

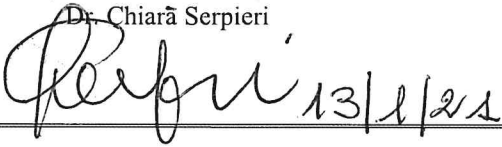




|  |   |   |                  |
|--|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia  | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA   | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico  | Pagina 1 di 14  | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore PN Ostetricia e Ginecologia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia   | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico   |                  |
| Firma per Redazione:<br>Enrico Finale <br>Data: 07/10/2020                                | Firma per Approvazione:<br>Dr. Alberto Arnulfo <br>Data: 14/10/2020 | Firma per Validazione:<br>Dr.ssa Margherita Bianchi <br>Data: 11/11/2010 |                  |
| Firma per Emissione della Direzione Generale<br>Dr. Chiarà Serpieri <br>Data: 13/11/2020 |   |   |                  |

## PROCEDURA OPERATIVA PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO ED AL PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

### INDICE

|  |    |
|--|----|
| GRUPPO DI LAVORO.....  | 2  |
| LEGENDA .....  | 3  |
| SCOPO ED OBIETTIVI .....   | 3  |
| CAMPO DI APPLICAZIONE .....  | 3  |
| RESPONSABILITÀ.....  | 3  |
| MODALITÀ OPERATIVE.....  | 5  |
| Check-list con i criteri per l'attribuzione del modello assistenziale ostetrico e per la rivalutazione del rischio (Allegato I)..... | 5  |
| La sorveglianza del travaglio e del parto a basso rischio ostetrico .....  | 5  |
| La diagnosi di travaglio di parto in fase attiva .....   | 7  |
| Il ricovero in Ospedale.....   | 7  |
| L'assistenza al periodo dilatante o primo stadio.....  | 7  |
| Assistenza al periodo espulsivo o secondo stadio.....  | 10 |
| Assistenza al secondamento o terzo stadio .....  | 12 |
| Assistenza al postpartum o quarto stadio.....  | 13 |
| INDICATORI.....  | 13 |
| ALLEGATI .....   | 13 |
| BIBLIOGRAFIA .....   | 14 |

| Rev. | Data       | Descrizione delle modifiche  |
|------|------------|--|
| 00   | 28/07/2010 | Creazione  |
| 01   | 23/09/2020 | Modificati: Gruppo di Lavoro - Campo di Applicazione - Modalità Operative - Bibliografia |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 2 di 14  | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

### GRUPPO DI LAVORO

| COGNOME NOME           | RUOLO/FUNZIONE  | FIRMA |
|------------------------|---|-------|
| Arnulfo Alberto        | Direttore SOC Ostetricia – Ginecologia  |       |
| Barbaglia Michelangelo | Dirigente Medico Pediatria  |       |
| Bianchi Margherita     | Dirigente Medico Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |       |
| Capuano Andrea         | Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia   |       |
| Ciamparini Roberta     | Ostetrica Punto Nascita Domodossola   |       |
| Finale Enrico          | Coordinatore Ostetrico Punto Nascita Domodossola  |       |
| Guala Andrea           | Direttore SOC Pediatria e Dipartimento Materno<br>Infantile                             |       |
| Laudando Franca        | Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca Accreditemento                                       |       |
| Macchi Chiara          | Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia   |       |
| Maglitto Liliana       | Responsabile SOC DIPSA  |       |
| Marchetti Enrica       | Coordinatore Ostetrico Ostetricia Verbania  |       |
| Mazzoleni Adriana      | Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia   |       |
| Nicolini Roberta       | Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca Accreditemento                                       |       |
| Notarantonio Sara      | Ostetrica Ostetricia Ginecologia Verbania   |       |
| Perego Beatrice        | Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia   |       |
| Pollifroni Paola       | Ostetrica Ostetricia Ginecologia Verbania   |       |
| Quintili Francesca     | Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia   |       |
| Senestraro Marcello    | Direttore SOC DIPSA   |       |
| Visentini Raffaella    | Coordinatore Infermieristico Pediatria Nido Verbania                                    |       |
| Zacheo Lucia           | Ostetrica Ostetricia Ginecologia Verbania   |       |

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 3 di 14  | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

