

Percorso Assistenziale per la Gestione del Travaglio e del Parto a Basso Rischio e la Gestione del Neonato Fisiologico

*Trieste, 11 dicembre 2019
Dssa. M. Degrassi, Dssa G. Verardi*

La Creazione del Documento

- ❑ Partito sulla base di un vecchio protocollo del 2010
- ❑ Iniziato con la ricerca di letteratura internazionale centrata sull'argomento del basso rischio
- ❑ Discusso e redatto da un gruppo di lavoro composto da Ginecologi, Neonatologi ed Ostetriche

Cosa contiene il documento

- Gestione da parte dell'ostetrica alla donna a partire dall'accoglimento fino alle due ore del post-partum
- Gestione del neonato fisiologico

Cos'è la Midwifery Care

- ◉ **Midwifery** è un termine inglese utilizzato a livello mondiale per definire tutto ciò che riguarda l'ostetrica/o, l'assistenza e la cultura ostetrica, comprese la ricerca e la letteratura scientifica.
- ◉ La **Midwifery Care** invece è l'assistenza attuata da parte di un/una singolo/a o da un gruppo di ostetriche/i e riguarda tutti gli aspetti della cura alla persona durante tutto il periodo della gravidanza, del parto, del puerperio (compresa la cura del/la neonato/a) e di tutta la vita riproduttiva della donna
- ◉ L'ostetrica è quindi **LA FIGURA** principale che si occupa dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato fisiologici

Perché è Stato Creato il Documento

L'OMS considera il miglioramento della qualità della vita un obiettivo primario

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE HANNO DIMOSTRATO CHE:

- ❖ È necessario porre la donna al centro dell'assistenza e delle decisioni sul percorso gravidanza parto
- ❖ L'assistenza evidence based è la midwifery care
- ❖ La midwifery care permette un'assistenza one to one, più continuativa, meno invasiva e stressante,
- ❖ Centrata sulla singola persona

La Midwifery Care

La medicina basata sull'evidenza ha dimostrato che la midwifery care :

- ✓ Riduce il rischio di Taglio Cesareo e di Parto Operativo
- ✓ Diminuisce la richiesta di analgesia
- ✓ Massimo livello di assistenza centrato sulla donna
- ✓ Migliore produzione del Complesso Ormonale con travaglio e parto più veloci

Come è Suddiviso

- Accoglimento
- Gestione del Travaglio attivo
- Gestione del Periodo Espulsivo e del Parto
- Gestione del Neonato
- Gestione del Post-partum

La Midwifery Care

- ◉ **PERMETTE UN'ASSISTENZA CENTRATA SULLA DONNA E NON SUL BCF**
- ◉ Facilita l'assunzione delle posizioni alternative e il movimento
- ◉ Aumenta la capacità della donna di affrontare l'evento
- ◉ Permette un miglior approccio allo skin to skin e l'allattamento precoce dopo la nascita

Come Verrà Gestito l'Accoglimento

- Visita ostetrica dalle 36 settimane gestazionali per la valutazione del Rischio Clinico e l'impostazione della Cartella Clinica
- Nuova Gestione della donna a basso rischio con PROM

L'Accoglimento

- Rivalutazione anamnestica
- Cardiotocografia
- Valutazione dei parametri vitali
- Visita che consiste :
 - > Palpazione addominale mediante uso delle Manovre di Leopold
 - > Valutazione di durata e frequenza delle contrazioni
 - > Esame ostetrico

PROM

- Pazienti GBS positivo verranno ricoverate con lo status di basso rischio , sarà compito dell'ostetrica richiedere la prescrizione della profilassi antibiotica da iniziare subito. Dopo 6 ore usciranno dal basso rischio e passeranno all'induzione
- Alle pazienti GBS negativo verrà proposto di tornare al domicilio con monitoraggio materno dei movimenti fetali e del colore del liquido o comparsa di iperpiressia
 - > In caso di mancato avvio spontaneo del travaglio di parto si ricovera a 24 ore dalla rottura delle membrane per induzione

Rottura prematura delle membrane: lettera informativa per le future mamme

Rottura prematura delle membrane amnio coriali a termine di gravidanza ("PROM")

Le informazioni contenute in questo foglio informativo si riferiscono alle donne gravide che hanno rotto le membrane amniocoriali dopo le 37 settimane gestazionali.

