

Allegato (4)

	AZIENDA USL DI PESCARA UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA P.O. di Pescara Direttore: Dr. Maurizio Rosati		
	Linee guida		
MONITORAGGIO GRAVIDANZA FISIOLÓGICA A TERMINE E POST-TERMINE			
Approvazione Direttore <i>Dott. M. Rosati</i>	Data 28 2 2012	Revisione 0	Pagine 6

MONITORAGGIO GRAVIDANZA FISIOLÓGICA A TERMINE

CRITERI DI ACCESSO

- A. Gravidanze senza complicanze né fattori di rischio ostetrico a 40 settimane di gestazione
- B. Donne precesarizzate, già valutate nell'ambulatorio del TC, che hanno espresso il consenso al parto vaginale e che hanno compiuto 40 settimane di gestazione

GESTIONE DEI MONITORAGGI

In base alla data presunta del parto, confermata ecograficamente, viene programmato il primo controllo a termine.

I controlli possono essere eseguiti nei giorni: lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, sabato dalle ore 15.30 alle 18.30 previo appuntamento concordato presso l'ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine (tel. 085/4252580 ore 14.30 - 15.30).

Gli appuntamenti sono previsti ogni 20 min per un numero indicativo di 12 prestazioni/die

PRIMO CONTROLLO: 40-40+1 settimane:

OBIETTIVI: Presa in carico della paziente dal territorio all'ospedale

Selezione delle pazienti con gravidanza a decorso fisiologico

1. Verificare l'epoca gestazionale e documentare la ridatazione ecografica
2. Verificare i dati sull'andamento della gravidanza:
 - Esami ematochimici (tolleranza 1 mese), batteriologici (tolleranza 5 settimane), markers epatite B e C (tolleranza 3 mesi), ECG (tolleranza 1 mese)
 - Crescita fetale con compilazione delle curve di crescita
3. Valutare l'opportunità di eseguire ecografia con biometria se ecografia del 3° trimestre non reperibile, sospetta deflessione della crescita fetale, storia di peggioro ritardo di crescita



4. Consegnare il foglio informativo e di consenso informato all'induzione

5. Eseguire:

- PAO ed Albustick
- Monitoraggio CTG per almeno 20 min
- Valutazione del liquido amniotico con misurazione dell'AFI o della falda massima*
- Visita ostetrica (su indicazione medica)

*Si definisce FALDA MASSIMA la massima falda verticale di liquido amniotico misurata valutando i quattro quadranti. La falda massima è UNICA quando non vi sono altre falde liquide negli altri 3 quadranti valutati. La quantità di LA è considerata Normale a termine di gravidanza quando esiste almeno una falda $\geq 2 \times 2$ cm o quando l'AFI è ≥ 5 ; è considerata patologica (oligoidramnios) quando esiste una falda isolata $< 2 \times 2$ cm o l'AFI è < 5 .

→In caso di gravidanza non fisiologica i monitoraggi, compresa la flussimetria, devono essere eseguiti in ambulatorio Gravidanze a rischio con frequenza dei controlli decisa caso per caso e specifici protocolli per la gestione del parto.

→In caso di sospetta deflessione della crescita fetale eseguire flussimetria fetoplacentare e valutare l'opportunità di anticipare l'induzione del travaglio

→Se si evidenziano alterazioni del tracciato o oligoamnios rivalutazione ambulatoriale (si prenota appuntamento fuori dalla agenda appuntamenti standard dell'ambulatorio gravidanza a termine) o in regime di ricovero, in base alla situazione clinica

SECONDO CONTROLLO: 40⁺⁴⁺⁵ settimane:

Eseguire:

- PAO ed Albustick
- Monitoraggio CTG per almeno 20 min
- Valutazione del liquido amniotico con misurazione della falda massima*
- Visita ostetrica (su indicazione medica)

TERZO CONTROLLO: 41-41+1 settimane:

Eseguire:

- PAO ed Albustick
- Monitoraggio CTG per almeno 20 min
- Valutazione del liquido amniotico con misurazione della falda massima*
- Visita ostetrica (su indicazione medica)

41 settimane: RICOVERO PER TAGLIO CESAREO ITERATIVO

41⁺³ settimane: RICOVERO PER INDUZIONE



ALLEGATI:

