
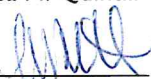
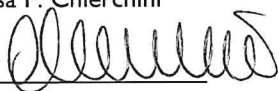

 <small>SOCIETÀ A R.S.P.A. - SEDE IN ROMA</small>	REGIONE LAZIO ASL ROMA I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott.. Pietro Saccucci		
	Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	Rev. 0 del 20/07/2021	Pag. 1 di 20
		4 A PRO 05	

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Rev.0 (Emissione)	20/07/2021	GdL	Direttore UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili Firma 	Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini Firma  Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. P. Saccucci Firma  Data <u>9/8/2021</u>

Componenti Gruppo di Lavoro:

Coordinatore: Pietro Saccucci- Dirigente Medico- Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Roberto Marzilli- Dirigente Medico- Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Mario Boscioni – Dirigente Medico – Direttore f.f. UOC Neonatologia
 Valeria Spinelli - Dirigente Medico UOC Anestesia e Rianimazione
 Marina Marceca- Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Luca Maria Rizzo- Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Emanuela Marinoni - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Francesca Donadio - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Jessica Corrias - Ostetrica- UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Arianna Caffio - Ostetrica- UOC Ostetricia e Ginecologia S. Filippo Neri
 Angela Lucchese - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Gabriella Fatigante - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Marco Calcagno - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Paolo Gastaldi - Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Enza Maffei - Ostetrica- UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 Libera Radatti - Ostetrica- UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO/OBIETTIVI	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
5. RESPONSABILITÀ	4
5.1 Matrice delle responsabilità	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	5
6.1 Protocollo ambulatoriale	5
6.2 Accettazione della donna in Pronto Soccorso Ostetrico	5
6.3 Accoglienza della donna in sala parto	6
6.3.1 Criteri di inclusione	6
6.3.2 Criteri di esclusione al TOLAC	6
6.4 Assistenza in travaglio e parto	7
6.4.1 Periodo espulsivo	7
6.4.2 Secondamento	7
7. ALLEGATI/MODULISTICA	8
8. MATERIALI/DISPOSITIVI/ATTREZZATURE	8
9. INDICATORI	9
10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	9
11. RIFERIMENTI	9
12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	12

I. PREMESSA

Le Linee Guida Nazionali sul Taglio Cesareo, pubblicate dall'ISS nel 2012 ed aggiornate nel 2016, S.L.N.G.-ISS. N° 22, Seconda Parte - 2016 raccomandano:

- **L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.** [Livello di prova I (Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati). Forza della Raccomandazione 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)].
- 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, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

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.

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. È importante sottolineare che il rischio di morte materna in caso di taglio cesareo è di 3-5 volte superiore rispetto a un parto vaginale e la morbosità puerperale è di 10-15 volte superiore

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, in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neonatale.

Sono forti **predittori di esito favorevole** del VBAC con un tasso di successo del 90%:

- Precedenti parti vaginali, sia prima che dopo il cesareo
- Età materna inferiore ai 35 anni
- Razza caucasica
- Body Mass Index (BMI) inferiore a 30 kg/m²
- Il calo del peso materno nelle donne che erano sovrappeso o obese prima del precedente taglio cesareo aumenta il tasso di successo del VBAC [21]
- Indicazione del TC pregresso non correlata all'arresto del travaglio [25]
- Comparsa spontanea del travaglio antecedente la 41[°] settimana di gestazione [7]
- Dilatazione cervicale all'accettazione maggiore di 4 cm [3, 29]
- Peso stimato del feto inferiore ai 4 kg [7]

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 3 di 20
---	------------	----------------------	--------------

2. SCOPO/OBIETTIVI

Scopo del presente documento è introdurre le procedure per il ricorso al travaglio finalizzato al parto vaginale nelle pazienti che siano state sottoposte a precedente Taglio Cesareo al fine di:

- Ridurre il ricorso al taglio cesareo nelle donne precesarizzate
- Aumentare il numero di donne motivate ad affrontare un parto fisiologico
- Ridurre i possibili danni dovuti ad un intervento chirurgico ripetuto

Per raggiungere l'obiettivo è necessario uniformare le modalità comportamentali di assistenza da parte del team degli operatori sulle modalità della selezione delle pazienti e sul protocollo assistenziale delle UOC di Ostetricia e Ginecologia del San Filippo Neri (SFN) e del Santo Spirito (SS).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura viene applicata all'interno della UOC di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri SAN FILIPPO NERI (SFN) e Santo Spirito (SS), nei rispettivi reparti e nel Blocco Parto dal personale medico, ostetrico ed infermieristico che assiste il travaglio/parto ognuno secondo le proprie competenze.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

APGAR: indice di valutazione dei parametri vitali del bambino alla nascita

BCF: battito cardiaco fetale

CEDAP: certificato di assistenza al parto

CTG: cardiotocografia

EBM: Evidence Based Medicine

E.G.: epoca gestazionale

E.P.P.: emorragia del post-partum

PROM: Premature Rupture of Membrane (Rottura Prematura delle Membrane)

TOLAC: Trial Of Labor After Cesarean (Tentativo di Travaglio dopo Taglio Cesareo)

VBAC: Vaginal Birth After Cesarean (Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo)

5. RESPONSABILITÀ

Responsabile del processo

Direttore U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia

La responsabilità del processo della "Gestione dell'assistenza al parto" è del Direttore della U.O. C., che si avvale della collaborazione del personale medico, ostetrico, infermieristico e ausiliario.

Ciascun soggetto che interviene nelle fasi operative è responsabile del corretto svolgimento delle operazioni ad esso affidate.

Il **Ginecologo**, insieme all'ostetrica, rivaluta la condizione di rischio della donna al momento del ricovero, raccoglie il consenso informato, lo controfirma e subentra attivamente, qualora venga interpellato dall'ostetrica. In caso di evoluzione non più fisiologica del travaglio-parto, al ginecologo spetta decidere l'intervento da adottare. È responsabile della sorveglianza dell'andamento del travaglio e del parto.

L'**Ostetrica** è responsabile dell'assistenza personalizzata e continua per l'intera durata del travaglio e del parto, facendo costante attenzione alla sicurezza e al benessere della gestante e del nascituro.

Il **Neonatologo**, presente al momento della nascita, dopo aver valutato i parametri vitali, consegna il bambino alla mamma.

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 4 di 20
---	------------	----------------------	--------------

5.1 Matrice delle responsabilità

Attività / Attori	Ostetrica	Medico	Neonatologo	Inf.Ped.
Accoglienza	C	R	—	—
Valutazione clinica	C	R	—	—
Accettazione e presa in carico	C	R	—	—
Informazione e comunicazione	C	R	—	—
Diagnosi di travaglio attivo	R*	R*	—	—
Assistenza in fase dilatante e monitoraggio	R *	R*	—	—
Assistenza in fase espulsiva	R*	R*	—	—
Assistenza al neonato dopo il parto	R		R	—
Assistenza al secondamento	R*	R*	—	—
Assistenza post-parto (due ore dopo il parto)	R	C	—	—
Degenza post-parto (48 ore dopo il parto)	R**	R*	—	—
Assistenza al neonato sano (degenza)	R**	—	R*	C

** Ostetrica di Reparto

R = Responsabile **R*** = Responsabile (Per ambiti di competenza e specifici contesti) **I** = Informato; **C** = Coinvolto

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 Protocollo ambulatoriale

- Alla **prima** visita alla donna con precedente taglio cesareo, che risponde ai requisiti previsti, verrà effettuato il counselling sulla possibile offerta di partorire per via vaginale, consegnando alla paziente un foglio con informazioni, da discutere con il partner e le persone di fiducia
- Tra la 32° e la 37° settimana si effettuerà un incontro per ridiscutere il caso con restituzione del consenso informato specifico per VBAC che preveda una parte ostetrica (presso l'ambulatorio della gravidanza a rischio) e una anestesiologicala. Qualora la donna lo desideri verrà presa in carico presso gli ambulatori del percorso nascita.

