



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

Corso di Laurea in Ostetricia

C.I. “Fisiopatologia del parto e neonatologia”
Scienze Ostetrico ginecologiche

**IL PARTOGRAMMA
NEL MANAGEMENT DEL TRAVAGLIO
DI PARTO**

IL PARTOGRAMMA COME REALE TRADUZIONE DI UN PERCORSO CLINICO

Parte integrante della cartella clinica ostetrica

Dal punto di vista medico- legale:

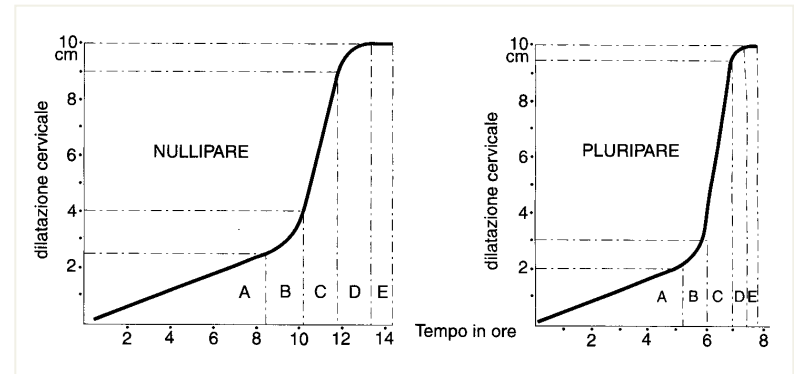
- completezza e precisione
- correttezza formale
- coevita'
- chiarezza
- certezza
- definitività
- veridicità

Documentazione pubblica di fede privilegiata

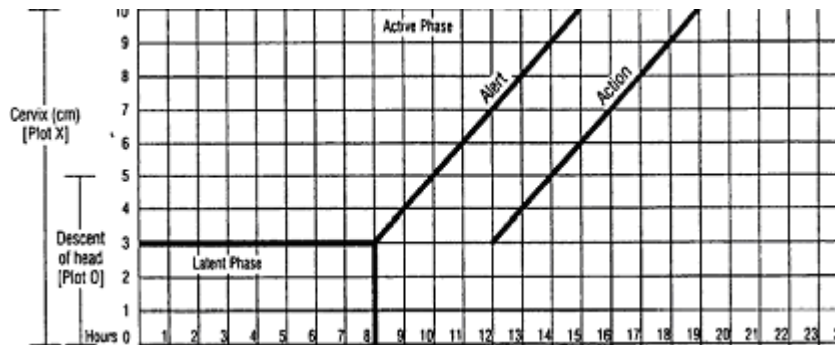
CENNI STORICI

1954 FRIEDMAN

1° esempio razionale per valutare il travaglio nella pratica clinica
“curve cervicometriche”



1972 PHILPOTT → LINEA DI ALLERTA E DI AZIONE



1987 PARTOGRAMMA DI PANELLA

raccolta di tutti gli elementi
anamnestici, clinici, terapeutici utili
per una rigorosa

documentazione del travaglio di parto

GINECOLOGIA CLINICA		1991		I. PANELLA - CATANIA	
RISCHIO MATERNO		punti negativi		RISCHIO FETALE	
Indice patologico m. (da 0 a 5)				Indice patologico f. (da 0 a 5)	
B. 160				data	
C. 140				medico	
F. 120				studente	
pH				ostetrica	
FASI: istmica		TRAVAGLIO		corporale	
cervicale		DURATA		pelvica	
cerchiaggio		C.T.		emostatica	
T. zero		T.A.T.		neonato	
stretto sup.re		10 cm		M.	
CONTRAZIONI		area farmacologica		F.	
intervallo ≤ 5		area laparotomica		Apgar	
P.P.				placenta	
inizio				gr.	
INDICI				parto	
+ I.D. (≥ 5)				spont.	
- I.M. =				vag. oper.	
- I.P.s. =					

INIZIO DELLA COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA

DIAGNOSI DI TRAVAGLIO DI PARTO ATTIVO:

- presenza di 2 o più contrazioni in 10 minuti della durata di almeno 40 secondi, avvertite dalla donna come dolorose;
- appianamento della cervice uterina (raccorciamento maggiore dell' 80%);
- dilatazione cervicale maggiore o uguale a 3 cm

COMPETENZE NELLA GESTIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

La sorveglianza clinica del buon andamento del travaglio di parto richiede:

- Diagnosi di fase attiva del travaglio**
- Valutazione della progressione del travaglio**
- Sorveglianza del benessere fetale**
- Sorveglianza del benessere psico-fisico materno**
- Corretta compilazione del partogramma**

LE COMPETENZE E LE RESPONSABILITÀ DELL' OSTETRICA

APPLICAZIONE DEL PROCESSO DI “MIDWIFERY MANAGEMENT”

- E' una figura professionale che lavora in autonomia e in equipe (D.M. 740/1994, Legge 42/1999, Legge 251/2000).
- Ha la responsabilità clinica delle gravidanze fisiologiche, i parti eutocici e il puerperio (D.M. 740/1994).
- E' in grado di formulare diagnosi e individuare situazioni di potenziale rischio (D.M. 740/1999, ordinamento didattico).

O.M.S. 1994

“ PREVENTING PROLONGED LABOUR: A PRACTICAL GUIDE. THE PARTOGRAPH ”

- Educare i professionisti all' utilizzo del partogramma nella gestione del travaglio
- Registrare accuratamente le valutazioni cliniche
- Comprendere la differenza tra la fase latente e attiva del travaglio
- Interpretare il partogramma e riconoscerne ogni deviazione dalla normalità
- Monitorare la progressione del travaglio

PARTOGRAPH

Name	Gravida	Para	Hospital no.
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours

Fetal heart rate

Liquor Moulding

Cervix (cm) [Plot X]

Descent of head [Plot O]

Hours

Time

Contractions per 10 mins

Oxytocin U/L drops/min

Drugs given and IV fluids

Pulse ● and BP

Temp °C

Urine { protein, acetone, volume

The graph shows the progression of labor. The Cervix (cm) line is plotted at 3 cm from 0 to 8 hours (Latent Phase), then rises linearly to 10 cm at 15 hours (Active Phase). The Descent of head (cm) line is plotted at 3 cm from 0 to 8 hours (Latent Phase), then rises linearly to 10 cm at 19 hours (Action).

**Il modello di partografia
Proposto dall' WHO**

Obiettivi

- Il modello del WHO include la sorveglianza della fase latente o prodromica
- È uno strumento di lavoro (non solo strumento di registrazione) di facile applicazione
- lo strumento ideale per l' autonomia delle ostetriche nella gestione del travaglio
- Consente modificazioni che lo rendono adattabile alle diverse realtà locali

Monitoraggio della evoluzione della dinamica e meccanica del parto

- WHO raccomanda l'uso del partogramma per monitorare **tutte le donne durante il travaglio**.
- Il partogramma WHO associa l'utilizzo di un **protocollo di management** del travaglio
- Il partogramma esplica la sua funzione solo se lo si utilizza correttamente come strumento di lavoro e non come documento di registrazione

World Health Organization (WHO). 1999.

Care in Normal Birth: A Practical Guide.
Report of a Technical Working Group.

WHO: Geneva

Preventing Prolonged Labour: a practical guide

The Partograph

Considerazioni preliminari

Gli effetti di un travaglio abnormemente prolungato costituiscono un importante contributo alla mortalità e morbidità perinatale attraverso l' emorragia post parto e la sepsi materna e neonatale (le più comuni cause di morte).

Il travaglio prolungato è più comune nella primipara.

Una **precoce identificazione** di anomalie nella progressione del travaglio e la prevenzione del travaglio prolungato potrebbero ridurre significativamente il rischio di emorragia post parto e di sepsi ed eliminare il rischio di rottura d' utero .

