

"NASCERE IN CASA"
Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e casa
Maternità

Segreteria Via Comi, 57, 21056 INDUNO O. (VA) Tel 0332.202464
info@nascereacasa.it

LINEE GUIDA DI ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLOGICO A DOMICILIO

PRIMA EDIZIONE APRILE 1991

NUOVA EDIZIONE MAGGIO 1999

Coordinamento, redazione e introduzione a cura di *Marta Campiotti*

Introduzione

Le ostetriche italiane che da tempo e come scelta professionale assistono la nascita in casa si riuniscono, dal 1981, nell' Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio con lo scopo di approfondire e diffondere una cultura sul parto a domicilio che promuova e tuteli innanzitutto la qualità dell'esperienza per la donna e per la coppia e garantisca un'assistenza qualificata da parte dell'ostetrica professionista .

La prima stesura di queste "linee guida" è stata compilata nel 1991, operazione promossa da alcune di noi (Marta Campiotti e Sabina Pastura) e realizzatasi attraverso un lungo lavoro comune di scambio e confronto, con la supervisione dell'epidemiologa dr.ssa Manuela Terzian.

Ora possiamo dire che il nostro lavoro, portato avanti nonostante alcune difficoltà interne alla nostra stessa associazione, fu decisamente all'avanguardia.

Il nostro principale obiettivo era la condivisione della esperienza di ciascuna, la creazione di una base comune su cui confrontarsi e infine rendere visibili, ovvero esplicitare, i propri criteri decisionali.

La visibilità dei propri criteri operativi (culturali, scientifici e tecnici) è l' indispensabile ingrediente nel momento assistenziale vero e proprio (la capacità di "oggettivare" ciò che sta succedendo qui ed ora) ed è anche lo strumento per una **comunicazione** costruttiva tra noi operatrici.

Sono passati otto anni e tantissime sono state le occasioni -pubbliche e private, ufficiali e non- in cui ci è stata chiesta una trasmissione della nostra esperienza. Ecco, insieme agli altri aspetti più personali e più specifici per ognuna di noi, utile e indispensabile strumento è stato questo "protocollo", ora più correttamente definito "linee guida".

Le nostre linee guida non sono uno strumento né di controllo né di giudizio, ma propriamente delle linee, dei binari entro cui muoversi per lavorare con consapevolezza e domandandosi sempre il perché dei nostri gesti e delle nostre scelte. L'assunzione di responsabilità che il parto a domicilio certamente comporta è individuale, così come il rendere conto delle proprie azioni agli organi competenti, ma soprattutto alle donne ed ai bambini che abbiamo in cura.

Posso garantire che alla base delle "linee guida" non c'è la paura di "conseguenze legali", bensì il desiderio di praticare sempre meglio la professione di ostetrica

Questa "revisione" viene stampata nel maggio 1999 e si differenzia per alcuni punti dalla prima stesura, la rielaborazione è stata fatta in particolare dai coordinamenti della nostra associazione della Regione Lombardia, Emilia Romagna e Toscana.

Siamo sicure che continuerà ad essere uno strumento utile per le ostetriche che lavorano nell'assistenza domiciliare e speriamo che possa essere utilizzato anche come **documento autorevole** dagli organismi rappresentativi della nostra categoria e non solo.

Definire un limite tra fisiologia e patologia vuol dire dare una base concreta al concetto di "selezione".

Il parto in casa che garantisce alla donna la maggior sicurezza possibile (non si può parlare di sicurezza assoluta né di assenza di rischio di fronte all'evento parto-nascita dovunque esso avvenga) è quello:

- a) selezionato durante la gravidanza dall'ostetrica che sarà presente al parto**
- b) frutto della scelta consapevole ed informata della donna e della coppia.**

E' fondamentale che l'ostetrica sappia affinare le sue capacità di riconoscere le situazioni con attenzione e vigilanza, e sappia lavorare con la donna attraverso misure preventive.

La conoscenza e la relazione con la donna diventano indispensabili strumenti per la promozione della salute e del benessere nella scelta del domicilio. Ovviamente in queste linee guida non si parla di come e perché l'ostetrica deve entrare in rapporto con gli aspetti psicoemozionali di ogni nascita, rispettando l'unicità di ogni situazione: questa è l'infinita ricchezza e novità che ogni nascita ci porta. Ma al di là ed insieme a questi aspetti ci sono i limiti che la casa ha in sé, quando aumenta la probabilità di dover ricorrere ad interventi assistenziali di secondo livello, erogati per definizione in ambiente ospedaliero.

