

Raccomandazioni per la pratica clinica sul taglio cesareo

Ecco il secondo documento dell'Iss

Dopo le linee guida di gennaio 2010, arriva la seconda parte delle indicazioni dell'Iss riguardanti il "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". Questo secondo documento prende in esame le indicazioni al cesareo programmato e d'urgenza, l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nell'assistenza al parto, i rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso Tc e il tema della richiesta materna in assenza di motivazioni cliniche

Raggiunta un'altra tappa della riforma del percorso nascita in Italia. L'area di assistenza, da mesi al centro di polemiche e piani di sviluppo, vede ora la pubblicazione del secondo documento elaborato dal-

l'Istituto Superiore di Sanità per guidare i professionisti sanitari nella pratica clinica in base alle migliori evidenze scientifiche internazionali. Per la prima volta, poi,

il testo delle linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - seconda parte"

verrà lasciato in revisione aperta per raccogliere osservazioni, commenti e proposte di modifica da parte dei soggetti interessati. Per ottimizza-

re il processo di revisione, il cui termine è stato fissato al 27 luglio 2011, è stato anche elaborato un altro documento contenente le istruzioni elaborate dal gruppo di lavoro della linea guida.

Quando eseguire il cesareo: LE INDICAZIONI DELLE LINEE GUIDA

La presente linea guida prende in esame le indicazioni al taglio cesareo programmato e d'urgenza, l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nell'assistenza al parto e i rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo. Lo scopo è migliorare l'appropriatezza dell'indicazione al taglio cesareo. La linea guida segue la pubblicazione di un primo documento (gennaio 2010) relativo alla comunicazione tra donne e operatori sanitari, con particolare riferimento alle informazioni da offrire alle gestanti sulle modalità di parto e sui contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato. Questo secondo documento prende in esame anche il tema della richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche.

Quesito 1 - È utile adottare una classificazione dell'emergenza/urgenza del ricorso al taglio cesareo?

Quesito 2 - Sono disponibili criteri di classificazione standardizzati dell'emergenza/urgenza del ricorso al taglio cesareo?

VC Si raccomanda di documentare in cartella clinica urgenza del taglio cesareo, al fine di facilitare una comunicazione chiara ed efficace tra operatori sanitari.

VC Si raccomanda di utilizzare la seguente versione modificata della classificazione di Lucas:

- codice rosso – pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto
- codice giallo – compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita
- codice verde – assenza di compromissione delle condi-

Schema di grading

LIVELLI DI PROVA*	FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI
I Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.	A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.	B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura/intervento debba sempre essere raccomandata/o, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
III Prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.	C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo casocontrollo o loro metanalisi.	D L'esecuzione della procedura non è raccomandata.
V Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.	E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.
VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o in <i>consensus conference</i> , o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di questa linea guida.	

* Buona Pratica Clinica (BPC): l'esecuzione della procedura è raccomandata sulla base del giudizio condiviso del panel, in caso di non disponibilità di studi clinici.

zioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto

- codice bianco – parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.

Quesito 3 - Nel feto singolo la presentazione podalica rappresenta un'indicazione al taglio cesareo elettivo per ridurre la mortalità perinatale e la morbosità neonatale?

IB In caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché l'intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo pro-

grammato, questo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di età gestazionale.

Quesito 4 - Nel feto singolo il rivolgimento per manovre esterne è una procedura efficace per ridurre il rischio di presentazione podalica a termine?

IA In caso di gravidanza senza complicazioni con feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta, a partire da 37+0 settimane di età gestazionale, l'opportunità del rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare le probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale.

IA Nel rivolgimento per manovre esterne si raccomanda l'utilizzo di un farmaco tocolitico (betamimetici per via endovenosa) in quanto, in assenza di controindicazioni specifiche, aumenta la probabilità di successo della procedura.

IIIB Le manovre di rivolgimento sono controindicate in caso di: travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, placenta previa, sanguinamento vaginale, cicatrici e malformazioni uterine e specifiche condizioni cliniche materne e/o fetali.

IIIC In caso di precedente taglio cesareo i dati disponibili circa l'efficacia e la sicurezza del rivolgimento per manovre esterne non sono conclusivi, pertanto la manovra può essere offerta solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

Quesito 5 - Nel feto singolo l'agopuntura e la moxibustione rappresentano misure efficaci per ridurre il rischio di presentazione podalica a termine?

