

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

## **PROCEDURA OPERATIVA PLACENTA PREVIA**

**Preparato da** *Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica  
Ostetrica*

**Verificato da** *Servizio Qualità Azienda Ospedaliera  
M.L.Chiozza.....  
Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie  
M.Castoro.....  
Comitato per la Pratica Etica  
R.Pegoraro.....*

**Verificato per  
validazione** *Direzione Medica  
M.Grattarola.....*

**Approvato da** *Direzione Sanitaria  
G.P.Rupolo.....  
Direttore UOC-GO  
G.B.Nardelli.....  
Coordinatrice Sala Parto  
R.Ciullo.....*

**Data 03/02/2010** *Rev. 01*  
**Data 30/07/2010** *Rev. 02*

## INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI E NORMATIVE LEGISLATIVE
- 4.0 GLOSSARIO E ACRONIMI
- 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVE
  - 6.1 NOTA 2: PREPARAZIONE AL TAGLIO CESAREO
  - 6.2 NOTA 1: DIAGNOSI DI PLACENTA PREVIA
- 7.0 RESPONSABILITA'
- 8.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 9.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

### 1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**MEDICI:** Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E.,

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

**OSS:** Brusamolin M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

### 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA.

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE INFERMIERE, DELLE OSTETRICHE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA GRAVIDA CON PLACENTA PREVIA.

### **3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI**

- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.
- Codice Deontologico Ostetriche approvato dal consiglio nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 – 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.

### **4.0 GLOSSARIO E ACRONIMI**

Si definisce placenta previa quando la placenta è situata, completamente o parzialmente, a livello del S.U.I.:. Si classifica in:

- Centrale totale, quando la placenta copre completamente l'O.U.I.
- Centrale parziale, quando la placenta copre parzialmente l'O.U.I.
- Marginale, quando il margine della placenta raggiunge o dista meno di 2 cm dal bordo dell'O.U.I.
- Laterale, quando il margine della placenta è localizzato sul S.U.I., e dista almeno 2 cm dall'O.U.I.

La visita ostetrica è assolutamente controindicata.

