



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

Corso di Laurea in Ostetricia

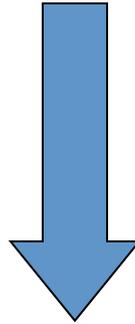
C.I. “Fisiopatologia del parto e neonatologia”
Scienze Ostetrico ginecologiche

SORVEGLIANZA DEL TRAVAGLIO A BASSO RISCHIO

L'attuale legislazione individua l'ostetrica come **professionista competente** ad **assistere la donna** in tutte le situazioni di **fisiologia del percorso nascita**

(D.M. 740/1994, Legge 42/1999, Legge 251/2000, Dir. Reg.533/2008)

VALUTAZIONE DEL RISCHIO



RISCHIO DINAMICO

Continua rivalutazione per tutto il
travaglio

TRAVAGLIO A BASSO RISCHIO

Travaglio in cui non sono presenti
fattori di rischio
antepartum né intrapartum

per lo sviluppo di:
encefalopatia neonatale,
paralisi cerebrale
o morte perinatale

TRAVAGLIO BASSO RISCHIO

- Insorgenza tra 37+6 gg e 41+6 gg
- Insorgenza spontanea
- Gravidanza singola
- No anomalie annessi
- No patologia materna o fetale

FATTORI DI RISCHIO INTRAPARTUM

MATERNI

- Sanguinamento vaginale in travaglio
- Iperpiressia in travaglio
- Ipertono e/o tachisistolia
- Analgesia perdurale
- Parto pilotato con ossitocina (augmentation)

FETALI

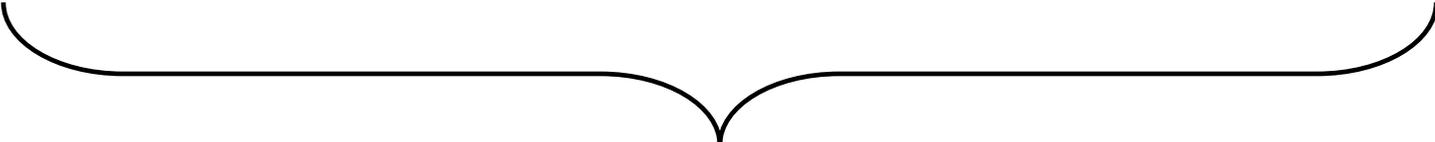
- Presenza di meconio nel liquido amniotico
- Caratteristiche sospette della frequenza cardiaca fetale rilevate all' auscultazione

STRUMENTI CONTROLLO CLINICO

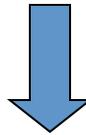
- **CARTELLA CLINICA**
- **PARTOGRAMMA**

CARTELLA CLINICA

- ❑ Anamnesi remota, personale e ostetrica
- ❑ Esami eseguiti in gravidanza
- ❑ Ecografie



VALUTAZIONE DEL RISCHIO



MEDICO ACCETTANTE

al momento del ricovero

ANAMNESI GRAVIDANZA ATTUALE

Ultima mestruazione: certa incerta test di gravidanza positivo il.....
 1 ecografia alla.....settimana, concordante E.P.P.....
 PESO PREGRAVIDICO.....INCREMENTO POND.....ALTEZZA cm.....
 DIAGNOSI PRENATALE: No SI Tipo.....Esito.....

.....
 N° ecografie in gravidanza N° visite in gravidanza
 RICOVERI in questa gravidanza: NO SI Motivo del ricovero.....

.....
 GRUPPO SANGUIGNORHCOOMBS IND NEG POS Titolo..... data.....

MICROCITEMIA: SI No EMOTRASFUSIONI: SI No TVB: POS NEG

SIEROLOGIA:

| | | | | | |
|-------------|--------|-----|----------|----------------|----------------------------|
| HBsAg | POS | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | |
| LUE | POS | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | |
| HCV | POS | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | |
| HIV | POS | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | |
| ROSOLIA | IMMUNE | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | Sieroconversione data..... |
| TOXOPLASMOI | IMMUNE | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | Sieroconversione data..... |
| CMV | IMMUNE | NEG | Non Eseg | Richiesto..... | Sieroconversione data..... |
| Altro..... | | | | | |

Sviluppo fetale regolare SI No Quantità di liquido regolare SI No
 Inserzione placentare..... (vedi indagini ecografiche)

REPERTO Obiettivo all'anamnesi pre-ricovero.....

Terapie in corso.....

Altro.....