ID Alla luce delle prove disponibili la moxibustione non deve essere offerta quale tecnica efficace nel ridurre la probabilità di taglio cesareo in caso di presentazione podalica.

IC A tutt'oggi non sono disponibili prove conclusive a

sostegno dell'efficacia della oxibustione nel favorire la versione del feto in presentazione podalica.

Quesito 6 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di gravidanza gemellare, anche in considerazione delle possibili varianti di presentazione del primo e del secondo gemello?

Quesito 7 - Qualora sia indicato il taglio cesareo elettivo, a partire da quale settimana è appropriato effettuarlo?

IVB Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con presentazione cefalica per entrambi i gemelli, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali.

IVC Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale.

BPC Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata.

IVB Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38+0 settimane, per evitare eventi avversi neonatali.

Quesito 8 - Esistono differenze nell'indicazione al taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare monocoriale o bicoriale e monoamniotica o biamniotica?

IVB Nelle gravidanze monocoriali biamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione.

VB Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

Quesito 9 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di prematurità?

IIIC In caso di travaglio pretermine spontaneo senza fattori di rischio materni e/o fetali non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo programmato nel migliorare gli esiti neonatali.

BPC Il parto deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali e la scelta della modalità del parto deve tener conto dell'esperienza del centro e della casistica trattata localmente.

Quesito 10 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna in caso di ritardo di crescita fetale ed esistono predittori validi in grado di influenzare la scelta?

IB Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nei feti con ritardo di crescita fetale in assenza di alterazioni della velocimetria Doppler.

BPC In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso.

Quesito 11 - La placenta previa (centrale/marginale, maior/minor) rappresenta un'indicazione al taglio cesareo per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna?

VC In caso di placenta previa centrale (totale o parziale) o di placenta previa marginale (<2 cm dall'orifizio uterino interno) è raccomandato il ricorso al taglio cesareo programmato.

BPC Il taglio cesareo deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali.

Quesito 12 - La valutazione pelvimetrica, la misura del piede, l'altezza materna, la stima delle misure fetali/macrosomia (con ecografia o esame clinico) sono dei determinanti assoluti di sproporzione cefalo-pelvica in base

ai quali si può decidere l'indicazione al taglio cesareo elettivo?

IIID La misura del piede, la pelvimetria, l'altezza materna e la stima delle misure fetali (con esame ecografico o con esame clinico) non sono misure predittive della mancata progressione della parte presentata in travaglio. Pertanto non devono essere utilizzate quale unico criterio per decidere le modalità di espletamento del parto.

Quesito 13 - Quali sono le indicazioni al taglio cesareo elettivo in caso di macrosomia fetale nella gravida diabetica?

IIID Il diabete pregestazionale e gestazionale non rappresenta di per sé un'indicazione al taglio cesareo.

IIIB In caso di feto con peso stimato ≥ 4.500 g è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38+0 settimane di gestazione.

IIIB Il diabete pregestazionale e gestazionale non costituisce una controindicazione al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

Quesito 14 - Il taglio cesareo elettivo è efficace nel ridurre la trasmissione di infezioni dalla madre al feto, in particolare da Herpes simplex virus (HSV), virus dell'epatite B (HBV), virus dell'epatite C (HCV) e virus da immunodeficienza acquisita (HIV)?

INFEZIONE DA HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV)

VC Il taglio cesareo programmato è raccomandato alle donne con infezione primaria da Herpes simplex genitale che presentano lesioni nel terzo trimestre di gravidanza o al momento del parto, in quanto l'intervento diminuisce il rischio di infezione neonatale da HSV. Il taglio cesareo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di gestazione.

VC Le donne in gravidanza, con ricorrenza del virus HSV in prossimità del parto, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HSV. Pertanto il taglio cesareo non deve essere proposto di routine.

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C (HCV)

IIIC Il taglio cesareo programmato non è raccomandato alle donne in gravidanza affette da epatite C in quanto non riduce il rischio di trasmissione del virus dalla madre al neonato.

IIIC Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml, in quanto l'intervento riduce la trasmissione verticale da madre a neonato.

IVC Le donne in gravidanza con coinfezione HIV/HCV, in terapia HAART e con carica virale HIV plasmatica <50 copie/ml, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HCV. Pertanto il taglio cesareo deve essere proposto solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B (HBV)

I La trasmissione di epatite B dalla madre al figlio può essere ridotta se il neonato riceve sia immunoglobuline sia la relativa vaccinazione.

