

TRAVAGLIO E PARTO FISIOLOGICO

Dott. LUIGI COSTABILE

TRAVAGLIO E PARTO FISIOLÓGICO

La maggioranza delle gravidanze sono fisiologiche non presentano fattori di rischio sia per la mamma che per il bambino , in molti casi al momento del parto possono insorgere complicanze che mettono a rischio la vita e la salute di entrambi.

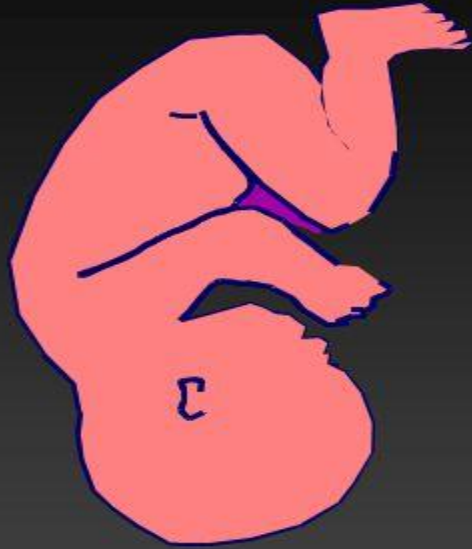
Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio ed il parto sono notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati.

TRAVAGLIO E PARTO FISIOLOGICO

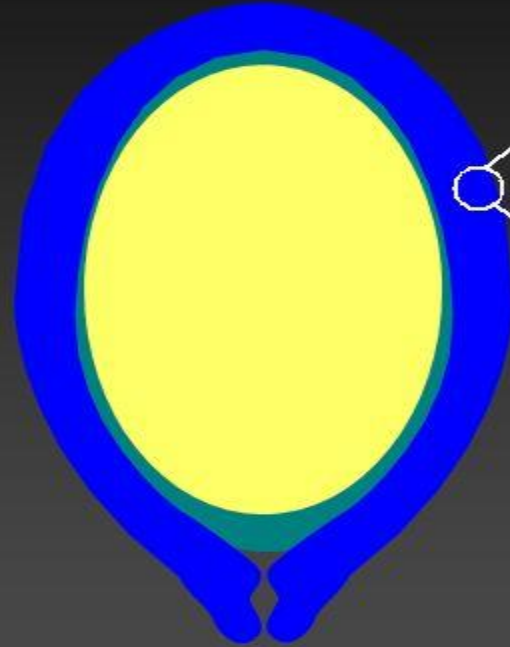
L'OMS ha emanato 56 raccomandazioni (di cui 26 nuove) e sono indirizzate a tutti gli operatori che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita.

Il vero nocciolo del problema è vivere il parto come una esperienza positiva, in un ambiente sicuro da un punto di vista professionale e psicologico con un sostegno pratico ed emozionale continuo da parte di persone scelte dalla donna e sotto l'attenta sorveglianza clinica di personale competente.

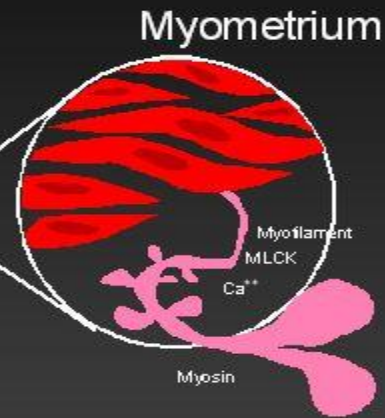
Gli elementi del parto



Corpo mobile



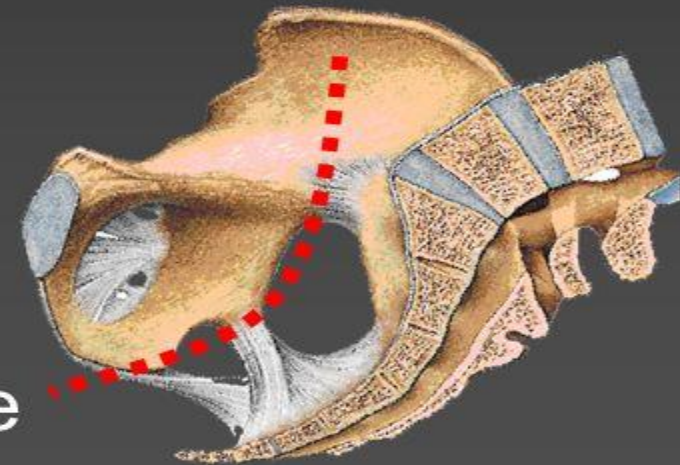
forza



Myometrium

Myofilament
MLCK
Ca⁺⁺

Myosin



canale

IL TRAVAGLIO VA DIVISO IN TRE STADI

1° STADIO: PERIODO DILATATIVO

2° STADIO: PERIODO ESPULSIVO

3° STADIO: DEL SECONDAMENTO

1° STADIO DEL TRAVAGLIO

Dall'inizio del travaglio fino alla dilatazione completa della cervice si divide:

- in prima fase di latenza
- ed una fase travaglio attivo

Una prima fase di latenza

Contrazioni regolari una ogni 10 minuti percepite come dolorose con modificazioni cervicali. Eventuali contrazioni senza modifiche dinamiche della cervice uterina è un falso travaglio. La rottura delle membrane amniotiche non implicano travaglio di parto ma anche in quel caso è giusto ricoverarsi per essere monitorata ed evitare complicanze.

Una fase di travaglio attivo

Una dilatazione della cervice fino a 3/5 cm è fisiologica a termine di gravidanza; in questi casi due esami obiettivi a distanza di 1-2 ore sono necessari per dimostrare la progressione della dilatazione ed appianamento della cervice uterina per definire il travaglio.

1° Stadio del travaglio

DURATA DELLA PRIMA FASE DI LATENZA DEL TRAVAGLIO

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra.

Tuttavia la durata della fase attiva

(dai 3/5 centimetri fino alla dilatazione completa)

non supera generalmente le 8-12 ore nella primi gravida e le 10 ore nella pluripara in presenza di almeno 2 contrazioni in 10 minuti.

1° Stadio del travaglio

DURATA DELLA FASE DI TRAVAGLIO ATTIVO

Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 cm/ora durante la fase attiva non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi

NON E' RACCOMANDATA per questa finalità
(**controlla il partogramma**).

Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm / ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi **NON E' RACCOMANDATA** per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico.

1° STADIO DEL TRAVAGLIO

ESAME DI ROUTINE DELLE CONDIZIONI FETALI AL MOMENTO DEL RICOVERO

- La cardiotocografia di routine NON E' RACCOMANDATA per valutare il benessere fetale nelle donne in buona salute con travaglio spontaneo.
- L'auscultazione con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard è RACCOMANDATA al momento del ricovero per la valutazione del benessere fetale.
- Nelle donne a basso rischio ostetrico la mobilizzazione e una posizione verticale durante il travaglio, l'assunzione di liquidi e alimenti durante il travaglio è RACCOMANDATA

FENOMENI DEL PARTO

Durante l'espletamento del parto avvengono una serie di modifiche nella madre, nel feto e nei rapporti anatomici tra il bacino materno e il bambino. Distinguiamo quindi i fenomeni materni o dinamici in cui avvengono le modifiche delle parti molli del canale del parto, cioè segmento uterino inferiore, collo dell'utero e vagina; i fenomeni fetali o plastici che indicano la posizione del feto più adatta a poter oltrepassare il canale del parto osseo (il bacino); infine i fenomeni materno-fetali o anche detti meccanici che interessano le modifiche dei rapporti anatomici del bambino nel bacino della madre.

I fenomeni dinamici (cioè quelli materni) corrispondono alla fase dilatante, mentre i fenomeni meccanici e i plastici (materno-fetali e fetali) coincidono alla fase espulsiva del parto.

FENOMENI DINAMICI.

Come detto precedentemente, questi fenomeni interessano le parti molli del canale del parto.

In sequenza si avranno l'espansione del segmento inferiore dell'utero, il raccorciamento e la scomparsa del collo dell'utero, la formazione della borsa amnio-coriale (per via della forza delle contrazioni che spingono il contenuto dell'utero verso il basso) con conseguente rottura delle membrane ed infine la distensione della vagina, del perineo e dell'anello vulvare.

Il collo dell'utero raggiunge la dilatazione completa a circa 10 cm e forma un'unica cavità tra corpo-collo-vagina. La rottura fisiologica della borsa delle acque si ha quando la dilatazione è completa ed è detta "tempestiva". Se, invece, la rottura avviene fuori travaglio è detta prematura, se avviene durante il travaglio viene definita precoce, se la borsa si rompe durante o dopo l'espulsione del feto, essa viene detta serotina (il bambino nasce con la camicia perché è avvolto dalla membrana amniocoriale).

FENOMENI PLASTICI

Anche detti “fetalì”, comprendono tutte le modificazioni del corpo fetale durante la fase espulsiva del parto, cioè quando il feto attraversa il canale del parto. Si distinguono l’atteggiamento fetale cioè il rapporto delle varie parti del corpo fetale. Il bambino assume la forma di un ovoide con braccia e gambe flesse e addotte sul tronco e la testa iperflessa sul busto. Il rapporto tra il maggior asse dell’ovoide fetale e il maggior asse dell’utero indica la situazione fetale. Essa può essere longitudinale quando i 2 assi sono quasi paralleli e trasversa nel caso in cui essi siano perpendicolari. Obliqua, invece, è quella situazione fetale intermedia tra la situazione longitudinale e trasversa. Si distingue poi la presentazione fetale che indica la parte più grande del corpo che attraversa per prima il bacino materno. Essa può essere la testa (presentazione cefalica), podice (p. podalica completa con natiche e piedini o incompleta con solo natiche o solo piedini o natiche ed un solo piede) oppure il tronco (p. di spalla). Importante conoscere l’indice di presentazione che indica la parte anatomica che si visualizza nella presentazione.

Di seguito verranno riportati i vari indici nelle presentazioni cefalica, podalica e di spalla.

Presentazione cefalica di vertice – indice di presentazione: piccola fontanella
(lamdoidea-triangolare) fisiologica;

Presentazione cefalica di bregma – indice di presentazione: grande fontanella
(bregmatica-quadrata);

Presentazione cefalica di fronte – indice di presentazione: radice del naso;

Presentazione cefalica di faccia – indice di presentazione: mento;

Presentazione di podice – indice di presentazione: cresta sacrale media;

Presentazione di spalla – indice di presentazione: acromion.

In fine si distingue la posizione fetale cioè il rapporto fra indice di presentazione ed indici materni
(eminenza ileo-pettinea di dx e sn e sinfisi sacro-iliaca dx e sn).

Nella presentazione di vertice abbiamo la:

I posizione OSA (occipito sinistra anteriore – fisiologica),

II posizione ODP (occipito destra posteriore),

III posizione ODA (occipito destra anteriore) e

IV posizione OSP (occipito sinistra posteriore)

Situazione fetale.

E' il rapporto tra il maggior asse dell'ovoide fetale e il maggior asse dell'utero.

Essa può essere longitudinale quando i 2 assi sono quasi paralleli e trasversa nel caso in cui essi siano perpendicolari.

Obliqua, invece, è quella situazione fetale intermedia tra la situazione longitudinale e trasversa.

Si distingue poi la presentazione fetale che indica la parte più grande del corpo che attraversa per prima il bacino materno.

Essa può essere la testa (presentazione cefalica), podice (p. podalica completa con natiche e piedini o incompleta con solo natiche o solo piedini o natiche ed un solo piede oppure il tronco (p. di spalla).

