

Tecnostruttura Sanitaria
Area Qualità e Accreditamento

PROTOCOLLO CLINICO-DIAGNOSTICO

INDICAZIONI E GESTIONE DEL TRAVAGLIO DI PROVA IN GRAVIDA CON PREGRESSO TAGLIO CESAREO

ATTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO

DESTINATARIO
Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
Direzione Sanitaria

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DIP/Soc/DIREZ	DIP/Soc/DIREZ	DIP/Soc/DIREZ
TITOLO NOME COGNOME SALVATORE ALBERICO FIRMA	TITOLO NOME COGNOME FIRMA	TITOLO NOME COGNOME FIRMA
DIP/Soc/DIREZ	DIP/Soc/DIREZ	DIP/Soc/DIREZ
TITOLO NOME COGNOME FIRMA	TITOLO NOME COGNOME FIRMA	TITOLO NOME COGNOME FIRMA

INDICE

1 SCOPO

1.1 PREMESSA/RAZIONALE

In tutti i paesi industrializzati si assiste da circa 25 anni ad un incremento progressivo, non sempre giustificato, della frequenza di parti che avvengono tramite taglio cesareo (1).

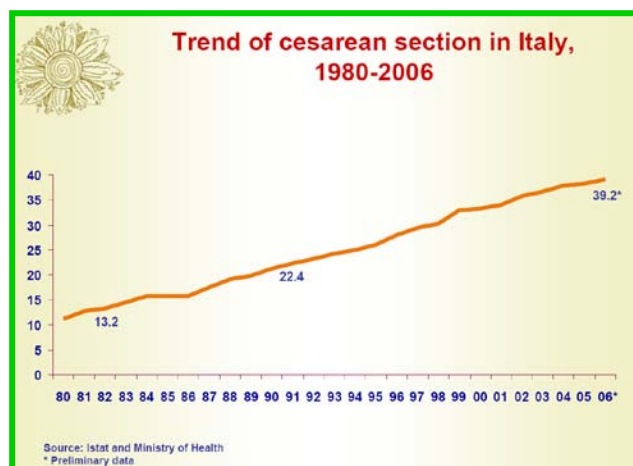
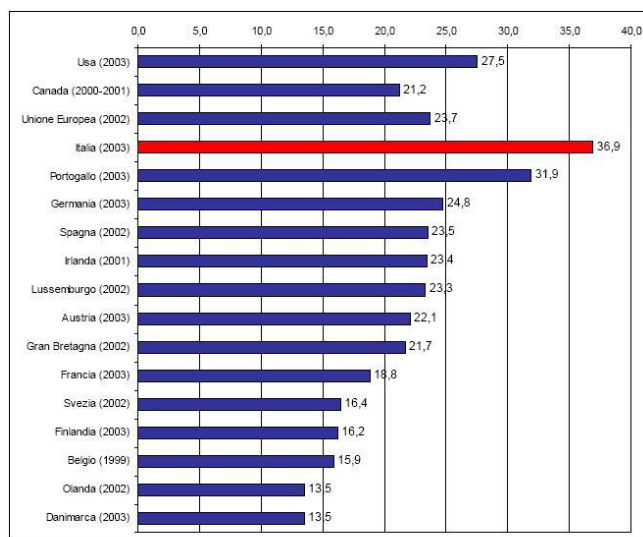


Tabella 1.



Modificato da: Istituto nazionale di statistica. Gravidanza, parto, allattamento al seno 2004 – 2005. Roma: ISTAT, 2006
(URL: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060605_00te.stointegrale.pdf)

