

PROTOCOLLI OPERATIVI ASSISTENZA PARTO E TRAVAGLIO CASA DI CURA "OSPEDALE INTERNAZIONALE" S.r.l. NAPOLI

APPROVATI DAL COMITATO SCIENTIFICO AOGOI

IN DATA 4 DICEMBRE 2018

TRAVAGLIO FISIOLÓGICO – PROCEDURE AL RICOVERO

- 1) Compilazione Cartella Clinica (Anamnesi – esame clinico generale ed ostetrico) – Ecografia Ostetrica "office" – controllo esami ematochimici (eventuale ulteriore prescrizione) – Tamponi vagino-rettali;
- 2) Cardiotocografia di ammissione;
- 3) "Triage" Ostetrico per individuazione di protocolli e/o percorsi assistenziali specifici

ASSISTENZA AL TRAVAGLIO

- Libertà di movimento – posizioni libere ed utilizzo di presidi dedicati
- Applicazione di Linee Guida e Protocolli
- Le donne che sono nella I Fase del travaglio se lo desiderano possono assumere cibi leggeri e liquidi
- Comunicazione e corretta descrizione dell'evento in cartella clinica
 - Visita ogni 4 ore nella prima fase del travaglio (periodo dilatante) se attività contrattile regolare e regolare progressione del travaglio con registrazione sul partogramma in tempo reale.
 - CTG in continua da eseguire nel caso di indicazioni specifiche, quando sia stata diagnosticata la fase attiva del travaglio (Linee Guida AOGOI 2018)
 - L'analisi del CTG deve essere integrata con altre informazioni cliniche per una corretta interpretazione e successiva gestione clinica
 - Si raccomanda di evitare il monitoraggio prolungato con posizione materna supina
 - L'auscultazione intermittente dovrebbe essere utilizzata per il monitoraggio intra-partum dei travagli fisiologici e richiede la presenza costante dell'ostetrica con la gestante in travaglio in rapporto 1:1 (Linee Guida AOGOI 2018)

- L'auscultazione intermittente del BCF va fatta in fase dilatante ogni 15 minuti, da iniziare durante la contrazione e da continuare per almeno 1 minuto dopo la fine della stessa; nel periodo espulsivo il controllo va effettuato ogni 5 minuti (Linee Guida FIGO 2015)
- In caso di BCF con segnali di allarme va effettuata CTG in continuo per almeno 20 minuti prima di riprendere auscultazione intermittente (Linee Guida NICE 2014)

ASSISTENZA AL SECONDAMENTO (LINEE GUIDA NICE 2014)

La gestione del terzo stadio del travaglio può avvenire tramite un approccio di attesa o attivo:

- La gestione di attesa definita anche fisiologica pura consiste nell'attendere, senza eseguire alcuna manovra, i segni del distacco placentare
- Di contro la gestione attiva consiste nella somministrazione di un farmaco utero-tonico al disimpegno delle spalle e nella trazione controllata sul cordone; tale gestione si è dimostrata utile nel prevenire circa il 60% delle Emorragie Post Partum ma non nel ridurre il rischio di secondamenti manuali dovuti al mancato distacco della placenta – come utero-tonico si devono somministrare 10 UI di Ossitocina che si è dimostrato avere minori effetti collaterali rispetto all'associazione Ossitocina+ Metilergometrina
- La diagnosi di un terzo stadio prolungato viene fatta dopo 30 minuti di gestione attiva e/o dopo 60 minuti di gestione di attesa
- In caso di placenta ritenuta comunicare alla paziente cosa è successo, non incrementare l'uso di Ossitocina di "routine" ma solo in caso di sanguinamento eccessivo e non eseguire esplorazione uterina e/o rimozione della placenta senza collaborazione dell'anestesista

CARDIOTOCOGRAFIA – REFERTAZIONE (LINEE GUIDA AOGOI 2018)

Nell'ambito della refertazione dei tracciati CTG riconosciamo un tracciato di tipo primo, secondo e terzo

A) Il tracciato di Tipo 1 prevede:

- FHR media tra 110-160 bpm
- Variabilità tra 5-25
- Assenza di decelerazioni variabili ripetitive (associate a più del 50% delle contrazioni uterine)
- **Gestione clinica con nessun intervento**

B) Il tracciato di Tipo 2 prevede:

- Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità ma assenza di segni patologici
- Eseguire metodiche aggiuntive di valutazione – Sospendere eventuale infusione di Ossitocina – Controllare Temperatura Materna

