

Raccomandazioni dell' OMS sulle cure intrapartali per una esperienza positiva della nascita.

Trasformare le cure alle donne ed ai neonati per migliorare la loro salute ed il loro benessere.

Dott. Claudio Crescini

Vicepresidente Fondazione Confalonieri Ragonese

La maggioranza delle gravidanze non presenta fattori di rischio per la mamma ed il bambino , ciononostante in alcune circostanze al momento del parto possono insorgere complicanze che mettono a rischio la vita e la salute di entrambi.

Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio ed il parto sono notevolmente aumentate con induzioni , accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati .

Questa medicalizzazione ha sottratto alle donne la capacità di gestire questo evento con completa realizzazione personale ha prodotto effetti negativi sul vissuto di questa esperienza ed in alcuni casi ha causato deviazioni dalla fisiologia e complicanze iatrogene.

Queste 56 raccomandazioni (26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'OMS) sono indirizzate a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita , sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo.

Sono raccomandazioni che si applicano a tutte le donne in buona salute con una gravidanza ed un travaglio fisiologici.

La finalità è vivere il parto come una esperienza positiva, in un ambiente sicuro da un punto di vista professionale e psicologico con un sostegno pratico ed emozionale continuo da parte di persone scelte dalla donna e sotto l'attenta e amorevole sorveglianza clinica di personale competente.

Possiamo osservare che molte di queste raccomandazioni in numerosi punti nascita italiani sono pratica corrente , qualcuna è in via di applicazione altre sono oggetto di valutazione in merito alla loro reale conformità ai bisogni ed alle richieste della popolazione ostetrica italiana.

E' necessario inoltre tenere sempre in considerazione che le raccomandazioni e le linee guida emanate dall' OMS sono indirizzate a tutte le nazioni mondiali ed in particolare ai Paesi a basso e bassissimo reddito dove la mortalità materna e neonatale è altissima, le risorse economiche ridottissime e l'assistenza sanitaria spesso assente o minimale. Questa attenzione alle aree più svantaggiate del mondo può indirizzare verso proposte che talvolta possono entrare in conflitto con le pratiche consolidate della medicina dei Paesi ricchi.

ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO ED IL PARTO

1) CURE MATERNE RISPETTOSE

Cure materne rispettose - ci si riferisce a cure organizzate e assicurate a tutte le donne per garantire la loro dignità, la loro intimità e riservatezza, per proteggerle dal dolore e dalle procedure scorrette, per consentire scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto - SONO RACCOMANDATE

2) COMUNICAZIONE EFFICACE

La comunicazione efficace tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili E' RACCOMANDATA

3) ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

La presenza di una persona scelta dalla donna è RACCOMANDATA per tutte le donne durante il travaglio ed il parto

4) CONTINUITA' DELLE CURE

Modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra queste una ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale SONO RACCOMANDATI per tutte le gravide

PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO

5) DEFINIZIONE DELLE FASI DI LATENZA E DI TRAVAGLIO ATTIVO

L'adozione delle seguenti definizioni per fase di latenza e fase attiva del travaglio SONO RACCOMANDATE nella pratica clinica.

a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara

b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara

6) DURATA DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara.

7) PROGRESSIONE DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO

Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi **NON E' RACCOMANDATA** per questa finalità.

8) Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm. / ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi **NON E' RACCOMANDATA**

per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico.

9) Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm NON SONO RACCOMANDATI se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti

10) RICOVERO IN SERVIZIO OSTETRICO

Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/ parto) E' RACCOMANDATA SOLO in un contesto di ricerca clinica

11) ESAME CLINICO DEL BACINO AL MOMENTO DEL RICOVERO

Lo studio clinico della morfologia del bacino mediante esplorazione vaginale nelle donne in buona salute NON E' RACCOMANDATO

12) ESAME DI ROUTINE DELLE CONDIZIONI FETALI AL MOMENTO DEL RICOVERO

La cardiotocografia di routine NON E' RACCOMANDATA per valutare il benessere fetale nelle donne in buona salute con travaglio spontaneo