Tabella 2

Nel 2006 in Italia ben il 39.4% di donne ha partorito con un taglio cesareo (anche se le differenze regionali sono molto forti, passando da un 23.4% della regione Friuli Venezia Giulia al 60% della regione Campania - Tabella 1). Questo comporta un'aumentata frequenza di donne che hanno una nuova gravidanza, avendo alle spalle un pregresso taglio cesareo. Questa condizione determina poi, nelle gravidanze successive, un rischio di complicanze in caso di travaglio di parto, finalizzato ad un espletamento vaginale dello stesso. E' quindi necessario definire le indicazioni e le controindicazioni al travaglio di prova per un parto vaginale. E' necessario anche individuare i criteri di sicurezza procedurale e strutturali, affinché questo avvenga senza comportare rischi per la salute della madre e del nascituro. Prima di addentrarci nella rappresentazione del contesto scientifico presente in letteratura

in quest'ambito, precisiamo che esso oggi rappresenta un campo molto dibattuto tra gli ostetrici e non solo in ambito nazionale. Le posizioni che si configurano poi portano a comportamenti assolutamente opposti, per cui accanto a centri ove le donne vengono invitate a tentare un travaglio di parto finalizzato ad un suo espletamento vaginale, in altre situazioni questa disponibilità non è presente e le gravide vengono automaticamente sottoposte ad un nuovo taglio cesareo. Non va poi trascurato l'aspetto sociale della scelta, intendendo con questa definizione la figura della stessa paziente, la Donna, che a differenza di qualsiasi altro tipo di procedura chirurgica, spesso interviene, chiedendo a giusta ragione, che nel momento della decisione del tipo di espletamento del parto che si deve affrontare, si tenga conto di quello che è il suo legittimo diritto di decidere. Si crea pertanto la condizione in alcuni casi che a fronte di una disponibilità/indicazione dell'Ostetrico a tentare un TOL, ci sia una mancanza di consenso da parte della paziente, che chiede un taglio cesareo elettivo e/o viceversa. Ad ogni buon conto la percentuale di donne che giungono ad un parto vaginale dopo un taglio cesareo mostra negli ultimi anni un decremento progressivo e questo non solo in Italia, come si può facilmente cogliere dalle tabelle 3 (Italia) e 4 (California, U.S.A.).

Spontaneous delivery after a Caesarean

Vaginal delivery is rather discouraged after a caesarian section, in particular within the southern regions

Regione	Parti vaginali dopo precedente parto cesareo			Totale
	Pubblico	Casa di cura		
		accreditata	non accreditata	
Piemonte	14,2		9,0	16,3
Valle d'Aosta	47,7			91,3
Lombardia	21,0	10,7	-	24,9
Prov. Auton. Bolzano	35,1		9,7	50,7
Prov. Auton. Trento	17,2			20,7
Veneto	15,4			18,3
Friuli Venezia Giulia	24,1	36,4		33,1
Liguria	11,6		25,0	13,2
Emilia Romagna	21,4	2,6		26,6
Toscana	22,6	13,2	5,6	28,7
Umbria	12,6			14,4
Marche	6,7	4,9		7,0
Abruzzo	6,0	8,6		6,6
Campania	5,0	3,7	4,4	4,5
Puglia	4,5	1,6		4,3
Basilicata	4,5			4,7
Sicilia	5,1	3,2		5,0
Sardegna	10,5	12,9		12,2
Totale	12,7	4,3	4,9	12,4

TABELLA 3.

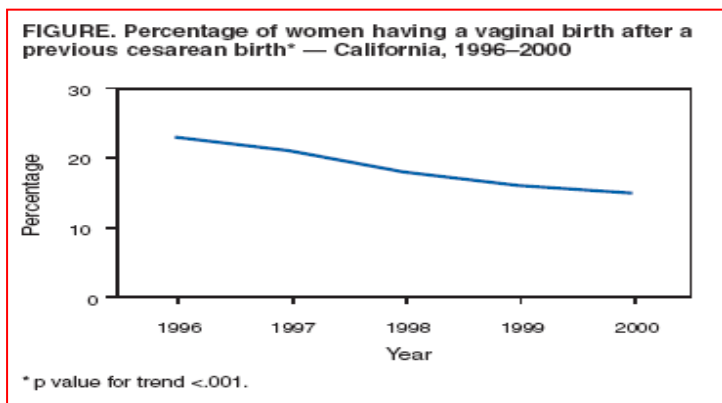


Tabella 4.