Le linee guida sono proprio delle linee entro cui muoversi per offrire alle donne che assistiamo, ed anche a noi stesse, la migliore esperienza possibile.

I paragrafi stampati in corsivo sono le evidenze della letteratura scientifica a tutt'oggi.

Il riferimento bibliografico più importante è: Enkin, Keirse e Chalmers, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press (tradotto in Italia dalla red edizioni, Como)

Aspetti organizzativi

E' opportuno che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due: non essere da sole consente uno scambio di opinioni spesso utile in caso di dubbio diagnostico, facendo sì che eventuali situazioni che richiedano una intensificazione dell'attenzione, non conducano ad ansie inutili e stressanti sia per l'ostetrica che per la donna. Permette inoltre brevi periodi di riposo a turno, particolarmente importanti se i tempi si protraggono oltre alcune ore, provocando fisiologicamente una caduta di attenzione da parte di chi assiste. Se nel gruppo vi sono ostetriche di diversa esperienza, è preferibile che gli abbinamenti non vengano lasciati al caso.

La casa deve essere munita di telefono; è molto importante inoltre la preparazione dell'ambiente, che deve permettere la libertà di espressione ed il rispetto dell'intimità della donna e della coppia.

L'ospedale prescelto deve essere raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti.

E' indispensabile verificare prima di ogni parto il contenuto della borsa ostetrica.

E' preferibile prendere accordi locali con l'Ospedale di riferimento e con il servizio 118, per l'organizzazione dei trasferimenti.

E' necessario considerare anche la distanza dell'abitazione della donna dalla casa dell'ostetrica.

Raccolta dati

E' indispensabile aver accuratamente compilato, in ogni precedente controllo, la *cartella ostetrica*.

E' inoltre indispensabile adottare un *partogramma* come strumento di registrazione dell'andamento del travaglio. L'uso del partogramma offre una visualizzazione immediata della progressione del travaglio e può essere inoltre utilizzato per una raccolta dati. Nel partogramma, oltre alle visite ostetriche, si segnaleranno il controllo del B.C.F., le posizioni assunte dalla donna, i dati anamnestici salienti e quanto altro l'ostetrica riterrà importante.

Dopo sette giorni dal parto è richiesta ad ogni ostetrica la compilazione di una *scheda di assistenza domiciliare* da inviare alla segreteria del Coordinamento (vedi allegati).

Si è intenzionalmente evitato di definire dei limiti assoluti di durata del periodo dilatante ed espulsivo, poiché è solo sulla base del benessere materno-fetale che si valuterà il singolo caso.

1. La popolazione

E' pratica comune porre come condizione per accogliere le richieste quella di conoscere la donna almeno verso la 32.a settimana. Bisogna avere il tempo per instaurare la conoscenza necessaria ad un reale rapporto di fiducia reciproca nonché avere tutte le informazioni necessarie per una adeguata assistenza. Ciò permetterà inoltre di identificare le eventuali condizioni di rischio presenti nell'anamnesi. La condizione ideale - quella che sicuramente permette la miglior qualità della cura - è l'assistenza di tutta la gravidanza da parte dell'ostetrica che assisterà il parto.

La raccolta dell'anamnesi prevede una accurata valutazione del decorso dell'attuale gravidanza, della storia ostetrica pregressa e di eventuali altre patologie materne concomitanti.

La visita di screening, oltre all'anamnesi, comprende: le manovre di Leopold, la misurazione sinfisi /fondo con la previsione del peso fetale, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF e la verifica dell'assenza di edemi importanti agli arti inferiori.

E' opportuno effettuare un controllo ematochimico nella 35.a/36.a settimana di gravidanza: emocromo + piastrine, HbSAg, gruppo e fattore RH, test di Coombs indiretto in caso di Rh negativo, esame delle urine, tampone vaginale per ricerca streptococco betaemolitico.

1.1 Controindicazioni all'assistenza domiciliare, identificate prima del travaglio

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto: anamnesi positiva per distacco di retina, anomalie del bacino materno che costituiscono un ostacolo all'espletamento del parto per via vaginale, infezione da HV genitale in fase attiva, sentito anche il parere dello specialista.
- Presenza di patologia materna che richiede una sorveglianza intensiva del travaglio di parto (cardiopatie a rischio di scompenso, gestosi preeclamptica, pregressi interventi con apertura della cavità uterina, pregresso TC).
- Presenza di patologia materna importante e/o che necessita trattamento (tromboflebiti, epilessia, diabete, patologia tiroidea, ecc.) sentito anche il parere dello specialista.
- Presenza di patologia fetale nota: grave iposviluppo, malformazioni che necessitano di assistenza specialistica alla nascita , isoimmunizzazione Rh
- Gravidanza gemellare
- Grande multiparità (>6 parti pregressi)
- Emoglobina <9,5 g/100 ml a termine di gravidanza
- Anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum >1000cc. e /o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock)