Importante conoscere l'indice di presentazione che indica la parte anatomica che si visualizza nella presentazione. Di seguito verranno riportati i vari indici nelle presentazioni cefalica, podalica e di spalla.

FENOMENI MECCANICI

Fanno parte dei fenomeni meccanici tutte le modifiche dei rapporti tra indici materni e indici fetali legati alla progressione della parte presentata attraverso il canale del parto.

Essi sono:

riduzione e impegno della parte presentata,

progressione,

rotazione interna,

disimpegno della parte presentata,

restituzione o rotazione esterna,

espulsione totale del feto.

PER PROGRESSIONE SI INTENDE

l'avanzamento della parte presentata (P.P.) attraverso il canale del parto

Ad un certo punto la P.P. trova un ostacolo che prende il nome di ginocchio del parto e deve adattarsi a nuovi diametri del bacino materno.

Il diametro più favorevole per il passaggio della testa fetale passa dal diametro obliquo dello stretto superiore a quello antero-posteriore dello stretto medio, di conseguenza il bambino eseguirà una rotazione interna.

Nel caso in cui la P.P. si trovi nella posizione e presentazione fisiologica, essa compirà una rotazione di 45° verso destra.

Alla fine della rotazione interna l'occipite del feto si troverà al di sotto della sinfisi pubica.

Il **quarto tempo** dei fenomeni meccanici è il **disimpegno della parte presentata**.

La testa che si trova al di sotto della sinfisi si deflette per poi uscire del tutto dal canale vaginale.

Al disimpegno della parte presentata coincide l'impegno delle spalle che superano lo stretto superiore del bacino.

Successivamente l'adattamento delle spalle al diametro antero-posteriore dello stretto medio porterà alla **rotazione esterna** della testa detta anche **restituzione**.

La testa ruoterà nel senso opposto alla rotazione interna.

Successivamente si disimpegnano le spalle liberando prima quella anteriore (in alto) e poi quella posteriore (in basso).

Seguirà immediatamente **l'espulsione totale del feto**.

Per RIDUZIONE si intende:

la diminuzione del diametro della testa fetale (da occipito-frontale di 12 cm a sottoccipito-bregmatico di 9,5 cm) con il fine di poter avere più spazio per attraversare il bacino materno (diametro utile per il passaggio della testa fetale è quello obliquo sinistro che misura 12 cm). Tale riduzione si ottiene a seguito dell'iper-flessione della testa fetale sul torace. La parte presentata si definisce **impegnata** quando il maggior diametro di quest'ultima supera il piano dell'ingresso pelvico, di conseguenza la parte presentata non sarà più mobile.

Per ogni presentazione

possiamo avere

4 diversi posizioni

La esplorazione vaginale deve essere non frequente mediamente ogni due/quattro ore nella I fase ed ogni ora nella II fase concordando con la paziente ed eseguita se è possibile dallo stesso operatore ed ogni visita deve essere segnata sul partogramma.

Monitoraggio della evoluzione della dinamica 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

Le condizioni materne

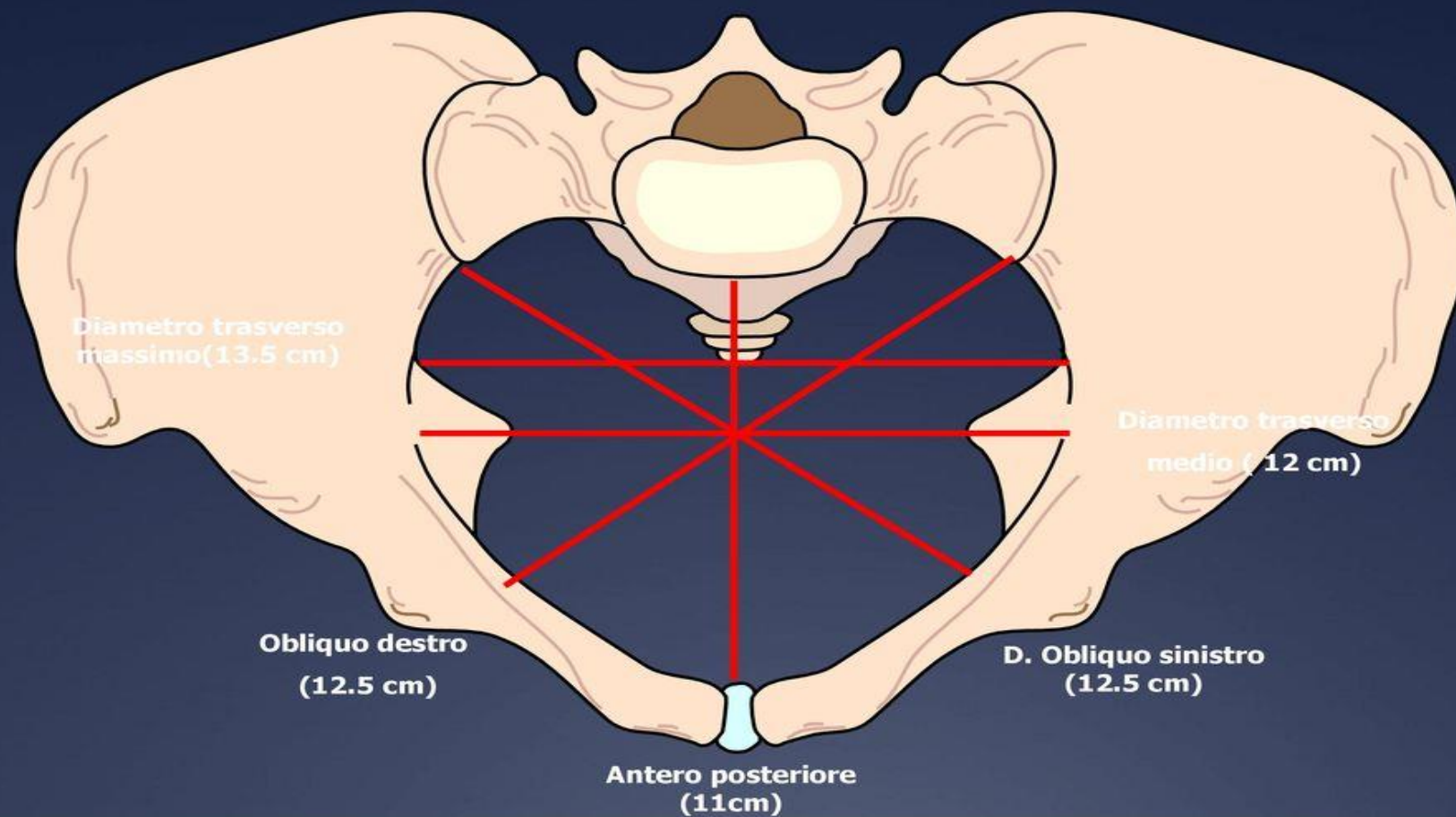
Bisogna valutare sia le condizioni fisiche che psicologiche della donna.

L'OMS consiglia di rilevare la temperatura e pressione arteriosa ogni 2/4 ore

riteniamo che sia sufficiente una rilevazione ogni 4-6 ore, in assenza di sintomatologia.
(Raccomandazione B).

