

RACCOMANDAZIONI DI ASSISTENZA
TRAVAGLIO E PARTO A TERMINE DI GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

1) INTRODUZIONE

L'obiettivo fondamentale di ogni operatore ostetrico dovrebbe essere quello di valorizzare la qualità dell'esperienza del parto favorendo una nascita serena in un ambiente idoneo a salvaguardare il benessere e la sicurezza per la madre ed il neonato.

2) DEFINIZIONE DELLA POPOLAZIONE

L'assistenza al travaglio e parto fisiologici viene applicata alle gravide con:

- a) anamnesi medica ed ostetrica fisiologica;
- b) feto singolo in presentazione cefalica;
- c) assenza di patologia fetale nota;
- d) epoca gestazionale compresa fra 37° e 42° settimana (confermata con ultrasuoni);
- e) sacco amniotico integro o rottura delle membrane <24 ore con liquido amniotico limpido;
- f) peso fetale previsto compreso tra 2500 e 4000 grammi;
- g) placenta normalmente inserita;
- h) travaglio insorto spontaneamente

3) DIAGNOSI DI TRAVAGLIO

1) Contrazioni	? 2 in 10 minuti, ritmiche, dolorose	
2) Lunghezza collo uterino	Nullipare: appianato (0%)	Pluripare: raccorciato (25%-50%)

Nel caso in cui alla presenza di contrazioni (punto 1), non si associ la modificazione delle condizioni cervicali, la paziente può essere trattenuta in osservazione e rivalutata. Se la paziente non viene ricoverata e' comunque necessaria la valutazione del benessere fetale.

4) PROCEDURE AL RICOVERO

Al momento dell'accettazione:

- a) Si deve compilare la cartella clinica e rilevare la pressione arteriosa;
- b) Si deve effettuare la visita di accettazione;
- c) Si deve effettuare una registrazione cardiotocografica (eventualmente associata ad Amniotic Fluid Index o amnioscopia);

L'esecuzione di tricotomia parziale e clistere evacuativo non deve essere procedura routinaria. La tricotomia verra' praticata dall'ostetrica qualora vi sia necessita' di episiotomia.

5) ASSISTENZA AL TRAVAGLIO

5.1 ASSISTENZA AL PRIMO STADIO (PERIODO DILATANTE)

5.1.1 *Norme di Assistenza*

- a) Alimentazione: la partorientente può assumere piccoli pasti (frutta, pane, biscotti, miele) e bere acqua o bevande zuccherate. La somministrazione di glucosate e.v. va riservata ai casi in cui la donna rifiuta l'alimentazione e il travaglio è prolungato;
- b) Posizione: è libera. L'ostetrica può suggerire diverse posizioni che possano aiutare a sopportare il dolore. Se la paziente è sdraiata, suggerire la posizione semi seduta o sul fianco sinistro;
- c) Minzione: la donna va invitata ad urinare spontaneamente ogni 2 ore circa. È buona norma affrontare il secondo stadio, a vescica vuota. Evitare l'uso routinario del catetere.

5.1.2 *Visite Ostetriche*

- a) la visita vaginale viene effettuata ogni 2 ore, possibilmente dallo stesso operatore e viene registrata sul partogramma;
- b) è utile che ogni Unità adotti l'uso di un partogramma per la registrazione degli eventi del travaglio. È importante che ogni sua parte venga sempre compilata;
- c) la visita vaginale è finalizzata alla valutazione di appiattamento, cedevolezza e dilatazione cervicale, di livello e posizione della parte presentata, dello stato delle membrane;
- d) nel caso in cui le membrane siano rotte, durante ogni visita è opportuno valutare le caratteristiche del liquido amniotico (nelle pazienti di cui al punto 2e, la visita vaginale va evitata fino all'insorgenza del travaglio attivo).

