TAVOLA ROTONDA

Il taglio cesareo: quando e perché

Napoli, 12 gennaio 2010
Sala Multimediale del Palazzo del Consiglio Comunale

UN ESEMPIO DI BEST PRACTICE

C. Guarino

Regione Campania A.S.L. NA3 SUD
Ospedale "San Leonardo" di Castellammare di Stabia
Struttura complessa dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore: Dott. C. Guarino

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

"Promozione del parto fisiologico nel P.O."S.Leonardo" di C.mare di Stabia, ASL NA 5 "

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

La più grande forza che sostiene ogni cambiamento è la forza delle idee

Migliorare è sempre possibile quando ci si impegna seriamente in un progetto

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

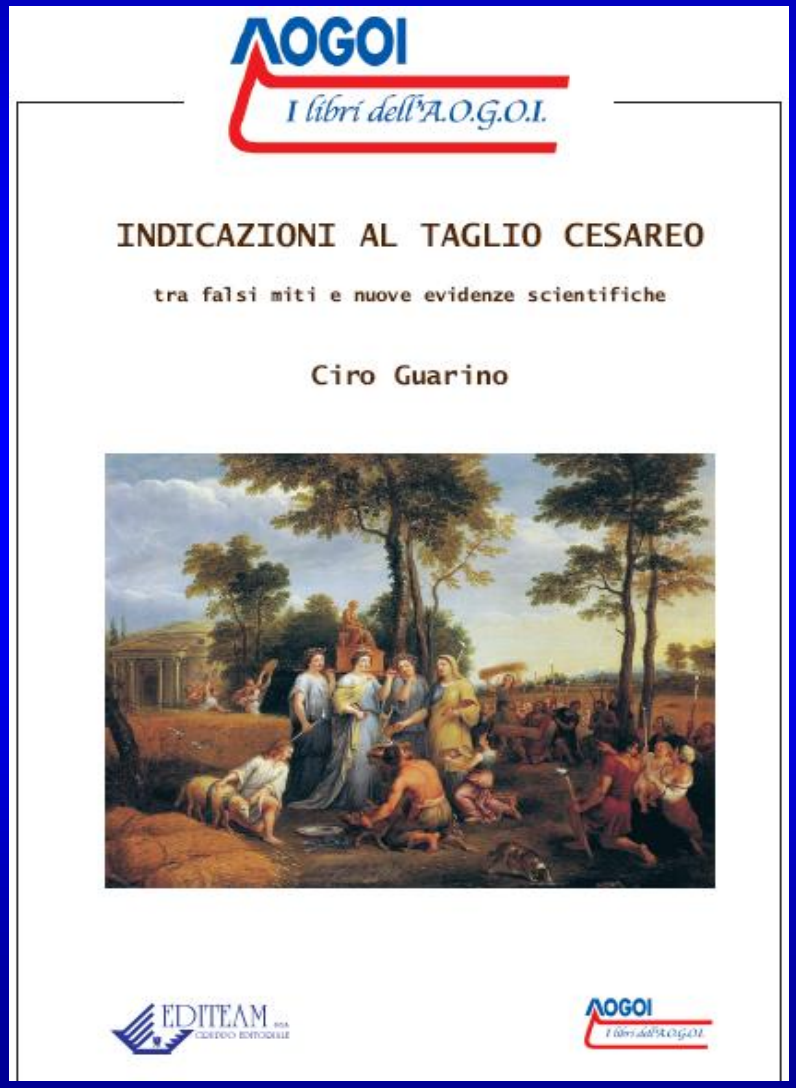
Nostra esperienza

"Promozione del parto fisiologico nel P.O."S.Leonardo" di C.mare di Stabia, ASL NA 5 "

- Sviluppo e formalizzazione delle linee guida per l'adozione del parto fisiologico verso quello cesareo
- Definizione di indicatori di riferimento qualitativi e quantitativi al fine di realizzare una raccolta dati in modo strutturato
- Monitoraggio e creazione reportistica per l'analisi dei risultati

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

LE LINEE GUIDA



ABUSO DEL TAGLIO CESAREO

ANALISI DEL FENOMENO

EVIDENZE SCIENTIFICHE

PROGRAMMA DI RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

Quando..