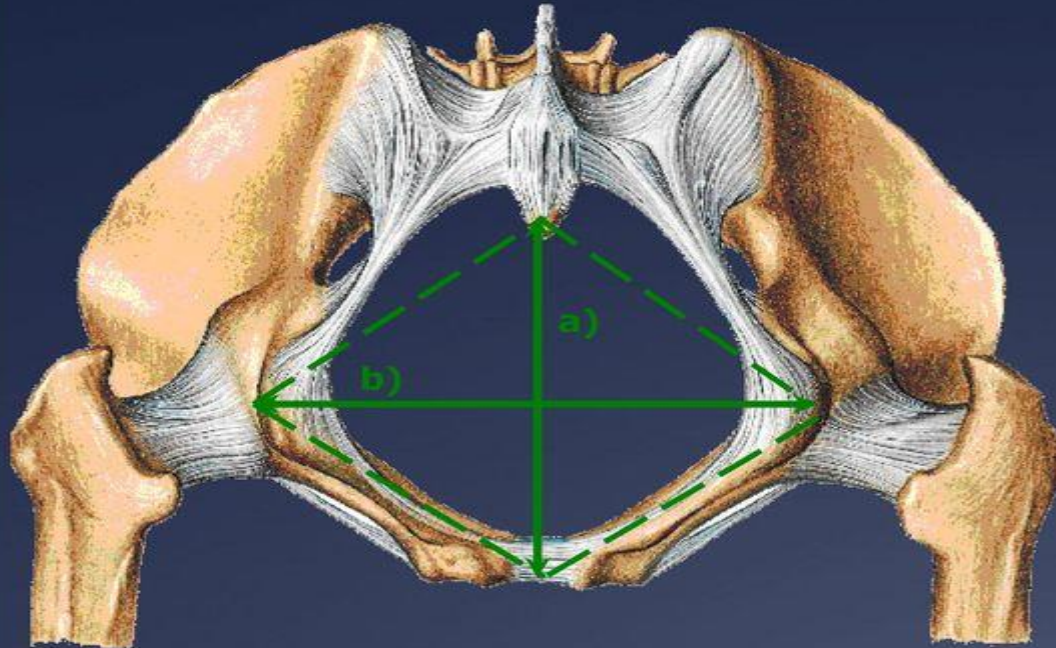


Diametri dello stretto superiore del bacino femminile

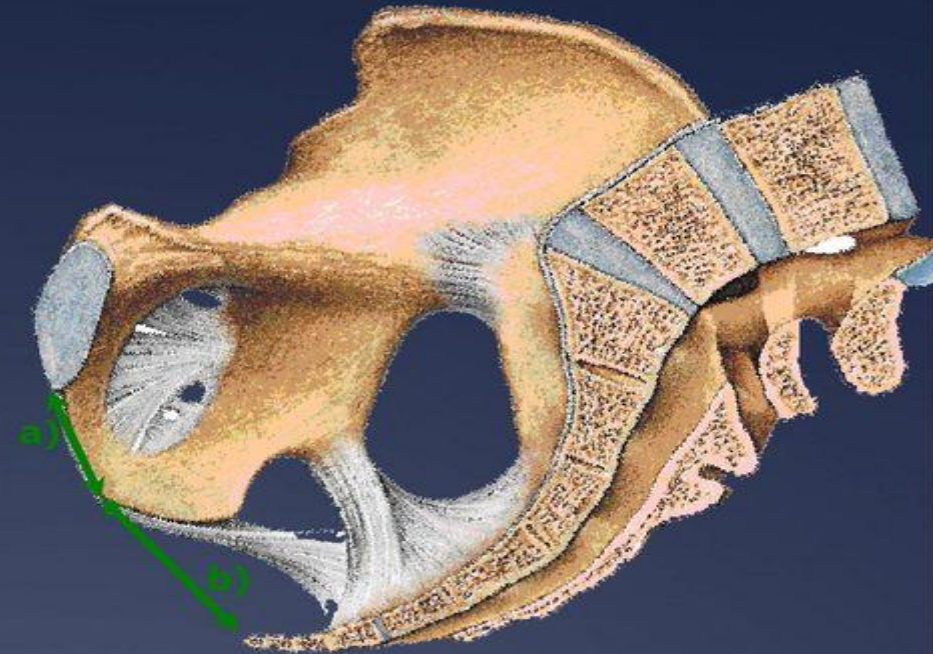


Stretto inferiore del bacino

Sezione sagittale

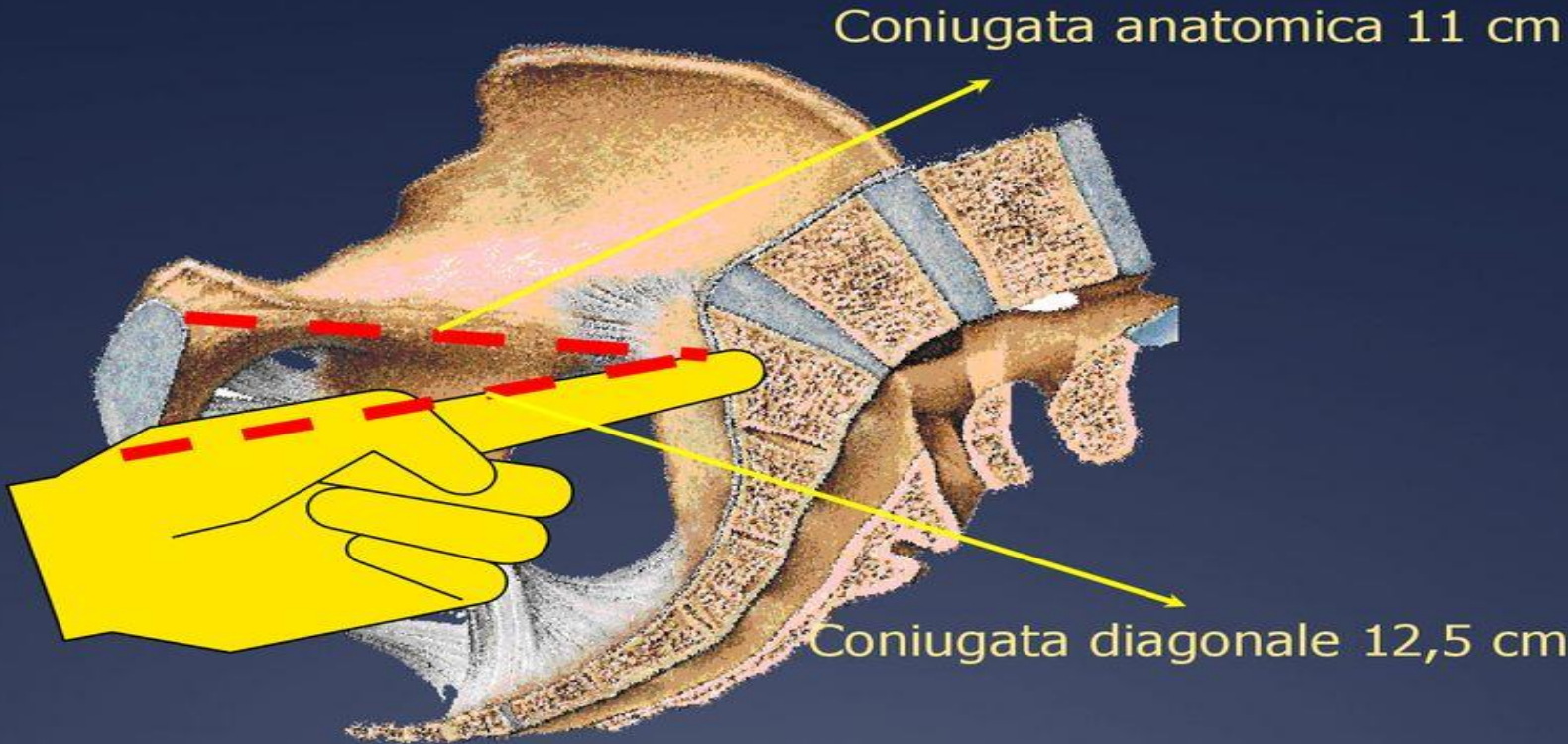


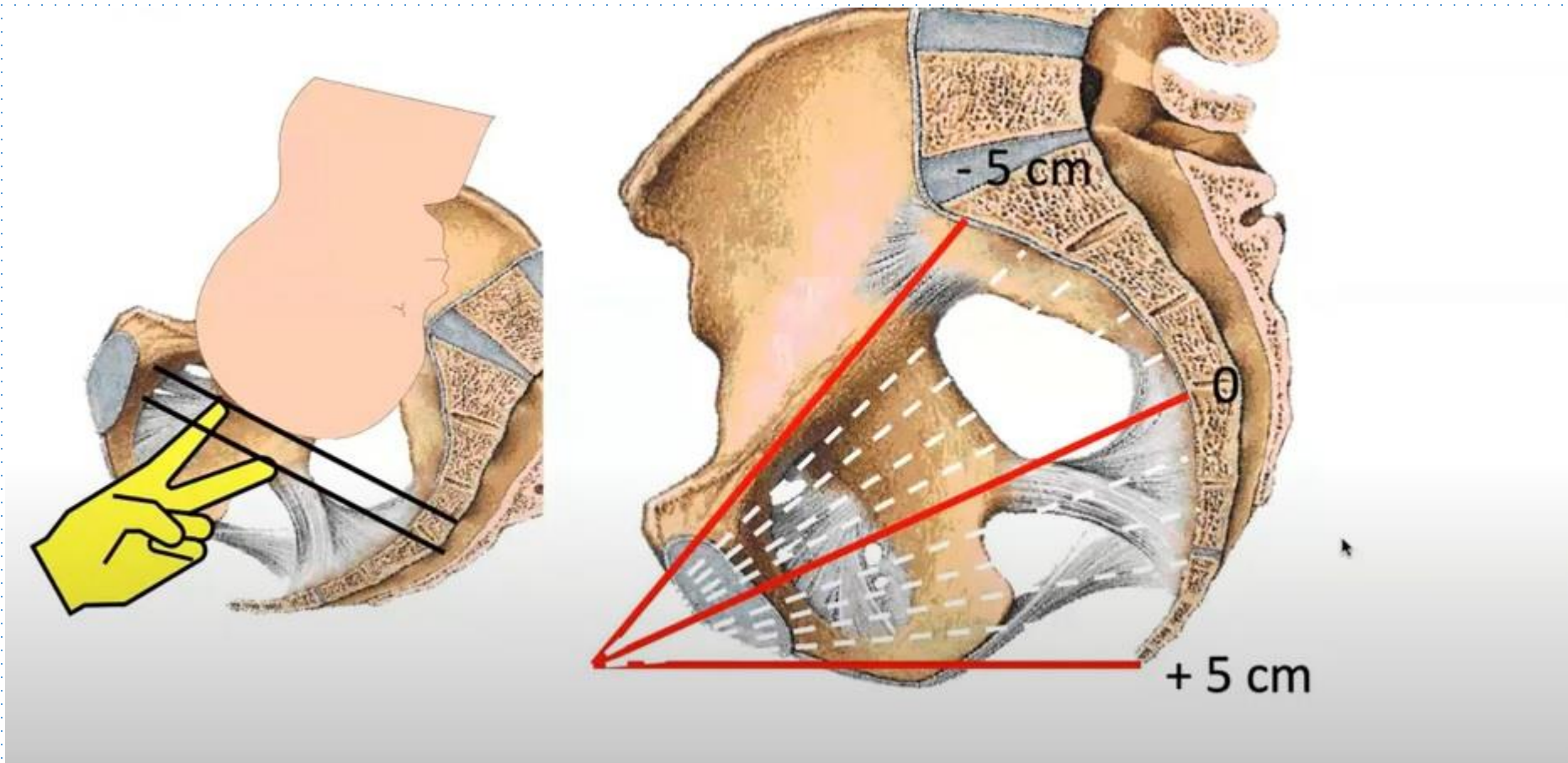
- a) Antero posteriore
- b) Bituberoso o trasverso



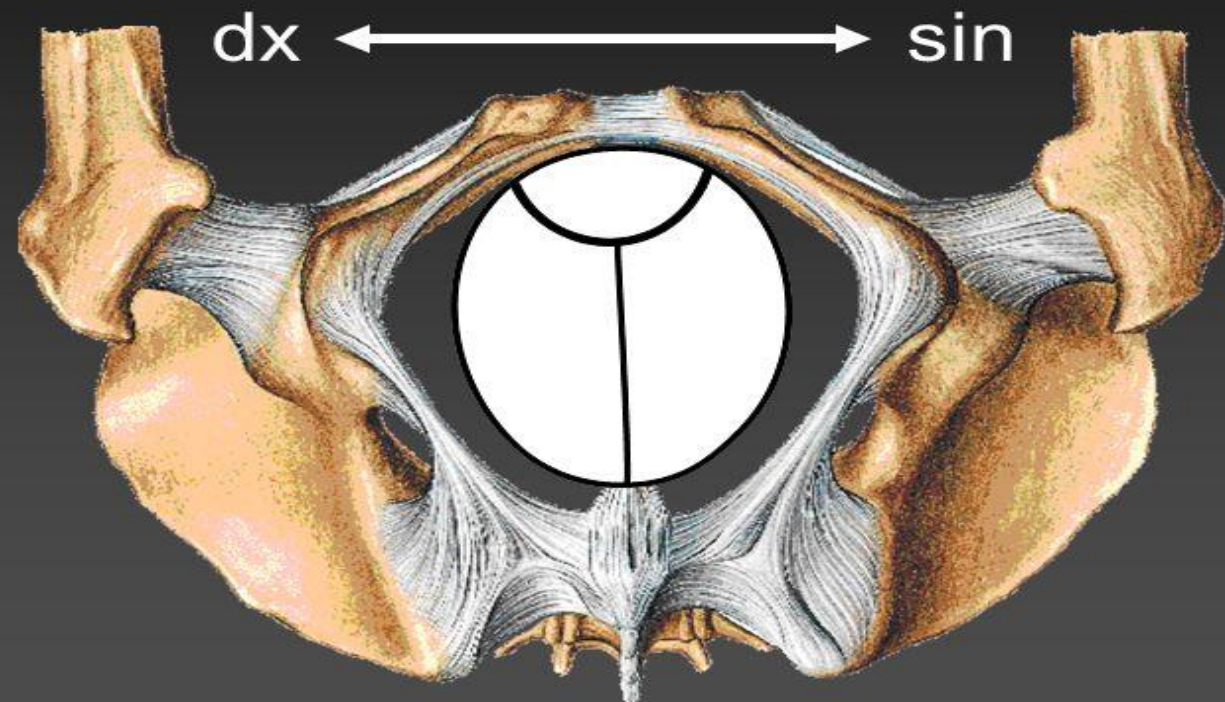
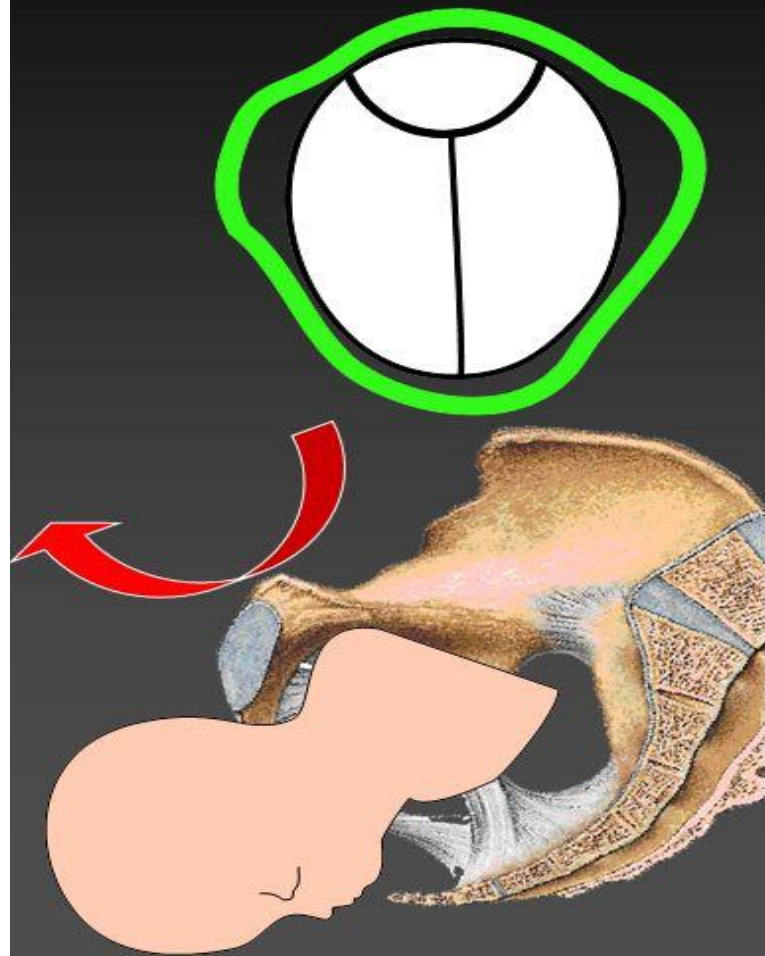
- a) Sagittale anteriore
- b) Sagittale posteriore

