



AZIENDA USL DI PESCARA
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA
P.O. di Pescara
Direttore: Dr. Maurizio Rosati

Linee guida

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

Approvazione U.O. di OSTETRICIA e GINECOLOGIA Direttore: <i>Dr. M. Rosati</i>	Data 4.12.2012	Revisione 0	Pagine 4
--	--------------------------	--------------------	-----------------



PROPOSTA DI PROTOCOLLO INDUZIONE DI TRAVAGLIO DI PARTO

INDICAZIONI ASSOLUTE

- PROM (secondo protocollo)
- **Gravidanza protratta (41+3)**
- Oligoidramnios
- Ipertensione indotta dalla gravidanza, ipertensione cronica, preeclampsia
- Colestasi severa alla 38 + gravidanza
- Diabete pregestazionale alla 38 + gravidanza
- Diabete gestazionale con segni fetali di scompenso metabolico o con profilo glicemico patologico alla 38 + gravidanza, peso previsto ecografico < 4250 g.

INDICAZIONI RELATIVE (da discutere collegialmente)

- Iposviluppo fetale
- Ipertensione lieve senza proteinuria
- Colestasi lieve (in relazione all'epoca gestazionale, ai disturbi soggettivi della donna, ai livelli di transaminasi)
- MEF

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- travaglio in atto
- presentazione anomala (situazione trasversa e presentazione podalica)
- alterazioni patologiche del BCF
- pregressa isterotomia, pregressa miomectomia

CONTROINDICAZIONI RELATIVE (da discutere collegialmente)

- epoca gestazionale < 34 settimane
- peso previsto ecografico < 2000
- compromessa funzionalità cardiovascolare, epatica e renale
- glaucoma

PROCEDURA

In caso di induzione programmata:

1. ricovero della paziente alle ore **7:30**
2. posizionamento di monitoraggio CTG alle ore **8**
3. induzione ore **8:30**
 - Visita vaginale ed attribuzione score di Bishop
 - Colloquio con la paziente circa l'indicazione all'induzione e la sua modalità e consenso informato
 - Per ciascuna paziente adottare scheda di monitoraggio all'induzione

BISHOP < 4

Induzione farmacologica con **Propess** che rimarrà in sede per 24 ore a meno di insorgenza del travaglio.

Dopo posizionamento del dispositivo intravaginale, eseguire monitoraggio **CTG per 30 min**

Se non attività contrattile, ripetere monitoraggio CTG **dopo 6 -12 -18 - 24** ore dal posizionamento.

Se insorgenza di attività contrattile: **CTG in continuo** con comunicazione al Medico di Guardia + visita vaginale.

Se insorgenza di travaglio rimozione del dispositivo.

In caso di **tachisistolia** o **ipertono**, procedere a rimozione del dispositivo e immediata comunicazione al Medico di Guardia. Considerare uso di tocolitico.

Se alterazioni del BCF: **CTG in continuo** e comunicazione urgente al medico di guardia.

In caso di rottura delle membrane: NON rimozione del dispositivo.

Dopo 24 ore rivalutazione del reperto locale:

1. in caso di **Bishop immutato** prosecuzione con infusione di ossitocina con schema a basse dosi.
(La applicazione di una seconda fettuccia di Propess non è riportata da nessuna Linea Guida ma ha portato ad un aumento del successo della induzione senza effetti collaterali negativi nella esperienza di alcuni e in un lavoro pubblicato in letteratura).
2. in caso di **Bishop tra 4-6** applicazione di **Prepidil 2 mg (nullipare), 1 mg (pluripare)** eventualmente ripetibile dopo 6 ore se lo score permane immutato (fino ad un massimo di 4 mg nelle nullipare e 3 mg nelle pluripare).
3. In caso di **Bishop ≥ 7** eseguire **amniorexi** e infusione di **ossitocina** dopo due ore (se non insorgenza travaglio)

BISHOP 4-6

•**Prepidil 2 mg + 1 mg + 1 mg (nullipare, max 4 mg/24 h), 1 mg + 1 mg + 1 mg (pluripare, max 3 mg/24 h)** da ripetere ogni 6 ore per un massimo di **3 applicazioni consecutive tassative**;

Dopo Prepidil, eseguire **monitoraggio CTG per un'ora**

Ripetere monitoraggio CTG, se non attività contrattile, **dopo 6 e 12 ore**.

Se insorgenza di attività contrattile: **CTG in continuo** con comunicazione al Medico di Guardia + **visita vaginale**.

In caso di **tachisistolia** o **ipertono**, considerare uso di tocolitico.