Uso del Partogramma

Il partogramma è **uno strumento** e quando utilizzato correttamente, il partogramma:

- fornisce una rappresentazione grafica della progressione del travaglio e informazioni sulle condizioni della madre e del feto
- Orienta ad una precoce identificazione del travaglio prolungato o ostacolato
- Permette di avere chiarezza sui tempi delle decisioni da prendere nel management del travaglio

Il partogramma

Come un **“precoce sistema di allarme”**

- per riconoscere il travaglio che non procede normalmente
- per indicare quando una augmentation del travaglio è appropriata
- per riconoscere la sproporzione feto pelvica molto prima di avere un travaglio ostruito

ed aiuta a **prendere precoci decisioni** quali:

- trasferimento
- augmentation
- espletamento del parto.
- Inoltre migliora la qualità e la regolarità della sorveglianza materna e fetale

Storia del Partogramma

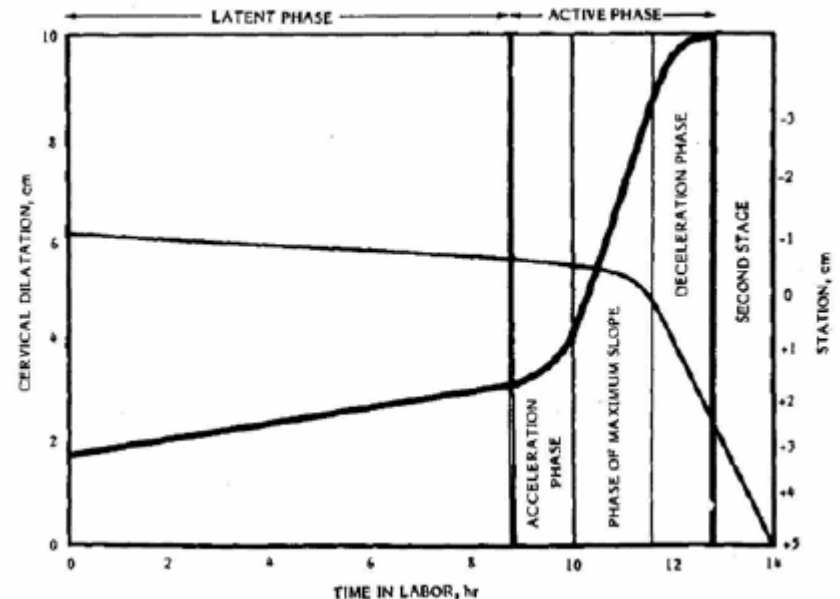
Principi su cui si basa

Friedman nel 1954 ha pubblicato il primo studio sull'analisi grafica del travaglio.

Il periodo dilatante del travaglio di parto è stato diviso in fase latente e fase attiva.

La fase attiva comprendeva la fase di accelerazione, di massima accelerazione e di decelerazione.

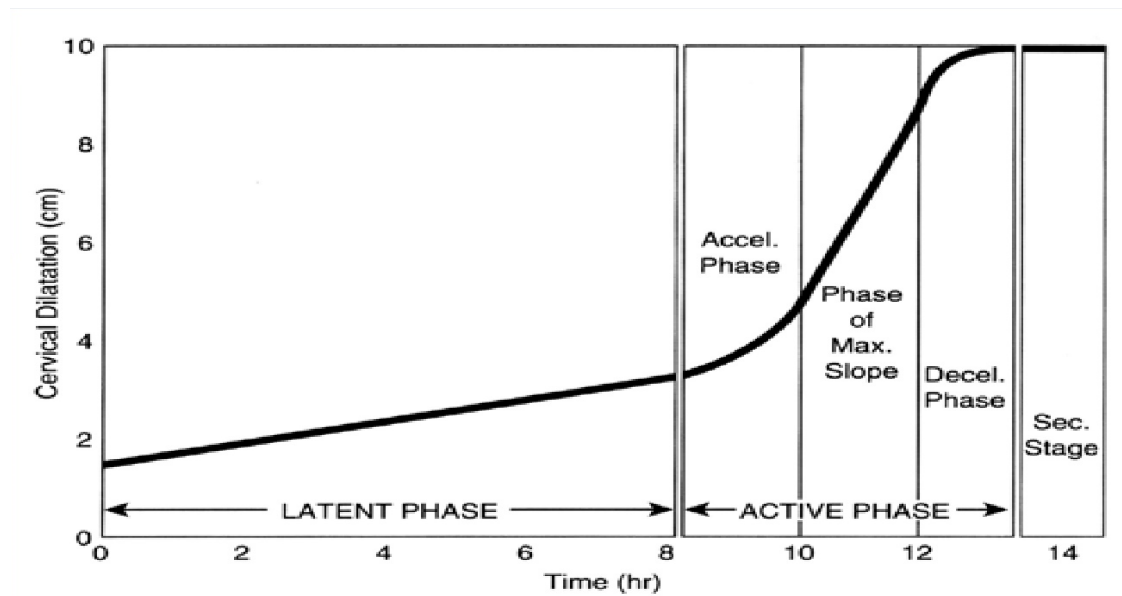
La curva di dilatazione aveva una forma sigmoide e si confrontava con la curva di discesa della parte presentata.



American Journal of Obstetrics and
Gynaecology,
December 1954;68(6):1568-1575.

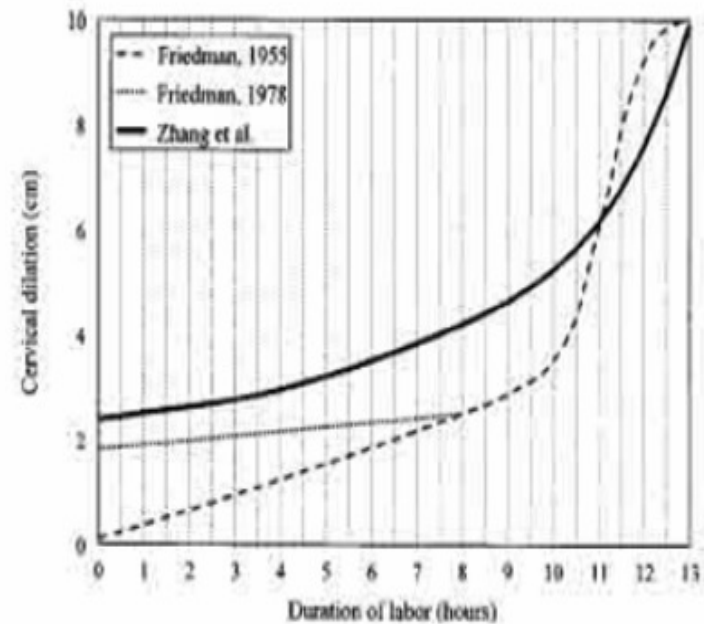
Friedman

- divide il travaglio in due parti:
- **La fase latente** che si sviluppa per 8-10 ore e termina a circa 3 cm di dilatazione.
- Questa è seguita da **una fase attiva** caratterizzata da una accelerazione da 3 fino a 10 cm circa alla fine della quale avviene una decelerazione



Studi successivi

A partire dal 2002 Zhang e Vaharatian con metodi statistici innovativi hanno rivisto l'andamento sigmoideo della curva di dilatazione, mettendo in discussione la presenza della fase di decelerazione e valutato in modo permissivo la durata media del travagli e i limiti superiori.