Nell'esperienza del DOG, la percentuale di gravide con pregresso TC, che viene giudicata eleggibile per un travaglio di prova è del 43%, di queste poi il 77% riesce ad ottenere un esito favorevole, con una percentuale di casi che partoriscono per via vaginale del 33%. (2) La domanda che viene da porsi è: per quale motivo si ha una riduzione del trend di donne che giungono ad VBACS? La risposta è duplice: a) Aumentato rischio di complicanze materno-fetali; b) Timore degli Ostetrici per controversie medico-legali in caso di complicanze.

E' giusto quindi definire quali siano i rischi per la madre ed il neonato: per la prima aumenta sostanzialmente il rischio di rottura d'utero, di conseguente emorragia severa e di isterectomia peri-partum. Per il feto/neonato quello di asfissia acuta con compromissioni cerebrali sino all'esito.

In letteratura il lavoro (3) più citato per indicare il rischio di complicanze materne in TOL è quello di M. Lyndon-Rochelle, di cui si riportano alcune delle tabelle più indicative (tabella 5).

In esse è possibile verificare che a fronte di un rischio estremamente raro di rottura d'utero dello 0.5-2/10.000 (4) che è descritto in popolazione di donne che non hanno pregressi TC (in genere multipare), lo stesso aumenta sino all'1.6/00 se si ripete elettivamente il taglio cesareo senza travaglio, al 5.2/00 se si ha un' insorgenza spontanea dello stesso, al 7.7/00 in caso di induzione ossitocica ed al 24.5/00 se l'induzione avviene con prostaglandine.

TABLE 3. INCIDENCE AND RELATIVE RISK OF UTERINE RUPTURE DURING A SECOND DELIVERY AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY. *

TYPE OF DELIVERY	NO. OF WOMEN	INCIDENCE (PER 1000)	RELATIVE RISK (95% CONFIDENCE INTERVAL)
Repeated cesarean delivery without labor	6,980	1.6	1.0
Spontaneous onset of labor	10,789	5.2	3.3 (1.8-6.0)
Induction of labor without prostaglandins	1,960	7.7	4.9 (2.4-9.7)
Induction of labor with prostaglandins	366	24.5	15.6 (8.1-30.0)

*Incidence is expressed as the number of cases of uterine rupture per 1000 women who delivered a second singleton infant after a prior cesarean delivery. Women who had repeated cesarean delivery without labor served as the reference group.

Tabella 5.

La rottura d'utero è un evento che si associa con frequenza maggiore nei casi in cui, indotto un travaglio di parto in queste pazienti, si creano condizioni che portano ad un fallimento dello stesso. In questi casi la frequenza di rottura giunge sino al 6.7% (5)

La rottura d'utero non è la sola complicanza che può occorrere ed in alcuni casi essa trascina poi ulteriori eventi negativi, che sono ben rappresentati nella tabella 6 e di cui si farà cenno in seguito, quando si tratterà della gestione delle emergenze.

TABLE 4. POSTPARTUM COMPLICATIONS OF SECOND DELIVERIES AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY.*

POSTPARTUM COMPLICATION	NO UTERINE RUPTURE (N=20,004)	UTERINE RUPTURE (N=91)
	number (percent)	
Severe posthemorrhagic anemia	958 (4.8)	10 (11.0)†
Major puerperal infection	243 (1.2)	8 (8.8)
Bladder injury	235 (1.2)	7 (7.7)
Paralytic ileus	78 (0.4)	3 (3.3)
Hysterectomy	12 (0.1)	4 (4.4)
Surgical complication‡	142 (0.7)	32 (35.2)
Maternal hospital stay >5 days	842 (4.2)	24 (26.4)
Death of infant	100 (0.5)	5 (5.5)

*P=0.001 for the difference between the groups, except as noted.

†P=0.006.

‡Complications of anesthesia and obstetrical surgery are included.

