



S.C.GINECOLOGIA–OSTETRICIA

Dirigente Responsabile
Dr.ssa O. Trifoglio

La **S.C. di Ostetricia e Ginecologia punto nascita dell’A.O. Alessandria** Ospedale H.U.B. ha assistito nel 2014 a 1424 nascite con un’elevata percentuale di gravidanze e parti a rischio essendo sede di trasferimento in utero.

Questa stessa S.C. è riferimento per la popolazione femminile della città, per cui è indispensabile approntare e offrire un piano del parto per le gravidanze così dette a basso rischio.

IL TRAVAGLIO ED IL PARTO A BASSO RISCHIO

Attenendosi alle indicazioni delle linee guida nazionali del 2011/2012 sul management e timing del parto, in attesa della pubblicazione di aggiornamenti più recenti, si offrono alle gravide a basso rischio (v. tabella A in allegato) alcune modalità di espletamento del parto tra cui:

- parto in acqua
- parto in posizione libera
- parto in analgesia peridurale (che comunque lascia ampi spazi di gestione all’autonomo movimento della donna in travaglio).

L'assistenza al travaglio e il parto a basso rischio (v. tabella B in allegato) sono competenza dell'ostetrica nel rispetto della fisiologia che non esclude il confronto col medico di guardia per ogni dubbio diagnostico o per l'insorgenza di una patologia.

Nella nostra realtà è presente una guardia medica h.24 e il medico responsabile può e deve intervenire ogni volta lo ritenga opportuno.

PROCEDURE DI ACCETTAZIONE AL RICOVERO

La visita di accettazione al ricovero viene effettuata dal medico di guardia, con la presenza di una ostetrica di turno.

Non vengono eseguiti clisma evacuativo e tricotomia della cui utilità non esiste evidenza scientifica.

CARATTERISTICHE AMBIENTALI

Si cerca di garantire un ambiente tranquillo e limitare il numero degli operatori sanitari presenti a quelli realmente necessari.

Durante il travaglio ed il parto si permette la presenza in sala parto di una sola persona scelta dalla donna (solitamente il padre del nascituro) .

POSIZIONE MATERNA

La posizione materna durante il travaglio ed il parto è liberamente scelta dalla donna ed è competenza dell'ostetrica suggerirle le diverse posizioni considerate antalgiche per meglio sopportare il dolore delle contrazioni e/o a favorire la progressione della parte presentata.

Rientra in questa fase la scelta della gravida di entrare in vasca per il periodo dilatante e/o l’espletamento stesso del parto (V. tabella C).



ASSISTENZA AL PERIODO DILATANTE

VISITE VAGINALI

La visita vaginale viene effettuata, di regola, ogni due ore circa , possibilmente dallo stesso operatore e registrata sul partogramma, al fine di valutare l'andamento della dilatazione cervicale ed il livello della parte presentata. L'ostetrica effettuerà una visita vaginale ogni qualvolta le condizioni cliniche della donna lo rendessero necessario.

Dopo ogni visita è importante comunicare l'esito alla donna informandola circa l'andamento del travaglio.

AMNIOREXI

Non esiste evidenza per raccomandare l'impiego routinario della amniorexi precoce.

VALUTAZIONE DEL LIQUIDO AMNIOTICO :

annotare sul partogramma il colore e la quantità di LA (se tinto esce dal basso rischio).

MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO

- Ad intermittenza (se non rassicurante in continuo e se persiste esce dal basso rischio)
- in corso di parto analgesia è necessaria la C.T.G. in continuo (V.tabella D).

ASSISTENZA AL PERIODO ESPULSIVO

- Non si invita la donna a spingere se non avverte una sensazione di premito
- Se le condizioni materne e fetali sono soddisfacenti e se la parte presentata discende progressivamente , non c'è motivo di accelerare i tempi del periodo espulsivo
- In caso di partoanalgesia il tempo di attesa, detto periodo di latenza, può risultare aumentato.

