

MATERNITA' SICURA

**Guida Pratica
all'assistenza al parto fisiologico,
al parto naturale**

**Guida prodotta dall'Organizzazione Mondiale
Sanità che si basa sugli studi scientifici
Evidence based**

OMS Ginevra 96

Tradotto da Rosa Argento

MIPA Centro Studi

Indice

1 capitolo

Introduzione

1.4 Definizione di nascita naturale

1.5 scopo dell'assistenza la parto fisiologico
ruolo e compiti di chi assiste

2 capitolo

aspetti generali

2.1 valutare il benessere

2.2 procedure di routine

2.3 nutrizione

2.4 il luogo del parto

2.5 il sostegno durante il parto

2.6 il dolore in travaglio

2.7 monitoraggio del bambino durante il travaglio

3 capitolo

assistenza durante il travaglio

3.2 posizioni e movimento in travaglio

3.3 controlli e visite vaginali

3.4 monitoraggio della progressione del travaglio

3.5 prevenire travaglio lunghi

4 capitolo

assistenza nella fase espulsiva e nascita

4.1 fisiologia

4.2 fase espulsiva

4.3 sensazione di spinta

4.4 la spinta

4.5 durata della fase espulsiva

4.6 posizioni della madre

4.7 assistenza al perineo

5 capitolo

assistenza al secondamento, espulsione della placenta

Classificazione delle pratiche di assistenza per un parto fisiologico

INTRODUZIONE

Nonostante gli innumerevoli dibattiti e ricerche susseguitesi negli ultimi anni, il concetto di normalità nel travaglio e nel parto non si è né standardizzato né normalizzato.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un rapido incremento nell'uso di una serie di pratiche volte ad indurre, aumentare, accelerare, regolare, monitorizzare il processo fisiologico del travaglio, con lo scopo di migliorare i risultati per le madri ed i neonati, ed alcune volte a razionalizzare schemi di lavoro nella nascita istituzionale.

Nei paesi sviluppati, dove tale attività è ormai ampiamente diffusa, molti sono gli interrogativi.

Nel frattempo, i paesi in via di sviluppo stanno cercando di rendere accessibile a tutte le donne una sicura assistenza al parto. L'adozione acritica di una serie d'interventi inutili, prematuri, appropriati e necessari, tutti spesso poco valutati, sono un rischio cui vanno incontro molti di coloro che cercano di migliorare l'assistenza alla gravidanza.

Dopo aver dato una definizione al termine "parto naturale" questa relazione identifica le pratiche più comuni usate attraverso tutto il percorso travaglio /parto e cerca di stabilire alcune norme di buona condotta per l'assistenza fisiologica (non complicata) del travaglio e del parto.

Questa relazione tratta i problemi dell'assistenza al parto fisiologico senza curarsi dell'aspetto del livello d'assistenza. Le sue raccomandazioni su quegli interventi che sono o non sono necessari o che dovrebbero essere usati per sostenere i processi fisiologici della nascita non sono specifici a questo o quel paese.

Nel mondo numerose sono le diversità del luogo, del livello di assistenza e della tecnologia per un parto "fisiologico (spontaneo).

Questa relazione mira semplicemente ad esaminare i pro e i contro di alcune delle più comuni procedure, e di dare alcuni consigli basati sulle più fondate prove scientifiche disponibili, sul loro uso, per una corretta assistenza al parto spontaneo.

Nel 1985 l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), Regione Europea, l'Ufficio Regionale delle Americhe, insieme al Pan American Health Organization di Fortelera, Brasile, stabilì una serie di raccomandazioni basate su un'analogia serie di pratiche (WHO1985). Nonostante ciò, e nonostante l'importanza sempre più crescente dell'uso della medicina basata sulle prove (evidenza), molte di queste pratiche rimangono comuni, senza la dovuta considerazione della loro utilità per le donne ed i neonati. Questa è stata la prima volta che un'assemblea, costituita da esperti sul parto provenienti da ogni regione del WHO a livello mondiale, abbia avuto l'opportunità di chiarire, alla luce delle conoscenze attuali, quale sia il compito di tali pratiche nell'assistenza al parto spontaneo.

Dopo aver discusso le prove, il gruppo di lavoro ha classificato le sue raccomandazioni sulle procedure relative al parto spontaneo in 4 categorie:

- a) *Procedure che sono provatamente utili e che dovrebbero essere incoraggiate.*
- b) *Procedure che sono chiaramente dannose o inefficaci e che dovrebbero essere eliminate.*
- c) *Procedure di cui non esistono prove sufficienti per sostenerne una chiara raccomandazione, e che quindi dovrebbero essere usate con cautela fino a che ulteriori ricerche chiariscano il problema.*
- d) *Procedure che sono spesso usate in modo inappropriato.*

1.2 Background

Il primo punto da chiarire in questa relazione è quello del significato con cui l'espressione "parto naturale" è usata. E' importante essere precisi affinché si eviti di essere fraintesi.

Un'affermazione, più volte citata, conclude che "il parto può essere dichiarato normale solo in retrospettiva". Quest'opinione molto diffusa spinse gli ostetrici di molti paesi a concludere che l'assistenza durante il parto fisiologico dovesse essere simile all'assistenza nei parti complicati (operativi). Questo concetto reca in sé parecchi svantaggi:

- *ha il potenziale di trasformare un evento naturale/fisiologico in una procedura medica;*
- *interferisce con la libera scelta della donna sull'esperienza del parto, di come e dove viverla;*
- *porta ad interventi inutili e, a causa della necessità di mantenere un equilibrio economico, la sua applicazione richiede la concentrazione di un gran numero di donne in travaglio in ospedali tecnicamente ben attrezzati con i relativi costi.*

Con il fenomeno globale della crescente urbanizzazione, sempre più donne partoriscono in luoghi ostetricamente ben attrezzati, sia si tratti di parti fisiologici che di parti patologici. C'è la tendenza a trattare tutti i parti con la stessa routine, a quelle stesse modalità di livello d'intervento che esigono i parti patologici. Questo sfortunatamente provoca una vasta gamma di effetti negativi, alcuni dei quali con una serie d'implicazioni. Queste vanno da una vera e propria perdita di tempo, training e spreco di attrezzature richiesti dai metodi utilizzati, al timore da parte delle donne di chiedere l'assistenza a loro necessaria in quanto preoccupate dall'alto livello d'intervento. Queste procedure inutili possono nuocere alle donne ed ai loro bambini. L'opera del personale nei reparti di accettazione, può risultare non del tutto fruttuosa se la loro funzione di assistere donne molto malate, che necessitano di tutta la loro attenzione e competenza, è distolta dal mero numero di parti fisiologici che si presentano. A loro volta, tali parti fisiologici sono frequentemente trattati con "protocolli standardizzati" che trovano la loro giustificazione soltanto nell'assistenza dei parti patologici.

Questa relazione non è un'argomentazione a favore di nessun tipo di particolare luogo per la nascita, poiché essa riconosce una serie di posti appropriati, della cosa al centro di accettazione terziaria, secondo le disponibilità e la necessità. Essa mira semplicemente ad identificare quello che costituisce la giusta assistenza al parto fisiologico ovunque esso avvenga. Il punto di partenza per il buon esito di qualsiasi parto, la stima dei rischi, richiede un suo studio particolare, ma una breve introduzione a tale concetto è necessaria prima che siano discussi i vari elementi dell'assistenza al travaglio.

1.3

Una valutazione della necessità e di ciò che può essere chiamata "birthing potential" è fondamentale per una buona decisione da prendere per l'assistenza al parto e per l'inizio di ottime cure. Ciò che è conosciuto come "rischio d'approccio" ha prevalso su ogni decisione attinente al parto, al luogo, al tipo e all'assistenza per decenni (Enkin 1994).

Il problema di tutti questi sistemi è che sono stati le risultanti in un numero sproporzionatamente alto di donne categorizzate come "a rischio", favorendo così la possibilità concomitante di avere un alto livello d'intervento durante il parto.

Un ulteriore problema è che, nonostante la scrupolosa categorizzazione, il rischio di approccio fallisce notevolmente nell'identificazione di quelle donne che, in effetti, necessiterebbero d'assistenza per complicazioni. Analogamente molte donne definite "ad alto rischio" hanno poi parti perfettamente normali e uneventful.

Inoltre alcune forme di valutazione iniziale della probabilità per una donna di partorire normalmente sono pericolose per prevenire e/o identificare l'insorgenza di complicazioni e le decisioni da prendere per provvedere all'assistenza appropriata.

Pertanto questa relazione prende il via come la questione della valutazione della donna che intraprende il travaglio. La valutazione dei fattori a rischio inizia durante la cura prenatale. Questa può essere raggiunta in un modo molto semplice determinando l'età materna, l'altezza e la parità, chiedendo di eventuali complicazioni nella storia ostetrica quali ad esempio un precedente parto con feto morto o taglio cesareo, e cercando eventuali patologie nella gravidanza attuale quali pre-eclampsia, gravidanze multiple, emorragia e ante-partum, posizioni anormali o forte anemia (De Groot et al. 1993). La valutazione dei rischi può determinare differenze più estese tra i fattori individuali di rischio ed i livelli di cure (Nasah 1994).

Nei Paesi Bassi è stata ideata una lista d'indicazioni mediche per una cura più specialistica che fa una distinzione fra rischio basso, medio ed alto (Treffers 1993). In molti paesi ed istituti dove viene fatta una distinzione tra gravidanza a basso rischio ed ad alto rischio, sono in uso liste comparabili.

L'efficacia di un sistema di segnalazione dei rischi, viene stimata in base alla capacità di distinzione fra donne ad alto e a basso rischio, cioè della sua sensibilità, specificità, il suo valore predittivo, positivo e negativo (Rooney 1992). E' difficile ottenere cifre esatte dell'esecuzione discriminatoria dei rischi, di questi sistemi di sondaggio, ma dai resoconti disponibili possiamo giungere alla conclusione che, una distinzione ragionevole tra gravidanza a basso ed ad alto rischio si può fare nei paesi sviluppati ed in via di sviluppo (Van Alten et al. 1989, De Groot et al. 1993). Il definire il rischio ostetrico da demografici quali la parità o l'altezza materna ha una scarsa specificità e quindi scarsi risultati in molti parti non complicati considerati ad alto rischio.

La specificità delle complicazioni nella storia ostetrica o nella presente gravidanza è molto più alta. Comunque anche l'alta qualità delle cure prenatali ed un'accurata valutazione dei rischi non possono essere sostitutivi di un'adeguata sorveglianza della madre e del feto durante il travaglio.

La valutazione dei rischi non è un'unica e sola misura, ma una procedura continua durante tutta la gravidanza ed il travaglio. In ogni momento complicazioni precoci possono divenire evidenti e possono portare alla decisione di rimettere la donna ad un livello di cura più alta.

Durante la cura prenatale si dovrebbe stilare un programma, alla luce della valutazione che identifichi dove e chi assisterà il travaglio. Questo programma dovrebbe essere preparato con la donna gravida, e fatto conoscere al suo partner.

In molti paesi viene consigliato di far conoscere il programma anche alla famiglia, in modo che possa essere coinvolta nelle decisioni più importanti. In società dove viene praticata la confidenzialità prevalgono altre regole: la famiglia può essere informata solo dalla donna stessa.

Il programma dovrebbe essere disponibile al momento dell'inizio del travaglio. Si potrà procedere allora ad un'eventuale rivalutazione dello stato di rischio, incluso un esame fisico per valutare il benessere materno e fetale, la posizione e presentazione del bambino e gli eventuali segni di travaglio che si presentano. Se non si è fatta alcuna cura prenatale, una valutazione del rischio dovrebbe essere fatta al momento del primo contatto con l'assistente al travaglio. Il travaglio a basso rischio inizia tra la 37^a e la 42^a settimana compiuta. Se non vengono identificati dei fattori "patologici" il travaglio può considerarsi a basso-rischio.

1.4 Definizione di nascita normale (naturale)

Quando si vuole dare una definizione di una nascita naturale si devono considerare 2 fattori: lo stato di rischio della gravidanza ed il decorso del travaglio e del parto. Come già discusso, il valore predetto del punteggio di rischio è lontano dall'essere il 100% - una donna che all'inizio del travaglio è a basso rischio può avere un parto complicato. D'altro canto, molte donne ad alto rischio alla fine hanno un parto fisiologico. In questa relazione l'obiettivo primario è un ampio gruppo di gravidanze a basso rischio.

Si definisce normale quel parto che:

inizia spontaneamente e che si mantiene tale durante tutto il travaglio ed il parto. Il bambino nasce spontaneamente, in posizione di vertice tra la 37^a e la 42^a settimana compiuta di gravidanza. Dopo la nascita madre e figlio sono in buone condizioni.

Comunque, poiché il travaglio ed il parto di molte donne ad alto rischio hanno poi un decorso normale molte delle raccomandazioni contenute in questo lavoro si riferiscono, o alla cura anche di queste donne.

Secondo questa definizione quante nascite possono considerarsi normali? Questo dipenderà ampiamente dalle valutazioni, rischio regionali e locali ed agli indici di riferimento. Gli studi sulla "assistenza alternativa al parto" nei paesi sviluppati mostrano un indice di riferimento medio durante il travaglio del 20%, mentre un numero pari di donne è stato dimesso durante la gravidanza. Alle donne multipare gli indici di riferimento sono più bassi rispetto alle nullipare (Mac Vicar et al.1993, Hundley et al.1994, Waldenstrom et al.1996). In questi studi la valutazione del rischio è di solito accurata, il che significa che molte donne finiranno con l'aver un decorso di travaglio normale vengono rimesse. Generalmente il 70/80% delle gravide possono essere considerate a basso rischio all'inizio del travaglio.

1.5 Scopo dell'assistenza al parto fisiologico - Compiti dell'assistente

Scopo dell'assistenza è quello di avere una madre ed un figlio sano con il minimo livello possibile d'intervento compatibilmente con la sicurezza.

Tutto ciò implica che:

in un parto naturale per interferire sul processo naturale ci deve essere un valido motivo

- I compiti dell'assistente sono quattro:
- sostegno alla donna, al suo partner e alla sua famiglia durante il travaglio, il parto ed il periodo del puerperio;
- osservazione della donna durante il travaglio, monitorizzare le condizioni fetali e le condizioni del bambino dopo la nascita, valutazione dei fattori di rischio, diagnosi precoce di eventuali problemi;
- effettuare interventi minori, se necessari, quali l'amniotomia e l'episiotomia, cura del bambino dopo la nascita;
- rimandare ad un livello più alto di cura se compaiono fattori di rischio o complicazioni che possano giustificare tale rimando.

Con questa descrizione si presume che rimandare ad un più alto livello di cura possa avvenire facilmente. In molti paesi ciò non è possibile; allora sono necessarie alcune regole speciali per far sì che gli assistenti possano eseguire questi compiti di "salvataggio". Questo implica ulteriore pratica ed un adeguamento della legislazione per sostenere gli assistenti in questi compiti. Implica anche accordo tra gli assistenti riguardo alle loro responsabilità (Kwast 1992, Fathalla 1992)

1.6 L'assistente al parto naturale

L'attendente dovrebbe essere in grado di adempiere a quei compiti dell'assistente, come formulata prima. Lei/lui dovrebbe avere un addestramento appropriato e una serie di conoscenze d'ostetricia adatte al livello di servizio. Almeno queste dovrebbero permettere all'assistente di valutare complicazioni, effettuare l'osservazione della madre e monitorizzare le condizioni del feto e del bambino dopo la nascita. L'attendente alla nascita dovrebbe essere in grado di eseguire interventi essenziali di base e prendersi cura del bambino dopo la nascita. Lei/lui dovrebbe essere in grado di dare un livello d'assistenza più alta a donne e bambini qualora insorgano complicazioni che richiedono interventi che vanno oltre le sue competenze. Ultimo ma non meno importante,

l'attendente alla nascita dovrebbe avere la pazienza e l'attitudine necessaria per sostenere la donna e la sua famiglia. Dove è possibile, l'assistente dovrebbe mirare a provvedere un'assistenza continua durante la gravidanza, il parto ed il periodo post-partum, se non personalmente mediante un'accurata organizzazione dell'assistenza.