5.1.3 *Monitoraggio del BCF*

Se all'ingresso la registrazione cardiocografica di 30' è reattiva la paziente può muoversi liberamente, anche se le membrane sono rotte; se il test non è reattivo, prolungare la registrazione perché il feto potrebbe essere in una fase di quiete. Successivamente il controllo del BCF può essere effettuato ad intermittenza con una registrazione di 15-30 minuti ogni due ore controllando il BCF con stetoscopio o ultrasuoni ogni 15'-30', dopo l'apice della contrazione uterina per almeno 1 minuto. Tali rilevazioni devono essere annotate e firmate.

Se l'ascoltazione ad intermittenza del BCF è dubbia, la registrazione cardiocografica verrà prolungata.

5.1.4 *Progressione della Dilatazione*

L'utilizzo di amnioressi e/o ossitocina come procedure acceleranti il travaglio e' indicato solo per la correzione di un rallentamento del travaglio.

Se la progressione della dilatazione *non e'* regolare (< 1 cm/hr per la nullipara, < 1.5 cm/hr per la pluripara), devono essere prese in considerazione due possibilita':

- a) amnioressi;
- b) perfusione con ossitocina (in accordo all'Allegato 1). In questo caso si prenda in considerazione l'applicazione dell'elettrodo per la registrazione dell'ECG fetale.

Se dopo due ore da uno dei due interventi la progressione della dilatazione non e' regolare, procedere con l'altro.

Se, nonostante le procedure adottate, la dilatazione non procede, la decisione di eseguire un TC puo' essere presa in considerazione dopo almeno 2 ore di attivita' contrattile valida e regolare.

5.2 ASSISTENZA AL SECONDO STADIO (PERIODO ESPULSIVO)

5.2.1 *Norme di Assistenza*

Raggiunta la dilatazione completa, la donna viene invitata a spingere liberamente quando il premito e' incoercibile, nella posizione a lei piu' congeniale. Le spinte devono essere guidate solo se la donna non spinge in modo efficace.

5.2.2 *Monitoraggio del BCF*

Se non e' in corso una registrazione continua, nel periodo espulsivo il BCF deve essere controllato per un minuto, immediatamente dopo la contrazione.

5.2.3 *Progressione della Parte Presentata*

E' raccomandabile che il tempo medio del secondo stadio, a partire dal momento in cui il premito e' incorcibile, sia:

- a) nullipara: 1 ora circa;
- b) pluripara: 30 minuti circa.

Trascorsi tali limiti o in caso di rallentamento del secondo stadio e' necessario *escludere* la presenza di anomalie della presentazione e/o posizione. Cio' escluso, praticare una perfusione con ossitocina ed attendere un'ora nella nullipara, 30 minuti nella pluripara.

Se dopo tale periodo, la situazione rimane invariata, si deve considerare la possibilita' di un parto operativo (ventosa ostetrica o taglio cesareo in relazione alla stazione della parte presentata).

La manovra di Kristeller puo' essere effettuata per facilitare il disimpegno della parte presentata fetale quando questa abbia raggiunto lo stretto inferiore, in casi di

documentata necessita'. Essa va comunque considerata un intervento medico e pertanto va documentata in cartella.

5.2.4 *Episiotomia*

L'uso sistematico dell'episiotomia e' da evitare.

Qualora venga praticata e' preferibile l'esecuzione di una episiotomia mediana.

L'esecuzione dell'episiotomia richiede di norma l'infiltrazione anestetica.

Essa dovra' comunque essere praticata (preferibilmente paramediana) nei casi di:

- a) sofferenza fetale acuta in periodo espulsivo;
- b) parto operativo vaginale;

5.2.5 *Assistenza al neonato*

Dopo il clampaggio del cordone ombelicale, se il decorso del periodo espulsivo e' stato fisiologico, il neonato viene aspirato, pulito e, se la madre lo desidera, coperto e deposto sull' addome materno ed eventualmente attaccato al seno.

