

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Durante la gravidanza si possono verificare condizioni cliniche nelle quali la prosecuzione della gravidanza stessa può determinare dei rischi per la salute materno-fetale.
Trattamento proposto:	INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p><u>INDICAZIONI</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Gravidanza protratta (dalla 41^o settimana)• Rottura prematura delle membrane (PROM) → a distanza di circa 12-24 ore dopo la PROM in caso di tampone vagino-rettale negativo per Streptococco Agalactiae → alla diagnosi in caso di tampone positivo• Riduzione / aumento patologico della quantità di liquido amniotico• Patologie materne o fetali per le quali è possibile prevedere che l'espletamento del parto migliori la prognosi• Morte endouterina del feto (MEF) <p><u>METODI DI INDUZIONE</u></p> <p>La scelta della metodica dipende da numerosi fattori (condizioni della cervice uterina valutate attraverso lo score di Bishop, membrane integre o rotte, tampone vagino-rettale, caratteristiche materno-fetali).</p> <p>L'induzione del travaglio di parto può prevedere una fase di preparazione cervicale (pre-induzione) che può avere tempi variabili (12-48 ore) a seconda del metodo usato e una fase di induzione dell'attività contrattile.</p> <p>Attualmente vengono utilizzate le seguenti modalità di induzione del travaglio:</p> <ul style="list-style-type: none">- applicazione del catetere di Foley intracervicale per 12-24 ore- somministrazione di prostaglandine per via orale (compresse) o vaginale (dispositivo a rilascio prolungato)- amniorexi (rottura artificiale delle membrane) e somministrazione endovenosa di ossitocina <p><u>MODALITA' DI INDUZIONE</u></p> <ul style="list-style-type: none">• CATETERE DI FOLEY INTRACERVICALE <p>Prevede il posizionamento di un palloncino riempito con soluzione fisiologica sterile (60/80ml) all'interno del canale cervicale, fino a superare l'orifizio uterino interno, al fine di riprodurre uno scollamento delle membrane ed esercitare una modica pressione costante sul segmento uterino inferiore, con l'intento di stimolare la produzione locale endogena di prostaglandine.</p>

	<p>Il Foley viene rimosso 12/24 ore dopo il posizionamento, se non viene espulso spontaneamente. Durante questo periodo resterà ricoverata in osservazione nel reparto di degenza. In caso di rottura delle membrane si procederà alla rimozione del Foley e si proseguirà con l'induzione del travaglio con altra metodica, scelta in base alle condizioni della cervice uterina (Bishop score).</p> <p>Il metodo meccanico è il metodo di prima scelta per il miglior profilo di sicurezza utilizzabile anche in caso di pregresso parto cesareo.</p> <p>È controindicato in presenza di rottura delle membrane.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROSTAGLANDINE <p>Tra le diverse prostaglandine presenti in commercio, il misoprostolo (Angusta® 25 mg cp) ha la migliore efficacia e la somministrazione per via orale a basse dosi si associa a minor rischio di ipercontrattilità uterina e di taglio cesareo.</p> <p>È il metodo di prima scelta in caso di rottura delle membrane o di controindicazione al metodo meccanico o come seconda linea dopo il catetere di Foley in pazienti con feto singolo a termine (da 37 settimane) condizioni cervicali sfavorevoli e che non abbiano avuto già 3 precedenti parti.</p> <p>La somministrazione per via orale prevede una compressa ogni 2 ore fino ad un massimo di 6-8 dosi, ripetibile dopo 12 ore.</p> <p>La risposta al farmaco può avvenire rapidamente nelle prime 24 ore, ma l'80% dei casi risponde al farmaco entro 48 ore.</p> <p>Durante l'assunzione del misoprostolo, che avverrà nel reparto di degenza, saranno eseguiti monitoraggi cardiotocografici con frequenza variabile in funzione della presenza e delle caratteristiche dell'attività contrattile.</p> <p>L'applicazione di prostaglandine vaginali come il dinoprostone (Propess®, dispositivo a rilascio prolungato) prevede il mantenimento del dispositivo in sede per massimo 24 ore, e l'esecuzione del monitoraggio cardiotocografico ogni 12 ore e in continuo in caso di attività contrattile regolare dolorosa, fino alla diagnosi di travaglio.</p> <p>In caso di rottura prematura delle membrane non si rimuove il dispositivo, a meno che la paziente non sia in travaglio.</p> <p>Le prostaglandine sono controindicate nei casi di pregresso taglio cesareo e grandi pluriipare (>3 parti).</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMNIOREXI ED INFUSIONE ENDOVENOSA DI OSSITOCINA <p>La rottura artificiale delle membrane ha l'intento di stimolare la produzione locale endogena di prostaglandine ed è utilizzato soprattutto se le condizioni della cervice sono favorevoli (Bishop score >6).</p> <p>L'ossitocina è un ormone di sintesi che stimola direttamente la contrattilità uterina. La somministrazione avviene per via endovenosa con monitoraggio cardiotocografico continuo per tutta la durata dell'infusione.</p> <p>L'amnioressi e l'ossitocina inducono l'attività contrattile e si eseguono in sala parto.</p> <p>È possibile iniziare l'infusione dell'ossitocina dopo 6 ore dalla rimozione del Propess® e dopo 4 ore dall'ultima somministrazione di misoprostolo orale.</p>
--	---

Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Obiettivo dell'induzione del travaglio è l'ottenimento del parto per via vaginale.</p> <p>Secondo la Letteratura internazionale la percentuale di successo di induzione è dell'80%. Nella nostra Unità Operativa questa percentuale è pari a circa l'84%.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>L'induzione del travaglio viene proposta quando si prevede che i benefici di un parto a breve termine superino i rischi del proseguimento della gravidanza.</p> <p>In caso di rifiuto a procedere i rischi per la salute materno-fetale aumentano in base all'indicazione di partenza, con maggiore morbidità e mortalità materno e/o fetale.</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>COMPLICANZE / EFFETTI INDESIDERATI SPECIFICI PER METODO UTILIZZATO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>CATETERE DI FOLEY INTRACERVICALE</p> <p>Dopo l'inserimento è possibile che la donna avverta dei crampi addominali simil-mestruali, che scompaiono/si affievoliscono dopo pochi minuti.</p> <p>Durante l'inserimento del Foley può essere provocata la rottura delle membrane (in tal caso verrà rimosso e si procederà con la somministrazione di prostaglandine orali).</p> <p>PROSTAGLANDINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tachisistolia (> di 5 contrazioni in 10 minuti di CTG) e alterazioni del CTG → in circa il 5% dei casi, ma si risolvono con l'idratazione della paziente, con la rimozione del dispositivo vaginale e con farmaci tocolitici in circa l'80% dei casi. - Febbre, vomito e diarrea (meno comuni) <p>AMNIOREXI E OSSITOCINA ENDOVENOSA</p> <p>I rischi potenziali associati all'amniorexi sono il prolasso di funicolo, la corionamniosite, la compressione del cordone ombelicale e l'emorragia da rottura di vasi previ non diagnosticati.</p> <p>Gli effetti collaterali principali dell'ossitocina sono dose-dipendenti: tachisistolia, ipertono, alterazioni del CTG e rottura dell'utero (soprattutto nelle pluripare o precesarizzate). Gli effetti collaterali più comuni dell'ossitocina ($\geq 1/100$, $< 1/10$) sono cefalea, nausea, vomito, tachicardia e bradicardia materne.</p> <p>Nella nostra Unità Operativa si predilige la somministrazione di basse dosi di ossitocina endovenosa per il minor rischio di effetti collaterali.</p> <p>COMPLICANZE DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO</p> <p>Il travaglio indotto ha una probabilità maggiore di esitare in taglio cesareo rispetto ad un travaglio insorto spontaneamente.</p> <p>Secondo la Letteratura internazionale la percentuale di tagli cesarei post-induzione è di circa il 20%. Nella nostra Unità Operativa questa percentuale è pari a circa al 16% (rispetto al 6% di tagli cesarei effettuati in donne con avvio spontaneo del travaglio).</p> <p>Le cause principali sono il fallimento dell'induzione (nel 5% dei casi), l'arresto del travaglio e le alterazioni del CTG. Il Medico responsabile della sala parto valuterà l'opportunità di procedere all'espletamento del parto</p>

	<p>con un taglio cesareo caso per caso.</p> <p><u>Si definisce l'induzione fallita</u> qualora non si riesca a raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4 contrazioni in 10 min) con collo raccorciato di almeno l'80% e con progressiva dilatazione oltre i 4-5 cm, <u>dopo almeno 15 ore di infusione ossitocica e membrane rotte</u>. In presenza di condizioni di benessere materno e fetale, dopo 15 ore di infusione di ossitocina e mancato travaglio attivo, si può valutare l'eventualità di effettuare una pausa fino a 8 ore e riprendere l'infusione o eseguire un taglio cesareo per fallimento di induzione.</p> <p>Diversi studi hanno riportato dati contrastanti sull'associazione tra induzione del travaglio di parto ed emorragia post-partum. In generale, dalla letteratura risulta più frequente nel caso in cui l'induzione del travaglio venga condotta con infusione ossitocica ed amniorexi piuttosto che con le altre metodiche. Nella nostra Unità Operativa il rischio di emorragia del post-partum (perdite ematiche superiori a 500 cc) è del 25% dopo induzione rispetto al 13% dopo un travaglio insorto spontaneamente. Il Rischio di emorragia grave superiore a 1000 cc è del 4.8% dopo induzione e del 1.2% dopo travaglio spontaneo: in letteratura l'incidenza complessiva è riportata essere tra l'1.5 e il 5%</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Se la paziente rifiuta di sottoporsi ad induzione del travaglio il parto può essere espletato mediante taglio cesareo su richiesta materna, dopo adeguato counseling ed avendo ben compreso quali sono i rischi materni e fetali legati a tale intervento chirurgico eseguito in assenza di un'indicazione ostetrica (vedi nota informativa dedicata)
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	<p>L'indicazione all'induzione viene stabilita dall'Equipe Medico-Ostetrica e i casi più complessi vengono sempre discussi con i Referenti della Sala Parto.</p> <p>La procedura pratica di induzione del travaglio viene effettuata dal personale Medico della SC di Ostetricia e Ginecologia.</p>

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
