



"NASCERE IN CASA"

Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità  
detto "IL COORDINAMENTO"

## **LINEE GUIDA DI ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLOGICO A DOMICILIO E CASA MATERNITA'**

PRIMA EDIZIONE APRILE 1991

**ULTIMA EDIZIONE novembre 2013**

Redazione e introduzione a cura di *Marta Campiotti e Paola Olivieri*

*Ringraziamo il dott. Giuseppe Battagliarin per la consulenza*

### **Introduzione**

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

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

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

Le nostre linee guida non sono uno strumento né di controllo né di giudizio, ma propriamente delle linee, dei binari entro cui muoversi per lavorare con consapevolezza nel momento presente e domandosi sempre il perché dei nostri gesti e delle nostre scelte, un **documento autorevole** anche per gli organismi rappresentativi della nostra categoria. Tuttavia l'assunzione di responsabilità che l'assistenza ostetrica comporta in ogni ambito in cui venga fornita, è individuale, così come il rendere conto delle proprie scelte agli organi competenti, ma soprattutto alle donne ed ai bambini che abbiamo in cura.

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

Non sempre è facile definire questo limite perché ci troviamo di fronte anche a situazioni borderline, in movimento, non facili da definire: anche in questo caso le linee guida sono un supporto.

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

- a) **selezionato durante la gravidanza dall'ostetrica che sarà presente al parto**
- b) **frutto della scelta consapevole ed informata della donna e della coppia**
- c) **assistito secondo il principio della appropriatezza** ( paziente, luogo, tempo ed operatore adeguato)

La **conoscenza e la relazione** con la donna e la coppia sono lo sfondo in cui tutto questo avviene: la motivazione reciproca, il rispetto e l'ascolto attivo.

Ovviamente in queste linee guida non si parla di come e perché l'ostetrica deve entrare in rapporto con gli aspetti psicoemotivi di ogni nascita, rispettando l'unicità di ogni situazione: questa è l'infinita ricchezza e novità che ogni nascita ci porta. Ma al di là ed insieme a questi aspetti ci sono i limiti che la casa ha in sé, quando aumenta la probabilità di dover ricorrere ad interventi assistenziali di secondo livello, erogati per definizione in ambiente ospedaliero: proprio in questi casi la relazione è la base di ogni successivo passo.

I riferimenti scientifici sono le evidenze della letteratura EBM ed in particolare le pubblicazioni dell'Istituto Superiore Sanità, dell'AOGOI e del NICE.

### **Aspetti deontologici/professionali**

E' indispensabile compilare la cartella ostetrica dalla prima visita in gravidanza.

La Cartella Ostetrica del Coordinamento è lo strumento comune per seguire la gravidanza, il parto e il puerperio.

Durante il travaglio e il parto si compilerà il partogramma ( vedi allegato alla nostra cartella) segnando scrupolosamente ogni dato clinico.

E' opportuno che le ostetriche presenti al parto e al postpartum siano due.

E' indispensabile verificare prima di ogni parto il contenuto della borsa ostetrica. (vedi allegato)

L'ospedale prescelto deve essere raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti con il mezzo più adeguato .

E' raccomandabile avvisare all'inizio del travaglio l'Ospedale di riferimento e il servizio 118, per l'organizzazione dell'eventuale trasferimento.

E' necessario considerare attentamente le implicazioni assistenziali quando la distanza casa donna/casa ostetrica è superiore ai 30 minuti.

**E' buona pratica clinica che le ostetriche abbiano una formazione personale continua cioè rinnovata ogni tre/quattro anni sul "trattamento delle emergenze ostetriche a domicilio" attraverso il corso specifico organizzati dalla nostra Associazione o altri similari dimostrabile con attestato di frequenza.**

E' opportuno avere una assicurazione personale per la responsabilità civile.

Dopo la assistenza al parto **è obbligatorio:**

a) compilare il CEDAP e spedirlo alla ASL territoriale dove è avvenuto il parto-nascita

b) compilare l'attestazione per la formazione dell' atto di nascita (art. 8, comma 2, DPR n. 403 del 20/10/1998 ) e consegnarlo alla donna che entro dieci giorni dal parto deve presentarlo nel comune di residenza o nel comune dove è avvenuto il parto

c) al decimo giorno dal parto compilare la scheda raccolta dati e inviarla obbligatoriamente al coordinamento

### **1. La popolazione**

La condizione ideale - quella che permette la miglior qualità della cura- è l'assistenza di tutta la gravidanza da parte dell'ostetrica che assisterà il parto.