Diametri dello stretto superiore del bacino femminile

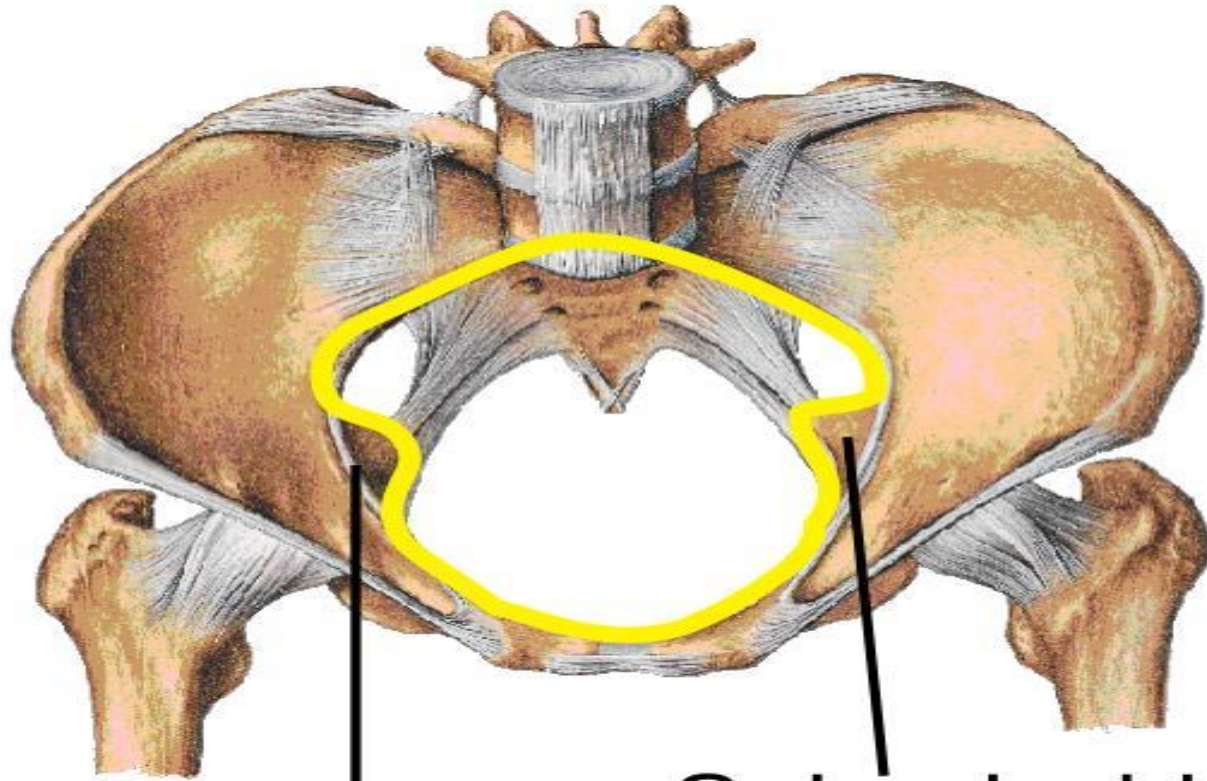




Progressione allo stretto inferiore /disimpegno

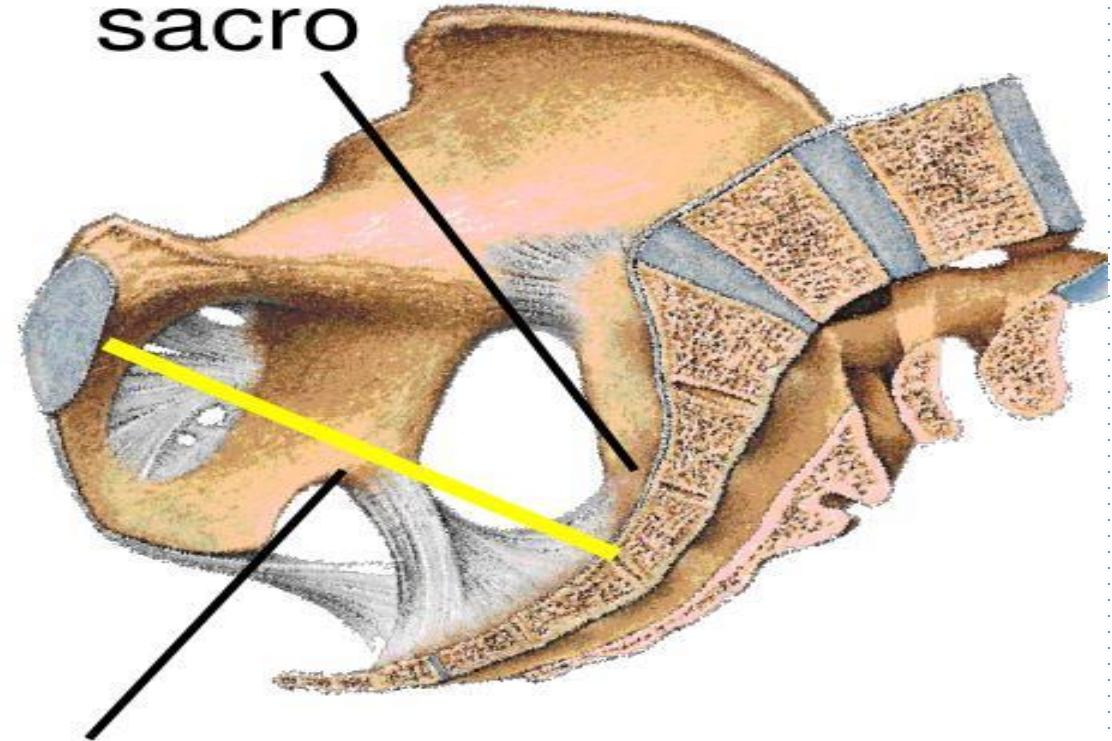


Stretto medio del bacino

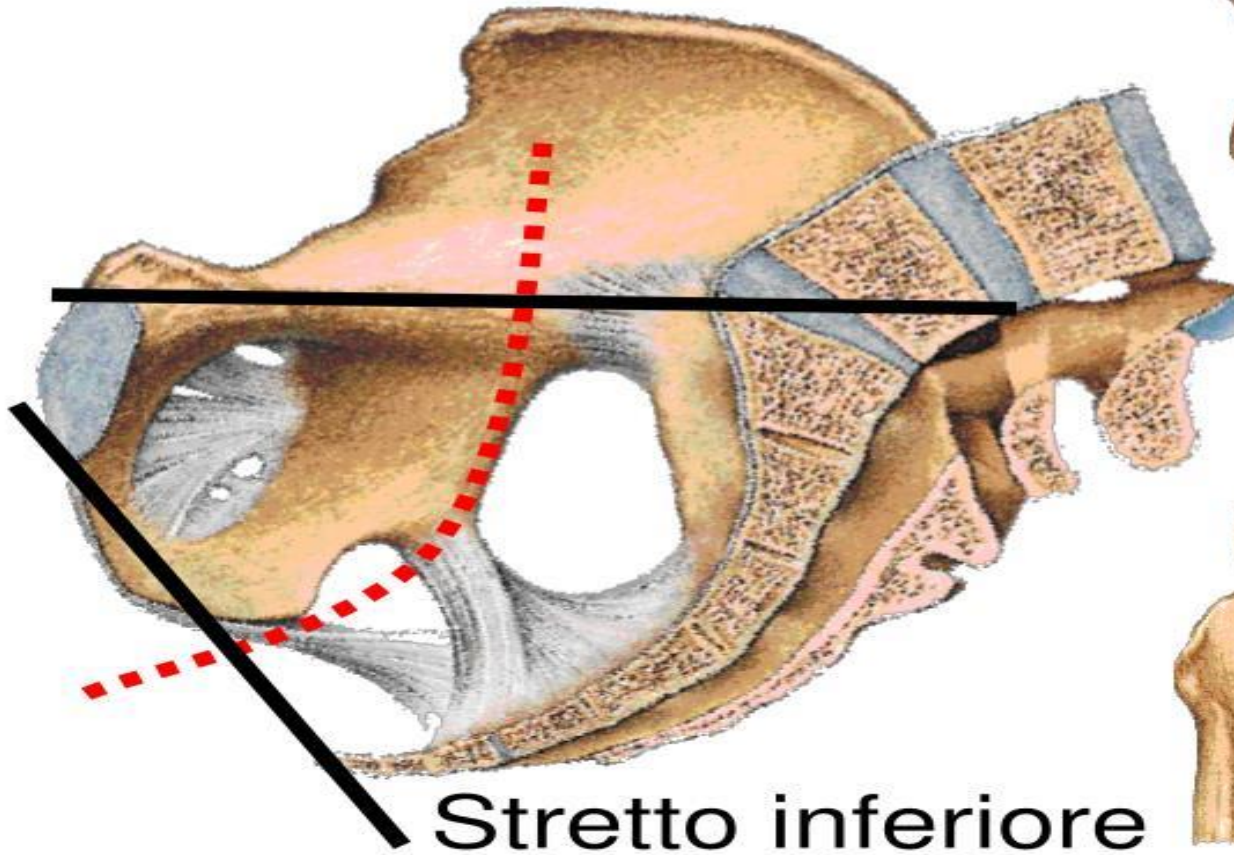
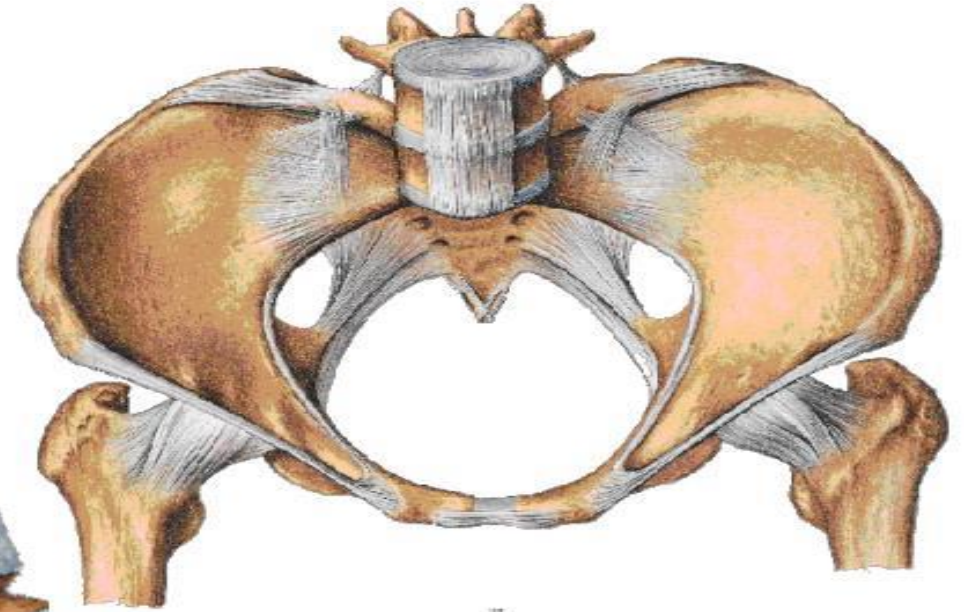