TAGLIO CESAREO

INDICAZIONI PIU ' FREQUENTI

TAGLIO CESAREO SU RICHIESTA

TAGLIO CESAREO ITERATIVO

DISTOCIE

PRESENTAZIONI ANOMALE

CTG NON RASSICURANTE

Lydon- Rochelle MP *Repeat cesarean delivery: what indications are recorded in the medical chart?* Birth. 2006

Quando..

TAGLIO CESAREO SU RICHIESTA

Mutate condizioni socioeconomiche e culturali

posticipo della maternità

Autonomia nella scelta della modalità del parto

paura del dolore

assistenza più "moderna"

PARTO SPONTANEO

TAGLIO CESAREO

MOTIVAZIONI MATERNE

PREFERENZE DELLE DONNE RIGUARDO LA MODALITA' DEL PARTO

potendo scegliere la maggioranza delle donne preferirebbe il PARTO NATURALE

Pang 2007 : 87.3%

Angeja 2006 : 77.8%

RCOG 2004 : 94%

Gamble 2001 : 93.5%

Moneta 2001 : 89%

Donati 1999 : 84%

MOTIVAZIONI MATERNE

MASS MEDIA

CLASSE MEDICA

SCELTA MATERNA

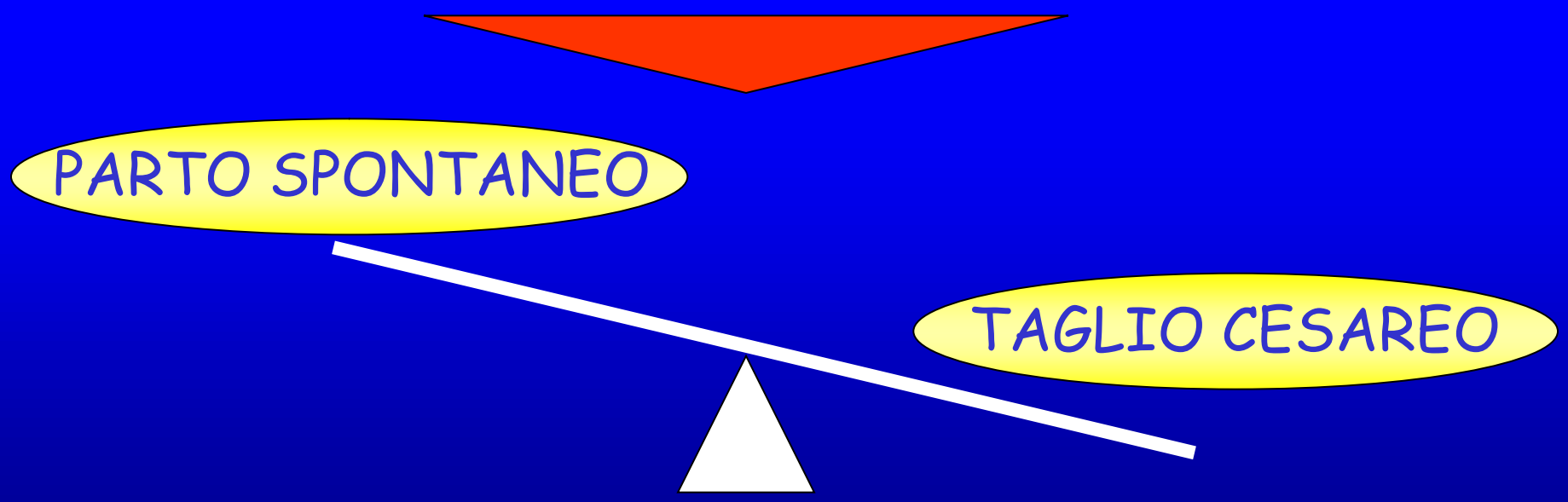
MOTIVAZIONI MEDICHE

Aumento preoccupante delle cause medico legali

Medicina difensiva

Cambiamento "culturale"

I "care" → I "cure"