Gravidanza fisiologica Gravidanza a rischio per........

Il medico specializzando Il medico responsabile.....

Cognome _____ Nome _____ co _____

INGRESSO in data _____

MOTIVO DEL RICOVERO

ESAME OBIETTIVO

CTG all'ingresso

Identificazione di eventuali fattori di rischio per il travaglio al momento del ricovero:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Patologie materne note | <input type="checkbox"/> | Prematurità | <input type="checkbox"/> |
| Iperensione | <input type="checkbox"/> | IUGR o Piccolo costituzionale | <input type="checkbox"/> |
| Pregresso TC o altra isterotomia | <input type="checkbox"/> | Isolimmunizzazione | <input type="checkbox"/> |
| Diabete gestazionale o preesistente | <input type="checkbox"/> | Gravidanza post-termine | <input type="checkbox"/> |
| Obesità | <input type="checkbox"/> | Gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| Emorragie ante-partum | <input type="checkbox"/> | Alterata velocimetria AO | <input type="checkbox"/> |
| Induzione al travaglio | <input type="checkbox"/> | Gravidanza multipla | <input type="checkbox"/> |
| | | Presenza di patologia fetale nota | <input type="checkbox"/> |

Travaglio fisiologico Travaglio a rischio per _____

Sintesi diagnostica

DISPOSIZIONI

Destinazione _____

Disposizioni terapeutiche _____

SCO si no ~~antologia~~

Informazioni Cartella Clinica

- Epoca gestazionale
- Parità
- Cardiotocografia → admission test (le linee guida indicano che nella gravidanza a basso rischio l'admission test non è consigliato)
- Bishop
- Tampone vagino-rettale
- Farmaci assunti
- P.V. materni

PARTOGRAMMA

- ❑ GRAFICO → dinamica del travaglio (cm) in rapporto al tempo
- ❑ ASCISSA → TEMPO
- ❑ ORDINATA → DILATAZIONE

- ❑ Compilazione in tempo reale (no retrospettiva)

OBIETTIVI

- Identificazione precoce delle anomalie nella progressione del travaglio e prevenzione del travaglio prolungato
- Standardizzazione dell'assistenza
- Evitare eccessivo interventismo
- Tracciabilità delle cure

Management del travaglio in tutte le condizioni di assistenza

- o Diverse funzione nei diversi livelli di setting assistenziale:

(FUNZIONE DELLA LINEA D'ALLERTA)

- o In una casa di maternità/ parto a domicilio, avvisare precocemente che il travaglio potrebbe divenire prolungato → trasferimento in struttura ospedalier
- o In settings assistenziali ospedalieri → AVVERTIMENTO SORVEGLIANZA PIÙ INTENSIVA.
- o La LINEA D'AZIONE → punto critico
decisione specifica sul successivo management deve essere presa

ALTRE OSSERVAZIONI REGISTRATE: CARATTERISTICHE ESSENZIALI NEL MANAGEMENT DEL TRAVAGLIO

- Stato delle membrane
- Colore del liquido
- Attività contrattile
- BCF/CTG
- Farmaci in travaglio
- Partoanalgesia
- Utilizzo dell' acqua
- Posizioni
- Firma di chi esegue l' assistenza