In ogni caso, è opportuno seguire la gravidanza almeno dalla 32.a settimana. Ove questo non fosse possibile per specifici e particolari motivi, si consiglia di valutare attentamente la richiesta e la motivazione della donna, e di considerare comunque la situazione come "borderline".

La raccolta dell'anamnesi prevede una accurata valutazione della salute di base della donna (benessere psicofisico) del decorso dell'attuale gravidanza, della storia ostetrica pregressa e di eventuali altre patologie materne concomitanti.

La visita di screening, oltre all'anamnesi, comprende: le manovre di Leopold, la misurazione sinfisi /fondo con la previsione del peso fetale, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF e la verifica dell'assenza di edemi importanti agli arti inferiori. Si ricorda che la regola di Johnson ha valore su una curva sinfisi fondo personalizzata, che richiede almeno tre misurazioni e l'uso del grafico.

E' opportuno effettuare un controllo ematochimico nella 35.a/36.a settimana di gravidanza: emocromo + piastrine, PT, PTT e Fibrinogeno (secondo gli insegnamenti del dr. Braibanti, ematologo oltre che ostetrico), HbSAG, gruppo e fattore RH, test di Coombs indiretto, esame delle urine.

E' opportuno che la donna abbia effettuato almeno una ecografia ostetrica , precisamente tra la 18.ma e la 22.ma settimana al fine di conoscere la morfologia fetale e la localizzazione della placenta.  
Per quanto riguarda l'esecuzione del tampone vagino/rettale per la ricerca dello streptococco betaemolitico, considerato che una alta percentuale di donne sane risulta positiva e che le implicazioni dell'esame porterebbero ad usare l'antibiotico come prevenzione, si consiglia di proporre alla donna la scelta informata (vedi allegato in cartella ostetrica coordinamento).

*In considerazione dell'aumento dell'età materna e delle situazioni borderline che si rivolgono a noi, sarebbe buona pratica avere uno specialista di riferimento, quando dobbiamo decidere se e perché selezionare una situazione*

### **1.1 Controindicazioni all'assistenza domiciliare, identificate prima del travaglio**

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto: anamnesi positiva per distacco di retina, anomalie del bacino materno che costituiscono un ostacolo all'espletamento del parto per via vaginale, malformazioni uterine o presenza di neoformazioni miomatose che modifichino il canale del parto (miomi previ) , infezione da HV genitale in fase attiva, sentito anche il parere dello specialista.
- Presenza di patologia materna che richiede una sorveglianza intensiva del travaglio di parto : pregresso Taglio Cesareo e pregresse isterotomie cioè ogni intervento che abbia inciso l'endometrio. Vi è evidenza che le miomectomie laparoscopiche che non hanno suturato l'area di enucleazione abbiano un maggiore rischio di rottura d'utero. La miomectomia senza apertura di cavità ha un rischio di rottura d'utero paragonabile al pregresso TC ( 5 per mille). La deiscenza della pregressa cicatrice è un evento raro (5 per mille) ma estremamente grave, che richiede un trattamento tempestivo.
- cardiopatie a rischio di scompenso, gestosi pre eclamptica,
- Presenza di patologia materna importante e/o che necessita trattamento (trombosi venosa profonda, epilessia, diabete)
- Presenza di patologia fetale nota: grave iposviluppo o macrosomia ovvero biometria fetale attesa inferiore al 10\* percentile o maggiore del 95° , malformazioni che necessitano di assistenza specialistica alla nascita, isoimmunizzazione Rh
- Gravidanza gemellare
- Grande multiparità (>5 parti pregressi)
- Emoglobina <9,5 g/100 ml a termine di gravidanza
- Anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum >1000cc. e /o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock)
- Diagnosi ecografica di placenta bilobata. Inoltre se fosse stata diagnosticata nel secondo trimestre una placenta previa poi risalita richiedere una eco transvaginale per escludere la presenza di vasi previ.

