

IL TAGLIO CESAREO ELETTIVO: INDICAZIONI

Commissione Nascita
Sottogruppo taglio cesareo

Marcella Falcieri 2011



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Area Vasta Emilia Centrale
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

IL PARTO CESAREO una scelta appropriata

2 DICEMBRE 2011 ore 09,00

Casa dei Donatori di Sangue | Sala Convegni "Cesare Cesari"
Via dell'Ospedale 20, Bologna

CREDITI ECM
WORKSHOP AVEC



TAGLIO CESAREO ELETTIVO

INDICAZIONI DA EBM/EBO

- LG ISS 2011
- RCOG 2011

REALTA' ASSISTENZIALE

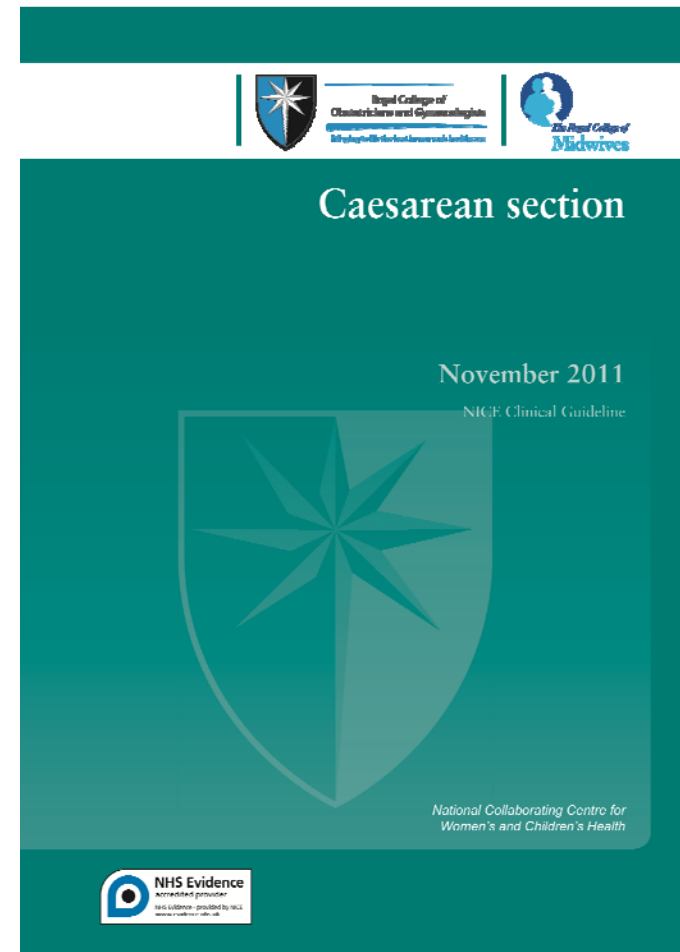
- Tasso TC elettivi variabile per punto nascita
- Paura dei professionisti del contenzioso medicolegale
- Richiesta materna/richiesta medica



taglio cesareo elettivo

indicazioni “ostetriche” EBM

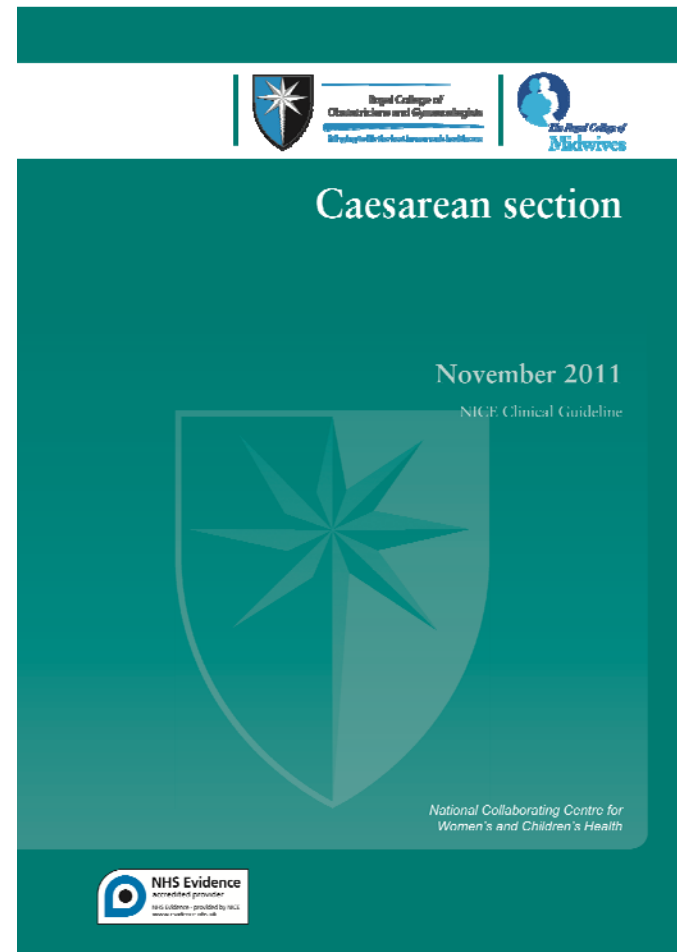
- Presentazione podalica(ECV controindicata o fallita)
- Gravidanza gemellare con 1° gemello non cefalico
- Placenta previa maggiore/minore
- HIV in casi selezionati
- HSV primario nel 3° trimestre
- Stima peso >4500 gr in pz diabetica(ISS 2011)
- Pregresso TC in casi definiti (longitudinale, > 2 TC....)(ISS 2011)



