

**U.O.C. GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
DIRETTORE DR. MARIO CIAMPELLI
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO “G.B. GRASSI”**

Allegato n. 14

INFORMATIVA PER IL TRAVAGLIO-PARTO

Gent.ma Sig.ra, _____

Documento di identificazione _____

Il travaglio di parto è un **evento fisiologico** nella maggior parte delle gestanti. I periodi salienti del parto sono quattro:

1. **Prodromico (fase latente del I° stadio):** è il periodo iniziale ed è caratterizzato dall'insorgenza di contrazioni uterine dolorose, crescenti in frequenza ed intensità, con un reperto obiettivo di collo uterino ancora chiuso o poco dilatato. In questa fase normalmente non serve ricovero.
2. **Dilatante (fase attiva del II° stadio):** avviene la dilatazione progressiva della cervice uterina e, nella maggior parte dei casi, anche la cosiddetta “rottura delle membrane”, con perdita di liquido amniotico
3. **Espulsivo (II° stadio):** il feto progredisce attraverso il canale del parto fino alla nascita
4. **Secondamento (III° stadio):** il periodo immediatamente successivo al parto, caratterizzato dalla espulsione della placenta e del sacco amniotico
5. **Post-partum (IV° stadio):** è il periodo di circa due ore che seguono il parto ed il secondamento. Durante tale periodo l'utero forma il cosiddetto globo di sicurezza, ovvero uno stato contrattile importante dell'utero che ha l'obiettivo di ridurre e fermare la perdita ematica che si ha dopo che la placenta si è staccata

Per molti versi l'assistenza al parto è particolare, perché di solito consiste nell'assistere un evento fisiologico, senza uno stato di malattia. Tuttavia si tratta di un evento che spesso si associa a sofferenza, fisica ed emotiva, che può comportare condizioni di emergenza e, infine, che riguarda lo stato di salute non solo Suo, ma anche del nascituro. Per tutti questi motivi l'assistenza consiste in una osservazione attenta, svolta da medici e ostetriche, con diversi momenti diagnostici e prognostici e, spesso, con la necessità di decisioni urgenti, quasi istantanee.

Molte delle decisioni terapeutiche che andranno prese rendono difficile, in quei momenti, una valutazione tranquilla e bilaterale. L'emotività assume un ruolo molto importante nella partoriente con desideri e volontà confuse, fra il desiderio di porre fine alle sofferenze e la necessità di non arrecare danno al bambino, e di non pregiudicare il proprio futuro riproduttivo. Vorremmo presentarle le eventualità più frequenti per farle conoscere oggi, in una fase di sufficiente calma, il nostro orientamento usuale.

In caso di travaglio che sembra molto lungo:

Ipotizziamo una condizione di travaglio regolare, con battito cardiaco fetale regolare, contrazioni adeguate, ovvero un andamento regolare da un punto di vista medico, ma con forte sofferenza, fisica ed emotiva da parte della paziente. Spesso subentra in qualche partoriente, il timore di non farcela e la richiesta dell'esecuzione di un taglio cesareo anche senza indicazione medica. In questo caso cercheremo di valutare i vantaggi sul piano complessivo, considerando il suo eventuale disagio, ma anche le eventuali sue buone possibilità di partorire per via vaginale. Molte delle donne che riescono a superare il momento di paura, sono poi molto contente di non essere state ascoltate alla lettera, di essere state incoraggiate al parto vaginale. Si cercherà quindi, eventualmente con l'ausilio di tecniche per il controllo del dolore farmacologiche (anestesia epidurale) o non farmacologiche (aromaterapia, massaggi, acqua calda...), di aiutarla a gestire il momento di difficoltà, procedendo poi ad “accelerare” il travaglio. Le metodiche utilizzate per “accelerare” il travaglio consistono nella amniorexi (rottura artificiale delle membrane) o la somministrazione endovenosa di ossitocina diluita in soluzione fisiologica, a velocità controllata

Nel corso del travaglio possono comparire segnali di sofferenza fetale o comunque indicazioni mediche alla esecuzione di un taglio cesareo urgente:

In queste condizioni, che si possono verificare all'improvviso, di solito siamo costretti ad agire per stato di necessità, facendo quanto è indispensabile per il nascituro, a volte cercando di rendere più veloce possibile la

nascita eseguendo un taglio cesareo urgente. La nostra Sala Parto ha a disposizione ostetriche, ginecologi, pediatra ed anestesista h24 7 giorni su 7 ed una sala operatoria dedicata, proprio per gestire urgenze.