Nel caso in cui il neonato presenti patologie o segni di sofferenza, viene consegnato al neonatologo immediatamente dopo il clampaggio del cordone.

5.3 ASSISTENZA AL TERZO STADIO (SECONDAMENTO)

La perdita ematica deve essere valutata quantitativamente mediante l'uso di sacchetto graduato che viene posizionato dopo il clampaggio del cordone ombelicale.

All'inizio del secondamento la vescica deve essere vuota, tuttavia l'uso sistematico del catetere va evitato.

Si considera fisiologico un secondamento che avviene entro 30 minuti dall'espulsione del feto, con una perdita ematica ?500 cc.

Subito dopo l'espulsione del feto, e' consigliabile somministrare alla madre uno dei seguenti farmaci:

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	
Ossitocina	10 UI	i.m.	
Ossitocina Metilergometrina	5 UI 0.4 mg	i.m.	

Il controllo della cavita' e della cervice uterina devono essere effettuati solo nei casi di ragionevole dubbio di ritenzione di membrane e/o lacerazioni cervicali.

Se la durata del terzo stadio e' maggiore di 30 minuti e la perdita ematica e' superiore a 500 cc, si deve prendere in considerazione l'effettuazione di un

secondamento manuale. Se tuttavia la perdita ematica e' <500 cc, si puo' protrarre l'attesa fino ad un'ora.

5.3.1 Atonia Uterina

La diagnosi deve essere posta dopo aver escluso altre cause di sanguinamento quali presenza di lacerazioni vaginali o cervicali, ritenzione di tessuto placentare o di membrane. La terapia deve tendere al ripristino della volemia (mediante infusione endovenosa di liquidi) e della contrattilità uterina utilizzando uno dei seguenti farmaci:

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	
Ossitocina	40 UI in 1000 cc	e.v. rapida	Ripetibile
Sulprostone	500 mg in 250 cc	e.v. rapida	Ripetibile

E' buona norma posizionare un catetere vescicale a permanenza.

5.4 POST PARTUM

Dopo il parto, la donna viene attentamente osservata per due ore. Durante questo periodo puo' assumere alimenti e bevande.

Durante questo periodo di osservazione, e' necessario che l'ostetrica rilevi la perdita ematica e la presenza del globo uterino, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa.

5.5 ASSISTENZA AL PUERPERIO

Durante il ricovero in puerperio e' necessario controllare quotidianamente la temperatura, il grado di involuzione uterina, le caratteristiche delle lochiazioni e lo stato dell'episiorragia.

L'esame emocromocitometrico viene controllato su indicazione medica.

La somministrazione sistematica di uterotonici e di lassativi va evitata.

La dimissione avviene normalmente dopo l'esecuzione degli screening neonatali previsti per legge.

6) ALLEGATI

6.1 USO DELL'OSSITOCINA

L'obiettivo della somministrazione di ossitocina e' il raggiungimento di una attivita' contrattile pari a 1 contrazione ogni 2-3 minuti, in assenza di ipertono. L'ossitocina ha un'emivita di 8-10 minuti ed il tempo necessario al raggiungimento di un livello costante nel sangue (steady state) e' di 20 minuti. Durante la somministrazione di ossitocina e' necessario che la frequenza cardiaca fetale sia controllata mediante monitoraggio continuo. Inoltre, si suggerisce l'uso di pompe da infusione e di non superare la dose di 32 mU/min (32 gocce/min).

Di seguito e' riportato uno schema standard di somministrazione (tenendo presente che 10UI in 500 ml sono 20 mU/ml pari a 1 mU/goccia):

- a) Iniziare con 2 mU/min (pari a 2 gocce/min);
- b) Raddoppiare la dose ogni 15' fino ad un massimo di 16 mU (16 gocce/min);
- c) Se non compare un'attivita' contrattile regolare, gli aumenti successivi sono di 2 mU/min ogni 15 minuti.