6.2 Accettazione della donna in Pronto Soccorso Ostetrico

Il ricovero verrà effettuato in presenza di attività contrattile o in caso di PROM.

La donna potrà essere ricoverata direttamente presso il Blocco Parto o presso il Reparto, in caso di PROM ove non vi sia attività contrattile regolare.

Il medico:

- Valuta la donna mediante esame clinico, visita ostetrica, esame cardiotocografico ed ecografia “office” per la determinazione della quantità del liquido amniotico, placenta e presentazione del feto. Invia richiesta sangue (specificare “a disposizione”)
- Verifica che la donna sia stata adeguatamente informata nel corso della gravidanza sulle modalità del VBAC e che abbia seguito le modalità previste nel Protocollo ambulatoriale (6.1)
- Verifica che la donna rientri nei criteri di inclusione (vedi 6.3.1)
- Raccoglie il consenso firmato della donna e controfirma il modulo (ALL. C)
- Informa il collega di guardia, Anestesista e Neonatologo e Sala Parto/Sala Operatoria del ricovero di una paziente da avviare al travaglio per parto spontaneo dopo TC (TOLAC)

L'Ostetrica:

- Esegue TRIAGE (assegna il codice colore azzurro alla donna precesarizzata selezionata per il TOLAC)
- Esegue CTG
- Posiziona accesso venoso (16-18 G), esegue prelievi per prove crociate, esame emocromocitometrico
- Valuta l'eventuale necessità di eseguire esami ematici, tamponi vagino-rettali, ECG etc.
- Assegna il posto letto

6.3 Accoglienza della donna in sala parto

L'ostetrica:

- Valuta le condizioni cliniche della paziente riportandole in cartella clinica
- Percepisce e registra nella cartella ostetrica il BCF o esegue CTG se in travaglio attivo
- Informa il partner, o persona di fiducia, sull'evoluzione del travaglio e l'accoglie in sala travaglio;

6.3.1 Criteri di inclusione

- Gravidanza singola
- Parte presentata cefalica
- Un singolo pregresso taglio cesareo con incisione sul segmento uterino inferiore effettuato in epoca non inferiore a 18 mesi prima
- EG compresa dalla 34 alla 41 settimana + 0 giorni
- Peso fetale stimato tra 2500 e 4000 g

6.3.2 Criteri di esclusione al TOLAC

- Condizioni materne o fetali che controindichino il parto vaginale nella corrente gravidanza [14,24]
- Precedenti incisioni differenti da quelle sul segmento uterino inferiore [3,16,24]
- Precedenti rotture di utero [3,24]
- Pregresse isterotomie o miomectomie interessanti la cavità uterina [14]
- Quando l'intervallo dal precedente taglio cesareo è inferiore ai 18 mesi [7,29]
- Gravidanze multiple o sospetta macrosomia fetale
- Sproporzione feto-pelvica;

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 6 di 20
---	------------	----------------------	--------------

- Anomalie di inserzione placentare
- Anemia (Hb < 8,5 g/dl)

6.4 Assistenza in travaglio e parto

L'ostetrica fornisce assistenza One to One [19, 37] poiché

- Associata ad un miglioramento dell'outcome alla nascita
- Consente una pronta diagnosi e management della deiscenza della cicatrice uterina o della rottura di utero [TABELLA I]

L'ostetrica inoltre:

- Compila il partogramma;
- Rileva il BCF in continuo mediante CTG in caso di travaglio attivo;
- Esegue accurato controllo dei segni e sintomi della deiscenza della sutura e della rottura d'utero
- Non esegue tricotomia
- Non effettua clistere evacuativo se la donna ha già evacuato spontaneamente;
- In presenza di alterazioni del BCF o di un sospetto riconfermato in rilevazioni successive, avvisa il ginecologo di guardia;
- Valuta le condizioni ostetriche;
- Garantisce alla gestante libertà di movimento;
- Permette di assumere liquidi in piccole dosi ed alimenti di facile digeribilità

6.4.1 Periodo espulsivo

L'ostetrica:

- Mantiene il CTG in continuo;
- Effettua l'episiotomia esclusivamente laddove è strettamente necessario;
- Avvenuto il disimpegno dell'estremo cefalico, attende senza intervenire in alcun modo con stimoli tattili, acustici o visivi, il movimento di restituzione ed il disimpegno spontaneo delle spalle;
- Effettua la profilassi per l'EPP secondo le S.L.N.G. - ISS N°26 - ottobre 2016 (Emorragia post-parto come prevenirla, come curarla) VALUTARE SE EFFETTUARE SOMMINISTRAZIONE XX UNITA' IN 2/4 ORE
- Si raccomanda il taglio del cordone ombelicale trascorso almeno un minuto dalla nascita.

L'ostetrica dopo la nascita lascia il neonato alla mamma per favorire il bonding e l'attacco precoce al seno al fine di stimolare la galattogenesi. Il padre può rimanere con il bambino e la mamma dopo la nascita.

6.4.2 Secondamento

In assenza di fattori di rischio, a discrezione dell'operatore che assiste il parto ed in accordo con la partoriente, si esegue la gestione del post-parto secondo le S.L.N.G.-ISS N°26 - ottobre 2016 (Emorragia post-parto come prevenirla, come curarla) privilegiando comunque, e sempre, il precoce attaccamento al seno del neonato.

È indicato assicurare il bonding e il rispetto della diade madre-figlio, lasciando il neonato con la mamma nelle prime due ore di vita, mantenendo sempre un'attenta sorveglianza della puerpera e del neonato.

TABELLA I

Il più comune segno e sintomo della rottura dell'utero è:

- Bradicardia fetale prolungata, persistente e profonda [43] che appare in circa 80% dei casi [42] e che è associata con bassi outcome fetali [7]

Altri segni aspecifici sono:

- Battito fetale anormale [42,43] suggestivo di compromissione fetale [44]
- Dolore addominale, comparsa acuta di iperalgesia della pregressa cicatrice [43] persistente al termine della contrazione [44]
- Anomala progressione del travaglio, con primo o secondo stadio prolungato [43]
- Sanguinamento vaginale [43]
- Scomparsa di attività contrattile uterina efficace [43,44], inclusa tachisistolia [42] e/o contrazioni in coordinate
- Modificazioni della stazione della parte presentata [43]
- Dolore toracico o dolore puntorio alle spalle (particolarmente in assenza di perdite ematiche vaginali) [45]
- Tachicardia materna [43], ipotensione [43] o shock [42,43]

7. ALLEGATI/MODULISTICA

Allegato A. Informativa

Allegato B. Consenso informato

Allegato C. Flow-chart Gestione della EPP

MO_4_PRO_05_01 Check-list criteri inclusione/esclusione

MO_4_PRO_05_02 Scheda raccolta dati

MO_4_PRO_05_03 Flow-chart TC emergenza/urgenza

MO_4_PRO_05_04 CHECK-LIST carrello emergenza blocco parto

MO_4_PRO_05_05 CHECK-LIST carrello emergenza neonatale

8. MATERIALI/DISPOSITIVI/ATTREZZATURE

Dispositivi, materiali ed apparecchiature per la sala parto

- Ecografo
- Sonic Aid
- Cardiotocografo
- Sfigmomanometro
- Termometro

9. INDICATORI

- Percentuale dei VBAC sul totale dei TOLAC;
- Percentuale dei VBAC sul totale dei tagli cesarei Classe 5;
- Percentuale dei VBAC sul totale dei nati;
- Analisi variabili in travaglio.

