



## Mobilizzazione delle donne gravide tra la 26<sup>a</sup> e la 34<sup>a</sup> settimana di amenorrea con minaccia di parto prematuro e/o rottura prematura delle membrane e/o dilatazione cervicale

Infermiere Nadia Amanda Morleo e Giulia Manzari

Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico  
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna, Italia  
Tel. 051 6363413 - 6363457  
Fax. 051 6363025 - 6363500

E-mail: [servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it](mailto:servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it)

Web: [www.med.unibo.it/reparti\\_servizi/servinfer/homepage.html](http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html)

### PREMESSA

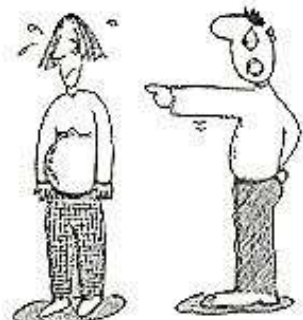
La nostra ricerca scaturisce da una esigenza pratica che giornalmente ci troviamo ad affrontare nei reparti di degenza di ostetricia. Il nostro problema era, è e probabilmente sarà l'incongruenza di opinioni tra i medici riguardo la mobilizzazione delle gravide con minaccia di parto prematuro. Alcuni affrontano tale eventualità imponendo il riposo assoluto a letto (a volte in caso di rottura prematura delle membrane la paziente veniva mantenuta in posizione di Trendelemburg!); altri sono propensi alla possibilità di una mobilizzazione anche se minima (p.es. alzarsi solo per andare in bagno e per assumere i pasti). Infine una esigua percentuale di medici non pone limiti alla mobilizzazione.



Per cui ci si può trovare nella condizione assurda che a seconda

dell'opinione del medico di turno, ad una paziente sia data la possibilità di alzarsi liberamente nel corso di una mattinata e di essere costretta a letto nel pomeriggio.

L'incongruenza può creare confusione e dubbi sia tra il personale sanitario sia tra le pazienti stesse che si sentono disorientate e poco sicure. L'imbarazzo che si crea con queste differenze di opinioni è stata la molla che ci ha portato ad affrontare il problema, per cercare autonomamente delle fonti sicure su cui basare le nostre conoscenze.



Abbiamo deciso di restringere il campo del nostro studio alle gravide tra la 26<sup>a</sup> settimana e la 34<sup>a</sup> perché questo risulta essere il periodo con maggiori rischi di sequele e complicanze sul nascituro.

## PERCORSO



### DEFINIZIONI:

*Parto prematuro*: parto che avviene prima della 37<sup>a</sup> settimana e dà origine solitamente a un bambino di peso inferiore a 2500 g.

**PROM**  
(*Premature Rupture Of the Membranes*):  
rottura delle

membrane che sopravviene prima dell'inizio del travaglio di parto.

**MPP (MINACCIA DI PARTO PREMATURO)**:  
POSSIBILITÀ CHE SI PRESENTI UN PARTO PRIMA DELLA NORMALE SCADENZA.



### PAROLE CHIAVE

Sono state individuate le seguenti parole chiave:

- **PREMATURE LABOR**
- **FETAL MEMBRANES PREMATURE RUPTURE**
- **ALLUREMENT**
- **ABORTION RISK**
- **PREMATURE CERVICAL DILATATION**
- **MANAGEMENT OF MOBILIZATION IN PREGNANCY**
- **BED REST**

E tutte le loro combinazioni con "and". Ad esempio, premature labor "and" allurement, premature cervical dilatation "and" management of mobilization in pregnancy, ecc.

Ma solo utilizzando la parola chiave bed rest in associazione alle altre, siamo riuscite a reperire articoli pertinenti alla ricerca.

### BANCHE DATI

Le banche dati utilizzate sono state:

- **MEDLINE**
- **COCHRANE LIBRARY**
- **CENTRO PER L'EBN DELL'UNIVERSITÀ DI YORK**
- **MAT WEB**
- **OBGYN**
- **ALTAVISTA** (utilizzato come aiuto alla traduzione di alcuni termini)

## RICERCA

La ricerca è stata condotta utilizzando le risorse offerte da Internet. Attraverso la rete Intranet dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi utilizzando le banche dati consigliate nelle pagine del "Centro Studi EBN" del servizio infermieristico ci siamo collegati ai siti specializzati in tematiche inerenti l'ostetricia.

Non avendo reperito materiale di nessun genere, vista la scarsità di studi sull'argomento abbiamo dovuto ampliare lo spettro della ricerca utilizzando banche dati meno specializzate come per esempio Medline e inferire deduzioni da studi su tematiche correlate.