Spine ischiatiche

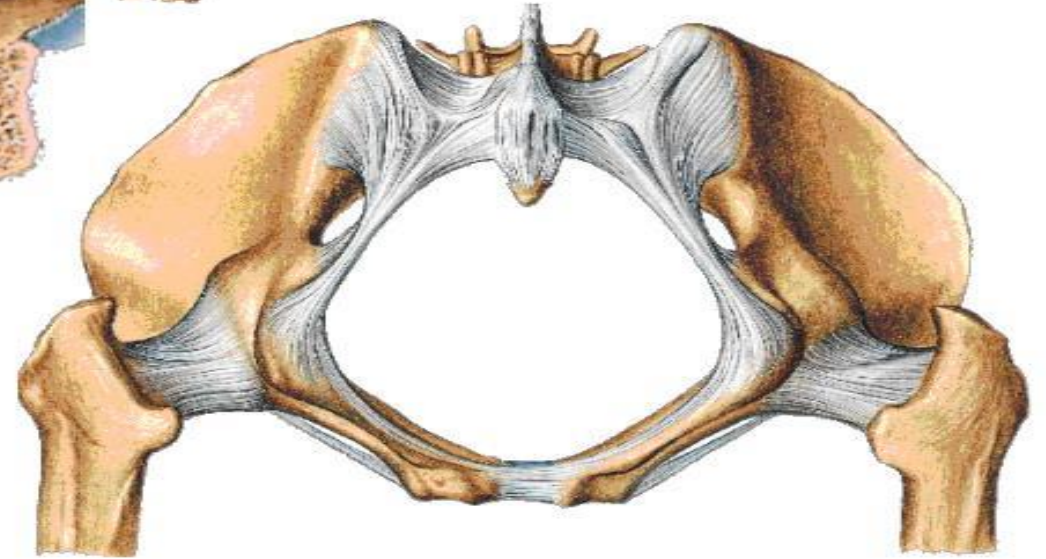
Concavità del sacro

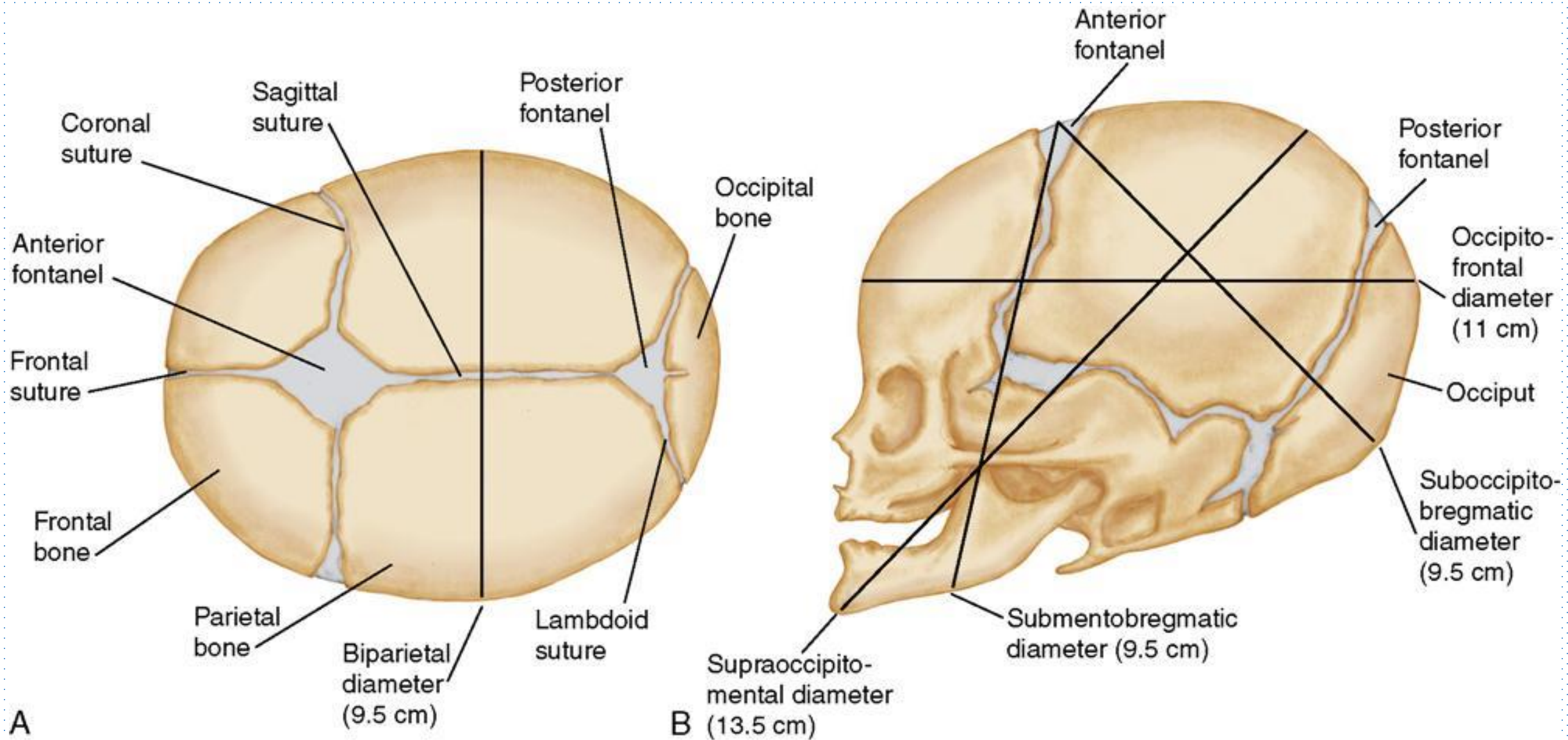


Stretto
superiore



Stretto inferiore





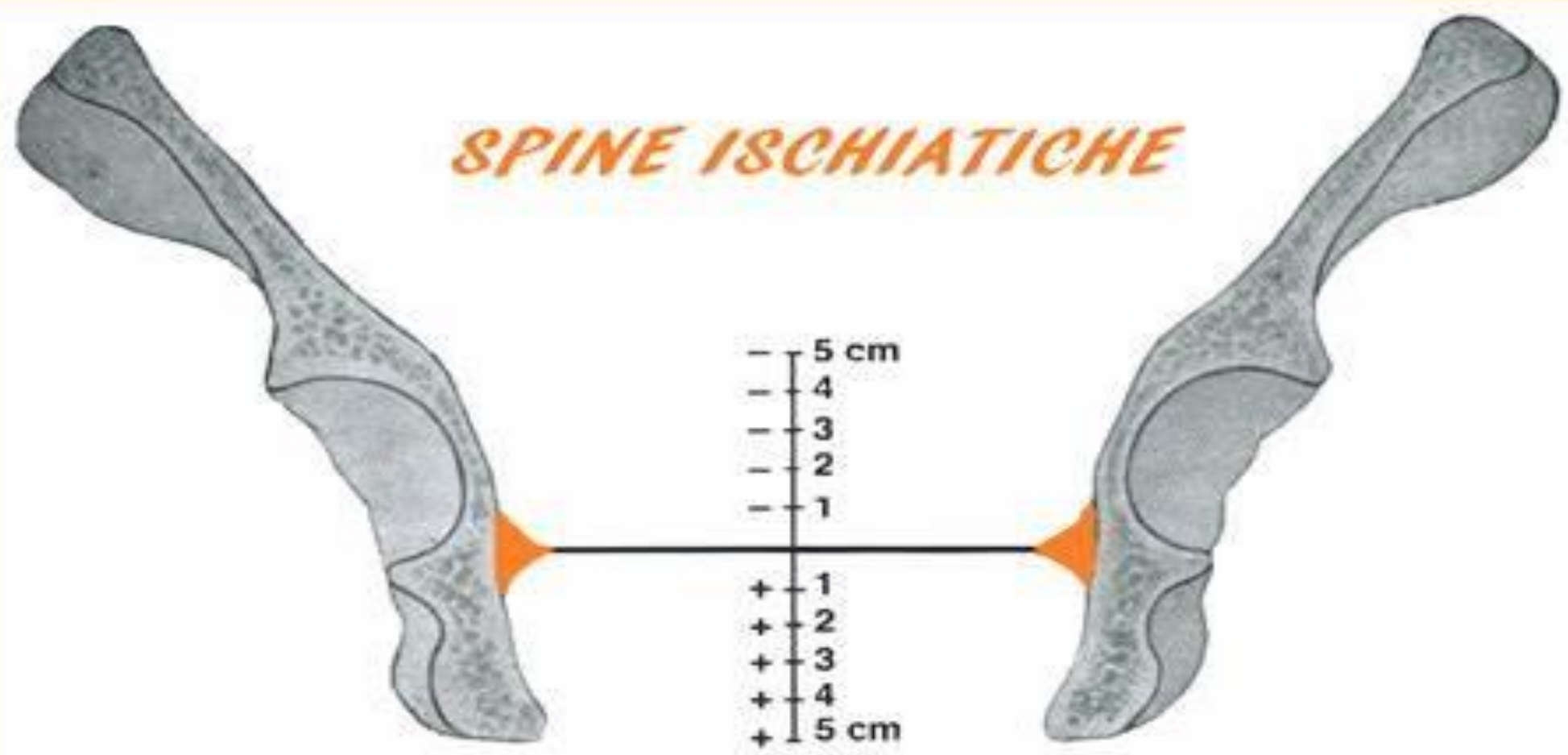


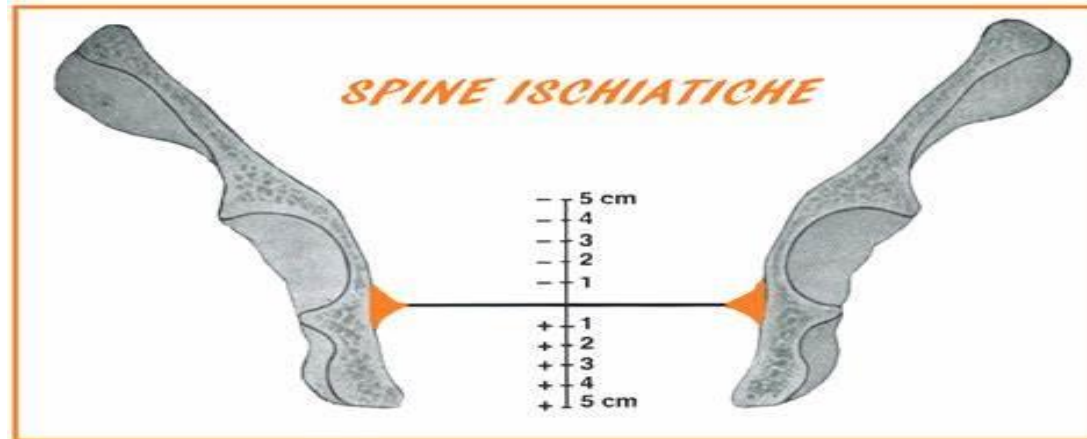
STRETTO SUPERIORE

livello 0 spine ischiatiche

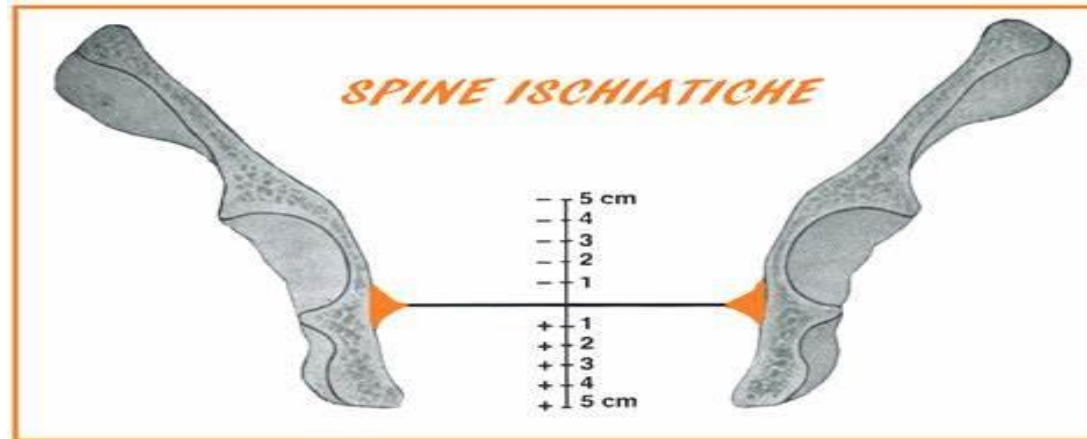
- 4 mobile
- 3 adattata
- 2, - 1 fissa
- 0 IMPEGNATA**
- +1, +2 profondamente impegnata**