Se alterazioni del BCF: **CTG in continuo** e comunicazione urgente al Medico di Guardia

BISHOP \geq 7

Induzione con **amniorexi** e **ossitocina**

Valutare l'intervallo tra amnioressi ed ossitocina in base all'indicazione all'induzione: 2 ore

SCHEMA A BASSE DOSI

Diluizione standard di 5U di ossitocina in 500 ml di soluzione fisiologica

Iniziare infusione a 4 gtt/min (12 ml/h), raddoppiando il numero di gocce al minuto ogni 30 min se non si raggiungono le 4 contrazioni in 10 min, fino ad una velocità massima di 64 gtt (192 ml/h, che vengono raggiunti dopo 2 ore)

SCHEMA AD ALTE DOSI

Diluizione standard di 5U di ossitocina in 500 ml di soluzione fisiologica

Inziare infusione a 10 gtt/min (30 ml/h) aumentando di 10 gtt al minuto ogni 15 minuti se non si raggiungono le 4 contrazioni in 10 min, fino ad una velocità massima di 60 gtt/min (180 ml/h raggiunte dopo 75 min)

Non è opportuno sospendere la perfusione ossitocica e giudicare fallita l'induzione, prima che siano trascorse **almeno 3-4 ore** della dose massima di ossitocina in assenza di alterazioni del battito cardiaco fetale o tachisistolia.

Durante infusione ossitocica monitoraggio CTG in continuo.

FALLIMENTO DELL'INDUZIONE

•Nei casi con Bishop sfavorevole il fallimento della induzione viene considerato quando dopo 2 applicazioni di Propess non si sia ottenuta una modificazione dello score tale da consentire la prosecuzione della induzione mediante prostaglandine in gel o ossitocina a dosi adeguate ad ottenere 4 contrazioni in 10 minuti: in tale circostanza si procede ad esecuzione di taglio cesareo.

COMPLICANZE

•**tachisistole uterina** (numero di contrazioni > 5 in 10 minuti avvertite dalla donna come dolorose): rimuovere il Propess o sospendere ossitocina; in presenza di alterazioni del BCF o se la paziente è estremamente provata somministrare Ritodrina o Atosiban (secondo lo schema sottodescritto). Se la tachisistole durante somministrazione di ossitocina si risolve con la sospensione, senza necessità di tocolisi, ripartire dopo 30 minuti di sospensione ad

un dosaggio metà di quello raggiunto; se c'è stata necessità di tocolisi ripartire con dosaggio iniziale.

•**ipertono uterino** (contrazione con durata > 2 min) con o senza alterazioni del CTG: rimuovere Propess o sospendere ossitocina; somministrare Ritodrina 100 mg in 500 ml di soluzione fisiologica ad una velocità di infusione di 100 ml/h o bolo di Atosiban (6,75 mg). Se il fenomeno si risolve, continuare la perfusione del tocolitico per 15-30 minuti, riducendo il dosaggio; se alterazioni gravi e persistenti del BCF eseguire TC.

alterazioni patologiche del BCF: rimuovere il pessario o sospendere ossitocina; ricorrere alle misure conservative (es. posizionare la donna in decubito laterale sinistro, somministrare liquidi ev 500 ml); se alterazioni gravi persistenti del BCF eseguire TC

ipertermia ≤ **37.5**, clinicamente trascurabile; temperature superiori meritano un approfondimento clinico

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida di assistenza ospedale San Gerardo di Monza
- Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia
- Linee guida nazionali di riferimento

AZIENDA USL PESCARA

P.O. di Pescara

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Direttore: Dr. Maurizio Rosati