Fase latente

- Comincia dall'inizio del travaglio fino a che la cervice raggiunge i 3 cm di dilatazione
- Una volta che si sono raggiunti 3 cm di dilatazione, il travaglio entra in fase attiva

CARATTERISTICHE

- Dura 8 ore o meno
- Sono presenti almeno 2/10 min contrazioni
- Ognuna di durata < 20 secondi

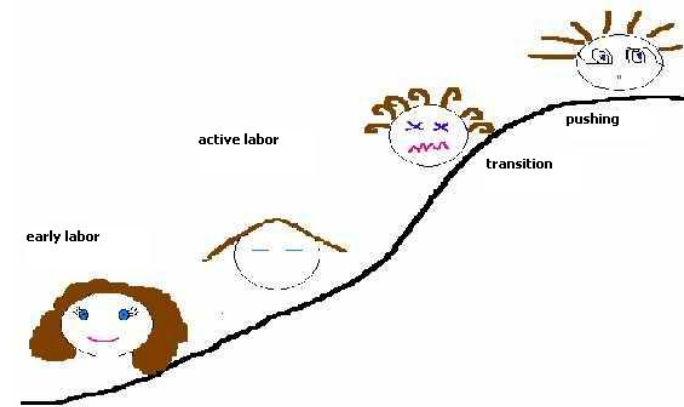
Fase attiva

Contrazioni almeno 3 / 10 min

- Ognuna di durata < 40 secondi
- La cervice dovrebbe dilatarsi alla velocità di 1 cm /ora o più velocemente

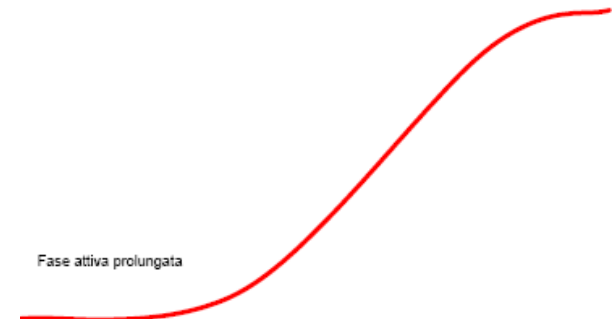
Ulteriormente suddivisa in

- Fase di Accelerazione 2,5 - 4 cm .
- Fase di massima pendenza 4- 9 cm
- Fase di Decelerazione 9 - 10 cms



Fase attiva

- La somma della durata della fase latente e della fase di accelerazione conduce talvolta a conclusioni sbagliate.
- Ad esempio, se in un travaglio di 24 ore la fase latente dura 16 ore e la fase di accelerazione 8 ore (fase latente prolungata) è diverso se i rapporti sono 8 a 16 (fase attiva prolungata).
- Un appiattimento della curva di dilatazione dovrebbe indurre l'ostetrico a fare una diagnosi differenziale, tra la sproporzione feto pelvica, l'inerzia uterina, la distocia cervicale, l'eccesso di farmaci, l'esaurimento psico-fisico della paziente.



Fase attiva

La fase di decelerazione è influenzata dal rapporto tra le dimensioni del feto e del bacino materno. La cervice uterina si deve ritrarre in modo completo per permettere la discesa della testa fetale.

- Il prolungamento di questa fase è un segno di sproporzione fetopelvica.
- Non è stato possibile stabilire un metodo grafico per studiare la fase espulsiva del travaglio.
- La durata della fase espulsiva non era correlata a quella delle fasi precedenti.
- L'assistenza alla fase espulsiva è un'arte che compete all'ostetrica ed al medico.

Philpott and Castle

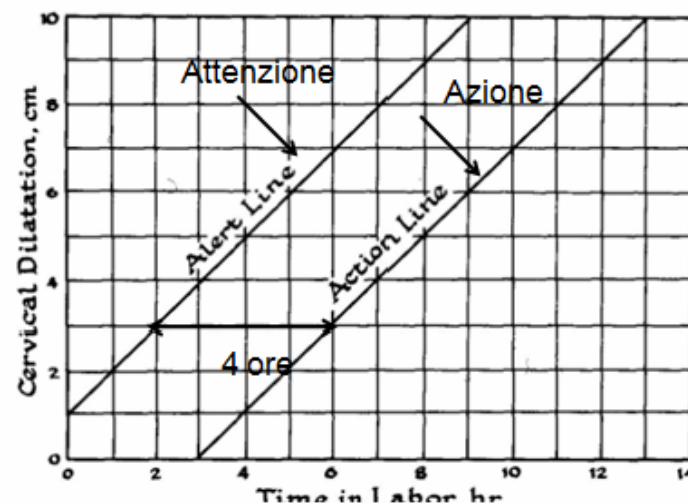


Figura 2

Nel 1972 introdussero il concetto di "ALERT" e "ACTION" lines per riconoscere i travagli distocici.

La linea di allerta rappresentava la velocità media di progressione del 90% delle nullipare nella popolazione africana che loro assistevano.

La linea di allerta fu tracciata con un incremento di 1 centimetro/hr per le nullipare partendo dal tempo zero di ammissione.

La linea di Azione scorre 4 ore a destra della linea di Allerta informando che se la paziente ha incrociato la linea di allerta un management attivo dovrebbe essere avviato entro 4 ore, permettendo così il trasferimento della paziente ad un centro di cura specializzato.

IL PARTOGRAMMA secondo IL MODELLO DEL WHO

Il partogramma del WHO è nato dalla collaborazione di un gruppo di lavoro che ha esaminato numerosi partogrammi pubblicati e ne rappresenta una sintesi ed un compromesso.

Si basa sui seguenti principi:

- La fase latente non dovrebbe essere più lunga di 8 ore
- La fase attiva del travaglio comincia a 3 cm di dilatazione

Durante la fase attiva la velocità di dilatazione della cervice dovrebbe essere non inferiore ad 1 cm ora

L' esplorazione vaginale deve essere la più infrequente possibile (non inferiore ad ogni 4 ore)

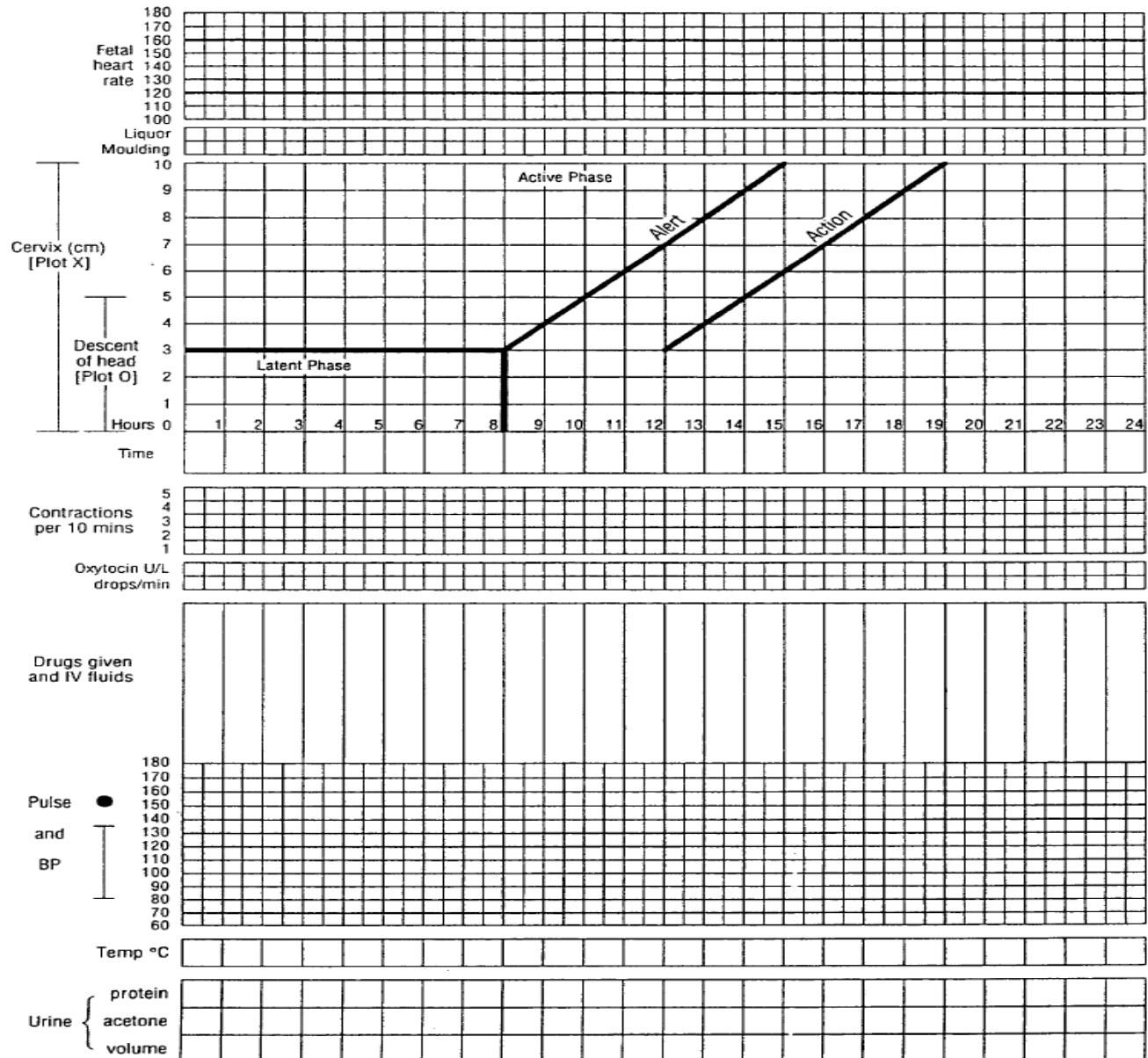
Per semplificare il lavoro è bene avere un partogramma con linee di allerta azione predefinite