13) L'auscultazione con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard E'

RACCOMANDATA al momento del ricovero per la valutazione del benessere fetale

14) DEPILAZIONE

La depilazione della vulva e del pube NON E' RACCOMANDATA per un parto vaginale

15) CLISTERE

L'uso del clistere per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio NON E' RACCOMANDATO

16) ESPLORAZIONE VAGINALE

Una visita vaginale E' RACCOMANDATA ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico

17) CARDIOTOCOGRAFIA IN CONTINUO DURANTE IL TRAVAGLIO

La cardiocotografia in continuo NON E' RACCOMANDATA per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo

18) AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE DELLA FREQUENZA CARDIACA FETALE IN TRAVAGLIO

L'auscultazione intermittente della frequenza cardiaca del feto con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o uno stetoscopio di Pinard E' RACCOMANDATA per le gravide in buona salute durante il travaglio

19) ANALGESIA PERIDURALE PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE

L'analgesia peridurale E' RACCOMANDATA per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna

20) OPPIACEI PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE

Gli oppiacei parenterali come il Fentanyl , la diamorfina e la petidina sono opzioni RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna

21) TECNICHE DI RILASSAMENTO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

Le tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche SONO RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna

22) TECNICHE MANUALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE

Le tecniche manuali come il massaggio o l'applicazione di compresse tiepide sono opzioni RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio , in base alle richieste della donna

23) SOLLIEVO DAL DOLORE PER PREVENIRE IL TRAVAGLIO PROLUNGATO

Il sollievo dal dolore per prevenire il travaglio prolungato e ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio NON E' RACCOMANDATO

24) ASSUNZIONE DI LIQUIDI E ALIMENTI PER VIA ORALE

Nelle donne a basso rischio ostetrico l'assunzione di liquidi e alimenti durante il travaglio E' RACCOMANDATA

25) MOBILITA' MATERNA E POSIZIONI DURANTE IL TRAVAGLIO

E' RACCOMANDATO incoraggiare la mobilità e una posizione verticale durante il travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico

26) LAVANDE VAGINALI

Le lavande vaginali di routine con clorexidina in travaglio di parto per ridurre la morbilità infettiva NON SONO RACCOMANDATE

27) GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO

L'insieme di interventi per la gestione attiva del travaglio per impedire un suo prolungamento nel tempo NON E' RACCOMANDATO

28) AMNIOREXI DI ROUTINE

Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO

29) AMNIOREXI E OSSITOCINA PRECOCI

Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO

30) OSSITOCINA NELLE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE

La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale NON E' RACCOMANDATO

31) ANTISPASTICI

L'uso di antispastici per prevenire un allungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO

32) INFUSIONE ENDOVENOSA DI LIQUIDI PER PREVENIRE UN ALLUNGAMENTO DEI TEMPI DEL TRAVAGLIO

L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio NON E' RACCOMANDATO

SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO

33) DEFINIZIONE E DURATA DELLA SECONDA FASE DEL TRAVAGLIO

L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio E' RACCOMANDATA nella pratica clinica.

a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra . Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

34) POSIZIONE ALLA NASCITA (per le donne senza analgesia epidurale)

Per le donne senza analgesia epidurale E' RACCOMANDATO di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna , comprese le posizioni verticali

35) POSIZIONE PER LE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE

Per le donne con analgesia peridurale E' RACCOMANDATO di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna , comprese le posizioni verticali

36) METODO DI SPINTA

Le donne durante la fase espulsiva a termine della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso a spingere

37) METODO DI SPINTA (per le donne in analgesia peridurale)

Per le donne in analgesia peridurale nella seconda fase del travaglio E' RACCOMANDATO di ritardare le spinte per una o due ore dopo la dilatazione completa fino a quando la donna avverte di nuovo il bisogno di spingere in un ambiente in cui sono disponibili le risorse per gestire una durata prolungata del secondo stadio e l'ipossia fetale può essere correttamente riconosciuta e gestita

