

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE LOMBARDIA

MILANO - GIOVEDÌ, 9 AGOSTO 2001

2° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO AL N. 32

S O M M A R I O

DECRETO DIRIGENTE UNITÀ ORGANIZZATIVA 3 LUGLIO 2001 - N. 16072	
Direzione Generale Sanità - Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di maternità, in attuazione della legge regionale 8 maggio 1987, n. 16	[3.2.0] 3

[BUR2001031]

[3.2.0]

D.D.U.O. 3 LUGLIO 2001 - N. 16072

Direzione Generale Sanità - Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di maternità, in attuazione della legge regionale 8 maggio 1987, n. 16

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ ORGANIZZATIVA QUALITÀ E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Vista la l.r. n. 16 dell'8 maggio 1987 recante determinazioni sulla tutela della partoriente e del bambino in ospedale ed in particolare l'art. 5, comma 1, relativo all'individuazione di aree per la sperimentazione del parto a domicilio e comma 2, relativo all'espletamento del parto in case di maternità o strutture di accoglienza a carattere non ospedaliero;

Visto l'ordine del giorno approvato con d.c.r. n. VI/1091 del 18 dicembre 1998, che impegna la Giunta Regionale a dare piena attuazione alla l.r. 16/87, ed in particolare all'istituzione di un Comitato tecnico per la predisposizione dei protocolli e degli atti relativi a progetti di parto a domicilio o in Case del parto;

Visto il d.d.g. n. 33771 del 30 giugno 1999 di costituzione del Gruppo di lavoro con il compito di formulare Linee-guida per la definizione dei criteri e delle modalità di attuazione del parto a domicilio o in strutture extraospedaliere, anche sotto il profilo tecnico-organizzativo;

Preso atto che il suddetto Gruppo di lavoro ha terminato i lavori in data 3 aprile 2000, predisponendo indirizzi relativi all'assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in casa di maternità, al trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna e del neonato al centro specializzato più vicino ed ai costi previsti per il parto a domicilio o in casa di maternità;

Considerato che l'esperienza della maternità deve essere affrontata su una base di libera scelta (Carta dei diritti della partoriente, doc. A2-38/88, Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee, N. C 235/183 dell'8 luglio 1988);

Preso atto che, sul territorio lombardo, esistono iniziative private sperimentate e documentate di parto a domicilio o in casa del parto;

Rilevata l'opportunità di standardizzare l'attività di cui trattasi secondo aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche del settore;

Rilevata, quindi, l'importanza di fornire alle Aziende Sanitarie Locali indicazioni a cui gli operatori del parto a domicilio e della Casa di maternità devono attenersi per garantire una buona assistenza alla madre e al neonato:

- indirizzi di carattere tecnico-scientifico e organizzativi;
- indicazioni relative al trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna e/o del neonato al Centro specializzato più vicino;
- caratteristiche del luogo del parto;

così come stabilito dalle Linee guida predisposte dal suddetto gruppo di lavoro, che si allegano come parte integrante e sostanziale al presente provvedimento (*DOCUMENTO A*);

Considerata la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Visti gli artt. 3 e 18 della l.r. 23 luglio 1996, n. 16 e successive modificazioni e integrazioni che individuano le competenze e i poteri dei dirigenti;

Vista la d.g.r. 28 giugno 2000, n. 156 avente ad oggetto: «Nuovo assetto organizzativo della Giunta Regionale e conseguente conferimento di incarichi» aggiornata con d.g.r. 22 dicembre 2000, n. 22764;

Visto il decreto 27 luglio 2000, n. 18800 «Delega di firma degli atti di competenza del Direttore Generale Sanità ai Dirigenti delle Unità Organizzative, nonché ai Dirigenti delle Strutture Edilizia Sanitaria, Coordinamento Progetti Innovativi e Attività Esterne, Comunicazione ed Educazione Sanitaria» integrato dal Decreto Direttore Generale Sanità 15 gennaio 2001, n. 872,

DECRETA

Art. 1

Sono approvate le Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di maternità (*DOCUMENTO A*), allegato al presente provvedimento, quale parte integrante.