SPINE ISCHIATICHE





- 5 : la testa è completamente esterna e può essere palpata sopra il bordo della sinfisi pubica;
- 4 : le dita possono toccarsi sotto la sinfisi e con l'esplorazione non si raggiunge la testa
- 3 : le dita non si incontrano sotto la sinfisi corrisponde ad un livello e la testa viene palpata molto in alto
- 2 : il diametro occipito-frontale può essere palpato sopra il bordo del pube la testa è bassa ma non impegnata
- 1 l'occipite non è palpabile
- 0 la testa è impegnata solo il sincipite



Diagnosi di impegno e monitoraggio della progressione della parte presentata:

EXTRAPELVICA = -4

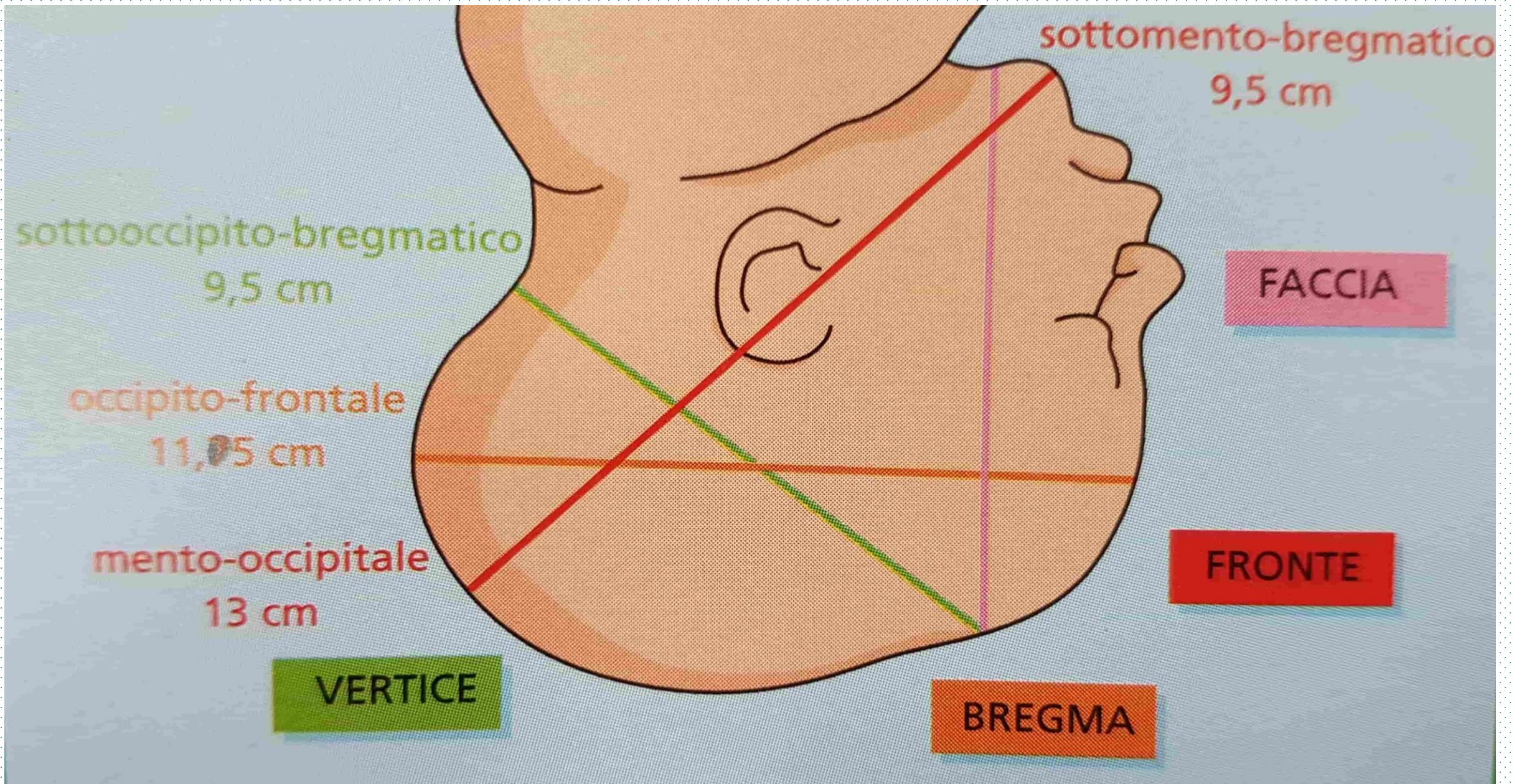
NON IMPEGNATA MOBILE = -3

NNON IMPEGNATA ADATTATA O ADAGIATA = -2/-1

IMPEGNATA ALLO SS = 0

IMPEGNATA ALLO SM = +1

IMPEGNATA ALLO SI = +2



VERTICE



Full flexion



– Diam. suboccipito-bregmatico (9.5cm)

– Piccola fontanella (triangolare)

BREGMA



Moderate flexion



– Diam. occipito-frontale (11.5cm)

– Grande fontanella (quadrangolare)

FRONTE



Moderate extension



– Diam. mento-occipitale (13cm)

– Radice del naso

FACCIA

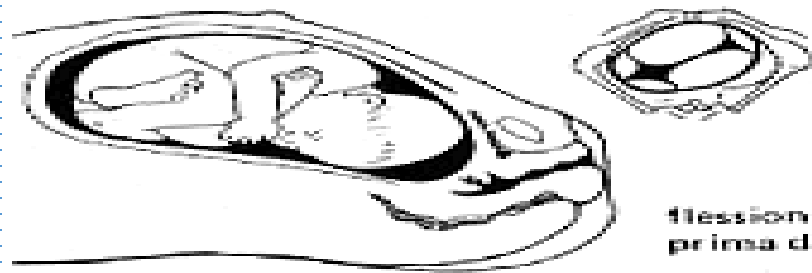


Full extension

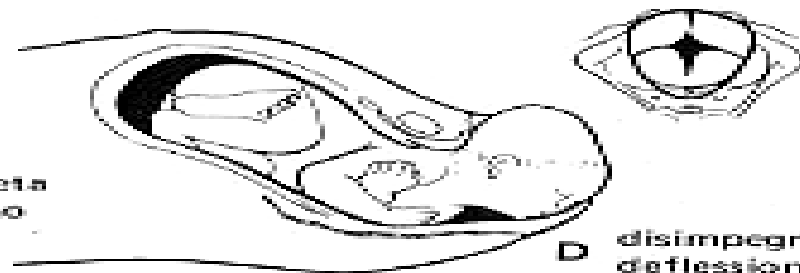


– Diam. sottomento-bregmatico (9.5cm)

– Mento



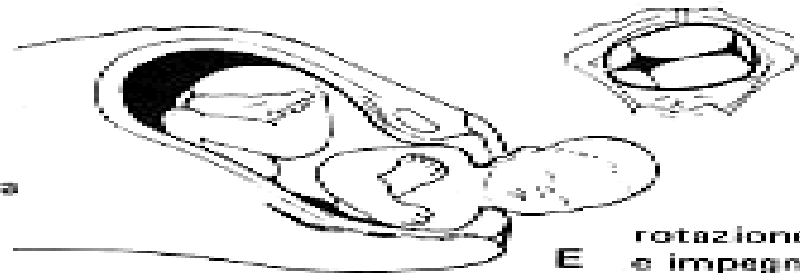
flessione incompleta
prima dell'impegno



D disimpegno e completa
deflessione della testa



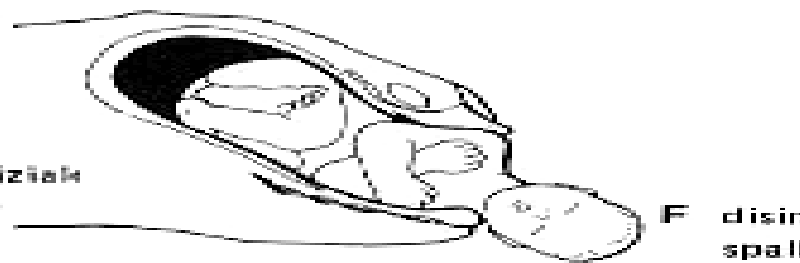
A flessione completa
e impegno



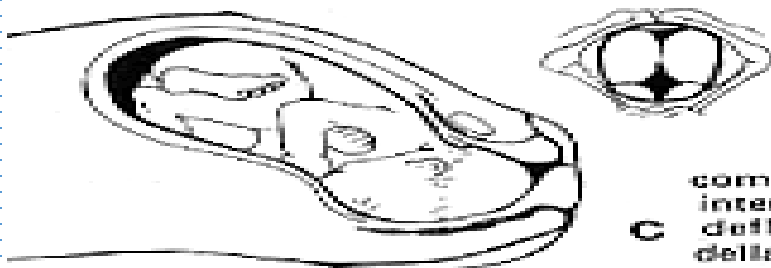
E rotazione esterna
e impegno delle spalle



B progressione e iniziale
rotazione interna



F disimpegno della
spalla anteriore



C completa rotazione
interna e iniziale
deflessione
della testa



G disimpegno della
spalla posteriore



In genere la perdita del
tappo mucoso avviene
nella fase prodromica
12 ore prima dell'inizio del
1° stadio del travaglio

1



Collo di nullipara
fuori dal travaglio:
conservato,
posteriore,
chiuso

2



Collo di nullipara
inizio travaglio:
raccorciato,
in via di
centralizzazione,
chiuso

