



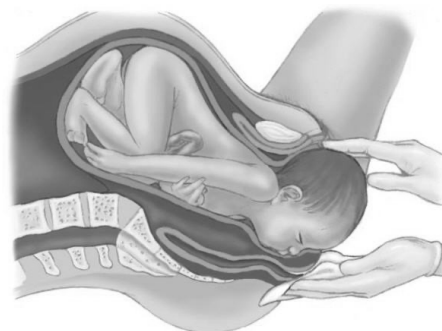
INFORMAZIONI PER ATTI SANITARI

CONDIZIONE CLINICA E RISCHI CORRELATI

TRAVAGLIO, PARTO E PERIODO POST-PARTUM

Il travaglio di parto è un **evento fisiologico** nella maggior parte delle gestanti. Il travaglio di parto fisiologico avviene secondo quattro fasi/stadi:

- *I stadio in fase latente - Prodromico:* è il periodo iniziale ed è caratterizzato dall'insorgenza di contrazioni uterine dolorose, crescenti in frequenza ed intensità;
- *I stadio in fase attiva - Dilatante:* durante il quale avviene la dilatazione progressiva della cervice uterina e, nella maggior parte dei casi, anche la cosiddetta "rottura delle membrane" con la perdita del liquido amniotico;
- *II stadio - Espulsivo:* nel quale il feto progredisce attraverso il canale vaginale fino alla nascita;
- *III stadio - Secondamento:* è il periodo immediatamente successivo alla nascita, dell'espulsione della placenta e del sacco amniotico.
- *IV stadio - Post-partum:* è il periodo immediatamente successivo al secondamento (circa due ore) in cui l'utero forma il 'globo di sicurezza', poiché le fibre muscolari che lo compongono si contraggono validamente per ridurre la perdita ematica.



Il travaglio è caratterizzato dalla presenza di dolore con caratteristiche particolari, non è sintomo di malattia ma promuove il naturale svolgersi del parto. La percezione del dolore in travaglio è un'esperienza soggettiva influenzata da numerosi fattori (condizioni fisiche, emozioni, circostanze culturali, modalità assistenziali...). Come già menzionato, il travaglio di parto è un evento fisiologico nella maggior parte dei casi, ma in taluni può presentare delle **complicanze non prevedibili e non prevenibili** che, nell'interesse materno e fetale, impongono la necessità di specifiche attività clinico-assistenziali. Tra i possibili rischi, vi sono in particolare:

- **rallentamento o arresto dell'espulsione del feto**, per insufficienza delle contrazioni uterine;
- **emorragie massive** e di difficile controllo;
- **problemi correlati ad anomalie placentari** di posizione e di annidamento (placenta previa, accreta, ...);
- **lacerazioni tissutali:** non sono rare quelle del piano perineale e della vagina; in rari casi si possono verificare anche a carico dell'utero, talora con gravi conseguenze;
- **mortalità materna/fetale:** si verifica in casi rari in Italia, e solitamente in gestanti con fattori di rischio.
- **alterazioni dell'ossigenazione fetale** con la comparsa di liquido amniotico tinto e/o alterazioni del tracciato cardiotocografico nel corso del travaglio.

ATTIVITÀ PROPOSTA

DENOMINAZIONE: **ASSISTENZA OSTETRICA E MEDICA AL TRAVAGLIO, AL PARTO E AL PERIODO POSTPARTUM – "PARTORIRE CON NOI"**

BENEFICI ATTESI E CONSEGUENZE NEGATIVE PREVEDIBILI E NON EVITABILI

La Sala Parto dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII accoglie ed assiste circa 4000 parti/anno, di cui circa il 76% avvengono per via vaginale e il 24 % circa mediante taglio cesareo (*Report Sala Parto*); nel 42% dei travagli spontanei è utilizzata l'analgesia epidurale per il controllo del dolore in travaglio di parto.

L'obiettivo è quello di fornire un'assistenza improntata alla centralità della mamma e del neonato e del loro benessere psico-fisico (*"Midwifery partnership"*), ponendo in primo piano la sicurezza, l'umanizzazione delle cure, l'aspetto relazionale e promuovendo il coinvolgimento attivo della mamma, consapevole dell'evoluzione del travaglio e della possibile insorgenza di problematiche cliniche che deviano dalla fisiologia (normalità).