Così facendo abbiamo trovato 101 articoli su Medline di cui selezionati 36, 107 sulla Cochrane Library di cui soltanto uno utile al nostro studio; 15 articoli sono stati rilevati su Bandolier, 41 su Mat Web, 48 su Obygn e 2 sul Centro Studi EBN dell'Università di York, ma nessuno di questi ultimi studi è risultato utile al nostro lavoro.

Gli articoli che sono stati trovati sono quasi tutti trial randomizzati e controllati (RCT), solo alcuni sono studi clinici controllati (CCT); è stata trovata solo una revisione sistematica.

Alcuni articoli selezionati trattano in modo marginale e non significativo l'argomento in studio. Molti lavori riguardano l'utilizzo di vari farmaci tocolitici, per cui non sono stati presi del tutto in considerazione sia perché non di pertinenza infermieristica sia perché non inerenti al nostro studio; mentre sono stati analizzati solamente gli studi sull'opportunità o meno della mobilitazione nel trattamento di *MPP* ritenendolo argomento prettamente infermieristico.

Si sono presi in considerazione articoli riguardanti pazienti con *MPP* e/o *PROM* seguite a domicilio messe a confronto con le stesse problematiche in struttura ospedaliera. Non si sono verificate significative differenze nell'outcome della gravidanza. Corwin et al. (1996) pensano che addirittura il trattamento a domicilio della *MPP* può consentire un miglioramento dell'esito della gravidanza che significa gravidanze prolungate, minor rischio per parto pretermine, bambini di peso maggiore e una minor necessità per i neonati di ricorrere a cure intensive alla nascita. Carlan et al. (1993) hanno eseguito uno studio sulle pazienti con *PROM* trattate a domicilio in rapporto a quelle ospedalizzate: il loro lavoro non ha evidenziato delle differenze significative fra i due gruppi. Altri lavori sollevano grossi dubbi sull'ospedalizzazione come trattamento d'elezione (Heaman e Gupton 1998) o addirittura indicano come il management a domicilio possa essere una efficace e accettabile alternativa rispetto all'ospedalizzazione (Goulet et al. 2001). Questi studi apparentemente potrebbero sembrare non pertinenti col nostro quesito; a noi invece sono serviti per capire che se la *MPP* può essere trattata a domicilio, non è necessario un assoluto riposo a letto come a volte viene prescritto in ospedale.

Mayberry, Smith e Gill (1992) affrontano l'argomento dell'esercizio fisico sull'attività uterina nelle pazienti che presentano *MPP*. Le differenze riscontrate sono state talmente trascurabili che i risultati possono essere sovrapponibili. Una modica attività fisica, anzi, era consigliata perché le pazienti con *MPP* possono presentare delle complicanze associate al lungo riposo a letto. Anche questo studio ci è servito per avvalorare la nostra ipotesi, cioè che se dopo l'attività fisica sono state riscontrati soltanto dei minimi cambiamenti nella frequenza delle contrazioni uterine, non è necessario un riposo assoluto a letto.



Per quanto riguarda gli studi specifici sul bed rest nella *MPP* e/o nella *PROM*, tutti indicano che non esistono sensibili miglioramenti sulla evoluzione della gravidanza e/o sull'outcome perinatale. In particolare Goldenberg et al. (1994) affrontano il problema da un punto di vista economico e hanno verificato che a fronte di un elevato costo c'è un piccolissimo beneficio.

Giobbe, Razzio e Boni (2001) affrontano specificatamente il problema della prassi di tenere a letto le pazienti con minaccia d'aborto e affermano senza mezzi termini che non viene migliorata la prognosi nel caso in cui vengano tenute a riposo le pazienti.

Crowther et al. (1989) hanno dimostrato che non esiste nessun beneficio del riposo a letto nel prolungare la gravidanza. Bisogna sottolineare inoltre che oltretutto questo studio prende in considerazione gravidanze gemellari anche con dilatazione cervicale (quindi a maggior rischio di travaglio di parto prematuro!).

Secondo la nostra esperienza professionale il bed rest può portare a patologie da stress quali ipocondria, sbalzi d'umore, depressione, spesso associate ad alterazioni parafisiologiche quali ipotonia e stitichezza, per non parlare delle complicanze tromboemboliche da non sottovalutare anche in presenza di donne giovani. Nel caso dell'ospedalizzazione prolungata si può registrare un'alterazione del ritmo circadiano, con inversione dei periodi sonno-veglia.