Tabella 6

1.2 OBIETTIVO/SCOPO

Scopo di questo protocollo è quello di definire:

- criteri di eleggibilità e di esclusione per adire ad un TOL
- procedure per la somministrazione di un'informazione adeguata alla paziente e raccolta di un consenso informato idoneo
- procedure e modalità di assistenza al travaglio in donne con pregresso taglio cesareo
- definizione di procedure di assistenza in caso di complicanze nell'assistenza ad un TOL

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale protocollo trova applicazione in tre ambiti organizzativi:

- Ambulatoriale: in fase di informazione alla paziente sulle caratteristiche, i rischi ed i benefici per adire ad un TOL e nello stesso ambito per una valutazione delle condizioni di eleggibilità od esclusione preliminare per adire al TOL;
- Reparto di degenza: al momento del ricovero di una paziente con pregresso taglio cesareo per attivare la stessa informazione riportata al punto a). Nello stesso ambito sarà valutata l'eleggibilità della paziente al TOL ed in caso di disponibilità della stessa ad adire al TOL, si provvederà alla stesura ed alla raccolta del consenso informato della donna;
- Sala Parto: ove saranno effettuate le stesse funzioni dei punti a), b) ove queste non fossero state effettuate e dove si procederà soprattutto all'applicazione del

protocollo operativo di assistenza di seguito delineato al fine di giungere all'espletamento del parto vaginale o per via addominale, ove dovessero subentrare indicazioni alla sua effettuazione, in condizioni di piena sicurezza per la salute della madre e del nascituro.

3 TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

3.1 ACRONIMI/ABBREVIAZIONI

ACCR	Accreditamento
DG	Direttore Generale
DGP	Dipartimento di Chirurgia
DSA	Direttore Sanitario
DML	Dipartimento di Medicina Molecolare e di Laboratorio
DMP	Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di Midollo Osseo
DOG	Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
DSN	Tecnostruttura/Direzione Sanitaria
DSO	Direttore Scientifico
DSC	Direzione Scientifica
SOPG	Struttura Complessa Ospedaliera Patologia Ostetrica
SUCOG	Struttura Complessa Universitaria Clinica Ostetrica Ginecologica
SS	Struttura Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
TC	Taglio Ceasareo
TOL	Trial of Labor
VBACS	Vaginal Birth after caesarean section

4 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Le fasi di svolgimento di questo protocollo sono:

- a) identificazione della paziente con pregresso TC , raccolta anamnestica relativa al parto precedente con possibile recupero di tutta la documentazione relativa alla gestione del/i parto/i precedenti. I criteri di esclusione sono elencati nell'Allegato 1. Tali criteri sono desunti da un'attenta lettura delle Linee Guida delle Società di Ostetricia e Ginecologia Statunitense, Canadese e del Regno Unito (6 - 7 - 8);
- b) Somministrazione alla paziente di tutte le informazioni relative alla problematica in oggetto, usufruendo dello schema informativo allegato al presente protocollo (allegato 2), ovviamente implementabile nella forma ritenuta più opportuno dal Sanitario che svolge tale funzione (nel rispetto comunque dei principi e dei criteri di assistenza definiti in questo documento);
- c) Stesura e raccolta del consenso informato (allegato 3);
- d) E' raccomandato l'esecuzione in pre-travaglio di un'ecografia finalizzata a verificare le caratteristiche dell'annidamento placentare, le caratteristiche della precedente cicatrice uterina e ad escludere una condizione di accretismo della placenta;
- e) L'assistenza al TOL in donna con pregresso TC, prevede, se possibile una consulenza anestesiologicala pre-travaglio, un monitoraggio cardiotocografico continuo in corso del travaglio e la disponibilità di un anestesista dedicato in Ospedale; ove si dovesse verificare che tale condizione non sussiste, si dovrà provvedere alla chiamata dell'Anestesista reperibile durante tutta la fase dilatante, il parto e l'immediato post-partum, in sintonia con quanto previsto dal protocollo di questo Istituto, che delinea le modalità di integrazione tra Anestesisti ed Ostetrici. E' raccomandato disporre di una valutazione recente di emocromo e prove emogeniche della paziente.