Anche in ospedale le visite non dovrebbero essere più frequenti di 2 ogni ore

Il travaglio complessivamente non dovrebbe superare le 24 ore

PARTOGRAPH

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital no. _____
 Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours



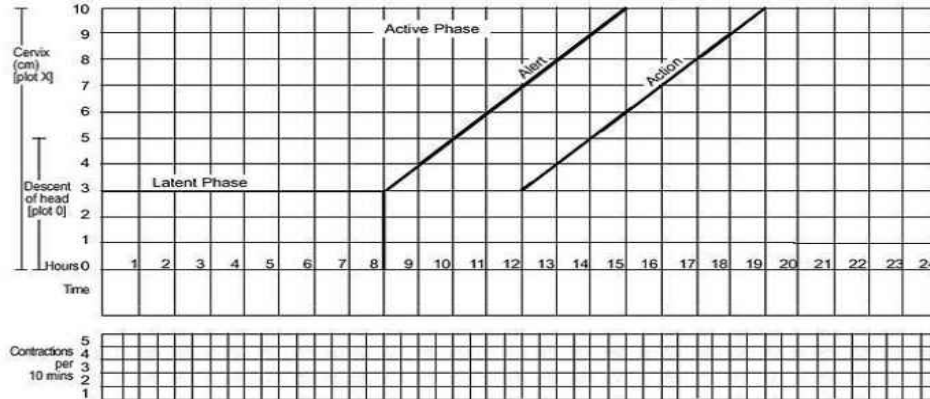
Componenti del partogramma

Il partogramma del WHO è una rappresentazione grafica degli eventi del travaglio

Consiste di tre componenti:

- Le condizioni del feto
- La progressione del travaglio
- Le condizioni materne

Può essere usato per tutti i travagli in ospedale, al di fuori può essere usato solo per travagli a basso rischio, le pazienti ad alto rischio devono essere immediatamente ospedalizzate



La progressione del travaglio

E' divisa in due parti (anche graficamente) fase latente e fase attiva

— La fase latente

La fase latente va dall' inizio del travaglio fino ai 3 cm di dilatazione . Se questa fase si prolunga per più di 8 ore in presenza di almeno 2 contrazioni in 10 min è più probabile che il travaglio sarà problematico. Se la paziente è in ospedale è necessario verificare la situazione e prendere decisioni sul management successivo.

— La fase attiva

Una volta raggiunti i 3 cm il travaglio entra in fase attiva.

Nel 90% delle donne primigravide la cervice si dilata alla velocità di 1 cm ora o più velocemente.

La linea di allerta disegnata rappresenta questa dilatazione da 3 a 10 cm.

Perciò se la dilatazione reale si sposta a destra della linea di allerta, ciò indica un rallentamento del travaglio che deve essere sorvegliato con più frequenza.

La linea di azione scorre 4 ore alla destra della linea di allerta. Si suggerisce che se la dilatazione oltrepassa questa linea dovrebbe esserci una valutazione critica della causa del rallentamento e una decisione sulla condotta appropriata per vincere questo rallentamento.

sorveglianza

Le condizioni fetali

- Il feto è monitorato con regolare osservazione
 - della FCF
 - delle caratteristiche del liquido e delle perdite (se presenti)
 - del livello della parte presentata

Le condizioni materne

- Sono monitorati:
 - Temperatura
 - polso e pressione
 - diuresi
 - somministrazione farmaci, liquidi ed ossitocina in caso di augmentation

RACCOMANDAZIONI

Iniziare il Partogramma solo se si è constatato che non ci sono complicazioni della gravidanza che richiedono un' azione immediata

RACCOMANDAZIONI

Le osservazioni e le registrazioni devono avere la seguente sequenza:

Progressione del travaglio

- Dilatazione
- Progressione della parte presentata
- Contrazioni uterine (Frequenza e durata in 10 min)

Condizioni fetali

- FHR
- Membrane e liquido
- Modellamento della testa fetale

Condizioni materne

- Polso pressione e temperatura
- Diuresi
- Farmaci e liquidi
- Regime ossitocico

Inizio del partogramma

La registrazione del partogramma deve essere iniziata quando la donna è in travaglio. Bisogna essere sicuri che la gestante abbia sufficienti contrazioni per avviare il partogramma

- **In fase latente**

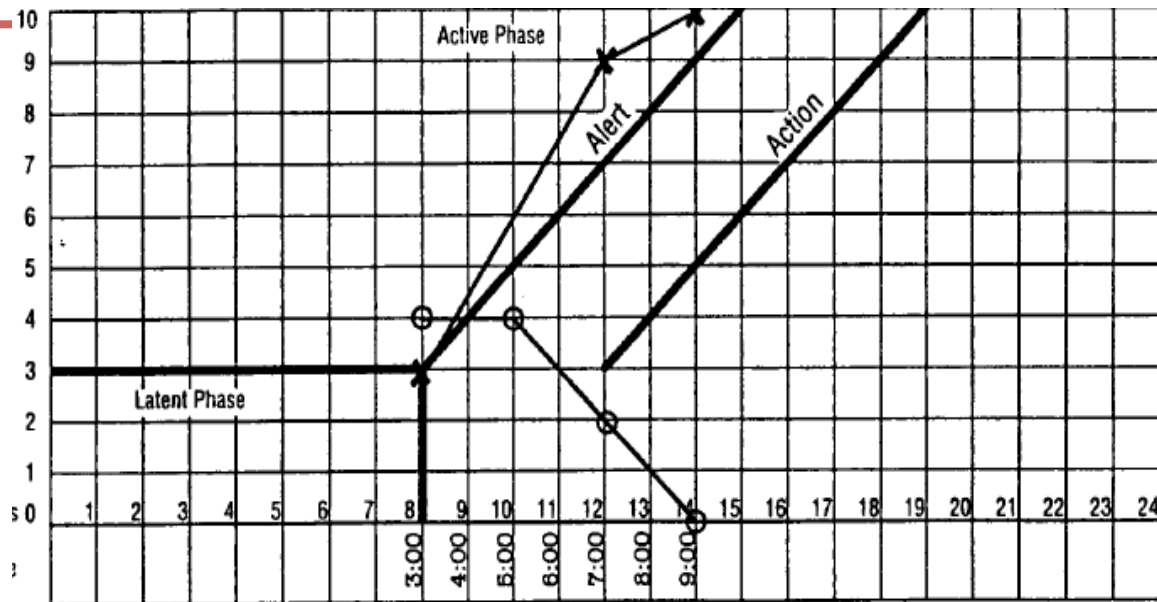
- Le contrazioni devono essere 2 o più in 10 min ciascuna lunga 20 sec o più