10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

11. RIFERIMENTI

11.1 Riferimenti legislativi e bibliografici

1. National Health and Medical Research Council (NHMRC), Department of Health and Ageing, Australian Government. National guidance on collaborative maternity care. Canberra: NHMRC; 2010.
2. National Institutes of Health. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(6):1279-95.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Guideline No. 45. 2007. Available from: <http://www.rcog.org.uk>.
4. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Shared decision making. 2014 [cited 24 November 2014]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/shared-decision-making/>.
5. Landon M, Hauth J, Leveno K, Spong C, Leindecker S, Varner M, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004; 351:2581-9.
6. Kolokotroni O, Middleton N, Gavatha M, Lamnisos D, Priftis KN, Yiallourous PK. Asthma and atopy in children born by caesarean section: effect modification by family history of allergies - a population based cross-sectional study. *BMC Pediatrics.* 2012; 12:179-179.
7. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2010; (191):1-397.
8. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013; Issue 12. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3.
9. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med.* 2012; 9(3):e1001192.
10. Queensland Government. Queensland Perinatal Statistics 2012. 2013 [cited 2014 November 24]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/hsu/peri/peri2012/report2012.asp>.
11. New South Wales Kids and Families. Maternity – supporting women in their next birth after caesarean

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 9 di 20
---	------------	----------------------	--------------

section (NBAC). GL2014_004. North Sydney: Ministry of Health, NSW; 2014.

12. Gardner K, Henry A, Thou S, Davis G, Miller T. Improving VBAC rates: the combined impact of two management strategies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014; 54(4):327-32.

13. Department of Health, Queensland Government. Clinical Services Capability Framework for Public and Licensed Private Health Facilities. [cited 2014 November 24]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/cscf/default.asp>.

14. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 89(3):319-31.

15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2010 (reaffirmed 2013); 116:450-63.

16. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Planned Vaginal Birth after Caesarean Section (Trial of Labour), C-Obs 38. 2010. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au>.

17. National Institute of Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132. London: National Institute of Health and Clinical Excellence; 2011.

18. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Categorisation of urgency for caesarean section. C-Obs 14. College Statement. 2012.

19. New South Wales Department of Health. Maternity – towards normal birth in NSW. A woman friendly birth initiative: protecting, promoting and supporting normal birth. Policy Directive. PD2010_045. 2010.

20. Queensland Government. Caesarean Birth Clinical Pathway. V7.00 -06/2012. Mat. No.: 10253035. 2012.

21. Callegari LS, Sterling LA, Zelek ST, Hawes SE, Reed SD. Interpregnancy body mass index change and success of term vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 210(4):330 e1-7.

22. Dietert RR. The microbiome in early life: self-completion and microbiota protection as health priorities. *Birth Defects Research. Part B, Developmental And Reproductive Toxicology.* 2014; 101(4):333-340.

23. Charles S. The ethics of vaginal birth after cesarean. *Hastings Cent Rep.* 2012; 42(4):24-7. Refer to online version, destroy

Queensland Clinical Guidelines: Vaginal birth after caesarean (VBAC)

24. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(2 Pt 1):450-63.

25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Guideline No.45. 2007.

26. Roberge S, Chaillet N, Boutin A, Moore L, Jastrow N, Brassard N, et al. Single- versus double-layer closure of the hysterotomy incision during cesarean delivery and risk of uterine rupture. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2011; 115(1):5-10.

27. Hesselman S, Högberg U, Ekholm-Selling K, Råssjö EB, Jonsson M. The risk of uterine rupture is not increased with single- compared with double-layer closure: a Swedish cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.13015.

28. Roberge S, Bujold E. Closure of uterus and the risk of uterine rupture. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.13095.

29. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. NIH Consensus State Sci Statements. 2010; 27(3):1-42.
30. Kok N, Wiersma I, Opmeer B, De Graaf I, Mol B, Pajkrt E. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous cesarean section: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 42:132-9.
31. Penders J, Gerhold K, Thijs C, Zimmermann K, Wahn U, Lau S, et al. New insights into the hygiene hypothesis in allergic diseases: mediation of sibling and birth mode effects by the gut microbiota. *Gut Microbes*. 2014; 5(2):239-244.
32. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG*. 2010; 117(11):1358-65.
33. Kok N, Ruiter L, Hof M, Ravelli A, Mol BW, Pajkrt E, et al. Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study. *BJOG*. 2014; 121(2):216-23.
34. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 2010; 117(1):5-19.
35. MIMS Online. Dinoprostone (Cervidil Pessary & Prostin E2 Vaginal Gel). 2014 [cited 2014 December 01]. Available from: <https://www.mimsonline.com.au/>.
36. MIMS Online. Syntocinon (Synthetic oxytocin). 2014 [cited 2014 December 01]. Available from: <https://www.mimsonline.com.au/>.
37. Queensland Clinical Guidelines. Normal birth. Guideline No. MN12.25-V1-R17. Queensland Health. 2012. Available from: www.health.qld.gov.au/qcgl/.
38. Jauniaux E. Consent for vaginal birth after caesarean: changing horses in midstream. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 121(2):223.
39. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National consensus statement: essential elements for recognising and responding to clinical deterioration. Sydney: ACSQHC; 2010.
40. Queensland Clinical Guidelines. Intrapartum fetal surveillance. Guideline No. MN15.15-V4-R20. Queensland Health. 2015. Available from: www.health.qld.gov.au/qcgl/.
41. Queensland Clinical Guidelines. Induction of labour. Guideline No. MN11.22-V4-R16. Queensland Health. 2011. Available from: www.health.qld.gov.au/qcgl/.
42. Nahum GG. Uterine rupture in pregnancy. *Medscape*. 2015 [cited 2015 April 2]. Available from: <http://reference.medscape.com>.
43. Revicky V, Muralidhar A, Mukhopadhyay S, Mahmood T. A Case Series of Uterine Rupture: Lessons to be Learned for Future Clinical Practice. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*. 2012; 62(6):665-673.
44. Institute for Clinical Systems Improvement. Management of labour: health care guideline. [online]. 2009 [cited 2009 July 7]. Available from: http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/womens_health/labor/labor__management_of__2.html.

45. Lenihan M, Krawczyk A, Canavan C. Shoulder-tip pain as an indicator of uterine rupture with a functioning epidural. Int J Obstet Anesth. 2012; 21(2):200-1.

46. Torri D, Metz, MD, MS, Gregory J, Stoddard, MPH, Erick Henry, MPH, Marc Jackson, MD, Calla Holmgren, MD, and Sean Esplin, MD Simple, Validated Vaginal Birth After Cesarean Delivery Prediction Model for Use at the Time of Admission. Obstet Gynecol. 2013 Sep;122(3):571-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31829f8ced

11.1 Riferimenti interni

Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita (Raccomandazione n° 16 del Ministero della Salute)_ 4 A PRO 02

Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (Raccomandazione n° 16 del Ministero della Salute)_ 4 A PRO 03

12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La presente procedura sarà rivalutata ogni sei mesi per i primi due anni; successivamente, qualora non siano emerse criticità, le revisioni saranno annuali.

Per implementare i risultati e la qualità dell'assistenza dovranno essere effettuate simulazioni presso il blocco parto, che prevedano casi di emergenza, con rilevazione della tempistica di intervento (ad esempio tempi necessari per allestimento della camera operatoria etc.). È auspicabile che nei primi sei mesi vengano effettuate simulazioni con cadenza mensile.

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 12 di 20
---	------------	----------------------	---------------

ALLEGATO A

INFORMATIVA per il TRAVAGLIO DI PROVA dopo TAGLIO CESAREO (VBAC)

Roma lì, ____/____/____

Gentile Signora _____

Lei è stata sottoposta in una precedente gravidanza ad un taglio cesareo (TC), ed ha espresso al personale Ostetrico del nostro punto nascita il desiderio di partorire per via vaginale al termine della sua attuale gravidanza. La condizione di pregresso taglio cesareo, pur comportando un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, non costituisce una controindicazione assoluta ad un travaglio finalizzato al parto vaginale definito in letteratura "travaglio di prova".

Riteniamo pertanto corretto fornirle una serie di informazioni relative a questa condizione, desumibili dalla letteratura e dalle Linee Guida delle principali Società di Ostetricia e Ginecologia internazionali, affinché Lei abbia tutti gli strumenti per poter scegliere l'orientamento e le modalità del suo parto.

Queste informazioni sono sintetizzate di seguito ed è possibile ottenere ogni ulteriore chiarimento da parte del personale Medico/Ostetrico che la sta accompagnando nel suo percorso di gravidanza.