Molti sono i professionisti che possono adempiere a tali compiti:

Ginecologo-ostetrico: questi professionisti sono certamente capaci di occuparsi degli aspetti tecnici dei vari compiti dell'assistente. Fortunatamente essi possiedono anche l'accurata attitudine richiesta. Generalmente i ginecologi-ostetrici devono dedicare tutta la loro attenzione a quelle donne ad alto rischio e alla cura di complicazioni serie. Essi sono normalmente responsabili della chirurgia ostetrica. In molti paesi specialmente in quella parte del mondo in via di sviluppo, il numero di ostetrici è limitato e questi non sono distribuiti equamente, in maggioranza operano nelle grandi città. La loro responsabilità di controllo delle complicazioni maggiori non lascia loro molto tempo per assistere e sostenere la donna e la sua famiglia per la durata di un travaglio e un parto naturale.

Medico generico: la preparazione teorico-pratica d'ostetricia di questi professionisti varia ampiamente. Certamente vi sono medici ben preparati che sono in grado di eseguire i compiti dell'assistente per le cure ostetriche primarie di un parto naturale. Comunque per i medici generici l'ostetricia occupa un posto minore nella loro preparazione e nelle loro mansioni giornaliere, e pertanto è difficile conservare la pratica e mantenersi aggiornati. I medici generici operanti nei paesi in via di sviluppo dedicano spesso molto del loro tempo all'ostetricia e sono così abbastanza pratici (esperti), ma dovrebbero fare più attenzione alla patologia ostetrica che al parto naturale.

Ostetrica: la definizione internazionale di OSTETRICA secondo il WHO, l'ICM (Confederazione Internazionale delle Ostetriche) e la F.I.G.O. (Federazione Internazionale degli Ostetrici e Ginecologi) è abbastanza semplice: *se il programma educativo è riconosciuto dal governo il quale autorizza l'ostetrica ad esercitare, quella persona è un'ostetrica* (Peters 1995). Generalmente lei/lui è un'assistente competente d'ostetricia, preparata soprattutto per l'assistenza durante il parto fisiologico. Comunque ci sono grandi variazioni tra i paesi con riferimento per quel che riguarda la formazione ed i compiti delle ostetriche. In molti paesi industrializzati le ostetriche operano negli ospedali sotto la sorveglianza dei ginecologi. Questo di solito significa che l'assistenza al parto naturale è una parte dell'assistenza nell'intero reparto ostetrico, e pertanto è soggetta alle stesse regole e disposizioni, con una distinzione minima tra gravidanze ad alto e basso rischio.

L'effetto della Distinzione internazionale di Ostetrica è quella di riconoscere che esistono differenti programmi educativi d'ostetricia. Questi includono la possibilità di praticare l'esercizio della professione senza alcuna precedente qualifica di infermiere, "entrata diretta" come è ampiamente noto. Questo modello di "formazione" esiste in molti paesi, e sta incontrando un enorme consenso, sia dei Governi sia delle aspiranti ostetriche (Radford e Thompson 1987). L'entrata diretta ad un corso d'ostetrica, con la comprensiva formazione in ostetricia e le materie ad esso relativa quali pediatria, pianificazione familiare, epidemiologia ecc, è stata riconosciuta essere sia economica sia efficace e concentrata specialmente sulle necessità delle donne gravide e dei loro neonati. Ma molto più importante che qualsiasi tipo di preparazione alla pratica offerta da qualsiasi governo è la competenza dell'ostetrica e la sua abilità di agire indipendentemente e con molta decisione.

Per questi motivi è di vitale importanza assicurare che ogni programma d'ostetricia salvaguarda e promuove la capacità dell'ostetrica di portare a termine parti, appurare i

rischi e, dove c'è necessità, di affrontare le complicazioni della nascite, quando queste insorgono (Kwast 1995, Peter 1995, Treffers 1995). In molti paesi in via di sviluppo l'ostetrica opera spesso sia nella comunità nei centri di salute sia negli ospedali senza alcun sostegno ispettivo. E in molti paesi del mondo si stanno facendo degli sforzi per promuovere l'allargamento delle competenze delle ostetriche, incluse le tecniche di salvataggio (Kwast 1992, Otteir 1996)

Personale ausiliario e T.B.A. preparati (assistenti tradizionali al parto):

Nei paesi in via di sviluppo che hanno necessità di personale sanitario ben preparato, l'assistenza nei villaggi e nei centri di salute è affidato a personale ausiliario, quali infermieri (ostetriche ausiliari, ostetriche di villaggi o T.B.A. preparati (Ibrahim 1992, Alisjelahane 1995).

Ciò è in alcune circostanze inevitabile. Queste persone sono almeno in parte preparate e molto spesso sono l'asse portante dei servizi materni nelle periferie. Gravidanza e travaglio potrebbero migliorare molto utilizzando questi servizi, specialmente se controllate da ostetriche ben preparate (Kwast 1992). Comunque per adempiere a tutta la serie dei compiti dell'assistente descritti sopra, la loro preparazione è spesso insufficiente, e visto il loro "background" la loro pratica è influenzata da forti norme culturali e tradizionali che possono impedire l'efficacia della loro preparazione. Non di meno, dovrebbe essere noto che è proprio questa chiusa identificazione culturale che fa sì che molte donne preferiscano queste come assistenti al parto, soprattutto nelle zone rurali (Okafor e Rizzuto 1994, Jaffre e Pruel 1994).

Da quanto detto sembra che l'ostetrica sia la più appropriata assistente sanitaria cui affidare la cura di una gravidanza e di un parto naturale, inclusa la valutazione di rischio e l'identificazione di complicazioni. Le raccomandazioni accolte dall'Assemblea Generale del XIII congresso mondiale della F.I.G.O. a Singapore nel 1991 sono le seguenti:

Affinché siano resi più accessibili alle donne più bisognose, ciascuna funzione dell'assistenza materna dovrebbe essere eseguita a livello più periferico possibile e sicuro.

Affinché si faccia il miglior uso delle risorse umane disponibili, ciascun compito dell'assistenza alla maternità, dovrebbe essere eseguito da persone, anche se non molto preparate, ma in grado di fornire quell'assistenza efficace in modo sicuro.

In molti paesi, ostetriche e assistenti, collocati in piccoli centri sanitari, hanno bisogno di un più alto livello di sostegno se si vuole che l'assistenza alla maternità sia fornita efficacemente alla comunità

Questi consigli si rivolgono all'ostetrica quale basilare fornitrice d'assistenza sanitaria d'ostetrica, d'assistenza nei piccoli centri, nei villaggi e a casa, e forse anche in ospedale (WHO 1994).

Le ostetriche sono le più appropriate fornitrici della primaria assistenza sanitaria in un parto naturale ma in molti paesi sviluppati ed in via di sviluppo, le ostetriche sono del tutto assenti o presenti solamente negli ospedali più grandi dove sono utilizzate quali assistenti dei ginecologi.

Nel 1992 fu pubblicato nel Regno Unito il rapporto sui servizi materni dell'House of Commons Health Committee. Tra le altre cose, esso raccomandava che le ostetriche dovessero supportare e assumersi la piena responsabilità delle donne affidate alle loro cure, inoltre le ostetriche avrebbero dovuto avere l'opportunità di costituire e dirigere delle Unità ostetriche guidate dentro e fuori gli ospedali (House of Commons 1992).

A questa relazione seguì quella dell'Expert Maternity Group denominata "Cambiare il Parto" (Department of Health 1993) contenente quasi le stesse raccomandazioni. Questi documenti sono il primo passo verso un'incremento dell'indipendenza professionale delle ostetriche nel Regno Unito.

In alcuni paesi europei le ostetriche sono pienamente responsabili per l'assistenza a gravidanza e parto naturale, sia a casa sia in ospedale. Ma in molti altri paesi europei e negli USA tutte le ostetriche (se presenti) operano negli ospedali sotto la sorveglianza del ginecologo.

In molti paesi in via di sviluppo l'ostetrica è considerata la persona chiave per provvedere all'assistenza della maternità (Mati 1994, Chintu & Susu 1994).

Comunque non è sempre così, infatti, alcuni paesi devono fronteggiare la scarsità di ostetriche.

Specialmente in America Latina, le scuole d'ostetricia sono state chiuse con la convinzione che i medici avrebbero potuto assolvere tutti i compiti. In alcuni paesi il numero di ostetriche sta diminuendo e quelle presenti sono mal distribuite: la maggior parte lavora negli ospedali in città e non nelle aree rurali dove vive l'80% della popolazione e di conseguenza dove esistono i maggiori problemi (Kwast & Bentley 1991, Kwast 1995).

La raccomandazione è di intensificare la formazione e di collocare le scuole di formazione in aree più accessibili a donne e uomini provenienti da zone rurali che sicuramente preferirebbero rimanere nella comunità di provenienza. La preparazione dovrebbe essere fatta secondo le esigenze della comunità in cui le ostetriche dovranno poi operare. Queste dovrebbero essere in grado di identificare eventuali complicazioni che richiedono consulto, ma se un'eventuale necessità di cure maggiori sia difficile da attivare, le ostetriche dovrebbero essere in grado di eseguire tutti gli interventi salva vita.

CAPITOLO 2

ASPETTI GENERALI DELL'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO

2.1 Valutare il benessere della donna durante il travaglio

Là dove il travaglio insorge spontaneamente è la stessa donna ad iniziare la sua assistenza o col mandare a chiamare il suo attendente la nascita o col dare disposizioni per un suo ricovero presso un centro sanitario. La responsabilità dell'assistente di assicurare le cure più appropriate all'inizio del travaglio è stata già menzionata e dell'importanza del sostegno durante il travaglio sarà discussa in seguito.

Dovunque avvenga il parto, lo stabilirsi di un buon rapporto tra la donna ed il suo assistente è di vitale importanza, sia che prima si siano conosciuti o no. A qualità dell'accoglienza data ad una donna che chiede cure determinerà il livello di fiducia che lei e la sua famiglia riporranno nell'assistente. Durante il travaglio ed il parto si deve valutare regolarmente il benessere fisico e psichico della donna. Questo significa misurare la temperatura, il polso e la pressione sanguigna, controllare la diuresi, valutare il dolore e la necessità di aiuto. Si dovrebbe mantenere questo controllo fino alla conclusione del processo di nascita.

La valutazione dello stato di benessere della donna comprende anche l'attenzione alla privacy durante il travaglio, rispettando la sua scelta delle persone che vuole vicino ed evitando la presenza di persone non necessarie nella stanza.

2.2 Procedure di routine

La preparazione al parto all'entrata in ospedale o nei centri di salute include alcune procedure di routine quali la misurazione della temperatura, del polso e della pressione sanguigna, un clistere e la depilazione della zona pubica.

Le prime 3 procedure, prendere e annotare la temperatura il polso e la pressione sanguigna, possono avere delle implicazioni con il risultato finale del parto, possono influenzare lo svolgimento del travaglio. Queste procedure di routine non dovrebbero mai essere dimenticate anche se dovrebbero essere introdotte e spiegate alla donna e al suo partner. Misurare la temperatura ogni 4 ore, secondo il partograph della WHO, è importante in quanto un rialzo della temperatura potrebbe essere un primo segnale d'infezione, di conseguenza si può intervenire tempestivamente soprattutto in caso di un travaglio prolungato e di rottura delle membrane, questo può prevenire la sepsi. Misurare la pressione agli stessi intervalli è un importante controllo dello stato di benessere materno. Un improvviso rialzo della pressione può indicare la necessità di accelerare il parto o trasferire la donna ad un più alto livello d'assistenza.

I clisteri sono ancora molto usati in quanto si pensa che stimolino le contrazioni uterine e perché un intestino vuoto permette alla testa di scendere. Inoltre si crede che essi riducano le contaminazioni e quindi le infezioni di madre e figlio. In ogni caso sono fastidiosi e comportano dei rischi di danni all'intestino.

Anche se alcune donne ne fanno richiesta, molte li reputano imbarazzanti. Da due saggi controllati per caso (Romney & Gordan 1981; Drayton & Rees 1984) è emerso che con l'uso del clistere, il grado di contaminazione fecale non è preoccupante durante il primo stadio del travaglio, ma ridotto durante il parto. Senza il clistere la contaminazione è molto lieve e più facilmente rimovibile rispetto alla contaminazione dopo un clistere.

Non sono state riscontrati effetti sulla durata del travaglio o sulle infezioni neonatali o delle ferite perineali.

Si presume che la depilazione pubica (Johnstan & Sidall 1992, Kantor et al 1965) riduca le infezioni e faciliti la saturazione ma non esiste prova che possa sostenere ciò. Le donne provano disagio quando i peli ricrescono ed il rischio d'infezione non è ridotto. L'uso di routine può anche incrementare il rischio di infezioni da HIV e da virus dell'epatite sia nell'assistente sia nella donna.

In conclusione, la misurazione della temperatura, del polso e della pressione sanguigna più che interventi sono delle osservazioni che fanno parte del continuo controllo durante il travaglio. Hanno però un posto di rilievo nell'assistenza in quanto una loro variazione può cambiare il corso della cura di qualsiasi nascita particolare.

2.3 Nutrizione

Diversi sono i punti di vista sulla nutrizione durante il parto da una parte all'altra del mondo. In molti paesi industrializzati (sviluppati) il timore di eventuale aspirazione dei contenuti gastrici durante un'anestesia generale (sindrome di Mendelson) continua a giustificare la regola del niente bere o mangiare durante il travaglio. Per molte donne in travaglio quello del "niente cibo" non è un problema in quanto in ogni modo non hanno voglia di mangiare durante il travaglio, anche se molte sentono un disperato bisogno di bere. Nei paesi in via di sviluppo sono invece le tradizionali credenze che non permettono cibo e liquidi alle donne in travaglio.

Il timore che il mangiare ed il bere durante il travaglio possano far rischiare alle donne un eventuale rigurgito di contenuti gastrici, è serio. Comunque una restrizione alimentare durante il travaglio non garantisce una riduzione dei contenuti gastrici (Crawford 1956, Taylor & Pryse, Daves 1966, Roberto & Shirley 1976, Tettambel 1983, McKay & Mahn 1988).

Numerosi studi sui metodi per ridurre i contenuti gastrici o l'acidità del contenuto, sia con mezzi farmacologici sia con una restrizione alimentare non sono stati in grado di stabilire l'effetto positivo al 100% di nessun metodo specifico. La gamma dei valori PH è stata ampia e pertanto, come conclude un ricercatore, non si può fare affidamento sulla somministrazione di antiacidi, di routine durante il travaglio, per prevenire la sindrome di Mendelson né tantomeno ciò ha effetto sul volume dei contenuti gastrici.

Il rischio di rigurgito è associato al rischio di un'anestesia generale. Poiché non esiste alcuna garanzia contro la sindrome di Mendelson, un corretto approccio al parto naturale dovrebbe includere una stima di un eventuale rischio di anestesia generale. Una volta categorizzata la nascita a basso rischio, potrà essere trattata senza la somministrazione di antiacidi.

