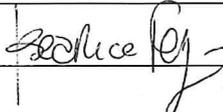
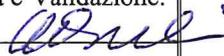
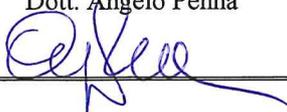




Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	Revisione: 00
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 1 di 9
Firma per redazione: Dott. Beatrice Perego 	Firma per approvazione: Dott. Alberto Arnulfo 	Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Dott. Margherita Bianchi 
Firma per validazione Direzione Generale Dott. Angelo Penna 		

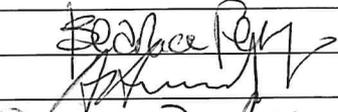
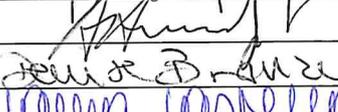
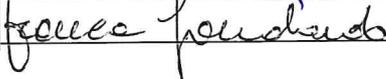
MANAGEMENT E ASSISTENZA DELLA GRAVIDANZA A TERMINE

INDICE

PREMESSA	3
SCOPO	3
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
RESPONSABILITÀ	3
MODALITÀ OPERATIVE.....	4
Rischi fetali.....	4
Rischi materni.....	4
Valutazione alla 36 settimana (bilancio di salute)	5
Valutazione a 40 ⁺³ settimane	6
Valutazione a 40 ⁺⁶ settimane	6
Valutazione a 41 ⁺² settimane	6
RACCOMANDAZIONI	7
Valutazione LA mediante AFI/AFV	7
Condizioni cervicali mediante score di Bishop	7
Non Stress Test (NST).....	7
Profilo Biofisico Fetale.....	8
INDICATORI.....	8
ALLEGATI	8
BIBLIOGRAFIA.....	8

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00	
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine		Emesso il: 22/01/2019	
		Pagina 2 di 9	

GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Beatrice Perego	Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	
Alberto Arnulfo	Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	
Denise Bronzetti	Ostetrica	
Laura Castellarin	Ostetrica	
Roberta Ciamparini	Ostetrica	
Franca Laudando	Coordinatore SOC Ostetricia Ginecologia	

LEGENDA

AFI	<i>Amniotic Fluid Index</i> (Indice di liquido amniotico)
AFV	<i>Amniotic Fluid Volume</i> (Volume di liquido amniotico)
BCF	Battito cardiaco fetale
CTG	Cardiotocografia
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
ECG	Elettrocardiogramma
EG	Età Gestazionale
FC	Frequenza Cardiaca
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i> (ritardo di crescita intrauterino)
LA	Liquido Amniotico
MDG	Medico Di Guardia
MAF	Movimenti Attivi Fetali
MEF	Morte Endouterina Fetale
NST	Non Stress Test
PA	Pressione Arteriosa
OT	Oltre il termine
TA	Temperatura Auricolare
TC	Taglio Cesareo

Questo documento adotta la definizione di gravidanza a termine come gravidanza tra 37+0 e 42 settimane e gravidanza protratta come gravidanza che continua oltre 42+0 settimane (294 giorni) di

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 3 di 9

età gestazionale, epoca stabilita attraverso ecografia nel primo trimestre eseguita non oltre 14+0 settimane di età gestazionale.

PREMESSA

L'incidenza della gravidanza protratta è del 4-14%. Nonostante le metanalisi ed i trial a disposizione (7-9), non vi è sufficiente evidenza di alta qualità per fare una forte raccomandazione sul timing dell'offerta dell'induzione in gravidanze non complicate che evolvono oltre le 41 settimane. Tuttavia la maggior parte delle linee guida internazionali suggerisce di offrire l'induzione al travaglio di parto tra 41+0 e 42+0 settimane. La gravidanza protratta è soggetta a rischi aumentati per la madre e per il feto. Il ritardo di crescita intrauterino costituisce il più importante fattore di rischio per natimortalità; nel 52% dei casi la natimortalità risulta associata a ritardo di crescita intrauterino indipendentemente dall'età gestazionale. Quando non riconosciuto, il ritardo di crescita intrauterino è la causa del 10% della mortalità perinatale in Europa.

Il rischio di mortalità perinatale associato alla gravidanza protratta è piccolo e stimabile intorno a 2-3/1.000 nati con significative differenze legate all'etnia.

Il rischio fetale di *outcome* sfavorevole viene ridotto attraverso la sorveglianza antenatale e l'induzione al travaglio.

Nelle gravidanze protratte si registra una maggior percentuale di interventi ostetrici, un più elevato numero di parti operativi e tagli cesarei (TC) (incidenza di tagli cesarei 2-3 volte maggiore dopo le 42 settimane di età gestazionale).

Il benessere fetale a termine di gravidanza viene valutato con differenti modalità in considerazione dell'età gestazionale.

SCOPO

Scopo della procedura è offrire a tutti gli operatori dell'equipe ostetrico-ginecologica un documento operativo per la diagnosi e la gestione sistematica delle donne con gravidanza a termine.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica in pronto soccorso ostetrico, reparto di ostetricia e sala parto, in occasione di assistenza a donne con gravidanza a termine presso SOC Ostetricia e Ginecologia sede di Verbania e Domodossola.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità di applicazione della procedura è dell'Ostetrica e dei Medici Specialisti per quanto di loro competenza.