Il fine di questa informazione è quello di metterla al corrente delle possibilità di espletare un parto per via vaginale nelle condizioni di massima sicurezza possibile per la sua salute e per quella del suo nascituro.

Svantaggi del taglio cesareo ripetuto

Espletare un parto mediante taglio cesareo dopo un precedente cesareo non è privo di rischi e di svantaggi, che possono essere così riassunti:

- Intervento chirurgico più lungo e talvolta più difficile: a causa dei tessuti cicatriziali un taglio cesareo ripetuto in genere dura di più, può essere più difficile, e seppur raramente, si possono verificare danni all'intestino o alla vescica.
- Maggiori possibilità di incidenti vascolari di tipo tromboembolico (0,4 per 1000 nel parto vaginale e 1 per 1000 nel TC ripetuto).
- Ripresa fisica più lenta rispetto al parto vaginale: la degenza in ospedale può essere più lunga e può rendersi necessario un aiuto al rientro a domicilio.
- Necessità di ulteriori tagli cesarei in gravidanze successive. Inoltre ad ogni taglio cesareo si forma sempre più tessuto cicatriziale e questo aumenta la possibilità che la placenta si sviluppi troppo in basso (placenta previa) o all'interno del muscolo uterino rendendone la separazione, al momento del cesareo, molto difficoltosa (placenta accreta). Quest'ultima complicazione, che aumenta con l'aumento del numero di cesarei e dell'età materna, può determinare notevoli perdite di sangue e rendere necessaria l'asportazione dell'utero (Isterectomia). Il rischio di placenta previa, che di base è di circa 0.3-1 per 100 gravidanze, raddoppia dopo un taglio cesareo e quadruplica dopo 2 tagli cesarei (fino a 4 casi per 100

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 13 di 20
---	------------	----------------------	---------------

gravidanze). La grave patologia della placenta accreta, che di base è di circa 0.5-1 per 1000 gravidanze, aumenta notevolmente dopo 2 tagli cesarei a circa 1%.

- Maggior rischio di gravidanza ectopica sulla pregressa cicatrice del taglio cesareo nelle gravidanze successive (rischio stimato di 1 su 1800 gravidanze con pregresso Taglio Cesareo).
- Lieve incremento del rischio di morbidità respiratoria neonatale se il TC ripetuto viene effettuato prima delle 39 settimane gestazionali (39+0).

Vantaggi del parto per via vaginale

Per contro i vantaggi di un parto espletato per via vaginale senza complicazioni sono i seguenti:

- Evento nascita più fisiologico e naturale e più soddisfacente per la mamma.
- Maggiori probabilità di parti non complicati nelle future gravidanze.
- Minor dolore addominale dopo il parto.
- Ripresa fisica più rapida e minor durata della degenza ospedaliera.
- Vicinanza continua mamma-bambino e miglior adattamento post-natale.
- Possibilità per il partner di partecipare al parto vaginale e di assistere all'evento nascita.

Svantaggi del parto per via vaginale

Il timore principale durante un travaglio di parto in una paziente che è stata sottoposta a precedente taglio cesareo è quello di una possibile rottura d'utero che, negli studi disponibili in letteratura, si presenta con una frequenza dello 0.3-0.8%, nei casi di incisione trasversa sul segmento inferiore del pregresso TC.

È corretto dire che questo evento può verificarsi anche durante parti vaginali senza pregressi TC, ed in questo caso la frequenza descritta è di 1-2 casi su mille.

Il rischio di morte fetale è estremamente basso, tuttavia viene stimato superiore nelle donne che affrontano un travaglio di prova (circa 10 su 10000 parti) rispetto a quelle sottoposte a Taglio Cesareo elettivo (circa 1 su 10000 parti), probabilmente perché la prosecuzione della gravidanza oltre la 40 settimana nei casi di travaglio di prova, espone il feto a rischio di morte endouterina non sempre prevedibile.

Vantaggi del Taglio Cesareo ripetuto

- Conoscere con buona probabilità la data esatta del parto
- Minor rischio di rottura d'utero
- Minor rischio di asfissia perinatale (ridotta ossigenazione cerebrale durante il parto), presenti in 1 caso su 2000 nei nati per via vaginale
- Minor rischio della distocia delle spalle e possibile lesione del plesso brachiale (paralisi del braccio), segnalato in circa 1 caso su 600 nati per via vaginale contro 1 caso su 3000 nati con taglio cesareo

Controindicazioni al parto per via vaginale

In qualche caso la scelta di espletare un taglio cesareo è da considerarsi la più sicura. In particolare, nei seguenti casi:

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 14 di 20
---	------------	----------------------	---------------

- Paziente che sia già stata sottoposta a 2 (o più) tagli cesarei (rischio di rottura d'utero triplicato)
- Pregressa rottura d'utero in corso di precedente travaglio
- Pregressa incisione non trasversale sull'utero (per TC, miomectomia o altro)
- Qualsiasi complicanza o patologia della gravidanza che rappresenti una nuova indicazione al taglio cesareo

Condizioni che aumentano le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Età inferiore ai 40 anni
- Precedente parto per via vaginale (ancor più se il precedente parto per via vaginale è avvenuto dopo un pregresso taglio cesareo)
- Presenza di condizioni favorevoli della dilatazione della cervice uterina
- Non ricorrenza dell'indicazione clinica al precedente taglio cesareo
- Travaglio di parto insorto spontaneamente

Condizioni che riducono le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Epoca gestazionale superiore a 40 settimane (40+0) periodo in cui verranno effettuati controlli clinici ravvicinati per la valutazione del benessere materno-fetale
- In caso di peso neonatale stimato superiore a 4000 gr, si valuterà l'opportunità o meno di affrontare il travaglio di prova (visita ostetrica, peso e altezza materna, condizioni metaboliche materne, esami ecografici precedenti)
- Parto indotto o pilotato
- Gravidanza plurima

Intervallo di tempo dal precedente taglio cesareo

Un dato che ricorre in letteratura indica una maggior frequenza di rottura d'utero quando il travaglio di prova si realizza in epoca vicina al taglio cesareo ovvero entro i 12-18 mesi dallo stesso.

Induzione del Travaglio

È possibile dopo un pregresso taglio cesareo indurre, ove necessario, il travaglio con ossitocina; tuttavia poiché questa procedura comporta un lieve ulteriore aumento del rischio di rottura dell'utero (quantificabile in una probabilità circa 3 volte superiore ai dati sopra descritti), di norma si preferisce non ricorrervi. Si preferisce invece, in casi selezionati, indurre il travaglio, ove necessario, con un mezzo meccanico che favorisca la dilatazione cervicale e l'innescare delle contrazioni uterine (balloon endocervicale).

Uso dell'ossitocina in travaglio "Augmentation" ossitocica

È possibile in corso di travaglio dopo pregresso taglio cesareo somministrare ossitocina per aumentare o regolarizzare l'attività contrattile uterina.

Anche tale pratica comporta un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, ma può essere necessaria soprattutto quando si attua analgesia in travaglio.

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 15 di 20
---	------------	----------------------	---------------

Parto-Analgesia, Pratiche Ostetriche e Monitoraggio Fetale

Non esistono controindicazioni specifiche per l'attuazione di un'analgesia in travaglio di parto dopo pregresso taglio cesareo (a meno che non siano presenti controindicazioni per questa terapia antalgica).

Per aumentare la sicurezza ed affrontare con maggior tempestività eventuali complicanze emorragiche durante e dopo il parto è opportuno:

- Effettuare un prelievo per il gruppo sanguigno presso i nostri Centri trasfusionali in gravidanza.
- Prima o al momento del ricovero eseguire un Type & screen (tipizzazione e screening anticorpale) al fine di accelerare la fornitura di sangue da parte del centro emotrasfusionale qualora se ne rendesse necessario.
- Ad inizio travaglio applicare un'agocannula per poter somministrare più rapidamente liquidi e farmaci qualora si rendessero necessari.
- In corso di travaglio mantenere un monitoraggio cardiotocografico continuo.