Essere PROM significa avere rotto il sacco amniotico a termine di gravidanza prima che si inneschi il travaglio di parto. Nella maggior parte dei casi, il travaglio inizia entro 24 ore dalla rottura del sacco; tuttavia per alcune il travaglio può non innescarsi per molti giorni.

Dal controllo ostetrico eseguito in data odierna, si conferma che:

- la gravidanza è fisiologica (nessuna patologia materna o fetale)
- il feto è in presentazione cefalica (testa in giù)
- la crescita fetale è regolare
- la placenta è normo-inserita
- non ci sono segni d'infezione
- il sacco amniotico è rotto
- il liquido amniotico è chiaro
- il tampone GBS è negativo
- il monitoraggio del battito cardiaco fetale è risultato nella norma
- c'è presenza e percezione dei movimenti attivi fetali (MAF)
- vi è la possibilità di trasporto in ospedale in tempi brevi in caso di necessità.

Cosa fare a casa?

E' probabile che Lei continui a perdere il liquido amniotico fino alla nascita del bambino.

Le forniamo degli ACCORGIMENTI UTILI DA SEGUIRE A CASA al fine di prevenire un'eventuale infezione:

- misurare la temperatura corporea ogni 4 ore
- prestare attenzione ai movimenti attivi fetali (MAF)
- controllare spesso il colore del liquido amniotico
- valutare il suo benessere generale
- cambiare spesso l'assorbente (massimo ogni 4 ore), l'igiene è molto importante e previene l'insorgenza di infezioni
- non usare assorbenti interni
- non andare a nuotare (mare/piscina)
- evitare la vasca da bagno e preferire la doccia
- astenersi dai rapporti sessuali
- non usare oli o creme vaginali.

Se mentre Lei è a casa osserva che:

- temperatura corporea > 37.4°C
- il liquido amniotico ha cambiato colore o è diventato maleodorante
- vi è la presenza di perdite di sangue rosso vivo
- insorgenza di contrazioni uterine forti d'intensità e durata
- percepisce una diminuzione dei movimenti attivi fetali (MAF)
- rileva sintomi influenzali o malessere

Le consigliamo di tornare il prima possibile presso **L'Accettazione Ostetrico-Ginecologica 1 piano scala D**. Nel caso avesse dubbi o bisogno di porci qualche domanda, i nostri numeri di telefono sono **0403785211** e/o **0403785307**, attivi 24h su 24.

Quali sono le candidate al Basso Rischio

- Gravidanza Singola
- A termine
- Presentazione Cefalica
- Non fattori di Rischio Materni o Fetali

**CHECK LIST DI ACCOGLIMENTO PER LA DONNA IN GRAVIDANZA A BASSO
RISCHIO**

Barrare se Presente

- **1. Anamnesi remota/ostetrica/patologica prossima negativa**
- Pregressa chirurgia
- Patologia cardiovascolare
- Asma severa/patologia respiratoria cronica
- Emoglobinopatie/disordini ematologici/evento tromboembolico attuale o pregresso
- Malattie endocrinologiche/Malattie autoimmuni
- Diabete pregestazionale
- Malattie ereditarie/familiari
- Epatite B/C
- HIV
- LUE
- Malattia gastrointestinale cronica
- Patologia epatica
- Patologie renali/urologiche
- Patologia oncologica attuale o pregressa
- Patologia neurologica
- Patologia psichiatrica attuale o pregressa/pregressa psicosi puerperale
- Uso/abuso di sostanze illegali
- Abuso/consumo di fumo/alcool
- Assunzione cronica di farmaci
- Vulnerabilità/disagio/violenza/mancanza di supporto sociale
- Pregresso TC