3



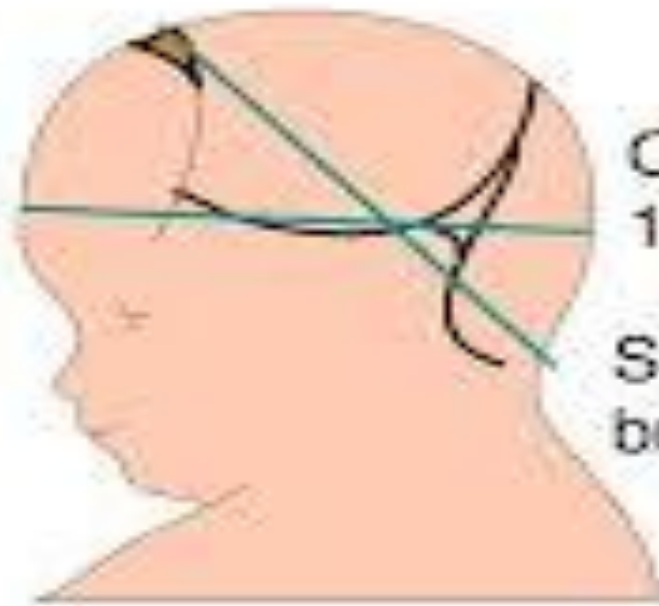
Collo di nullipara
in travaglio:
raccorciato
e centralizzato
ulteriormente,
pervio al dito

4



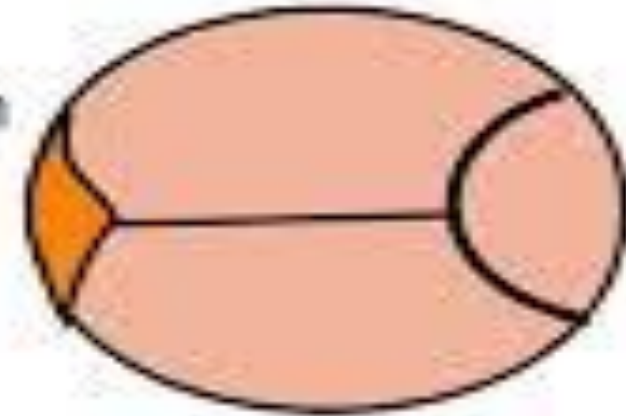
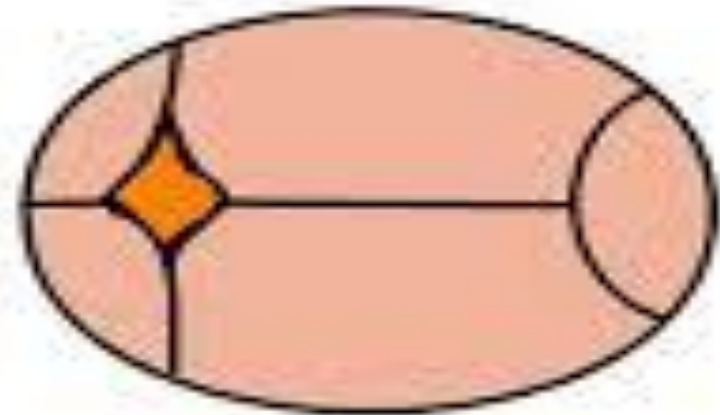
Collo di nullipara
travaglio avanzato:
appianato,
centralizzato
con dilatazione
cm 1

Diametri cranici



Occipito-frontale
11,5 cm

Suboccipito-
bregmatico 9,5 cm



2 STADIO DEL TRAVAGLIO

- la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere, seguito dalle contrazioni espulsive
- le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra .
- durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

2° STADIO DEL TRAVAGLIO

AMNIOREXI DI ROUTINE

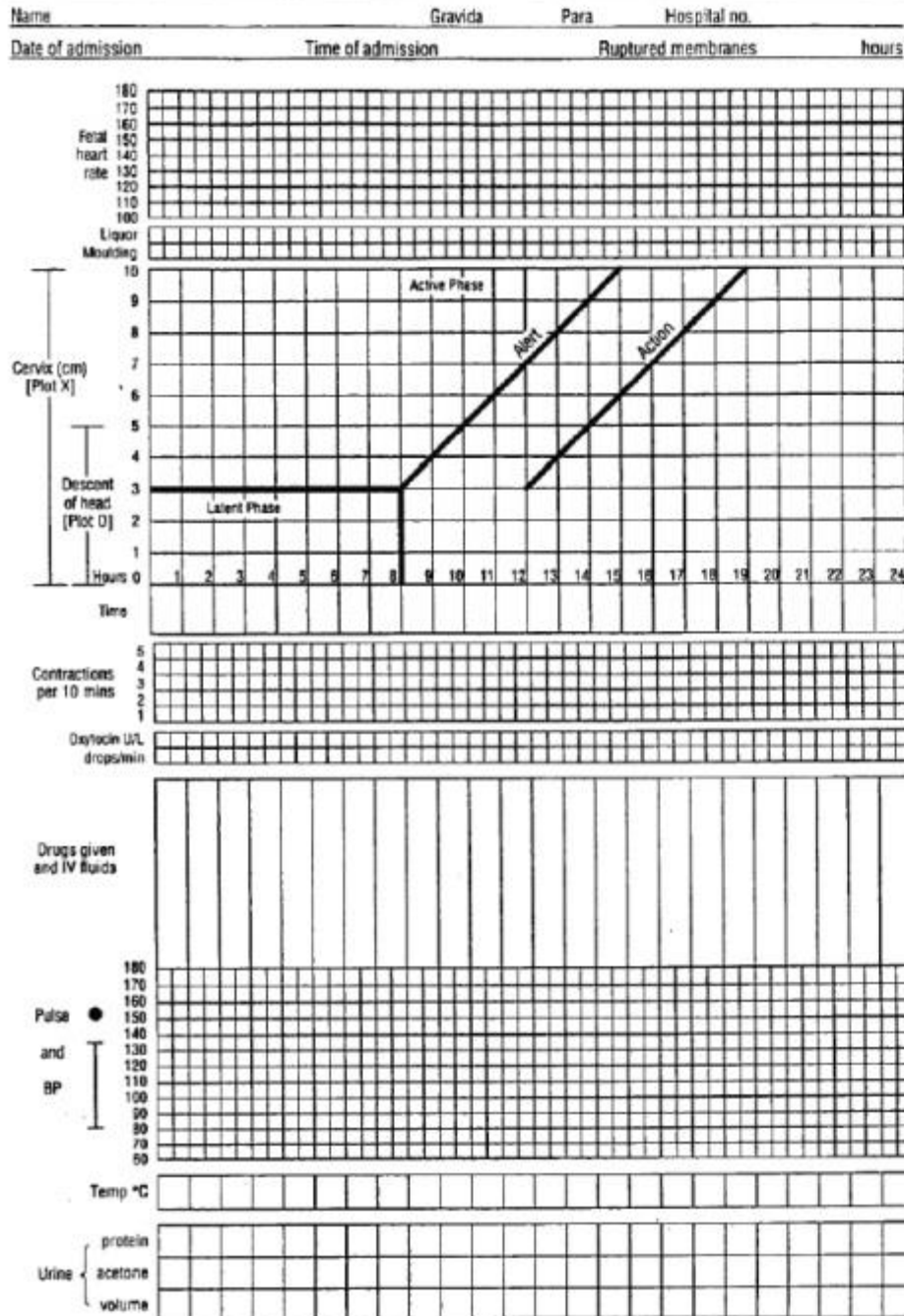
**Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio
NON E' RACCOMANDATO AMNIOREXI E OSSITOCINA PRECOCI**

**Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina
per prevenire un prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO**

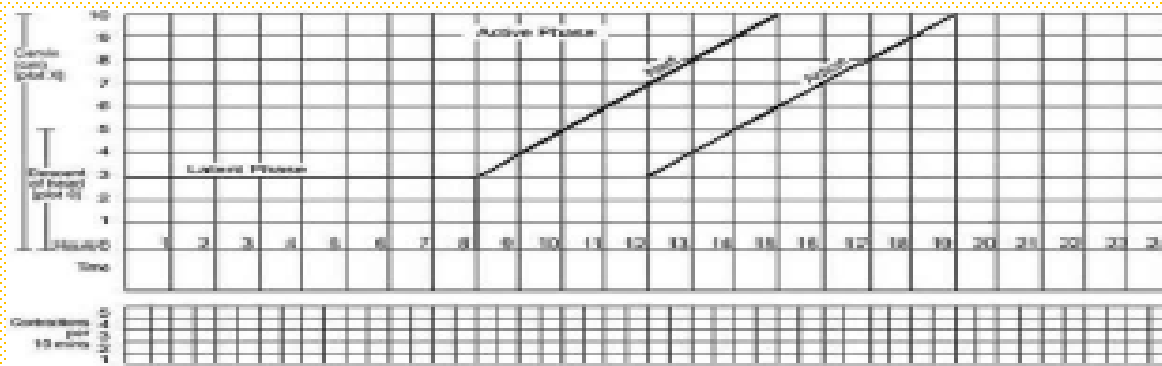
Uso del monitoraggio del battito fetale in travaglio si effettua, in particolare nella gravidanza a basso rischio usualmente ciò viene fatto ad intermittenza, mentre nella gravidanza non a basso rischio in modo continuo. **(Raccomandazione A)**

L'OMS consiglia la valutazione del battito cardiaco fetale ogni 30' nel I stadio e ogni 5' nel II stadio .

PARTOGRAPH



Il modello di partografia proposto dall' WHO



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

USO del PARTOGRAMMA:

È uno strumento quando utilizzato correttamente fornisce una rappresentazione grafica della progressione del travaglio ed informazioni sulla madre ed il feto ed orienta sulla lunghezza del travaglio e permette di identificare eventuali ostacoli da distocia.

Permette di avere chiarezza sulle decisioni da prendere nel management del travaglio

Come si compila il partogramma:

La compilazione del partogramma è uno dei compiti dell'ostetrica e ha inizio con la diagnosi di travaglio di parto attivo : almeno due contrazioni in 10 minuti percepite come dolorose dalla paziente con durata di almeno 40 secondi, appiattamento della cervice uterina (raccorciamento maggiore dell'80%); dilatazione della cervice almeno 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

Corretta valutazione della progressione del travaglio

Vigilanza del benessere fetale

Controllo del benessere psico-fisico materno

Corretta compilazione del partogramma

COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELLE OSTETRICHE

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).

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

Gli effetti di un travaglio abnormemente prolungato costituiscono un importante contributo alla mortalità e morbilità 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 .

Il partogramma è un sistema di allarme per poter riconoscere un travaglio non fisiologico.

Inoltre migliora la qualità e la regolarità della sorveglianza materna e fetale

La progressione del travaglio

Occorre valutare:

1) le condizioni locali: iniziando il partogramma quando il collo è appianato, l'OMS consiglia di valutare esclusivamente la dilatazione (espressa in centimetri), l'indice, la posizione e il livello della parte presentata, lo stato delle membrane (integre o meno) e, nel caso in cui siano rotte, le caratteristiche del liquido amniotico: Limpido o Tinto 1,2,3, (rispettivamente L, T1,T2,T3)*.

Riteniamo che sia utile valutare anche la consistenza del collo (rigido, medio o cedevole)

**Liquido amniotico tinto 1: quando c'è una piccola quantità di meconio diluita nel liquido amniotico: ciò rende il liquido amniotico giallo*

Liquido amniotico tinto 2: quando c'è una media quantità di meconio diluita nel liquido amniotico: ciò rende il liquido marrone

Liquido amniotico tinto 3: quando c'è una grande quantità di meconio diluita nel liquido amniotico, ciò rende il liquido marrone e denso

Il secondo stadio può quindi essere suddiviso in una prima fase in cui la donna non avverte ancora il premito (*fase latente o di transizione del II stadio a dilatazione completa*) e in una seconda fase (*fase attiva del II stadio*) in cui avverte il premito, cioè l'urgenza di spingere.

Inoltre durante la fase iniziale del II stadio è possibile che si verifichi un rallentamento della dinamica uterina.