Il travaglio richiede una gran quantità di energia. Poiché la durata del travaglio e del parto non può essere predetta, le fonti di energia devono essere reintegrate per assicurare il benessere fetale e materno. Una severa restrizione alimentare può provocare disidratazione e chetosi. Questo viene comunemente evitato con un'infusione intravenosa di glucosio e fluidi. Gli effetti sulla madre di questa pratica sono stati valutati in una serie di studi:

(Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarpow-Wordi et al 1981, Mlawrence et al.1982).

L'aumento dei livelli medi di siero, glucosio sembra accompagnato ad un aumento dei livelli d'insulina materna (e ad una riduzione dei livelli medi 3-hydroxybutyrate). Questo ha come conseguenza anche un incremento dei livelli di glucosio plasmatico nel bambino e un calo del PH sanguigno nell'arteria ombelicale. Si può verificare un'iparinsulinemia nel feto se la donna riceve più di 25 grammi di glucosio intravenoso durante il travaglio. Questo può avere come conseguenza un'ipoglicemia neonatale e un incremento dei livelli di sangue "lactate". L'uso eccessivo di soluzioni intravenose prive di sale può portare ad una "iponatremia" sia nella madre sia nel bambino.

Le suddette complicazioni, soprattutto disidratazione e chetosi, possono essere prevenute offrendo liquidi pastosi leggeri durante il travaglio. Le infusioni intravenose di

routine interferiscono con il processo naturale e impediscono libertà di movimento alla donna. Anche la profilattica routine della cannula intravenosa sollecita interventi inutili. Nei parti in casa non viene attivata alcuna specifica terapia, niente uso di antiacidi né tanto meno la restrizione di cibo o liquidi. Alcune volte le donne vengono avvisate che mangiare e bere durante il travaglio può causare loro nausea, ma essendo nella loro casa non c'è controllo su ciò che esse mangiano o bevono. Quando le donne decidono di mangiare di solito, mangiano cose leggere facilmente digeribili. Lasciano da parte istintivamente i cibi e le bevande pesanti. Si può affermare con sicurezza che per un parto naturale a basso rischio non c'è alcun bisogno di restrizione di cibo. Comunque sarebbe necessaria una più attenta trattazione per determinare se gli effetti degli interventi sulla nutrizione materna durante il travaglio non siano peggiori dei rischi della sindrome di Mendelson. E molti sono gli interrogativi che rimangono irrisolti quali: è stata mai fatta un'indagine su un travaglio a stomaco pieno? C'è qualche differenza tra mangiare e bere un poco e non farlo del tutto? Esistono dati sugli effetti della restrizione di cibo e liquidi durante il travaglio in quei paesi in via di sviluppo dove non ci sono i mezzi per sostituire la perdita di energia durante un travaglio prolungato? In conclusione la nutrizione è un soggetto di grande importanza e allo stesso tempo di enorme varietà. Il modo corretto per accostarsi è quello di non interferire col desiderio della donna di mangiare e bere durante il travaglio e il parto, poiché durante un parto naturale non si dovrebbe MAI interferire col suo processo naturale, tranne che per motivi molto validi. In ogni caso sono così tanti i timori e le routine duri a morire in tutto il mondo, che ognuno dovrebbe essere trattato a sé in un modo diverso.

2.4 Luogo di nascita

Il luogo di nascita ha qualche impatto sul decorso del travaglio e del parto?

Negli ultimi vent'anni non si è fatto altro che cercare una risposta a questa domanda (Campell & Mcfarlane 1994). Quando in molti paesi sviluppati il travaglio si trasformò da processo naturale in una procedura controllata, il luogo del parto cambiò: infatti, da casa si spostò in ospedale. In quel momento si è perso anche molto del suo valore umano. Il dolore era alleviato farmacologicamente e le donne erano lasciate sole per lungo tempo, poiché comunque erano come assopite; erano monitorate attentamente da lontano. Era l'esatto opposto dello spettro di quelle parti del mondo dove meno del 20% delle donne avevano accesso a qualsiasi tipo di centro per nascite. Per loro il parto domiciliare non era una scelta ma era virtualmente inevitabile, per le più svariate ragioni che andavano da quelle economiche a quelle culturali incluse quelle geografiche (Mbizuo et al. 1993, Onwudiego 1993, Smith 1993). Il richiamo ad un ritorno al processo naturale, in molti paesi industrializzati, ha fatto riaprire le sale parto ai padri e ad altri membri di famiglia, ma il luogo è rimasto lo stesso: l'ospedale.

Alcuni ospedali hanno fatto molti sforzi per installare sale parto familiari che hanno accresciuto la soddisfazione materna e ridotto l'indice dei traumi perineali, riducendo così il desiderio di cambiare il luogo di nascita per un prossimo parto, ma studi casuali non hanno riscontrato alcun effetto sull'uso d'analgesia epidurale, parti operativi (forcipe) e tagli cesarei (Klein et al 1984, Chapin et al 1986). Questi studi s'interessavano principalmente più dell'attrattiva del reparto travaglio che del cambiamento essenziale dell'assistenza; ma a quanto pare questo non è sufficiente per migliorare la qualità d'assistenza ed i risultati ostetrici.

Altri studi hanno provato che una donna a basso rischio, durante la nascita del suo 1° figlio in un ospedale universitario poteva essere assistita da 16 persone durante 6 ore di travaglio e tuttavia essere lasciata sola per la maggior parte del travaglio (Hodnett & Osborn 1989). Le procedure di routine, sebbene inconsuete, la presenza di estranei, l'essere lasciata sola durante il travaglio e/o parto hanno causato stress, e lo stress può interferire con il processo del parto prolungandolo e provocando ciò che è stato descritto come "cascata d'interventi".

Il parto a casa non è mai una pratica adottata con la stessa frequenza nelle varie parti del mondo. Con la diffusa istituzionalizzazione del parto dagli anni '30 scomparve la scelta del parto a casa in molti paesi sviluppati, anche laddove non fu vietato.

Il sistema d'assistenza ostetrica nei Paesi Bassi, dove più del 30% delle donne partorisce a casa, è un caso eccezionale fra i paesi sviluppati (Van Alten et al. 1989, Treffers et al. 1990). D'altra parte, in molti paesi in via di sviluppo, l'enorme distanza fra le donne ed i centri sanitari fanno del parto in casa l'unica scelta possibile.

Sebbene la valutazione dei rischi possa essere fatta appropriatamente da ben addestrati assistenti al parto, il loro consiglio circa il luogo per il parto, dato in seguito a tale valutazione, non sempre viene ascoltato. Sono molti i fattori che allontanano le donne dai centri sanitari di un certo livello. Questi includono i costi del parto ospedaliero, pratiche sconosciute, le attitudini improprie dello staff, le restrizioni circa la presenza della famiglia durante il parto e la necessità molto frequente di ottenere il permesso da altri membri della famiglia, soprattutto maschili, prima di richiedere l'assistenza istituzionale (Brieger et al. 1994, Paolisso & Leslie 1995). Spesso donne ad alto rischio non si sentono male e non mostrano segni di malattie, perciò partoriscono a casa assistite da un membro della famiglia o da una vicina o da un T.B.A. (Kwast 1995).

In ogni modo per un adeguato parto a casa, sono necessari alcuni preparativi essenziali. L'assistente al parto deve assicurarsi che ci sia a portata di mano dell'acqua pulita e che la stanza in cui avviene il parto sia calda. E' necessaria un'accurata pulizia delle mani. Panni o tovaglie calde devono essere pronte per avvolgere il bambino e mantenerlo caldo. Ci deve essere almeno qualche kit sterile come raccomandato dal WHO in modo da creare un posto il più possibile asettico per il parto e per curare adeguatamente il cordone ombelicale. Inoltre è necessario avere a disposizione un mezzo di trasporto per eventuali complicazioni. In termini pratici ciò significa che sono necessarie partecipazione comunitaria e fondi per permettere l'organizzazione del trasporto per le emorragie in quei posti dove il trasporto è un problema.

In alcuni paesi sviluppati sono stati costituiti dei centri parto dentro e fuori gli ospedali dove donne a basso rischio possono partorire in un'atmosfera "casalinga" con una cura primaria, di solito assistite da ostetriche. In molti di questi centri non vengono usati monitoraggi fetali elettronici, non viene praticata l'accelerazione del travaglio e l'uso d'analgesici è minimo. Una relazione molto esauriente sui centri di nascita negli USA descrive l'assistenza nei centri di nascita alternativi dentro e fuori gli ospedali (Rooks et al 1989). Studi effettuati su donne assistite da ostetriche in ospedali in Gran Bretagna, Australia e Svezia hanno dimostrato un più alto grado di soddisfazione che con l'uso dell'assistenza standard. Il numero degli interventi era generalmente più basso, soprattutto per quel che riguardava l'analgesia, l'induzione e l'incremento del travaglio.

Il risultato ostetrico non differiva molto, sebbene da alcune ricerche fosse emerso un tasso di mortalità prenatale lievemente più alto nei casi d'assistenza condotta da ostetriche (Flint et al. 1989, Mc Vicar et al. 1993, Waldenstrom & Nilsson 1993, Hundley et al. 1994, Rowley et al. 1995, Waldenstrom et al. 1996)

In alcuni paesi sviluppati l'insoddisfazione per l'assistenza ospedaliera portò dei piccoli gruppi di donne e di assistenti a praticare il parto in casa con una collocazione alternativa, spesso più o meno in contrasto col sistema ufficiale di cura. Scarsi sono comunque i dati statistici relativi. I dati raccolti da uno studio australiano hanno messo in evidenza che la selezione delle donne gravide a basso rischio non ebbe molto successo. Nei parti programmati a casa il numero dei trasferimenti in ospedale e l'indice di interventi ostetrici era basso. Anche il tasso di mortalità prenatale e quello di morbosità neonatale era basso, mentre non vennero forniti dati sui fattori prevenibili (Bastian & Lancaster 1992).

L'Olanda è un paese progredito, con un sistema ufficiale di "parto casalingo". L'incidenza dei parti in casa è considerevolmente diversa da regione a regione anche nelle grandi città. Uno studio condotto sulla mortalità prenatale ha mostrato che non esiste correlazione tra parto e regionalità (Treffers & Laan 1986) Uno studio condotto

nella provincia di Gelderland, ha confrontato il “risultato ostetrico” dei parti casalinghi con i parti ospedalieri. I risultati hanno messo in evidenza che per donne primipare con una gravidanza a basso rischio il parto in casa era sicuro quanto quello in ospedale. Per le donne multipare a basso rischio il risultato del parto in casa era addirittura migliore del parto in ospedale (Wiegers et al.1996). Non ci fu nessuna prova che il sistema di assistenza alle donne gravide potesse essere migliorato da una maggiore medicalizzazione dei parti.

Nel Nepal l’assistenza alla maternità è stata adattata alle particolari necessità tipiche dell’area in cui un ospedale, che doveva fornire le cure ostetriche specialistiche necessarie ad una donna con complicazioni, stava per essere “travolto” dal numero delle donne a basso rischio che sperimentavano un parto naturale. Questo scenario è comune a molti paesi.

Lo sviluppo di centri per la nascita a “bassa tecnologia” nelle vicinanze di un ospedale centrale, non solo ha allentato il lavoro del centro specialistico, ma ha reso più facile il fornire assistenza adeguata alle donne durante un travaglio naturale.

Un simile progetto, ma su più vasta scala, è stato attuato a Lusaka, nello Zambia, dove un ospedale universitario, con funzioni di centro specialistico per l’intero paese, era sovraffollato da un gran numero di donne gravide a basso rischio. L’ampliamento della capienza dei centri parto periferici e l’apertura di nuovi centri per parti a basso rischio, ridussero il numero dei parti nell’ospedale da 22.000 a 12.000 e, allo stesso tempo, il numero totale delle nascite nelle cliniche satellite s’alzò dai 2.000 del 1982 ai 15.298 del 1988. L’assistenza alle donne ad alto rischio negli ospedali migliorò grazie all’esiguo numero di donne a basso rischio, mentre nelle unità periferiche c’era abbastanza tempo da assicurare, alle donne a basso rischio, le cure e l’attenzione necessarie.(Nasah & Tyndall 1994)

Allora una donna dove dovrebbe partorire? E ‘ importante affermare che una donna dovrebbe partorire nel posto in cui si sente più sicura, a suo agio, e dove siano possibili le cure appropriate. Per una donna gravida a basso rischio questo posto può essere la casa, una piccola clinica di maternità o centro di nascita o forse nel reparto di maternità di un grande ospedale. In ogni caso deve essere un posto in cui tutte le cure e le attenzioni sono concentrate sulle sue necessità e sulla sua sicurezza, il più vicino possibile alla sua dimora e alla sua cultura.

Se il parto avviene in casa o in un piccolo centro di maternità, l’organizzazione per un eventuale trasferimento in un centro “ben equipaggiato” dovrebbe far parte dei piani preparativi prenatali.

2.5 Sostegno durante il parto

Le relazioni e gli studi randomizzati sul sostegno durante il travaglio da parte di una singola persona “una doula” ostetrica o infermiera, hanno dimostrato che un continua presenza empatica e fisica durante il travaglio porta numerosi benefici:

- *travaglio più breve;*
- *una significativa diminuzione dell’uso d’analgescici, farmaci e anestesie;*
- *un indice di Apgar maggiore di 7;*
- *diminuzione dei parti operativi*

(Klaus et al.1986, Hodnett & Osborn 1989, Hemminki et al.1990, Hoymeyer et al.1991). Questa relazione riconosce come “doula” una figura femminile che possiede nozioni basilari sul travaglio e sul parto e che conosce una vasta gamma di procedure d’assistenza. Lei fornisce sostegno affettivo consistente in lode, rassicurazione, e da consigli per migliorare il confort, fornisce inoltre un contatto fisico quale massaggi, touching, spiega alla donna cosa le sta accadendo, nelle fasi del travaglio e del parto, e, soprattutto, le fornisce una costante presenza amichevole.

Questi compiti possono essere svolti anche dall'ostetrica o da un infermiera, ma spesso queste devono adempiere a anche a quelle procedure tecnico-mediche che distolgono la loro attenzione dalla madre. In ogni caso la presenza costante ed un sostegno empatico hanno ridotto significativamente l'ansia e la sensazione di non essere state in controllo e quindi di aver vissuto un brutto parto nelle donne nelle 24 successive la nascita del bambino. Questo ha un effetto positivo anche sull'allattamento al seno 6 settimane dopo il parto.

Una donna in travaglio dovrebbe essere accompagnata da persone di fiducia, persone con cui si sente a suo agio: il suo partner, la sua migliore amica, la "doula", l'ostetrica. In alcuni paesi in via di sviluppo queste persone possono essere anche T.B.A. Generalmente saranno persone già conosciute durante la gravidanza. Gli assistenti professionali al parto devono avere dimestichezza sia con i compiti di sostegno sia con quelli medici che devono essere in grado di eseguire con competenza e sensibilità.

Uno dei compiti di sostegno dell'assistente è quello di dare alla donna tutte le informazioni e le spiegazioni che lei desidera. Inoltre dovrebbero avere la possibilità di adeguare i loro servizi alle esigenze specifiche di ogni donna. Questo tramite un'organizzazione flessibile dei propri schemi di lavoro poiché non esiste un protocollo universale per ogni donna.

Tutto ciò implica dei costi, perciò diventa anche un problema politico. E' necessario che sia i paesi sviluppati sia quelli in via di sviluppo indirizzino e risolvano questi problemi nel modo a loro più adatto.

In conclusione, un parto naturale, sempre che sia a basso rischio, necessita soltanto di un'attenta osservazione da parte di personale istruito, in grado di cogliere eventuali e precoci segni di complicazione. Non è necessario alcun intervento bensì incoraggiamento, sostegno e cura empatica. E' possibile dare delle linee guida su ciò che è necessario per proteggere e sostenere un parto naturale., ma ogni paese dovrà adattare queste linee alle proprie specifiche situazione come pure alle necessità di tutte le donne. Si dovrà investire in quei servizi che possano garantire quegli interventi basilari adeguati alle necessità delle donne gravide a basso, a medio ad alto rischio e con complicazioni.