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

- Apertura della cartella ostetrica dopo la 32.ma settimana
- Statura materna < 150 cm
- Body Mass Index superiore a 30 (oltre i 35 è situazione a rischio) ed inferiore a 20 ad inizio gravidanza
- Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/ neonatale
- Sospetto clinico di oligo/polidramnios ( per valutare e fare diagnosi ecco la definizione di oligoidramnios: presenza di una sola falda di dimensioni 20mm x 20mm, polidramnios: falda massima superiore a 80mm)
- Tampone vaginale positivo per streptococco betaemolitico a termine di gravidanza necessita di trattamento antibiotico endovenoso in travaglio, su prescrizione del medico
- Parte presentata extrapelvica nella nullipara alla 38.a settimana e all'inizio del travaglio

### **1.3 Condizioni permissive l'assistenza domiciliare all'insorgere del travaglio**

- Epoca gestazionale compresa tra le 37 più 1 e le 42 settimane di gravidanza, valutando clinicamente il benessere fetale nei giorni vicini al "cut off" ( 37 più 1,2,3 e 41, più 4,5,6)
- Feto singolo, presentazione cefalica
-

- Peso fetale previsto con curva personalizzata (vedi cartella) e la regola di Johnson  $\geq 2500$  e  $\leq 4000$  (che considera l'errore del 10%)
- PROM < 24 ore in presenza di liquido limpido, non alterazioni del BCF e assenza di iperpiressia  $>38^{\circ}\text{C}$  (vedi allegato conduzione PROM) e nascita che deve avvenire entro 24 ore dalla PROM, salvo possibilità di terapia antibiotica e.v. a domicilio.

## **2. Diagnosi di travaglio in fase attiva**

Si pone diagnosi di travaglio in presenza delle seguenti condizioni:

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

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

## **3. Assistenza al periodo dilatante**

### **3.1 Controllo del B.C.F.**

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

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

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

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

### **3.2. Valutazione della progressione del travaglio**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4. Assistenza al periodo espulsivo**

##### ***4.1. Durata del secondo stadio***

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

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

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

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

## **4.2 La posizione nel periodo espulsivo**

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

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

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

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

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

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

## **4.3 Controllo del BCF**

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

## **4.4 Assistenza al perineo**

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

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

## **5. Procedure di assistenza al neonato**

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

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

*La somministrazione di vitamina K alla nascita è stata dimostrata efficace nel prevenire la malattia emorragica "classica" del neonato, quella cioè che si verifica 1-7 giorni dopo la nascita. La dose è di 1 mg i.m. oppure 2 mg per os. La somministrazione intramuscolo, ma non quella per os, sembra proteggere anche dalla malattia emorragica tardiva (1-3 mesi) che colpisce soprattutto i lattanti allattati al seno. Poiché la malattia emorragica è rarissima nel neonato sano a termine, si può proporre ai genitori la scelta informata rispetto alla somministrazione di vit k.*

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

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

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

Eseguire la profilassi della malattia emorragica.

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

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

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

## **6. Assistenza al secondamento**

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

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

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

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

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

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

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

## **7. Altre indicazioni al trasferimento in ospedale**

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

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

## **8. Assistenza al postpartum**

Dopo il parto, l'ostetrica trascorre 2 ore in osservazione della donna e del neonato. Allo scadere delle due ore, si controlla la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, nonché la perdita ematica e la presenza del globo uterino. Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di oltre 2 ore, al termine delle quali rivaluta le condizioni materne. Qualora non vi sia stata una completa normalizzazione del parametro alterato, è opportuno considerare la possibilità di un trasferimento in ospedale.

Per quanto riguarda il neonato, è opportuno controllare l'adattamento nelle prime ore: colorito, battito cardiaco, movimenti respiratori, suzione, tono muscolare, temperatura. Nel caso di uno o più parametri alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento.

## **9. Assistenza al puerperio**

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

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

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente fino a 5-6 giorni dopo il parto, e comunque fino al 10° giorno. Vengono rilevati la temperatura, il polso, la pressione arteriosa lo stato dell'eventuale sutura, le caratteristiche delle lochiazioni ed il grado di involuzione uterina, la produzione del colostro e del latte materno, le condizioni locali del capezzolo, lo stato di salute globale della donna (riposo, alimentazione, ecc.).

Qualora la donna sia RH negativa ed il neonato Rh positivo si esegue la profilassi con immunoglobuline anti D i.m. entro 72 ore dal parto.

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

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

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

### **Allegato n° 1: Conduzione della rottura prematura delle membrane**

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

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

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

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

#### **Nell'evenienza di una emorragia materna:**

- a) identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
- b) nel caso di lacerazione vagino-perineale, suturare immediatamente, se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento (come segue)
- c) nel caso di lacerazione del collo uterino predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera (come segue)
- d) nel caso di perdita dal corpo uterino: 1 massaggiare l'utero qualora non sia contratto, 2 Verificare che la vescica sia vuota, 3 incannulare una vena per reintegrare la volemia con soluzione fisiologica 500 cc+ 250 cc con aggiunta di Syntocinon 10 UI prima del secondamento e 20 UI (cioè 40 UI in 500 cc) a secondamento avvenuto.