Parto Vaginale Operativo

È possibile che in corso di travaglio di parto dopo pregresso taglio cesareo, per agevolare periodo espulsivo ed evitare prolungate spinte materne, possa rendersi utile l'uso di ventosa ostetrica.

Note aggiuntive

Da firmare quando si riceve l'informazione e si valuta la possibilità del parto vaginale

Queste informazioni sono state fornite, discusse e rilasciate alla gestante dal Dott./Dott.ssa

in data ____/____/____

Ad oggi è stata valutata la presenza di condizioni che consentono di provare un parto vaginale. Tali condizioni verranno rivalutate nel corso della gravidanza e al momento del parto.

La gestante

Il ginecologo

Il testimone

ALLEGATO B

CONSENSO INFORMATO al TRAVAGLIO di PROVA dopo TAGLIO CESAREO (VBAC) o al TAGLIO CESAREO RIPETUTO dopo precedente TAGLIO CESAREO

Roma li, ____/____/____

Io sottoscritta

già sottoposta a un taglio cesareo in una mia precedente gravidanza, sono stata informata sulle eventuali complicanze che possono insorgere nell'espletare il parto per via vaginale, nonché sui rischi e benefici che derivano dal ripetere un taglio cesareo.

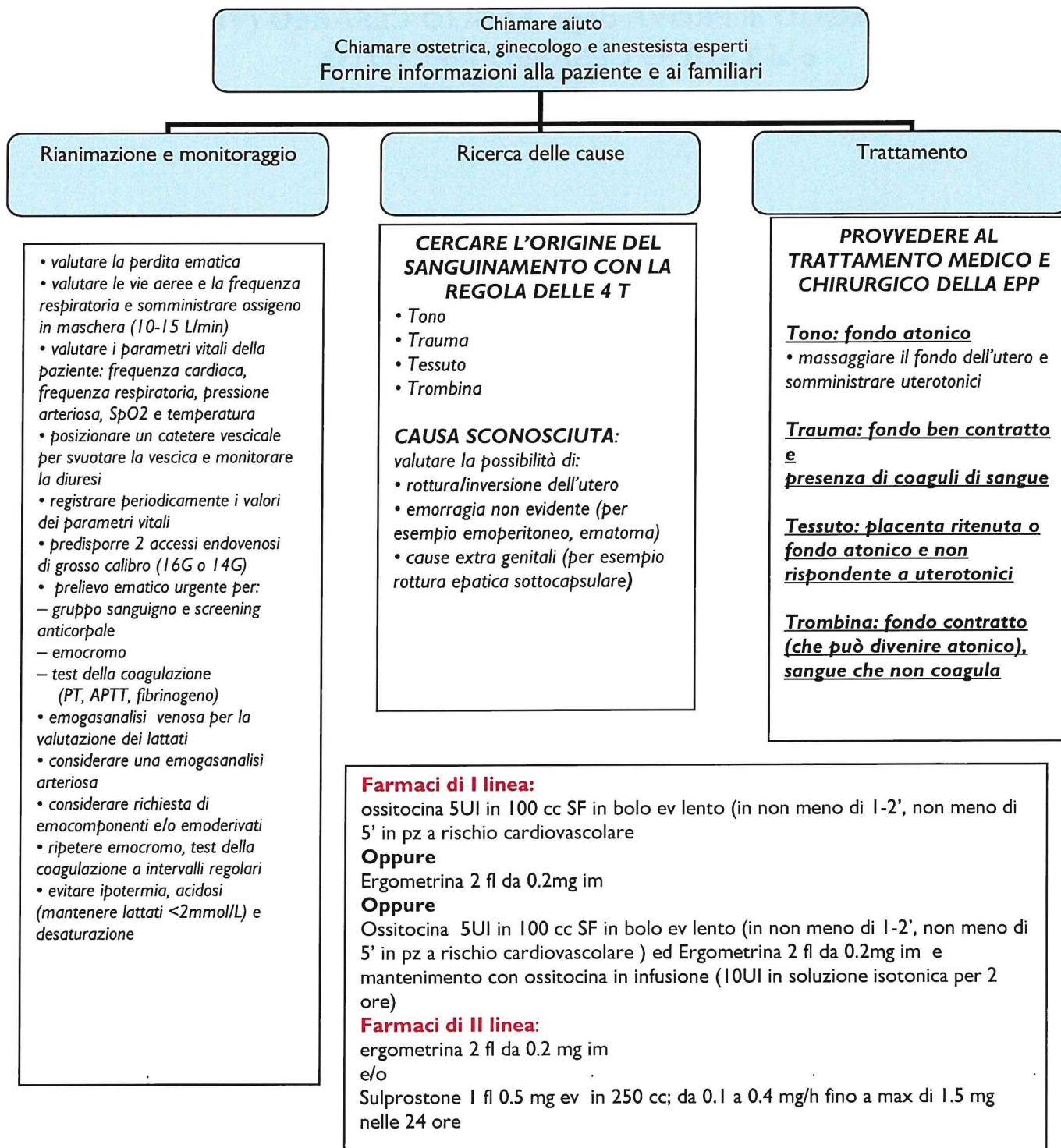
Pertanto:

- ☐ Chiedo di affrontare un travaglio di prova al fine di partorire per via vaginale e acconsento alle decisioni ostetriche e chirurgiche che si rendessero necessarie (applicazione di ventosa ostetrica, taglio cesareo in urgenza, trasfusione di sangue, isterectomia)
- ☐ Non sono intenzionata a provare un parto per via vaginale e chiedo pertanto di essere sottoposta a taglio cesareo ripetuto