2.5,1 Rispettare la privacy della donna sul luogo del parto

Una donna in travaglio necessita di una stanza tutta per sé, dove il numero di presenti dovrebbe essere ridotto al minimo.

Nella pratica le condizioni sono spesso considerevolmente diverse da quelle ideali.

Nella realtà dei paesi industrializzati le donne in travaglio vengono isolate nelle sale travaglio dei grandi ospedali, circondate da attrezzature tecniche e senza alcun sostegno.

Nei paesi in via di sviluppo i grandi ospedali sono spesso sovraffollati da parti a basso rischio, la privacy e il sostegno empatico sono praticamente un'utopia. I parti in casa, in questi paesi, sono spesso assistiti da persone non adeguatamente istruite. In molti casi il sostegno alle donne in travaglio è pressoché nullo, molte donne partoriscono senza la presenza di alcun assistente.

L'aver il luogo ideale e il sostegno adeguato durante il parto è molto importante. C'è la necessità quindi per gli assistenti di operare su un piano più decentralizzato.

Le cure specialistiche al parto dovrebbero essere fornite sul posto, o il più vicino possibile alla residenza della madre, invece di portare tutte le donne a partorire in una grande struttura ostetrica dove avvengono circa 50/60 parti il giorno.

2.6 Il dolore in travaglio

Il dolore è un'esperienza comune a tutte le donne in travaglio ma la reazione individuale è molto diversa. Secondo l'esperienza clinica, un travaglio "anormale", prolungato o

accelerato da ossitocici o terminato con un parto strumentale è sicuramente più doloroso di un travaglio fisiologico. In ogni caso il dolore è una componente del travaglio.

2.6,1 Metodi non farmacologici per il controllo del dolore

Uno dei compiti molto importante dell'assistente al parto è quello di aiutare la donna ad affrontare il dolore del travaglio. Questo risultato può essere ottenuto con dei farmaci ma il modo più innocuo è sicuramente quello non farmacologico. L'approccio al dolore dovrebbe iniziare già durante l'assistenza prenatale, dando alla donna e al suo partner tutte le informazioni utili. Il sostegno empatico, prima e durante il travaglio da parte di un'assistente e del partner può ridurre la necessità di ricorrere a farmaci e migliorare l'esperienza del parto.

Oltre al sostegno empatico esistono diverse strategie per il controllo naturale del dolore. La donna deve essere lasciata libera di scegliere la posizione in cui si sente più a suo agio, deve avere la possibilità di muoversi camminare, stare seduta, accovacciata fare esattamente quello che sente di dover fare, senza alcuna interferenza da parte degli assistenti, soprattutto nella I fase del travaglio.

La donna può sentire sollievo nel fare una doccia o un bagno, può desiderare un massaggio, un abbraccio o un semplice tocco da parte del suo compagno. Lo stesso si può dire di quei metodi che aiutano la donna ad affrontare il dolore per mezzo di tecniche "attention focusing" come respirazione "patterned" "verbal coaching" che deviano l'attenzione della donna dal dolore. Questi metodi sono spesso combinati ad altre strategie come ipnosi, il biofeedback e la musica. Questi metodi sono utili ed innocui quindi raccomandabili.

Altri metodi specifici non farmacologici per il controllo del dolore includono delle tecniche che attivano i ricettori sensori periferici (Simkin 1989). Tra quelli più nuovi c'è la stimolazione elettrica transcutanea del nervo (TENS). La natura auto-distribuita di questa tecnica ha contribuito al suo successo tra tante donne, ma la sua disponibilità è limitata alle zone più ricche del mondo e la sua efficacia non è stata ancora comprovata (Erkoll et al.1980, Nesheim 1981, Bundsen et al.1982, Harrison et al.1986, Hughes et al.1986, Thomas et al.1988).

altre risorse sono l'uso superficiale del caldo o del freddo, agopuntura, immersioni in acqua, erbe e aromaterapia con olii essenziali. Per molte di queste tecniche non stata ancora comprovata l'efficacia.

Questi metodi dovrebbero essere sottoposti allo stesso esame critico richiesto per quelli farmacologici. Lo stesso vale per i metodi semi-farmacologici, come l'iniezione intradermica di acqua sterile in 4 punti della parte bassa della schiena (Enkin et al.1995).

In conclusione ogni popolo ha un modo proprio di assistere e preparare una donna gravida, alcuni danno alle loro usanze una spiegazione "magica" altri cercano invece di dare una spiegazione più logica al sistema adottato.

Un aspetto comune a molti metodi è l'accurata attenzione che si dedica alla donna durante la gravidanza e il parto; forse è per questo motivo che molte trovano utili ed efficaci questi metodi.

Anche se non esiste una comprovata efficacia di questi metodi, il fatto che siano innocui e che, comunque in loro tante donne abbiano trovato un sollievo, ne giustifica l'uso.

Una buona preparazione e una grande abilità di comunicazione è di vitale importanza per tutti coloro che assistono una partoriente (Kwast 1995).

2.6,2 Metodi farmacologici per il controllo del dolore

I metodi farmacologici per il controllo del dolore sono ampiamente usati nei paesi sviluppati.

Studi clinici hanno trattato gli effetti di molte di queste tecniche; i benefici sull'attenuazione del dolore furono ovvi, mentre è stata data minore attenzione ai loro possibili effetti negativi sulla madre e sul bambino.

Systemic agents

I farmaci usati per l'attenuazione del dolore sono molti: opioid alkaloids, tra cui il più famoso è la pethidine, seguito dai derivati della phenothiazine (promethazine), benzodiazepines (Diazepam) ed altri.

In alcuni paesi è diminuito, negli ultimi anni, l'uso dell'analgia per inalazione (è stata sostituita dall'analgia epidurale)

L'agente più comunemente usato è nitros oxide combinato con il 50% d'ossigeno. Questi agenti attenuano sensibilmente il dolore ma con il rischio di effetti indesiderati (Dickersin 1989). Gli effetti collaterali materni all'uso della pethidine sono ipertensione ortostatica, nausea, vomito e vertigini.

Tutti questi farmaci analgesici passano attraverso la placenta e tutti eccetto l'oxide nitrous, sono noti come causa di depressione respiratoria nel bambino e anomalie neonatali, incluso il rifiuto dell'allattamento materno.

Il Diazepam può provocare depressione respiratoria neonatale, ipotonia, apatia e ipotermia. (Dalen et al.1969, Catchlove & Kofer 1971, Flowers et al.1969, McCarthy et al.1973, Mc Allister 1980).

Analgia epidurale

Tra le diverse tecniche di analgia locale (epidurale, caudale, paracaudale, spinale) l'analgia epidurale è quella più ampiamente usata durante un travaglio.

I suoi effetti sono stati trattati in numerosi studi, i quali hanno tutti comparato l'analgia epidurale con le altre tecniche analgesiche (Robinson et al.1980, Philipsen & Jensen 1989/90, Swanstrom & Bratteby 1981, Thorp et al. 1993). Questa tecnica fornisce un effetto analgesico migliore e più duraturo rispetto agli altri agenti sistemici. La scelta dell'analgia epidurale (nell'assistenza ostetrica) richiede molti importanti servizi: il travaglio e il parto dovrebbero avvenire in un ospedale ben attrezzato, l'apparato tecnico dovrebbe essere sufficiente, dovrebbe essere sempre disponibile un'anestesista ed è necessaria una costante e specializzata sorveglianza della madre.

L'uso dell'analgia epidurale tende a prolungare la I fase del travaglio e di conseguenza porta all'uso più frequente di ossitocina. Molte ricerche e saggi hanno rilevato un incremento dei parti operativi vaginali, specialmente se l'effetto analgesico veniva mantenuto nella II fase del travaglio poiché l'anestesia reprime il riflesso di spinta.

In un recente studio americano si è messo in evidenza l'incremento dei tagli cesarei a seguito di somministrazione di analgia epidurale, soprattutto quando questa veniva effettuata prima dei 5 cm di dilatazione (Thorp et al.1993).

Nessuno studio randomizzato ha effettuato una comparazione tra epidurale e "nessun metodo di controllo del dolore" o con metodi non farmacologici. Tutti i confronti sono stati fra metodi diversi di analgia epidurale o metodi diversi di controllo farmacologico del dolore.

In questi studi si è puntato sulla valutazione del grado di sollievo dal dolore ottenuto, ma in nessuno è stata valutata la soddisfazione della madre dopo il parto.

Uno studio occasionale (Morgan et al.1992) suggerisce la mancanza di relazione diretta tra sollievo dal dolore e grado di soddisfazione.

In uno studio sull'assistenza nei centri nascita in Svezia, l'uso dell'analgia epidurale e di altri metodi farmacologici contro il dolore era più basso nel gruppo di donne che avevano partorito nel centro nascita rispetto al gruppo di controllo che aveva avuto

un'assistenza normale. A distanza di 2 mesi si chiedeva le madri di valutare il dolore provato durante il travaglio: non sono emerse differenziazioni nei due gruppi.

Molte donne consideravano il dolore del travaglio sotto una luce positiva con un sentimento di successo per il raggiungimento dello scopo, il che spiega la diversità tra dolore del parto e dolore da malattia (Waldenstrom & Nilsson 1994). In uno studio su neo mamme è emerso che il sostegno da parte di assistenti aveva un effetto positivo sull'intera esperienza del parto mentre l'uso di analgesici che portavano sollievo al dolore non portava variazioni alle risposte delle donne (Waldstrom et al.1996)

Non c'è dubbio che l'analgesia epidurale sia utile durante un travaglio ed un parto complicato. In ogni caso se l'analgesia epidurale è somministrata a una donna gravida a basso rischio, si può ancora parlare di "travaglio normale"? Naturalmente la risposta dipende da ciò che s'intende per normalità, ma l'analgesia epidurale è uno dei più evidenti segni di medicalizzazione del parto naturale. Essa trasforma un evento fisiologico in una procedura medica. Il consenso a questa trasformazione è ampiamente determinato da fattori culturali. Per esempio in Gran Bretagna e negli Stati Uniti molte donne a basso rischio partoriscono con analgesia epidurale, mentre nella maggioranza dei paesi in via di sviluppo moltissimi parti avvengono in casa, senza l'uso di alcun analgesico farmacologico.

Non si tratta di un mero contrasto fra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo: in Olanda più del 30% delle donne partorisce a casa senza alcun analgesico farmacologico e anche in caso di parto in ospedale solo una minoranza delle donne a basso rischio riceve farmaci antidolorifici (Senden et al.1988).

In conclusione, nell'assistenza al parto normale, i metodi anti dolore non farmacologici come il prestare attenzione alla donna in travaglio, sono di estrema importanza. Quei metodi che richiedono un gran numero di attrezzature tecniche come l'analgesia epidurale, sono applicabili solo in ospedali ben equipaggiati e con personale specializzato. In molti paesi queste attrezzature tecniche non sono sempre disponibili, soprattutto per i parti naturali. In ogni modo, la richiesta di questi interventi è determinata largamente da fattori culturali, e la qualità dell'assistenza a un parto naturale non dipende dalla disponibilità di queste attrezzature tecniche. Non sono parte essenziale dell'assistenza durante il parto. I metodi farmacologici non dovrebbero mai rimpiazzare l'attenzione e il tenero affetto nei riguardi della partoriente.

2.7 Monitoraggio del feto durante il travaglio

Monitorare il benessere del feto è parte integrante dell'assistenza durante il travaglio.

Il verificarsi di una sofferenza fetale, di solito dovuta a hypoxia, non può essere mai del tutto escluso, anche se il travaglio si considera "normale" e cioè senza alcun fattore indicante un incremento di rischio di complicazioni. Il rischio di sofferenza fatale è maggiore durante la II fase del travaglio ed in caso di travaglio prolungato.

2.7, 1 Accertamento del liquido amniotico

Il passaggio del meconio può riflettere una sofferenza fetale, morbosità neonatale o morte (Matthews & Martin 1974, Meis et al.1975, Fujikura & Klionsky 1975, Meis et al. 1975, McDonald et al.1985). Dove i servizi lo permettono, il passaggio del meconio durante il travaglio è il segno di rinvio della donna in travaglio da parte di un assistente primario. Un meconio riconosciuto denso dopo la rottura delle membrane implica la peggiore delle prognosi, un meconio non diluito riflette una riduzione del volume del liquido amniotico, che è già di per sé fattore di rischio. Anche l'assenza di liquido amniotico al momento della rottura delle membrane deve essere considerato un fattore rischio. Una leggera colorazione del liquido amniotico probabilmente riflette un rischio meno serio ma ciò non è stato ancora pienamente dimostrato.

2.7,2 Monitorare il ritmo cardiaco fetale

In molti studi si è indagato sulla relazione tra benessere fetale e il suo ritmo cardiaco. Risulta evidente che una sofferenza fetale può esprimersi con delle anomalie del ritmo cardiaco: bradicardia (<120/min), tachicardia (>160/min), ridotta variabilità o decelerazione. Esistono 2 metodi per monitorare il ritmo cardiaco: ascolto intermittente e sorveglianza elettronica continua.

L'ascolto intermittente può essere fatto usando un MONAURAL (Pinard's) stetoscopio, come avvenuto sin dall'inizio di questo secolo o mediante un apparecchio manuale Doppler ad ultrasuoni.

Quando viene usato lo stetoscopio, la donna in genere giace supina o su un fianco, anche se è possibile ascoltare i battiti cardiaci da seduta o in piedi.

L'apparecchio Doppler si applica in varie posizioni. L'ascolto viene effettuato di solito ogni 15/30 minuti durante la I fase del travaglio e dopo ogni contrazione durante la II fase. Se necessario, il ritmo cardiaco fetale viene confrontato con quello materno. L'ascolto intermittente con stetoscopio monaural è l'unico mezzo disponibile per la maggior parte degli assistenti di periferia, sia nel centro sanitario sia a casa.

Un vantaggio dell'ascolto intermittente è la sua semplicità. Un chiaro esempio di tecnologia appropriata, con uno strumento (monaural stetoscopio) che è economico (può essere anche facilmente improvvisato) e facile da usare, che lascia la donna libera di muoversi. Questo significa che, con un'appropriata istruzione, l'assistente può monitorare il feto ovunque e non è confinato negli ospedali con attrezzature tecniche sofisticate come i monitor elettronici.

La sorveglianza della donna in travaglio e del feto può essere effettuata da un'ostetrica a casa o in un piccolo centro di maternità.

Il monitoraggio elettronico del ritmo cardiaco fetale viene effettuato durante la gravidanza quando questa è ad alto rischio e durante il travaglio. Il suo uso è limitato alle nascite assistite. Il monitoraggio viene effettuato comunemente per mezzo di un trasduttore Doppler esterno ad ultrasuoni o da un elettrodo interno (vaginale) fissato allo scalpo fetale dopo la rottura delle membrane. Sebbene quest'ultimo metodo sia più preciso del primo, l'interpretazione del ritmo cardiaco fetale è difficile: i tracciati sono spesso interpretati in modo diverso dai diversi assistenti e anche dalle stesse persone in momenti diversi (Cohen et al.1982, Van Geijn 1987, Nielsen et al.1987).

La sensibilità del metodo, per quanto concerne il rilevamento di una sofferenza fetale, è alta ma la sua specificità è bassa (Grant 1989). Questo significa che il metodo ha come conseguenza un alto indice di falsi segnali positivi e un concomitante alto numero d'inutili interventi, specialmente se usato su donne a basso rischio (Curzen et al.1984, Borthen et al.1989).