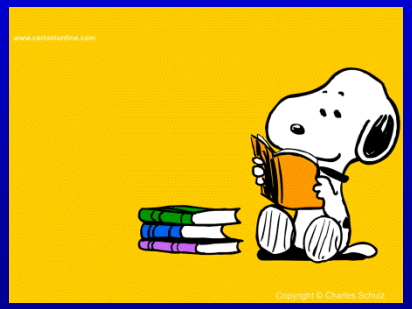


RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

il primo strumento per la riduzione dei tagli cesarei è di tipo **"culturale"**

Acquisizione costante e diffusione corretta dell'informazione scientifica

Omogeneità dei comportamenti secondo evidenze scientifiche



RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

E' scientificamente ed eticamente ingiustificabile considerare le richieste immotivate delle donne e gli "spettri medico legali" dei ginecologi quali indicazioni valide al taglio cesareo

FIGO *Recommendation on ethical issues in obstetrics and gynaecology*. London: FIGO 2002

Quando..

TAGLIO CESAREO ITERATIVO

LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

... nelle donne con un pregresso taglio cesareo, in assenza di controindicazioni, è raccomandato un travaglio di prova ...

grado A di raccomandazione

SOGC 2005 - ACOG 2004

PS DOPO TC

Complicanze

- ↓ febbre
- ↓ trasfusioni post partum
- ↑ rottura d'utero → rara 0.2- 1.5%
  - incisioni verticali
  - induzione con Pgl
  - multipli TC
- ≅ mortalità materna

la probabilità di una rottura d'utero in donne con una singola incisione traversa del segmento uterino inferiore è del tutto sovrapponibile a quella di donne con utero integro (LoE II-III)

PS DOPO TC

il 60-80% (> 90% pregresso PV) delle donne cesarizzate sottoposte a "travaglio di prova" partorisce spontaneamente

RCOG Birth after previous caesarean birth. Guideline 45, 2007 – grado B di raccomandazione

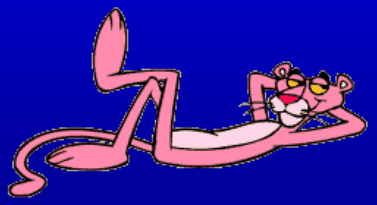
Mercer et al. 2008 - Cahill AG et al 2006 - ACOG, 2004 - Guise JM et al., 2004

la presenza di fattori predittivi negativi non rappresenta di per sé una controindicazione al travaglio di prova, in quanto la ridotta probabilità di successo del parto spontaneo non sempre si associa ad un aumento di rischio di complicanze materne e fetali

PS DOPO TC

Nostra esperienza

Per garantire la massima sicurezza della madre e del feto è fondamentale stabilire dei protocolli assolutamente rigorosi di selezione e gestione delle pazienti con taglio cesareo pregresso, al fine di aumentare la probabilità di successo del travaglio di prova e ridurre al minimo i rischi materno-fetali



PS DOPO TC

Nostra esperienza

SELEZIONE DELLE PAZIENTI

ANAMNESI PERSONALE E OSTETRICA

ESAME CLINICO

SPESSORE S.U.I.