NON offrire TC elettivo

- Gravidanza gemellare non complicata a termine
- Parto prematuro
- Feto SGA
- HIV, HBV, HCV, Herpes ricorrente, BMI > 50

...scoraggiare l'uso di pelvimetria, stima ecografica del peso fetale, misurazione del piede o dell'altezza materna per prevedere arresto della progressione in travaglio...



TIMING DEL PARTO:

la programmazione del TC elettivo

- **NON** prima di 39 (+0) settimane
38 (+0) gemelli
- se prima di 39 (+0) profilassi RDS

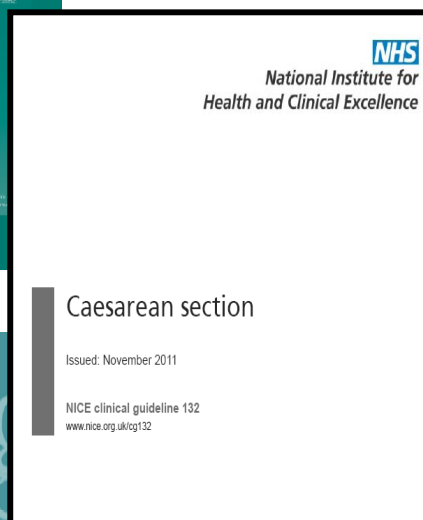
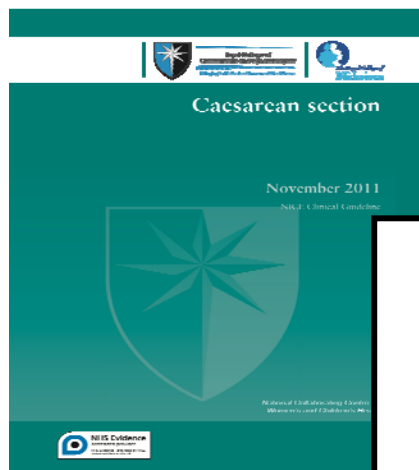
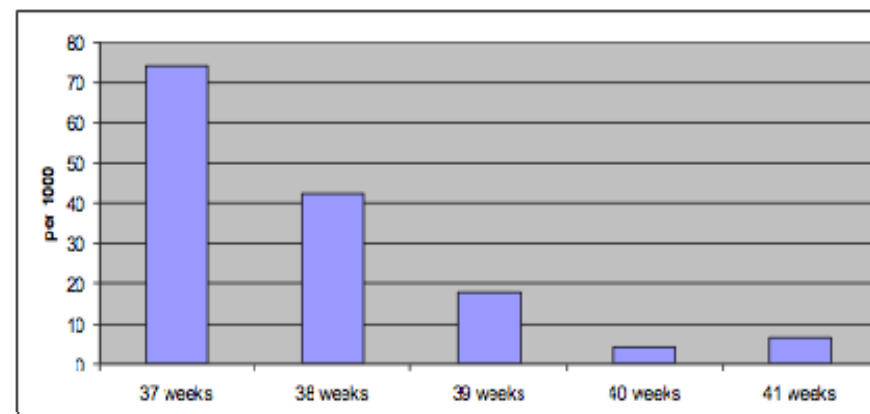


Figure 7.1 Respiratory morbidity per 1000 for CS before labour²⁸² [evidence level 3]



The risk of respiratory morbidity is increased in babies born by CS 7. before labour, but this risk decreases significantly after 39 weeks. Therefore planned CS should not routinely be carried out before 39 weeks. [B] [2004]

COMMISSIONE NASCITA

Compiti della Commissione sono:

- valutare la **qualità dell'assistenza**, rispetto alla tempestività di accesso ai servizi, alla continuità dell'assistenza, **all'appropriatezza delle procedure**, allo stato di salute della donna e del bambino, al gradimento espresso dalle donne riguardo alle diverse modalità assistenziali e del parto;
- valutare la qualità delle informazioni fornite nelle strutture sanitarie alle donne rispetto al percorso nascita e alla scelta dei modi e dei luoghi del parto;
- **monitorare le modalità di parto** in tutto il territorio regionale;
- valutare i costi derivati dalle diverse tipologie di parto;
- elaborare i protocolli per attuare le più appropriate ed efficaci **modalità organizzative** nell'assistenza ostetrica e perinatale.