Per sostenere le future mamme in vista del parto, il Punto Nascita dell'Ospedale di Bergamo organizza **Incontri di Accompagnamento alla Nascita**, in forma di gruppi informativi, con la presenza di personale Ostetrico e Medico.

È dimostrato che il supporto ed il sostegno emotivo durante il travaglio in fase attiva contribuiscano a migliorare l'esperienza del parto: supporto dato da professionisti in grado di offrire anche conforto, con la presenza di una persona di fiducia della partorientente.



MODALITÀ ESECUTIVA

ASSISTENZA AL TRAVAGLIO-PARTO

In **condizioni fisiologiche**, la gestione del travaglio di parto è competenza dell'**Ostetrica/o**, che è la professionista appropriata e dedicata a questo percorso assistenziale.

Se, invece, sono presenti **fattori di rischio** (o compaiono nel corso del travaglio), i Medici Ostetrici-Ginecologi di guardia, presenti nel blocco parto durante tutte le 24 ore, pianificano uno specifico percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in collaborazione con l'Ostetrica.

Di norma, nella tutela del benessere di mamma e bambino, si promuove il parto normale: tuttavia in **condizioni di rischio** l'*équipe* sanitaria valuterà le procedure più opportune per consentirne l'espletamento del parto, come l'**amnioressi**, l'infusione di **ossitocina**, l'**episiotomia**, l'applicazione della **ventosa ostetrica** o il **taglio cesareo**.

In travaglio è consentita l'**assunzione di bevande**. È, invece, da limitare l'assunzione di cibi solidi; raramente è necessaria la somministrazione di **soluzioni endovenose idratanti**.

Durante il travaglio sono eseguite esplorazioni vaginali per valutare la dilatazione cervicale e la discesa della testa fetale. E' inoltre raccomandata, specie nelle pazienti con analgesia epidurale, la minzione spontanea almeno ogni due ore.

Presso il nostro Punto Nascita non eseguiamo di routine: la tricotomia, il clistere evacuativo e il cateterismo vescicale durante il travaglio.

Nella maggior parte dei casi, una volta raggiunta la dilatazione completa della cervice, la donna inizia le spinte attive. In genere, per ridurre il rischio di complicanze del parto, si tende a contenere la durata di questa fase del travaglio entro le 3 ore per le donne nullipare (che non hanno mai partorito) ed entro le 2 ore per quelle pluripare (che hanno già partorito).

Nota bene: Alcune richieste particolari (ad esempio il "Piano del Parto"), anche in forma scritta, potranno essere soddisfatte solo qualora siano conformi alle prove scientifiche di efficacia o alle procedure adottate in Sala Parto.

L'assistenza al travaglio di parto prevede ulteriori attività, di seguito descritte.

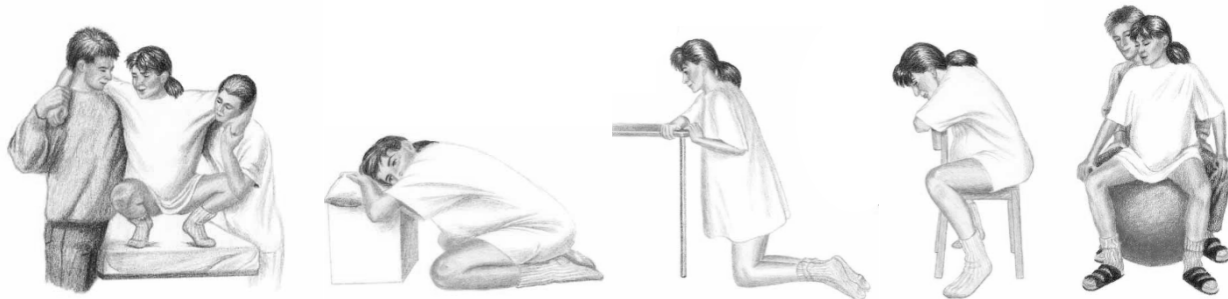
Strategie analgesiche

Le risorse della donna, il sostegno e l'eventuale ricorso alla parto-analgesia facilitano l'evoluzione del travaglio rendendo il dolore più sopportabile. Le strategie per contenere il dolore in travaglio possono essere di diverso tipo, senza o con farmaci:

Strategie senza farmaci

Queste strategie possono ridurre il bisogno di farmaci per il contenimento del dolore e la necessità di interventi sanitari (uso di ossitocina, episiotomia, taglio cesareo) e favorire la soddisfazione del vissuto della donna.

