3 aprile 2006 0:00

Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse

Promosso da:

Clinica di Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva dell'Università degli Studi di Firenze Direttore Prof. Gianpaolo Donzelli

Clinica di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli Studi di Firenze Direttore Prof. Gianfranco Scarselli

Ordine dei Medici di Firenze Presidente Dr. Antonio Panti

Relatori:

Dr.ssa Maria Serenella Pignotti e Prof. Gianpaolo Donzelli

Revisori:

Ignazio Barberi, Direttore Cattedra di Pediatria e Neonatologia, Messina
Mauro Barni, Presidente Commissione di Bioetica, Regione Toscana
Giulio Bevilacqua, Presidente Società Italiana di Medicina Perinatale
Francesco Branconi, Professore Associato Clinica Ostetrica e Ginecologica Università degli Studi, Firenze
Mario Campogrande, Past President Associazione Ginecologi ed Ostetrici Ospedalieri Italiani
Francesca Ceroni, Giudice del Tribunale per i Minorenni, Firenze
Pietro Curiel, Past President Associazione Ginecologi ed Ostetrici Ospedalieri Italiani
Maria Rosaria Di Tommaso, Ricercatore Clinica di Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi, Firenze
Gianpaolo Donzelli, Direttore Clinica di Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva Università degli Studi, Firenze
Roberta Filippi, Avvocato del Foro di Firenze
Gian Aristide Norelli, Direttore Cattedra Medicina Legale Università degli Studi, Firenze
Aldo Pagni, Presidente Commissione Codice Deontologico della FNOM
Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze
Patrizia Pompei, Giudice del Tribunale Civile di Firenze
Giorgio Rondini, Presidente Società Italiana di Neonatologia
Giuseppe Saggese, Presidente Società Italiana di Pediatria
Giampaolo Salvioli, Direttore Istituto Pediatria Preventiva e Neonatologia Università degli Studi, Bologna
Gianfranco Scarselli, Direttore Clinica di Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi, Firenze

Con l'approvazione di:

Società italiana di Pediatria (SIP)
Società italiana di Neonatologia (SIN)
Società italiana di Medicina Perinatale (SIMP)
Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)
Società di Ginecologia Universitaria (SIGU)
Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)
Associazione Ginecologi ed Ostetrici Ospedalieri Italiani (AOGOI)
Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)
Commissione Codice Deontologico della FNOM
Commissione Regionale Toscana di Bioetica
Ordine dei Medici di Firenze

Premessa

Compito della medicina perinatale è garantire il massimo potenziale di salute del feto, del neonato e della madre. Nel corso degli ultimi decenni, profondi progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico che su quello

neonatologico, hanno immesso nell'agire professionale atti clinici, che da eccezionali sono diventati frequenti.
Non è più un fatto straordinario prestare cure mediche ad un neonato di bassissima età gestazionale.
Questa condizione interagisce con la società nel suo complesso e le decisioni ad essa connesse coinvolgono importanti aspetti umani, etici, deontologici, medico-legali, economici ed organizzativi e si fondano sulle seguenti evidenze scientifiche:

- la prevalenza di nascite ad età gestazionali estreme è bassa (< 2/1000 nati vivi)
- le statistiche di sopravvivenza di questi neonati sono talvolta non univoche e di difficile interpretazione per errori di impostazione, quali la popolazione di riferimento, il differente tipo di assistenza prenatale, le diversità tra i vari luoghi di cura, i diversi tempi storici di riferimento
- l'indagine più completa e globale, a cui si ritiene di poter far riferimento, è quella svolta in Gran Bretagna nel periodo da marzo a dicembre 1995, denominata Epicure Study, che ha valutato, in maniera prospettica, l'esito di tutte le gravidanze terminate tra le 20 e le 25 settimane, con un follow-up a 6 anni dei bambini sopravvissuti
- in tale casistica ed in analoghe, la prevalenza di disabilità e di morte nel breve e medio periodo dopo la nascita, inducono riflessioni deontologiche relativamente all'assistenza più appropriata da prestare
- nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione - vale a dire di potenziale vitalità - dato che il parametro peso è influenzato da molti altri fattori, non necessariamente connessi alla vitalità
- il neonato di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane può essere definito di incerta vitalità. Infatti al di sotto di tale età gestazionale non esiste significativa possibilità di sopravvivenza al di fuori dell'utero
- stante quanto sopra riportato, le cure al neonato di età gestazionale inferiore alle 25 settimane assumono il carattere di cure straordinarie
- le problematiche sopra sollevate suggeriscono la stesura di raccomandazioni per gli operatori sanitari. Già molti paesi europei ed extraeuropei, si sono espressi in protocolli di comportamento e linee guida redatti da diverse società scientifiche. Queste devono essere intese come indicazioni per i sanitari nella assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato estremamente pretermine. Ogni decisione deve essere individualizzata sui dati di mortalità e disabilità, in armonia con i genitori, opportunamente resi consapevoli e sulla base delle condizioni cliniche del neonato alla nascita.