Nelle gravidanze ad alto rischio questo metodo è provatamente utile durante il travaglio in quanto può portare rassicurazione alle donne, sebbene il suo uso ne limita la capacità di movimento.

Tra gli svantaggi associati all'uso di monitoraggio elettronico vi è la tendenza da parte degli assistenti, nonché da parte del partner o dei familiari, di concentrare tutta la loro attenzione sull'attrezzo e non sulla donna. In alcuni ospedali ben attrezzati il monitoraggio è anche centralizzato, il che permette all'assistente di controllare i monitor in un ufficio centrale senza quindi dover entrare nella sala travaglio!

2.7,3 Esame sanguigno dello scalpo fetale

L'uso di una microtecnica per la campionatura di sangue dallo scalpo fetale, allo scopo di confermare una hypoxia, risale ai primi anni '60. Viene esaminato il grado acido-base del sangue e specialmente il suo PH. Esistono dei dubbi sulla rappresentatività di un campione di sangue prelevato cranicamente (oedematous) e sulla riproducibilità, ma nonostante ciò il metodo ha provato il suo valore nell'uso clinico associato al

monitoraggio del ritmo cardiaco fetale. L'indagine è un concentrato di mezzi, caro, invasivo, aggressivo, richiede molto tempo, scomodo per la donna. Come per l'elettrodo applicato sullo scalpo fetale, il suo uso può provocare trauma, infezione e dolore al feto. Infine esso richiede una continua disponibilità d'attrezzature di laboratorio e personale specializzato. Il suo uso è quindi limitato a grandi reparti ospedalieri che curano numerosi casi ad alto rischio. Il suo ruolo di sorvegliare travagli a basso rischio è molto limitato: solo per scopi diagnostici dopo la scoperta di anomalie cardiache fetali (Grant 1989).

2.7,4 Confronto fra ascolto e monitoraggio fetale elettronico

Questi due metodi di sorveglianza fetale sono stati messi a confronto in numerosi studi (Haverkamp et al.1976,1979, Kelso et al.1978, MacDonald et al.1985, Wood et al.1981, Neldam et al.1986). Il tasso di cesarei e dei parti vaginali operativi erano più alti in tutti i gruppi monitorati elettronicamente. Se le stime del PH dello scalpo non erano disponibili, l'incremento degli indici dei cesarei era anche più alto. Poche sono le prove che un incrementato numero di interventi sui gruppi monitorati elettronicamente, abbia portato effettivi benefici ai bambini. In questi gruppi non diminuiva il tasso di mortalità prenatale e i bassi indici di Apgar. L'unico valore di risultato neonatale, migliorato dal monitoraggio, secondo lo studio più dettagliato, è stato quello dei colpi apoplettici neonatali. Ma da un'ulteriore analisi scaturì che il maggior numero di colpi apoplettici nel gruppo ascolto era principalmente limitato ai travagli indotti o aumentati dall'ossitocina. I dati seguenti sui bambini con colpi apoplettici mostrarono la stessa incidenza di maggiori disabilità neurologiche nei due gruppi.

Questi risultati hanno importanti conseguenze per la sorveglianza fetale durante il travaglio normale.

Il sostanziale aumento di interventi, se il travaglio è monitorato elettronicamente, è conforme alla bassa specificità del metodo nei casi a basso rischio, e non sembra apportare sostanziali benefici al bambino. L'unica eccezione è l'evenienza di colpi apoplettici neonatali. In ogni modo, questi sono avvenuti soprattutto in quei bambini nati dopo infusioni di ossitocina e, pertanto, viene da chiedersi se il travaglio indotto o aumentato con infusione di ossitocina possa essere considerato "normale". Nei paesi forniti di attrezzature sofisticate e con un alto numero di parti assistenziali, il travaglio indotto o aumentato dall'ossitocina o da prostaglandine è considerato ad alto rischio, e questi travagli avvengono soltanto sotto la responsabilità dell'ostetrico, la sorveglianza fetale sarà effettuata tramite monitoraggio elettronico. In un seguente ampio studio su l'assistenza ostetrica tramite ascolto intermittente durante travagli normali, seguito da monitoraggio elettronico dovuto ad aumento del travaglio tramite ossitocina, il numero di colpi apoplettici neonatali è stato molto basso (Van Alten et al.1989, Treffers et al.1990).

Il monitoraggio elettronico intermittente è una variazione del monitoraggio elettronico continuo. Questo metodo è usato durante la prima mezz'ora di travaglio, e in seguito ad intervalli regolari di circa 20 minuti. In uno studio di Herbst & Ingermarsson si mettono a confronto i due metodi: i risultati nei due gruppi furono equamente buoni.

Sebbene in questo studio l'indice d'intervento era basso in entrambi i gruppi, è da presumersi che il metodo, se ampiamente adottato durante un travaglio normale, avrebbe gli stessi svantaggi del monitoraggio elettronico continuo, anche se forse questi sarebbero meno evidenti.

Gli svantaggi includono la restrizione dei movimenti durante l'applicazione e una bassa specificità con conseguenti interventi. Inoltre un suo uso abituale potrebbe far diffidare dell'ascolto intermittente, qualora ci fosse qualche dubbio che l'ascolto possa essere meno affidabile del monitoraggio elettronico. Certamente nel caso che l'ascolto segnali delle deviazioni dalla normalità, il ricorso al monitoraggio elettronico porta una maggiore attenzione alla rilevazione di un'eventuale sofferenza fetale.

In conclusione, il metodo maggiormente usato per il monitoraggio fetale durante un travaglio normale è l'ascolto intermittente. In molti paesi esso è l'unico sistema disponibile per la maggior parte delle donne. Ma anche nei paesi industrializzati dove l'attrezzatura elettronica è più facilmente accessibile, l'ascolto è il metodo più usato durante un travaglio normale, la cosa più importante è l'assistenza individualizzata della donna in travaglio che si può più facilmente compiere grazie al contatto personale richiesto dall'ascolto regolare. Solo nelle donne ad altro rischio con travagli indotti o aumentati, complicati da presenza di meconio nel liquido amniotico o da ogni altra sorta di rischio, il monitoraggio elettronico sembra essere vantaggioso. Nella maggioranza dei travagli senza rischi, il monitoraggio elettronico fa aumentare il numero degli interventi senza alcun evidente beneficio per il feto, e con un ulteriore senso di sconforto per la donna.

2.8 Pulizia

Dovunque avvenga il travaglio ed il parto, la pulizia è un'esigenza di primaria importanza. Non è necessaria quella sterilità usata comunemente nelle sale operatorie, ma le unghie devono essere corte e pulite e le mani devono essere lavate accuratamente con acqua e sapone. Si deve prestare attenzione all'igiene personale della partoriente e degli assistenti. L'ambiente e gli attrezzi usati durante il parto devono essere ben puliti. In alcuni paesi, per proteggere la donna in travaglio da eventuali infezioni, sono usate mascherine e tuniche sterili. Ma in questo caso risultano inutili (Crowther et al.1989)

Comunque, nelle regioni con alta percentuale di casi di HIV, epatite B e C, l'abbigliamento sterile è utile per proteggere l'assistente dal contatto con sangue e altri veicoli d'infezione (WHO 1995).

Il WHO ha stabilito i contenuti di un adeguato KIT PARTO e il suo uso corretto (1996). I piani già in atto per sostenere l'effetto positivo dell'uso dei "3 cleans" (mani, area perineale, area ombelicale) devono essere difesi e diffusi. I contenuti di questi KIT variano da paese a paese, ma devono comunque adattarsi ai bisogni della partoriente ed essere facilmente reperibili in tutte le regioni più remote d'ogni paese. Questi Kit, semplici ma efficaci, possono essere montati a casa ed includono una nuova lama sterile per il cordone ombelicale. Il kit stesso e suo contenuto devono essere puliti e non necessitano di sterilizzazione. I materiali disponibili non dovrebbero essere riutilizzati. Gli strumenti destinati ad essere riutilizzati dovrebbero essere appropriatamente decontaminati secondo le regole fornite dal WHO (1995). Gli attrezzi che vengono in contatto con la pelle intatta possono essere lavati a fondo, strumenti che vengono a contatto con membrane, mucose o pelle non integre dovrebbero essere sterilizzati, bolliti o disinfettati chimicamente, gli strumenti che penetrano nella pelle dovrebbero essere sterilizzati. Questi metodi sono necessari per prevenire il contagio delle donne e degli assistenti.

Si dovrebbero prendere alcune precauzioni per evitare un'eventuale infezione della donna e/o dell'assistente. Queste precauzioni includono evitare il contatto con sangue e ogni altro liquido corporeo, usando guanti durante l'esame vaginale, durante il parto e maneggiando la placenta. E' importante, per ridurre il rischio d'infezione limitare al minimo le tecniche aggressive, quali l'episiotomia e prestare attenzione all'uso e alla disposizione degli attrezzi appuntiti (per esempio durante una sutura) (ICN 1996).

CAPITOLO 3

ASSISTENZA DURANTE LA FASE DEL TRAVAGLIO

3.1 Valutazione dell'inizio del travaglio

Valutare l'inizio del travaglio è uno dei più importanti aspetti della conduzione del travaglio.

I segni di un inizio di travaglio sono:

- *contrazioni dolorose con una certa regolarità;*
- *scomparsa e/o dilatazione della cervice;*
- *perdita di liquido amniotico;*
- *perdita di sangue*

La rottura delle membrane è un chiaro segno che è successo qualcosa d'irreversibile. Gli altri sintomi sono meno ovvi: le contrazioni possono presentarsi anche molto tempo prima che inizi un vero travaglio e la cervice può essere dilatata anche settimane prima della fine della gravidanza e può progredire lentamente fino al momento del travaglio (Crowther 1989). Nonostante queste difficoltà l'assistente al parto dovrebbe essere in grado di distinguere un falso travaglio da un vero inizio di travaglio, di solito è necessario effettuare un esame vaginale per scoprire alterazioni della cervice.

Stabilire esattamente l'inizio del travaglio è basilare per riconoscere un travaglio prolungato che richiede intervento. Un'errata diagnosi di "inizio di travaglio" può portare ad attuare interventi inutili come l'amniotomia o infusioni d'ossitocina. La diagnosi "prolungata fase latente" è, di solito, sostituita da "falso travaglio" perché effettivamente il travaglio non è ancora iniziato. Alcune volte la distinzione fra "inizio di travaglio" e "falso travaglio" può essere fatta soltanto dopo un breve periodo d'osservazione. Nella relazione Multicentre WHO sulla Partograph (WHO 1994) soltanto l'1,3% delle donne avevano una prolungata fase latente. Il motivo di questa esigua percentuale è duplice: l'introduzione della partograph negli ospedali ha originato una discussione sulla conduzione del travaglio, che può aver inciso sul modo di percepire la fase latente. Inoltre l'intervento attivo nella fase latente viene postposto di 8 ore nella partograph.

La rottura spontanea delle membrane prima del travaglio (PROM) provoca un'accesa discussione sul rischio dell'esame vaginale (Schutte et al.1983), dell'induzione del travaglio e delle profilassi antibiotiche.

In un recente studio sull'induzione dopo 12 ore, contro un'attesa della durata di 48 ore, nel gruppo "indotto" il bisogno di antidolorifici fu molto più elevato e ci furono più interventi, mentre si verificò una lieve infezione neonatale nell'1,6% del gruppo "indotto" contro il 3,2% del gruppo "d'attesa". Non venne praticata profilassi antibiotica di routine e l'esame vaginale fu fatto solo a travaglio già iniziato (Ottervanger et al.1996).

Un approccio prudente, sostenuto da prove concrete, mostrerebbe una linea di condotta che richiede osservazione senza esami vaginali e senza antibiotici, durante le prime 48 ore dopo il PROM.

Se il travaglio non è già iniziato spontaneamente durante quel periodo (in circa il 20% delle donne) si potrebbe prendere in considerazione l'induzione con ossitocina. Comunque, questi risultati sono stati ottenuti su una popolazione di donne in buona salute, provenienti da paesi sviluppati che hanno partorito in ambienti ospedalieri in cui è possibile mantenere un alto livello d'igiene in ogni momento. In popolazioni diverse potrebbe essere consigliabile una terapia più attiva con uso d'antibiotici e una più precoce induzione del travaglio. Poiché nei paesi in via di sviluppo la sepsi puerperale è spesso la 3^a o 4^a causa di mortalità materna, si dovrebbero fare tutti gli sforzi necessari per prevenirla.

3.2 Posizione e movimento durante la I fase del travaglio

Molti studi mostrano che, durante la I fase del travaglio, la posizione supina agisce sul flusso sanguigno dell'utero. Il peso dell'utero può, infatti, causare una compressione aortocavale e il ridotto flusso sanguigno può compromettere il benessere del feto.

E' inoltre accertato che la posizione supina riduce l'intensità delle contrazioni (Flynn et al. 1978, McManus & Calder 1978, Williams et al. 1980, Chen et al. 1987), interferendo così sul progredire del travaglio. Stare in piedi o giacere su un fianco permette delle contrazioni più intense e più efficienti e aiuta a portare a termine la dilatazione cervicale. Nonostante il continuo prevalere della posizione supina, sono molte le alternative offerte alla donna in travaglio. In ogni caso, varie costrizioni spesso limitano queste alternative, dal modello del letto da parto ai protocolli di parto o la presenza di fili, endovenosi di routine o d'attrezzature per il monitoraggio.

Dove queste costrizioni sono minime, la donna può stare in piedi, camminare, sedersi dritta, stare carponi, fare una doccia, un bagno per rilassarsi, insomma adottare qualsiasi posizione voglia. Dalle ricerche, in cui sono stati messe a confronto le posizioni libere con quella litotomica, è emerso che in media il travaglio è risultato essere meno doloroso (minore uso d'analgesci) e l'accelerazione era usata con minore frequenza nelle posizioni non supine (Chan 1963, Flynn et al. 1978, McManus & Calder 1978, Diaz et al. 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Una sola ricerca (Flynn et al. 1978) ha evidenziato una significativa minore incidenza d'anomalie del ritmo cardiaco fetale nella dritta, ma altre ricerche non hanno rilevato importanti differenze nei risultati neonatali.

In conclusione, non c'è alcuna prova per sostenere la posizione litotomica (supina), durante la I fase del travaglio. L'unica eccezione è quando si hanno le membrane rotte con testa fetale non impegnata. Se le membrane sono rotte e l'assistente al parto ha stabilito un sufficiente impegno della testa fetale, le donne dovrebbero essere lasciate libere di scegliere la posizione a loro più congeniale durante il travaglio. Esse cambieranno spesso posizione in quanto nessuna è confortevole per un periodo di tempo lungo.

3.3 Esame vaginale

Questa è una delle diagnostiche essenziali per accertamento dell'inizio e del progredire del travaglio. Dovrebbe essere eseguito soltanto da assistenti al parto specializzati, con mani pulite coperti da guanti sterili. Il numero di esami vaginali dovrebbe essere limitato allo stretto necessario, durante la 1^a fase del travaglio di solito, ma ogni 4 ore è sufficiente, come prescritto nel manuale per l'uso del partograph (WHO 1993). Se il travaglio si svolge tranquillamente, gli assistenti possono fare un solo esame vaginale.

Idealmente, questo dovrebbe essere l'esame necessario per stabilire un travaglio attivo, per esempio per confermare che c'è dilatazione della cervice (il più oggettivo criterio di travaglio attivo). Un'altra pratica consiste nell'eseguire un esame vaginale solo quando si rende necessario, per esempio quando l'intensità e la frequenza delle contrazioni diminuiscono o ai primi segnali di "heavy show" o urgenza di spingere, o prima della somministrazione di analgesici.