## LEGENDA

- ACU: Attività Contrattile Uterina
- BCF: Battito Cardiaco Fetale
- BMI: *Body Mass Index*
- BRO: Basso Rischio Ostetrico
- CEDAP: Certificato Di Assistenza Al Parto
- CTG: Tracciato Cardiotocografico
- MAF: Movimenti Attivi Fetalì
- *Midwifery Management*: modello assistenziale definito come “accompagnamento alla nascita della donna e della coppia”. Esso si basa sul principio filosofico dell'andare insieme, seguire, guidare la coppia in tutte le fasi del processo della nascita
- OIDA: Occipito Iliaca Destra Anteriore
- OIDP: Occipito Iliaca Destra Posteriore
- OISA: Occipito Iliaca Sinistra Anteriore
- OISP: Occipito Iliaca Sinistra Posteriore
- PAI: Piano Assistenziale Individuale
- PNSM: Presenza Non Significativa di Meconio
- PP: Parte Presentata
- PROM: Rottura Prematura delle Membrane
- PSM: Presenza Significativa di Meconio

## SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo della seguente procedura operativa è definire una modalità di assistenza al travaglio/parto/post partum a basso rischio ostetrico comune e condivisa al fine di assicurare l'appropriatezza e l'omogeneità degli interventi clinico - assistenziali sulla base delle migliori evidenze scientifiche.

Obiettivo generale è garantire la sicurezza della donna e del neonato nel rispetto della fisiologia della nascita.

Obiettivo specifico è ridurre il rischio di eventi potenzialmente avversi

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica alle gravide che si presentano nel Reparto della SOC Ostetricia e Ginecologia Verbania e al Punto Nascita Domodossola classificate a basso rischio ostetrico al momento del ricovero.

## RESPONSABILITÀ

Tutti gli attori coinvolti nell'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico devono osservare le indicazioni presenti nel seguente documento.

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 4 di 14  | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico |                  |

La responsabilità della comunicazione e della pubblicazione nel sito Intranet Aziendale della procedura è del Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatelyzza Rischio Clinico.

Al Responsabile di Struttura, ai Responsabili Qualità-Rischio (i Coordinatori per il DiPsa) della Struttura Operativa è attribuita la responsabilità di diffondere, rendere accessibile e far conoscere a tutti gli operatori la Procedura Operativa, ivi compresi i neo-assunti (vedere Allegato 1 lista di distribuzione PO 07-QA04), quindi verificare e controllare sistematicamente la corretta adesione ai contenuti del presente documento.

La responsabilità di verifica di applicazione è del Direttore del Dipartimento Materno Infantile, del Direttore SOC Ostetricia Ginecologia e dei Coordinatori Ostetrici della SOC Ostetricia Ginecologia del Presidio di Verbania, del Punto nascite del Presidio di Domodossola e della Coordinatrice del Nido/Neonatologia del Presidio di Verbania.

La presente procedura operativa è rivolta, per i rispettivi ambiti di competenza e responsabilità, al personale medico e ostetrico coinvolto nel processo di cura e di assistenza.

L'Ostetrica è responsabile dell'assistenza al travaglio/parto/post-partum a basso rischio, e si avvale del contributo del medico Ginecologo e/o Pediatra ogni qualvolta rilevi dei fattori di rischio.

L'Ostetrica è in grado di rilevare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza/urgenza. In tali situazioni la responsabilità è da considerarsi condivisa.

Si avvale inoltre della collaborazione dell'infermiere e/o dell'OSS per l'espletamento di alcune attività assistenziali.