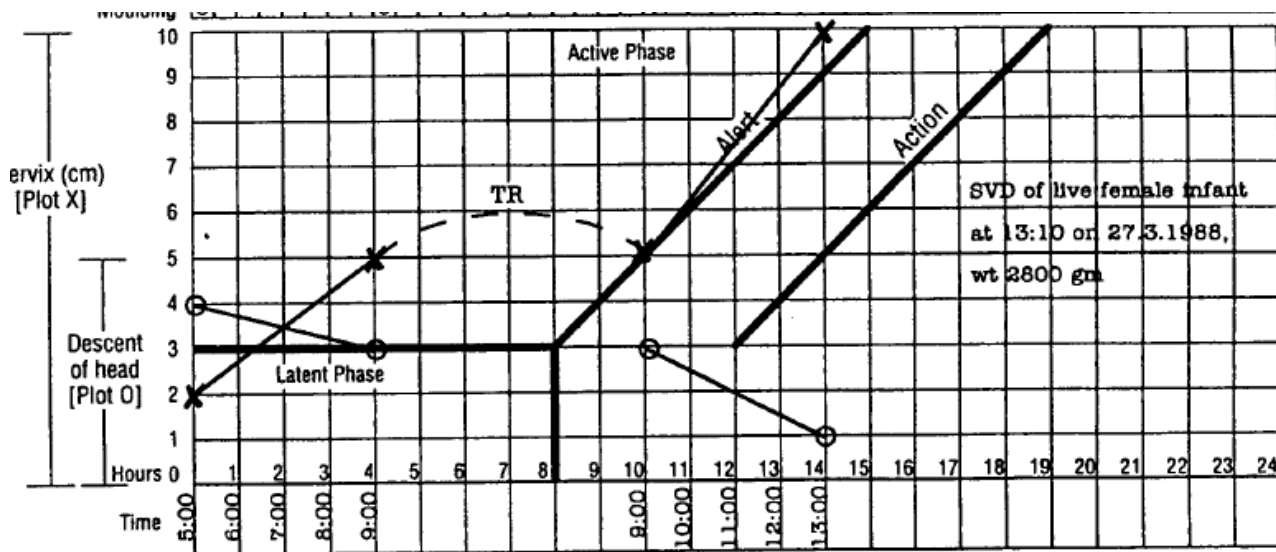
- **In fase attiva**

- Le contrazioni devono essere 2 o più in 10 min ciascuna lunga 40 sec o più

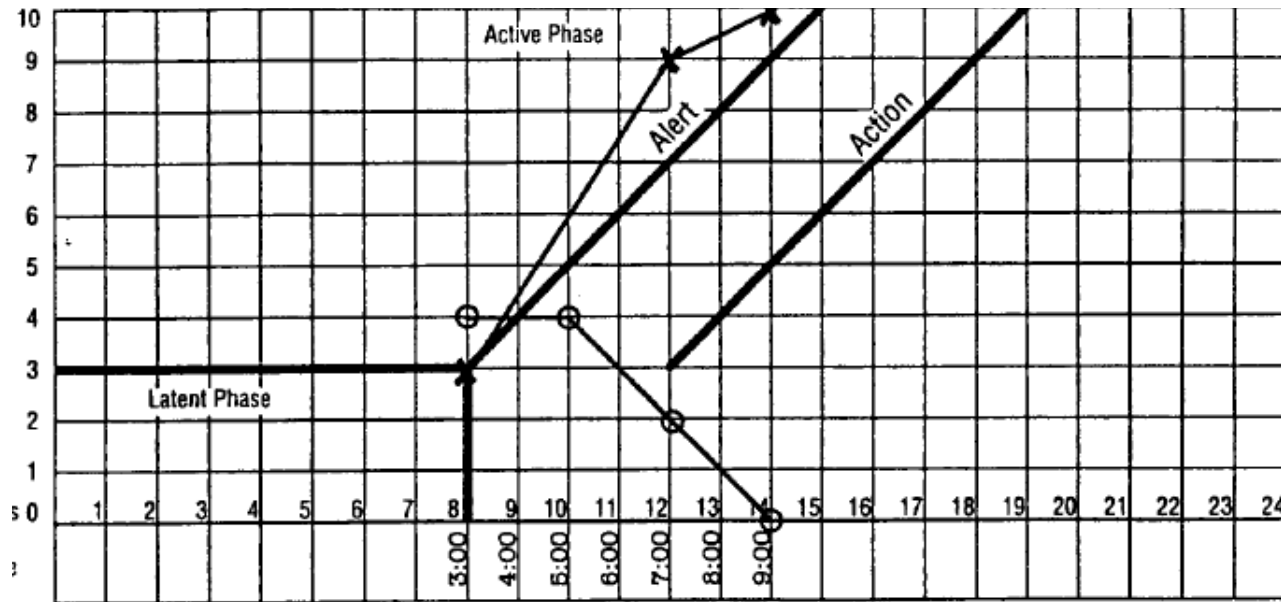
Da ricordare

- La **fase latente** (periodo di dilatazione lenta) è tra 0 e 3 cm ed è accompagnata da un graduale raccorciamento della cervice. Dovrebbe normalmente non essere più lunga di 8 ore
- La **fase attiva** (periodo di dilatazione cervicale più veloce) è tra 3 e 10 cm e la dilatazione dovrebbe essere circa 1 cm ora
- Quando la **progressione del travaglio è normale** il segnale della dilatazione cervicale rimane sulla linea di allerta o alla sinistra di questa





Quando il travaglio passa dalla fase latente alla attiva il segno della dilatazione deve essere trasferito dall' area della fase latente alla linea di allerta



Quando la paziente giunge già in fase attiva la dilatazione viene immediatamente registrata sulla linea di allerta

Ricorda

Quando comincia la fase attiva tutti i segnali sono trasferiti registrando la dilatazione cervicale sulla linea di allerta

Quando la progressione del travaglio è normale il segnale della dilatazione cervicale rimane sulla linea di allerta o alla sinistra di questa

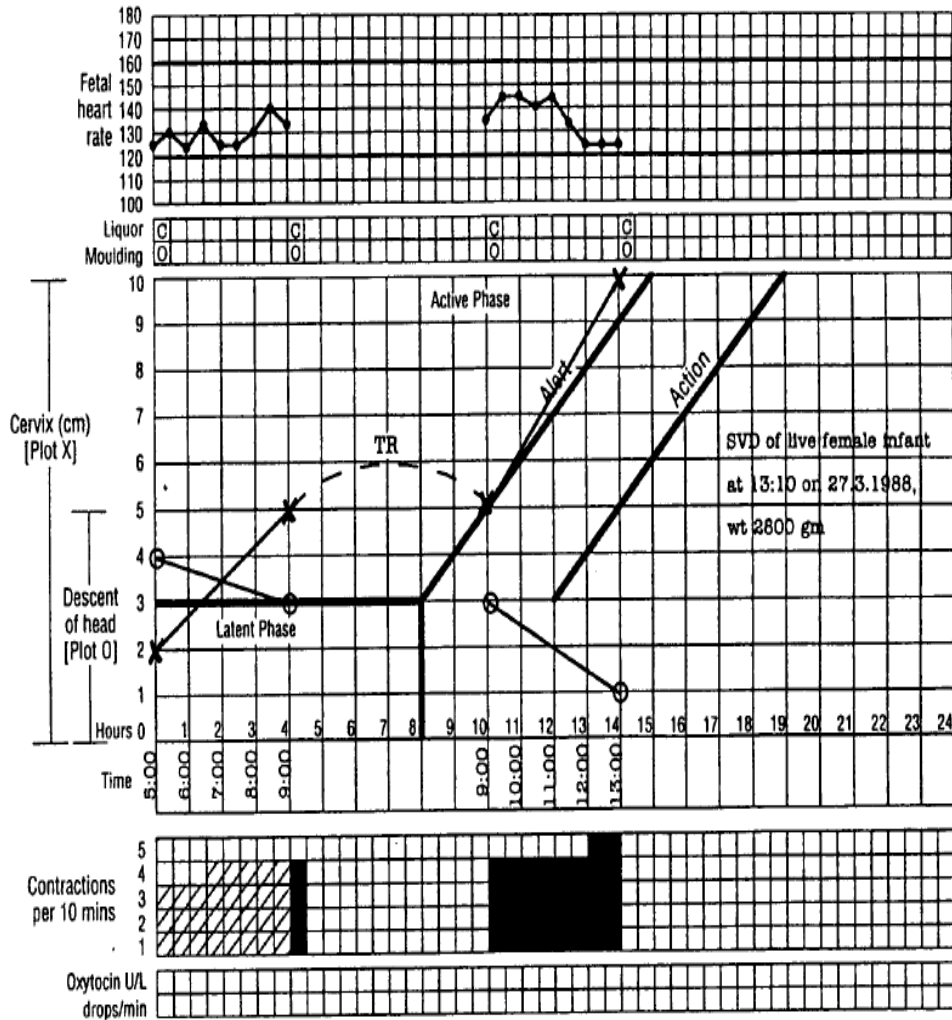
Management del travaglio usando il Partogramma

Il successivo protocollo per il management del travaglio è usato in un ampio RCT del WHO.