- **sostegno emotivo:** comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte;
- **azioni di sollievo:** poter scegliere la posizione per il parto, ambiente-parto confortevole nel rispetto della riservatezza (*privacy*) della donna/coppia;
- **tecniche di rilassamento ed utilizzo di ausili** (es. sgabello olandese, liana, palla da travaglio, musica, doccia calda, ...).



- **parto in acqua:** l'utilizzo dell'acqua può produrre sollievo fisico e psichico e favorire il processo naturale del parto.

Nota bene: La possibilità di utilizzare la vasca con acqua è subordinata alla disponibilità della vasca, alla assenza di situazioni di rischio e alla possibilità delle Ostetriche di offrire assistenza continuativa, in ragione del carico clinico-assistenziale che grava sulla Sala Parto in quel momento.

Strategie con farmaci

La più utilizzata è l'**analgesia peridurale** (parto-analgesia), disponibile in ambito pubblico 24/24 ore presso il nostro Punto Nascita. In taluni casi sussistono indicazioni mediche-ostetriche (valutate dal Medico Ginecologo di guardia) che ne indicano comunque l'utilizzo in travaglio di parto.

Questa pratica assistenziale richiede un percorso informativo e clinico ambulatoriale specifico presso la nostra struttura, da effettuare prima del ricovero per l'espletamento del parto.

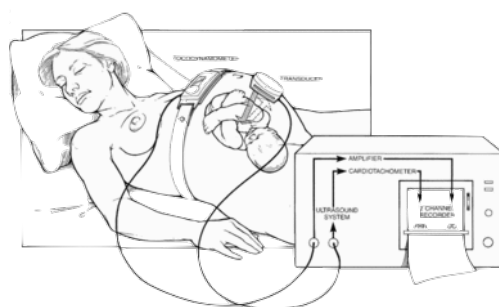
Nota bene: Il servizio di partoanalgesia è erogato in subordine al carico clinico-assistenziale della Sala Parto, che in taluni giorni può causarne la **non immediata disponibilità**. Ciò può comportare, se il travaglio è rapido come nelle gestanti al secondo travaglio, la mancata esecuzione della partoanalgesia.

Profilassi antibiotica

Infusione endovenosa finalizzata a ridurre il rischio di infezioni neonatali da *Streptococcus* β -emolitico: essa viene somministrata con dosi ripetute fino alla nascita del bimbo.

Monitoraggio cardiocografico

Registrazione del battito cardiaco fetale e dell'attività contrattile uterina per la sorveglianza del benessere fetale nel corso del travaglio. Nelle gravidanze a basso-rischio, (non complicate) o se la gestante travaglia nella vasca, è possibile anche la registrazione intermittente del battito cardiaco fetale, eseguita ogni 15 minuti secondo le Linee Guida attuali. Qualora la rilevazione del battito fetale si mostri inadeguata, può essere necessario posizionare un **trasduttore interno**.

**Accelerazione con Amnioressi e/o con Ossitocina**

L'amnioressi è la **rottura artificiale del sacco amniotico** ed è efficace nel favorire la progressione del travaglio-parto: la procedura non è eseguita di *routine*, ma solo in casi selezionati, in corso di visita ostetrica.