- Poliabortività
- Grande multiparità
- Peso stimato alla nascita <2500 gr o >4500 gr
- SGA/IUGR
- Travaglio Pretermine/travaglio indotto
- Malformazioni fetali o neonatali (alterazioni ecografiche/cromosomiche o genetiche)
- Isoimmunizzazione RH
- Ipertensione /preeclampsia/eclampsia/HELLP (anche se pregressi)/colestasi gravidica
- Due o più episodi di emorragia antepartum
- Due o più episodi di emorragia post partum
- Diabete gestazionale TP dietetica
- Diabete gestazionale in TP insulinica
- Patologia placentare
- MEU (anche pregressa)
- Pregressa distocia di spalla
- 2. Gravidanza insorta spontaneamente**
- 3. Feto singolo**
- 4. Presentazione cefalica**
- 5. Epoca gestazionale da 37+0 a 41+6**
- 6. Non patologie materne note (eccetto ipotiroidismo in tp compensato)**
- 7. BMI<30 e >19**
- 8. No abuso alcool/stupefacenti**
- 9. No pazienti seguite al GAR per qualsiasi motivo**
- 10. Non patologie fetali note (verificare presenza di 2 ecografie nella norma)**
- 11. Esami ematochimici nella norma (Hb>10.5; PLT>100k)**
- 12. Parità <4 (dal 5° parto in poi è a rischio PPH)**
- 13. Età materna >40 anni**
- Assessment**
- 14. MAF percepiti**
- 15. PROM con LA chiaro< 24 ore se GBS negativo/Sacco Integro**
- 16. PROM con LA chiaro< 12 ore se GBS positivo**
- 17. Assenza di perdite ematiche**

LA SIGNORA E' DA DEFINIRSI A BASSO RISCHIO: SI' NO

Data _____ Ora _____ Ostetrica: _____ Medico _____

Gestione dell'Accoglimento

- ◉ Al termine dell'accoglimento rivalutazione del rischio clinico
- ◉ Decisione relativa al ricovero
 - > Invio al domicilio in caso di prodromi
 - > Ricovero delle donne in prodromi con reperto iniziale e domicilio distante/reintri ripetuti/ansia materna
 - > Ricovero delle donne in travaglio attivo
 - > Per le donne ricoverate compilazione della prima parte della check list per il neonato fisiologico

Check List per la Definizione del Neonato a Basso Rischio

Criteria Antenatali/Anamnestici

- Neonato compreso tra le 37+0 e le 41+6 settimane gestazionali
- Neonato singolo
- Presentazione Cefalica
- Non Patologie Materne (vedi note)
- Non Patologie Fetali Ricontrate in Gravidanza (2 eco nella norma)
- Travaglio Spontaneo
- Sacco integro/PROM < 18 Ore
- LA chiaro
- Non Sieroconversioni in Gravidanza
- HBsAg Negativo nell'Ultimo Trimestre
- Stima Peso > 2500 gr o < 4000 gr

IL NEONATO E' DA DEFINIRSI A BASSO RISCHIO

SI' NO

Data _____ Ora _____

Firma _____

Criteria alla Nascita

- Non Alterazioni Significative e Persistenti del BCF
- Non Parto Vaginale Operativo
- Gravidanza a termine
- Peso stimato ≥ 2500 gr o ≤ 4000 gr
- Indice di Apgar > 7 a un Minuto dalla Nascita
- Non evidenza di malformazioni alla Nascita
- PROM < 18 ORE*
- Tampone vaginoretale GBS negativo*

IL NEONATO E' DA DEFINIRSI A BASSO RISCHIO

SI' NO

Data _____ Ora _____

Firma _____

(continua....)

Le condizioni cliniche in cui è indicato chiamare il neonatologo in presenza di patologia materna sono le seguenti:

- Patologia Psichiatrica attuale o pregressa/pregressa psicosi puerperale
- Uso e/o abuso di sostanze illecite o alcool
- Peso stimato alla nascita < a 2500 gr oppure > 4000 gr
- Feto SGA/IUGR
- Malformazioni fetali/neonatali (alterazioni ecografiche/cromosomiche o genetiche)
- Isoimmunizzazione RH
- Patologia Placentare
- Pregressa distocia di spalla
- Qualsiasi alterazione del battito fetale
- Periodo espulsivo prolungato/difficoltoso, Parto vaginale operativo o Taglio cesareo
- Sieroconversioni toxo, CMV e rubeo
- Parto pretermine

Inoltre NON è necessario chiamare il neonatologo in caso di analgesia epidurale in travaglio

Le condizioni cliniche in cui **NON** è necessario chiamare il neonatologo al parto ma è indicato aggiornare in merito alla condizione clinica il medico di guardia e il nido entro le due ore dalla nascita sono le seguenti

(*In caso di **GBS positivo** e/o **PROM > 18 h** e **diabete materno di qualsiasi tipo** l'ossevizazione specifica come da protocollo)