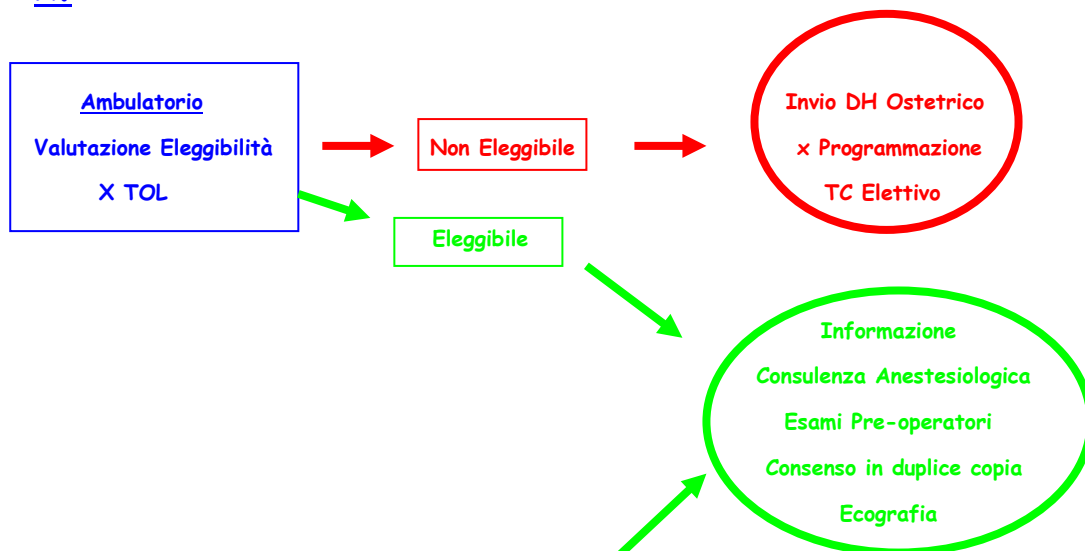
In caso di necessità è possibile attuare un'induzione del travaglio con: a) scollamento delle membrane amniotiche; b) applicazione di catetere tra parete uterina e membrane amniotiche, con riempimento del palloncino con 30cc. di acqua; c) induzione ossitocica. Si sconsiglia l'induzione del travaglio di parto con prostaglandine. In caso di necessità non sussistono contro-indicazioni ad augmentation ossitocica. E' possibile ove indicato procedere a rottura del sacco amniotico. Non sussistono contro-indicazioni alla somministrazione di un'analgia epidurale. E' fortemente raccomandato l'esecuzione di un diligente partogramma. E' suggerito un ricorso ad un taglio cesareo in caso di allungamento di uno dei tempi del parto oltre i limiti indicati dal partogramma.

- f) Costituiscono condizioni di sospetto di rottura d'utero i seguenti reperti: - CTG non rassicurante; - Dolore addominale importante, specie se permanente tra una contrazione e la successiva; - Dolore polmonare o scapolare, con comparsa di respiro frequente e superficiale; - Insorgenza di dolore acuto in corrispondenza della cicatrice uterina; - Anomala emorragia vaginale od ematuria; - Cessazione di un'attività uterina, precedentemente efficiente; - Tachicardia severa materna, con ipotensione o shock; - Perdita di valutazione della parte presentata.
- g) In caso di sospetto di rottura d'utero è necessario attivare i tempi e le procedure indicate nel protocollo del taglio cesareo d'emergenza.

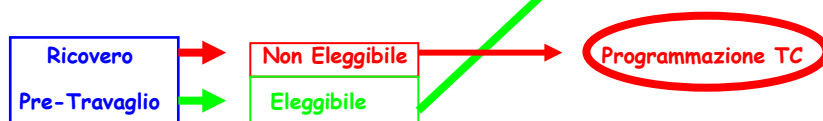
h) In caso di emorragia materna massiva è necessario attivare le procedure indicate nel protocollo relativo alla gestione dell'emorragia severa.