1.2 Controindicazioni relative, in quanto possono consentire il travaglio ed il parto a domicilio dopo una accurata valutazione della condizione della donna e della propria esperienza, eventualmente avvalendosi di parere specialistico

- Statura materna < 150 cm
- Obesità materna (definita approx. come peso pregravidico superiore al 20% dei centimetri oltre il metro di statura)
- Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/ neonatale
- Pregressa cesarizzata con successivo parto spontaneo eutocico
- Sospetto clinico di oligo/polidramnios
- Tampone vaginale positivo per streptococco betaemolitico a termine di gravidanza, in attesa di dati scientifici più certi e comunque in accordo con il pediatra di riferimento
- Parte presentata extrapelvica nella nullipara alla 38.a settimana e all'inizio del travaglio

1.3 Condizioni permettenti l'assistenza domiciliare all'insorgere del travaglio

- Epoca gestazionale compresa tra le 38 e le 42 settimane di gravidanza ; è possibile assistere anche a 37 settimane compiute e accertate, dopo una attenta valutazione clinica
- Feto singolo, presentazione cefalica
- Peso fetale previsto ≥ 2500 e ≤ 4000
- PROM < 24 ore in presenza di liquido limpido e non alterazioni del BCF (vedi allegato conduzione PROM)

2. Diagnosi di travaglio in fase attiva

Si pone diagnosi di travaglio in presenza delle seguenti condizioni:

- a) contrazioni regolari riferite dalla donna, di durata superiore o uguale a 40 secondi e ad intervalli inferiori ai 10 minuti
- b) collo appianato
- c) dilatazione 2-3 cm.

L'inizio della compilazione del partogramma coincide con la diagnosi di travaglio in atto. Si segnalerà sul partogramma la durata della fase latente o prodromica e le eventuali remissioni di travaglio.

3. Assistenza al periodo dilatante

3.1 Controllo del B.C.F.

Le evidenze scientifiche dimostrano che l'auscultazione intermittente ed il monitoraggio elettronico continuo sono ugualmente efficaci nel prevenire la morte fetale in travaglio, ammesso che si attribuisca importanza all'identificazione precoce di eventuali anomalie. A domicilio abbiamo inoltre una popolazione definita "a basso rischio" e l'ostetrica ha tutta l'attenzione per una sola donna in travaglio.

Il monitoraggio elettronico continuo o intermittente non ha quindi alcun senso nell'assistenza domiciliare.

Il BCF viene controllato ad intermittenza mediante auscultazione con stetoscopio o trasduttore ad ultrasuoni. L'auscultazione si effettua ad intervalli di 15- 20- 30 minuti (in relazione anche all'attività contrattile) prima, durante e per almeno un minuto dopo la contrazione.

In presenza di alterazioni del BCF, o di un sospetto riconfermato in tre auscultazioni successive, è opportuno effettuare una registrazione cardiotocografica continua, e pertanto è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera.

3.2. Valutazione della progressione del travaglio

In presenza di contrazioni valide, con frequenza inferiore ai 10' e durata superiore ai 40", è prevedibile che si raggiunga una dilatazione di 5 cm all'incirca 2 ore dopo l'inizio del travaglio attivo nella pluripara e dopo 3-4 ore nella nullipara. E' opportuno che a questo punto si effettui una visita vaginale per:

- a) confermare la progressione della dilatazione
- b) valutare la stazione della parte presentata
- c) definire la posizione della parte presentata

Le visite successive avverranno -in presenza di regolare attività contrattile- all'incirca ogni tre ore. Nel caso in cui si abbia una significativa diminuzione dell'attività contrattile (definita non solo palpatoriamente ma anche dalla percezione soggettiva della donna o da un cambiamento nel suo atteggiamento: ad esempio sonno o aumento di ininteresse-interazione con l'ambiente circostante), la ritmicità delle visite sarà modulata tenendo conto dell'intervallo libero da contrazioni.