6.2 CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEL TRACCIATO CTG

6.2.1 CTG in Travaglio

	1) LINEA DI BASE (BPM)	2) VARIABILITÀ (BPM) IN 40'	3) ACCELERAZIONI IN 40'	4) DECELERAZIONI
NORMALE #	110-160	> 10	?2; ?15 bpm; ?15"	- precoci o variabili* lievi, non ripetitive
D'ALLARME §	160-180 100-110	5-10	<2; ?15 bpm; ?15"	- variabili lievi ripetitive - medie sporadiche o ripetitive - gravi non ripetitive
ANORMALE §	>180 <100	< 5	assenti	- variabili gravi, ripetitive - tardive

I parametri 1 e 2 devono essere presenti contemporaneamente

* La presenza di un' area di decelerazione residua post- contrazione comporta il passaggio al gruppo successivo.

§ Questi parametri vanno considerati singolarmente.

6.2.2 Classificazione e Gravita' delle Decelerazioni

	CAUSATE DA	MORFOLOGIA	RAPPORTO CON LA CONTRAZIONE
PRECOCI	Compressione della testa fetale	Uniforme: la forma ricalca quella della contrazione	Esordio contemporaneo all'insorgenza della contrazione
VARIABILI	Compressione del cordone ombelicale	Variabile: caduta rapida, risalita rapida, talora a gradini	Variabile, comunque comparsa nel tempo della contrazione
TARDIVE	Ipossia fetale	Uniforme	Esordio tardivo rispetto all'insorgenza della contrazione

6.2.3 Decelerazioni Variabili

Le decelerazioni variabili vengono definite gravi ¹se:

- a) scendono sotto i 60 bpm;
- b) sono di 60 bpm sotto la linea di base;
- c) durano piu' di 60 secondi.

6.2.4 Bradicardia

- a) Moderata: FHR tra 80 e 100 bpm di durata \geq 3 minuti;
- b) Grave: FHR < 80 bpm di durata \geq 3 minuti.

6.3 PROFILASSI DELL'INFEZIONE NEONATALE DA STREPTOCOCCO β -EMOLITICO (GBS)

E' consigliabile che le pazienti eseguano un tampone vaginale e rettale per la ricerca del GBS tra la 35^a e la 37^a settimana di gravidanza. Tuttavia, la strategia preventiva basata sulla presenza di fattori di rischio intraparto ed in assenza della coltura, rappresenta una valida alternativa.

6.3.1 Profilassi Intraparto SI in presenza di:

- a) Tamponi positivi per GBS (se la donna e' d'accordo);
- b) Fattori di rischio elevato (indipendentemente dalla presenza dei tamponi):
- c) Precedente infezione neonatale da GBS;
- d) batteriuria da GBS nell'attuale gravidanza;
- e) epoca gestazionale < 37 settimane.
- f) Temperatura in travaglio \geq 38° (indipendentemente dai tamponi);
- g) Rottura delle membrane \geq 18 ore (indipendentemente dai tamponi).

6.3.2 Profilassi Intraparto NO in presenza di:

- 1) Assenza di fattori di rischio;
- 2) Tamponi negativi per GBS ed epoca gestazionale > 37 settimane con:
 - a) assenza di temperatura in travaglio;
 - b) rottura delle membrane < 18 ore.

La profilassi viene eseguita con:

1° scelta: Penicillina G: 5 milioni U EV seguiti da 2.5 milioni U EV ogni 4 ore fino al parto

2° scelta: Ampicillina 2 gr EV seguiti da 1 gr EV ogni 4 ore fino al parto.

¹ Se le caratteristiche presenti non sono quelle elencate, le decelerazioni sono definite come lievi o moderate.

In pazienti allergiche:

1° scelta Eritromicina 500 mg im ogni 6 ore fino al parto

2° scelta Clindamicina 600 mg EV ogni 8 ore fino al parto

