettaggio della cavità uterina

"Trauma"

Sutura le lacerazioni
Escludi la presenza di ematoma
Escludi la presenza di rottura d'utero
Correggi l'inversione uterina

"Thrombin"

Ripristina i fattori della coagulazione:
Plasma fresco (se PT/APTT 1.5 x v.normali) oppure 1U ogni 2-3 U di emazie concentrate
Correggi ATIII
Ripeti emocromo e prove emogeniche
Concentrato piastrinico se < 50.0000/l

Algoritmo per la gestione dell'emorragia postpartum massiva o con segni e sintomi da shock

Step 3: Trattamento dell'emorragia persistente (paziente in sala operatoria)

Approccio multidisciplinare

“Help”	“Help”	“Rianimazione”	“Rianimazione”
Chiama il Reperibile per approccio Laparotomico	Richiedi la presenza del team della banca del sangue	“Supporta” il circolo con cristalloidi/colloidi e emotrasfusione :	Considera Fattore ricombinante VIIa: 90 µg/Kg (ev da ripetere dopo 20' prima di
Se paziente stabile: Considera suture emostatiche o Devascolarizzazione Uterina Legatura aa ipogastriche	Allerta e richiedi l'eventuale presenza di II° anestesista Predisponi per il trasferimento in Terapia intensiva	Richiedi altre emazie concentrate / plasma fresco /concentrato piastrinico (rapporto infusione 6:4:1)	Ricorrere all'isterectomia (Embolizzazione radiologica aa uterine)
Se paziente instabile*: Ricorri all'isterectomia			

Step 4: Trasferisci la paziente in terapia intensiva

Ricorda la “golden hour” e ricorri all'isterectomia se:

- PA sistolica < 70 mmHg soprattutto se non vi è componente diastolica
- Estremità e congiuntive pallide
- Mancato rilazo della PA dopo infusione di liquidi e emocomponenti
- Persistenza di emorragia malgrado il trattamento conservativo
- Paziente in stato confusionale/coma / alterazioni ECG
- Restrizione significativa della diuresi