In presenza di attività contrattile valida, qualora la dilatazione cervicale risulti invariata a distanza di 3-4 ore dalla visita precedente, e tuttavia vi sia stata una regolare discesa della parte presentata senza alterazioni del BCF, è opportuno mettere in atto pratiche assistenziali di rilassamento della donna (bagno caldo, massaggi) o intervenire sulla situazione ambientale ed emotiva, favorendo l'espressione della donna e ricercando le migliori condizioni di benessere nella singola situazione. E' importante offrire alla donna il massimo sostegno, rispettando l'intimità della coppia e la libertà di espressione e di posizioni.

In presenza di attività contrattile valida, qualora la dilatazione cervicale risulti invariata a distanza di 3-4 ore dalla visita precedente e non vi sia stata una modificazione nella stazione della parte presentata, è opportuno valutare -se le condizioni locali lo consentono- l'indice di posizione.

Se le membrane sono integre e la dilatazione cervicale è inferiore ai 5 cm, la valutazione della posizione della parte presentata può essere difficoltosa: in questo caso non è opportuno lasciare trascorrere più di un'ora dalla messa in atto delle pratiche assistenziali sopramenzionate, per rivalutare la situazione. Qualora questa risultasse invariata è opportuno procedere al trasferimento, poiché l'eventuale inerzia uterina che frequentemente interviene come conseguenza di un lavoro muscolare prolungato, potrebbe non rispondere alle procedure correttive (amniorexi, ossitocina) messe in atto in ospedale.

E' fondamentale fare diagnosi di posizione a 5 cm di dilatazione cervicale, in presenza di membrane rotte, e comunque entro i 7 cm anche se le membrane sono integre. E' opportuno trasferire in ospedale le posizioni non di vertice (bregma, fronte, faccia).

Qualora le membrane si rompano spontaneamente prima del periodo espulsivo è necessario, oltre ad auscultare il BCF, valutare il colore e le caratteristiche organolettiche del liquido amniotico. Se il liquido non è limpido o è maleodorante, è indicato il trasferimento in ospedale.

La rottura artificiale delle membrane non ha alcuna indicazione nel parto domiciliare. Nei rari casi in cui viene effettuata la dilatazione della bocca uterina deve essere completa e la parte presentata profondamente impegnata.

Il trasferimento in ospedale è evidentemente indicato in caso di perdite ematiche rosso vivo, non chiaramente dipendenti dalla dilatazione cervicale.

E' consigliabile invitare la donna ad urinare ogni due ore, per evitare la sovradistensione della vescica a parte presentata profondamente impegnata, condizione che impedisce la minzione spontanea.

E' consigliabile invitare la donna a bere bevande di suo piacimento. Importanza particolare riveste la preparazione dell'ambiente, che deve permettere la maggior libertà di posizioni ed espressione, nonché il rispetto dell'intimità della donna e della coppia.

4. Assistenza al periodo espulsivo

4.1. Durata del secondo stadio

Convenzionalmente si fa coincidere l'inizio del periodo espulsivo con il raggiungimento della dilatazione completa: da un punto di vista funzionale tuttavia la dilatazione cervicale non coincide necessariamente con la sensazione di premito irrefrenabile per la donna.

L'eventuale intervallo -definito periodo di transizione- tra il raggiungimento della completa dilatazione cervicale e la percezione del premito può avere una durata di 60- 120 minuti; in questo caso è caratterizzato da una sensibile riduzione nell'intensità e frequenza delle contrazioni.

Tra il premito irrefrenabile -generalmente avvertito quando la parte presentata è al medio scavo- e la nascita, in presenza di una progressiva discesa della parte presentata e in assenza di alterazioni rilevanti del BCF, possono trascorrere due ore nella nullipara ed un'ora nella pluripara, tenuto anche conto della frequenza delle contrazioni.

E' opportuno evitare le continue esplorazioni vaginali per valutare la discesa della parte presentata. Tuttavia - qualora non si manifesti una distensione del perineo dopo un'ora di sforzi espulsivi nella nullipara e dopo trenta minuti nella pluripara- è opportuno effettuare una esplorazione vaginale per verificare la stazione della parte presentata. Se questa non ha ancora raggiunto il medio scavo è indicato il trasferimento in ospedale.

4.2 La posizione nel periodo espulsivo

Diversi trial clinici controllati hanno valutato i vantaggi ed i rischi relativi alla posizione verticale versus quella orizzontale in periodo espulsivo. Non si sono riscontrate differenze significative nella durata media del periodo espulsivo, nel ricorso a parti operativi vaginali e ad episiotomia. Sono invece risultati significativamente migliori con la posizione verticale gli esiti neonatali, in termini di punteggio di Apgar al primo minuto e ph del funicolo.

