

**LINEE GUIDA SULLE CURE INTRAPARTALI OMS E VBAC****Raccomandazioni OMS**

- 1) Sono raccomandate CURE MATERNE RISPETTOSE - per garantire la dignità, l'intimità e la riservatezza, la protezione dal dolore e dalle procedure scorrette, consentendo scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto.
- 2) È raccomandata una COMUNICAZIONE EFFICACE tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili.
- 3) È raccomandato un ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO ovvero la presenza di una persona scelta dalla donna per tutte le donne durante il travaglio ed il parto.
- 4) E' raccomandata una CONTINUITA' DELLE CURE ovvero modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra cui un'ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale per tutte le gravide.

**I STADIO**

E' RACCOMANDATA la seguente definizione di 1° Stadio del Travaglio di parto, che è caratterizzato da una "fase latente" e da una "fase attiva"

- a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara
- b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara. (Raccomandazione n°5 OMS).

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 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara. (Raccomandazione n°6 OMS).

Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi NON E' RACCOMANDATA per questa finalità. 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. (Raccomandazioni 7-8 OMS). Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm NON SONO RACCOMANDATI se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti. (Raccomandazione n°9 OMS).

Una visita vaginale E' RACCOMANDATA ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico. (Raccomandazione n°16 OMS).

**LINEE GUIDA SULLE CURE INTRAPARTALI OMS E VBAC**

La cardiocografia in continuo **NON È RACCOMANDATA** per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo. (Raccomandazione n° 17 OMS).

L'Auscultazione intermittente della frequenza cardiaca fetale **È RACCOMANDATA** per donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo (Raccomandazione n° 18 OMS).

Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio **NON È RACCOMANDATO**. Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio **NON E' RACCOMANDATO** (Raccomandazione n° 28 e 29 OMS).

La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale **NON E' RACCOMANDATO**. L'uso di antispastici **NON È RACCOMANDATO**. L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio **NON È RACCOMANDATO** (Raccomandazione n°30-31-32 OMS)

## *II STADIO DEL TRAVAGLIO*

a) 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

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase è soggettiva.. Nelle primigravide la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore. (Raccomandazione n°33 OMS). Per le donne con o senza analgesia epidurale, **È RACCOMANDATO** incoraggiare l'adozione di posizioni libere, incluse le posizioni verticali (Raccomandazioni n°34 e 35 OMS). Le donne nella fase espulsiva della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso di spingere (Raccomandazione n°36 OMS). Per le donne nella seconda fase del travaglio, **SONO RACCOMANDATE** tecniche per ridurre il trauma perineale e facilitare la nascita spontanea (incluso il massaggio perineale, compresse calde e protezioni "hands on"del perineo), sulla base della preferenza delle donne e delle opzioni disponibili. (Raccomandazione n°38 OMS). L'episiotomia di routine e il suo largo utilizzo **NON SONO RACCOMANDATI** in donne con travaglio vaginale spontaneo (Raccomandazione n°39 OMS). **NON È RACCOMANDATA** l'applicazione di pressioni sul fondo dell'utero (Manovre di Kristeller) per agevolare la nascita nel secondo stadio (Raccomandazione n°40 OMS). In caso si renda necessaria l'induzione del travaglio di parto, i relativi tempi e modi devono essere attuati solo previa corretta informazione e consenso da parte della donna.

**LINEE GUIDA SULLE CURE INTRAPARTALI OMS E VBAC****VBAC**

L'ammissione al travaglio in assenza di controindicazioni specifiche deve essere offerta a tutte le donne che hanno partorito mediante taglio cesareo. (Linee guida Taglio Cesareo ISS Livello Evidenza 1A) In Italia, dopo un lungo periodo di automatica reiterazione del taglio cesareo anche nelle gravidanze successive, si sta assistendo ad un'importante inversione di tendenza.

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera. Tale informazione deve essere fornita tempestivamente, e le conclusioni del consenso raggiunto circa le modalità del parto, devono essere documentate. La 36<sup>a</sup> settimana di gestazione costituisce il limite massimo per attivare un consenso informato sul travaglio di prova dopo cesareo.<sup>19</sup> Alle donne che hanno partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. Ogni tentativo di parto vaginale in donna con precedente taglio cesareo deve essere espletato in centri che siano in grado di affrontare possibili emergenze ostetriche, neonatologiche, anestesilogiche e rianimatorie, nonché trasfusionali. Le partorienti che hanno fornito il consenso al travaglio di prova dopo taglio cesareo devono essere pertanto indirizzate nei punti nascita regionali dotati di aspetti organizzativi quali: Rianimazione Adulti, Servizio Emo-Trasfusionale e servizio di Anestesia in regime di guardia attiva h-24, nonché di criteri strutturali (vedi DM n° 70 -2015) quali la presenza di una sala operatoria strutturalmente integrata e funzionalmente attiva nel blocco travaglio parto. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.