Art. 2

Si dà mandato alle ASL di garantire l'attuazione delle Linee guida e di monitorare e verificare le realtà di parto a domicilio e di casa di maternità esistenti nell'ambito territoriale di competenza, in coerenza con gli indirizzi espressi dalle Linee guida di cui all'art. 1.

Art. 3

Si dispone la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il dirigente: Patrizia Meroni

_____ • _____

DOCUMENTO A

**LINEE GUIDA DI ASSISTENZA AL TRAVAGLIO
E PARTO FISIOLÓGICO A DOMICILIO
E IN CASA DI MATERNITÀ**

Alla stesura delle Linee guida hanno collaborato:

Dr. Massimo Agosti (Varese)
Dr. Giuseppe Battagliarin (Milano)
Dr. Maurizio Bonati (Milano)
Ostetrica Daniela Calistri (Milano)
Dr.ssa Maria Luppi (Milano)
Ostetrica Anna Mancini (Milano)
Dr.ssa Anna Maria Marconi (Milano)
Ostetrica Sabina Pastura (Milano)
Dr.ssa Anna Laura Regalia (Monza)
Dr.ssa Maria Anna Sabelli (Milano)
Dr.ssa Emanuela Terzian (Milano)

Hanno coordinato il Gruppo di lavoro per la Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità:

Dr.ssa Grazia Conforti
Dr.ssa Dolores Pisapia
Dr.ssa Patrizia Meroni

•

INDICE

Premesse

1. Operatori di assistenza e luogo del parto
2. La popolazione
3. Le procedure di assistenza in gravidanza
4. Diagnosi di travaglio in fase attiva
5. Assistenza al periodo dilatante
6. Assistenza al periodo espulsivo
7. Procedure di assistenza al neonato
8. Assistenza al secondamento
9. Assistenza al post-partum
10. Assistenza in puerperio a madre e neonato
11. Conduzione della rottura pretravaglio delle membrane
12. Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna
13. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

Allegati

- All. 1: Contenuto della borsa ostetrica
 All. 2: Calcolo del Body Mass Index
 All. 3: Standard di peso alla nascita per epoca gestazionale
 All. 4: Cartella Ostetrica e Partogramma

PREMESSE

Le Linee Guida proposte da una Commissione di esperti sono il frutto della riesamina delle procedure di assistenza al travaglio, al parto ed al puerperio sulla base delle evidenze emerse dalla letteratura, adottando come fonte di riferimento il Cochrane data-base.

1. Operatori di assistenza e luogo del parto**1.1. Chi assiste**

Gli operatori che assistono devono:

- 1) aver assistito negli ultimi 5 anni almeno 20 parti a domicilio o in Casa di Maternità o aver acquisito una documentata esperienza (almeno 5 anni, con assistenza di parto in autonomia) in una Sala Parto ospedaliera;
- 2) essere presenti almeno in due per ogni parto;
- 3) essere dotati di un equipaggiamento come da Allegato 1.

1.2. Luogo del parto

Si intende per Casa di Maternità una struttura extraospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.

L'organizzazione della Casa di maternità deve essere riportata in una tabella di consultazione pubblica.

È opportuno che il Responsabile Sanitario della Casa di maternità per la gestione degli aspetti medici della gravidanza, nascita e postparto sia un medico qualificato a tali funzioni.

La Casa di maternità deve essere composta almeno da: locale parto, locale per visite ostetriche/mediche, locale per corsi pre-postparto, zona cucina, due servizi igienici, locale (guardaroba, lavanderia-stireria, ripostiglio), area ufficio, ingresso/sala d'attesa (reception) e prevedere gli spazi necessari per accogliere il nucleo familiare.

La Casa di maternità deve garantire le norme di sicurezza e gli standard igienico-sanitari di un'abitazione.

Sia il domicilio della donna che la Casa di Maternità non dovranno distare dall'Ospedale più di 20-30 minuti.