4.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO/TABELLE

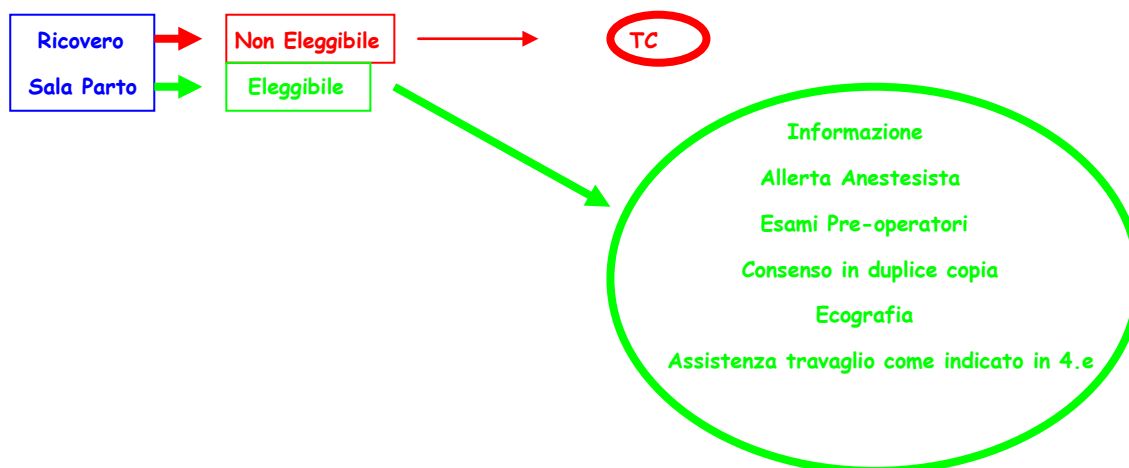
A.



B.



C.



5 RESPONSABILITÀ¹

- La gestione clinica di ciascuna fase di questo protocollo è competenza dei medici ostetrici di turno negli ambulatori, in reparto di degenza o in Sala Parto. E' compito dei Direttori delle due strutture complesse del DOG, verificare e disporre per la corretta applicazione delle norme di gestione clinica comprese in questo protocollo

6 DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI E/O ATTIVITÀ DI CONTROLLO E/O VERIFICA

Verifica annuale del numero di casi con pregresso taglio cesareo, della frequenza di VBACS, di tagli cesarei eseguiti elettivamente in pre-travaglio e in travaglio con valutazione delle indicazioni di questi ultimi e delle caratteristiche di urgenza/emergenza.

Verifica di eventi avversi in questi travagli, con particolare attenzione alla frequenza di: Emorragia del post-partum, somministrazione di emoderivati, pH neonatale <7.00, rotture d'utero, isterectomie.

7 GESTIONE DELLE REGISTRAZIONI, ARCHIVIAZIONE E SCARTO

Le registrazioni saranno eseguite a fine anno dal momento in cui sarà disponibile la cartella informatizzata ostetrico neonatologica

8 ALLEGATI DEL DOCUMENTO

ALLEGATO 1

Contro-Indicazioni

- 1) Presentazione Podalica del Feto
- 2) 2 Pregressi TC (a meno che non sia presente un pregresso parto vaginale)
- 3) Macrosomia (peso stimato >4500g)
- 4) Incisione uterina longitudinale o a "T" nel pregresso taglio cesareo
- 5) Gravidanza Gemellare con presentazione podalica I° gemello
- 6) Pregressa Miomectomia con apertura a della cavità
- 7) Pregressa Rottura d'utero
- 8) Rifiuto della Donna ad adire ad un TOL

Contro indicazioni Relative

- 1) Gravidanza Post-termine (>42 settimane)
- 2) Mancanza di documentazione concreta relativa al pregresso taglio cesareo
- 3) Gravidanza Gemellare con feti in presentazione cefalica
- 4) Pregressa miomectomia laparoscopica con insufficiente documentazione dell'intervento
- 5) Intervallo tra pregresso TC e fecondazione <6 mesi

ALLEGATO 2

Gentile Signora,

Lei ha già avuto in una precedente gravidanza un taglio cesareo. Questa condizione pur comportando un lieve aumento del rischio di rottura d'utero in travaglio rispetto ai casi in cui non sia presente, non costituisce una controindicazione assoluta ad un tentativo di travaglio finalizzato ad un parto vaginale.

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 possa scegliere la modalità del parto e dare il suo consenso ad un trial per un parto vaginale.

Queste informazioni sono sintetizzate di seguito ed ogni ulteriore chiarimento è possibile ottenerlo da parte del Dirigente Medico che le chiederà di firmare tale consenso.