Questo protocollo produce eccellenti risultati ed il suo uso associato con il partogramma è raccomandato anche se adattamenti locali possono essere fatti

PARTOGRAPH

Name Mrs B. Gravida 1 Para 0 Hospital no. 1059
 Date of admission 27.3.1988 Time of admission 5:00 Ruptured membranes 2 hours



Fase latente e attiva normali

-La fase latente dura meno di 8 ore e la progressione in fase attiva è a snx della linea di allerta

-Non aumentare con ossitocina o intervenire a meno che non si sviluppino complicazioni

- no amniorexi in fase latente
- amniorexi possibile in fase attiva

FASE LATENTE PROLUNGATA

E' prolungata quando la sua durata supera le 20 ore nella nullipara e 14 ore nella pluripara.

In accordo con il Partogramma WHO la fase latente prolungata è “ Cervice non dilatata oltre 3 cm dopo 8 ore dall' inizio della sorveglianza con qualsiasi cambiamento nel raccorciamento o dilatazione della cervice”.

Falso travaglio

Nel falso travaglio le contrazioni sono irregolari, meno intense e più brevi

- Nel travaglio vero le contrazioni sono continue e regolari

Non è da escludere che una paziente con contrazioni irregolari possa procedere con la dilatazione uterina

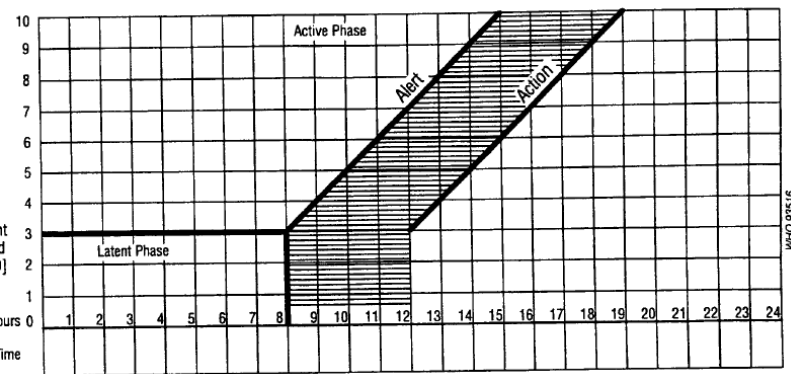
- Nel 10% dei casi il falso travaglio viene diagnosticato in modo retrospettivo

Se le contrazioni sono continue e regolari e la cervice uterina non si modifica si tratta di una fase latente prolungata non di un falso travaglio

Falso travaglio:trattamento

Il riposo terapeutico rappresenta il miglior trattamento sia del falso travaglio che della fase latente prolungata

Valutare l' utilizzo dell' immersione in acqua per diradare l' attività contrattile e consentire il riposo



Fase attiva prolungata

Spostamento a destra della linea di allerta

In situazione normale la linea della dilatazione resta su o a snx della linea di allerta, ma se si sposta a dx significa che il travaglio può divenire prolungato

Tra la linea di allerta e la linea di azione

Avvertire il medico

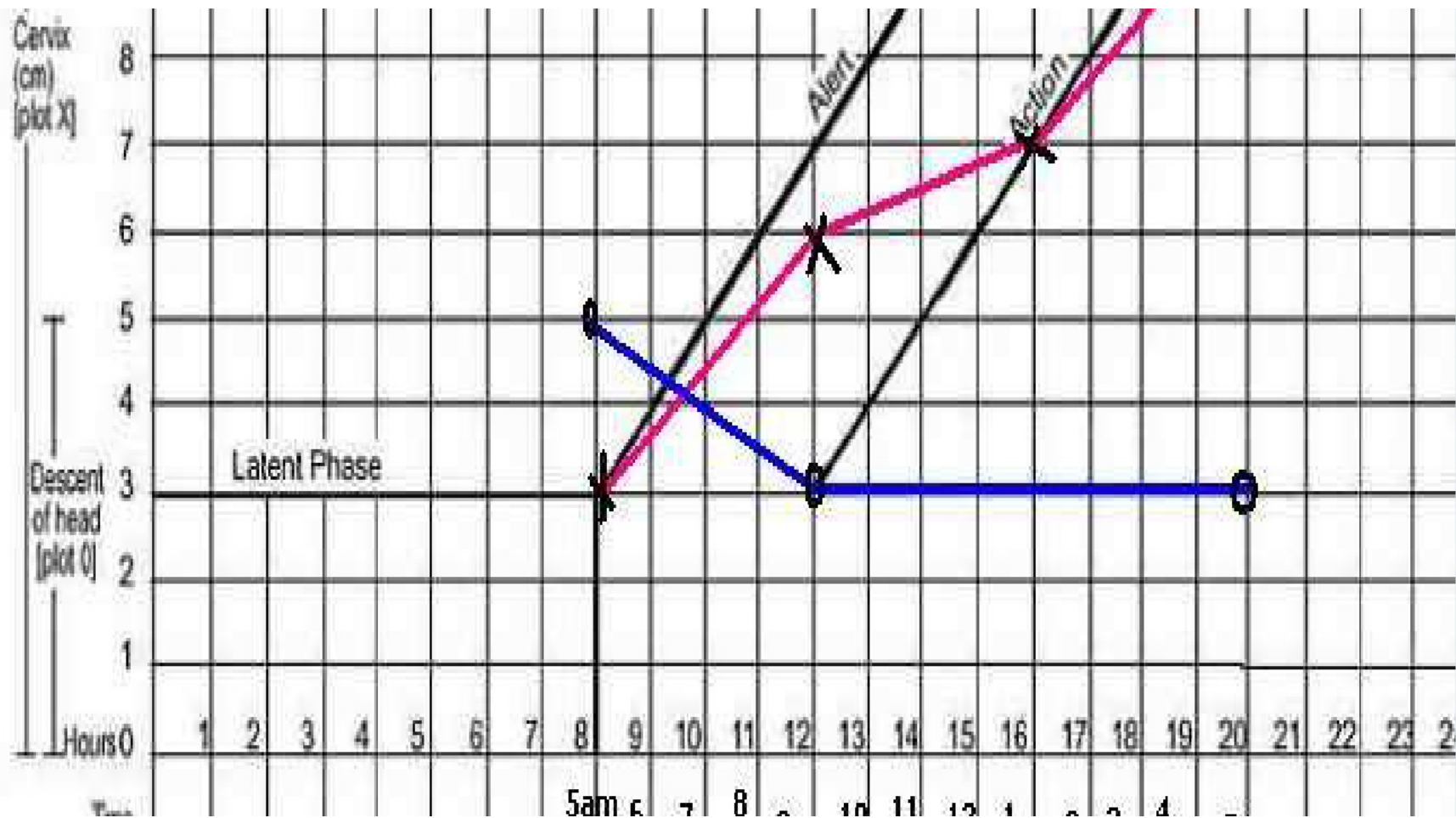
Cambio di postura

Sospendere l'auscultazione intermittente e procedere con CTG continua

Linea di azione

La linea di azione si trova 4 ore a destra della linea di allerta. Se il travaglio della donna supera questa linea deve essere presa una decisione circa la causa che rallenta la progressione e deve essere intrapresa una azione adeguata

la donna deve essere attentamente rivalutata per diagnosticare la ragione del rallentamento e deve essere presa una decisione sul successivo management