2. La popolazione**2.1. Criteri di esclusione**

Le condizioni sottoelencate per diverse ragioni non rientrano nelle linee guida di assistenza al parto extraospedaliero:

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto vaginale. Ad esempio: placenta previa, anomalie del bacino materno che costituiscono un ostacolo all'espletamento del parto per via vaginale, infezione da HSV genitale in fase attiva, positività HIV;
- Presenza di patologia materna che richiede sorveglianza intensiva del travaglio e/o che necessita trattamento (ad esempio: cardiopatie a rischio di scompenso, ipertensione, progressivi interventi sull'utero, tromboflebiti, epilessia, diabete, patologia tiroidea, infezioni sistemiche);
- Presenza di patologia fetale nota (ad esempio: iposviluppo, malformazioni che necessitano di assistenza specialistica alla nascita, isoimmunizzazione Rh);
- Gravidanza gemellare;
- Grande multiparità (> 5 parti pregressi);
- Anamnesi familiare positiva per difetti della coagulazione;
- Anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum > 1000 cc e/o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock);
- Obesità materna, definita come Body Mass Index > 28 e calcolato come peso (kg)/statura (m)² (vedi Allegato 2).

2.2. Fattori di esclusione per l'assistenza extraospedaliera all'insorgere del travaglio

- Oligo/polidramnios accertato;
- Iperpiressia di qualunque origine;
- Emoglobina < 9.5 g/dl a termine di gravidanza;
- Tampone vaginale e/o urinocultura positiva per Streptococco beta emolitico senza la possibilità di trattamento venoso rapido.

2.3. Requisiti per l'assistenza extraospedaliera

- Epoca gestazionale compresa tra 37 e < 42 settimane di gravidanza;
- Feto singolo, presentazione cefalica;
- Peso fetale previsto ≥ 2500 e ≤ 4000 ;
- Rottura intempestiva delle membrane < 18 ore in presenza di liquido limpido ed in assenza di alterazioni del BCF;
- Assenza di qualunque dei criteri di esclusione sopraelencati.

3. Le procedure di assistenza in gravidanza

È opportuno che la donna sia conosciuta dalle ostetriche che assisteranno al parto dalla 32^a settimana di gestazione; qualora la donna faccia richiesta di assistenza al parto extraospedaliero dopo tale epoca è consigliabile sentire il parere del curante.

La visita di screening alla 32^a settimana prevede la raccolta dell'anamnesi con una accurata valutazione della storia ostetrica pregressa e del decorso dell'attuale gravidanza; la misurazione sinfisi/fondo, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF, lo stick urine per la valutazione della proteinuria.

Nella 35^a-36^a settimana è opportuno effettuare un controllo ematochimico che comprenda: emocromo+piastrine, HbsAg, esame delle urine e, qualora non siano stati già eseguiti, HCV, gruppo e fattore Rh, test di Coombs indiretto se la donna è Rh negativa.

A partire dalla 37^a settimana inizia la reperibilità delle ostetriche per l'assistenza.

A termine di gravidanza la donna effettuerà i controlli del benessere fetale previsti dall'ospedale di riferimento.

4. Diagnosi di travaglio in fase attiva

Si pone diagnosi di travaglio quando sono contemporaneamente presenti le seguenti condizioni:

- contrazioni regolari riferite dalla donna, di durata ≥ 40 secondi e ad intervalli inferiori ai 10 minuti;
- collo uterino appianato;
- dilatazione 2-3 cm.

L'inizio della compilazione del partogramma coincide con la diagnosi di travaglio in atto. Si segnaleranno sul partogramma la durata della fase latente o prodromica e le eventuali remissioni di travaglio.

5. Assistenza al periodo dilatante

5.1. Norme di assistenza

Durante il periodo dilatante la donna può bere bevande ed assumere cibi di suo gradimento.

È consigliabile invitare la donna ad urinare ogni due ore. In caso di mancata minzione per diverse ore si procederà a cateterismo vescicale.

5.2. Controllo del benessere fetale

5.2.1. B.C.F.

Il Battito Cardiaco Fetale viene controllato ad intermittenza mediante auscultazione con stetoscopio o trasduttore ad ultrasuoni.

L'auscultazione si effettua ad intervalli di 15-20 minuti sia per un minuto nell'intervallo tra una contrazione e l'altra, sia prima, durante e per almeno un minuto dopo la contrazione.

In presenza di tachicardia (frequenza cardiaca >160 bpm), bradicardia (frequenza cardiaca <110 bpm per almeno tre minuti) o di decelerazioni (fcf <100 bpm per 30" per tre auscultazioni successive) è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera.