1) Informazioni da e per la gestante al momento della prima prenotazione

- Assicurarsi che l'epoca presunta del parto (EPP) riferita dalla paziente sia compatibile con l'ultima mestruazione (DUM) riferita
- Se l'EPP non è compatibile con la DUM accertarsi che la paziente abbia eseguito un controllo ecografico nel primo trimestre
- Se sussistono dubbi di datazione dare il primo appuntamento in rapporto alla DPP più precoce (la ridatazione sarà controllata dal medico alla prima visita)
- Chiedere alla donna di portare tutta la documentazione della gravidanza (esami ed ecografie)
- Se la paziente richiede un appuntamento prima della data presunta del parto chiedere se esistono fattori di rischio o complicanze della gravidanza in atto:
- Se sospetta gravidanza a rischio offrire alla donna la possibilità di accedere all'ambulatorio per la gravidanza a rischio previa prenotazione e impegnativa per VISITA OSTETRICA IN GRAVIDANZA A RISCHIO
- Se nessun fattore di rischio apparente, le pazienti che chiedono l'accesso anticipato ai monitoraggi devono essere informate che il monitoraggio non verrà eseguito senza una indicazione clinica prima delle 40 sg. In ogni caso si darà alla donna la possibilità di eseguire controllo ostetrico previo appuntamento e con impegnativa per VISITA OSTETRICA. Per il mese di marzo vengono inviate nei giorni di lunedì mattina (dr.ssa Memmo) o mercoledì mattina (dr Pellegrini). In seguito tali pazienti saranno valutate nell'ambito dell'ambulatorio per la gravidanza fisiologica.

2) Agenda appuntamenti

Giorno E.P.P.	1° controllo (40/40+1)	2° controllo (40+4/+5)	3° controllo (41-41+1)	Ricovero per induzione (41+3)
LUN	Lun	Sab	Lun	Giov
MAR	Mar	Sab	Mar	Ven
MER	Mer	Lun	Merc	Sab
GIO	Giov	Lun	Giov	Dom
VEN	Sab	Mer	Sab	Lun
SAB	Sab	Mer	Sab	Mar
DQM	Lun	Giov	Lun	Merc

3) CONSENSO INFORMATO ALL'INDUZIONE

REGIONE ABRUZZO



AZIENDA ULS PESCARA - Ospedale Spirito Santo
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore: Dottor M. Rosati

MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA A TERMINE:

INFORMAZIONI PER LE GESTANTI

Viene definita a termine la gravidanza tra 37 e 41 settimane compiute. Circa l'80% delle nascite avviene in questo arco di tempo. Ove non venga applicata l'induzione sistematica a 41 settimane il 7% delle gravidanze supera i 294 giorni (42 sett). Tale protrazione viene ritenuta come condizione di aumentato rischio per la mamma e per il neonato.

Non esiste evidenza che tale aumentato rischio sia dovuto alla protrazione della gravidanza di per sé, ma esso è piuttosto dovuto a complicazioni materne e/o fetali. In particolare la restrizione di crescita fetale o il fatto di essere piccoli per età gestazionale è l'elemento che condiziona l'esito neonate avverso.

Per prevenire le complicazioni della gravidanza post-termine esiste la possibilità di indurre il parto prima del compimento della 42. settimana. La reale efficacia dell'induzione non è dimostrata ed è necessario un elevato numero di induzioni (500-1000) a 41 settimane per prevenire una possibile morte fetale. Inoltre l'induzione è gravata da un potenziale aumento dei parti operativi e segnatamente dei cesarei.

Per queste motivazioni Lei e il Suo bambino sarete sottoposte a **sorveglianza** per riconoscere quelle condizioni che vengono indicate come responsabili dell'esito fetale sfavorevole. A partire dal compimento dell'epoca presunta del parto Lei sarà sottoposta a controlli regolari e Le proporremo l'induzione del travaglio al compimento delle 41+3 settimane effettive di gestazione.

In ogni caso la scelta della tempistica e della modalità del parto sarà operata nel rispetto delle Sue scelte e sulla base di un'accurata valutazione delle condizioni materno-fetali.

Io sottoscritta.....,informata sui possibili rischi fetoneonatali derivanti dalla gravidanza protratta

- Esprimo il mio consenso al monitoraggio materno-fetale a partire dall'epoca presunta del parto.
- Esprimo Non esprimo il consenso all'induzione del travaglio a 41+3 settimane, qualora questo non sopraggiungesse spontaneamente.

DATA



FIRMA

Paziente.....

4) SCHEDA MONITORAGGIO GRAVIDANZA FISIOLÓGICA A TERMINE

PAZIENTE _____

UM _____ **EPP anamnestica** _____ **EPP ecografica** _____

	PA	ALBUS TIK	CTG	AFI (≥5)	FALDA MAX (≥2x2 cm)	VISITA OSTETRICA (Bishop) su indicazione medica	VALUTAZIONE	MEDICO
1° controllo _/_/_								
2° controllo _/_/_								
3° controllo _/_/_								
//_								
//_								

NB Allegare l'ecografia del primo trimestre (se eseguita ridatazione ecografica) e le curve di crescita e/o la biometria fetale eseguita al primo controllo

DATA induzione programmata/...../.....