Definizione di età gestazionale

L'età gestazionale è definita come l'età post-mestruale in settimane e giorni.
(Esempio: per 23 settimane si intende il periodo compreso tra le 23 settimane e 0 giorni e le 23 settimane e 6 giorni. Dopodiché il feto ha finito le 23 settimane e sta vivendo la 24° settimana)

Il calcolo dell'età gestazionale può essere effettuato con indagini ultrasonografiche tra le 8 e le 12 settimane con una maggiore accuratezza.

Raccomandazioni assistenziali

Quanto di seguito enunciato sono raccomandazioni per le cure da prestare alla gravidanza ed al neonato di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane.
L'assistenza a queste gravidanze ed a questi neonati richiede un approccio multidisciplinare perinatale tra ostetrico-ginecologo, neonatologo, anestesista, ostetrica, infermiere ed altro personale. Tale collaborazione deve essere programmata, quando possibile, anticipatamente, stante il carattere di complessità che assume l'assistenza alla gravidanza ed al parto estremamente pretermine.
Queste raccomandazioni sono ispirate dalla necessità di garantire alla madre ed al neonato adeguata assistenza, al fine unico di evitare loro cure inutili, dolorose ed inefficaci, configurabili con l' accanimento terapeutico.

Prima del parto

Considerazioni generali

1. Il travaglio ed il parto di un bambino in queste fasce di età gestazionale deve essere considerato una emergenza che richiede il coinvolgimento di personale particolarmente esperto.
2. L'ostetrico ed il neonatologo hanno il dovere di informare i genitori sugli atti diagnostico-terapeutici, loro vantaggi e svantaggi, possibili alternative, per l'assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato. Le ragioni delle scelte debbono essere riportate obbligatoriamente dal medico in cartella insieme all'attestazione dell'avvenuta informazione dei genitori.
3. Il processo di informazione deve essere comprensibile, accurato e continuato nel tempo.
4. Stante il carattere straordinario delle cure, l'opinione dei genitori deve essere tenuta in massima considerazione. Il medico deve, comunque, attenersi alle evidenze scientifiche disponibili e non deve imporre proprie opinioni.
5. In particolare devono essere date ai genitori informazioni sui rischi per la madre nel continuare la gravidanza, modalità di espletamento del parto, future gravidanze, prognosi a breve ed a lungo termine per i feti ed i neonati in relazione al luogo di cura, al peso, all'età gestazionale, al numero di feti e ad eventuale patologia associata.
6. Va comunque messo in evidenza che eventi estremamente precipitosi possono impedire un corretto processo informativo.

Cure ostetriche

1. L'utilizzo dei corticosteroidi prenatali non si è dimostrato efficace nelle fasce di età gestazionale inferiori alle 24 settimane, mentre è altamente raccomandato (in un unico ciclo) sopra le 24 settimane;
2. in caso di parto imminente, il trasferimento in utero presso un centro di cure per le gravidanze ad alto rischio non è indicato al di sotto delle 22 settimane, tra le 22 e le 24 settimane può essere appropriato;
3. dalle 24 settimane in poi il trasporto in utero è fortemente consigliato

Cure neonatali e modalità del parto

Età gestazionale: 22 settimane (da 154 - 160 giorni)
Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre.
Il taglio cesareo deve esser praticato unicamente per indicazione clinica materna, e le madri che lo richiedono per altri motivi, devono esser informate degli svantaggi e dissuase.
Il neonato non deve essere sottoposto a cure intensive.