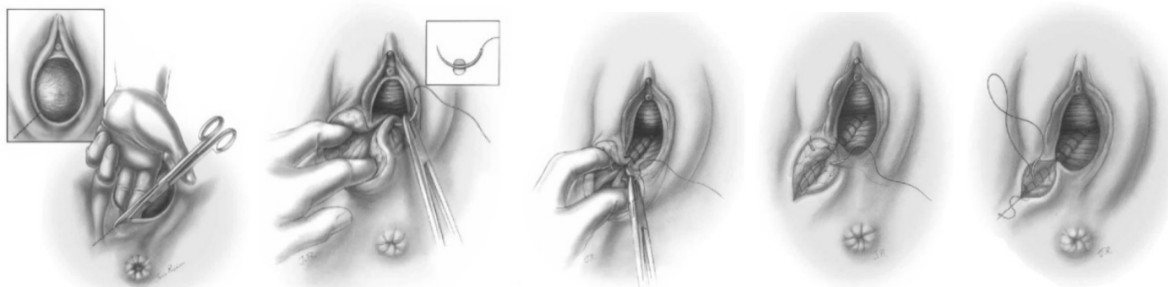
Se le membrane sono già rotte (spontaneamente o artificialmente), il travaglio può essere accelerato mediante la somministrazione endovenosa di **ossitocina** diluita in soluzione fisiologica: in tale caso l'attività contrattile della gestante è controllata con il monitoraggio cardiocografico, che consente di registrare la risposta in termini di contrazioni uterine.

Se la gestante ha travagliato in vasca, in caso di accelerazione con ossitocina l'Ostetrica la invita ad uscire dall'acqua.

Contrasto alle lacerazioni tissutali ed episiotomia

L'assistenza in Sala Parto può prevedere l'impiego della tecnica cosiddetta "*hands-on*", per proteggere il perineo e per prevenire l'espulsione precipitosa del neonato che potrebbe causare lacerazioni al perineo e/o allo sfintere anale.

Non sempre le tecniche incruente sono sufficienti ed in taluni casi si deve praticare un'**episiotomia**, vale a dire un'incisione chirurgica del perineo e della vagina nel momento finale del travaglio, per allargare l'orifizio vaginale e facilitare il passaggio del feto. Anche l'episiotomia non sempre può evitare il rischio di lacerazioni tissutali al parto. Essa richiede poi l'apposizione di **punti di sutura** (riassorbibili, nella maggior parte dei casi), in anestesia locale.



Nota bene: presso questo Ospedale l'episiotomia non è eseguita di *routine* alle partorienti, ma solo in modo selettivo, secondo indicazioni cliniche (ad titolo esemplificativo: macrosomia fetale, alterazioni del battito cardiaco fetale, parto operativo con ventosa ostetrica), per facilitare la nascita del bimbo; essa è svolta in meno del 20% dei casi.

Come tutte le cicatrizzazioni, anche quelle in esiti alle lacerazioni del piano perineale e quelle in esiti alle episiotomie possono in taluni casi determinare un **dolore locale persistente** dopo il parto. Inoltre, in rari casi possono **compromettere la continenza sfinterica**, per cui può essere necessario un **percorso di riabilitazione del**

pavimento pelvico o, in assai rari casi, possono essere necessari degli **interventi di chirurgia ricostruttiva pelvica o sfinterica**, talora con diversione intestinale temporanea e applicazione di colostomia.

Distocie, Parto operativo con Ventosa Ostetrica, Manovre ostetriche

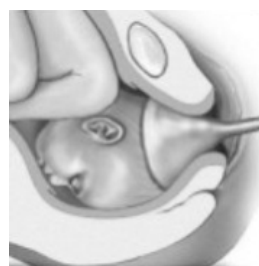
Le distocie sono eventi patologici del travaglio, che ne ostacolano la progressione, che possono essere determinate da anomalie:

- della contrattilità uterina e degli sforzi espulsivi materni: contrazioni insufficienti o incoordinate;
- del canale del parto: riduzione dei diametri del bacino;
- della condizione del feto:
 - di sviluppo (macrosomia fetale → sproporzione feto-pelvica);
 - di presentazione: di faccia, di fronte, composita;
 - di posizione: trasversa, occipito-posteriore persistente; occipito-trasverso persistente

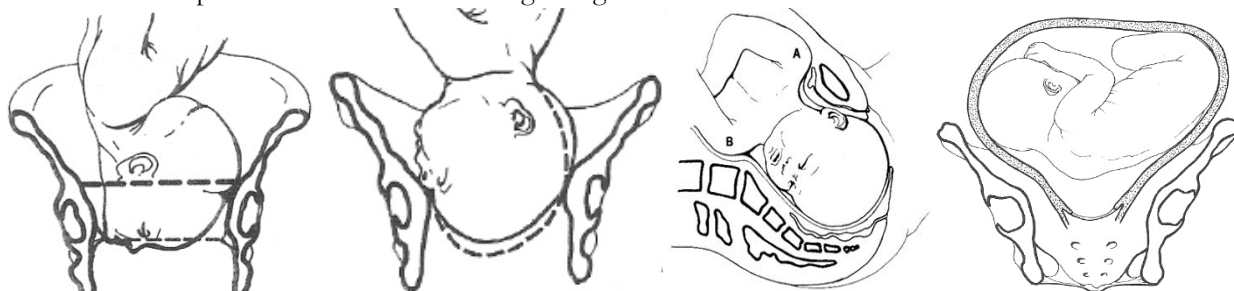
Lo scopo del parto operativo vaginale è quello di accelerare il parto riducendo i rischi di morbosità materna e neonatale.