Funzione del Partogramma

Il partogramma è programmato per l'uso in tutte le condizioni di assistenza al travaglio, ma ha differenti livelli di funzione nei diversi livelli di setting assistenziale

In una casa di maternità/ parto a domicilio, la funzione critica del partogramma è avvisare precocemente che il travaglio potrebbe divenire prolungato e indica che la donna dovrebbe essere trasferita in ospedale

(FUNZIONE DELL' ALERT LINE)

In settings assistenziali ospedalieri, lo spostamento a destra dell'alert line serve come avvertimento per una sorveglianza più intensiva, ma la ACTION LINE è il punto critico al quale una decisione specifica sul successivo management deve essere presa

Nel partogramma altre osservazioni sulla progressione del travaglio vengono registrate e sono caratteristiche essenziali nel management del travaglio

Sulla linea di azione o oltre

Rivalutazione medica completa

Opzioni:

- parto (di solito TC) se di stress fetale o travaglio impedito
- Augmentation con ossitocina se non controindicato
- solo terapia di supporto se una progressione soddisfacente è ristabilita e la dilatazione avanza ad 1 cm ora o più

Successivi controlli (in caso continui il travaglio)

- visita vaginale dopo 3 ore poi dopo 2 ore poi dopo 2 ore
- se non si ha una progressione soddisfacente misurata come una velocità di dilatazione di 1 cm ora tra ognuna di queste visite è indicato decidere il parto
- FHR durante l' infusione di ossitocina deve essere monitorato

OSSITOCINA

L'Ossitocina deve essere conservata in un luogo freddo e al buio

Deve essere utilizzato un regime di somministrazione locale conosciuto

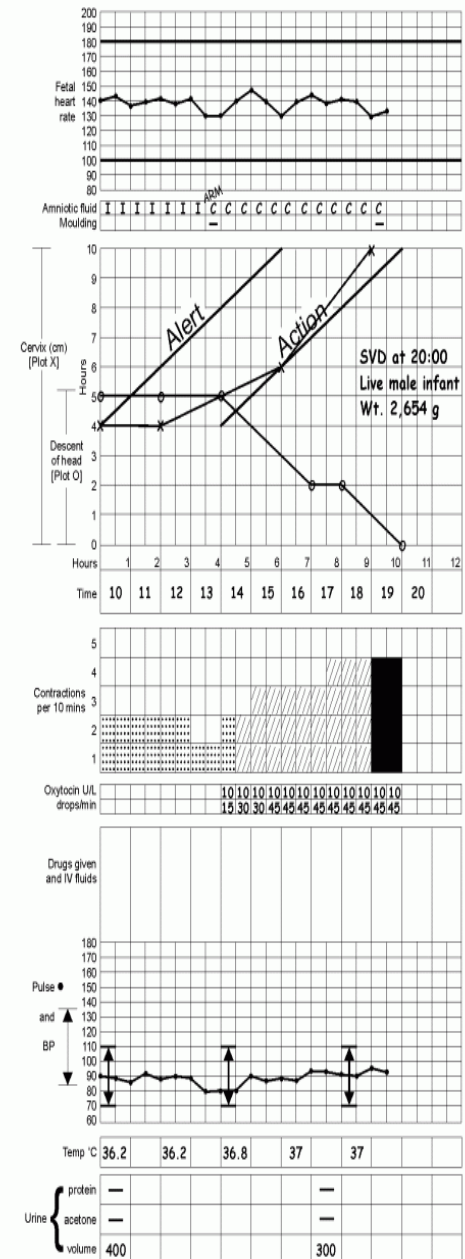
Il dosaggio dell'Ossitocina dovrebbe essere segnalato e incrementato ogni 30' fino ad ottenere 3 o 4 contrazioni in 10 minute, tutte della durata di 40 – 50 seconds

Deve essere mantenuta a livello durante il secondo stadio

Sospendere l'infusione se compare iperattività uterina e /o distress

Deve essere usata con cautela nelle grandi pluripare

È di prescrizione medica!!



Discesa della testa fetale

Perché il travaglio progredisca la dilatazione della cervice dovrebbe essere accompagnata dalla discesa della parte presentata

Tuttavia la discesa può non verificarsi fino a a quando la cervice non ha raggiunto ancora la dilatazione completa

RACCOMANDAZIONE

- La progressione della p.p. dovrebbe sempre essere stabilita con una palpazione addominale immediatamente dopo aver fatto l' esplorazione vaginale
- Per convenienza la larghezza delle cinque dita è la guida all' espressione in quinti della testa al di sopra del bordo pelvico.
- La testa che è mobile sopra sarà adattata da tutta la misura delle cinque dita chiuse
- Quando la testa scende la porzione di testa che rimane sopra il bordo può essere rappresentata dalle dita rimanenti (4/5, 3/5 ec)
- Viene accettato che la testa è impegnata quando la parte sopra il bordo è rappresentata dalla misura di due dita o meno

Fig. II.6

Head is mobile above the brim = 5/5

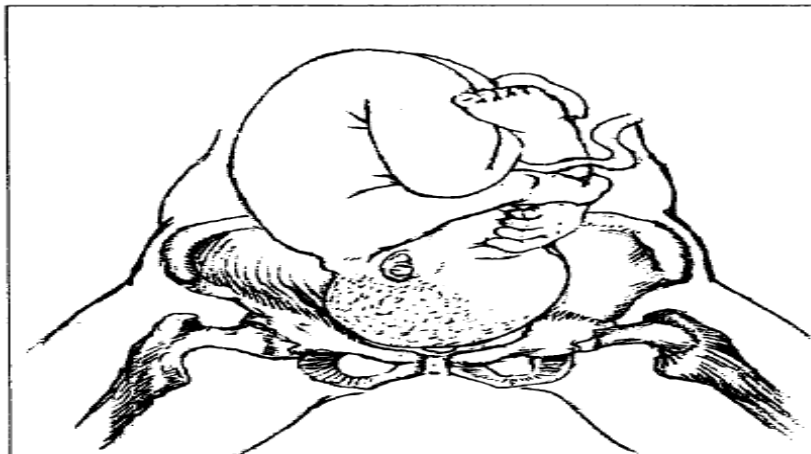


Fig. II.6A

Head accommodates full width of 5 fingers above the brim

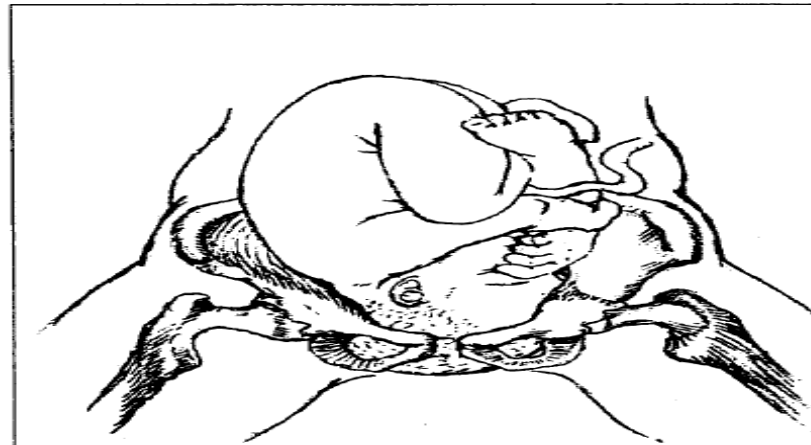
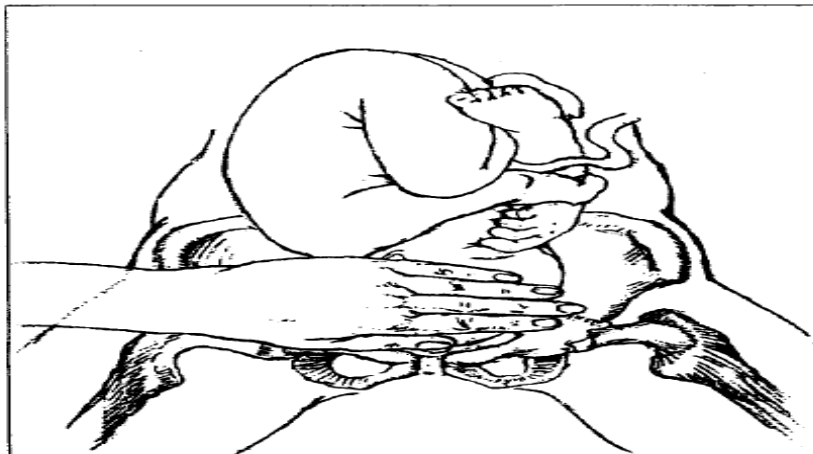