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

**Legenda:** Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I)

| Descrizione dell'attività                                 | Operatore         |           |                       |                      |
|---|-------------------|-----------|-----------------------|----------------------|
|   | Medico di guardia | Ostetrica | Personale di supporto | Infermiere/ostetrica |
| Accoglienza e valutazione del rischio ostetrico           | C                 | R         | -                     | -                    |
| Visita accettazione in assenza fattori di rischio         | I                 | R         | C                     | C                    |
| Diagnosi di travaglio attivo                              | I                 | R         | -                     | -                    |
| Tracciato CTG all'ingresso                                | I                 | R         | C                     | C                    |
| Assistenza 1° stadio in assenza di fattori di rischio     | I                 | R         | C                     | C                    |
| Assistenza 1° stadio in presenza di fattori di rischio    | R                 | C         | C                     | C                    |
| Accesso venoso periferico                                 | I                 | R         | C                     | R                    |
| Rilevazione intermittente BCF                             | I                 | R         | -                     | -                    |
| Compilazione partogramma                                  | I                 | R         | -                     | -                    |
| Interpretazione BCF                                       | R                 | R         | -                     | -                    |
| Assistenza 2° stadio in assenza di fattori di rischio     | I                 | R         | C                     | C                    |
| Assistenza 2° stadio in presenza fattori di rischio       | R                 | C         | C                     | C                    |
| Assistenza al perineo                                     | I                 | R         | C                     | C                    |
| Clampaggio del funicolo                                   | I                 | R         | C                     | C                    |
| Procedure di assistenza al neonato                        | I                 | R         | C                     | R                    |
| Assistenza al 3° stadio in assenza di fattori di rischio  | I                 | R         | C                     | C                    |
| Assistenza al 3° stadio in presenza di fattori di rischio | R                 | C         | C                     | C                    |
| Episiorrafia e sutura delle lacerazioni                   | R                 | R         | C                     | C                    |
| Assistenza al postpartum o 4° stadio                      | I                 | R         | C                     | C                    |

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 5 di 14  | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

## MODALITÀ OPERATIVE

### ***Check-list con i criteri per l'attribuzione del modello assistenziale ostetrico e per la rivalutazione del rischio (Allegato1)***

Nell'ambito di protocolli clinico-assistenziali e *check list* per la valutazione/rivalutazione dei fattori di rischio nel peripartum si fa riferimento al processo del *Midwifery Management* che prevede fasi distinte: l'accertamento ostetrico, la diagnosi ostetrica, la pianificazione ostetrica con la scelta del Piano Assistenziale Individuale (PAI), l'Attuazione ostetrica e la Valutazione ostetrica.

La presa in carico della donna di norma avviene al Bilancio di Salute a 36/37 settimane.

La prima rivalutazione di rischio materno fetale deve essere effettuata dall'ostetrica alla presa in carico sulla base:

- della presa visione dell'Agenda di gravidanza compilata durante la gravidanza o altra documentazione portata dalla donna
- del bilancio di salute effettuato a 36/37 settimane ove disponibile
- del bilancio attuale

### ***La sorveglianza del travaglio e del parto a basso rischio ostetrico***

#### a. Il Personale

L'assistenza al travaglio e al parto a basso rischio ostetrico è compito dell'ostetrica che ne è responsabile; il medico interviene se interpellato per un dubbio diagnostico, in presenza di fattori di rischio o per l'insorgenza di una patologia. L'ostetrica oltre a controllare la normale progressione del travaglio ed il benessere fetale favorisce il benessere materno, informa esaurientemente la donna prima di eseguire qualunque procedura e instaura un rapporto privilegiato con la donna. E' importante garantire alla donna condizioni di massima tranquillità e riservatezza durante il travaglio e il parto; è pertanto necessario porre attenzione nel limitare il numero di sanitari presenti a quelli realmente indispensabili; la donna potrà farsi assistere durante il travaglio e il parto da una persona di fiducia a sua scelta.

#### b. L'Assistenza

Le scelte della donna devono essere considerate come parte integrante nel processo decisionale.

Alla donna sono fornite informazioni basate su prove di efficacia in grado di renderla capace di prendere decisioni sul metodo di assistenza, il cui livello è indipendente dal monitoraggio utilizzato.

Il servizio garantisce un'identica modalità di comunicazione tra gli operatori ed una stessa terminologia è utilizzata in casi di urgenza o stati di preoccupazione riguardanti il benessere fetale.

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 6 di 14  | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

### c. Il Partogramma

E' utile che ogni unità parto adotti un partogramma come strumento di registrazione dell'andamento del travaglio.

L'uso del partogramma facilita la trasmissione di informazioni riducendo l'eterogeneità terminologica tra operatori, offre una visualizzazione immediata della progressione del travaglio favorisce la razionalizzazione della prescrizione farmacologia e può essere utilizzato nel controllo di qualità dell'assistenza.

La SOC di Ostetricia e Ginecologia di Verbania e del Punto Nascite di Domodossola adottano il partogramma OMS 2000 modificato.

La compilazione del partogramma deve essere univoca e uniforme da parte di tutti gli operatori.