PARTOGRAMMA

CENNI STORICI

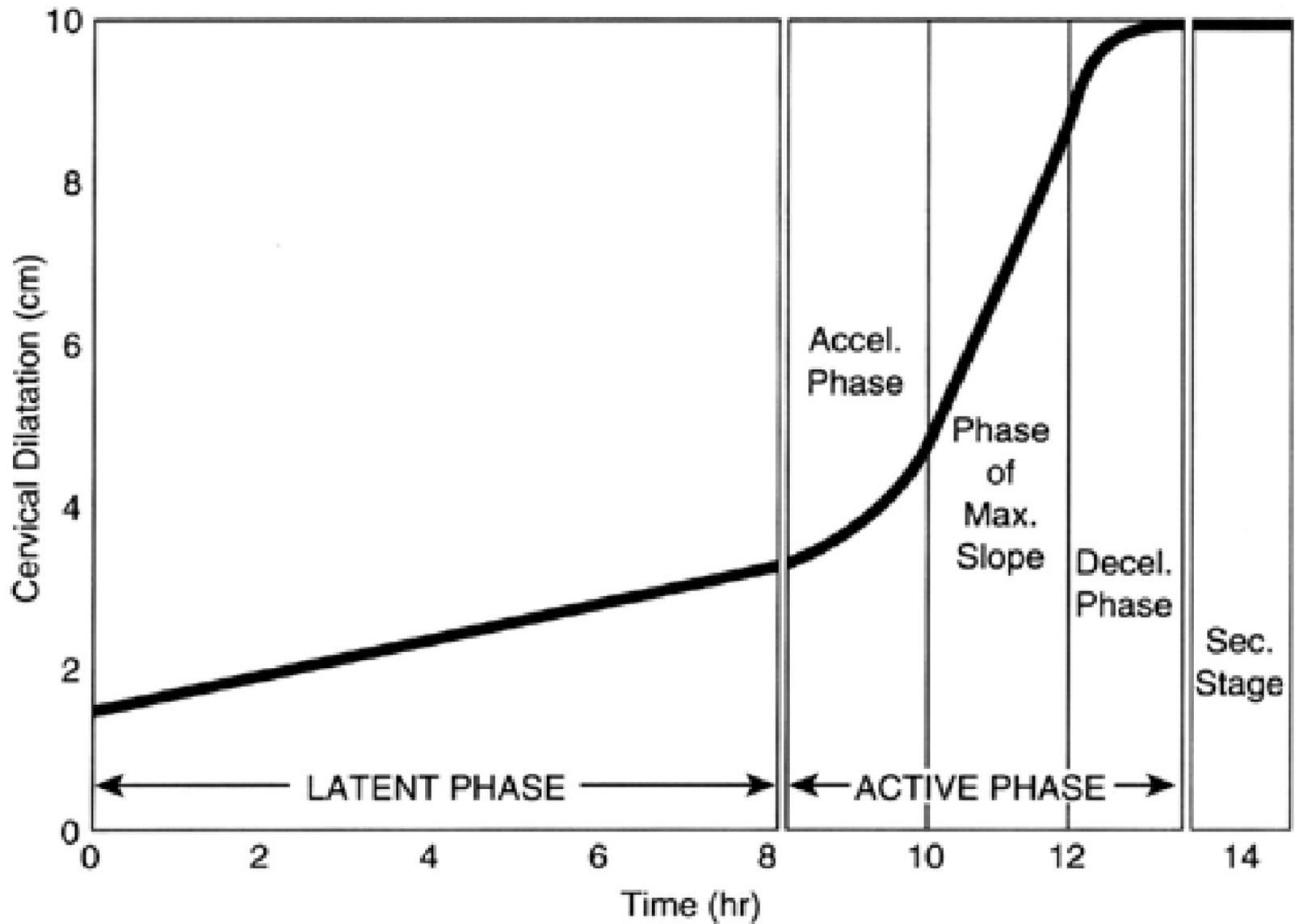
Friedman nel 1954 ha pubblicato il primo studio sull'analisi grafica del travaglio.

Periodo dilatante diviso in → fase latente
→ fase attiva

La fase attiva comprendeva:

- fase di accelerazione
- massima accelerazione
- decelerazione.

La curva di dilatazione → forma sigmoide, si confrontava con la curva di discesa della parte presentata.



Philpott and Castle nel 1972 introducono il concetto di

o **LINEA D' ALLERTA**

o **LINEA D' AZIONE**

per riconoscere i travagli distocici.