Come qualsiasi intervento chirurgico anche il taglio cesareo comporta dei rischi e degli imprevisti, cosiddetti rischi impliciti, un po' come succede durante un viaggio in auto. I più frequenti, in genere, sono la possibilità di una perdita di sangue maggiore del previsto ed episodi febbrili da possibili infezioni. Inoltre, il forzato riposo a letto e l'intervento stesso, possono anche favorire l'insorgere di flebiti e flebotrombosi: di solito si risolvono senza grossi problemi, anche se, in casi molto rari, si possono avere ulteriori complicazioni. Come un qualsiasi intervento in cui si apra la cavità addominale può anche verificarsi un ritardo nella canalizzazione, ovvero la ripresa della funzionalità intestinale. Di solito, quando succede, è causato da aderenze, zone in cui le anse intestinali, dopo l'intervento, si appiccicano le une alle altre, come se ci fosse un adesivo. Questa evenienza, sia pur rara dopo taglio cesareo, può, in casi estremi, bloccare la funzione intestinale; in una percentuale di 1 caso su 1000 può rendersi necessario un secondo intervento per sbrigliare le anse appiccicatesi tra loro.

Può anche succedere che la cicatrice non risulti esteticamente bella, a prescindere dall'accuratezza della sutura, per esagerata reattività del tessuto cutaneo (si parla di cheloidi).

Tutti questi sono rischi generici, legati un po' a qualsiasi intervento chirurgico addominale, ma da tenere ben presenti considerando la loro minore incidenza con un parto vaginale eutocico (ovvero svolto senza problemi).

Non è tutto: varie casistiche indicano che la mortalità materna, sia pur bassissima (si parla di 2,4/10.000) è più elevata a seguito di taglio cesareo rispetto al parto vaginale (0,4/10.000). Crediamo inoltre, ma in questo non sono tutti concordi, che vi sono mediamente minori rischi neonatali con il parto vaginale: comunque quelli da anestesia, assai rari, sono in genere modesti e limitati alle prime ore dopo la nascita.

Un altro importante elemento da considerare è che spesso, dopo un primo taglio cesareo, le successive nascite avvengono per la stessa via: non è necessario ma così succede in circa il 70% dei casi.

Accanto a questi rischi cosiddetti impliciti, vi sono quelli difficilmente prevedibili, da quelli più semplici come una lacerazione della parete vescicale a quelli più gravi, che tuttavia ricorrono in ostetricia con una frequenza inferiore a 1/3000.

Nel caso di scelta di taglio cesareo per motivazioni mediche questi rischi sono controbilanciati con quelli che riteniamo potrebbero verificarsi, nel suo caso, nell'eventualità di un parto vaginale.

Nel corso del travaglio possono comparire segnali di sofferenza fetale o comunque indicazioni mediche all'applicazione di ventosa ostetrica per accelerare il parto o aiutare la mamma in caso di esaurimento delle forze:

Si tratta di una coppetta di plastica che viene adagiata sulla testa fetale, cui si "aggrappa" creando un vuoto all'interno, creando così un punto di trazione sulla testa fetale che favorisce la progressione nel canale del parto. È necessario che l'azione uterina sia efficace e la collaborazione della paziente (maggiore è la collaborazione, minore è la trazione necessaria). In presenza di indicazioni permettenti, l'applicazione di ventosa ostetrica è il modo più rapido per far nascere un bambino, con tempi operativi di 5-10 minuti, contro i circa 30 minuti necessari per organizzare ed eseguire un taglio cesareo urgente. Complicanze materne dopo tale applicazione possono essere: lacerazioni cervicali e/o vagino-perineali, difficoltà della ripresa di minzione spontanea. Sul versante fetale le complicanze sono rare e generalmente risolvibili entro 24-48 ore senza sequele; le principali sono il "tumore da parto" (allungamento della testa che assume conformazione a pera e che si risolve nel corso delle prime 24 ore), "segni della coppetta" (abrasioni superficiali del cuoio capelluto ed ecchimosi), "cefaloematoma" (raccolta di sangue tra il periostio e l'osso parietale che si risolve nei giorni successivi al parto)

Necessità di procedere ad episiotomia per accelerare il parto:

Nella nostra struttura il tasso di episiotomie è tra i più bassi della regione Lazio (< 10%), per cui non viene routinariamente considerata, ma a volte questo intervento si rende necessario per accelerare la fase espulsiva o in caso di rischio di lacerazioni perineali gravi, e non è prevedibile, nel senso che solo quando la testa fetale si confronta con il perineo potranno essere valutate le condizioni cliniche e quindi potrà essere presa la decisione di procedere o meno alla episiotomia.