L'allegato A mostra lo strumento in uso. Le parti che lo compongono sono le seguenti:

- **Parte anamnestica:** riassume tutte le informazioni e gli eventuali fattori di rischio della donna, è dotata di uno spazio per l'applicazione dell'etichetta identificativa;
- **Parametri vitali materni:** la sezione è dedicata ai parametri vitali materni e alla data del travaglio/parto
- **Grafico per la tracciabilità dell'auscultazione ad intermittenza.** Frazionamento in quarti dell'unità ora.
- **La curva cervicometrica e il livello delle parte presentata.** Dilatazione in centimetri da indicare con una X e discesa della PP da indicare con una O.
- **Sezione periodo espulsivo.** Lo strumento permette di indicare l'inizio e la durata del periodo espulsivo.
- **Sezione dedicata alle informazioni di completamento della valutazione clinica.** Questa sezione permette di indicare tutte le informazioni complementari come: la posizione della parte presentata (OISA, OIDA, OISP, OIDP), l'integrità delle membrane, la composizione e le variazioni dalla limpidezza del liquido amniotico. Utilizzare la sigla PNSM (Presenza Non Significativa di Meconio) per il liquido amniotico tinto (citrino) non contenente grumi di meconio; mentre la sigla PSM (Presenza Significativa di Meconio) per il liquido amniotico verde scuro o nero denso o qualsiasi liquido amniotico macchiato di meconio contenente grumi di meconio.
- **Attività contrattile uterina:** nella sezione legenda partogramma, posta sul retro del foglio, è presente un memo grafico per la valutazione dell'ACU. L'unità di misura tempo è di 15 minuti e non 10. La classificazione prevede di utilizzare un simbolo univoco per le varie tipologie di contrazioni.
- L'ultima parte è dedicata a tutte le altre **infomazioni di completamento dell'assistenza** quali: analgesia (è possibile indicare la tipologia, l'ora e le modalità), CTG in continuo e la classificazione, le posizioni materne, gli atteggiamenti materni, la minzione, la composizione della bocca uterina, la presenza o meno di premito e firma dell'operatore.

Sul retro del foglio è presente la legenda per la compilazione ed una parte riservata alle note aggiuntive.

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 7 di 14  | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

## La diagnosi di travaglio di parto in fase attiva

Si pone diagnosi di fase attiva del primo stadio del travaglio quando sono presenti contrazioni dolorose e regolari e una progressiva dilatazione cervicale a partire dai 4 cm.

## Il ricovero in Ospedale

Il ricovero avviene solitamente nella fase attiva del travaglio di parto; qualora si renda necessario il rinvio a domicilio è opportuno che questo sia discusso con la coppia e che si tengano in considerazione eventuali situazione sfavorevoli (distanza da casa, trasporti disagiati, condizioni atmosferiche) o stati di ansia accentuati.

Informare la donna/coppia, nel caso di rientro al domicilio perché in fase prodromica, di tornare presso la struttura al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

1. Perdite ematiche uguali o più abbondanti di una mestruazione o di liquido amniotico
2. Riduzione dei MAF
3. Aumento delle contrazioni uterine e/o insorgenza di un particolare stato di ansia.

Inoltre devono essere fornite tutte le informazioni necessarie per ridurre la tensione muscolare e il dolore (bagno/doccia calda, cibi e bevande, riposo, massaggi).

## Le procedure di accettazione

L'ostetrica dopo aver accettato la donna secondo la Procedura Accettazione Ostetrica delle gravide PO 17- OGI 21 provvede a:

- trascrivere la visita di accettazione ed aggiornare l'anamnesi ostetrica prossima sulla cartella clinica elettronica;
- richiedere gli esami ematochimici mancanti sulla base delle condizioni cliniche e del rischio ostetrico PO 17-OGI 20 PROM diagnosi e gestione rottura prematura membrane;
- eseguire il monitoraggio cardiocografico all'ingresso;

## L'assistenza al periodo dilatante o primo stadio

Si raccomanda di offrire supporto continuativo da parte di un'ostetrica a tutte le donne in travaglio di parto in fase attiva, secondo il Modello Assistenziale basato sull'assistenza Ostetrica *one to one*.

Non lasciare da sola una donna che è in fase attiva di travaglio, eccetto nel caso fosse lei stessa a richiederlo o per brevi periodi di tempo.

### a. Alimentazione

La donna in travaglio può assumere un dieta libera

### b. Diuresi

Invitare la donna ad urinare almeno ogni 2 ore per evitare la sovradistensione della vescica a parte presentata profondamente impegnata, condizione che impedisce una minzione spontanea. Evitare l'uso routinario di cateteri.