C) Il tracciato di Tipo 3 prevede:

- FHR < 100 bpm
- Ridotta variabilità per più di 50 minuti o decelerazioni ripetitive per più di 30 minuti o di 20 minuti se associate a variabilità ridotta
- **Eseguire espletamento del parto in tempi brevi**

TAGLIO CESAREO UNA SCELTA APPROPRIATA E CONSAPEVOLE

(LINEE GUIDA MINISTERO DELLA SALUTE – 2011)

- La richiesta materna (autodeterminazione), in assenza di motivazioni cliniche, deve essere bene discussa con i professionisti sanitari che devono esplicitare i potenziali benefici e/o problematiche del taglio cesareo rispetto al parto vaginale. Bisogna discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale in cartella clinica – Qualora il motivo della richiesta di taglio cesareo da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di offrire già durante la gravidanza, interventi informativi e di supporto (partoanalgesia). L'autodeterminazione non va effettuata prima delle 39+0 settimane di gestazione
- In caso di gravidanza a termine con un feto in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e/o la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo programmato, questo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di gestazione
- Nelle gravidanze gemellari bicoriali-biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38+0 settimane, per evitare eventi avversi neonatali
- In caso di travaglio pretermine spontaneo, senza fattori di rischio materno-fetali non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo programmato nel migliorare gli esiti neonatali – il parto deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e la scelta della modalità del parto deve tenere conto dell'esperienza del centro e della casistica trattata localmente

- Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nei feti IUGR in assenza di alterazioni della velocimetria Doppler – In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso
- Il diabete pregestazionale e gestazionale non rappresentano di per sé un'indicazione al taglio cesareo – in caso di feto con peso stimato > 4500 gr. è raccomandato il taglio cesareo a partire dalle 38+0 settimane di gestazione
- Il taglio cesareo programmato è raccomandato nelle donne con infezione primaria da Herpes Simplex Genitale che presentano lesioni attive nel terzo trimestre di gravidanza o al momento del parto, in quanto l'intervento diminuisce il rischio di infezione neonatale ma non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di gestazione
- Donne con Epatite B non devono essere sottoposte di "routine" al taglio cesareo programmato in quanto non sono disponibili prove conclusive a sostegno della sua efficacia nel ridurre la trasmissione di Epatite B dalla madre al neonato
- In caso di HPV il rischio di trasmissione è basso – non vi sono controindicazioni all'espletamento del parto per via vaginale – in presenza di una condilomatosi vulvo-vaginale gigante è indicato il taglio cesareo per ridurre il rischio di distocie meccaniche al momento della fase espulsiva del travaglio di parto

INDICAZIONI INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO (LINEE GUIDA AOGOI 2016)

- In caso di gravidanza senza complicazioni prima di 41+0 settimane si raccomanda di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio – un'induzione prima di tale epoca aumenta il rischio di ricorso inappropriato al taglio cesareo
- In caso di PROM a termine (>37+0) attesa di 24 ore e successiva induzione
 - Morte endo-uterina del feto
- Gravide con ipertensione gestazionale non severa e/o preeclampsia lieve a partire dalle 37+0 settimane
- Nei feti SGA oltre le 37+0 settimane con doppler normale dell'arteria ombelicale o con anormale PI ma conservazione della velocità di fine diastole l'induzione del travaglio può essere effettuata ma il tasso di tagli cesarei in emergenza è aumentato – è raccomandata la CTG in continuo
- Nelle gravide con diabete pre-gestazionale bene compensato l'induzione al travaglio di parto è indicata a partire dalle 39+0 settimane, mentre nel caso di un diabete gestazionale bene controllato non è raccomandata l'induzione del travaglio di parto prima del termine di gravidanza

METODI DI INDUZIONE AL TRAVAGLIO DI PARTO

- L'utilizzo delle Prostaglandine è il metodo di induzione più diffuso: nella nostra Casa di Cura vengono utilizzate Prostaglandine che prevedono il rilascio controllato tramite dispositivi per via vaginale (Dinoprostone – Propess)