Il fine di questa informazione è quello di ottenere un parto vaginale in condizioni di massima sicurezza possibile per la sua salute e per quella del suo nascituro, consapevoli che il ricorso ad un nuovo taglio cesareo comporterebbe per lei un rischio superiore a quello di un parto vaginale, che rispetti determinati criteri di sicurezza.

Il timore principale che caratterizza questi travagli è quello di una possibile rottura d'utero, evento che nei trials disponibili in letteratura si presenta con una frequenza dello 0.3%-0.8%, nei casi di incisione del segmento uterino, nel pregresso TC, bassa/trasversale. Nella nostra esperienza si è presentata nello 0.2% dei casi

E' corretto dire che questo evento può occorrere anche in parti vaginali senza pregressi TC, in questo caso la frequenza descritta è dello 0.1% - 0.2%.

INTERVALLO DI TEMPO DAL PRECEDENTE TAGLIO CESAREO

Un dato che ricorre in Letteratura indica una maggior frequenza di questo evento quando il travaglio di prova si realizza in epoca vicina al taglio cesareo, intesa come entro i 24 mesi dallo stesso.

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO

E' possibile dopo pregresso taglio cesareo indurre, ove necessario il travaglio con ossitocina; questa procedura comporta un lieve, ulteriore aumento del rischio di rottura, quantificabile in una probabilità circa 3 volte superiore ai dati sopra descritti. Tale induzione presso il nostro Dipartimento viene attuata solo con ossitocina, poiché l'utilizzo delle prostaglandine in questi casi comporterebbe un aumento del rischio, a nostro avviso, eccessivo. La tabella di seguito riportata rende idea di queste probabilità.

Incidenza Rottura d'Utero dopo Pregresso TC

- | | | | |
|----------------------|---------|------------|-----------|
| • TC elettivo | 1.6/00 | (11/6980) | RR= 1 |
| • VB spontaneo | 5.2/00 | (56/10789) | RR = 3.3 |
| • Indotto | 7.7/00 | (15/1960) | RR =4.9 |
| • Indotto PgE2 | 24.5/00 | (9/366) | RR = 15.6 |

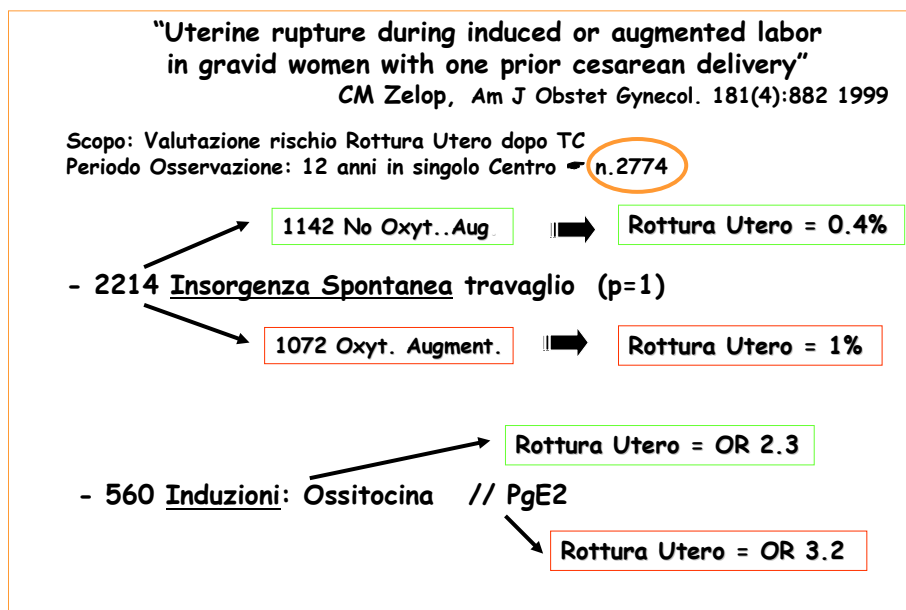
M. Lyndon-Rochelle NeJMed 2001, 345:3

AUGMENTATION OSSITOCIA

E' possibile in corso di travaglio dopo pregresso taglio cesareo applicare un'

AUGMENTATION OSSITOCICA, per essere chiari somministrare ossitocina per aumentare o regolarizzare la necessaria attività contrattile uterina. Anche tale pratica comporta un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, a nostro avviso non significativa e quindi accettabile.