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 8 di 14  | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

c. **Accesso venoso periferico in travaglio**

In corso di travaglio di parto è indicato l'inserimento profilattico di una cannula intravenosa, per il trattamento dell'emorragia post-partum;

d. **Posizione materna**

La posizione in travaglio è libera, è compito dell'ostetrica suggerire ed illustrare alla donna le diverse posizioni che possono aiutarla a sopportare meglio il dolore delle contrazioni. Se la donna preferisce stare sdraiata è opportuno consigliarle di evitare la posizione supina a favore della posizione semiseduta o laterale sinistra o prona sul fianco, per evitare la compressione della vena cava.

e. **Valutazione della progressione del travaglio di parto**

Per valutare correttamente la progressione del travaglio di parto è raccomandato valutare l'attività contrattile uterina ogni 30 minuti, osservare le caratteristiche delle perdite vaginali ed offrire un'esplorazione vaginale ad intervalli di 4 ore ove anticipata da documentare in cartella clinica.

f. **Sorveglianza del benessere materno in travaglio**

Durante il travaglio di parto è raccomandato rilevare la temperatura corporea, la pressione arteriosa ogni 4 ore, la frequenza cardiaca ogni ora.  
Valutare regolarmente la minzione spontanea.

g. **Sorveglianza del benessere fetale in travaglio**

Prima di iniziare qualsiasi forma di monitoraggio il polso materno deve essere valutato simultaneamente alla frequenza cardiaca fetale per differenziarla da quella materna.

In donne sane con gravidanze a basso rischio è raccomandata la rilevazione intermittente del BCF. Questa viene eseguita immediatamente dopo una contrazione per 60 secondi ogni 15 minuti nel primo stadio e ogni 5 minuti nel secondo stadio.

Indipendentemente dal timing di auscultazione, rilevarlo immediatamente dopo la rottura spontanea delle membrane.

Ogni rilevazione deve essere registrata sul partogramma e con cardiocotografo.

h. **Monitoraggio continuo del BCF in corso di travaglio di parto**

Sorvegliare il benessere fetale mediante cardiocotografo nei casi in cui si identifichi uno dei fattori di rischio elencati di seguito e spiegare alla donna il motivo di cambiamento di procedura.

Avviare la cardiocotografia continua se uno dei seguenti fattori di rischio è presente alla valutazione iniziale o insorge durante il travaglio:

- polso materno superiore a 120 battiti/minuto in 2 occasioni a distanza di 30 minuti;
- temperatura di 38 °C o superiore in una sola rilevazione, o 37,5 °C o superiore in 2 occasioni consecutive a 1 ora di distanza;
- sospetto corioamnionite o sepsi;
- dolore riportato dalla donna che differisce dal dolore normalmente associato alle contrazioni;
- presenza di meconio;



|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 9 di 14  | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

- anomalo sanguinamento vaginale durante il travaglio;
- ipertensione grave: una singola rilevazione della pressione arteriosa sistolica di 160 mmHg o più o pressione diastolica di 110 mmHg o più, misurata tra le contrazioni;
- ipertensione: pressione sanguigna sistolica di 140 mmHg o più o pressione diastolica di 90 mmHg o più su 2 rilevazioni consecutive prese a 30 minuti di distanza, misurate tra le contrazioni;
- ritardo confermato nella prima o nella seconda fase del travaglio;
- contrazioni che durano più di 60 secondi (ipertono) o più di 5 contrazioni in 10 minuti (tachisistolia);
- uso dell'ossitocina;
- analgesia peridurale;
- riscontro di alterazione del BCF durante l' auscultazione intermittente. Se il tracciato cardiocografico viene classificato come TIPO 1 dopo 20 minuti di esecuzione, ritornare all'auscultazione ad intermittenza.

i. **Interpretazione del CTG**

All'interno della SOC di Ostetricia e Ginecologia di Verbania e del Punto Nascite di Domodossola la classificazione in uso per lo score dei tracciati cardiocografici è quella proposta dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) 2017.

La suddetta classificazione prevede la categorizzazione in tre differenti tipologie (vedere tabella 1 seguente).

L'adozione di una classificazione unica permette di uniformare la terminologia e la condotta assistenziale.