5.2.2. Liquido amniotico

Qualora le membrane si rompano spontaneamente prima del periodo espulsivo è necessario, oltre ad auscultare il BCF, valutare le caratteristiche del liquido amniotico. Se il liquido non è limpido o è maleodorante o assente, è indicato il trasferimento in ospedale.

5.3 Valutazione della progressione del travaglio

In presenza di contrazioni valide, con frequenza inferiore ai 10" e durata superiore ai 40", è prevedibile che si raggiunga una dilatazione di 5 cm all'incirca 2 ore dopo l'inizio del travaglio attivo nella pluripara e dopo 3-4 ore nella nullipara.

È opportuno che ad ogni visita vaginale si valuti:

- la progressione della dilatazione;
- la stazione della parte presentata;
- la posizione della parte presentata.

Le visite successive avverranno, in presenza di regolare attività contrattile, all'incirca ogni tre ore.

Nel caso in cui si abbia una significativa diminuzione dell'attività contrattile (definita non solo palpatoriamente ma anche dalla percezione soggettiva della donna o da un cambiamento nel suo atteggiamento), la ritmicità delle visite sarà modulata tenendo conto dell'intervallo libero da contrazioni.

In presenza di attività contrattile valida, qualora la dilatazione cervicale risulti invariata a distanza di 3 ore dalla visita precedente:

a) se vi è stata una regolare discesa della parte presentata, senza alterazioni del BCF, è opportuno mettere in atto pratiche assistenziali di rilassamento della donna (bagno caldo, massaggi) o intervenire sulla situazione ambientale ed emotiva, ricercando le migliori condizioni di benessere nella singola situazione;

b) se la stazione della parte presentata non si è modificata, la situazione va rivalutata dopo un'ora circa dalla messa in atto delle pratiche assistenziali previste al punto precedente. Se sia la dilatazione che la stazione della parte presentata risultassero invariate, è opportuno procedere al trasferimento in ospedale.

È opportuno fare diagnosi di posizione a 5 cm di dilatazio-

ne cervicale, in presenza di membrane rotte, e comunque entro i 7 cm anche se le membrane sono integre, e trasferire in ospedale le presentazioni non di vertice (bregma, fronte, faccia).

La rottura artificiale delle membrane non ha alcuna indicazione nel parto extraospedaliero, salvo che a dilatazione completa con parte presentata impegnata.

Il trasferimento in ospedale è indicato in caso di perdite ematiche rosso vivo non chiaramente dipendenti dalla dilatazione cervicale.

6. Assistenza al periodo espulsivo

6.1. Durata del secondo stadio

L'eventuale intervallo, definito periodo di transizione, tra il raggiungimento della completa dilatazione cervicale e la percezione del premito può avere una durata di 60-120 minuti; in questo caso è caratterizzato da una sensibile riduzione nell'intensità e frequenza delle contrazioni.

Tra il premito irrefrenabile, generalmente avvertito quando la parte presentata è al medio scavo, e la nascita, in presenza di una progressiva discesa della parte presentata e in assenza di alterazioni rilevanti del BCF, possono trascorrere due ore nella nullipara ed un'ora nella pluripara.

È opportuno evitare le continue esplorazioni vaginali per valutare la discesa della parte presentata. Tuttavia, qualora non si manifesti una distensione del perineo dopo un'ora di sforzi espulsivi nella nullipara e dopo trenta minuti nella pluripara, è opportuno effettuare una esplorazione vaginale per verificare la stazione della parte presentata.

Se questa non ha ancora raggiunto il medio scavo è indicato il trasferimento in ospedale.

6.2. La posizione nel periodo espulsivo

È opportuno invitare la donna a spingere assumendo la posizione che preferisce.

Non è utile dirigere la tecnica di spinta della donna; in particolare è preferibile evitare sforzi espulsivi con manovre di Valsalva prolungate.

6.3. Controllo del BCF

In questa fase è opportuno valutare il BCF ogni una-due contrazioni per un minuto subito dopo la contrazione. La presenza di una frequenza cardiaca fetale <100 bpm o >160 bpm dopo la contrazione per tre contrazioni successive è segnale d'allarme che deve essere integrato con la valutazione della stazione della parte presentata e con la parità prima di decidere un eventuale trasferimento.