Tale rallentamento fornisce un'opportunità alla donna di riposare prima della fase attiva della spinta e non costituisce un'indicazione all'incremento della dinamica uterina.

Raggiunta la dilatazione completa la donna viene invitata a spingere liberamente quando il premito è incoercibile, nella posizione a lei più congeniale.

Le spinte devono essere guidate solo se la donna non spinge in modo efficace.

(Raccomandazione B)

In caso di insufficiente progressione della parte presentata cefalica bisogna sospettare una Distocia

Tipi di Farmaci per l'Induzione del Parto

I farmaci per l'induzione del parto attualmente impiegati in ambito terapeutico sono sostanzialmente di due tipi: **l'OSSITOCINA e le PROSTAGLANDINE.**

Entrambi questi tipi di farmaci sono capaci di stimolare le contrazioni uterine e di indurre il rilassamento della cervice, favorendo in questo modo la comparsa del travaglio di parto e la nascita del bambino. In funzione del medicinale che il medico decide di utilizzare, i farmaci possono essere somministrati per

via locale a livello VAGINALE, oppure per via parenterale tramite infusione endovenosa.

L'ossitocina è un ormone prodotto naturalmente dall'organismo che riveste numerose funzioni all'interno di esso. Al termine della gravidanza, tale ormone è responsabile della **stimolazione delle contrazioni uterine** e dell'induzione del travaglio.

L'ossitocina ottenuta per via sintetica rientra nella composizione di farmaci per l'induzione del parto somministrati alla gestante per via endovenosa da personale sanitario specializzato solo ed esclusivamente in ambito ospedaliero.

Iniezione endovenosa di ossitocina

E' un intervento usato frequentemente per accelerare il travaglio dopo una rottura, spontanea od indotta, delle membrane. Combinata con un'amniotomia precoce, spesso è chiamata "conduzione attiva del travaglio"

Questa tecnica è stata ampiamente adottata in tutto il mondo. Secondo il protocollo originale, per una conduzione attiva del travaglio, dopo una precoce amniotomia vengono eseguiti esami vaginali ogni ora, viene somministrata ossitocina solo se il ritmo di dilatazione cervicale è meno di 1 cm/ora.

Dei 3 studi che hanno fornito dati circa la durata del travaglio dopo aumento con ossitocina, solo uno ha dimostrato una durata media del travaglio più corta che nel gruppo di controllo. In una delle ricerche, le donne del gruppo con travaglio controllato venivano incoraggiate ad alzarsi dal letto e camminare, sedersi o alzarsi a proprio piacimento. In questo gruppo la durata media del travaglio era leggermente più corta di quello del gruppo con travaglio aumentato.

Iniezione endovenosa di ossitocina

Di certo questo non significa che l'ossitocina è inutile come terapia nel travaglio prolungato.

In ogni caso non risulta evidente che la prevenzione del travaglio prolungato per mezzo di un uso di routine di ossitocina sia benefico in un travaglio normale. Sarebbe anche giusto chiedersi se un travaglio aumentato con uso di ossitocina possa ancora considerarsi un travaglio normale. In molti luoghi la somministrazione di ossitocina avviene solo in ospedale e sotto la responsabilità dell'ostetrico. Questa è una logica precauzione, data la natura imprevedibile del travaglio condotto artificialmente. Giusto chiedersi se un travaglio aumentato con uso di ossitocina possa ancora considerarsi un travaglio normale. Un aumento con ossitocina è un intervento importante e dovrebbe essere fatto solo per validi motivi. Lo stesso dicasi per la variazione più moderna di aumento con la prostaglandine, e per l'induzione di travaglio con queste sostanze

Prevenzione di travaglio prolungato

Sono state numerose le misure proposte per prevenire il ritardo nel progredire del travaglio, alcune volte queste sono attuate molto prima che siano superate le linee di guardia o d'azione.

Gli interventi più attivi sono una precoce amniotomia e una precoce iniezione di ossitocina, o la combinazione di entrambe.

Una precoce amniotomia interferisce con il tempo fisiologico della rottura delle membrane fetali.

In condizioni normali, le membrane rimangono intatte fino a completa dilatazione nel 75% dei casi (Schwarcz et al.1995).

L'amniotomia prima della dilatazione completa viene di solito praticata come metodo per accelerare il travaglio.

Amniotomia precoce

Questo intervento è una procedura di routine un'ora dopo l'entrata in travaglio (O'Driscoll et al.1973).

Un attento studio ha messo in evidenza che una precoce amniotomia è causa di un considerevole incremento di decelerazione del ritmo cardiaco fetale (Schwarcz et al. 1973).

Molti esperimenti suggeriscono che una precoce amniotomia porti ad una riduzione media di 60/120 minuti della durata del travaglio, senza effetti sull'uso d'analgesia e sul parto operativo.

Ma queste ricerche non forniscono alcuna evidenza circa l'effetto positivo o negativo di questa pratica sulle condizioni del neonato (Fraser et al.1991,1993 Barret et al.1992). Non è possibile affermare che una precoce amniotomia abbia un chiaro vantaggio rispetto alla terapia d'attesa. Pertanto, durante un travaglio normale solo un valido motivo dovrebbe far interferire sul tempo spontaneo di rottura delle membrane.

L'inizio della II fase è segnato dai seguenti sintomi:

la donna sente il bisogno di spingere perché il sacco amniotico o la parte presentata sporge attraverso la cervice dilatata e preme contro il retto; spesso le membrane si rompono spontaneamente; di solito avviene la completa dilatazione della cervice, ma alcune volte la donna sente il bisogno urgente di spingere anche in precedenti fasi della dilatazione.

Se è rimasto un margine di cervice, questo sarà spinto oltre dalla parte presentata.

Da quanto detto risulta evidente che spesso l'insorgenza della II fase non è esattamente conosciuta.

La donna può sentire l'esigenza di spingere prima che la dilatazione sia completa o non può sentirla affatto al momento della diagnosticata dilatazione completa.

Se la dilatazione completa viene accertata mediante un esame vaginale, rimane incerto da quanto tempo questa sia avvenuta.

In alcuni ospedali è consuetudine trasferire la donna dalla sala travaglio alla sala parto all'inizio della II fase.

Arresto della Dilatazione nel Periodo Dilatante:

può essere diagnosticata solo se la paziente ha raggiunto i sei cm di dilatazione (se la paziente non ha ancora raggiunto i sei cm di dilatazione si deve attendere)

in aggiunta ad una delle seguenti condizioni:

nessun cambiamento della dilatazione, per quattro ore consecutive, in presenza di attività contrattile regolare; nessuna modificazione della dilatazione, dopo almeno sei ore di perfusione ossitocica.

Arresto del secondo stadio:

non esiste un tempo specifico di durata del secondo stadio del travaglio o delle spinte materne oltre il quale possa essere diagnosticato un arresto del secondo stadio del travaglio. tuttavia, per ragioni pratiche è stato convenuto che la diagnosi di arresto del secondo stadio, può essere posta se non vi è progressione o rotazione della parte presentata, in una primipara dopo più di quattro ore di spinta, se ella è sottoposta a epidurale o tre ore se non è sottoposta a epidurale. nelle pluripare questi tempi sono rispettivamente di tre e due ore.

Fallimento Dell'induzione:

non si raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4/ contrazioni ogni 10 min) con collo raccorciato di almeno l'80% e con progressiva dilatazione oltre i 4-5 cm, dopo almeno 12 ore di infusione ossitocica e membrane rotte spontaneamente o con amniorexi.

II STADIO DURATA

le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra .

Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

Nullipara :durata media in assenza di analgesia epidurale: circa 1 ora
durata massima in assenza di analgesia epidurale: circa 2 ore

Pluripara :durata media in assenza di analgesia epidurale: circa 30'
durata massima in assenza di analgesia epidurale: circa 1 ora
corrispondente alla durata media +2DS, cioè alla durata nel 97,5% delle gestanti

3° STADIO DEL TRAVAGLIO

In sintesi

- Nel periodo espulsivo il feto si dispone prima con l'asse AP del cranio orientato diagonalmente lungo il diametro obliquo del bacino (Primo collo di bottiglia promontorio sacrale)
- Quando raggiunge le spine ischiatiche (INPEGNO) ruota mettendo l'occipite di solito all'avanti
 - (Rotazione interna)
- Fuoriuscita della testa avviene una seconda rotazione per consentire il passaggio delle spalle (Restituzione o Rotazione esterna).

La Progressione della parte presentata attraverso il canale del parto.
Riduzione e impegno della parte presentata,
Progressione,
Rotazione interna,
Disimpegno della parte presentata,
Restituzione o rotazione esterna,
Espulsione totale del feto.

Per riduzione si intende la diminuzione del diametro della testa fetale (da occipito-frontale di 12 cm a sottoccipito-bregmatico di 9,5 cm) con il fine di poter avere più spazio per attraversare il bacino materno (diametro utile per il passaggio della testa fetale è quello obliquo sinistro che misura 12 cm).

Tale riduzione si ottiene a seguito dell'iper-flessione della testa fetale sul torace.

La parte presentata si definisce impegnata quando il maggior diametro di quest'ultima supera il piano dell'ingresso pelvico, di conseguenza la parte presentata non sarà più mobile.

La progressione è l'avanzamento della parte presentata (P.P.) attraverso il canale del parto

Questa è una pratica più facile per la donna e tende ad abbreviare la fase di spinta. Di solito, prima o all'inizio della fase di spinta è consigliato svuotare la vescica con il catetere.

Questa pratica non è necessaria e potrebbe causare infezione all'apparato urinario. Durante la II fase, quando la testa del feto è ben impegnata, mettere il catetere può essere molto difficile e traumatico.

E' consigliabile incoraggiare la donna ad urinare spontaneamente durante la I fase del travaglio, questo in un travaglio normale è sufficiente

Lacerazione perineale ed episiotomia.

Le lacerazioni perineali si hanno molto spesso, soprattutto nelle donne primipare.

Lacerazioni di I grado di solito, non necessitano neanche di sutura, quelli di II grado possono essere facilmente suturabili in anestesia locale.

Lacerazioni di III grado possono avere conseguenze più serie per cui dovrebbero essere suturati, quando è possibile, da un ostetrico in un ospedale ben attrezzato, in modo da prevenire un'incontinenza fecale e/o fistole fecali. Molto spesso vengono eseguite episiotomie, ma l'incidenza è diversa nei diversi paesi.

3 STADIO DEL TRAVAGLIO

La somministrazione di uterotonici per prevenire l'emorragia del post partum nella terza fase del travaglio E' RACCOMANDATA in tutti i parti l'ossitocina (10 unità intramuscolo o endovena) è il farmaco RACCOMANDATO per la prevenzione dell'emorragia post partum

3 STADIO DEL TRAVAGLIO

Nei luoghi in cui l'ossitocina non è disponibile E' RACCOMANDATO l'impiego di altri uterotonici iniettabili (ergometrina, metilergometrina) o di misoprostolo per bocca (600 mg)

CLAMPAGGIO TARDIVO DEL CORDONE OMBELICALE Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (non prima di un minuto dalla nascita)
E' RACCOMANDATO per il benessere della mamma e del neonato

3 STADIO DEL TRAVAGLIO

CURE AL NEONATO ASPIRAZIONE NASALE O ORALE DI ROUTINE DEL NEONATO

Per il neonato che respira spontaneamente ed in presenza di liquido amniotico chiaro l'aspirazione della bocca o del naso NON DEVE essere eseguita.

CONTATTO PELLE A PELLE

I neonati senza complicanze dovrebbero essere tenuti con un contatto pelle a pelle con la mamma alla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento.

Grazie