Bibliografia

- Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) Gravidanza fisiologica. Novembre 2010.
- Linee guida di assistenza ostetrica Ospedale San Gerardo Monza
- Linee Guida SLOG: monitoraggio gravidanza oltre il termine
- Linee Guida AOGOI Gravidanza post-termine 2007
- 14. Morris JM, Thompson K, Smithey J, Gaffney G, Cooke I, Chamberlain P, Hope P, Altman D, MacKenzie IZ. The usefulness of ultrasound assessment of amniotic fluid in predicting adverse outcome in prolonged pregnancy: a prospective blinded observational study. BJOG 2003; 110: 989-94.
- 15. Weiner Z, Farmakides G, Schulman H, Kellenr L, Plancher S, Maulik D. Computerized analysis of fetal heart rate variation in postterm pregnancy: prediction of intrapartum distress and fetal acidosis. Am J Obstet Gynecol. 1994; 171: 1132-8.
- 16. Palacio M, Figueras F, Zamora L, Jimenez JM, Puerto B, Coll O, Cararach V, Vanrell JA. Reference range for umbilical and middle cerebral artery pulsatility index and cerebroplacental ratio in prolonged pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004; 24: 647-53.
- 17. Devine PA, Bracero LA, Lysikiewicz A, Evans R, Womack S, Byrne DW. Middle cerebral to umbilical artery Doppler ratio in post-date pregnancies. Obstet Gynecol 1994; 84:856-60.
- 18. Farmakides G, Schulman H, Ducey J, Guzman E, Saladana L, Penny B, Winter D. Uterine and umbilical artery Doppler velocimetry in postterm pregnancy. J Reprod Med 1988;33:259-61



REGIONE ABRUZZO

AZIENDA ULS PESCARA - Ospedale Spirito Santo
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore: Dott. M. Rosati



SCHEDA MONITORAGGIO GRAVIDANZA FISILOGICA A TERMINE

PAZIENTE _____

UM _____ EPP anamnestica _____ EPP ecografica _____

	PA	ALBUS TIK	CTG	AFI (≥5)	FALDA MAX (≥2x2 cm)	VISITA OSTETRICA (Bishop) su indicazione medica	VALUTAZIONE	MEDICO
1° controllo _/_/_								
2° controllo _/_/_								
3° controllo _/_/_								
//_								
//_								

NB Allegare l'ecografia del primo trimestre (se eseguita ridatazione ecografica) e le curve di crescita e/o la biometria fetale eseguita al primo controllo

DATA induzione programmata/...../.....





REGIONE ABRUZZO
AZIENDA ULS PESCARA - Ospedale Spirito Santo
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore: Dott. M. Rosati

**MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA A TERMINE:
INFORMAZIONI PER LE GESTANTI**

Viene definita a termine la gravidanza tra 37 e 41 settimane compiute. Circa l'80% delle nascite avviene in questo arco di tempo. Ove non venga applicata l'induzione sistematica a 41 settimane il 7% delle gravidanze supera i 294 giorni (42 sett). Tale protrazione viene ritenuta come condizione di aumentato rischio per la mamma e per il neonato.

Non esiste evidenza che tale aumentato rischio sia dovuto alla protrazione della gravidanza di per sé, ma esso è piuttosto dovuto a complicazioni materne e/o fetali. In particolare la restrizione di crescita fetale o il fatto di essere piccoli per età gestazionale è l'elemento che condiziona l'esito neonate avverso.

Per prevenire le complicazioni della gravidanza post-termine esiste la possibilità di indurre il parto prima del compimento della 42. settimana. La reale efficacia dell'induzione non è dimostrata ed è necessario un elevato numero di induzioni (500-1000) a 41 settimane per prevenire una possibile morte fetale. Inoltre l'induzione è gravata da un potenziale aumento dei parti operativi e segnatamente dei cesarei.

Per queste motivazioni Lei e il Suo bambino sarete sottoposte a **sorveglianza** per riconoscere quelle condizioni che vengono indicate come responsabili dell'esito fetale sfavorevole. A partire dal compimento dell'epoca presunta del parto Lei sarà sottoposta a controlli regolari e Le proporremo l'induzione del travaglio al compimento delle 41+3 settimane effettive di gestazione.

In ogni caso la scelta della tempistica e della modalità del parto sarà operata nel rispetto delle Sue scelte e sulla base di un'accurata valutazione delle condizioni materno-fetali.

Io sottoscritta.....,informata sui possibili rischi fetoneonatali derivanti dalla gravidanza protratta

Esprimo il mio consenso al monitoraggio del travaglio a partire dall'epoca presunta del parto.

Esprimo **Non esprimo il consenso all'induzione del travaglio a 41+3 settimane, qualora questo non sopraggiungesse spontaneamente.**

DATA



FIRMA

Paziente.....