Di seguito la classificazione allegata al foglio (presente sulla cartella clinica informatizzata) nominativo ed identificativo della tracciabilità dei monitoraggi effettuati durante il ricovero:

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 10 di 14                                       | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

**Tabella 1. Criteri di classificazione dei CTG, interpretazione e gestione clinica raccomandata. La presenza di accelerazioni indica l'assenza di ipossia/acidosi fetale ma la loro assenza durante il travaglio è di incerto significato.**

|                         | TIPO 1   | TIPO 2  | TIPO 3  |
|-------------------------|--|---|---|
| <b>Linea di base</b>    | 110-160 bpm  | Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici   | < 100 bpm   |
| <b>Variabilità</b>      | 5-25 bpm   |   | Ridotta variabilità per >50 min <sup>*2</sup> , aumentata variabilità per >30 min, o pattern sinusoidale per > 30 min   |
| <b>Decelerazioni</b>    | Assenza di decelerazioni ripetitive <sup>*1</sup>                          |   | Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min   |
| <b>Interpretazione</b>  | Assenza di ipossia/acidosi fetale  | Bassa probabilità di ipossia/(acidosi) fetale   | Possibilità di ipossia/(acidosi) fetale   |
| <b>Gestione clinica</b> | Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale | Intervento volto a correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale se disponibili (cfr. Cap. 5) | Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale (cfr. Cap. 4), o se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto |

<sup>\*1</sup> Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine<sup>25</sup>. Si ricordi che in presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

<sup>\*2</sup> Si ricorda che durante la notte si può osservare una variabilità ridotta >50 minuti senza che questa sia espressione di patologia fetale. Nei casi dubbi, la comparsa di accelerazioni dopo stimolazione dello scalpo fetale è un elemento rassicurante che può aiutare la diagnosi differenziale tra sonno e stato di ipossia/acidosi (vedi cap. "Metodiche aggiuntive").

#### j. Durata del primo stadio e rallentamento della progressione in Fase Attiva

Si può sospettare un rallentamento nella progressione in fase attiva quando la dilatazione cervicale non progredisce di almeno 2 cm in 4 ore, o in caso di rallentamento nella progressione della parte presentata nelle donne pluripare. In questo caso si raccomanda di eseguire la rottura artificiale delle membrane e valutare la progressione a distanza di due ore. Se il rallentamento è confermato e si pone diagnosi di deviazione dalla fisiologia, avviene la presa in carico da parte di un team multidisciplinare.

### Assistenza al periodo espulsivo o secondo stadio

#### - Definizione di secondo stadio

Viene suddiviso in due fasi:

- 1) **Fase passiva**, caratterizzata da dilatazione cervicale completa in assenza di contrazioni espulsive volontarie, ovvero in assenza di premito irrefrenabile; può avere una durata fino ad un'ora per le nullipare e di 30 minuti per le pluripare.
- 2) **Fase attiva**, caratterizzata da visibilità dell'estremo cefalico o contrazioni espulsive accompagnate da diagnosi di dilatazione cervicale completa o presenza di altri segni che indichino presenza di dilatazione completa.

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 11 di 14                                       | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

- **Durata del secondo stadio o periodo espulsivo**

***Fase attiva prolungata:***

- Per le nullipare ci si aspetta che la nascita avvenga entro 3 ore dall'inizio della fase attiva del secondo stadio.
- Per le pluripare ci si aspetta che la nascita avvenga entro 2 ore dall'inizio della fase attiva del secondo stadio. Per le pluripare, si sospetta un'inadeguata progressione (in termini di rotazione o discesa della PP) dopo 30 minuti di fase attiva del secondo stadio. In questi casi offrire un'esplorazione vaginale ed eventualmente offrire amniorexi se le membrane sono integre.

- **Posizione materna in periodo espulsivo**

Supportare la posizione scelta dalla donna per ogni stadio del travaglio e durante il parto, suggerire il cambiamento di posture per favorire la progressione del travaglio, incoraggiare la mobilità rispettando la volontà e ciò che è più confortevole per ogni donna, scoraggiarla dall'assumere la posizione supina o semisupina.

- **Spinta materna**

Informare la donna che nel secondo stadio del travaglio dovrebbe essere guidata dalla sua percezione di spinta irrefrenabile.