OUTCOME MATERNO E FETALE

Nostra esperienza (2005- 2009): 250 pz

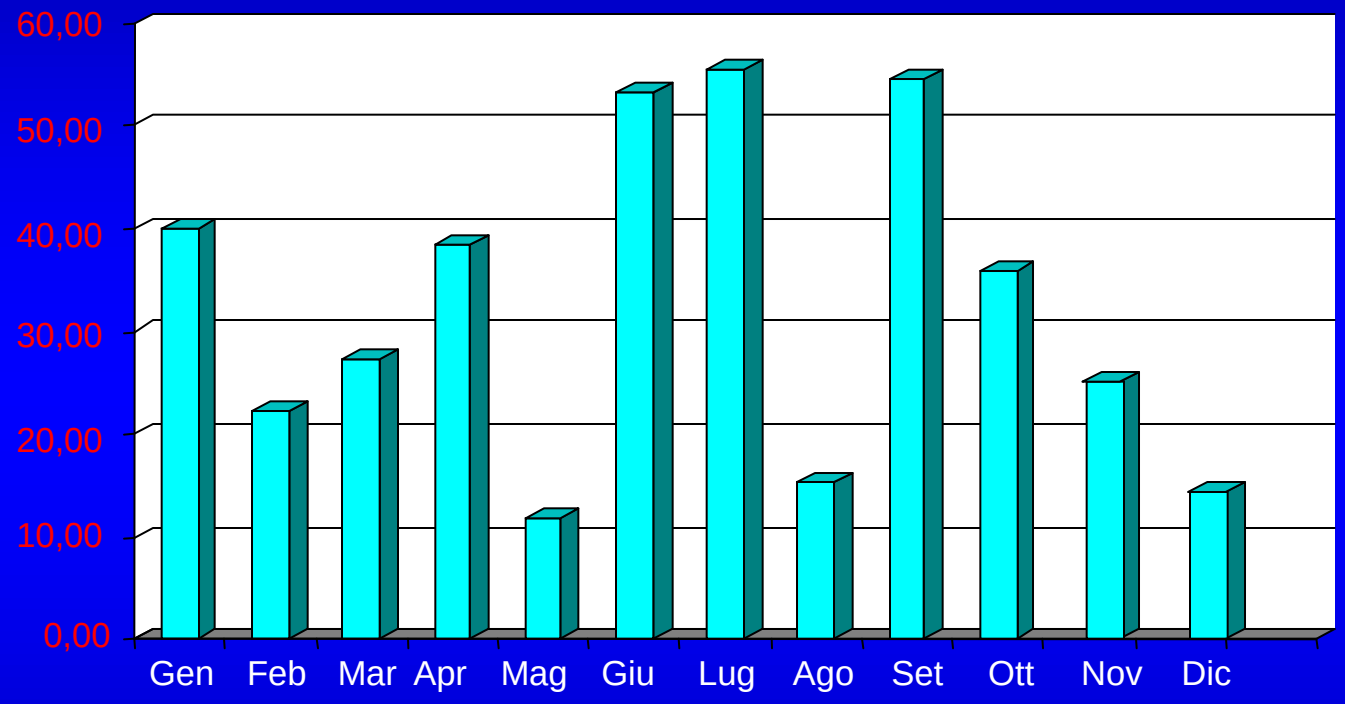
nessun caso di rottura d'utero e/o di deiscenza isterotomica (VPN 100%)

peso neonatale medio 3247 g (max 4400 g)
Apgar a 5 min. > 9

- ★ CTG continuo (IIA) e rivalutazione del SUI
- ★ Induzione farmacologica del travaglio al 3° giorno della 42° w (dispositivi vaginali rimovibili) – casi selezionati

PS DOPO TC

Nostra esperienza: **2005**



35.66%

PS in TC p.

Fonte: Ospedale San Leonardo gennaio 2006

ACOG: 37% entro il 2010

ACOG: Task force on Cesarean delivery rates: evaluation of cesarean delivery. June 2000

Quando..

DISTOCIA

difficoltà nella progressione del travaglio

60% dei T.C.

ACOG Dystocia and augumentation of labor. ACOG Practice Bullettin 49 Obstet Gynecol 2003

prima indicazione di T.C. nelle nullipare

Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. J Midwifery Womens Health. 2007 May-Jun

Shields Dystocia in nulliparous women. Am Fam Physician. 2007 Jun

- individuare correttamente i fattori di rischio
- standardizzare i criteri diagnostici
- standardizzare gli strumenti di sorveglianza

DISTOCIA

Nostra esperienza

> 30% dei TC totali

12.3% dei TC totali

rigorosa applicazione dei criteri diagnostici attraverso l'utilizzo costante e scrupoloso del partogramma, lo strumento più valido ad oggi riconosciuto e, pertanto, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle principali società scientifiche internazionali.

Quando..

PRESENTAZIONI ANOMALE

presentazione podalica : 4% di tutte le gravidanze

tutte le principali linee guida nazionali ed internazionali sono concordi nel ritenere la presentazione podalica una indicazione valida al TC in relazione all'aumento di morbilità e mortalità neonatale e anche in relazione alla progressiva perdita di abilità nell'assistenza al parto vaginale in tali casi

grado di raccomandazione A

ACOG 2006 - RCOG 2006

PRESENTAZIONE PODALICA

la versione cefalica esterna è un valido strumento per ridurre l'incidenza dei tagli cesarei e, pertanto, va incoraggiata, prevedendo un adeguato training per le nuove generazioni di medici

Quando..