Shock ostetrico

Cardiogeno - cardiomiopatia peripartum - tromboembolismo venoso o embolia di LA

Ipovolemico - emorragia postpartum

Neurogeno - inversione uterina

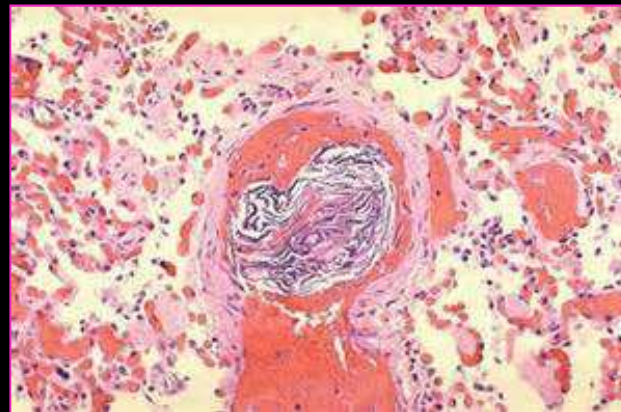
Distributivo - shock settico

Embolia di liquido amniotico

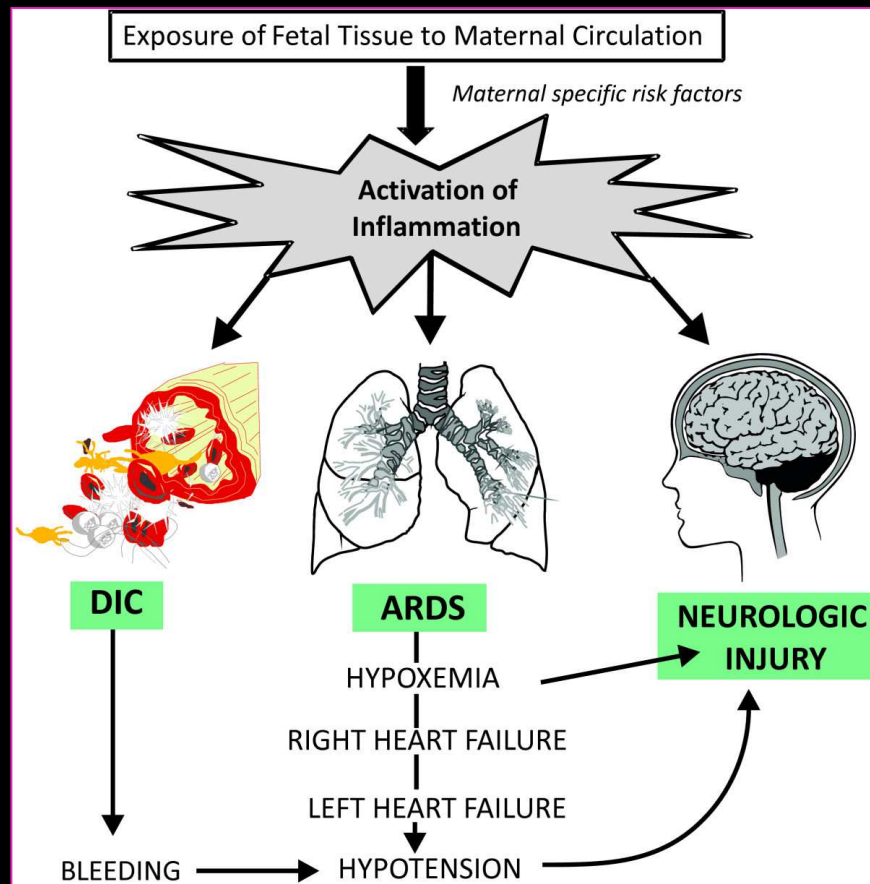
Passaggio di LA nel circolo materno

Ostruzione dei vasi polmonari

Reazione simil anafilattica



Embolia di liquido amniotico



Vasospasmo dell'arteria polmonare
ipossia e insufficienza cardiaca sinistra

Attivazione della via estrinseca
della coagulazione
CID e atonia uterina

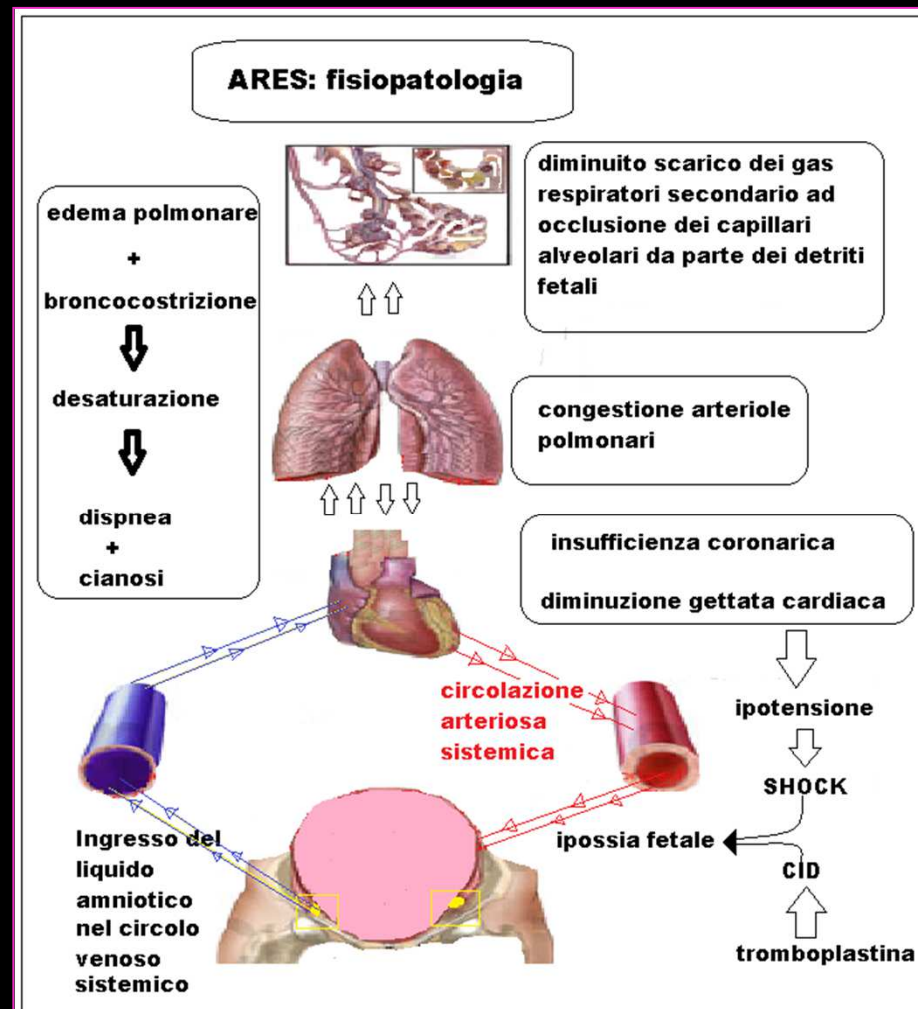
Embolia di liquido amniotico

Insufficienza cardiorespiratoria - dispnea, ipotensione, arresto cardiaco, edema polmonare, convulsioni, atonia uterina

CID

Emorragia massiva

Alterazione dello stato mentale



Embolia di liquido amniotico

Durante il travaglio o entro 30' dal parto

Ipotensione o arresto cardiaco

Ipossia

Coagulopatia o emorragia severa

Terapia di supporto dell'ossigenazione e della PA

Correzione della coagulopatia



Inversione d'utero

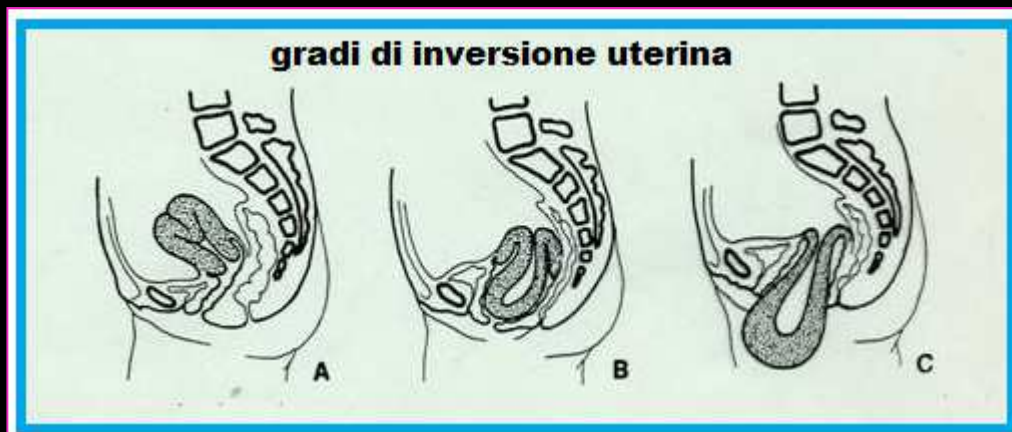


Invaginazione del fondo uterino a livello della cavità endometriale

