

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e donne dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)

1	<p>Non clampare precocemente (prima di un minuto) il cordone ombelicale (CO).</p> <p>Il clampaggio tardivo del CO (2-3 minuti dopo la nascita) favorisce il passaggio di sangue dalla placenta al feto prevenendo l'anemia e rinforzando le scorte di ferro del neonato, riduce inoltre il rischio di colite necrotizzante. Il clampaggio tardivo risulta vantaggioso anche per i neonati ad alta prematurità (meno di 32 settimane e ne riduce la mortalità).</p> <p>Sulla base dei dati scientifici oggi disponibili non c'è alcuna differenza tra ritardato clampaggio e spremitura del cordone (milking) sugli esiti neonatali.</p> <p>L'unico effetto avverso neonatale segnalato, ma non da tutti gli autori confermato, è il possibile lieve aumento del rischio di iperbilirubinemia che richiede la fototerapia. I complessi effetti sul sistema cardiovascolare neonatale del precoce clampaggio del CO a sostegno del ritardo sono analiticamente descritti nel documento congiunto SIN-SIMP-FNOC a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore.</p>
2	<p>Non eseguire l'episiotomia di routine, ma solo quando sussistono precise indicazioni cliniche.</p> <p>L'episiotomia veniva eseguita allo scopo di evitare il prolasso genitale, l'incontinenza urinaria e le lacerazioni perineali. Tuttavia studi recenti hanno dimostrato che l'episiotomia eseguita di routine comporta numerosi effetti avversi tra i quali: estensione imprevedibile dell'incisione chirurgica verso l'ano o il retto, restringimento dell'introito vaginale, eccessiva perdita ematica, edema, dolore, infezione, diastasi e dispareunia.</p> <p>L'episiotomia può essere indicata in caso di parto operativo vaginale (ventosa o forcipe), quando è necessario accelerare l'espulsione del feto in presenza di distress fetale e quando sono necessarie manovre invasive per risolvere una distocia di spalle.</p> <p>In ogni caso non si deve procedere all'esecuzione di episiotomie mediane perché comportano un maggior rischio di estensione al retto.</p>
3	<p>Non procedere all'induzione del travaglio di parto prima di 39 settimane + 0 giorni se non vi sono appropriate indicazioni materne o fetali.</p> <p>L'induzione del parto medicalizza un evento fisiologico e può causare alcuni effetti avversi tra cui l'allungamento della fase latente del travaglio e l'aumento della perdita ematica. Pertanto l'induzione è indicata solo quando il proseguimento della gravidanza può comportare un reale pericolo per il feto o per la madre. L'induzione a termine non aumenta il rischio di taglio cesareo.</p> <p>In caso di gravidanza protratta l'induzione non deve essere proposta prima di 41 settimane+ 3 giorni bensì entro 42 settimane + 0 giorni (3) o nella gravidanza a termine per oligoidramnios isolato, se AFI (Amniotic Fluid Index) inferiore a 50 mm o tasca massima inferiore a 20 mm, dopo idratazione orale con 2000 ml.</p>
4	<p>Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un pregresso taglio cesareo.</p> <p>La regola generale "una volta cesareo sempre cesareo" non ha basi scientifiche. Le società scientifiche consigliano l'ammissione al travaglio delle gravide con pregresso taglio cesareo che non abbiano controindicazioni e nei punti nascita in cui sia eseguibile un cesareo di emergenza.</p> <p>Il travaglio di parto espone la gravida con pregresso TC ad un piccolo rischio di rottura d'utero nella sede della cicatrice uterina (questo rischio è stimato in circa 47 casi su 10.000). La mortalità neonatale conseguente alla rottura d'utero è un evento eccezionale nei centri di riferimento (1 caso su 10.000) mentre nei punti nascita non adeguatamente attrezzati può raggiungere 1.000- 2.500 casi su 10.000. Le donne precesarizzate che sono ammesse al travaglio di parto hanno un rischio di mortalità minore (3-4:100.000) rispetto alle donne che sono sottoposte a cesareo programmato (13.4:100.000). Il TC iterativo è associato a maggior perdita ematica, maggior rischio di complicanze chirurgiche ed anomalie della placentazione nelle future gravidanze.</p> <p>Sostanzialmente gli studi disponibili ritengono che sia vantaggioso ammettere al parto vaginale le donne precesarizzate a condizione che vengano rispettati i criteri di selezione e che il punto nascita sia attrezzato per affrontare in sicurezza un TC in emergenza.</p>
5	<p>Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.</p> <p>Tradizionalmente durante il travaglio di parto non è consentito assumere liquidi o alimenti in quanto si ritiene che in caso di ricorso all'anestesia generale il contenuto gastrico possa aumentare il rischio di sindrome di Mendelson (polmonite chimica causata da aspirazione di succo gastrico durante l'anestesia), la cui incidenza in corso di TC è stimata in 15:10.000. Gli Studi Clinici Randomizzati (RTC) che hanno confrontato restrizione vs alimentazione non hanno evidenziato differenze negli esiti neonatali, né sono emersi effetti dannosi, compresa la Sindrome di Mendelson, che giustificano tale restrizione.</p> <p>Anche l'assunzione di una quantità di carboidrati pari a 10 cucchiaini di zucchero non ha effetti negativi. Pertanto, soprattutto per le donne a basso rischio di complicanze ostetriche, non vi è alcun valido motivo di mantenerle a digiuno durante il travaglio.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