La responsabilità di verifica di applicazione è dei direttori di SOC e di Dipartimento e della Coordinatrice ostetrico-infermieristica.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00	
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 4 di 9	

Di seguito la matrice delle responsabilità:

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Legenda: Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I) NC (Non Coinvolto)				
Descrizione dell'attività	Operatore			
	Medico	Ostetrica	Personale di supporto	Infermiere
Accoglienza in reparto e preparazione della documentazione	C	R	I	C
Bilancio di salute e valutazione del rischio	C	R	I	I
Esecuzione, presa visione e archiviazione esami ematici ed ECG reparto	R	R	C	R
Posizionamento, controllo e rimozione del CTG	C	R	I	I
Rilevazione dei parametri vitali e stick urine	C	R	C	C
Valutazione dell'edema	R	C	NC	I
Valutazione del livello del liquido amniotico e/o profilo biofisico fetale	R	C	C	C
Visita ostetrica	R	C	C	C
Pianificazione dell'assistenza successiva	R	C	I	C
Annotazione appuntamento e conservazione della cartella clinica	C	R	I	C

MODALITÀ OPERATIVE

Rischi fetali

Possibili complicazione della gravidanza protratta:

- aumentato rischio di MEF (frequenza 1.24-3.47/1000);
- insufficienza utero-placentare;
- sindrome del post-maturo;
- IUGR;
- oligoidramnios;
- aumentata incidenza di giri di funicolo;
- maggior viscosità del liquido amniotico;
- anomalie del BCF;
- sindrome da aspirazione di meconio.

Rischi materni

Sono modesti e legati principalmente all'aumento del peso fetale alla nascita. Essi vanno valutati alla luce dell'aumentato rischio materno per gli stessi fattori, associati all'induzione e si possono riassumere in:

- distocie del travaglio;
- distocie di spalle;

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00	
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 5 di 9	

- traumi ostetrici;
- emorragie.

Valutazione alla 36 settimana (bilancio di salute)

Il bilancio di salute viene eseguito dall'ostetrica di reparto o dall'ostetrica di giornata se presente, nel locale dedicato.

- Raccolta dell'anamnesi e accertamento infermieristico con inserimento dei dati raccolti su Phi e su CeDAP;
- controllo della corretta datazione della gravidanza;
- valutazione dei fattori di rischio e delle patologie concomitanti;
- stick urine;
- misurazione PA e polso;
- peso e aumento ponderale in gravidanza;
- valutazione dell'edema;
- valutazione di situazione e presentazione;
- valutazione dei MAF;
- rilevazione e valutazione del BCF;
- rilevazione della lunghezza sinfisi-fondo;
- visita ostetrica;
- esecuzione dell'ECG;
- esecuzione degli esami pre parto (da far visionare al medico di guardia del pomeriggio)
- compilazione della pagina 26 dell'Agenda di gravidanza del Piemonte.

In presenza di condizioni di fisiologia, il piano assistenziale viene definito dall'ostetrica fissando il primo appuntamento e comunicando alla donna la periodicità dei controlli. In presenza di patologia o di alterazioni di uno dei parametri rilevati, il piano assistenziale per la gravidanza deve essere effettuato congiuntamente al medico in turno DEA o dal medico di reparto in sua assenza, annotando in cartella clinica il percorso decisionale nello spazio dell'anamnesi patologica prossima della cartella informatizzata.

In occasione del bilancio di salute sarà premura dell'ostetrica accertarsi che la donna abbia ricevuto informazioni su:

- valutazione dei MAF
- segni che richiedano una valutazione ostetrica
- informazioni sull'allattamento (in assenza di informazioni, invitare la donna a partecipare all'incontro del martedì mattina)
- informazioni sulle cure amiche della madre
- informazioni sulla parto analgesia
- informazioni sull'uso del sangue neonatale
- informazioni sugli orari di visita e materiale da mettere in valigia

In occasione del bilancio di salute alle donne è dato il successivo appuntamento per il monitoraggio della gravidanza a termine a 40+3 settimane di gestazione.

I controlli a termine (40+3,40+6,41+2 settimane di gestazione) devono essere registrati in agenda di reparto.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00	
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 6 di 9	

I controlli di gravidanza patologica precedenti le 40 settimane devono essere accompagnati da impegnativa M50 che riporta le seguenti diciture:

- Cardiotocografia,
- Ecografia,
- Visita Ostetrica di Controllo

La documentazione del monitoraggio della gravidanza deve essere conservata nella cartella clinica in originale.

La documentazione del bilancio di salute deve essere conservata in cartella clinica in copia.

Su richiesta della donna è possibile rilasciare una copia del modulo di sorveglianza della gravidanza a termine.

Valutazione a 40⁺³ settimane

La valutazione della gravidanza a termine viene effettuata dall'ostetrica di sala parto o dall'ostetrica di giornata se presente, insieme al medico di guardia.