Incidenza non ben definita
1/2000-1/64000

Mortalità materna 15% se non diagnosticata

Inversione d'utero



1. FU invertito fino alla cervice
2. FU attraversa la cervice ma all'interno della vagina
3. Esteso all'esterno della vagina
4. Inversione totale

Acuta: immediatamente dopo il parto

Subacuta: dopo la formazione del cercone cervicale

Cronica: nel postpartum

Inversione d'utero

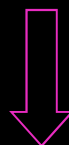
Scorretto management del terzo stadio

Eccessiva trazione sul funicolo

Eccessiva pressione sul fondo uterino

Manovre per favorire il secondamento

Trattamento



Tempestività

Riposizionamento per via vaginale

Dopo riposizionamento massaggio bi manuale

Uterotonici

Inversione d'utero

Cosa fare



1. Chiamare aiuto
2. Due accessi venosi
3. O2 in maschera
4. Cross, emocromo/emogeniche, richiedere 4-6 EC
5. Infusione fluidi
6. Foley vescicale
7. Monitoraggio intensivo dei parametri vitali
8. Analgesia
9. Trasferimento in sala operatoria
10. Ev tocolisi per riposizionamento
11. Entro 30' circa si forma il cerchio cervicale, riposizionamento per via vaginale
12. Se mancato secondamento attendere riposizionamento

Grazie per l'attenzione