L'OMS nell'anno 2018 ha pubblicato le 56 Raccomandazioni affinché l'evento nascita sia una esperienza positiva e non solo sicura per madre e neonato. Tra queste 56 raccomandazioni abbiamo iniziato ad analizzare quelle che più urgentemente crediamo siano da implementare e consolidare nella pratica ostetrica italiana. Abbiamo quindi sottoposto ad un gruppo di medici ostetrici la richiesta di indicare le prime cinque, di una successiva serie, raccomandazioni relative alle cose da non fare nell'assistenza alla nascita perché non supportate da prove di efficacia.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rabe H et al Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcome. Cochrane Database of Syst Rev. 2012 (8) 2. Backes CH et al Placental transfusion strategies in very preterm neonates. Obstet Gynecol 2014; (124): 47-56 3. Krueger MS et al Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(3):394 4. McDonald SJ et al Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2013 (7) 5. Documento congiunto SIN-SIMP- FNCO (a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore): Raccomandazioni italiane per la gestione del clampaggio ed il milking del cordone ombelicale nel neonato a termine e pretermine. 2016
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cochrane Library Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review) 2017. 2. M.A. Muhleaman et al. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks and benefits of an episiotomy. Clin Anat. 2017 Apr;30(3):362-372. 3. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol, 2006;107:957-62. 4. WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience 2018.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vrouenraets FP et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labour in nulliparous women. Obstet. Gynecol 2005;105:690-697. 2. Wood S et al. Does induction of labour increase the risk of cesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. BJOG. 2014;121:674-685. 3. Induction of labor : Evidence based Clinical Guideline N 9 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists July 2008. 4. Rossi AC et al. Perinatal outcome of isolated oligohydramnios at term and post term pregnancy: a sistematic review of literature with meta-analysis. J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013 169(2)149-54.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin No. 115 Vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol.2010 2. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45; October 2015 3. Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351: 2581-2589
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practice guidelines for obstetrical anesthesia. A report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Obstetrical Anesthesia. Anesthesiology 1999;90:600-611 2. Singata M. et al. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev.2013 3. Scheepers HCJ et al. A double-blind, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labor. BJOG. 2002;109:178-182

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) è l’associazione scientifica che raccoglie la maggioranza degli ostetrici ospedalieri, della ospedalità privata, del territorio e liberi professionisti italiani. I soci sono circa 5.000 e ogni regione italiana è rappresentata da una sezione regionale. Lo scopo dell’associazione è quello di promuovere la crescita professionale dei soci, la produzione scientifica, la redazione di linee guida e raccomandazioni, di organizzare meeting e congressi regionali e nazionali, di produrre testi e riviste di aggiornamento ed inoltre di supportare con tutti i mezzi disponibili non solo i propri soci ma tutto il mondo ostetrico italiano nell’attività clinica quotidiana perché l’evento nascita sia non solo sicuro ma anche un’esperienza positiva. www.aogoi.it/