6.4. Assistenza al perineo

L'episiotomia non è pratica routinaria a domicilio. Tuttavia essa deve essere effettuata quando sia necessario espletare rapidamente il parto (ad esempio in caso di bradicardia fetale) con parte presentata al piano perineale.

7. Procedure di assistenza al neonato

Non è opportuno effettuare sistematicamente, in particolare in presenza di liquido limpido, l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori.

È buona pratica effettuare il clampaggio del funicolo dopo la cessazione delle pulsazioni. Si raccomanda di mantenere un moncone di cordone ombelicale lungo almeno 3-4 centimetri.

Alla nascita non lasciare che il bambino si raffreddi (asciugarlo, avvolgerlo in un panno caldo e asciutto, darlo alla madre).

Al primo minuto viene fatta la valutazione con indice di Apgar. Se il bambino non ha iniziato gli atti respiratori, ma tutti gli altri parametri vanno bene (è tonico, è roseo o con le estremità cianotiche, è reattivo ed il cordone pulsa) praticare un massaggio gentile della pianta dei piedi e aspirare le vie aeree superiori (cavo orale e faringeo, e poi le due fosse nasali: suzione breve, asettica e atraumatica). Se queste manovre non sono sufficienti, intervenire con i trattamenti di emergenza descritti nel paragrafo 13.

Eeguire la profilassi oculare prevista per legge entro le prime ore dalla nascita, ma non immediatamente per non compromettere l'interazione visiva madre-bambino.

Organizzare la visita pediatrica a domicilio entro 12 ore dal parto. Entro 6 ore dovrà essere eseguita la profilassi della malattia emorragica (1 mg i.m. *una tantum* o 2 mg per os ripetuta al primo e secondo mese di vita).

Anticipare la visita del pediatra in caso di peso inferiore al 10° percentile per l'epoca gestazionale (vedi Allegato 3) e in caso di liquido tinto 2/3.

Il trasferimento in ospedale deve essere attivato in caso di Apgar < 8 a 5' ed effettuato se tale punteggio persiste o diminuisce nei minuti successivi.

Il neonato deve comunque essere trasferito, nelle ore successive, in caso di deterioramento/aggravamento dei parametri vitali.

8. Assistenza al secondamento

L'entità della perdita ematica viene valutata quantitativamente usando sacchetti o bacinelle graduate posizionati immediatamente dopo il parto. Se la donna è Rh negativa, effettuare il prelievo del funicolo per il test di Coombs.

È opportuno somministrare 10 UI di ossitocina per via intramuscolare all'espulsione del feto.

È consigliabile attendere la fuoriuscita spontanea della placenta senza eseguire manovre di spremitura alla Credé o di trazione del funicolo per almeno un'ora. Qualora il secondamento non si sia verificato entro due ore dal parto è indicato il trasferimento in ospedale, anche in presenza di modestissime perdite ematiche.

È opportuno predisporre un trasferimento in ospedale previo incannulamento di una vena:

a) in presenza di perdita ematica superiore a 500 cc presecondamento, o superiore a 800 cc a secondamento avvenuto in presenza di atonia uterina;

b) se la perdita ematica è attribuibile a ritenzione di membrane o di materiale placentare.

La donna deve essere trasferita in ospedale anche in presenza di una lacerazione vagino-perineale non suturabile a domicilio e di ogni altra condizione che necessiti, a giudizio dell'ostetrica, un'osservazione di almeno 12 ore.

9. Assistenza al post-partum

Dopo il parto, l'ostetrica trascorre 2 ore in osservazione della donna e del neonato. Allo scadere delle due ore, l'ostetrica controlla la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, nonché la perdita ematica e la presenza del globo uterino. Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di altre 2 ore, al termine delle quali rivaluta le condizioni materne. Qualora non vi sia stata una completa normalizzazione del parametro alterato, è opportuno considerare la possibilità di un trasferimento in ospedale.

Per quanto riguarda il neonato, è opportuno controllare l'adattamento nelle prime ore: colorito, battito cardiaco, movimenti respiratori, suzione, tono muscolare, temperatura. Nel caso in cui uno o più parametri siano alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento. È opportuno inoltre attaccare il neonato al seno entro le prime due ore.