IIIB Le donne in gravidanza con epatite B non devono essere sottoposte di routine al taglio cesareo programmato in quanto non sono disponibili prove conclusive a sostegno della sua efficacia nel ridurre la trasmissione di epatite B dalla madre al neonato.

INFEZIONE DA VIRUS DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV)

Un taglio cesareo programmato a 38+0 settimane per prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane è raccomandato in caso di:

IA • terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml

IA • monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva

IIIC • coinfezione da HIV ed epatite C in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml.

IB Un travaglio di parto può essere offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica vira-

le plasmatica <50 copie/ml, avendo cura di limitare, per quanto possibile, le manovre che aumentano il rischio di contaminazione ematica materno-fetale (amniorexi precoce, ripetute esplorazioni vaginali a membrane rotte, monitoraggio invasivo del benessere fetale, utilizzo di forcipi e ventosa, episiotomia).

BPC In caso di indicazioni ostetriche al taglio cesareo in donne con carica virale plasmatica < 50 copie/ml, questo non deve essere effettuato prima di 39+0 settimane di gestazione per ridurre i rischi neonatali.

Quesito 15 - Quali sono gli interventi e le procedure da effettuare durante l'assistenza intrapartum che si sono dimostrate efficaci nel ridurre la probabilità di un parto mediante taglio cesareo?

TIMING DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

BPC In caso di gravidanza senza complicazioni prima di 41+0 settimane si raccomanda di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio. Un'induzione prima di 41+0 settimane aumenta il rischio di ricorso inappropriato al taglio cesareo.

IA In caso di gravidanza senza complicazioni, si raccomanda l'offerta dell'induzione del travaglio tra 41+0 e 42+0 settimane per ridurre il rischio di mortalità e morbosità perinatale.

IB Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e delle condizioni locali punteggiate di Bishop).

BPC Alle donne che a 42+0 settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio appropriato alle condizioni di benessere materno-fetali.

SOSTEGNO EMOTIVO OFFERTO ALLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

IA Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto.

PARTOGRAMMA

IB Le prove attualmente disponibili non permettono di valutare in maniera conclusiva l'efficacia del partogramma nel ridurre il tasso di taglio cesareo.

BPC L'adozione del partogramma è raccomandata per la sua influenza positiva su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida, quali il monitoraggio della progressione del travaglio, la facilitazione della comunicazione tra operatori e l'audit clinico e didattico.

GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le prove attualmente disponibili non dimostrano l'efficacia della gestione attiva del travaglio di parto nel ridurre la percentuale di tagli cesarei. Tuttavia tale pratica potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

MONITORAGGIO DEL BENESSERE FETALE DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

Monitoraggio elettronico fetale durante il travaglio di parto

IA Per monitorare il benessere fetale nelle gravidanze a basso rischio è raccomandata la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante sia in periodo espulsivo.

IA La rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG è associata a un'aumentata probabilità di taglio cesareo.

Tecniche integrative al monitoraggio elettronico fetale durante il travaglio di parto

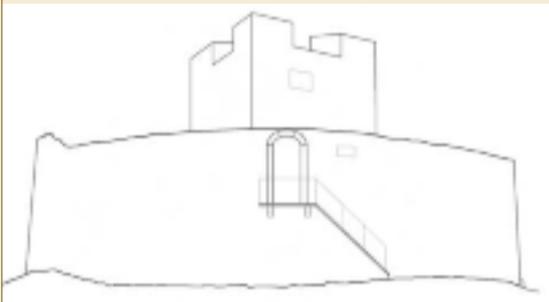
IIIB Nei casi in cui è indicata la rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG, può essere valutata l'associazione dell'analisi ECG del tratto ST (STAn) per monitorare il benessere fetale, anche se non è stata dimostrata una correlazione tra la STAn e la probabilità del taglio cesareo.

► Segue in ultima

Congressi convegni  Tutti i congressi su www.aogoi.it

SAVE THE DATE Evoluzione dei controlli in gravidanza
Ospedale di San Polo, Monfalcone (Go) - 22 ottobre 2011

**Congresso Regionale AOGOI
del Friuli Venezia Giulia**



**Evoluzione
dei controlli
in gravidanza**

**22 ottobre 2011
Ospedale di San Polo
Monfalcone (Go)**



PROGRAMMA

Iª Sessione

Moderatori: *Antonio Chiantera - Tiziano Maggino*

Le linee guida del Ministero della salute sulla "Gravidanza fisiologica" (*Lorenza Driul*)