- Diabete pregestazionale/diabete gestazionale con o senza terapia insulinica (prevista glicemia a 2 h dalla nascita) *
- Travaglio indotto
- Infettivologici positivi : HBV, HCV, HIV, LUE
- Vulnerabilità /mancanza di supporto sociale , disagio, violenza
- Mancanza del referto HbsAg dell'ultimo trimestre
- PROM da più di 18 h
- Tampone vaginoretale positivo *

Travaglio

Per un'assistenza ottimale la donna andrà seguita nella sua totalità con gestione esclusiva dell'ostetrica:

- Valutazione ACU ogni 30' mediante palpazione
- Valutazione del Bilancio Idrico e Alimentazione
- Valutazione della diuresi
- Parametri materni:
 - Fc ogni 15 minuti concomitante con la rilevazione BCF
 - PA oraria
 - Temperatura materna ogni 4 ore

Travaglio

- Discussione del dolore e dell'analgesia naturale con possibile uso di massaggi, idroterapia, impacchi (VAS)
- Discussione delle posizioni in relazione alla richiesta materna e alla posizione fetale
- Discussione dei bisogni psicologici ed emozionali
- Valutazione delle Perdite Vaginali/
Caratteristiche LA
- Valutazione dei movimenti fetali

Travaglio

- La Visita Ostetrica è indicata ogni 4 ore
- È raccomandato l'uso del partogramma e del foglio per la rilevazione del battito cardiaco fetale
- In caso di mancata percezione della spinta a dilatazione completa è raccomandata l'attesa e la rivalutazione dopo un'ora (corretta distinzione della fase passiva e della fase attiva del secondo stadio)

Travaglio

- In caso di alterazioni dei parametri e/o delle condizioni materne o fetali passaggio al loro monitoraggio intensivo e CTG con coinvolgimento del medico specialista
- Possibilità di rientrare alla condizione di basso rischio dopo un periodo di monitoraggio più intensivo

SCHEDA DI RILEVAZIONE BENESSERE MATERNO IN TRAVAGLIO DI PARTO

ATTIVITA' CONTRATTILE UTERINA (Controllo ogni 30 minuti)

Ora																				
MAF																				
Durata	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	sec	
Frequenza																				
Sigla Ost.																				

Indicare frequenza (n° contrazioni in 10 minuti) colorando le caselle. Per l'intensità indicare L: lieve e I: intenso
 Maf: indicare con +/++/-

PERDITE GENITALI (Controllo orario)

Ora																				
Sigla Ost																				

Valutazione oraria
 A: Assenti; ME: Perdite muco ematiche; R: Perdite rosate; E: Perdite ematiche; C: Liquido Chiaro; T1/T2/T3: Liquido amniotico tinto; LE: Liquido ematico

ALIMENTAZIONE (Controllo Orario)

Ora																				
Alim.																				
Idrat.																				
Sigla Ost																				

Raccomandare un'alimentazione/idratazione adeguata. In caso di vomito ripetuto, inappetenza, nausea si consiglia eventuale idratazione endovenosa (dopo 6 ore di digiuno)
 Indicare con A: adeguato; S: scarso, N: non adeguato

DIURESI (Controllo ogni 2 ore)

Ora																			
SiglaOst																			

Si raccomanda di proporre lo svuotamento della vescica ogni 2 h

Indicare con **A**: adeguata/abbondante; **S**: scarsa; **N**: non riuscita **CE**: catetrisimo estemporaneo **CP**: cateterismo a permanenza

PARAMETRI VITALI (Controllo ogni 4 ore)

Ora																			
PA																			
FC																			
TEMP.																			
Sigla Ost																			

Si rammenta che:

la **FC** dev'essere rilevata ogni **15** minuti durante l'auscultazione intermittente, oraria nel periodo prodromico (riportare la FC materna sul foglio del monitoraggio auscultazione intermittente durante tale registrazione eccetto che per il controllo ogni 4 ore in cui andrà riportata anche su questo documento)

la **PA** dev'essere rilevata ogni **4** ore

la **Temperatura** materna dev'essere rilevata ogni **4** ore

i parametri vanno rilevati tra due contrazioni

SI RAMMENTA CHE NELLE PAZIENTI A BASSO RISCHIO:

E' indicato passaggio a CTG e rilevazione intensiva dei parametri se:

- Polso materno > 120 BPM in 2 occasioni a distanza di 20'
- Temperatura $\geq 38^\circ$ in 1 occasione oppure $\geq 37.5^\circ$ in 2 occasioni a distanza di 1 ora
- Sospetta corioamnionite
- Dolore sospetto
- Presenza di liquido tinto
- Presenza di perdite ematiche rosso vivo
- Ipertensione con diastolica o sistolica $\geq 160/110$ con rilevazione fatta tra due contrazioni
- Ipertensione con diastolica o sistolica $\geq 140/90$ in due rilevazioni a distanza di 30' fatte tra due contrazioni

In caso di alterazioni del BCF durante registrazione intermittente:

- ▶ Posizionare CTG
- ▶ Riposizionare la donna per aumentare la perfusione o diminuire la compressione funicolare
- ▶ Valutare la temperatura
- ▶ Valutare l'idratazione e posizionare liquidi
- ▶ Valutare presenza di un prolasso di funicolo
- ▶ Valutare la frequenza e la pressione arteriosa materna

Auscultazione intermittente del Battito Cardiaco Fetale

- Rilevazione BCF ogni 15 minuti durante il travaglio
- Rilevazione BCF ogni 5 minuti nel periodo espulsivo
- Un minuto di FCF associato a FC materna alla fine della contrazione per distinguere i battiti
- In caso di dubbio auscultazione per tre contrazioni consecutive o passaggio a CTG e rivalutazione clinica della donna

Parto e secondamento

- Rispetto delle tempistiche fisiologiche del parto
- Parto in posizioni libere
- Interventi per la riduzione del trauma perineale
- Protezione perineale attiva e non attiva
- Educazione e scelta e consenso per management attivo e passivo del secondamento

Sutura perineale

- Sutura da parte dell'ostetrica fino al secondo grado
 - > Formazione delle ostetriche sulla cura e gestione del perineo
- Coinvolgimento medico nelle lacerazione complesse

Post Partum

- Promozione del bonding e dello skin to skin
- Educazione sanitaria:
 - > i giorni successivi al parto
 - > allattamento
 - > cura perineale
- Valutazione psicologica ed emozionale
- Valutazione perineale
- Controlli Materni ogni 30'
 - > Valutazione Parametri
 - > Valutazione Utero e Perdite

Benvenuto al neonato e sua valutazione nel post-partum

- Non necessario chiamare il neonatologo quando neonato fisiologico o problemi minori
- Mantenimento di un ambiente che promuova il mantenimento del complesso ormonale
- Promozione bonding e skin to skin continuativo dal parto in posizione semi-reclinata
- Non separazione mamma bambino per tutte le prime due ore dopo il parto

Benvenuto al neonato e sua valutazione nel post-partum

- Identificazione attiva mediante apposizione del braccialetto mamma /papà/bambino
- Favorire l'allattamento prima possibile e non interromperlo per le prime due ore o comunque fino al suo termine spontaneo
- Il peso dovrebbe essere rilevato al trasferimento della donna in reparto da parte del personale della sala parto

Benvenuto al neonato e sua valutazione nel post-partum

- Non lavare il bambino in sala parto a meno che non sia strettamente necessario poiché questo aumenta il rischio di ipotermia, può provocare la diminuzione dei valori glicemici neonatali, aumenta lo stress e il pianto del neonato e provoca un'alterazione del microbioma neonatale
- Il peso dovrebbe essere rilevato al trasferimento della donna in reparto da parte del personale della sala parto

Documentazione per la Valutazione del Neonato

- Check List per la valutazione del neonato fisiologico
- Scheda per il rischio del collasso neonatale

Per un Futuro Migliore.....

- ◉ Entrata in regime del protocollo basso rischio
- ◉ Rivalutazione dell'EBM e revisione del percorso in tempi brevi per cercare di ridurre l'esclusione dal basso rischio ostetrico
- ◉ Percorso di attivazione dell'ospedale amico del bambino e della bambina/cure amiche alla madre (10 passi) per tutte le donne che afferiscono al nostro centro nascita

Propositi per il futuro

- ◉ Educazione in una fase adeguata della gravidanza le donne
- ◉ Empowerment delle donne per una scelta consapevole del percorso da seguire
- ◉ Programma del parto che permetta alla donna di essere consapevole e di saper fare una distinzione chiara tra gravidanza basso e altro rischio
- ◉ Skin to skin e presenza in sala operatoria del partner/marito durante il taglio cesareo elettivo

“Work in progress....”

Siamo fieri di
mostrarvi che
nella
promozione
del 4° passo ci
stiamo
impegnando
sempre di più!!