Kovacevich et al. (2000) evidenziano la prevalenza di eventi tromboembolici tra donne con prescrizione di un lungo riposo a letto come parte del trattamento per la *MPP* e/o la *PROM*. Sono stati riportati casi di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare nonostante la giovane età delle pazienti (queste complicanze hanno richiesto un ulteriore trattamento ospedaliero). L'1,56% delle donne costrette a letto presentano queste complicanze, contro solo lo 0,08% dei casi con libera mobilitazione.

## CONCLUSIONI

Prendendo in considerazione tutti gli studi si può dedurre in maniera logica che non esistono limitazioni nella mobilitazione delle pazienti gravide. Queste affermazioni le possiamo fare sia in maniera diretta prendendo in considerazione gli studi specifici riguardo al riposo a letto nelle pazienti con *MPP* e/o *PROM*, sia in maniera indiretta analizzando gli studi che trattano del management di queste patologie a domicilio o in ospedale. Non essendoci differenze tra i due trattamenti siamo portate a pensare che non sia necessario un riposo assoluto a letto nel trattamento delle suddette problematiche che

possono intervenire nel corso della gravidanza. Ad avvalorare la nostra ipotesi, poi, non possiamo trascurare il lavoro che prende in considerazione l'effetto dell'esercizio fisico sull'attività uterina nelle pazienti con *MPP*.

Occorre sottolineare inoltre che nessuno dei lavori da noi presi in considerazione afferma che il bed rest sia un trattamento teso a evitare un travaglio di parto prematuro, in alcuni studi si parla di "current role" cioè di prassi comune non avvalorata da nessuna evidenza scientifica. Quindi non essendoci differenze tra il riposo a letto e la libera mobilitazione, risulta consigliabile questa seconda opportunità sia per prevenire complicanze derivanti dall'allettamento sopra descritte, sia per evitare il disagio psico-sociale che inevitabilmente può comportare il riposo assoluto a letto.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abel EL, A critical evaluation of the obstetric use of alcohol in preterm labor, *Drug alcohol depend* 1981 Jul; 7(4):367-78
- Alexander GR, Weiss J, Hulsey TC, Papiernik E, Preterm birth prevention: an evaluation of programs in the United States, *Birth* 1991 Sep; 18(3):160-9
- al-Najashi SS, al-Mulhim AA, Prolongation of pregnancy in multiple pregnancy, *Int J Gynaecol Obstet* 1996 Aug; 54(2):131-5
- Amon E, Midkiff C, Winn H, Holcomb W, Shumway J, Artal R, Tocolysis with advanced cervical dilatation, *Obstet Gynecol* 2000 Mar; 95(3):358-62
- Blondel B, Breart G, Llado J, Chartier M, Evaluation of the home-visiting system for women with threatened preterm labor: results of a randomized controlled trial, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990 Jan-Feb; 34(1-2):47-58
- Boehm FH, Glass CA, Reed GW, Prevention of preterm birth. Role of daily telephone contact, *J Report Med* 1996 Aug; 41(8):595-601
- Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ, Preterm premature rupture of membranes: A randomized study of home versus hospital management, *Obstet Gynecol* 1993 Jan; 81(1):61-4
- Corwin MJ, Mou SM, Sunderji SG, Gall S, How H, Patel V, Gray M, Multicenter randomized clinical trial of home uterine activity monitoring: pregnancy outcomes for all women randomized, *Am J Obstet Gynecol* 1996 Nov; 175(5):1281-5
- Crowther CA, Hospitalisation and bed-rest for multiple pregnancy, Issue 3, 2001 Oxford: The Cochrane Library
- Crowther CA, Neilson JP, Verkuyl DA, Bannerman C, Ashurst HM, Preterm labour in twin pregnancies: can it be prevented by hospital admission?, *Br J Obstet Gynaecol* 1989 Jul; 96(7):850-3
- Durham RF, Strategies women engage in when managing preterm labor at home, *J Perinatol* 1998 Jan-Feb; 18(1):61-4
- Dyson DC, Danbe KH, Bamber JA, Crites YM, Field DR, Maier JA, Newman LA, Ray DA, Walton DL, Armstrong MA, Monitoring women at risk for preterm labor, *N Engl J Med* 1998 Jan 1; 338(1):54-6
- Erny R, Pigne A, Prouvost C, Gamerre M, Malet C, Serment H, The effects of oral administration of progesterone for premature labor, *Am J Obstet Gynaecol* 1986 Mar; 154(3):525-9
- Giobbe M, Fazzio M, Boni T, Current role of bed-rest in threaredned abortion, *Minerva Ginecol* 2001 Oct; 53 (5):337-40
- Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, Cutter GR, Andrews WW, Mennemeyer ST, Bed-rest in pregnancy, *Obstet Gynecol* 1994 Jul; 84(1):131-6
- Goodwin TM, Paul R, Silver H, Spellacy W, Parsons M, Chez R, Valenzuela G, Creasy GM, Merriman R, The effect of the oxytocin antagonist atosiban on preterm uterine activity in the human, *Am J Obstet Gynecol* 1994 Feb; 170(2):474-8
- Goulet C, Gevry H, Gauthier RJ, Lepage L, Fraser W, Aita M, A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour, *Int J Nurs Stud* 2001 Jun; 38(3):259-69
- Goulet C, Gevry H, Lemay M, Gauthier RJ, Lepage L, Fraser W, Polomeno V, A randomized clinical trial of care for women with preterm labor: home management versus hospital management, *CMA J* 2001 Apr 3;164(7):985-91
- Gummeros M, Halonen O, Prophylactic long-term oral tocolysis of multiple pregnancies, *Br J Obstet Gynaecol* 1987 Mar;94(3):249-51
- Gupton A, Heaman M, Ashcroft T, Bed-rest from the perspective of the high-risk pregnant woman, *J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs* 1997 Jul-Aug; 26(4):423-30