Si potrebbe dire qualcosa su ognuno di questi approcci menzionati, ma considerando il nostro teorema che *"durante un parto naturale si dovrebbe interferire solo per una valida ragione"* forse le due ultime modalità sono le più indicate. Tuttavia rimangono molti interrogativi, poiché non esiste prova per sostenere una tattica specifica. Forse sono necessarie linee guida più ristrette in quei paesi dove gli assistenti al parto hanno una preparazione limitata e sono isolati, con enormi distanze dai centri di cura. Queste linee guida sarebbero allora specifiche per ogni paese.

Negli istituti dove fanno pratica gli assistenti, un esame vaginale fatto da uno studente dovrà essere ripetuto e controllato dal supervisore. Tutto ciò può avvenire solo dopo il

consenso della donna. Per nessuna ragione la donna deve essere costretta a sottoporsi a ripetuti o frequenti esami vaginali da parte di assistenti o studenti.

In passato l'esame rettale era considerato un metodo che evitava le infezioni vaginali. Ma questa tecnica non è raccomandata. Infatti, gli studi eseguiti paragonando l'esame vaginale con quello rettale, hanno messo in evidenza che l'incidenza di infezione era simile in entrambi i casi (Crowther et al.1989). La preferenza delle donne per l'esame vaginale anziché rettale è stata chiaramente dimostrata in uno studio clinico (Murphy et al.1986).

3.4 Monitorare il progredire del travaglio

L'accertamento del progredire del travaglio viene eseguito mediante l'osservazione della donna, il suo aspetto, il suo comportamento, le contrazioni e la discesa del quadro che si presenta.

La misura più esatta è la dilatazione della cervice. Un discostamento da un ritmo, arbitrariamente definito normale di dilatazione, dovrebbe essere un segnale di rivedere l'intero programma di conduzione del travaglio. Secondo il metodo partograph del WHO (WHO 1993) la linea di guardia è oltrepassata se la dilatazione è inferiore a 1 cm/ora, in questo caso se la donna si trova ad un centro sanitario sarà necessario trasportarla in ospedale. La linea d'azione è oltrepassata se il ritardo nel progredire continua per più di 4 ore. In questo caso si dovrebbe fare un'attenta valutazione della causa e si dovrebbe prendere una decisione sul trattamento più appropriato. Sebbene queste regole precise non siano seguite in tutti i paesi, rappresentano delle valide linee guida, specialmente in quelle situazioni in cui la distanza da un centro di cura sono enormi e gli assistenti sono isolati.

La ricerca sull'effettivo uso del partograph ha messo in evidenza che oltre 1/5 dei grafici di primigravide hanno oltrepassato la linea di guardia e il 10/11% è andato oltre la linea d'azione (Philott & Castle 1972, WHO 1994).

In America Latina è in uso un altro tipo di partograph che differenzia le donne nullipare e multipare, membrane intatte e membrane rotte, posizione eretta e posizione supina (Schwarcz et al.1987-1995).

La ragione per cui è importante monitorare accuratamente il progredire del travaglio, è che esiste una stretta relazione tra travaglio prolungato e conseguenze avverse per il feto e la madre. Non si è certi fino a che punto questa relazione è causale. Un lento progredire del travaglio dovrebbe essere la ragione per una valutazione piuttosto che per un intervento.

Quando il progredire del travaglio è lento si dovrebbe inoltre prendere in considerazione una sproporzione cefalo-pelvica. Una radiografica pelvimetrica intrapartum non è stato dimostrato essere utile. Gli studi di radiografie pelvimetriche mostrano un incremento di interventi, quali cesarei, ma non mostrano alcun beneficio per quel che concerne una riduzione della morbosità neonatale (Parson & Spellacy 1985).

La radiografia pelvimetrica eseguita durante la gravidanza e il travaglio aumenta l'incidenza di leucemia nell'infanzia e quindi dovrebbe essere abolita (Steward et al. 1955, MacMahon1962).

Quello che risulta utile è la pelvimetria manuale eseguita da mani esperte.

Un lento progredire del travaglio, quando le membrane sono ancora intatte, non può essere causato da una sproporzione. In questo caso sarebbe opportuno attendere (Albers et al.1996).

Poiché non si ha una valida prova circa l'uso della terapia d'attesa contro quella attiva in caso di lento progredire del travaglio senza segni di sproporzione, non si possono trarre conclusioni. Quando le membrane sono rotte, un lento progredire del travaglio è più che altro dovuto a problemi meccanici. La terapia in caso di travaglio anormale va oltre lo scopo di questa relazione.

3.5 Prevenzione di travaglio prolungato

Sono state numerose le misure proposte per prevenire il ritardo nel progredire del travaglio, alcune volte queste sono attuate molto prima che siano superate le linee di guardia o d'azione. Gli interventi più attivi sono una precoce amniotomia e una precoce iniezione d'ossitocina, o la combinazione di entrambe.

Una precoce amniotomia interferisce con il tempo fisiologico della rottura delle membrane fetali. In condizioni normali, le membrane rimangono intatte fino a completa dilatazione nel 75% dei casi (Schwarcz et al.1995). L'amniotomia prima della dilatazione completa viene di solito praticata come metodo per accelerare il travaglio.

3.5, 1 Amniotomia precoce

Questo intervento è una procedura di routine un'ora dopo l'entrata in travaglio (O'Driscoll et al.1973). Un attento studio ha messo in evidenza che una precoce amniotomia è causa di un considerevole incremento di decelerazione del ritmo cardiaco fetale (Schwarcz et al. 1973). Molti esperimenti suggeriscono che una precoce amniotomia porti ad una riduzione media di 60/120 minuti della durata del travaglio, senza effetti sull'uso d'analgesia e sul parto operativo. Ma queste ricerche non forniscono alcuna evidenza circa l'effetto positivo o negativo di questa pratica sulle condizioni del neonato (Fraser et al.1991,1993 Barret et al.1992). Non è possibile affermare che una precoce amniotomia abbia un chiaro vantaggio rispetto alla terapia d'attesa. *Pertanto, durante un travaglio normale solo un valido motivo dovrebbe far interferire sul tempo spontaneo di rottura delle membrane.*

3.5,2 Iniezione endovenosa di ossitocina

E' un intervento usato frequentemente per accelerare il travaglio dopo una rottura, spontanea od indotta, delle membrane. Combinata con un'amniotomia precoce, spesso è chiamata "conduzione attiva del travaglio" e come tale è stata sostenuta in Irlanda (O'Driscoll et al.1973, O'Driscoll & Meagher 1986).Questa tecnica è stata ampiamente adottata in tutto il mondo. Secondo il protocollo originale, per una conduzione attiva del travaglio, dopo una precoce amniotomia vengono eseguiti esami vaginali ogni ora, viene somministrata ossitocina solo se il ritmo di dilatazione cervicale è meno di 1 cm/ora. Questa pratica è stata valutata in numerosi studi (Read et al.1981, Hemminki et al.1985, Bidgood & Steer 1987, Cohen et al.1987, Lopez-Zeno et al.1992).

Dei 3 studi che hanno fornito dati circa la durata del travaglio dopo aumento con ossitocina, solo uno ha dimostrato una durata media del travaglio più corta che nel gruppo di controllo. In una delle ricerche, le donne del gruppo con travaglio controllato venivano incoraggiate ad alzarsi dal letto e camminare, sedersi o alzarsi a proprio piacimento. In questo gruppo la durata media del travaglio era leggermente più corta di quello del gruppo con travaglio aumentato.

Non ci fu nessuna differenza tra i due gruppi per quel che riguardava il punteggio Apgar, né per l'incidenza d'ammissione a speciali cure neonatali (Hemminki et al.1985).Lo studio riferì anche l'opinione delle donne sulle procedure che avevano avuto durante il travaglio. La maggioranza delle donne trovò la procedura d'aumento spiacevole, l'80% delle intervistate riferirono di aver provato un dolore maggiore con l'aumento. Metà delle donne del gruppo controllato, che avevano avuto la possibilità di muoversi, dissero che la mobilità aveva diminuito il dolore, mentre il 24% non trovò alcuna differenza.

In conclusione, leggendo i dati disponibili, non è provato che l'uso di un aumento con ossitocina (conduzione attiva del travaglio) sia di beneficio alle donne ed ai bambini. Di certo questo non significa che l'ossitocina è inutile come terapia nel travaglio prolungato. In ogni caso non risulta evidente che la prevenzione del travaglio prolungato per mezzo di un uso di routine di ossitocina sia benefico in un travaglio normale. Sarebbe anche

giusto chiedersi se un travaglio aumentato con uso di ossitocina possa ancora considerarsi un travaglio normale. In molti luoghi la somministrazione di ossitocina avviene solo in ospedale e sotto la responsabilità dell'ostetrico. Questa è una logica precauzione, data la natura imprevedibile del travaglio condotto artificialmente. Di regola l'ossitocina dovrebbe essere usata soltanto per accelerare il travaglio in quelle strutture dove esiste una sezione per il cesareo, qualora si rendesse necessario.

La necessità di "aumento" è considerata segno di rimando a servizi ostetrici con strutture chirurgiche. Dove disponibile, una susseguente sorveglianza fetale dovrebbe essere fatta non mediante ascolto intermittente ma con monitoraggio elettronico. L'esperienza di Dublino sul monitoraggio intrapartum del ritmo cardiaco fetale punta anche in questa direzione: nel gruppo monitorato con l'ascolto intermittente il numero di "seizures" neonatali aumentò ma la maggioranza di questi bambini erano nati da madri cui fu somministrata ossitocina durante il travaglio (McDonald et al.1985).

Un aumento con ossitocina è un intervento importante e dovrebbe essere fatto solo per validi motivi. Lo stesso dicasi per la variazione più moderna di aumento con la prostaglandine, e per l'induzione di travaglio con queste sostanze.

3.5,3 Somministrazione intramuscolare di ossitocina

L'uso di qualsiasi intramuscolare oitocico prima della nascita del bambino, è generalmente considerato pericoloso, poiché il dosaggio può non essere adattato al livello di attività uterina. L'iperstimolazione può risultare, ed è, dannosa per il feto.

Un aumento dell'incidenza di rottura delle membrane, con le corrispondenti gravi conseguenze, è stato collegato a questa pratica (Kone 1993, Zheng 1994). Nonostante ciò la somministrazione di ossitocina intramuscolare viene ancora praticata, alcune volte su richiesta delle donne gravide o delle loro famiglie per un parto più rapido. In alcuni paesi in via di sviluppo, il farmaco può essere acquistato sul mercato. Questa pericolosa pratica dovrebbe essere accantonata. Lo stesso vale per la somministrazione di altri oitocici, come la prostaglandine, in qualunque fase prima del parto, se non è possibile controllare il loro effetto.

CAPITOLO 4

LA CURA DURANTE LA FASE ESPULSIVA

4.1 Background psicologico

Durante la II fase del travaglio l'ossigenazione del feto è gradualmente ridotta perché sta per essere espulso dalla cavità uterina, con la conseguente retrazione dell'utero e un rallentamento della circolazione placentare.

In seguito, forti contrazioni e strenue spinte possono ridurre ulteriormente la circolazione uteroplacentare. La diminuzione dell'ossigenazione è accompagnata da Acidosis. In ogni caso esistono enormi differenze individuali sull'andamento e sull'importanza di questo processo e, pertanto, l'assistente dovrebbe monitorare attentamente la condizione del feto.

4.2 L'inizio della II fase

L'inizio della II fase è segnato dai seguenti sintomi:

- la donna sente il bisogno di spingere perché il sacco amniotico o la parte presentata sporge attraverso la cervice dilatata e preme contro il retto;
- spesso le membrane si rompono spontaneamente;

- di solito avviene la completa dilatazione della cervice, ma alcune volte la donna sente il bisogno urgente di spingere anche in precedenti fasi della dilatazione. Se è rimasto un margine di cervice, questo sarà spinto oltre dalla parte presentata.

Da quanto detto risulta evidente che spesso l'insorgenza della II fase non è esattamente conosciuta. La donna può sentire l'esigenza di spingere prima che la dilatazione sia completa o non può sentirla affatto al momento della diagnosticata dilatazione completa. Se la dilatazione completa viene accertata mediante un esame vaginale, rimane incerto da quanto tempo questa sia avvenuta.

In alcuni ospedali è consuetudine trasferire la donna dalla sala travaglio alla sala parto all'inizio della II fase. La sala parto è di solito munita di grandi lampade luminose, strumenti ed un lettino da parto con aste flessibili e staffe o "gutters" metallici. In ogni caso un simile ambiente per l'assistente è necessario solo nel caso si preveda un parto operativo, in quanto per la donna qualunque spostamento inutile è fastidioso. Per un travaglio normale non è necessario spostare la donna in una stanza diversa all'inizio della II fase. Il travaglio ed il parto possono benissimo avvenire nello stesso ambiente.

4.3 L'inizio delle spinte durante la II fase

All'inizio della II fase gli assistenti spesso decidono di incoraggiare la donna a spingere, a dilatazione completa o a volte anche prima. Il metodo più fisiologico è quello di attendere che sia la donna stessa a sentire il bisogno di spingere. A dilatazione avvenuta, alcune volte questo stimolo non è ancora presente, ma aspettando 10/20 minuti la fase espulsiva può iniziare spontaneamente. Non ci sono state ricerche comprovanti l'utilità di spingere prima o dopo durante un travaglio normale, ma alcune prove sono state fatte con analgesia epidurale. Poiché il riflesso di spingere viene soppresso è facile ritardare il bisogno di spinta fino a che sia visibile il vertice nell'"introitus". Questa procedura è stata messa a confronto con quella dello spingere non appena sia avvenuta la dilatazione completa (McQueen & Mylrea 1977, Maresh et al. 1983, Buxton et al. 1988). Lo spingere ritardato non mostrò alcun effetto pericoloso sul feto o conseguenze neonatali. Nel gruppo in cui era stato chiesto alle donne di spingere anticipatamente vi sono stati numerosi parti con applicazione di forcipe. Sebbene i risultati siano stati ottenuti su donne che avevano ricevuto analgesia epidurale, questi sono conformi all'esperienza clinica di ostetriche che ritardano lo spingere fino al momento in cui il riflesso di spinta compare spontaneamente. Questa è una pratica più facile per la donna e tende ad abbreviare la fase di spinta.

Di solito, prima o all'inizio della fase di spinta è consigliato svuotare la vescica con il catetere. Questa pratica non è necessaria e potrebbe causare infezione all'apparato urinario. Durante la II fase, quando la testa del feto è ben impegnata, mettere il catetere può essere molto difficile e traumatico. E' consigliabile incoraggiare la donna ad urinare spontaneamente durante la I fase del travaglio, questo in un travaglio normale è sufficiente.

4.4 La procedura dello spingere durante la II fase

L'abitudine ad incoraggiare spinte sostenute e dirette (valsalva) durante la II fase del travaglio è ampiamente diffusa in molti reparti di maternità. L'alternativa sta nel sostenere la spontaneità espulsiva della donna. Queste due pratiche sono state messe a confronto in molti studi (Barnett & Humenick 1982, Knauth & Haloburdo 1986, Parnell et al. 1993, Thomson 1993) Le spinte spontanee si ebbero dopo 3 su 5 sforzi relativamente brevi (4/6 sec.) ad ogni contrazione, contro la durata di 10/30 sec. Delle spinte sostenute, seguite dal trattenere il respiro. Quest'ultimo metodo consente una II fase più breve ma può causare alterazioni respiratorie- indotte nel ritmo cardiaco e "stroke volume". Se la donna è distesa sul dorso, si può associare la compressione dell'aorta e una riduzione del flusso sanguigno verso l'utero. Negli studi pubblicati la

media del PH dell'arteria ombelicale era più bassa nel gruppo con spinte sostenute, e i punteggi Apgar tendevano ad abbassarsi. Le prove disponibili sono limitate, ma ciò che emerge è che gli sforzi precoci e le spinte sostenute portano ad una modesta riduzione della durata della II fase del travaglio ma questo non conferisce alcun beneficio; anzi sembra che questo comprometta lo scambio gas materno-fetale. Gli sforzi minori delle spinte spontanee sembrano essere migliori (Sleep et al.1989).