CTG NON RASSICURANTI

l'indicazione "distress fetale" o "cardiotocografia non rassicurante" ricorre nel 3.1 - 24% dei T.C.

Lydon-Rochelle, Birth. 2006 *Krychowska A et al., 2004* *Chauhan SP et al., 2003*

- mancanza criteri oggettivi di valutazione
- mancanza di evidenze scientifiche forti che ne dimostrino la validità come fattore predittivo di sofferenza fetale

la standardizzazione delle classificazioni e dei protocolli di gestione è lo strumento indispensabile per poter limitare un uso improprio di tale metodica

Quando..

COMPLICANZE OSTETRICHE

NON TUTTE LE COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA RAPPRESENTANO UN' INDICAZIONE AL TAGLIO CESAREO

Quando..

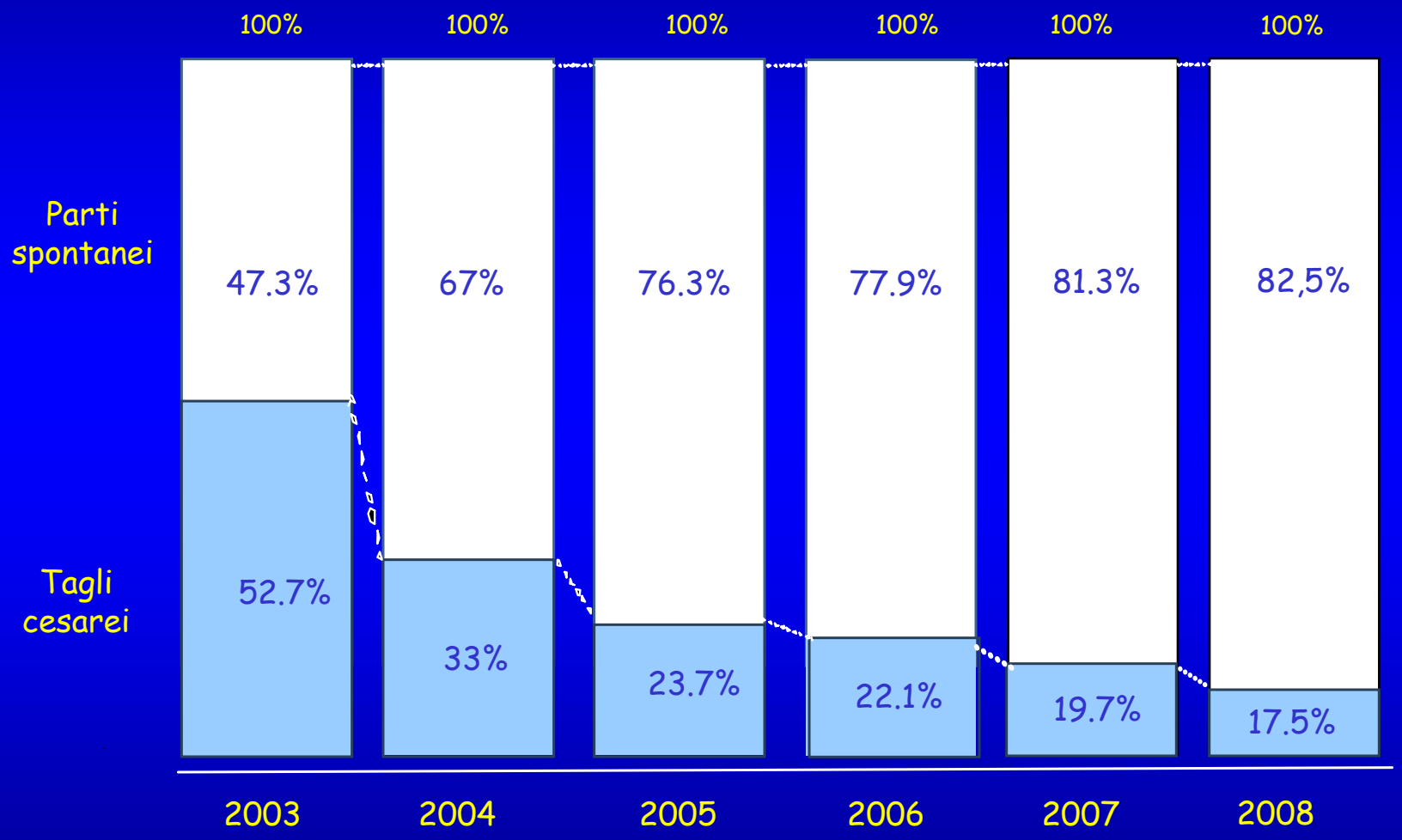
RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