La gestione della gravidanza fisiologica secondo l'accordo sul percorso nascita (*Simona Melazzini*)

Integrazione delle figure professionali nella gestione della gravidanza e parto fisiologici:

Il punto di vista del medico (*Giuseppe Ettore*)

Il punto di vista dell'ostetrica (*Antonella Marchi*)

IIª Sessione

Tavola rotonda: Proposte per la "cartella unica di gestione integrata della gravidanza"

Conduce: *Carmine Gigli*

Partecipano: *Valter Adamo, Giovanni Del Frate, Giuseppe Ettore, Anna Ferrante, Diego Marchesoni, Antonella Marchi, Carlo Zompicchiatti*

IIIª Sessione

Moderatori: *Attilio D'Atri - Silvio Giove*

La supplementazione con folati in gravidanza (*Vesna Cescutti*)

La qualità dei prodotti detergenti per la gravida (*Roberta Giornelli*)

Presentazione dell'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) (*Antonella Marchi*)

COMITATO SCIENTIFICO

V. Adamo - Pordenone
D. Bassini - Tolmezzo (UD)
E. Campagnutta - Aviano (PN)
A. D'Atri - Monfalcone (GO)
G. Del Frate - S. Daniele del Friuli (UD)
S. Giove - San Vito al Tagliamento (PN)
C. Zompicchiatti - Palmanova (UD)

DIRETTORE SCIENTIFICO:

Dott. Carmine Gigli carminegigli@tin.it
Segretario regionale AOGOI
Via dei Piccardi, 70 - 34170 Trieste

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

THE OFFICE aogoi@theoffice.it
Via S. Nicolò, 14 - 34121 Trieste
Tel. 040 368343, Fax 040 368808

La scheda di iscrizione può essere scaricata dal sito www.theoffice.it/aogoi2011

Con il patrocinio del Collegio dei Primari di Ostetricia e Ginecologia del Triveneto

Si ringraziano le ditte:

Rottapharm, Ferring e Gedeon Richter

► Segue da pagina 15

Ecco il secondo documento dell'Iss

IIIB In caso di anomalie sospette del tracciato cardiocografico, in assenza di controindicazioni e ove tecnicamente realizzabile, è raccomandato valutare l'utilizzo di altre tecniche diagnostiche integrative (test di Clark, prelievo di sangue dallo scalpo fetale) prima di procedere con un taglio cesareo d'urgenza.

IB In presenza di decelerazioni variabili ripetitive è raccomandato valutare l'utilizzo dell'amnioinfusione per ridurre l'ipossia e il ricorso al taglio cesareo d'urgenza.

ANALGESIA PERI-MIDOLLARE DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'analgesia peri-midollare durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

IMMERSIONE IN ACQUA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'immersione in acqua durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

POSIZIONE E MOBILITÀ DELLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra la posizione e la mobilità della donna e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia la posizione e la mobilità della donna potrebbero avere un'influenza su altri esiti

che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

AMNIOTOMIA PRECOCE

ID L'amniotomia precoce non è raccomandata per ridurre l'incidenza di tagli cesarei da distocia. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

TERAPIE COMPLEMENTARI DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Non sono disponibili prove di efficacia conclusive per raccomandare alcuna delle terapie complementari prese in esame al fine di ridurre il tasso di taglio cesareo. Tuttavia tali procedure potrebbero avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

Quesito 16 - Informare le gestanti che hanno effettuato un pregresso taglio cesareo circa la possibilità di accedere a un travaglio nei diversi luoghi del parto (ospedale, casa di cura accreditata e non, casa del parto, domicilio) può essere utile per favorire scelte consapevoli?

Quesito 17 - Quali sono i potenziali benefici e danni per la salute materna e fetale associati al travaglio (insorto spontaneamente o indotto) dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 18 - Esistono criteri accurati di predizione dei rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 19 - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 20 - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo aver avuto sia un taglio cesareo sia un parto vaginale?

Quesito 21 - Quali sono i requisiti assistenziali e clinico-

organizzativi in grado di garantire la sicurezza del travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

I Sulla base delle prove scientifiche disponibili, sottoporre la donna a tagli cesarei ripetuti aumenta la morbosità e la mortalità materne e perinatali.

IA L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche e in presenza di un'organizzazione assistenziale adeguata, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

BPC In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, regressive incisioni uterine longitudinali e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

BPC Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

BPC È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

BPC In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neo natale.

Il testo del documento è disponibile su www.aogoi.it