Attendere la spinta materna spontanea, in base alle sensazioni della donna. Se la spinta risulta inefficace o se richiesto dalla donna stessa, offrire strategie assistenziali per favorire la progressione, come cambi di posizione, svuotamento della vescica, continuo supporto e incoraggiamento. Da evitare la manovra di Valsalva.

- **Assistenza al perineo**

La raccomandazione è quella di non offrire un'episiotomia routinaria durante un parto vaginale spontaneo.

Si raccomanda di svolgere un'episiotomia medio laterale solo quando è necessario, cioè in caso di parto operativo o di compromissione del BCF. In casi diversi documentare in cartella clinica. Assicurare la somministrazione di un'efficace analgesia prima di effettuare un'episiotomia.

- **Clampaggio del funicolo e procedure di assistenza al neonato**

Non clampare il cordone prima di 1 minuto dalla nascita del neonato a meno che non vi siano dubbi sull'integrità del cordone o nel caso il neonato necessiti di cure assistenziali immediate.

L'immediata recisione del funicolo e la separazione del neonato dalla madre vanno presi in considerazione nei seguenti casi:

- in gravidanze < a 37 settimane e > di 42
- in assenza di respiro del neonato
- in presenza di cianosi diffusa
- in presenza di ipotonia neonatale
- in presenza di complicanze materne

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 12 di 14                                       | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

In questi casi si raccomanda di effettuare un prelievo di sangue cordonale per l'emogasanalisi o su indicazione medica.

Attenersi alla procedura PP 17-OGI 01 Percorso donazione cellule staminali da cordone ombelicale nel caso richiesto dalla donna.

Effettuare prelievo di sangue per MEN 2 come da Procedura Prelievo ed invio emogruppi madre figlio PO 17-OGI 02.

Favorire il contatto madre-bambino immediatamente dopo la nascita.

Non è opportuno effettuare sistematicamente l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori ed il neonato può rimanere con la madre.

Per mantenere la temperatura corporea del nuovo nato sono sufficienti il contatto pelle a pelle con il corpo materno e una coperta PO 19-PED 07 "Procedura contatto pelle a pelle madre neonato".

L'ostetrica provvede all'identificazione di madre e neonato come da procedura identificazione neonato PO 17-OGI 05.

## **Assistenza al secondamento o terzo stadio**

Osservazione accurata delle condizioni fisiche generali della donna: colorito, respirazione, percezione di benessere riportata dalla donna, perdite ematiche vaginali.

**È obbligatorio valutare e registrare quantitativamente la perdita ematica utilizzando sacche graduate;** avvenuta l'espulsione degli annessi fetali la quantificazione della perdita ematica va continuata durante l'esecuzione della sutura sostituendo la sacca.

Somministrare 10 UI di ossitocina per via intramuscolare al momento della nascita del bambino come da procedura PO 17-OGI 10 "Prevenzione e Gestione emorragia postpartum".

In presenza di sovradistensione vescicale invitare la donna a urinare spontaneamente.

La condotta nell'assistenza al secondamento è di attesa per un'ora, senza eseguire manovre di spremitura alla Credé o trazioni controllate sul funicolo (manovra di Brandt-Andrews), in presenza di perdita ematica < a 500 cc, sorvegliando le condizioni generali della donna e verificando i segni dell'avvenuto distacco placentare.

**Avvenuto il secondamento è necessaria un'attenta valutazione degli annessi fetali.**

### **Episiorrafia e sutura delle lacerazioni**

Va sempre eseguita un'ispezione del canale molle del parto (vagina, perineo e vulva); l'ispezione della cervice uterina va eseguita ogni qualvolta esista il rischio di lacerazione cervicale o dei fornici (inizio fase espulsiva prima della completa dilatazione cervicale, parti operativi, parti precipitosi, perdita ematica superiore alla norma in presenza di buona contrazione uterina).

Prima di eseguire la sutura, eseguire l'infiltrazione locale di anestetico o ripeterla in caso di episiorrafia, accertandosi del suo effetto prima di iniziare la sutura. In funzione dell'estensione e della profondità della ferita è opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare la sutura sedando la donna in sala operatoria. PO 17-OGI 16 "Prevenzione ritenzione garze strumentario sito chirurgico in sala parto".

|   |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04   |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 13 di 14                                       | Revisione: 01  | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriata Rischio Clinico |                  |

## Assistenza al postpartum o quarto stadio

La donna trascorre 2 ore in osservazione nell'unità parto durante le quali vengono valutate la perdita ematica, la presenza del globo di sicurezza e lo stato della sutura perineale se presente, parametri vitali materni compreso il dolore e l'aspetto emozionale materno.