disponibilità di numerosi strumenti efficaci per ridurre il tasso di TC

l'applicazione di tali strumenti dipende dalla volontà della classe medica

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

Nostra esperienza



Fonte: Ospedale S. Leonardo,dicembre 2008

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

GLI INDICATORI

Indicatori non monetari	Indicatori monetari	
	Costi diretti	Costi indiretti
- N TC e relativa incidenza sul totale parti - gg degenza totali relativi ai parti - Delta gg di degenza TC - N TC pregressi e incidenza sui TC tot - Tasso mortalità e morbilità materna totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) - Tasso mortalità e morbilità neonatale totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) - Incidenza distocie su TC tot - Incidenza di posizione podalica su TC tot - Incidenza alterazioni CTG non rassicuranti su TC tot - Incidenza autodeterminazione materna su TC tot - Ore di utilizzo sala operatoria per TC e PS - Incidenza ore utilizzo sala operatoria TC sul totale ore utilizzo reparto ginecologia - N di infezioni post-chirurgiche per tipologia di parto - N di ricoveri post-parto per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) - N di terapie intensive post-parto per tipologia di parto e relativi giorni di degenza	- Costo dei farmaci associati ai TC ed ai PS - Costo materiale di consumo associato ai TC ed ai PS - Costo dell'attività medica associata ai TC ed ai PS (es. ore anestesista) - Costo attività di laboratorio associata ai TC ed ai PS - Costo di attività di radiologia associata ai TC ed ai PS	- Energia - Riscaldamento - Attività medica non dedicata - Manutenzione strutture immobiliari - Servizi di lavanderia - Servizi di trasporto - Costo opportunità per le strutture e per il personale - Delta risparmio totale parti fisiologici vs. TC - Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media dell'ASL NA5 - Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media della Regione Campania

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

Nostra esperienza

INDICAZIONI AL TAGLIO CESAREO

TC pregresso con SUI non permissivo o 3 TC pregressi o più	30.3%	(75.4% associato ad altre indicazioni)
Distocie	12.3%	
Presentazioni anomale	12.3%	
Autodeterminazione materna	7.4%	
Anomalie cardiotocografiche	4.9%	
Miscellanea	32.8%	

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

Nostra esperienza

OUTCOME MATERNO-FETALE TC vs PS

	Mortalità materna	Morbilità materna	Mortalità neonatale	Morbilità neonatale
Parto spontaneo	0%	0.8%	0%	4.58%
Taglio cesareo	0%	1.7%	0%	18.7%

..perchè

RISCHI DEL TAGLIO CESAREO

" Primum non nocere"

maggiore incidenza di mortalità e morbilità materna nelle donne sottoposte a TC rispetto al parto spontaneo

- > emorragie postpartum
- > isterectomie postpartum
- > complicanze tromboemboliche
- > infezioni puerperali
- > degenza ospedaliera

Liu et al. Maternal mortality and severe morbidity associated planned caesarean delivery vs planned vaginal delivery. CMAJ 2007 feb - 2.339.186 parti (46.766 TC vs 2.292.420 PS)

- > endometrite postpartum
- > complicanze respiratorie
- > trasfusioni

Burrows LJ et al. Maternal morbidity associated with vaginal vs cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004