O.U.I.: orifizio uterino interno

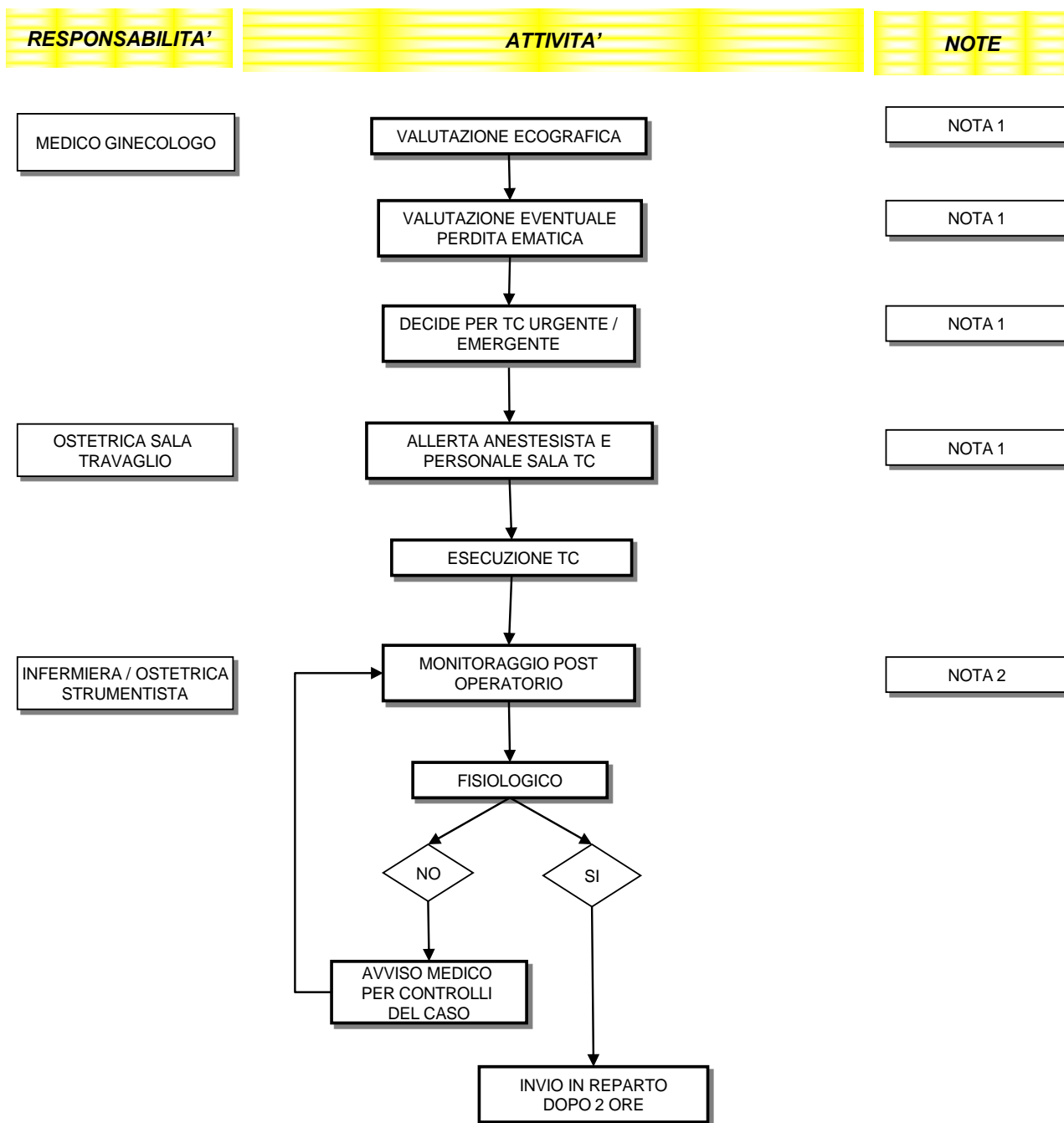
PZ: paziente

S.U.I.: segmento uterino inferiore

### **4.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'**

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
 PROTOCOLLO ASSISTENZA PLACENTA PREVIA

**PROCESSO: MANAGEMENT PAZIENTE CON PLACENTA PREVIA**



## 5.0 MODALITA' OPERATIVE

### NOTA 1: DIAGNOSI DI PLACENTA PREVIA

TECNICA DI ESECUZIONE	MOTIVAZIONE
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutazione ecografica da parte del medico ginecologo: diagnosi di placenta previa</li><li>2. valutazione dell'eventuale perdita ematica: colore, quantità, ipercinesia uterina.</li><li>3. Allertare il medico di guardia anestesista e personale infermieristico / ostetrico della sala cesarei</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2. l'emorragia si verifica tanto più precocemente quanto più centrale è l'inserzione della placenta</li></ol>

### NOTA 2: PREPARAZIONE AL TAGLIO CESAREO

TECNICA DI ESECUZIONE	MOTIVAZIONE
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitoraggio del benessere fetale continuo</li><li>2. Incannulazione di 2 accessi venosi periferici con agocannula 14G e 16G</li><li>3. Esecuzione di esami ematochimici urgenti, prove crociate, richiesta di emoderivati urgente o urgentissima</li><li>4. Preparazione della paziente per taglio cesareo come da procedura.</li><li>5. Accurato controllo e monitoraggio post parto per almeno quattro ore dal termine dell'intervento.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>5 l'emorragia primaria del post parto è frequente per la scarsa contrattilità della muscolatura del S.U.I:</li></ol>

## 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

La seguente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dalla data di approvazione della stessa

## **8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni n: Ginecologia e Ostetricia. SEU Ed. Roma, 2009
- Guana M., Cappadonna R., DiPaolo A.M., Pellegrini M.G.: La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. The McGraw-Hil Ed, Milano 2006.
- Grella PV, Massobrio M.,Pecorelli S., Zichella L: Compendio di Ginecologia e OIstetricia. Monduzzi Ed. Bologna, 2006