Distocia di spalla:

Si tratta di un evento molto raro, l'incidenza stimata è di circa lo 0.4% dei parti, e consiste in un blocco nella discesa delle spalle del bambino dopo l'espulsione della testa, in genere la spalla anteriore rimane bloccata sopra

la sinfisi pubica. I principali fattori di rischio sono rappresentati da un eccessivo peso fetale, dal diabete gestazionale (con figlio grosso) ed una pregressa distocia di spalle, anche se la complicanza può presentarsi anche in maniera imprevedibile. Nel caso in cui si presenti tale problematica la mamma viene subito avvertita in quanto è importante la sua collaborazione, viene svuotata la vescica e si procede ad effettuare una serie di manovre, codificate, atte a facilitare il disimpegno (fuoriuscita) delle spalle

Mancata espulsione della placenta:

In circa il 2% delle gestanti l'espulsione della placenta è difficoltosa, per cui attesi 30-60 minuti dal parto, si favorisce manualmente l'espulsione della placenta stessa (secondamento manuale). Questa manovra viene fatta in sala parto e con una lieve sedazione oppure approfondendo l'analgesia epidurale nel caso in cui la paziente abbia già cateterino epidurale inserito

Emorragia del postpartum:

Si tratta di una perdita ematica abbondante (> 500 ml) che può avvenire entro le prime 24 ore dal parto, spesso legata a scarsa contrazione dell'utero (atonìa). Alcuni fattori di rischio possono aumentarne l'incidenza che in Europa è di circa il 13%: i principali sono un episodio analogo in gravidanza precedente, gravidanza multipla, preeclampsia, prolungamento del II e III stadio del travaglio, peso alla nascita >4000 gr, lacerazioni importanti del perineo, ritenzione placentare. La gestione consiste in terapia medica volta sia a migliorare la contrattilità uterina che a supportare il circolo materno e terapia chirurgica che prevede il controllo delle vie del parto alla ricerca di lacerazioni particolarmente sanguinanti, un massaggio bimanuale dell'utero per favorirne la contrazione, l'uso di garze montate su pinza (scovoli) per pulire e massaggiare cavità uterina sempre per stimolare contrattilità. Il più delle volte questi accorgimenti sono sufficienti al controllo della perdita; più raramente si rende necessario ricorrere ad altre tecniche come l'inserimento in cavità uterina di un apposito palloncino che viene gonfiato con soluzione fisiologica per facilitare chiusura dei vasi attraverso una compressione dall'interno, od anche un intervento chirurgico con apposizione sull'utero di suture emostatiche. Se anche questi rimedi fallissero potrebbe rendersi necessario procedere ad un'asportazione dell'utero (evenienza rarissima che però rappresenta ultimo livello di intervento per fermare una emorragia incontrollabile).

Questa nota informativa non ha intenzione di spaventarla, come detto le problematiche connesse al parto sono rare ed in genere facilmente controllabili. L'obiettivo è quello di renderla informata sul fatto che il travaglio ed il parto, per quanto in massima parte fisiologici e senza complicanze, potrebbero presentare improvvise problematiche che andranno gestite e che a volte richiedono la sua collaborazione. L'unione congiunta dei nostri e dei suoi sforzi permetterà di farle vivere nel modo più sereno possibile il momento forse più bello della sua vita. Nel caso in cui si presentasse una delle condizioni prima descritte i medici e le ostetriche sono perfettamente in grado di fronteggiarle, ma come può immaginare, si tratterà di momenti concitati, in cui gli operatori dovranno agire in urgenza senza tempo materiale di farle firmare un consenso informato scritto per ogni evenienza che si presenti. In condizioni di urgenza infatti la giurisprudenza ha oramai stabilito che salvare la vita di un paziente prevale su tutto il resto; il medico ha l'obbligo di procedere alle cure necessarie, predisponendo i presidi ed i trattamenti per prevenire conseguenze pregiudizievoli, o addirittura letali. Si parla in questo caso di consenso presunto (legge 219/17).

Ci sembra comunque opportuno, in un'ottica di collaborazione e compartecipazione all'evento parto, informarla sulle potenziali urgenze che ci potremmo trovare a fronteggiare, in modo tale che, nel caso in cui si presentassero, lei sia già informata della situazione e degli interventi necessari alla risoluzione, permettendo a noi di comunicare con lei in termini comprensibili, ma in breve tempo, in modo che possa partecipare attivamente alla risoluzione degli stessi

Se dopo la lettura di questa informativa e il colloquio con il medico dovesse esserci qualsiasi aspetto del parto che non sia del tutto chiaro, non esiti a fare domande.

Per ricevuta informazione

Firma della persona assistita

Firma del Rappresentante legale

(Affidatario/Tutore legale/Curatore speciale/Amministratore di sostegno)

Firma dell'esercente la potestà genitoriale _____
(genitore) (genitore)

Firma di altri presenti (presa visione)

Nel caso in cui la persona assistita sia fisicamente impossibilitata a firmare:

Firma _____ Firma _____
(Testimone) (Testimone)

Firma del mediatore culturale _____

Firma e timbro del Medico _____

Firma degli operatori sanitari eventualmente presenti _____

Data e Ora _____