..perchè

RISCHI DEL TAGLIO CESAREO

Complicanze a lungo termine

> rischio di complicanze nelle gravidanze successive

anomalie placentari, rottura d'utero, gravidanze ectopiche

Vercoustre L. et al. Trial of labor after previous cesarean delivery: review of the literature. J Obstet Biol Reprod 2006, feb

rischio di placenta previa	dopo 1 TC	1-4%
	dopo 4 TC	10%
rischio di placenta accreta* (in presenza di placenta previa)	dopo 1 TC	25%
	dopo 4 TC	65%

*mortalità materna 7%

*isterectomia pp 66%

Nygaard I Should all women be offered elective cesarean delivery? Obstet Gynecol. 2003 Aug

..perchè

RISCHI DEL TAGLIO CESAREO

Implicazioni medico-legali

Negli USA ↑ delle cause medico-legali contro i ginecologi per le complicanze di tagli cesarei "non necessari"

Implicazioni economiche

TC vs PV → spesa sanitaria maggiore

A breve termine

> giorni di degenza

> rischio di complicanze post-partum

> assistenza neonatale intensiva

A lungo termine

costi sanitari delle complicanze a lungo termine (anomalie di inserzione placentari → trasfusioni, isterectomia, terapia intensiva, …)

Druzin ML Cesarean delivery on maternal request: wise use of finite resources? A view from the trenches. Semin Perinatol. 2006 Oct

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

Nostra esperienza

IMPLICAZIONI ECONOMICHE

Considerando il costo medio di un TC in relazione esclusivamente al consumo di farmaci, all'utilizzo di materiale di consumo e ad un solo giorno di degenza in più rispetto al PS, il risparmio cumulato negli anni 2004 - 2008 è stato di 542.543,99 Euro

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

IL PARTO IN ACQUA

- ↓ dolore
- ↓ durata travaglio
- ↑ libertà di movimento
- ↑ rispetto fisiologia
- ↑ gratificazione

parto "dolce"

RIDUZIONE DEI TAGLI CESAREI

IL PARTO IN ACQUA

STUDIO DI COORTE SUL TRAVAGLIO E/O IL PARTO IN ACQUA NELLE GRAVIDANZE FISIOLOGICHE A TERMINE

P.O. "San Leonardo" C.mmare di Stabia
Ospedale "Villa Salus" Venezia Mestre
Ospedale di Vipiteno (BZ)
Ospedale di Lugo di Romagna (RA)
Ospedale Cirie' (To)
Ospedale di Porretta Terme (Bo)
Ospedale di Vercelli
Ospedale di Borgomanero (Novara)
Ospedale di Osimo (AN)
Ospedale "S.M.Annunziata" di Firenze
Ospedale di Piacenza
Ospedale di Savona
Ospedale di Bentivoglio (BO)
Ospedale "Pentisevaroli" Alzano Lombardo (BG)
Ospedale "S.Bortolo" - Vicenza
Ospedale di Bergamo
Ospedale di Altamura (BA)
Ospedale di Magenta
Ospedale di Prato
Ospedale Civico di Palermo
Ospedali Riuniti di ReggioCalabria
Ospedale di Canosa (BA)
Ospedale Armas Garibaldi (CA)
Ospedale di Nola (NA)
Ospedale di Rovigo
Ospedale di Argenta (RO)
Ospedale di Brunico (BZ)
Ospedale di Lecco
Ospedale di Iseo (Bs)
Ospedale di Alzano (BG)
Ospedale di Stradella (PV)
Ospedale di Citiglio (VA)
Ospedale Evangelico "Villa Betania" Napoli

TAKE HOME MESSAGE

… per una donna l'espletamento del parto per via vaginale rappresenta un momento fondamentale della vita, che le consente di provare una gratificazione insostituibile, aumentando la propria autostima, con un risultato finale che va ben oltre il semplice risparmio di un taglio cesareo.

Si racconta di un profumo:
il profumo dei semi d avvenire

La silenziosa attesa
ci svela
l'evenire di un nuovo evento

Ce ne parla in silenzio
come nelle prime ore dell'alba
da cui ha preso i colori

Dal muto sfondo
vengon via
i petali colorati mossi dal vento