



Documento SIMP “Thing not to do”
gennaio 2017

Scelta saggia

NO BED REST NELLA MINACCIA DI PARTO PRETERMINE

Definizione: limitazione della deambulazione a non più di 1-2 ore al giorno con uso consentito della toilette e della doccia/bagno.

Stato dell’arte: la pratica della prescrizione del bed rest e della riduzione dell’attività fisica nella minaccia di parto pretermine non si è dimostrata di alcuna efficacia nel miglioramento degli esiti materni e neonatali ma ha evidenziato un aumento della morbidità materna (1). In particolare alcuna efficacia è stata dimostrata nelle pazienti con cervicometria ridotta, con PPRM, con attività contrattile presente o pregressa, con dilatazione cervicale (2-4).

Epidemiologia della pratica Molti ostetrici prescrivono il bed rest sebbene la maggior parte di essi non si aspetti da questa pratica alcuna riduzione degli esiti avversi (5-6).

Complicazioni materne: Perdita di massa muscolare, di massa ossea, della capacità cardiovascolare (7-8-9). Rischio aumentato di trombosi venosa profonda, di altre patologie trombotiche quali l’embolia polmonare e di importanti implicazioni negative di ordine psicologico (10-11).

Nell’insieme tutte queste considerazioni conferiscono al “bed rest” il significato di una pratica “non etica” che può essere consentita solo nell’ambito di trial clinici randomizzati, previa accurata informazione della paziente (12).

Queste considerazioni sono riferite sia alla gravidanza singola che a quella multipla (5).

Messaggio: “La SIMP è contraria all’uso del *bed rest* in gravidanza nella prevenzione del parto pretermine”.

1. Maloni JA Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. Exp Rev Obstet Gynecol 2011; 6(4): 385–393
2. Grobman WA, Gilbert SA, Iams JD, MD, Spong C Y et al. for the Eunice Kennedy Shriver NICHD MFMU Network. Activity restriction among women with a short cervix. Obstet Gynecol 2013; 121 (6): 1181-6
3. Fox NS, Gelber SE, Kalish RB, Chasen ST. The recommendation for bed rest in the setting

- of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *AJOG* 2009;200:165.e1-165.e6
4. Hobel C, Bemis RL, Bragonier JR, Nessim S et al et al. The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *AJOG*. 1994;170: 54–62
 5. Lorenz RP What is new in bed rest in pregnancy? Best articles from the past year. *Ob Gyn* 2014;124:377–8
 6. Baker e, Hunter T, Okun N, Farine D. Current practices in the prediction and prevention of preterm birth in patients with higher-order multiple gestations. *AJOG* 2015; 212: 671.e1
 7. Armbrecht G, Belavy DL, Gast U, et al. Resistive vibration exercise attenuates bone and muscle atrophy in 56 days of bed rest: biochemical markers of bone metabolism. *Osteoporos. Int.* 2004; 21(4):597–607
 8. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E: Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3
 9. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *AJOG* 2010;202:232.e1-5.
 10. Mc Carty-Singleton S and A Sciscione: Maternal activity restriction in pregnancy and the prevention of preterm birth: an evidence based review. *Clin Ob Gyn* 2014; 57 (3): 616–627
 11. Biggio JR. Bed rest in pregnancy. Time to put the issue to rest. *Ob Gyn* 2013; 121 (6): 1158-60
 12. McCall CA, Grimes DA, Drapkin Lyerly A. “Therapeutic” bed rest in pregnancy unethical and unsupported by data. *Ob Gyn* 2013;121:1305–8

Questa raccomandazione è stata sviluppata per la SIMP da Mariarosaria Di Tommaso con la collaborazione di Fabio Facchinetti, Stefano Giannubilo, Laura Giorgi e tutto il Direttivo della SIMP 2014-18