Età gestazionale: 23 settimane (161-167 giorni)
Non esistono evidenze scientifiche per raccomandare il taglio cesareo su indicazione fetale e l'inizio di cure intensive neonatali.

Età gestazionale: 24 settimane (168 a 174 giorni)
Il taglio cesareo può eccezionalmente preso in considerazione per motivi fetali. Il trattamento intensivo del neonato è indicato sulla base di criteri obiettivi quali sforzi respiratori spontanei, frequenza cardiaca, assenza di lesioni cutanee, ripresa del colorito cutaneo.

Età gestazionale: 25 settimane (175 a 188 giorni)
Il taglio cesareo può essere effettuato anche per indicazione fetale. I neonati devono esser rianimati e sottoposti a cure intensive.

Età gestazionale incerta
Nell'incertezza dell'età gestazionale del neonato, assume di fondamentale importanza la valutazione del neonatologo nel prendere decisioni assistenziali, che dovranno tenere conto soprattutto delle risposte del paziente alle manovre rianimatorie, in particolare frequenza cardiaca e colorito cutaneo.

Cure confortevoli

Laddove il neonato, pur rianimato inizialmente, non dimostri possibilità di sopravivenza ed il trattamento venga considerato non efficace, dovrà essere preso in considerazione il passaggio da cure intensive a cure confortevoli. Il neonato non sottoposto a cure intensive, deve comunque essere trattato con rispetto, amore e con delicatezza.
Ai genitori deve esser offerto il massimo supporto sul piano psicologico. Morte fetale e neonatale

Alla morte del feto o del neonato i medici che hanno seguito la famiglia devono favorire l'esecuzione di una autopsia, analisi cromosomiche e radiografie, secondo la direttive del gruppo di studio italiano sul neonato morto e in accordo con la volontà della famiglia. Incontri successivi con i genitori dopo l'evento sono utili anche per fornire supporto e consulenza per eventuali future gravidanze.

Follow-up del neonato

I bambini nati nelle fasce di età gestazionale considerate in questo documento devono essere seguiti attentamente almeno fino all'età scolare con l'intento:

- di una diagnosi precoce delle possibili disabilità;
- della istituzione precoce di terapie abilitative;
- di offrire l'assistenza multidisciplinare;
- della valutazione delle cure fornite.

Il presente documento è stato redatto sulla scorta delle conoscenze scientifiche attuali e potrà essere sottoposto a revisione in relazione alla loro evoluzione.

Riferimenti scientifici

1. AAP Clinical Report 2002 Perinatal Care at the Threshold of viability Pediatrics 110:1024-1027
2. ACOG. 2002 Perinatal care at the threshold of viability Practice bulletin 100, 3:617-624
3. Swiss Society of Neonatology. 2005 Guidelines. Recommendations for the care of infants born at the limit of viability (gestational age 22-26 weeks) Neonet.ch
4. GeeH, DunnP. 2000 For the BAPM Executive Committee. Fetuses and newborn infants at the threshold of viability. A framework for practice.
5. CPS, Fetus and newborn Committee, SOGC, MaternalFetal Medicine Committee. 2000 Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. CMAJ
6. Federation Nationale des Pediatres Neonatologistes. Dilemmes ethiques de la periode perinatale. Recommandations pour le decisions de fin de vie. Document issu des travaux de la Commission Ethique adopte par l'Assemblee Generale le 23 novembre 2000.
7. Fruhgeburt an der Grenze der Lebensfahigkeit des Kindes. 1998 Z. Geburtsh. Neonatol.;202:261-263
8. Asociacion Espanola De Pediatria 2004 Recomendaciones en reanimacion neonatal. Grupo de Reanimacion Cardiopulmonar de la Sociedad Espanola de Neonatologia. An Pediatr Barc. 60,1:65-74