Gli studi che hanno utilizzato le sedie da parto hanno segnalato una maggiore incidenza di emorragie del postpartum, probabilmente attribuibile al difficoltoso ritorno venoso. La posizione di spinta accovacciata sembra determinare un aumento del diametro sagittale dell'egresso pelvico.

Tutti gli studi che hanno preso in considerazione la soddisfazione delle donne hanno dimostrato un maggior benessere tra le donne che avevano partorito in posizioni non litotomiche.

La diffusa tendenza a dirigere lo sforzo espulsivo della donna suggerendo spinte prolungate, può determinare una modesta riduzione nella durata del periodo espulsivo, ma compromette gli scambi gassosi materno-fetali.

E' opportuno invitare la donna a spingere assumendo liberamente diverse posizioni verticali, in particolare favorendo quella accovacciata nei casi di difficoltosa discesa della parte presentata e quella carponi per prevenire od affrontare la distocia di spalla.

Non è utile dirigere la tecnica di spinta della donna; in particolare è preferibile evitare sforzi espulsivi con manovre di Valsalva prolungate.

4.3 Controllo del BCF

In questa fase è opportuno valutare il BCF ogni una-due contrazioni per un minuto subito dopo la contrazione. L'eventuale comparsa di modeste alterazioni del BCF in corrispondenza con l'impegno della testa fetale - ovvero *decelerazioni variabili lievi/medie che si risolvono entro 10-15 minuti; un unico episodio di bradicardia lieve di durata non superiore ai 2-3 minuti*- non è necessariamente un segno di sofferenza fetale.

4.4 Assistenza al perineo

Non ci sono evidenze che documentino una riduzione nei traumi perineali con l'uso di manovre di sostegno del perineo. Le evidenze sugli effetti dei massaggi emmollienti sul perineo sono scarse e contraddittorie.

Gli studi clinici controllati condotti sull'episiotomia non hanno dimostrato che l'uso dell'episiotomia di routine riduca il rischio di danni perineali gravi, prevenga i traumi fetali o riduca il rischio di incontinenza urinaria da stress e il prolasso a distanza.

5. Procedure di assistenza al neonato

Gli studi clinici controllati disponibili non dimostrano sostanziali differenze in relazione al momento in cui si effettua il clampaggio del funicolo, salvo che in caso di rischio di isoimmunizzazione Rh, situazione in cui sembra opportuno ritardare il clampaggio del funicolo per minimizzare il rischio di trasfusione fetto-materna.

L'aspirazione delle secrezioni dall'orofaringe e dalle vie aeree del neonato è una manovra non priva di rischi, quali aritmie cardiache, laringospasmo, vasospasmo arterioso polmonare. Non trova giustificazione alcuna l'aspirazione gastrica di routine. Non sono disponibili studi clinici controllati che dimostrino l'efficacia dell'aspirazione profilattica in presenza di LA tinto nel prevenire la sindrome da aspirazione del meconio.

La somministrazione di vitamina K alla nascita è stata dimostrata efficace nel prevenire la malattia emorragica "classica" del neonato, quella cioè che si verifica 1-7 giorni dopo la nascita. La dose è di 1 mg i.m. oppure 2 mg per os. La somministrazione intramuscolo, ma non quella per os, sembra proteggere anche dalla malattia emorragica tardiva (1-3 mesi) che colpisce soprattutto i lattanti allattati al seno.

Non è opportuno effettuare sistematicamente, in particolare in presenza di liquido limpido, l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori. Tuttavia, qualora si ritenga necessaria la pulizia delle vie aeree superiori, è preferibile che questa avvenga prima del disimpegno delle spalle.

E' buona pratica effettuare il clampaggio del funicolo dopo qualche minuto dalla cessazione delle pulsazioni.

Eseguire la profilassi oculare prevista per legge entro le prime tre ore dalla nascita, preferibilmente nella terza ora, per non compromettere l'interazione visiva madre-bambino.

Eseguire la profilassi della malattia emorragica.

Organizzare la visita pediatrica a domicilio preferibilmente entro 12 ore dal parto.

Anticipare l'arrivo del pediatra in caso di peso inferiore ai 2500 gr o Apgar ≤ 7 al 5° minuto e in caso di liquido tinto, qualora non sia stato possibile il trasporto per l'imminenza del parto, o in qualsiasi altra situazione l'ostetrica lo ritenga opportuno.

Trasferire il neonato direttamente in ospedale in presenza di problemi respiratori, tremori persistenti o ipertermia (la temperatura interna di un neonato è tra i 37° e i 37,8°) o comunque in presenza di un Apgar ≤ 7 al 10° minuto.