- Impostazione del modulo di sorveglianza della gravidanza a termine (allegato 1);
- AFI + NST (profilo biofisico fetale se richiesto)
- condizione cervicale mediante score di Bishop;
- stick urine;
- misurazione PA-FC-TA;
- valutazione dell'edema.

Valutazione a 40⁺⁶ settimane

- AFI + NST (profilo biofisico fetale se richiesto)
- condizione cervicale mediante score di Bishop;
- stick urine;
- misurazione PA-FC-TA;
- valutazione dell'edema.

Valutazione a 41⁺² settimane

- AFI + NST (profilo biofisico fetale se richiesto)
- condizione cervicale mediante score di Bishop;
- stick urine;
- misurazione PA-FC-TA;
- valutazione dell'edema;

In assenza di segni di travaglio o di fattori di rischio rilevati, il travaglio verrà indotto a 41⁺³ settimane come da procedura induzione travaglio di parto PO 17-OGI 17.

Qualora si ravveda la necessità clinica di stimolare il travaglio prima di 41+3, l'indicazione e la modalità di induzione devono essere decise dal medico di guardia e annotate in cartella clinica.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 7 di 9

RACCOMANDAZIONI

Valutazione LA mediante AFI/AFV

Modalità di valutazione: ecografia TA

Criteri di valutazione:

	Range normalità	Oligoidramnios	Polidramnios
AFI	>5 cm e <25 cm	≤ 5 cm	≥ 25 cm
AFV	>2 cm e <8 cm	≤ 2 cm	≥ 8 cm

Se oligoidramnios/polidramnios → induzione del travaglio di parto

Condizioni cervicali mediante score di Bishop

Modalità di valutazione: visita ostetrica.

Criteri di valutazione:

Punteggio	Dilatazione (cm)	Posizione	Appianamento % Lunghezza (cm)	Consistenza	Stazione livello P.P.
0	Chiuso	posteriore	0-30 (3cm)	rigida	-3
1	1-2	intermedia	40-50 (2cm)	media	-2
2	3-4	anteriore	60-70 (1 cm)	soffice	-1/0
3	5-6	-	≥80 (0 cm)	-	+1/+2

Non Stress Test (NST)

Modalità di valutazione: CTG eseguito in condizioni basali, preferibilmente in orario post prandiale e dopo adeguata idratazione per os.

Criteri di valutazione:

NST reattivo	≥ 2 accelerazioni di almeno 15 bpm e della durata di almeno 15 secondi in 20 minuti
NST non reattivo	Assenza di accelerazioni in un periodo di 40 minuti

Se NST non reattivo (dopo una osservazione con CTG in continua per 90 min), eseguire

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 8 di 9

Profilo Biofisico Fetale

Parametri	2 punti	0 punti
AFV	tasca massima > 2 cm	tasca massima ≤ 2 cm
Movimenti respiratori fetali	≥ 1 movimento respiratorio ritmico della durata di 30 secondi o più nell'arco di 30 minuti	anormale / assente / insufficiente
Movimenti fetali	≥ 3 movimenti di corpo o arti entro 30 minuti	anormale / assente / insufficiente
Tono fetale	≥ episodio di flesso-estensione delle estremità fetali o di apertura-chiusura mano	anormale / assente / insufficiente
NST	Reattivo	non reattivo

- se punteggio < 8/10 (con AVF patologico) → espletamento del parto;
- se punteggio 8/10 (con AVF patologico) → espletamento del parto;
- se punteggio > 8/10 (con AVF normale) → non indicazioni fetali ad espletamento parto.

Il medico e l'ostetrica compilano il modulo di sorveglianza della gravidanza a termine nelle sue parti (allegato 1).

Qualora si ravveda la necessità clinica di stimolare il travaglio prima di 41+3, l'indicazione e la modalità di induzione devono essere decise dal medico DEA del reparto e/o dal Medico di Guardia

INDICATORI

1. Numero partorienti che hanno eseguito il bilancio di salute (atteso 95%).
2. Appropriatelyzza dell'induzione nelle donne con gravidanza > 40+3 settimane.

ALLEGATI

1. Modulo di sorveglianza della gravidanza a termine

BIBLIOGRAFIA

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Induction of labour. RCOG Press, London, 2008.
- Hilder L, et al. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. BJOG. 1998; 105:169-73.
- Divon MY, et al. A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal and neonatal mortality rates. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004; 23:423-6.
- National Guideline Clearinghouse: Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2008

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 18	
Redatta da: Responsabile Qualità-Rischio SOC OGI	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 00	
Titolo documento: Management e assistenza della gravidanza a termine	Emesso il: 22/01/2019	Pagina 9 di 9	

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of post-term pregnancy. ACOG practice bulletin no. 55. 2004.
- Gümezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. 2012
- Cuervo L.G. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term: RHL commentary. World Health Organization. 2006
- Delaney M., Roggensack A. Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. SOGC clinical practice guideline no. 214. 2008
- Hussain et al. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. BMC Public Health 2011; 11: s5.
- Briscoe D. et al. Management of Pregnancy Beyond 40 Weeks' Gestation. Am Fam Physician. 2005; 71: 1935-1942.