In molti paesi è comune la pratica di pressione fundae nella II fase del travaglio. Viene eseguita per accelerare il parto, è praticata alcune volte prima del parto o all'inizio della II fase. A parte la questione di una grande scomodità per la donna, esiste la possibilità che questa pratica risulti pericolosa per l'utero, il perineo e il feto, ma non esistono dati attendibili. L'impressione è che il metodo viene usato troppo spesso senza alcun segno d'utilità.

4.5 Durata della II fase

Nel 1930 De Snoo determinò la durata della II fase su un campione di 628 donne primipare con feto in posizione di vertice. Egli trovò una durata media di 1 ora e mezza con valore mediano di 1 ora. Questi valori erano fortemente influenzati dall'incidenza di alcuni periodi abbastanza prolungati (10/14). Da allora la durata media della II fase è stata ampiamente determinata dal termine artificiale del travaglio dopo il periodo massimo permesso dall'assistente. In donne primipare la durata media della II fase è in genere di 45 min.

L'associarsi di una II fase prolungata con hypoxia fetale e acidosis fu uno stimolo ad accorciare la II fase del travaglio anche in assenza di evidenti problemi materni o fetali. Questa pratica è stata esaminata in alcuni studi verificati (Wood et al.1973, Katz et al.1982, Yancey et al.1991). Il termine del travaglio dopo una II fase senza complicazioni portò ad un sensibile incremento dei valori del PH dell'arteria ombelicale, senza ulteriore evidenza che questa tattica aveva un effetto benefico sul bambino. Il trauma materno e l'occasionale trauma fetale, risultante dall'incremento di interferenza chirurgica, che comporta questa pratica, non può essere giustificato. Se le condizioni materne e fetali sono buone e se il travaglio progredisce non c'è alcun bisogno di attenersi ad una rigida stabilità di durate, ad esempio 1 ora.

Molti studi sono stati pubblicati successivamente sulla condizione neonatale dopo una II fase di varia durata. Nello studio "Wormerveer" (Van Alten et al.1989, Knuist et al.1989) fu esaminato un campione di 148 neonati alla 2^a settimana di vita, usando la determinazione del valore del PH dell'arteria ombelicale e il punteggio neurologico (Prechte). La durata della II fase del travaglio variava da <60 min (66% di donne nullipare) a 159 min. Non si è riscontrata alcuna correlazione tra la durata della II fase e le condizioni neonatali. Recentemente è stato pubblicato uno studio su 6759 primi nati con presentazione cefalica con un peso >2500 gr. La II fase del travaglio durò >3 ore nell'11% dei casi. Non si riscontrò alcuna relazione tra la durata della II fase e un basso punteggio Apgar dopo 5 minuti, tra dimensioni neonatali o la necessità di cure neonatali intensive (Menticoglou et al.1995). In conclusione, la decisione di accorciare la II fase del travaglio si dovrebbe basare sulla sorveglianza della condizione fetale e materna e sul progredire del travaglio. Se vi sono segnali di sofferenza fetale o se la parte presentante non scende, allora esiste un valido motivo per accelerare e terminare il travaglio, ma se le condizioni materne sono soddisfacenti, ed è evidente il progredire della discesa della testa fetale, non c'è alcun motivo di intervenire. In ogni caso dopo una II fase >2 ore in donne nullipare e >1 ora in multipare, la possibilità di un parto spontaneo in tempi ragionevoli diminuisce, e in quel caso, si dovrebbe pensare a terminare il travaglio.

Negli ultimi decenni, in tutto il mondo, nei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo, il numero di parti operativi è fortemente aumentato. Non si conoscono esattamente le cause, ma a parte quello che è stato detto su l'attenersi ad una durata prestabilita della

Il fase, l'incidenza dei parti operativi può essere frutto del timore di "cause", della convenienza e dell'interesse economico. Da una ricerca effettuata nei Paesi Bassi merse che la tendenza all'aumento dei parti operativi era dovuta alla presenza di ostetriche in ospedale (Pel et al.1995). A quanto pare l'assistenza al travaglio da parte di professionisti, non qualificati per agire , ma che agiscono per mantenere la normalità del travaglio, possano prevenire interventi inutili. L'epidemia mondiale di parti operativi necessita di una maggiore attenzione, poiché interventi inutili sono pericolosi sia per la madre sia per il bambino.

4.6 Posizione materna durante la II fase

Una serie di studi (Steward et al.1983, Liddell & Fisher 1985, Chen et al.1987, Johustone et al. 1987, Gardos et al.1989, Steward & Spiby 1989, Crowley et al.1991, Allahbadia e Vaidya 1992, Bhardway et al.1995) ha messo in evidenza che una posizione verticale o con inclinazione laterale, durante la II fase del travaglio, mostra maggiori vantaggi rispetto alla posizione litotomica. La posizione verticale è più confortevole, facilita le spinte, consente un minor dolore, minor trauma perineo-vaginale e infezioni. In uno di questi studi è venuto fuori che la posizione verticale diminuisce la durata della II fase. Con riferimento all'uscita fetale, in alcuni studi, ci furono meno punteggi Apgar inferiori a 7, nella posizione verticale. Una posizione verticale o eretta, con o senza l'uso della sedia da parto, può portare a maggiori lacerazioni labiali, i risultati suggeriscono un incremento di lacerazioni del 3° grado, sebbene esistano pochi numeri disponibili per l'analisi. Inoltre è stato riscontrata una percentuale più alta di emorragie post-partum nelle donne che adottano la posizione verticale. Ancora non è stata stabilita la causa, forse nella posizione verticale la determinazione della perdita sanguigna è più esatta, ma la differenza può essere dovuta anche ad un incremento della pressione sulle vene pelviche e vulvari (Liddell & Fisher 1985, Gardos et al.1989, Crowley et al.1991). In uno degli studi, il livello di emoglobina era più basso nel 4° giorno dopo la nascita, sebbene la differenza non era significativa.

La posizione della madre, durante la II fase, incide sulla condizione del feto come nella I fase. Dalla ricerca emergono minor frequenti anomalie del ritmo cardiaco nella posizione verticale ed in media un PH arterio- ombelicale più alto.

Negli studi, è stato chiesto alle donne quali posizioni esse avevano preferito, e la maggioranza ha indicato le posizioni verticali perché procurano minor dolore e minor mal di schiena.

La posizione litotomica risultò meno confortevole e maggiormente dolorosa oltre che limitativa della libertà di movimento. Donne che avevano già partorito in questa posizione preferirono per il parto successivo la posizione verticale (Steward & Spiby 1989, Waldenstrom & Gottval 1991).

L'effetto positivo della posizione verticale dipende anche dalle capacità degli assistenti e dalla loro esperienza con posizioni diverse da quella supina. Una vasta conoscenza dei vantaggi e la volontà di assistere le donne in varie posizioni possono rendere molto diverso il travaglio.

In conclusione, sia per la I fase sia per la II fase, le donne possono adottare qualsiasi posizione, cercando, preferibilmente, di evitare di stare lunghi per lunghi periodi supine. Dovrebbero essere incoraggiate a sperimentare tutto ciò che sentono confortevole e dovrebbero essere aiutata nella loro scelta. Gli assistenti al parto dovrebbero essere addestrati nel preparare e attendere alle nascite in altre posizioni, non solo in quella supina, in modo da non essere un fattore d'inibizione nella scelta della posizione.

4.7 Cura del perineo

Il danno perineale è uno dei traumi più frequenti che la donna ha durante il parto, anche durante un travaglio ed un parto normali. Numerose sono le tecniche e le pratiche che mirano a ridurre il danno.

4.7,1 "Osservazione del perineo" durante il parto

Molti libri descrivono la tecnica dell'osservazione del perineo durante la discesa della testa fetale. Le dita di una mano (di solito la destra) sorreggono il perineo, mentre l'altra fa pressione sulla testa fetale per controllare la velocità "d'incoronamento", cercando di prevenire o ridurre i danni ai tessuti perineali. E' possibile, con questa manovra, prevenire una lacerazione perineale, ma è anche possibile che la pressione sulla testa fetale intralci il movimento d'estensione della testa e lo devii dall'arco pubico al perineo, aumentando così il rischio di danni perineali. Poiché non ci sono state valutazioni formali su questa strategia o del suo opposto (non toccare il perineo o la testa durante questa fase del travaglio) non è possibile decidere quale strategia è preferibile. La pratica di osservare il perineo per mezzo delle mani può essere più facilmente adottata se la donna è supina. Se è nella posizione verticale, l'assistente può sostenere il perineo molto blandamente, oppure deve optare per la strategia del "non toccare". Un'altra tecnica mirante a ridurre il rischio di trauma al perineo, è quella di massaggiare il perineo durante l'ultima parte della II fase del travaglio. Questa tecnica non è stata appropriatamente valutata, ma ci possono essere dei dubbi sull'utilità di un sostenuto stropiccio dei tessuti che sono già fortemente vascolarizzati e edematosi.

Altre manovre di cui non ci sono sufficienti prove della loro efficacia sono i vari metodi di far uscire le spalle e l'addome del bambino dopo l'uscita della testa. Non è chiaro se queste manovre sono sempre necessarie e sempre appropriate. Dati di ricerca non sono disponibili. Comunque il National Epidemiology Unit di Oxford, al momento, sta conducendo uno studio sulla "Cura del perineo al parto - Hands on or poised", il cosiddetto "Hoop study", che dovrebbe fornire i dati sugli effetti dei diversi approcci al parto della testa fetale e delle spalle sul perineo (McCandlish, 1996).

4.7,2 Lacerazione perineale ed episiotomia

Gli lacerazioni perineali si hanno molto spesso, soprattutto nelle donne primipare. Lacerazioni di I grado di solito, non necessitano neanche di sutura, quelli di II grado possono essere facilmente suturabili in anestesia locale. Lacerazioni di III grado possono avere conseguenze più serie per cui dovrebbero essere suturati, quando è possibile, da un ostetrico in un ospedale ben attrezzato, in modo da prevenire un'incontinenza fecale e/o fistole fecali.

Molto spesso vengono eseguite episiotomie, ma l'incidenza è diversa nei diversi paesi. Negli USA vengono praticate dal 50 al 90% dei casi su donne al I figlio, rendendo così questa pratica la procedura chirurgica più comune del paese (Thacker e Bantal 1983, Cunningham et al. 1989, Wooley 1995). In molti centri vengono attuate le cosiddette strategie "generali", come la necessità per tutte le donne primipare di subire l'episiotomia. Nei Paesi Bassi, le ostetriche raggiungono una frequenza totale del 24,5% di episiotomie, di cui il 23,3% è mediolaterale e 1,2% medline (Pel & Heres 1995). Le episiotomie medline sono più facilmente suturabili ed hanno il vantaggio di lasciare una minima cicatrice, mentre le episiotomie mediolaterali evitano più efficacemente lo sfintere anale e il retto. Buone ragioni per praticare un'episiotomia durante il travaglio per il momento sono:

- segnali di sofferenza fetale;
- insufficiente progredire del travaglio;
- eventuali lacerazioni di III grado (inclusi lacerazioni di III grado in un precedente parto)

Tutte e tre le indicazioni sono valide, anche se prevedere una lacerazione di III grado è molto difficile. L'incidenza di questi lacerazioni è circa dello 0,4%, e la diagnosi di "minaccia di lacerazione di III grado" dovrebbe essere fatta occasionalmente, altrimenti non avrebbe senso.

In letteratura, sono numerose le ragioni addotte per un libero uso dell'episiotomia:

- sostituisce con una netta incisione chirurgica una lacerazione imperfetta;
- è più facile da suturare e guarisce meglio di una lacerazione;
- previene seri traumi perineali e il trauma alla testa fetale;
- previene il trauma dei muscoli della zona pelvica e previene così l'incontinenza urinaria.

Il motivo per sostenere questi benefici postulati è stato ricercato in numerosi studi (Sleep et al.198,1987, Harrison et al.1984, House et al.1986, Argentine episiotomy trial 1993). I dati che questi studi ci forniscono non mettono in evidenza la necessità di sostenere questa politica. L'uso libero dell'episiotomia è associato ad una maggiore incidenza di trauma perineale, meno donne con perineo intatto. I gruppi di donne con uso libero di episiotomia hanno provato dolore perineale da 10 giorni a 3 mesi dopo il parto.

Non esiste prova dell'effetto protettivo dell'episiotomia sulla condizione fetale. In uno studio successivo, non si è notata alcuna influenza dell'uso libero di questa pratica sull'incontinenza urinaria, fino a 3 anni dopo il parto.

In uno studio fatto su 56.471 parti, assistiti da ostetriche, l'incidenza di lacerazioni del III grado fu dello 0,4% senza episiotomia, e lo stesso con l'episiotomia mediolaterale, l'incidenza con episiotomia midline fu del 1,2% (Pal & Heres 1995).

L'assistente che pratica l'episiotomia dovrebbe essere in grado di suturare lacerazioni ed episiotomie in maniera appropriata. Dovrebbe essere ben addestrato. Un'episiotomia ed una sutura dovrebbe essere fatta in anestesia locale con le dovute precauzioni per prevenire eventuali infezioni da Hiv ed epatiti.

In conclusione, non esiste una prova attendibile che l'uso libero o di routine dell'episiotomia abbia effetto benefico, ma risulta molto chiaro che può causare pericolo. Pertanto in un parto normale si possono presentare le indicazioni valide per una episiotomia, ma si raccomanda un uso ristretto di questo intervento. La percentuale di episiotomie operate in uno studio inglese (10%), senza danno per la madre e per il bambino (Sleep et al.1984), dovrebbe essere un buon esempio da seguire.

CAPITOLO 5

ASSISTENZA DURANTE IL SECONDAMENTO

5.1 Background

In questa fase avviene il distacco della placenta e l'espulsione del feto. I maggiori rischi per la madre sono: emorragie durante e dopo il distacco della placenta e la ritenzione della placenta. Le emorragie post-partum sono la maggiore causa di mortalità materna, la maggior parte di questi casi avviene nei paesi in via di sviluppo (Kwast 1991). L'incidenza di emorragie post-partum e di ritenzione della placenta è maggiore se esistono fattori di predisposizione quali:

- gravidanza multipla;
- polyhydramnios;
- travaglio prolungato e/o complicato;
- travaglio ostacolato;
- parto operativo vaginale

Inoltre le emorragie post-partum e la ritenzione della placenta accadono con maggior frequenza se queste complicazioni erano presenti in una precedente storia ostetrica (Doran et al.1955, Hall et al.1987, WHO 1989). Fino ad un certo punto è possibile, pertanto, selezionare durante la gravidanza e nel corso del travaglio, quelle donne a maggior rischio di complicazioni nella III fase. Ma anche in gravidanze a basso rischio, dopo una I e II fase senza problemi, si può verificare un'emorragia post-partum e/o una ritenzione della placenta. La conduzione della III fase può influenzare l'incidenza di queste complicazioni e il quantità di sangue perso. Numerose misure, che mirano alla prevenzione di queste complicanze, sono state proposte, provate e discusse qui di seguito.