6. Assistenza al secondamento

In media il secondamento avviene circa 30 minuti dopo la nascita. Fisiologicamente tuttavia la fuoruscita della placenta può avvenire anche 60-90 minuti dopo la nascita.

Diversi studi clinici controllati hanno dimostrato che la somministrazione profilattica di uterotonici riduce il rischio di emorragie del postpartum del 30-40 %. L'ossitocina è preferibile all'ergotamina, in quanto a parità di efficacia risulta avere meno effetti collaterali (ipertensione, vomito).

E' opportuno somministrare 10 u di ossitocina i.m. all'espulsione del feto.

L'entità della perdita ematica viene valutata quantitativamente usando sacchetti o bacinelle graduate, posizionati immediatamente dopo il parto. e la donna è Rh negativa, effettuare il prelievo del funicolo per il test di Coombs .

E' consigliabile attendere la fuoriuscita spontanea della placenta senza eseguire manovre di spremitura alla Credè o di trazione del funicolo per almeno un'ora. Dopo questo intervallo è opportuno attirare l'attenzione della donna sulla necessità di concludere il secondamento. Qualora questo non si sia verificato entro due ore dal parto è indicato il trasferimento in ospedale, anche in presenza di modestissime perdite ematiche.

E' opportuno predisporre un trasferimento in ospedale previo incannulamento di una vena

- a) in presenza di perdita ematica superiore ai 500 cc pre-secondamento , o superiore a 800 cc a secondamento avvenuto, qualora in presenza di atonia uterina non si ottenga l'immediata risposta alla somministrazione di uterotonici
- b) la perdita ematica sia attribuibile a ritenzione di membrane o di materiale placentare.

7. Altre indicazioni al trasferimento in ospedale

Presenza di una lacerazione vagino-perineale non suturabile a domicilio.

Ogni condizione della donna che necessiti, a giudizio dell'ostetrica, un'osservazione di almeno 12 ore.

8. Assistenza al postpartum

Dopo il parto, l'ostetrica trascorre 2 ore in osservazione della donna e del neonato. Allo scadere delle due ore, l'ostetrica controlla la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, nonché la perdita ematica e la presenza del globo uterino. Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di altre 2 ore, al termine delle quali rivaluta le condizioni materne. Qualora non vi sia stata una completa normalizzazione del parametro alterato, è opportuno considerare la possibilità di un trasferimento in ospedale. Per quanto riguarda il neonato, è opportuno controllare l'adattamento nelle prime ore: colorito, battito cardiaco, movimenti respiratori, suzione, tono muscolare, temperatura. Nel caso di uno o più parametri alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento.

9. Assistenza al puerperio

La somministrazione sistematica di uterotonici in puerperio per favorire l'evoluzione uterina, non ha alcuna base razionale. Inoltre, studi clinici controllati dimostrano che il loro utilizzo è associato a ipogalattia dovuta all'effetto sulla produzione di prolattina.

Non ci sono evidenze che dimostrano l'utilità dell'ossitocina in caso di ingorgo mammario. Per prevenire questa condizione è sufficiente non porre restrizioni alla frequenza delle poppate e posizionare correttamente il bambino al seno.

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente fino a 5-6 giorni dopo il parto, e comunque fino al 10° giorno. Vengono rilevati la temperatura, il polso, la pressione arteriosa lo stato dell'eventuale sutura, le caratteristiche delle lochiazioni ed il grado di involuzione uterina, la produzione del colostro e del latte materno, le condizioni locali del capezzolo, lo stato di salute globale della donna (riposo, alimentazione, ecc.). Qualora la donna sia RH negativa ed il neonato Rh positivo si esegue la profilassi con immunoglobuline anti D i.m. entro 72 ore dal parto.

Non è consigliabile la somministrazione sistematica di lassativi o di uterotonici in puerperio. Questi ultimi sono indicati solo nei rari casi di subinvoluzione uterina, sentito il parere medico.

E' inoltre compito dell'ostetrica verificare le condizioni del neonato nei giorni immediatamente successivi al parto: il calo fisiologico e la ripresa del peso, l'emissione di urina e di meconio/feci, la eventuale comparsa dell'ittero, la suzione, il ritmo sonno/veglia. Al quarto giorno (e comunque dopo l'assunzione di latte) è indispensabile eseguire il test di Guthrie.