L'azione dell'ossitocina in vena è immediata. A secondamento avvenuto in caso di emorragia somministrare anche due fiale di Methergin I.M., poiché il tempo di latenza del Methergin è di 12 minuti ma la persistenza è di due ore.

- e) Non usare mai il methergin in caso di asma bronchiale materna e di P.A. uguale o superiore a 140/90  
Chiamare il 118 per avere l'ambulanza, possibilmente con a bordo un medico.
- f) mettere la donna in posizione di Trendelenburg
- g) ai primi sintomi di shock (colorito pallido, sudorazione, tachicardia, pressione arteriosa in diminuzione, giramento di testa) somministrare Cortisone 1 gr., endovena, nell'attesa dell'arrivo dell'ambulanza
- h) accompagnare sempre la donna durante il trasporto in ospedale

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

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

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

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

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

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

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

- a) posizionare correttamente il capo del neonato, estendendolo leggermente e sostenendo il mento con un telino assicurandosi che la lingua non sia retroposta (alcuni usano la cannula di Mayo)
- b) dare ossigeno ai polmoni per due/ tre minuti: con la respirazione bocca a bocca o con l'ambu pediatrico (mascherina adeguata a tenuta naso/bocca) una insufflazione ogni due-tre secondi, dando tempo ai polmoni di svuotarsi ed osservando l'espansione toracica bilaterale. Fare attenzione alla iper-ossigenazione se si usa l'ossigeno
- c) valutare la frequenza cardiaca con lo stetoscopio o palpando il cordone ombelicale

Se la frequenza cardiaca è superiore a 100/min. e il neonato riprende colore ed inizia a respirare (30-60 atti respiratori/minuto) si può rimanere a domicilio, anticipando la visita pediatrica.

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

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

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

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

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

**CEDAP** si usa lo stesso CEDAP che viene usato nei punti nascita della Regione di residenza, manuale o elettronico. Se manca la voce "parto a domicilio" o "parto in casa maternità" lo si fa presente tutte le volte nell'ufficio dove lo si consegna o si spedisce.

### **RACCOLTA DATI**

Per la raccolta dati inviare a [raccoltadaticordinamento@gmail.com](mailto:raccoltadaticordinamento@gmail.com).

**REFERENTE:** PAOLA OLIVIERI – Casa Maternità "La Via Lattea" di Milano

## CONTENUTO DELLA BORSA OSTETRICA

### **Per la madre:**

#### *Strumentario:*

1. Termometro,
2. Stetoscopio o sonicaid (con batterie di ricambio),
3. Fonendoscopio e sfigmomanometro,
4. Laccio emostatico,

#### *Ferri chirurgici:*

1. N°1 Kocher,
2. N° 1 paio di forbici rette a punte smusse;
3. N°1 capsula,
4. N° 2 pinze ad anelli,
5. N° 1 portaghi,
6. N° 1 pinza anatomica,

#### *Materiale monouso:*

1. Guanti in lattice sterili di misure diverse,
2. Guanti non sterili,
3. N° 4 pacchi di garze sterili cm 10x10 e cm 20x20,
4. N° 1 telo sterile,
5. N° 4 telini sterili 80x80,
6. Sacchetti graduati per la valutazione della perdita ematica,
7. Aghi cannula N° 16G - 18G - 21G,
8. Siringhe da 5cc e da 10 cc,
9. Cateteri monouso,
10. Cerotti,
11. Deflussori per infusione,

#### *Farmaci:*

1. 1000/1500 ml di soluzione fisiologica in sacche di plastica,
2. Necessario per la profilassi oculare,
3. Vitamina K,
4. Ossitocina (Syntocinon 2 scatole),
5. Metilergometrina (Methergin 1 scatola),
6. Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale,
7. Disinfettante (Betadine o altro),

#### *Fili di sutura:*

1. Safilquick e normale N° 0 - 1 - 00 - 000,

### **Per il neonato:**

2. Provette per prelievo funicolare,
3. Cord clamp,
4. Foglio termostatico per trasferimento,
5. Ambu con mascherina di misure per neonato a termine (pediatriche 5/4),
6. Cannula di Mayo misura 5,
7. Sondino morbido (6 -8 -10 CH).