

IL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO



15 GIUGNO 2017

DR PAOLO FUSCO

OST . ELISABETTA D'AMORE

IL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO RICHIEDE GRANDE COMPETENZA PROFESSIONALE PER INDIVIDUARE SITUAZIONI POTENZIALMENTE A RISCHIO, PUR IN ASSENZA DI SEGNI CLINICI EVIDENTI

PECULIARITA' PROPRIE DELLA PZ GRAVIDA



PARAMETRI FISIOLGICAMENTE
ALTERATI
CAPACITA' COMPENSATORIE

**COMPROMISSIONE DEL FETO CHE
PUO'PRESCINDERE DALLO STATO DI
SALUTE DELLA MADRE**

...IN ASSENZA DI SEGNI CLINICI EVIDENTI A VOLTE E' IMPORTANTE
ANCHE NON SOTTOVALUTARE LE «SENSAZIONI» CHE LA DONNA
GRAVIDA RIFERISCE.

CIO' RENDE L'ATTIVITA' DI UN PRONTO SOCCORSO OSTETRICO MOLTO
COMPLESSA

LE LINEE GUIDA PER IL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO NON STABILISCONO INDICAZIONI RIGUARDANTI L'AMBITO OSTETRICO

NEL 2008 IL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE DI ROMA
ISTITUI' IL "GRUPPO INTERDISCIPLINARE ROMANO
PER IL TRIAGE OSTETRICO"



OSTETRICA



ANESTESISTA



GINECOLOGO



PSICOLOGO

ATTRIBUZIONE DI CODICE COLORE

ROSSO

per le condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della donna o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita.

Patologie a carattere emorragico:

- distacco di placenta
- Placenta previa sanguinante
- Rottura d'utero
- Aborto in atto
- Minaccia d'aborto
- Shock ipovolemico

ROSSO

patologie non a carattere emorragico:

- Crisi ipertensiva (preeclampsia);
- Crisi eclamptica;
- Epatopatie acute (HELLP, steatosi gravidica);
- Crisi diabetica e/o coma diabetico;
- Addome acuto (sospetta gravidanza extrauterina, Embolia di liquido amniotico; patologie abortive, appendicite acuta)
- politrauma;
- Arresto cardiaco;
- Arresto respiratorio;
- Insufficienza respiratoria acuta (dispnea marcata)
- Cefalea acuta con associati segni neurologici (stato confusionale);
- Crisi psicotica acuta (con violenza verso se e gli altri);

GIALLO

per le condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto

- Colica renale;
- Epatopatie in gravidanza stabile;
- PROM in gravidanza a basso rischio;
- PROM in gravidanza a medio e alto rischio (epatogestosi, IUGR, malformazione fetale, ecc...)
- PROM in gravidanza con pregresso TC;
- PROM in gravidanza gemellare (con 1° feto in presentazione podalica);
- PROM in gravidanza con feto in presentazione anomala;
- Paziente con ipertensione gestazionale stabile;
- inizio travaglio in paziente portatrice di cerchiaggio;

GIALLO

- inizio travaglio in gravidanza pretermine;
- inizio travaglio in paziente con pregresso TC;
- inizio travaglio in paziente con feto in posizione anomala;
- inizio travaglio in paziente con gravidanza gemellare (con 1° feto in presentazione podalica);
- inizio travaglio in paziente con taglio cesareo programmato;
- Importante dolore addominale spontaneo o post traumatico in assenza di alterazioni dei parametri vitali;
- metrorragie del puerperio.

L'accesso agli ambulatori è immediato, compatibilmente con altre emergenze in atto, ed il tempo medio di attesa dovrebbe non superare i 10 minuti. E' necessaria una valutazione successiva del paziente ogni 5 – 15 minuti.

VERDE

al momento non esistono fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio, ma rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni modifica il codice di triage;

inizio travaglio in gravidanza a basso rischio;
deiscenza di suture;
iperemesi gravidica;
controllo cardiotocografico;

BIANCO

per le richieste di generico controllo o dovute a patologie minori. Rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni modifica il codice di triage

- controlli in gravidanza in normale evoluzione;
- perdite vaginali non ematiche;
- richiesta di ricovero per tagli cesarei elettivi;
- richiesta di ricovero per gravidanza oltre il termine

VIOLA

Patologie fetali:

prolasso di funicolo

sofferenza fetale

morte intrauterina

prolasso arto fetale

mancata percezione di movimenti fetali attivi

STORIA DI UN EMERGENZA OSTETRICA...

ACCESSO IN PS CON PERDITA
EMATICA MASSIVA IN
GRAVIDANZA

ACCESSO VENOSO
PRELIEVO EMATICO
INFUSIONE DI LIQUIDI
RILIEVO DEL BCF
ALLERTARE LA SALA PARTO

NEL FRATTEMPO ...

PREPARAZIONE DELLA S.O. OSTETRICA
RICHIESTA DI SANGUE A DISPOSIZIONE
ALLERTA PEDIATRA

INVIO DELLA PZ IN SALA PARTO

ESECUZIONE TAGLIO CESAREO



TEMPO MEDIO TRA ACCESSO IN
P.S. OSTETRICO ED ESTRAZIONE
DEL FETO: **17 MINUTI**



COMPETENZA

LAVORO DI
SQUADRA

COMUNICAZIONE
ADEGUATA

PROTOCOLLI



Grazie per l'attenzione