L'applicazione della ventosa ostetrica può essere indicata in caso di compromissione del benessere fetale in periodo espulsivo, facilitando la progressione della testa fetale, oppure se il periodo espulsivo si è prolungato e/o le forze materne sono esaurite, e/o è necessario evitare un eccessivo sforzo materno. È necessario che l'azione uterina sia efficace e la collaborazione della paziente (maggiore è la collaborazione, minore è la trazione necessaria).

Presso la Sala Parto di questo Ospedale l'utilizzo della ventosa ostetrica è stato negli ultimi 5 anni pari al 2,7% di tutti i travagli e nel 4,0 % circa dei travagli in partoanalgesia: ciò non è dovuto ad un effetto specifico della partoanalgesia, ma soprattutto al fatto, peraltro ben descritto nella letteratura scientifica, che la partoanalgesia è maggiormente richiesta nei travagli prolungati e ciò si accompagna ad una maggiore necessità di ricorrere al parto operativo.



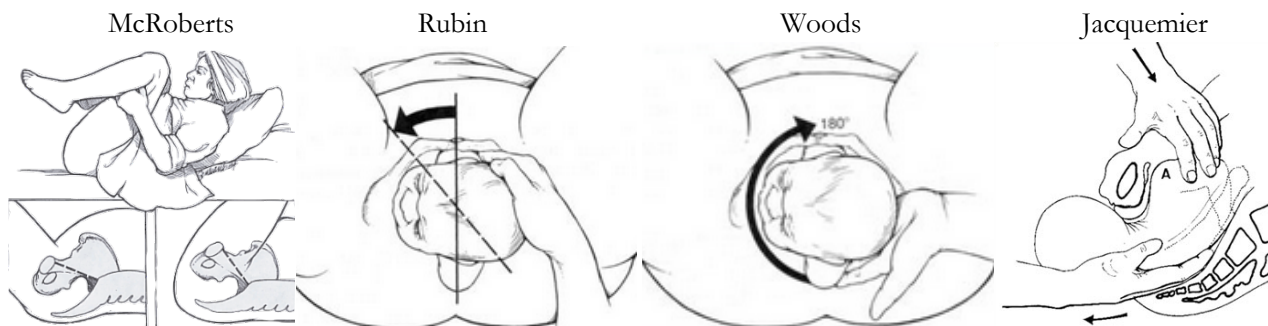
Per quanto attiene ai possibili tipi di distocia correlati al canale del parto e alla condizione fetale, a titolo meramente esemplificativo si vedano le immagini seguenti.



Una particolare menzione è espressa per la **distocia di spalla** (cfr. quarta figura sopra riportata), che consiste in una mancata espulsione delle spalle del feto, per conflitto meccanico con il bacino. Essa ha una frequenza non trascurabile (a seconda delle casistiche dallo 0,5% allo 0,7%) e si verifica soprattutto quando ricorrano dei fattori di rischio, ad es. obesità, multiparità, diabete, precedenti parti con distocia di spalla.

Nel singolo caso rappresenta un evento imprevedibile e costituisce un'urgenza ostetrica.

Al verificarsi delle distocie possono rendersi necessarie delle manovre ostetriche, finalizzate a risolvere la condizione patologica in corso. A titolo meramente esemplificativo si vedano le immagini seguenti.