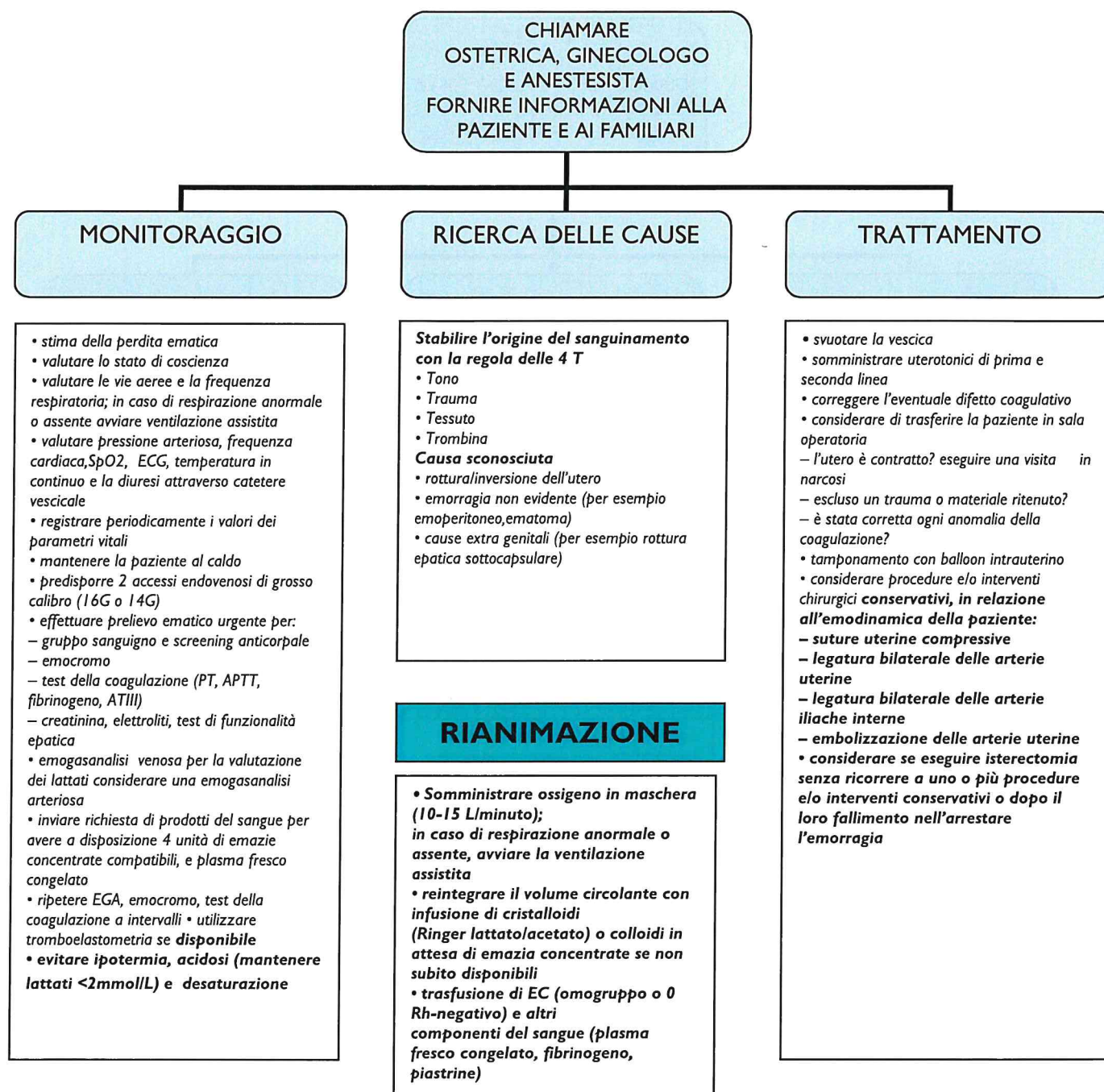
Firma della paziente

Firma del medico

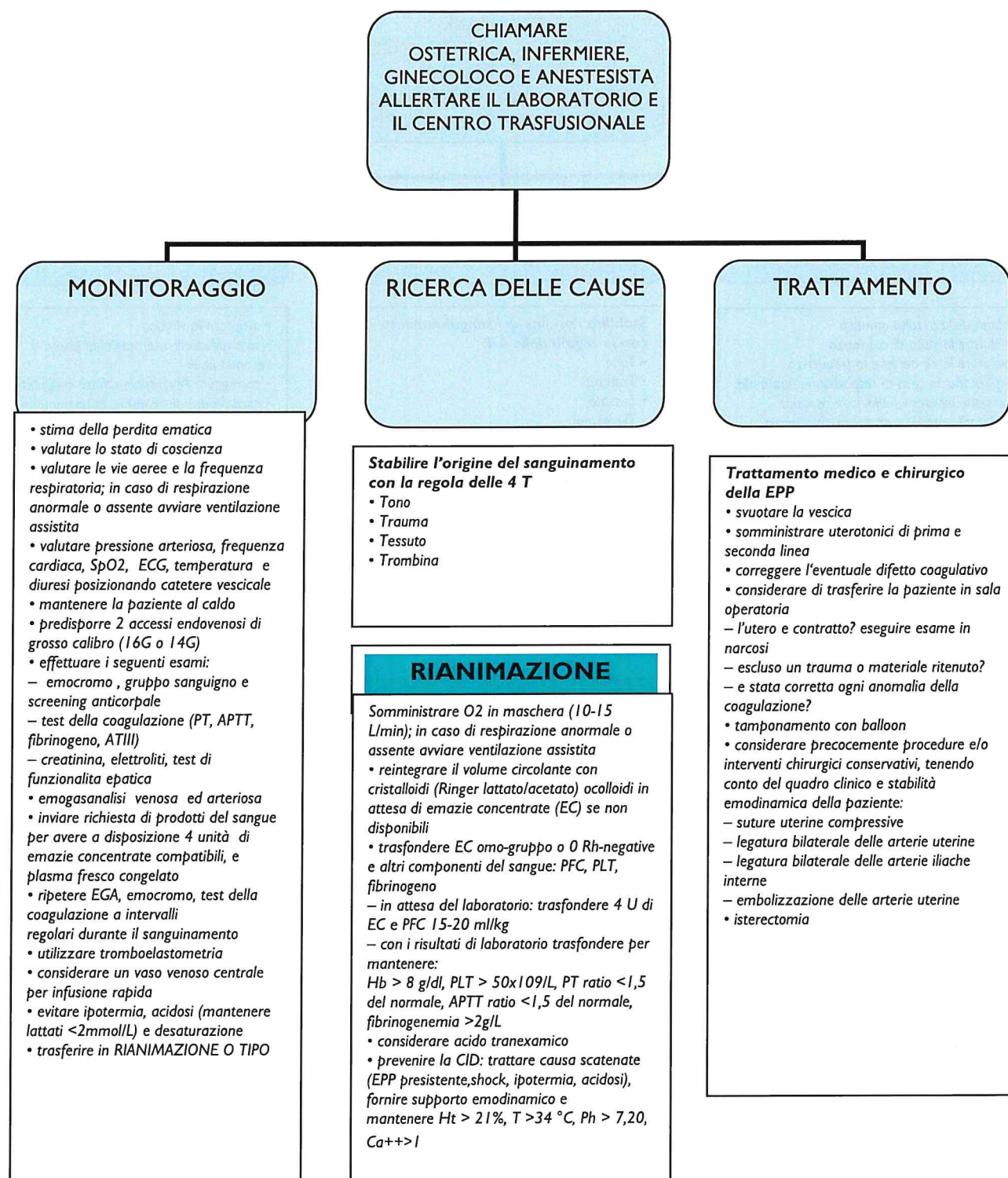
Gestione della EPP minore (perdita ematica tra 500 e 1.000 ml senza segni clinici di shock) da "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla". LG 26, Min. della Salute-CCM, ISS; 2016 *



Gestione della EPP maggiore (superiore a 1.000 ml) controllata *



Gestione della EPP maggiore (superiore a 1.000 ml) persistente*



ALLEGATO C – Check list criteri inclusione/esclusione

Criteri di inclusione:

- Gravidanza singola ☐
- Parte presentata cefalica ☐
- Un singolo pregresso taglio cesareo con incisione trasversale sul segmento uterino inferiore effettuato in epoca non inferiore a 18 mesi ☐
- EG compresa tra 34 settimane + 0 giorni e 40 settimane + 6giorni ☐
- Peso fetale stimato ecograficamente compreso tra 2500gr e 4000gr. ☐

Criteri di esclusione:

- Condizioni materne o fetali che siano indicazione a taglio cesareo d'urgenza ☐
- Perdite ematiche vaginali da sospetto distacco di placenta ☐
- Precedenti rotture di utero [3, 24] ☐
- Altre pregresse Isterotomie o miomectomie interessanti la cavità uterina [14] ☐
- Intervallo dal precedente taglio cesareo inferiore ai 18 mesi [7, 29] ☐
- Gravidanze multiple o sospetta macrosomia fetale ☐
- Sproporzione feto-pelvica; ☐
- Anomalie di inserzione placentare ☐
- Anemia ($Hb \leq 8.5$ gr/dl) ☐

Scheda raccolta dati

Polo Ospedaliero

SFN

SS

Dati materni:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Età materna | _____ | _____ |
| • N. gravidanze precedenti o pregresso VBAC | _____ | _____ |
| • EG al parto | _____ | _____ |
| • Travaglio insorto spontaneamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eventuale indicazione all'induzione | _____ | _____ |
| • Successo del VBAC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eventuale indicazione al TC | _____ | _____ |
| • Emorragia post-partum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dati neonatali:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Peso neonatale | _____ | _____ |
| • Indice di Apgar | _____ | _____ |
| • Eventuale rianimazione neonatale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PROCEDURA PER TC URGENZA/EMERGENZA

L'ostetrica 1:

Allerta il personale presente nel Blocco Parto (**ostetrica2, ostetrica3, in assenza di altra attività inderogabile, infermiere blocco parto, personale ausiliario**) ed il **ginecologo di guardia**

Il **ginecologo di guardia** esegue valutazione clinica e conferma la diagnosi



AZIONE

Il ginecologo di guardia:

- Stabilito l'intervento (attivazione procedura TC urgenza/ emergenza cod. rosso/giallo) effettua chiamata ad **anestesista, altro ginecologo e neonatologo**
- Acquisisce/verifica la presenza in cartella clinica dei consensi informati (se i tempi lo consentono)

L'ostetrica 1:

- Mantiene monitoraggio cardiocografico in decubito laterale sin.
- Mantiene monitoraggio parametri vitali e mantiene monitoraggio fetale fino all'ingresso in sala operatoria
- Posiziona secondo accesso venoso periferico con agocannula 16G (grigio) o 14 GG (arancio)
- Esegue prelievo per emocromo e coagulazione
- Esegue prelievo per type screen e prove crociate (se non già effettuate o in caso di ulteriori necessità) → Affida le provette al **personale ausiliario** che si reca in laboratorio analisi e/o centro trasfusionale
- Infonde liquidi endovenosi al fine di garantire/ ripristinare il volume circolante
- Inserisce il catetere vescicale di foley 16/18G
- Accompagna la paziente in sala operatoria assieme al **personale ausiliario** → **TRASFERIMENTO IN SALA OPERATORIA**

L'anestesista,

acquisisce, SE NON Già PRESENTE, il consenso informato (se i tempi lo consentono), esegue le procedure anestesologiche sorveglia le condizioni della paziente

I ginecologi

eseguono l'intervento addominale di urgenza/emergenza

L'ostetrica 2 e/o l'infermiere del blocco parto:

- Allestisce la sala operatoria per l'intervento d' urgenza/emergenza
- Gestisce il ritiro dal centro trasfusionale di unità di emazie concentrate già messe a disposizione ed eventuale plasma
- Strumenta l'intervento di urgenze/emergenza (**ostetrica 2 o infermiere di blocco parto**) / Assiste alle procedure anestesologiche (**ostetrica 2 o infermiere di blocco parto**)

Il neonatologo, nel

caso in cui il personale del blocco parto fosse impegnato in altre attività inderogabili, allerta il **personale della neonatologia**, esegue eventuali manovre rianimatorie ed assegna punteggio di APGAR a 1/5/10 minuti dalla nascita

Gestione emocomponenti:

- Il personale medico presente (Ginecologo e/o anestesista) compila la richiesta In ogni sua parte
- All' arrivo della sacca presso il blocco parto **PRIMA DI INIZIARE LA TRASFUSIONE** Si esegue doppio controllo (da parte del medico ed ostetrica/infermiere) di dati anagrafici, codice numerico della sacca, gruppo sanguigno applicato sull'unità e presente in cartella clinica, data e ora di scadenza e integrità della sacca
- La trasfusione inizia alla presenza del personale medico

L'ostetrica 1:

- Assiste alla nascita del neonato e lo affida al neonatologo
- Riceve prelievo di emogas cordonale **dall' operatore, lo identifica differenziando il tipo di prelievo**, lo consegna al personale ausiliario, ne verifica il risultato e lo comunica al neonatologo

FINE INTERVENTO

L'anestesista di guardia:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Se le condizioni materne lo richiedono stabilisce ed organizza il trasferimento in sicurezza presso un reparto a maggiore intensità di cura | <ul style="list-style-type: none">• Sorveglia l'andamento del post operatorio e ne dà evidenza in cartella• Prescrive le terapie post operatorie• Garantisce il controllo del dolore nel post operatorio• Prescrive eventuali esami ematici e ne valuta il referto in collaborazione con il ginecologo |
|---|--|

Se la paziente permane nel blocco parto, l' ostetrica 1:

- Garantisce la sorveglianza del post partum
- In collaborazione con l'**ostetrica2/infermiere di blocco parto**, qualora le condizioni lo richiedano, compila la scheda MEOWS
- Compila la documentazione prevista in CARTELLA CLINICA, e redige l'attestazione di nascita
- In accordo con le condizioni di salute di mamma e neonato l'**ostetrica1** favorisce il bonding e compila la scheda per la prevenzione della SUPC

L'ostetrica 2 e l'infermiere di blocco parto:

- Riordina e ripristina la sala operatoria e i locali dove è transitata la donna e il neonato
- Garantisce la sorveglianza del post partum (parametri vitali, diuresi, perdite ematiche, dolore , eventuali drenaggi), garantisce il mantenimento fisiologico e compila eventuale scheda MEOWS E check list
- Esegue le terapie prescritte e sorveglia l'eventuale infusione di emazie concentrate e plasma
- Esegue eventuali prelievi ematici di controllo
- Compila documentazione clinica prevista cartella clinica

Il ginecologo di guardia:


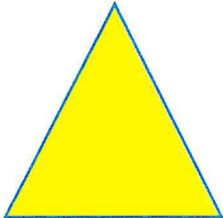
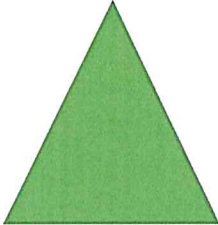
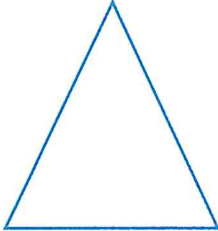
- Prescrive le terapie post operatorie e sorveglia l'eventuale infusione di emazie concentrate e plasma, riporta prescrizioni in cartella clinica e SUT informatizzata
- Prescrive eventuali esami ematici e ne valuta il referto in collaborazione con l'**anestesista**
- Riporta la descrizione dell'intervento nel registro operatorio

Se le condizioni materne lo permettono, il ginecologo conferma trasferimento in degenza ordinaria a due ore dalla fine delle procedure chirurgiche e ne dà evidenza in cartella, oppure dispone ulteriori controlli

Il personale ausiliario:

- Rimane a pronta disposizione per trasporto prelievi ematici e eventuali sacche emazie e/o plasma
- Collabora con il personale ostetrico e infermieristico per il trasporto della paziente in sicurezza in ogni fase pre e post intervento
- Esegue la decontaminazione e la sanificazione della sala operatoria e dei locali dove è transitata la donna e il neonato al termine dell'intervento

Codici colore taglio cesareo : indicazioni e tempi

	<p>Codice rosso:</p> <p>Emergenze e condizioni che possono mettere a rischio la vita della donna e/o del feto nelle quali l'intervento deve essere immediato</p>	<p><u>Tempi:</u></p> <p>Emergenza indifferibile</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">15'</p>
	<p>Codice giallo:</p> <p>Emergenze e condizioni che possono essere ad elevato rischio per la salute della donna e/o del feto ma non di immediato pericolo di vita per cui il parto deve essere espletato al più presto</p>	<p><u>Tempi:</u></p> <p>Emergenza indifferibile</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">30'</p>
	<p>Codice verde:</p> <p>Condizioni che, durante il travaglio, richiedono l'espletamento sollecito del parto per via addominale ma senza pericolo per la salute della donna e/o del feto</p>	<p><u>Tempi:</u></p> <p>Urgenza differibile</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">45-60'</p>
	<p><u>Codice bianco:</u></p> <p>Condizioni che richiedono l'espletamento del parto per via addominale e che possono essere programmate</p>	<p><u>Tempi:</u></p> <p>Assenza di emergenza/urgenza</p> <p>In base alla disponibilità di lista operatoria</p>