- Un indice di Bishop < di 6 indica una condizione cervicale sfavorevole e le Prostaglandine sono da utilizzare per permettere una maturazione e rimodellamento cervicale
 - A) Applicazione del dispositivo vaginale per 24 ore
 - B) Se il punteggio di Bishop è > di 6 proseguire con ossitocina da iniziare almeno 30 minuti dopo la rimozione del dispositivo e/o amnioressi
 - C) Una eventuale nuova applicazione del dispositivo a rilascio controllato non è riportata in nessuna Linea Guida e non è raccomandata dalla stessa ditta produttrice
 - D) E' descritto una lieve aumentata incidenza di tachisistolia uterina con associate alterazioni della FHR – In caso di tachisistolia (più di 5 contrazioni in 10 minuti per 30 minuti) con o senza alterazioni al CTG occorre rimuovere il dispositivo, idratare la paziente ed eventualmente considerare la tocolisi – eseguire adeguato monitoraggio CTG
- L'ossitocina in caso di Bishop > di 6 può essere utilizzata in infusione continua o pulsatile, in associazione o meno con l'amnioressi e dopo eventuale maturazione cervicale con Prostaglandine
 - a. E' raccomandato il monitoraggio in CTG in continuo
 - b. La posologia standard tiene conto della diluizione di 5 UI in 500 cc di Soluzione Fisiologica
 - a. Dose iniziale 1-4 gocce al minuto – intervallo di aumento ogni 30-60 minuti con dose di incremento di 2-4 gocce al minuto – massimo incremento 15 gocce al minuto
 - b. Una volta insorta la fase attiva del travaglio l'infusione può essere sospesa

In condizioni di Bishop sfavorevole le gravide che a termine presentano una presentazione cefalica e membrane integre possono anche essere indotte mediante maturazione cervicale con l'introduzione per via trans-cervicale di un catetere di Foley il cui palloncino verrà gonfiato con 30-40 ml di soluzione fisiologica e lasciato "in situ" per 24 ore se non insorge il travaglio.

GESTIONE DELLA MINACCIA DI PARTO PRETERMINE (LINEE GUIDA AOGOI 2016)

- In donne con gravidanza singola tra 24-34 settimane e con Minaccia di Parto Pretermine la cervicometria con ecografia Trans-Vaginale consente di stratificare il rischio ed ottimizzare l'assistenza indirizzando le pazienti con canale cervicale corto (< 15 mm) verso un management intensivo (Trasferimento in utero)
- La tocolisi deve essere utilizzata in presenza di una diagnosi consolidata di Minaccia di Parto Pretermine ed è raccomandata quando una dilazione di 2-7 giorni possa

essere raggiunta onde potere effettuare interventi finalizzati a migliorare gli esiti neonatali, quali la somministrazione antenatale di corticosteroidi

- La tocolisi in caso di minaccia di parto pretermine serve esclusivamente a consentire la profilassi Cortisonica per la prevenzione della RDS
- La tocolisi è controindicata in presenza di distacco di placenta, corionamniosite clinica e la sua efficacia prima delle 26 settimane non è nota
- In presenza di coesistente PROM (PPROM) bisogna: evitare la visita digitale, somministrare antibiotici e/o effettuare profilassi streptococco beta – in epoca > 34+6 settimane l'opzione di una condizione di attesa deve essere discussa con la paziente
- L'antibiotico profilassi non è raccomandata nelle donne con Minaccia di Parto Pretermine a membrane integre e/o assenza di positività per Streptococco beta
- La terapia corticosteroidica è raccomandata per donne a rischio di parto pretermine fino alle 34+6 settimane, anche nelle gravide ipertese, con PROM e/o IUGR
- E' ragionevole anticipare a 12 ore anziché 24 la seconda dose di Betametasone (Bentelan 12 mg) se si prevede il parto entro le 24 ore – un singolo ciclo di Corticosteroidi può essere ripetuto se il rischio di parto pretermine persiste dopo 7 giorni da una prima somministrazione
- Diversi agenti tocolitici possono inibire l'attività contrattile uterina e la decisione su quale utilizzare dovrebbe essere individualizzata in base all'epoca gestazionale, la presenza di co-morbidità materne, la frequenza e severità degli effetti collaterali – La Ritrodina (MIOLENE) non è considerato più farmaco di prima scelta mentre L'Atosiban (TRACTOCILE) è attualmente il preparato di prima scelta con minori effetti collaterali
- Controindicazioni all'uso di Tractocile sono: età gestazionale inferiore alle 24 settimane – anomalie della CTG – Preeclampsia severa e/o eclampsia – MEF – Sospetta infezione intrauterina – Placenta previa – Distacco di Placenta – Qualsiasi altra condizione della madre o del feto che risulti pericolosa.