SCHEDA MONITORAGGIO INDUZIONE

DATA _____

PAZIENTE _____ SG _____

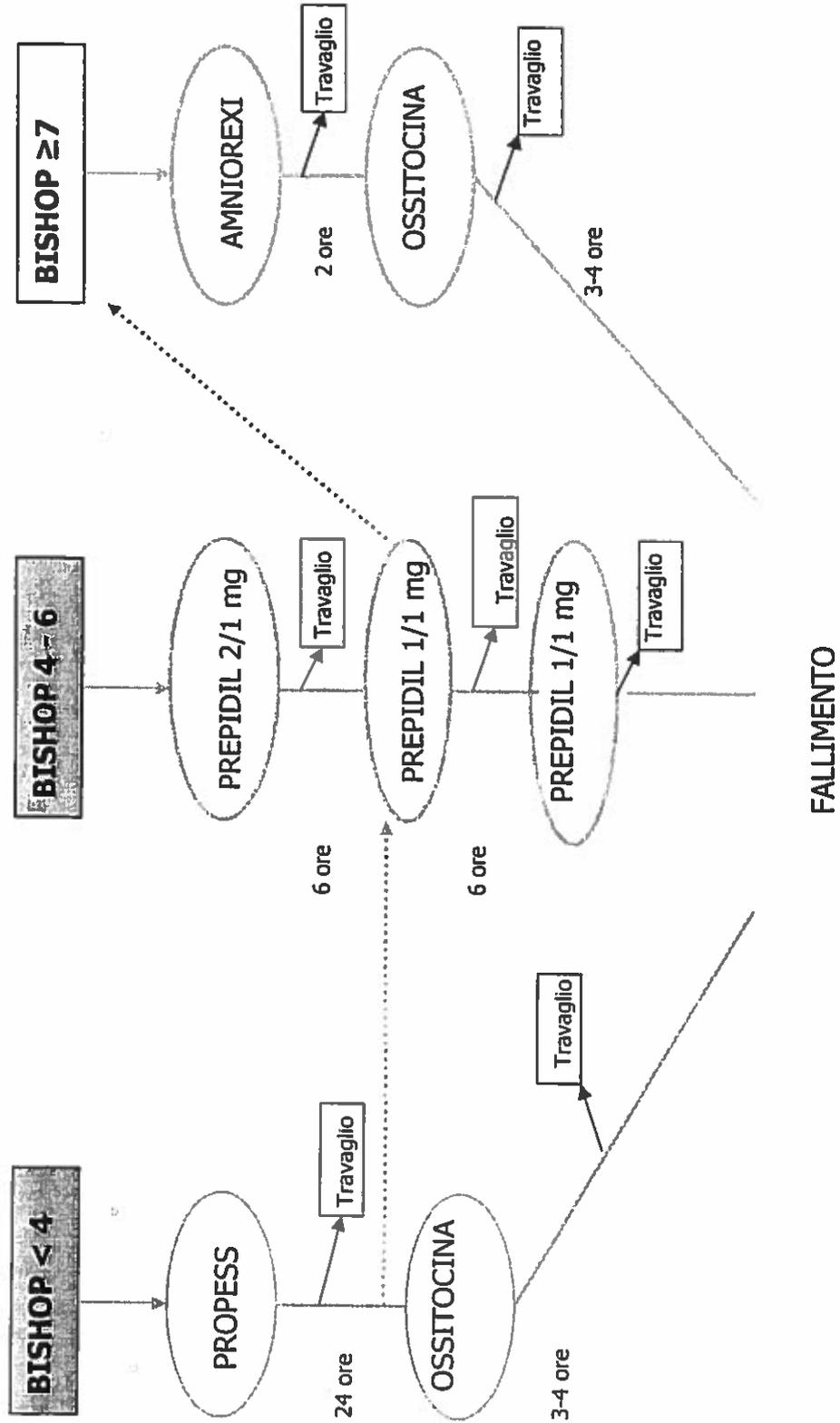
		ORE	ORE	ORE	ORE	ORE	ORE
Posizione	Posteriore	0					
	Intermedio	1					
	Anteriore	2					
Appianamento	cm 3	0					
	cm 2	1					
	cm 1	2					
	cm 0	3					
Dilatazione	cm 0	0					
	cm 1-2	1					
	cm 3-4	2					
	cm 5-6	3					
Consistenza collo	Normale	0					
	Intermedia	1					
	Soffice	2					
LPP	-3	0					
	-2	1					
	-1/0	2					
	+1/+2	3					
TOTALE BISHOP							
Liquido amniotico (Integro/Chiaro/Tinto)							
BCF							
Contrazioni (n°/10')							
Prescrizione							



AZIENDA USL PESCARA
P.O. di Pescara

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore: Dr. Maurizio Rosati

ALGORITMO INDUZIONE



AZIENDA USL PESCARA

P.O. di Pescara

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Direttore: Dr. Maurizio Rosati



CONSENSO INFORMATO PER L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

La sottoscritta _____
dichiara di essere stata esaurientemente informata sulla necessità clinica dell'induzione del travaglio di parto, sulle sue modalità, sulle aspettative ed i rischi associati.

In particolare dichiara di essere stata informata che:

1. l'induzione del travaglio verrà effettuata in base alla situazione ostetrica, mediante la rottura del sacco amniotico ed eventualmente con la somministrazione di ossitocina, oppure introducendo in vagina un gel o un dispositivo a lento rilascio, contenenti prostaglandina, sostanza che provoca l'inizio delle contrazioni. La scelta della tecnica dipenderà dalle condizioni del collo uterino.
2. Il monitoraggio clinico controllerà con modalità definite da linee guida l'attività contrattile uterina ed il benessere fetale.
3. Rispetto ad un travaglio insorto spontaneamente, il travaglio indotto richiede più spesso l'esecuzione di un taglio cesareo.

Data, _____ Ora _____

Firma della Paziente _____

Firma del Medico _____

PROCEDURA INDUZIONE CON PREPIDIL

NULLIPARA

PLURIPARA