Sottogruppo TAGLIO CESAREO

Linee di indirizzo organizzativo

- E' opportuno che ogni U.O. definisca un percorso preciso ed univoco di prenotazione del TC elettivo: come per un qualsiasi altro intervento ostetrico-ginecologico, dovrebbe essere fatta una valutazione prechirurgica per tutte le donne in gravidanza che accedono al punto nascita per programmare il TC.
- In particolare può essere efficace l'istituzione di un *ambulatorio prechirurgico*, coordinato da medici con esperienza ostetrica, riservato ai TC elettivi, a cui le pazienti candidate affluiscano in epoca "precoce" (35-37 settimana circa).

Sottogruppo TAGLIO CESAREO

Linee di indirizzo organizzativo

Obiettivi di questo ambulatorio

1. eseguire un corretto inquadramento clinico per la valutazione dei fattori di rischio materni e fetali
2. valutare l'indicazione al TC
3. consulenze specialistiche se necessario.

SOTTOGRUPPO TAGLIO CESAREO

LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVO

AMBULATORIO PRECHIRURGICO progetto di miglioramento

Questa organizzazione prevede la messa in rete di consulenti e specialisti interni alle Aziende AUSL(es. ortopedico, oculista, cardiologo, psicologo, etc...) con competenze in ambito ostetrico.

In questo ambulatorio potrebbe essere compilata la cartella di ricovero e programmati gli esami preoperatori, la visita anestesiológica e la data dell'eventuale intervento.

La prenotazione del TC elettivo dovrebbe essere fatta personalmente dalla paziente con richiesta scritta del ginecologo curante, in orario dedicato e gestito dalla coordinatrice o da ostetrica esperta dedicata. Questa organizzazione consente di avere il tempo di eseguire un vero e proprio colloquio e di pianificare l'eventuale consulenza con gli specialisti come sopra esplicitato.

Nell'ipotesi di affidare questo ambulatorio alle ostetriche, si dovrebbero individuare a supporto uno o più medici referenti con esperienza in ostetricia.

Ambulatorio prechirurgico

Informazioni e consenso

- **Tecnica chirurgica, anestesia**
- **Timing del parto**
- **Rischi/benefici materno-fetali, compreso VBAC**
- **Fertilità futura**
- **Taglio cesareo su richiesta**

Taglio cesareo su richiesta

- Ascolto delle motivazioni : paura del dolore, della perdita di controllo, precedenti esperienze negative, timore di ricevere assistenza inadeguata
- Informazioni documentate EBM su rischi/benefici di TC/parto vaginale per mamma e neonato
- Ruolo del professionista
- L'assenza di indicazioni mediche rappresenta una mancanza di appropriatezza per qualsiasi intervento chirurgico; di fronte ad una reiterazione della richiesta da parte della donna, è utile proporre un sostegno psicologico.
- Offrire sostegno in gravidanza, in travaglio ("one to one" ed analgesia farmacologica e non) ma anche/soprattutto in puerperio
- In assenza di indicazione, il medico/la struttura può rifiutare l'esecuzione dell'intervento, fermo restando il diritto per la donna di accedere ad un secondo parere

Incidenza e tipo di trauma su 37110 TC

(Alexander JM et al. Fetal injury associated with cesarean delivery. Ob Gynecol 2006;108:885)

Numero totale	418	11.3 ‰
Lacerazioni cutanee	272	7.3 ‰
Cefaloematoma (?)	88	2.4 ‰
Frattura della clavicola	11	0.3 ‰
Lesione dei nervi facciali	11	0.3 ‰
Lesione del plesso brachiale	9	0.2 ‰
Frattura delle ossa craniche	6	0.2 ‰
Frattura delle ossa lunghe	8	0.2 ‰
Emorragia intracranica	2	0.1 ‰
Miscellanea non classificabile	20	0.5 ‰

**Bentivoglio 2010 totale TC: 281
(29,8%)**



ALTRO.....