*Prolasso del cordone*

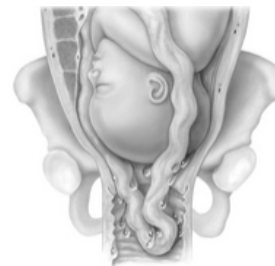
È una complicanza rara ma grave, che consiste nell'insinuarsi di una più anse del cordone ombelicale tra la testa del nascituro e le pareti dell'utero al momento del parto; a ciò ne consegue uno schiacciamento delle anse stesse, con compressione dei vasi sanguigni in esse contenuti e conseguente alterazione dell'ossigenazione fetale.

Può verificarsi prima della rottura delle membrane uterine (in tal caso di para di procidenza del cordone) o al momento della rottura delle membrane (prolasso propriamente inteso).

Il fenomeno si verifica in particolare se la rottura delle membrane è ottenuta in modo artificiale mediante amnioressi. Per ridurre il rischio di tale evento si procede a:

- valutare la presentazione e l'impegno della cosiddetta parte presentata prima di effettuare l'induzione;
- fare un'accurata esplorazione e palpazione della parte presentata per escludere una procidenza;
- evitare l'amniotomia se la testa è ancora "alta".

Qualora si verifichi un prolasso del cordone viene a configurarsi un'urgenza ostetrica, con la necessità di un **taglio cesareo urgente**, onde ridurre il più possibile il periodo di ipossia del feto.

**Taglio Cesareo**

In circa il 10% dei casi, per il verificarsi di anomalie dell'evoluzione del travaglio si rende necessaria la conversione urgente della modalità del parto da quella per via vaginale a quella cesarea. Il cosiddetto taglio cesareo consiste in una incisione della parete addominale e dell'utero, per poter estrarre il feto.

Emotrasfusioni

Sia durante parto vaginale sia e soprattutto durante il taglio cesareo possono verificarsi in taluni casi perdite ematiche abbondanti (emorragie), che possono determinare la necessità di somministrazioni di sangue e/o dei suoi derivati (plasma, piastrine, etc).

Prevenzione dell'emorragia del *post-partum*

In tutti i parti è prevista al secondamento (espulsione della placenta dopo la nascita del feto) l'esecuzione della profilassi farmacologica con uterotonici per la prevenzione delle emorragie del *post-partum*, favorendo la normale contrattura dell'utero (trattamento attivo del III stadio).

Nota bene: Se, nonostante il rischio di tali emorragie, la donna rifiutasse di eseguire tale profilassi, l'Ostetrica o il Medico daranno atto nella cartella clinica di tale scelta, chiedendo all'interessata di sottoscrivere la sua richiesta.

Secondamento manuale: In circa il 2% delle gestanti l'espulsione della placenta è difficoltosa nonostante la profilassi sopraindicata. In tali casi, atteso circa 30 minuti dal parto, si favorisce manualmente l'espulsione della placenta. Tale procedura è eseguita in Sala Operatoria e richiede l'esecuzione di una **anestesia generale**.

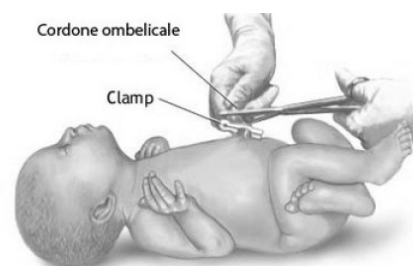
ACCOGLIENZA AL NEONATO

Cordone ombelicale: clampaggio, emogasanalisi, prelievo del sangue cordonale: In linea con le recenti evidenze scientifiche (NICE, 2014), la chiusura del cordone ombelicale è effettuata dall'Ostetrica **dopo almeno 1 minuto** dalla nascita e **non oltre i 5 minuti**. Prima del clampaggio l'Ostetrica esegue il prelievo di sangue dall'arteria ombelicale per la sua emogasanalisi (con particolare riferimento al pH ematico): tale analisi è rilevante, poiché assieme al punteggio di Apgar, è svolta per un'adeguata valutazione dello stato clinico del neonato nell'immediatezza del parto.

Nota bene: Talune madri chiedono di svolgere il clampaggio del funicolo in modo **"tardivo"**. Ciò è possibile **solo se** le condizioni di salute del neonato lo permettono.

La cosiddetta **"Lotus Birth"**, vale a dire il lasciare il cordone e la placenta connessi al neonato per alcuni giorni, in attesa del distacco spontaneo, **non è autorizzata**.