EPISIOTOMIA

Non si pratica l'uso sistematico dell'episiotomia.

Non esiste evidenza che l'episiotomia routinaria sia raccomandabile o giustificata, essa viene praticata a giudizio clinico.

ASSISTENZA AL SECONDAMENTO

Il secondamento attivo non è obbligatorio nel parto a basso rischio ma fondamentale per la prevenzione dell'emorragia post-partum. Esso comporta la somministrazione di ossitocina al disimpegno della spalla fetale e la rimozione della placenta dopo clampaggio del cordone ombelicale a parto avvenuto.

P.S.: su richiesta della paziente in condizioni di estrema sicurezza (non sanguinamento) è possibile ritardare il clampaggio del cordone sino alla cessazione della pulsazione.

Offriamo la possibilità di donazione del sangue del cordone ombelicale a scopo solidale.

Permettiamo al papà di recidere il cordone stesso.

Non si concorda e non si accetta il Lotus Birth.

Durante le manovre di secondamento il neonato è posto sul grembo materno e successivamente affidato alle cure del neonatologo cercando di favorire il successivo rapido contatto mamma-bambino.



POST PARTUM

E' obbligatoria l'osservazione del post partum per due ore effettuata generalmente nella sala parto stessa, garantendo tranquillità e riservatezza, con la presenza del familiare scelto dalla donna.

Durante questo periodo viene promosso e sostenuto l'attacco al seno precoce per favorire l'allattamento materno.

NOTA BENE

Esiste grande disponibilità da parte di medici ed ostetriche ad accogliere le richieste delle gravide sempre che tali richieste rientrino in quanto sopra descritto e garantiscano la salute di mamma e bambino.

A tale scopo qualunque piano del parto proposto dalle gravide deve essere preventivamente discusso al di fuori del travaglio con la Responsabile del reparto come avviene per qualunque consenso informato proposto ai pazienti dai medici e per far sì che il piano del parto non sia un consenso estorto agli operatori se presentato al momento del travaglio stesso.

TABELLA A

Popolazione a basso rischio
• Epoca gestazionale tra 37 e 42 settimane
• Biometria nei parametri
• Feto singolo, presentazione cefalica vertice
• Assenza di patologia fetale nota
• Travaglio insorto spontaneamente
• P.R.O.M. da meno di 24 ore
• Placenta normalmente inserita
• Assenza di patologie della gravida

TABELLA B

Travaglio a basso rischio
• Insorge spontaneamente
• C.T.G. d'accesso rassicurante
• Andamento regolare secondo Partogramma di Friedman
• Liquido amniotico chiaro alla rottura delle membrane
• Non necessità di uso di farmaci se non in caso di richiesta di partoanalgesia



TABELLA C

Ammissione e modalità del travaglio/parto in acqua
• Gravidanze e travagli a basso rischio
• Membrane integre o rotte da non più di 24 h.
• Assenza di malattie infettive della cute
• Tampone vagino/rettale negativo allo streptococco Beta-emolitico
• Negatività dei markers malattie trasmissibili (VDRL,TPHA,HbsAg, HIV,HCV)
• C.T.G. d'ammissione rassicurante per 20'
• Non superare le 2 h. continuative in acqua
• Rilevazione del B.C.F. ogni 15'
• Assistenza al parto in acqua fino al clampaggio e recisione del cordone ombelicale

TABELLA D

Parto-analgesia
• Colloquio informativo ogni lunedì h.11 con le gravide
• Colloquio riservato con chi deve porre quesiti personali
• Distribuzione di consenso informato che la donna presenterà al momento del ricovero
• Random : a sei mesi dal parto intervista telefonica per valutare indice di gradimento dell'analgesia
In sala parto
• Posizionamento cateterino epidurale in accordo con ostetrico di guardia ed ostetrica dedicata
• C.T.G. in continuo del B.C.F.
• Somministrazione dei farmaci analgesici
• Ripetuti controlli del dolore in corso di travaglio sino ad espletamento del parto