Prima del trasferimento in puerperio vengono rilevate la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, controllate la perdita ematica, la contrazione e la retrazione uterina.

Valutare la minzione spontanea che deve avvenire entro le prime 6 ore.

L'ostetrica deve valutare l'adattamento neonatale alla vita extrauterina, promuovendo lo *skin to skin* ed effettuando una valutazione delle condizioni del neonato per le prime due ore dopo il parto.

È consigliabile che il neonato trascorra questo periodo con la madre creando le condizioni più idonee all'attaccamento precoce al seno (PO 19-PED 07 "Procedura contatto pelle-pelle").

L'ostetrica promuove e valuta inoltre il corretto avvio dell'allattamento o nel rispetto dei riflessi innati di madre e bambino (*Biological Nurturing*) e del corretto posizionamento, sorvegliando che la puerpera e il neonato non siano mai lasciati soli e sia presente vicino alla puerpera l'altro genitore o persona di fiducia e che sia scoraggiato l'utilizzo di cellulare o di altri dispositivi elettronici in quanto fonte di distrazione.

L'ostetrica registra i dati relativi all'assistenza al travaglio – parto – postpartum su:

- Cartella clinica informatizzata;
- Registro parti;
- CEDAP.

## INDICATORI

- **Autonomia ostetrica nel BRO:** numero di parti eutocici seguiti in completa autonomia dall'ostetrica / numero totale dei travagli a termine e a basso rischio all'accettazione x 100 Standard > **60%**
- **Percentuale di episiotomie:** numero di episiotomie effettuate / numero di parti vaginali a basso rischio ostetrico Standard <**15%**

## ALLEGATI

- Allegato 1: *Check-list* con i criteri per l'attribuzione del modello assistenziale ostetrico e per la rivalutazione del rischio.
- Allegato 2: L'utilizzo degli strumenti ostetrici nella fisiologia della nascita.
- Allegato 3: Partogramma.

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
| Struttura: SOC Ostetricia Ginecologia   | Tipo di documento:<br>PROCEDURA OPERATIVA             | Codice: PO 17-OGI 04  |                  |
| Titolo documento: Procedura Operativa per l'Assistenza al Travaglio ed al Parto a Basso Rischio Ostetrico | Pagina 14 di 14                                       | Revisione: 01   | Data: 11/11/2020 |
| Redatta da:<br>Coordinatore SOC Ostetricia  | Approvata da:<br>Direttore SOC Ostetricia Ginecologia | Validata da: Responsabile Governo Clinico<br>Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |                  |

## BIBLIOGRAFIA

- *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice WHO, 2015*
- *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth NICE ,2014*
- *Normal birth Queensland Government, 2012*
- Area Materno-infantile: definizione e organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), secondo le linee di indirizzo ministeriali. 2017
- *Intrapartum Care - NICE clinical guideline – Settembre 2007*
- *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care – Promoting effective Perinatal Care – Training module WHO Regional Office for Europe - 2002*
- Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico – Linee guida nazionali di riferimento 2010
- Raccomandazioni di assistenza travaglio e parto a termine di gravidanza fisiologica – S.L.O.G. Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia 2014.
- *WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Mathai, Matthews / Gülmezoglu, A. Metin / Hill, Suzanne. WHO 2007*
- *ACOG PRACTICE BULLETIN Number 106, July 2009 (Replacement of n.70 December 2005)*
- La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto – Linea guida basata su prove di efficacia – CeVEAS Buona pratica clinica, raccomandazione fondata sull'esperienza clinica del Gruppo elaboratore della linea guida 2007.
- *Prevention, Diagnosis and Treatment of Failure to progress in Obstetrical Labor – Health Care Guideline Institute for Clinical System Improvement – ICSI 2015.*
- Rianimazione Neonatale – Manuale – *American Heart Association – American Academy of Pediatrics 2017*
- *Intrapartum Care - NICE clinical guideline – Settembre 2007*
- Raccomandazioni OMS e Unicef per la promozione e pratica dell'allattamento al seno 2010
- *WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on the use of active phase partograph with a four- hour action line for monitoring the progress of labour (May 2014). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.*