Se la madre desidera **donare o raccogliere il sangue cordonale e non ci sono fattori che controindichino o impediscano tale procedura**, il cordone sarà clampato 1 minuto dopo la nascita del bimbo e sottoposto alla raccolta di sangue funicolare.





Placenta: Il materiale placentare non soggetto ad analisi mediche deve essere gestito e inviato a smaltimento secondo le disposizioni di legge. Eventuali richieste di conservazione/esportazione di materiale placentare non possono essere recepite.

Sorveglianza *post-partum* e contatto "pelle a pelle": Dopo il parto la donna è sottoposta a controlli sanitari, in particolare per la verifica dello stato di retrazione e contrazione dell'utero, che deve formare il cosiddetto globo di sicurezza, necessario affinché si limitino le perdite ematiche. Nel contempo è controllato il benessere del neonato.

In condizioni fisiologiche, già nelle prime ore dopo il parto la mamma e il neonato possono avere un contatto "pelle a pelle", in modo naturale. Ciò può contribuire all'avvio dell'allattamento al seno.



POSSIBILI COMPLICANZE / EVENTI AVVERSI

Fallimento dell'induzione: L'induzione in presenza di una cervice uterina sfavorevole fallisce dopo un primo ciclo di trattamento nel 15% dei casi. In tale evenienza, di volta in volta si valuta la migliore scelta terapeutica e la si concorda con la gestante. In generale è possibile ripetere il ciclo di induzione dopo 24 ore.

Eccesso di risposta uterina: Essa può manifestarsi come tachisistolia, cioè quando si hanno più di 5 contrazioni in 10 minuti su una rilevazione cardiotocografica di almeno 30 minuti, o come ipertono, quando la singola contrazione ha una durata superiore ai 2 minuti. Ciò può manifestarsi dall'1 al 5% di tutte le induzioni e nel 31% dei casi tale eccesso di risposta è associata ad anomalia della frequenza cardiaca fetale. Essa è più frequente se l'induzione è effettuata con terapia farmacologica (Prostaglandine o Ossitocina) (Acog, 2009).

Al presentarsi di tale evento, si procede innanzitutto a rimuovere il dispositivo / a sospendere la somministrazione di ossitocina e ad idratare la gestante; talora è necessario bloccare farmacologicamente le contrazioni in eccesso. In genere la frequenza cardiaca del feto si normalizza in pochi minuti: se ciò non accade può essere necessario ricorrere a **taglio cesareo urgente**.

Rischi correlati all'uso della ventosa ostetrica: I rischi connessi all'uso delle ventose ostetriche sono rappresentati da: **lacerazioni cervicali** e/o **vagino-perineali**, **difficoltà della ripresa di minzione spontanea**. Sono descritte anche delle infrequenti complicanze per il feto/neonato: il cosiddetto "**tumore da parto**", vale a dire una tumefazione dei tessuti molli del capo, che in genere si risolve senza sequele entro 24-48 ore; i "**segni della coppetta**", ecchimosi e/o escoriazioni superficiali del cuoio capelluto, di regola senza conseguenze; il **cefaloematoma**, raccolta di sangue tra perostio e osso parietale, che generalmente si risolve nei giorni successivi al parto.

Rischi correlati alle manovre ostetriche: Tra le manovre ostetriche in particolare quella di Jacquemier, alla quale si ricorre quando le precedenti manovre non hanno avuto successo, può essere associata a **frattura della clavicola o dell'omero**.

ALTRE INFORMAZIONI

POSSIBILE NECESSITÀ DI VARIAZIONI MODALI IN CORSO DI SVOLGIMENTO E LORO CONSEGUENZE

Nel corso dell'attività sanitaria, in base ai riscontri o per complicanze sopravvenute si potrebbe verificare la necessità di modificare le misure clinico-assistenziali, col ricorso ad una o più delle attività sopra menzionate e ad altre che si dovessero rendere eventualmente necessarie.

POSSIBILI MODALITÀ ALTERNATIVE

Nel corso dell'attività sanitaria di assistenza al parto per via vaginale, in base ai riscontri o per complicanze sopravvenute, si potrebbe verificare la necessità di modificare le misure clinico-assistenziali, col ricorso ad una o più delle attività sopra menzionate e ad altre che si dovessero rendere eventualmente necessarie.