6 gemellarità

4 fibromatosi uterina

Diastasi pubica

Depressione materna

Prolasso emorroidario

Tocofobia

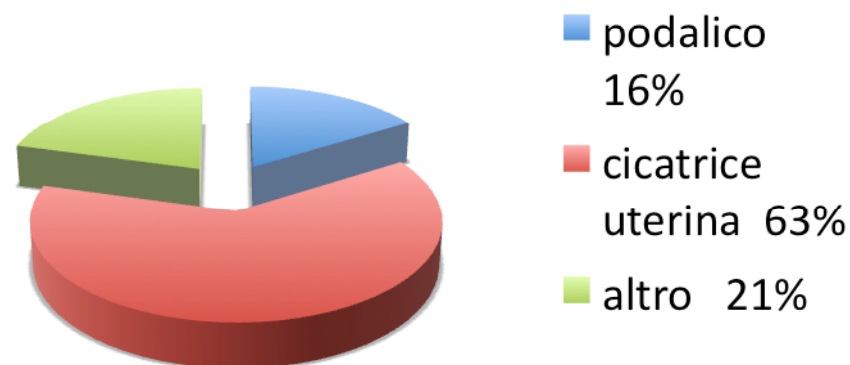
Sindrome della sella turcica vuota

Sclerosi multipla

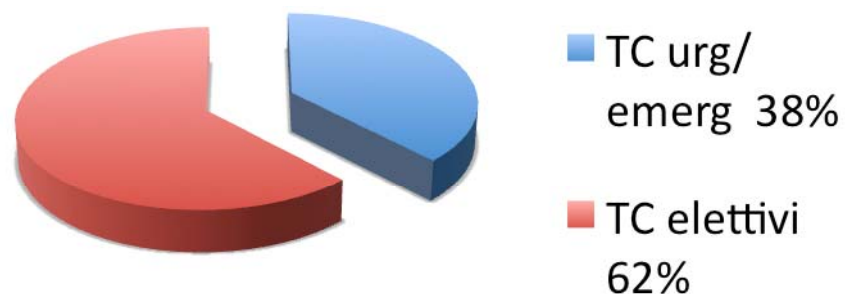
FIVET

Indicazioni oculistiche/ortopediche

**Bentivoglio 2010 TC elezione :
111**



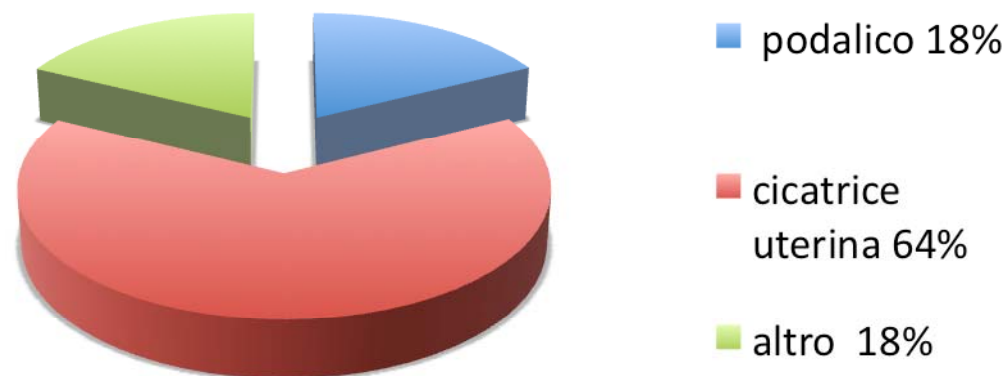
Maggiore 2010 totale TC 821 (26,8%)

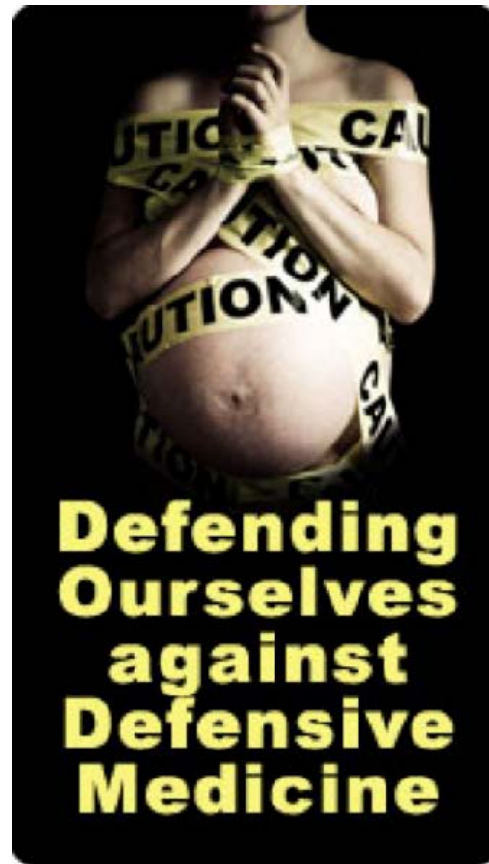


ALTRO.....

30 gemellarità
26 patologia materna
16 patologia degli annessi fetali
7 posizione fetale anomala
5 patologia fetale
4 macrosomia fetale
3 GAR

Maggiore 2010 TC elezione: 513





.....grazie.....