38) METODICHE DI PREVENZIONE DEL TRAUMA PERINEALE

Per le donne nella seconda fase del travaglio le tecniche finalizzate a ridurre il trauma perineale e a facilitare la nascita spontanea (compresi il massaggio perineale, le compresse calde e la sorveglianza "manuale" - hands-on-del perineo) SONO RACCOMANDATE in base alle richieste della donna e alle opzioni disponibili

39) INDICAZIONE ALL'EPISIOTOMIA

L'episiotomia di routine o il suo largo utilizzo NON SONO RACCOMANDATI per le donne che hanno un parto spontaneo

40) MANOVRE DI KRISTELLER

Le manovre di compressione addominale sul fondo uterino per facilitare il parto nella seconda fase del travaglio **NON SONO RACCOMANDATE**

TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO

41) La somministrazione di uterotonici per prevenire l'emorragia del post partum nella terza fase del travaglio **E' RACCOMANDATA** in tutti i parti

42) l'ossitocina (10 unità intramuscolo o endovena) è il farmaco **RACCOMANDATO** per la prevenzione dell'emorragia post partum

43) Nei luoghi in cui l'ossitocina non è disponibile **E' RACCOMANDATO** l'impiego di altri uterotonici iniettabili (ergometrina, metilergometrina) o di misoprostolo per bocca (600 mg)

44) CLAMPAGGIO TARDIVO DEL CORDONE OMBELICALE

Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (non prima di un minuto dalla nascita) **E' RACCOMANDATO** per il benessere della mamma e del neonato

45) TRAZIONE CONTROLLATA DEL CORDONE OMBELICALE

Nei luoghi dove è presente personale di assistenza qualificato la trazione controllata del cordone **E' RACCOMANDATA** nei parti in cui si ritiene importante una riduzione anche se lieve della perdita ematica e della durata del terzo stadio

46) MASSAGGIO UTERINO

Il massaggio uterino energico **NON E' RACCOMANDATO** come procedura finalizzata a prevenire una emorragia post

partum nelle donne che hanno ricevuto una profilassi con ossitocina

CURE AL NEONATO

47) ASPIRAZIONE NASALE O ORALE DI ROUTINE DEL NEONATO

Per il neonato che respira spontaneamente ed in presenza di liquido amniotico chiaro l'aspirazione della bocca o del naso **NON DEVE** essere eseguita

48) CONTATTO PELLE A PELLE

I neonati senza complicanze dovrebbero essere tenuti con un contatto pelle a pelle con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento

49) ALLATTAMENTO

Tutti i neonati compresi quelli di basso peso che sono in grado di essere allattati devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la mamma ed il bambino sono pronti.

50) PROFILASSI DELLA MALATTIA EMORRAGICA CON VITAMINA K

Tutti i neonati dovrebbero ricevere 1 milligrammo di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato).

51) BAGNO E ALTRE CURE IMMEDIATE AL NEONATO

Il bagno dovrebbe essere rinviato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se questo non è possibile per motivi culturali si dovrebbe attendere almeno 6 ore. Si raccomanda di coprire il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa uno o due strati di abiti più dell'adulto ed anche un berretto . Madre e bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero rimanere nello stesso ambiente 24 ore su 24.

CURE ALLA DONNA DOPO IL PARTO

52) SORVEGLIANZA DELLA CONTRATTURA UTERINA

La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina E' RACCOMANDATA per tutte le donne

53) ANTIBIOTICI NEL PARTO SENZA COMPLICANZE

La somministrazione profilattica di routine di antibiotici nel parto vaginale senza complicanze NON E' RACCOMANDATA

54) ANTIBIOTICI PROFILLATICI DI ROUTINE PER L'EPISIOTOMIA

L'antibioticoterapia profilattica di routine in tutte le donne che hanno avuto una episiotomia NON E' RACCOMANDATA

55) SORVEGLIANZA MATERNA NEL POSTPARTUM

Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica

vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino , della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto

56) DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DOPO UN PARTO SPONTANEO

Dopo un parto senza complicanze in una struttura sanitaria la madre in buona salute ed il neonato dovrebbero essere assistiti nella struttura per almeno 24 ore dopo il parto