I controlli neonatali vengono effettuati secondo modalità preventivamente concordate con il pediatra di riferimento. E' consigliabile programmare una seconda visita pediatrica al 5°-7° giorno di vita per valutare l'adattamento cardiocircolatorio ed identificare le possibili cardiopatie congenite non diagnosticabili nella prima visita

Allegato n° 1: Conduzione della rottura prematura delle membrane

1. Valutare le caratteristiche organolettiche del L.A.: colore , odore.
2. In presenza di liquido amniotico limpido e non maleodorante è ragionevole attendere a domicilio l'insorgenza del travaglio per 24 ore. In questo lasso di tempo è opportuno:
 - a) evitare le esplorazioni vaginale prima dell'insorgenza del travaglio
 - b) misurare la temperatura materna ogni 4 ore, controllare i M.A.F. ed il B.C.F.
 - c) se la parte presentata è extrapelvica è opportuno limitare la deambulazione ed invitare la donna a restare sdraiata fino a che non si sia verificato almeno il confronto della testa fetale allo stretto superiore.
3. se entro 24 ore dalla PROM insorge il travaglio, la permanenza a domicilio può protrarsi per altre 24 ore; a questo punto -se non si può prevedere che l'espletamento del parto avvenga al massimo entro le successive 12 ore- la donna viene trasferita in ospedale.
4. In caso di iperpiressia (temperatura superiore o uguale a 38°) o sospetto clinico di infezione intramniotica la donna sarà immediatamente trasferita in ospedale. Il trasferimento è indicato anche nel caso in cui la temperatura, pur non raggiungendo i 38°, aumenti di un grado nel corso dell'osservazione.

Allegato n°2: Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna

Nell'evenienza di una emorragia materna:

- a) identificare, se possibile, la causa : lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- b) nel caso di lacerazione vagino-perineale, suturare immediatamente, se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento (come segue)
- c) nel caso di lacerazione del collo uterino predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera (come segue)
- d) nel caso di perdita dal corpo uterino : 1.massaggiare l'utero qualora non sia contratto , 2. Verificare che la vescica sia vuota , 3. incannulare una vena per reintegrare la volemia con soluzione fisiologica 500cc. + 500 cc., con aggiunta di Syntocinon fino ad un massimo di 20 unità a secondamento avvenuto e 10 u prima del secondamento
- e) chiamare il 118 per avere l'ambulanza, possibilmente con a bordo un medico
- f) mettere la donna in posizione di Trendelenburg
- g) ai primi sintomi di shock (colorito pallido, sudorazione, tachicardia, pressione arteriosa in diminuzione, giramento di testa) somministrare Cortisone 1 gr., endovena, nell'attesa dell'arrivo dell'ambulanza
- h) accompagnare la donna durante il trasporto in ospedale

Allegato n.3: Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

(Ringraziamo il dott. Massimo Agosti, neonatologo, per la consulenza)

Alla nascita non lasciare che il bambino si raffreddi (asciugarlo, avvolgerlo in un panno caldo e asciutto, darlo alla madre) , lasciare che il cordone ombelicale continui a fornire al bambino ossigeno e glucosio.

Al primo minuto viene fatta la valutazione con indice di Apgar: se il bambino non ha iniziato gli atti respiratori, ma tutti gli altri parametri vanno bene (è tonico, è roseo o con le estremità cianotiche, è reattivo ed il cordone pulsa) praticare un massaggio gentile della pianta dei piedi e del dorso, dal basso verso l'alto

- a) aspirare le vie aeree superiori (cavo orale e faringeo, e poi le due fosse nasali: suzione breve, asettica e atraumatica), suzione dello stomaco solo se rigurgiti abbondanti o liquido tinto

Ricordiamo che nel neonato sano, a termine, normopeso, le manovre "gentili " di aspirazione sono lo stimolo sufficiente per l'inizio della respirazione.

Se con queste prime manovre il bambino non inizia a respirare e molto probabilmente anche altri parametri sono alterati (è ipotonico e/o cianotico/pallido e/o iporeattivo e/o il battito cardiaco è inferiore a 100), mentre la collega pre-allarma il 118, in rapida sequenza:

- a) posizionare correttamente il capo del neonato , estendendolo leggermente e sostenendo il mento con un telino assicurandosi che la lingua non sia retroposta (alcuni usano la cannula di Mayo)

