**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEI PARTI CESARI PRIMARI NELL’OSPEDALE DI MELFI**

**AUDIT CLINICO - LINEA GUIDA – SNLG 2012**

**Emergenza/urgenza**

Classificazione di Lucas e trascrizione in cartella clinica

Arrivo nell’unità operativa di ostetricia e ginecologia

**Accettazione paziente in PSA - taglio cesareo urgente**

**Presentazione podalica**

monitoraggio cardiotocografico, flussimetria,biometria fetale e trascrizione in cartella clinica

taglio cesareoprogrammato non prima della 39+0 settimana di gestazione

**Feto singolo in presentazione podalica**

**Taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare**

**gravidanza gemellare bicoriale/bi amniotica**

con presentazione cefalica in entrambi i

gemelli –gravidanza a termine e in assenza

di fattori di rischio

in cui uno dei gemelli non ha avuto

presentazione cefalica

in caso di indicazione al taglio cesareo

programmato e in assenza di fattori di rischio

parto vaginale

parto cesareo

Informazione appropriata alle pazienti sull’eventuale mancato impegno del 2° feto durante il parto vaginale e trascrizione in cartella clinica

Non effettuare il taglio cesareo

parto vaginale deve essere effettuato con una expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata

l’intervento deve essere effettuato non prima della 38 +0 settimana di gestazione

**gravidanza gemellare monocoriale / biamniotica non complicata**

profilassi membrane ialine ≤ 34 settimane di gestazione e trascrizione in cartella clinica

parto cesareo alla 36-37+0 settimane di gestazione

**Parto in caso di prematurità**

no taglio cesareo programmato

**Travaglio pretermine spontaneo senza fattori di rischio materni e/o fetali**

parto in un punto nascita appropriato

**Ritardo di crescita fetale**

**Feto con ritardo di crescita**

-in assenza di alterazioni della velocimetria doppler

-in caso di alterazioni della velocimetria Doppler

no esecuzione del taglio cesareo programmato

taglio cesareo programmato in funzione della gravità del caso

e di parto prevedibilmente imminente (accelerazione del parto) effettuare il test da carico di ossitocina e il monitoraggio cardiotocogragico trascrivendo il tutto in cartella clinica- no esecuzione del taglio cesareo

**Placenta previa**

**<**

**Placenta previa**

centrale (totale o parziale) o di placenta marginale <2 cm. dall’orifizio uterino interno

previe ecografie transvaginale e transaddominale a vescica piena e trascrizione delle stesse in cartella clinica

taglio cesareo programmato eseguito

in un punto nascita di livello appropriato

**Macrosomia fetale**

-non rappresentano prove predittive per la mancata progressione del travaglio

-no unico criterio di decisione modalità espletamento del parto

Misura del piede, pelvimetria, altezza materna e stima misure fetali/macrosomia (con esami ecografico e clinico)

**Macrosomia fetale nella gravida diabetica**

no indicazione al taglio cesareo

**Diabete gestazionale e**

**pregestazionale**

feto con peso stimato ≥4.500 g

taglio cesareo a partire dalla 38+0 settimane di gestazione

**Infezione da virus da epatite c**

no taglio cesareo programmato

donna affetta da epatite C

**333**

**Infezione da virus da epatite b**

no taglio cesareo programmato di routine

donna affetta da epatite B

**Timing dell’induzione del travaglio di parto**

in presenza di conoscenza della data del parto stabilita ecograficamente trascritta in cartella clinica

attendere l’insorgenza spontanea del travaglio

gravidanza senza complicazioni prima di 41+0 settimane

-ricorrere all’induzione del travaglio tenendo conto delle preferenze della donna e del punteggio di Bishop

-oppure osservare un atteggiamento di attesa fino alla 42+0 settimane di gestazione

gravidanza senza complicazioni materne o fetali a partire dalla 41+0 settimane

al termine della 42+0 settimana di gestazione eseguire il parto cesareo

in caso di rifiuto di induzione al parto offrire un monitoraggio appropriato delle condizioni di benessere materno-fetali

alla 42+0 settimane di età gestazionale

**altre raccomandazioni**

* Informare la donna in gravidanza che il sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto riduce la probabilità del taglio cesareo o del parto operativo. L’informazione è garantita anche attraverso corsi di accompagnamento alla nascita da realizzare in ospedale con la finalità di avvicinare la donna gravida alla struttura ove effettuare il parto
* l’utilizzo del partogramma non riduce il ricorso al taglio cesareo

* la gestione attiva del travaglio di parto non evita il ricorso al taglio cesareo
* il monitoraggio del benessere fetale nella gravidanza fisiologica è effettuato con la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante che in periodo espulsivo
* la rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG nella gravidanza fisiologica è associata ad una aumentata probabilità di taglio cesareo
* in caso di travaglio stimolato il monitoraggio cardiotocografico è continuo
* durante l’assistenza intrapartum non vi e’ correlazione tra la posizione, la mobilita’ della donna e la probabilita’ di taglio cesareo