- How HY, Hughes SA, Vogel RL, Gall SA, Spinnato JA, Oral terbutaline in the outpatient management of preterm labor, *Am J Obstet Gynecol* 1995 Nov; 173(5):1518-22
- Heaman M, Gupton A, Perceptions of bed-rest by women high risk pregnancies: a comparison between home and hospital, *Birth* 1998 Dec; 25(4):252-8
- Hobel CJ, Ross MG, Bemis RL, Bragonier JR, Nessim S, Sandhu M, Mori B, The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women, *Am J Obstet Gynecol* 1994 Jan; 170(1Pt1):54-62
- Hueston WJ, Prevention and treatment of preterm labor, *Am Fam Physician* 1989 Nov; 40(5):139-46
- Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, Hopkins MP, Crane SS, Stewart J, Nelson D, Lavin LM, The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed-rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes, *Am J Obstet Gynecol* 2000 May; 182(5):1089-92
- Larsen JF, Eldon K, Lange AP, Leegaard M, Osler M, Olsen JS, Ritodrine in the treatment of preterm labor: second Danish Multicenter Study, *Obstet Gynecol* 1986 May; 67(5):607-13
- Larsen JF, Hansen MK, Hesseldahl H, Kristoffersen K, Larsen PK, Weber J, Eldon K, Lange A, Ritodrine in the treatment of preterm labor. A clinical trial compare a standard treatment with three regimens involving use of ritodrine, *Br J Obstet Gynaecol* 1980 Nov; 87(11):949-57
- May KA, Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse* 1994 Mar-Apr; 23(3):246-51
- Mayberry LJ, Smith M, Gill P, Effect of exercise on uterine activity in the patient in preterm labor, *J Perinatol* 1992 Dec; 12(4):354-8
- Pircon RA, Strassner HT, Kirz DS, Towers CV, Controlled trial of hydration and bed-rest vs. bed-rest alone in the evaluation of preterm uterine contractions, *Am J Obstet Gynecol* 1989 Sep; 161(3):775-9
- Rust OA, Atlas RO, Jones KJ, Benham BN, Balducci J, A randomized trial of cerclage versus no cerclage among patients with ultrasonographically detected second-trimester preterm dilatation of the internal os, *Am J Obstet Gynecol* 2000 Oct; 183(4):830-5
- Saunders MC, Dick JS, Brown IM, McPherson K, Chalmers I, The effects of hospital admission for bed-rest on the duration twin pregnancy: a randomized trial, *Lancet* 1985 Oct 12; 2(8459):793-5
- van der Pol JG, Bleker OP, Treffers PE, Clinical bed-rest in twin pregnancies, *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1992 Nov; 14(2):75-80
- Weiner CP, Renk K, Klugman M, The therapeutic efficacy and cost-effectiveness of aggressive tocolysis for premature labour associated with premature rupture of the membranes, *Am J Obstet Gynecol* 1988 Jul; 159(1):216-22
- Weismiller DG, Preterm labor, *Am Fam Physician* 1999 Feb 1; 59(3):593-602
- Younis JS, Sadovsky E, Eldar-Geva T, Mildwidsky A, Zeevi D, Zaji G, Twin gestations and prophylactic hospitalization, *Int J Gynaecol Obstet* 1990 Aug; 32(4):325-30

Giulia Manzari [giuliamanzari@inwind.it](mailto:giuliamanzari@inwind.it)  
Amanda Morleo [amavinci1@libero.it](mailto:amavinci1@libero.it)

Dipartimento Ostetrico-Ginecologico  
Azienda Osped. di Bologna  
*Policlinico S. Orsola-Malpighi*