Per qualunque necessità della madre e/o del neonato che si verificasse dopo il parto, un'ostetrica è reperibile per dieci giorni.

10. Assistenza in puerperio a madre e neonato

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente fino al 4° giorno. La reperibilità prosegue comunque fino al 10° giorno.

Vengono rilevati la temperatura, il polso, la pressione arteriosa, lo stato dell'eventuale sutura, le caratteristiche delle lochiazioni ed il grado di involuzione uterina, la produzione del colostro e del latte materno, le condizioni locali del capezzolo, lo stato di salute globale della donna (riposo, alimentazione, ecc.).

Qualora la donna sia Rh negativa ed il neonato Rh positivo si esegue la profilassi con immunoglobuline anti D i.m. entro 72 ore dal parto.

Non è consigliabile la somministrazione sistematica di lassativi o di uterotonici in puerperio. Questi ultimi sono indicati solo nei rari casi di subinvoluzione uterina, sentito il parere di un medico.

È inoltre compito dell'ostetrica verificare le condizioni del neonato nei giorni immediatamente successivi al parto: il calo fisiologico e la ripresa del peso, l'emissione di urina e di meconio/feci, la eventuale comparsa dell'ittero, la suzione, il ritmo sonno/veglia. Come ormai ben codificato in campo nazionale ed internazionale (vedi norme OMS/UNICEF) il latte

materno è l'alimento assolutamente più idoneo per nutrire il neonato/lattante nei primi giorni/mesi di vita. È quindi compito dell'ostetrica promuovere l'avvio dell'allattamento al seno sostenendone, nei giorni successivi, la continuità e l'esclusività. Il 4° giorno (e comunque dopo l'assunzione di latte) è indispensabile eseguire il test di Guthrie. L'effettuazione del test è compito dell'ostetrica.

Va programmata una seconda visita pediatrica nel 5°-7° giorno di vita.

Il moncone del cordone ombelicale va tenuto pulito ed asciutto evitando l'uso dell'alcool.

Per facilitare la scelta del pediatra di base, l'ostetrica fornirà alla donna l'elenco dei pediatri di base disponibili nella sua zona.

11. Conduzione della rottura pretravaglio delle membrane

1) Valutare le caratteristiche del liquido amniotico: colore, odore.

2) In presenza di liquido amniotico limpido e non maleodorante è ragionevole attendere a domicilio l'insorgenza del travaglio per 18 ore. In questo lasso di tempo è opportuno:

a) evitare le esplorazioni vaginali prima dell'insorgenza del travaglio;

b) misurare la temperatura materna ogni 4 ore, controllare i MAF ed il BCF;

c) se la parte presentata è extrapelvica è opportuno limitare la deambulazione ed invitare la donna a restare sdraiata fino all'insorgenza del travaglio.

In caso di iperpiressia (temperatura $\geq 38^\circ$ o $\geq 37.5^\circ$ per due rilevazioni successive) o sospetto clinico di infezione intramniotica la donna sarà immediatamente trasferita in ospedale. Il trasferimento è indicato anche in assenza di iperpiressia, in caso di tachicardia fetale.

12. Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna

Nell'evenienza di una emorragia materna:

1) identificare, se possibile, la causa: lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina;

2) nel caso di lacerazione vagino-perineale, suturare immediatamente, se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento dopo aver provveduto al tamponamento stipato vaginale;

3) nel caso di lacerazione del collo uterino predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera;

4) nel caso di perdita dal corpo uterino:

a) a secondamento non avvenuto:

i) verificare che la vescica sia vuota,

ii) incannulare una vena,

iii) attuare la spremitura di Credé accompagnata da una modesta trazione sul funicolo,

iv) massaggiare l'utero qualora non sia contratto,

v) predisporre il trasferimento in caso di mancata risposta.

b) a secondamento avvenuto:

i) infondere liquidi in proporzione all'entità della perdita,

ii) somministrare Syntocinon fino ad un massimo di 30 unità,

iii) chiamare il 118 per avere l'ambulanza, possibilmente con a bordo un medico,

iv) massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli.