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA BLOCCO PARTO			
PIANO CARRELLO			
LARINGOSCOPIO + LAMA 4 + LAMA 3		DEFIBRILLATORE	
BATTERIE RICAMBIO PER LARINGOSCOPIO		PALLONE AMBU	
PASTA CONDUTTRICE PER DEFIBRILLATORE		GUEDEL	
SACCA INTRALIPID 500 ml (ANTAGONISTA ANESTESIA LOCALE)		GUANTI MONOUSO	
PRIMO CASSETTO			
SIRINGHE DA 2,5 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml		AGHI CANNULA 20 G, 18 G, 16 G	
AGHI CANNULA PER RADIALE (ULTIMO CASSETTO SALA OPERATORIA CESAREI)		RUBINETTI	
SECONDO CASSETTO			
ADRENALINA		VENTOLIN	
ALMARITM		URASAP 50 mg	
ATROPINA		UGUROL	
CATAPRESAN		SOLUMEDROL 1000 mg	
KRENOSIN		PROPOFOL (UNISOL)	
CORDARONE (AMIODARONE)		NALOXONE	
LIDOCAINA FL 10 ml		FLUMAZENIL	
LIDOCAINA FLACONE 50 ml		MIDAZOLAM	
EFREDINA			
TERZO CASSETTO			
GLUCOSIO 33%		SODIO BICARBONATO	
EMISTOP		MAGNESIO SOLFATO	
NIFERICOR GOCCE		CALCIO GLOCONATO	
LANOXIN		TRIMETRON	
TEFAMIN		SELOKEN (METROPROLOLO)	
RYTMONORM		FUROSEMIDE (LASIX)	
DOPAMINA			
QUARTO CASSETTO			
SONDINO NASO GASTRICO		SONDONI DI ASPIRAZIONE	
SIRINGHE 50 ml A CONO		DEFLUSSORI	
BUSTE URINE STERILI			
QUINTO CASSETTO			
MASCHERE LARINGEE 3 – 4		AMBU	
CATETERE DI MOUNT		MASCHERA PER OSSIGENO	
GUEDEL VERDI (4) E GIALLE (5)		MASCHERA DA ANESTESIA 3 – 4 - 5	
TUBI ENDOTRACHELAI 6,5 – 7 – 7,5		FONENDOSCOPIO	
VA E VIENI			
RIPIANO LATERALE			
ELETTRODI		1 SOL. FIS. 500 mk	
GEOFUSINE		1 RINGER LATTATO 500ml	
1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA 100 ml			
RETRO CARRELLO			
BOMBOLA OSSIGENO			

CONTROLLO CARRELLO EMERGENZE BLOCCO PARTO

[illegible]

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA NEONATALE SALA BLU

PRIMO CASSETTO

N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 2,5	N.1 LAME RETTE 00	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3	N.2 LAME RETTE 0	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3,5	N.2 LAME RETTE 1	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 4	n.1 ROTOLO DI CEROTTO 2,5 cm	
N. 3 MANDRINI	N. 2 CONFEZIONE DI GARZE STERILI (10X10)	

SECONDO CASSETTO

N.2 MANICI LARINGOSCOPIO	N. 4 BATTERIE DI RISERVA	
N. 1 LAMPADINA DI RISERVA PER LAMA LARINGOSCOPIO	N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1 (2- 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 00 – 40 mm	N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1,5 (> 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 0 - 50 mm		

TERZO CASSETTO

N. 5 FIALE DI BICARBONATO DI SODIO 1 mEq/ml da 10 ml	N.5 SIRINGHE DA EGA	
N.5 FIALE DI ACQUA DISTILLATA DA 10 ml	N.3 BUTTERFLY 21G	
N.5 FIALE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 10 ml	N.5 AGHI DA DILUIZIONE 19 G	
N.5 SIRINGHE DA INSULINA	NALOXONE	
N.3 SIRINGHE DA 2,5 ml	ADRENALINA	
N.3 SIRINGHE DA 5 ml	N.10 ETICHETTE	
N.3 SIRINGHE DA 10 ml	N.1 PENNA	
n.3 AGOCANNULA 24 G		

QUARTO CASSETTO

N.1 AMBU DI RISERVA	N.2 MASCHERE AMBU 0	
N.2 SENSORI SATURIMETRO COMPATIBILI	N.2 MASCHERE AMBU 1	
N.3 TAMPONI (FARINGEI, AURICOLARI)		

QUINTO CASSETTO

n.1 Kit medicazione (1 telo, 1 ciotola, 1 pinza mosquito, 1 pinza anatomica; 2 spugnette con manico, 10 tamponi 30 mm; 15 compresse di garza 10x10x8, 1 lama x bisturi) oppure N.1 SET MEDICAZIONE (telino, telino fenestrato, garze sterili, pinza anatomica, forbici, portaghi) + tamponi sterili 1 confezione	N.2 DEFLUSSORI STANDARD	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 3,5	N.2 DEFLUSSORI CON DIALFLO	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 5	N.2 RUBINETTI A 3 VIE	
N.2 TABOTAMP	N.2 PROLUNGHE DEFLUSSORI	
n. 3 cerotti con inserto trasparente (in assenza medicazioni trasparenti)	N.2 PACCHETTI DI STERIL STRIP	
	N. 2 FILI DA SUTURA SETA 2-0	
N.2 SOLUZIONE GLUCOSATA 10% da 500 ml	N.2 SOLUZIONE GLUCOSATA 10% da 500 ml	
N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 100 ml	N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 250 ml	

Il controllo e/o ripristino devono essere fatti ogni sabato mattina e dopo ogni utilizzo.

CONTROLLO MATERIALE PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE

[illegible]

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA NEONATALE C.O.			
PIANO CARRELLO			
N.2 MANICI LARINGOSCOPIO		DTX	
N.10 ETICHETTE		MACCHINA DTX	
N.1 PENNA		LANCETTE PUNGIDITO	
PROVETTE		PROVETTE EMOCOLTURA	
RACCORDI VACUTAINER		CAMICIE VACUTAINER EMOCOLTURA	
CASSETTINI PIANO CARRELLO			
FIALE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 10 ml		CAMICIE VACUTAINER	
AGOCANNULA 24 G		FIALE DI ACQUA DISTILLATA DA 10 ml	
SIRINGHE DA INSULINA		RUBINETTI A 3 VIE	
SIRINGHE DA 10 ml		BUTTERFLY 21G	
SIRINGHE DA EGA		AGHI DA DILUIZIONE 19 G	
PRIMO CASSETTO			
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 2,5		N.1 LAME RETTE 00	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3		N.2 LAME RETTE 0	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3,5		N.2 LAME RETTE 1	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 4		n.1 ROTOLO DI CEROTTO 2,5 cm	
N. 3 MANDRINI		N. 4 BATTERIE DI RISERVA	
N. 1 LAMPADINA DI RISERVA PER LAMA LARINGOSCOPIO		N. 2 CONFEZIONE DI GARZE STERILI (10X10)	
SECONDO CASSETTO			
N.2 MANICI LARINGOSCOPIO		N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1 (2- 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 00 – 40 mm		N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1,5 (> 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 0 - 50 mm		N.2 MASCHERE AMBU 0	
		N.2 MASCHERE AMBU 1	
TERZO CASSETTO			
N. 5 FIALE DI BICARBONATO DI SODIO 1 mEq/ml da 10 ml		N.3 TAMPONI (FARINGEI, AURICOLARI)	
N. 2 SOLUZIONE GLUCOSATA AL 5% da 250 ml		N.2 SENSORI SATURIMETRO COMPATIBILI	
N. 2 SOLUZIONE GLUCOSATA AL 10% da 500 ml		SIRINGHE DA 5 ml	
N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 100 ml		SIRINGHE DA 2,5 ml	
N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 250 ml			
NALOXONE			
ADRENALINA			
QUARTO CASSETTO			
n.1 Kit medicazione (1 telo, 1 ciotola, 1 pinza mosquito, 1 pinza anatomica; 2 spugnette con manico, 10 tamponi 30 mm; 15 compresse di garza 10x10x8, 1 lama x bisturi) oppure N.1 SET MEDICAZIONE (telino, telino fenestrato, garze sterili, pinza anatomica, forbici, portaghi) + tamponi sterili 1 confezione		n. 3 cerotti con inserto trasparente (in assenza medicazioni trasparenti)	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 3,5		N.2 DEFLUSSORI CON DIALFLO	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 5		N.2 PROLUNGHE DEFLUSSORI	
N.2 TABOTAMP		N.2 PACCHETTI DI STERIL STRIP	
N.2 DEFLUSSORI STANDARD		N. 2 FILI DA SUTURA SETA 2-0	

Il controllo deve essere fatto ogni sabato mattina e controllo e ripristino dopo ogni utilizzo.

CONTROLLO MATERIALE PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE

[illegible]