5.2 L'uso profilattico di ossitocici

Gli ossitocici possono essere somministrati in via profilattica in vari momento della III fase. Molto spesso sono somministrati per via intramuscolare subito dopo l'uscita della spalla anteriore o dopo l'espulsione del bambino. I farmaci spesso usati e testati negli studi sono l'ossitocina e derivati Ergot, o una combinazione dei due: Syntometrine (Daley 1951, McGinty 1956, Friedman 1957, Newton et al.1961, Howard et al.1964, Hacker & Biggs 1979, Rooney et al.1985, Prendiville et al.1988, Thornton et al.1988, Begley 1990). Sia l'ossitocina sia i derivati Ergot, diminuiscono la perdita di sangue post-partum, ma l'effetto dell'Ergot è minore di quello dell'ossitocina. Per quanto riguarda l'effetto sulla ritenzione della placenta questo non è ancora del tutto chiaro, sebbene esistano prove che dimostrano che l'uso di ossitocina di routine, può aumentare il rischio di placenta ritenuta. Gli effetti collaterali dell'ossitocina sono: nausea, vomito, mal di testa e ipertensione post-partum. Questi effetti si hanno maggiormente con l'uso di derivati Ergot. Inoltre sono state associate altre morbosità, legate all'uso dell'ossitocina, e in special modo all'ergometrina, quali: arresto cardiaco, emorragie intracerebrali, infarto del miocardio, eclampsia post-partum e edema polmonare. Poiché questi eventi sono molto rari, gli studi eseguiti non possono dare informazioni utili, su fino a che punto queste complicanze sono dovute agli ossitocici.

Le prove disponibili suggeriscono che l'uso dell'ossitocina è meno pericoloso dell'uso dei derivati Ergot. Inoltre nei paesi tropicali è più frequente l'uso di ossitocina rispetto all'ergometrina o la metilergometrina (Hogerzeil et al.1992,1994).

Poiché in molti paesi in via di sviluppo la somministrazione di compresse orali sarebbe molto più facile, a causa della loro maggiore stabilità in condizioni tropicali, venne iniziato uno studio per indagare sull'influenza delle compresse orali di ergometrina subito dopo la nascita. Il risultato fu deludente: il paragone con un placebo ebbe risultati insignificanti sulla perdita di sangue dopo la nascita (DeGroot et al.1996).

5.3 Trazione controllata del cordone

La trazione controllata del cordone implica una trazione sul cordone, combinata con una contropressione verso l'alto sul corpo uterino, mettendo una mano sopra la sinfisi pubica. In 2 studi questa procedura è stata comporta con approcci poco concreti, che comportavano a volte una pressione fondale (Bonham 1963, Kemp 1971)

Nei gruppi con trazione controllata si ebbe in media una minor perdita di sangue e una III fase più breve, ma gli studi non forniscono dati sufficienti per garantire conclusioni precise circa il verificarsi di emorragie post-partum e la rimozione manuale della placenta. Da uno degli studi risultò che con l'uso della trazione controllata, diminuiva il dolore per la madre. Comunque nel 3% dei casi il cordone era reciso durante la trazione controllata. Una rara, ma seria complicazione, associata all'uso di questa pratica, è l'inversione dell'utero. Sebbene ciò possa succedere in seguito ad un'errata manovra, il verificarsi dell'inversione dell'utero è certamente un evenienza che deve preoccupare.

I suddetti studi hanno apparentemente riunito dati su donne in posizione supina. L'impressione delle ostetriche, che assistono parti con donne in posizione verticale durante la II e la III fase, è che la III fase è più breve e la separazione della placenta più facile, sebbene la perdita di sangue sia maggiore che nella posizione supina. Ma a parte la quantità di sangue perso, questi aspetti non sono stati trattati negli studi. Presumibilmente la trazione controllata del cordone, come descritta nei libri di testo, è più difficile da eseguire in posizione verticale.

5.4 La conduzione attiva della III fase contro la conduzione d'attesa

gli effetti combinati degli oitocici con la trazione controllata sono comunemente riassunte dal termine "conduzione attiva della III fase", come opposta alla conduzione d'attesa o fisiologica. A volte si ricorre ad una precoce recisione del cordone, anche perché questa pratica è obbligatoria per una trazione controllata. Comunque, poiché gli effetti principali si riferiscono al neonato, tratteremo separatamente quest'aspetto.

In letteratura la condizione attiva della III fase regge favorevolmente il confronto con quella d'attesa, soprattutto perché le emorragie post-partum sono meno frequenti e i livelli di emoglobina, dopo il parto, sono più alti (Prendiville et al.1988, Harding et al.1989, Begley 1990, Thigalathan et al.1993). I risultati, con riferimento alla frequenza di trasfusioni sanguigne e alla rimozione manuale della placenta, non sono del tutto identici nei 2 studi più graditi, quello di Bristol e Dublino (Prendiville et al.1988, Begley 1990). In entrambi gli studi una conduzione attiva, portò a più effetti collaterali quali nausea, vomito e ipertensione, probabilmente dovuti all'uso di ergometrina.

Dal Who, è definita emorragia post-partum una perdita di sangue >500ml (WHO 199).La diagnosi è fatta in base ad una stima clinica di perdita di sangue, una tale valutazione può spesso causare una sottovalutazione significativa. Apparentemente la definizione è influenzata dal fatto che in molte parti del mondo, la perdita di 500ml di sangue è un vero pericolo per la vita della donna, vista l'alta prevalenza di forti anemie. Nonostante ciò, se meticolosamente misurato, si nota che la media di sangue perso al momento del parto è all'incirca 500ml e che il 5% delle donne che partoriscono vaginalmente perdono più di 1000ml di sangue (Pritchard et al.1962, Newton 1966, De Leeuwet et al.1968, Letsky 1991). Nello studio di Bristol (Prendiville et al.1988) il 18% del gruppo di donne

con una conduzione fisiologica della III fase ebbe una perdita di >500ml, e soltanto il 3% perse >1000ml.

In una popolazione sana, come è nel caso dei paesi sviluppati, la perdita post-partum di sangue fino a 1000ml può considerarsi fisiologica, e non necessita di alcun trattamento oltre l'ossitocina. Comunque in molti paesi in via di sviluppo si possono applicare altri standard. Il limite di 500ml definito dal WHO dovrebbe essere considerato come una linea d'allerta, la linea d'azione è raggiunta quando le funzioni vitali della donna sono in pericolo. In donne sane questo si verifica dopo una perdita >1000ml. La distinzione è cruciale alla luce degli sforzi per evitare inutili trasfusioni sanguigne con tutti i rischi associati, inclusa l'infezione HIV.

Non si possono trarre conclusioni ben definite sul valore della conduzione attiva della III fase su popolazioni sane e a basso rischio. Il termine "conduzione attiva" è usato per una serie di interventi vari con differenti effetti collaterali. Tutti gli studi sulla conduzione d'attesa contro conduzione attiva sono stati eseguiti in centri dove la conduzione attiva era una pratica di routine. E' necessario uno studio eseguito in un posto dove sia la conduzione attiva, sia la conduzione d'attesa sono procedure normalmente usate.

Il verificarsi di seri, ma rare complicazioni (cardiache, eclampsia, inversione dell'utero, ecc.) non possono essere studiati in questi resoconti, ma potrebbero essere importanti se e quando la conduzione attiva venisse raccomandata per ampie popolazioni. Sono giustificati i seri dubbi circa l'uso profilattico di routine di ergometrina o ergometrina/ossitocina e anche circa la trazione controllata del cordone di routine.

In conclusione, la somministrazione di ossitocina subito dopo l'uscita della spalla anteriore, o dopo il parto del bambino, sembra vantaggiosa soprattutto per quelle donne ad alto rischio d'emorragia post-partum e per quelle in pericolo anche per una piccola perdita di sangue, ad esempio nel caso di forti anemie. Rimangono dei dubbi circa la combinazione con la trazione controllata del cordone e circa la sua applicazione di routine anche in donne sane e a basso rischio.

Raccomandare una tale procedura, implica che i benefici di questa conduzione controbilancerebbero i rischi ma anche che potrebbe portare a rischi seri, anche se rari, anche in futuro. Secondo la nostra opinione è troppo presto per raccomandare questa forma di conduzione attiva della III fase per tutti i parti normali o a basso rischio, anche osservando le precedenti raccomandazioni del WHO (1990,1994). Se per vari motivi viene utilizzata questo tipo di conduzione, rimangono insolte ma serie le domande, soprattutto quelle che riguardano l'ottimale determinazione dei tempi di iniezione profilattica d'ossitocina.

5.5 Determinazione dei tempi di recisione del cordone

Il cordone ombelicale può essere reciso subito dopo la nascita o in un secondo momento e questo può avere effetti sulla madre e sul bambino (Prendiville & Elbourne 1989). Gli effetti sulla madre sono stati presi in considerazione in molti studi (Dunn et al.1966, Botha 1968, Nelson et al.1980).

Non vi fu evidenza di un effetto significativo della determinazione dei tempi di recisione del cordone sull'incidenza di emorragia post-partum o su una trasfusione feto-materna.

Gli effetti sul bambino sono stati valutati in numerosi studi.

Ci sono delle osservazioni sugli effetti dei tempi di recisione del cordone sul neonato (Buckels & Busher 1965, Spearsetal 1966, Yao et al.1971, Nelson et al.1980). Se dopo la nascita il bambino viene posto al livello della vulva o ad un livello inferiore, per 3 minuti prima di recidere il cordone, questo porta ad un cambio di direzione di circa 80ml di sangue dalla placenta al bambino (Yao et al.1971,1974, Dumm, 1995). Gli eritrociti presenti in questo volume di sangue saranno subito distrutti per emolisi, ma questo fornisce circa 50mg di ferro alla riserva del bambino e riduce la frequenza di anemia ferro-deficiente nell'infanzia (Michaelsen et al.1995, Pisacane 1996).Teoricamente questa trasfusione di sangue dalla placenta al bambino, può causare ipervolemia,

policitemia, iperviscosità e iperbilirubinemia. Questi effetti sono stati studiati in alcune relazioni (Prendiville & Elburne 1989). I bambini nati dopo una precoce recisione del cordone hanno valori più bassi di emoglobina ed ematocriti. Con riferimento ai disturbi respiratori neonatali, non ci furono differenze sostanziali tra i due tipi di conduzioni adottate. I livelli di bilirubina neonatale erano più bassi dopo la recisione precoce, ma non furono notate differenze clinicamente rilevanti tra le due pratiche, né tantomeno nella morbosità neonatale.

La tarda recisione (o la non recisione) è il modo fisiologico di trattare il cordone, e la recisione precoce è un intervento che necessita di una giustificazione.

La trasfusione di sangue dalla placenta al bambino, se il cordone viene reciso più tardi, è fisiologica, e gli effetti negativi di questa trasfusione sono improbabili, almeno nei casi normali. Dopo una gravidanza o un travaglio anomalo, per esempio in rhesus sensitization o nascita pretermine, una tardiva recisione del cordone può causare complicazioni, ma in un parto normale, solo per ragioni valide si dovrebbe interferire con la procedura naturale.

Se viene praticata una trazione controllata del cordone dopo la somministrazione di ossitocina, come avviene in numerosi reparti ostetrici in tutto il mondo, la recisione precoce del cordone è obbligatoria. In ogni caso, dove viene praticata la recisione tardiva, ad esempio dopo che sono cessate le pulsazioni, di solito dopo 3/4 minuti, non si sono registrati effetti negativi. Inoltre, una ricerca recente sostiene la recisione tardiva, in quanto questa può prevenire l'anemia ferro-deficiente nell'infanzia, ciò sarebbe di notevole importanza per quei paesi in via di sviluppo (Michaelson et al. 1995, Pisacane 1996). Comunque al momento non c'è sufficiente chiarezza su quale pratica utilizzare. Quest'argomento merita un ulteriore approfondimento.

5.6 Cura immediata del nascituro

Subito dopo la nascita si dovrebbe fare molta attenzione alle condizioni del neonato. Tale attenzione è parte integrante dell'assistenza alla nascita, e il WHO sottolinea l'importanza di un approccio uniformato per l'assistenza alla madre ed al bambino (WHO 1994). La cura immediata implica:

- assicurarsi che le vie aeree siano libere;
- prendere precauzioni per mantenere la temperatura corporea;
- stringere e recidere il cordone;
- portare il bambino al seno il più presto possibile.

Ciascuno di questi elementi è stato oggetto di dibattito e di ricerca, ma l'attuale Technical Working Group for Normal Birth ha il vantaggio di essere in grado di riferirsi al lavoro e alle raccomandazioni del Technical Working Group on Essential Care of the Newborn (WHO 1996).

Nel seguente resoconto verranno menzionati brevemente alcuni degli aspetti dell'immediata cura al neonato.

- Subito dopo la nascita il bambino deve essere asciugato con un asciugamani o un panno caldo, mentre viene posto sull'addome o tra le braccia della madre. In questo modo avviene sia l'assestamento delle condizioni del bambino sia della madre, e ci si assicura che le vie aeree siano libere. Mantenere la temperatura del bambino è importante: bambini esposti in sale parto fredde possono subire cali di temperatura corporea e avere conseguenti problemi metabolici. Si può ovviare alla riduzione della temperatura corporea con il contatto "pelle a pelle" tra madre e bimbo.
- Un precoce contatto pelle a pelle, tra mamma e bambino è importante anche per altre ragioni. Stimola psicologicamente madre e figlio a conoscersi. Inoltre, dopo la nascita il bambino è "colonizzato" da batteri quindi è bene che venga a contatto con i batteri della pelle materna e non con quelli degli assistenti degli ospedali. Questi vantaggi sono difficili da provare, ma sono abbastanza credibili. Si deve incoraggiare

subito l'allattamento al seno, già nella I ora di vita (WHO/UNICEF 1989). Si deve ancora accertare l'influenza della stimolazione del capezzolo, da parte del bambino, sulle contrazioni uterine e sulla perdita di sangue post-partum. E' stato compiuto solo uno studio (Bullough et al.1989) ma si riferiva soltanto con assistenti al parto tradizionali. Non si può stabilire l'influenza della suzione precoce sulla perdita sanguigna. Sarebbe necessario uno studio con assistenti professionisti.

- La recisione del cordone dovrebbe avvenire con strumenti sterili, o quelli pronti all'uso, come nel kit da parto, o quelli decontaminati per mezzo di sterilizzazione. Questo è di estrema importanza per prevenire infezioni.

5.7 Cura della madre subito dopo l'espulsione della placenta

La placenta dovrebbe essere esaminata attentamente per scoprire eventuali anomalie (infarti, ematomi, inserimento anomalo del cordone ombelicale), ma soprattutto accertarsi che sia intera. Se c'è il sospetto che manchi qualche pezzo, si deve essere pronti per l'esplorazione della cavità uterina. on è necessaria l'esplorazione dell'utero se mancano parti delle membrane.

E' consuetudine in alcuni paesi far esplorare, di routine, la cavità uterina dopo ogni parto. Non esiste alcuna prova sull'utilità di questa procedura, al contrario può provocare infezione, trauma o anche shock. Lo stesso dicasi per un'altra pratica "il lavaggio dell'utero", lo sciacquare la cavità uterina dopo il parto.

La madre dovrebbe essere tenuta sotto attenta osservazione durante la I ora post-partum. Controllare soprattutto la quantità di sangue perso e l'altezza fundale dell'utero: se l'utero non si contrae sufficientemente si può accumulare sangue nella cavità uterina. Se la perdita di sangue non normale e l'utero di contrae a fatica, può essere utile un massaggio dolce dell'utero. E' importante assicurarsi che la contrazione dell'utero non sia inibita da una vescica piena. Una perdita di sangue anomala, >500ml, dovrebbe essere trattata con oitocici: ergometrina o ossitocina intramuscolare. E' importante anche la condizione della madre: pressione sanguigna, polso e temperatura dovrebbero essere controllati.