La donna deve essere accompagnata durante il trasporto in ospedale.

13. Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

Se con le manovre citate nel paragrafo 7 il bambino non inizia a respirare e se anche altri parametri sono alterati (è ipototonico e/o cianotico/pallido e/o iporeattivo e/o il battito cardiaco è inferiore a 100), mentre un'ostetrica pre-allarma il 118, l'altra ostetrica in rapida sequenza:

1) posiziona correttamente il capo del neonato, estendendolo leggermente e sostenendo il mento con un telino assicurandosi che la lingua non sia retroposta;

2) sostiene la ventilazione con l'ambu pediatrico eseguendo una insufflazione ogni due-tre secondi, osservando l'espansione toracica bilaterale;

3) valuta la frequenza cardiaca palpando il cordone ombelicale o con lo stetoscopio.

Se la frequenza cardiaca è superiore a 100 bpm ed il neonato riprende colore ed inizia a respirare (30-60 atti respiratori/minuto) e gli altri parametri sono normali si può rimanere a domicilio, anticipando la visita pediatrica.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 100 bpm ed il neonato non inizia a respirare spontaneamente, l'ostetrica:

1) pratica il massaggio cardiaco: con due dita sullo sterno, il medio sovrapposto all'indice, provocando un affossamento di mezzo centimetro della gabbia toracica, una compressione al secondo;

2) controlla la frequenza cardiaca spontanea e alterna ventilazione e massaggio fino a che la frequenza cardiaca non arriva a 100 bpm.

Il primo segnale di ripresa è un gasping seguito da una respirazione spontanea.

Se entro un minuto il bambino non riprende (frequenza cardiaca superiore a 100 e 30/60 atti respiratori/minuto), l'ostetrica continua le manovre fino all'arrivo dell'ambulanza, impedendo che il neonato si raffreddi ed alternando ventilazione e massaggio.

— • —

ALLEGATO 1: Contenuto della borsa ostetrica

Per la madre

1. Strumentario:

- 1.1 Termometro;
- 1.2 Stetoscopio e sonicaid (con batterie di ricambio);
- 1.3 Fonendoscopio e sfigmomanometro;
- 1.4 Laccio emostatico.

2. Ferri chirurgici:

- 2.1 1 kocher;
- 2.2 1 paio forbici rette a punte smusse;
- 2.3 1 capsula;
- 2.4 2 pinze ad anelli;
- 2.5 1 portaghi;
- 2.6 1 pinza anatomica.

3. Materiale monouso:

- 3.1 Guanti di lattice sterili di misure diverse;
- 3.2 Guanti non sterili;
- 3.3 4 pacchi garze sterili cm 10 x 10 e cm 20 x 20;
- 3.4 1 telo sterile;
- 3.5 4 telini sterili cm 80 x 80;
- 3.6 sacchetti graduati per la valutazione della perdita ematica;
- 3.7 aghi cannula n 16G - 18G - 21G;
- 3.8 butterfly n 18G - 21G;
- 3.9 siringhe da 5 e 10 cc.;
- 3.10 cateteri monouso;
- 3.11 cerotto;
- 3.12 deflussori per infusione.

4. Farmaci:

- 4.1 1000/1500 ml soluzione fisiologica in sacche di plastica;
- 4.2 necessario per profilassi oculare;
- 4.3 Vitamina K (Konaktion gocce o fiale);
- 4.4 Ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- 4.5 Metergolina (Methergin 1 scatola);
- 4.6 Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- 4.7 Disinfettante (Betadine, Citrosil o altro).

5. Fili di sutura:

- 5.1 Catgut atraumatico n 3.5, ago rotondo grande;
- 5.2 Catgut atraumatico n 3, ago rotondo piccolo;
- 5.3 Catgut atraumatico n 4;
- 5.4 Seta atraumatica n 3, ago lanceolato;
- 5.5 Vicryl o dexion n 3.5, ago rotondo piccolo.