La tabella di seguito riportata illustra i differenti livello di rischio nei vari gruppi di donne, con pregresso taglio cesareo che attuano un travaglio di prova per parto vaginale.



CONTROINDICAZIONI A TRAVAGLIO DI PROVA

Lo staff clinico del Dipartimento ha valutato attentamente la sua storia clinica ed ha escluso la presenza di condizioni che controindichino il tentativo di travaglio per parto vaginale.

CRITERI DI SICUREZZA

La informiamo che la Sala Parto del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia è dotata di tutti i sistemi di sicurezza per l'espletamento di un taglio cesareo d'emergenza, ove in caso di rottura d'utero fosse necessario procedere all'espletamento rapido di un intervento chirurgico. Il personale Medico è in grado in questo caso, di far nascere il suo bambino in tempi che sono molto inferiori a quelli ritenuti massimi dalle principali Società Internazionali.

ANALGESIA E MONITORAGGIO FETALE

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

Per motivi di sicurezza sarà necessario in corso di travaglio mantenere un monitoraggio cardiotocografico continuo.

Per motivi analoghi è opportuno applicarle un'ago-cannula ad inizio travaglio.

ESPERIENZA DEL NOSTRO DIPARTIMENTO

In uno studio condotto nel 2003, su 901 casi di donne con pregresso taglio cesareo, abbiamo ritenuto eleggibili per travaglio di prova il 43% di queste. Nel gruppo che ha quindi iniziato il travaglio, spontaneamente o indotto, abbiamo ottenuto un parto vaginale nel 76.7% dei casi. In sostanza su 901 donne con pregresso TC, il 32.6% ha avuto successivamente un parto vaginale.

Si è avuto lo 0.2% di rotture d'utero. Non si è avuto in questa popolazione alcuna morte materna o feto-neonatale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BL Flamm: "Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study." *Ob. Gyn.* 70(5):709, 1987
- 2) CM Zelop "Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery" *Am J Obstet Gynecol.* 181(4):882 1999
- 3) BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH, RCOG Green-top Guideline No. 45
- 4) "RISK OF UTERINE RUPTURE DURING LABOR AMONG WOMEN WITH A PRIOR CAESAREAN DELIVERY." *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 1:3, July 5, 2001.
- 5) ACOG PRACTICE BULLETIN CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS: "Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery" NUMBER 54, JULY 2004
- 6) Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth (Review) Dodd JM, Crowther CA. *The Cochrane Library* 2008, Issue 1
- 7) Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, SOGC Clinical Guidelines, N. 155 (Replaces guideline No 147), February 2005

9 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI (LINK AL TESTO)

PER I PROTOCOLLI CLINICI:

- 1) ISTAT, Ministero della Salute, Italia, "Trend dei Tagli Cesarei in Italia, 1980-2006". Anno 2007
- 2) A. Sartore et Al. : "Il parto vaginale dopo il taglio cesareo" In "Taglio Cesareo dalle linee guida al caso clinico" S. Alberico, Ed. Artigraficheriva, Trieste, pg 125, 2004
- 3) Lyndon-Rochelle M. "Risk of uterine rupture during labor among women with a prior Cesarean delivery." N. Eng. J. Med. 345:3,2001.
- 4) MB Landon "Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean section delivery." N. Engl. J. Med. 351:2581, 2004"
- 5) AC Rossi: "Maternal Morbidity following a trial of labor after caesarean section VS elective repeat caesarean delivery: a systematic review with metaanalysis." Am J.Ob.Gyn, WWW:AJOG.Org July 2008
- 6) ACOG, Practice Bulletin, n.54, July 2004.
- 7) SOGC Clinical Practice Guidelines, N.155, February 2005.
- 8) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Green-Top GuideLines, n.45, February 2007

STORIA DEL DOCUMENTO

Di seguito è riportato l'Elenco delle modifiche apportate alla Procedura con lo stato di revisione corrispondente.

DESCRIZIONE DELLA MODIFICA	Rev. /data
BOZZA - EMISSIONE 31 dicembre 2008	