Fig. II.7

Head is engaged = 2/5

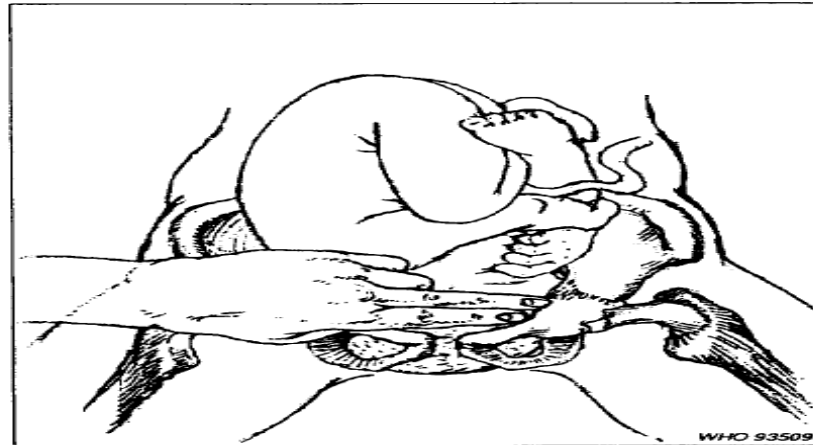


Fig. II.7A

Head accommodates 2 fingers above the brim

RACCOMANDAZIONE

- Valutare la progressione della testa aiuta ad identificare la progressione del travaglio
- La discesa è stabilita per via addominale in quinti percepiti sopra il bordo pelvica
- Immediatamente prima della visita vaginale deve essere sempre fatto un esame addominale



2nd Edition

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:

A guide for essential practice

LABOUR RECORD

USE THIS RECORD FOR MONITORING DURING LABOUR, DELIVERY AND POSTPARTUM

RECORD NUMBER

NAME

AGE

PARITY

ADDRESS

DURING LABOUR	AT OR AFTER BIRTH – MOTHER	AT OR AFTER BIRTH – NEWBORN	PLANNED NEWBORN TREATMENT
ADMISSION DATE	BIRTH TIME	LIVE BIRTH ☐ STILL BIRTH: FRESH ☐ MACERATED ☐	
ADMISSION TIME	OXYTOCIN – TIME GIVEN	RESUSCITATION NO ☐ YES ☐	
TIME ACTIVE LABOUR STARTED	PLACENTA COMPLETE NO ☐ YES ☐	BIRTH WEIGHT	
TIME MEMBRANES RUPTURED	TIME DELIVERED	GEST. AGE ———OR PRETERM NO ☐ YES ☐	
TIME SECOND STAGE STARTS	ESTIMATED BLOOD LOSS	SECOND BABY	

ENTRY EXAMINATION

STAGE OF LABOUR NOT IN ACTIVE LABOUR ☐ ACTIVE LABOUR ☐

NOT IN ACTIVE LABOUR														PLANNED MATERNAL TREATMENT
HOURS SINCE ARRIVAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
HOURS SINCE RUPTURED MEMBRANES														
VAGINAL BLEEDING (0 +++)														
STRONG CONTRACTIONS IN 10 MINUTES														
FETAL HEART RATE (BEATS PER MINUTE)														
T (AXILLARY)														
PULSE (BEATS/MINUTE)														
BLOOD PRESSURE (SYSTOLIC/DIASTOLIC)														
URINE VOIDED														
CERVICAL DILATATION (CM)														

PROBLEM	TIME ONSET	TREATMENTS OTHER THAN NORMAL SUPPORTIVE CARE

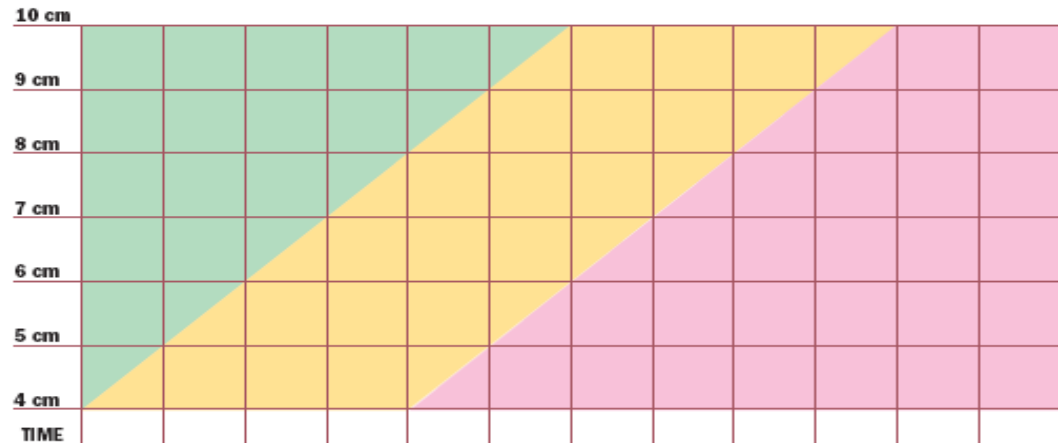
IF MOTHER REFERRED DURING LABOUR OR DELIVERY, RECORD TIME AND EXPLAIN

Integrated Management of Pregnancy and Childbirth

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice

PARTOGRAPH

USE THIS FORM FOR MONITORING ACTIVE LABOUR



FINDINGS

Hours in active labour

Hours since ruptured membranes

Rapid assessment **B3-B7**

Vaginal bleeding (0 + ++)

Amniotic fluid (meconium stained)

Contractions in 10 minutes

Fetal heart rate (beats/minute)

Urine voided

T (adlary)

Pulse (beats/minute)

Blood pressure (systolic/diastolic)

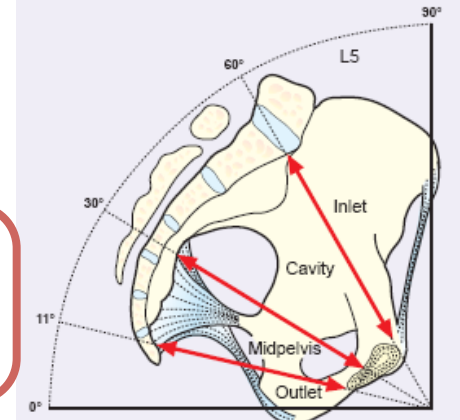
Cervical dilatation (cm)

Delivery of placenta (time)

Oxytocin (time/given)

Problem-note onset/ describe below

Components of normal labour



Patient Pain , bladder empty , dehydration , exhaustion

Powers Uterine contractions
Maternal effort

Passages Maternal pelvis (Inlet - Outlet)
Maternal soft tissue

Passenger Fetal (size - presentation - position – Moulding)
cord
placenta
membranes

Normal labour and Childbirth Conclusion

- **Have a skilled attendant present**
- **Use partograph**
- **Use specific criteria to diagnose active labour**
- **Restrict use of unnecessary interventions**
- **Use active management of third stage of labour**
- **Support woman's choice for position during labour and childbirth**
- **Provide continuous emotional and physical support to woman throughout labour**