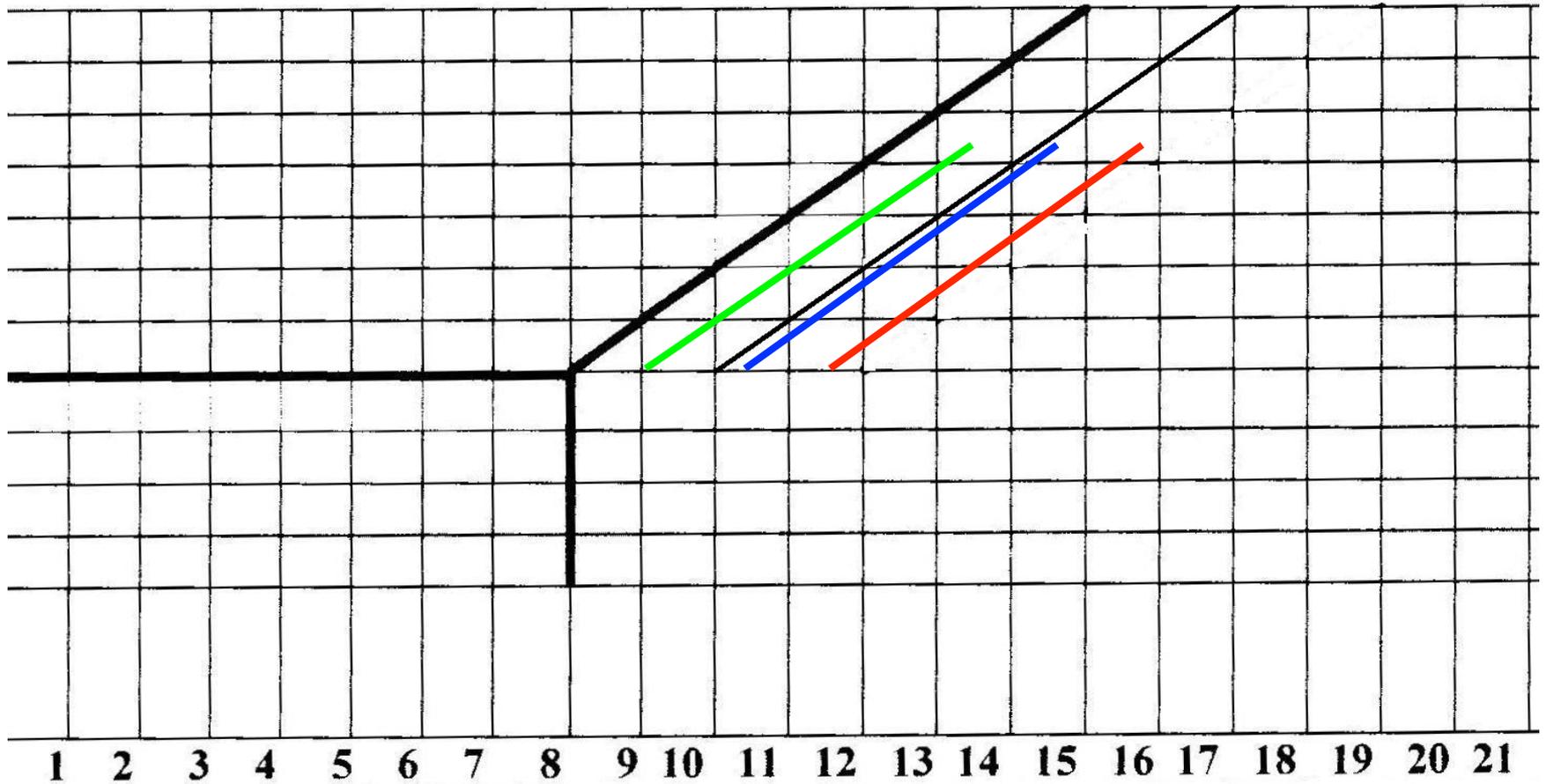
- La linea di allerta fu tracciata con un incremento di 1 centimetro/hr per le nullipare partendo dal tempo zero (velocità media di progressione del 90% delle nullipare nella popolazione africana che loro assistevano).
- La linea di Azione scorre 4 ore a destra della linea di Allerta: se la paziente ha incrociato la linea di allerta un management attivo dovrebbe essere avviato entro 4 ore.

Partogramma WHO

- Gruppo di lavoro → compromesso tra diversi partogrammi.
- **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**
- **Fase attiva → velocità di dilatazione non inferiore ad 1 cm ora**
- **L' esplorazione vaginale → più infrequente possibile (non inferiore ad ogni 4 ore/in ospedale almeno ogni 2 ore)**
- **Linee di allerta e azione predefinite**
- **Il travaglio complessivamente non dovrebbe superare le 24 ore**

Linea d' allerta

Linea d' azione pluripara



BIBLIOGRAFIA

- Raccomandazione OMS 1996 “Care in Normal Birth: a Practical Guide”
- Regione ER Progetto 3 “La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto” LG 2004 (RCOG 2001 The use of electronic fetal monitoring”)
- DRG 533/2008 Programma percorso nascita “Linee di indirizzo per l’assistenza ostetrica alla gravidanza”
- La DISCIPLINA OSTETRICA – Teoria, pratica e organizzazione della professione- Miriam Guana – Rosaria Cappadona, Anna Maria Di Paolo, Grazia Pellegrini, Maria Domenica Piga, Maria Vicario.
- MIDWIFERY, ARTE OSTETRICA RITROVATA (volume 2) – Antonella Marchi.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care. www.nice.org.uk clinical guideline 55, 2007