- b) dare ossigeno ai polmoni per due/ tre minuti : con la respirazione bocca a bocca o con l'ambu pediatrico (mascherina adeguata a tenuta naso/bocca) una insufflazione ogni due-tre secondi, dando tempo ai polmoni di svuotarsi ed osservando l'espansione toracica bilaterale. Fare attenzione alla iper-ossigenazione se si usa l'ossigeno
- c) valutare la frequenza cardiaca con lo stetoscopio o palpando il cordone ombelicale
- Se la frequenza cardiaca è superiore a 100/min. e il neonato riprende colore ed inizia a respirare (30-60 atti respiratori/minuto) si può rimanere a domicilio, anticipando la visita pediatrica.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 100/min. ed il neonato non inizia a respirare spontaneamente:

- a) pratica il massaggio cardiaco : con due dita , il medio sovrapposto all'indice, provocando un'affossamento di mezzo centimetro della gabbia toracica, una compressione al secondo,
- b) controlla la frequenza cardiaca spontanea e alterna ventilazione e massaggio fino a che la frequenza cardiaca non arriva a 100/min.
- c) il primo segnale di ripresa è un gasping seguito da una respirazione spontanea

Se entro un minuto il bambino non riprende (frequenza cardiaca superiore a 100 e 30/60 atti resp./minuto)

- a) conferma il 118 per il trasporto neonatale d'emergenza, possibilmente con il medico a bordo
- b) continuare le manovre fino all'arrivo dell'ambulanza, impedendo che il neonato si raffreddi ed alternando ventilazione e massaggio
- c) quando si taglia il cordone ombelicale, lasciare una lunghezza di tre-quattro centimetri

Non abbandonate la speranza di recupero: il neonato è molto più forte di un adulto di fronte ad un'anossia acuta.

Allegato n° 4: Scheda di assistenza domiciliare
a cura di Marta Campiotti

Prima parte (da compilare alla visita della 38.ma settimana)

Sigla di riconoscimento donna.....	Gravidanza seguita dall'ostetrica.....dalla.... sett. e/o dal medico.....
Età	Parità Esito precedenti gravidanze
Istruzione	P.A:.....
Professione	Emoglobina..... Ematocrito..... Piastrine.....
Stato civile	Tampone vaginale.....
Note particolari	Peso fetale previsto.....
	Presentazione.....
	Livello della parte presentata.....

Barrare una sola casella:

- a) si può programmare il parto a domicilio
- b) non si può programmare il parto a domicilio perché.....
- c) esistono controindicazioni relative da verificare.....

Seconda parte: controlli successivi (solo se c'è qualcosa di rilevante)

Esclusione tra la 38° e la 42° settimana (prima dell'insorgenza del travaglio) per

- a) gestosi.....b) soff.fetale.....c) grav.protratta (specificare).....d) altro.....

Terza parte (da compilare dopo il parto)

Settimana gestazione.....	Ostetriche presenti al travaglio.....	al parto.....
Durata prodromico.....	durata travaglio	durata espulsivo.....
		secondamento.....

Peso neonato..... Presentazione.....Indice Apgar 5° min.....
Posizione parto..... Perineo (indicare se integro o grado di lacerazione).....
Perdita ematica.....
E' stato somministrato Syntocinon i.m. alla nascita?.....
Se P.R.O.M, travaglio insorto dopoore dalla P.R.O.M

Trasferimento in prodromico per:
a) mancata insorgenza travaglio dopo.....ore dalla P.R.O.M. c) distocia dinamica
b) liquido tinto d) sofferenza fetale
Provvedimenti in Ospedale.....

Trasferimento in travaglio per:
a) distocia dinamica b) distocia meccanica
c) sofferenza fetale d) liquido tinto
e) altro
Provvedimenti in Ospedale.....

Trasferimento in espulsivo per:
a) arresto progressione parte presentata b) inerzia uterina
c) sofferenza fetale d) altro
Provvedimenti in Ospedale.....

Trasferimento in postpartum per: con l'ambulanza?.....
a) ritenzione di placenta c)emorragia materna
c) distacco parziale placenta
Provvedimenti in Ospedale.....

Trasferimento neonato per:
a) Apgar inferiore a 7 a 10min..... c) basso peso (specif.).....
d) altro.....
Sono state necessarie manovre di rianimazione neonatale?.....Il trasferimento è avvenuto con l'ambulanza?.....
Provvedimenti in Ospedale.....
.....
.....

Quarta parte (da compilare ad una settimana dal parto)

Il neonato è allattato esclusivamente al seno?
Problemi insorti nella prima settimana che hanno richiesto l'ospedalizzazione:
del neonato (specificare).....
.....
.....
della donna (specificare).....
.....
.....

Stampato in proprio, luglio 2001
E' vietata ogni riproduzione, anche parziale, del presente lavoro.
Ogni abuso verrà punito a norma di legge