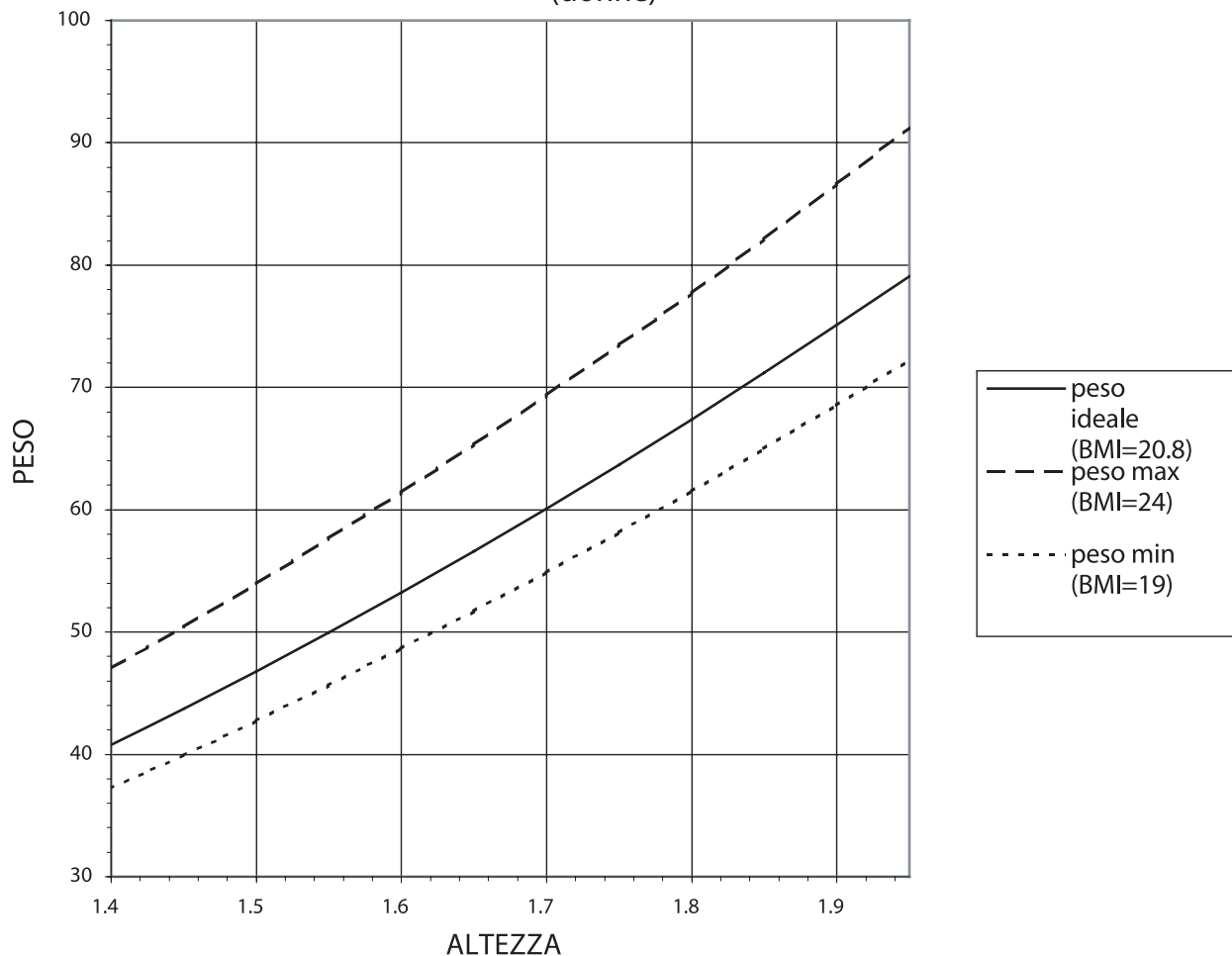
Per il neonato

- Cannula di Taccani o aspiramuco monouso;
- provette per prelievo funicolare;
- cord-clamp o elasticini sterili;
- foglio termostatico per trasferimento;
- ambu pediatrico (n 1) e cannula orofaringea Mayo (n 00-0-1) con bordi morbidi e margini sottili, meglio se trasparente;
- mascherine di diverse misure;
- sondino morbido (6-8-10 CH);
- cartine per test di Guthrie;
- Lancette;
- capillari.

ALLEGATO 2: Calcolo del Body Mass Index

Il Body Mass Index viene calcolato con la formula: BMI = peso [kg]/statura² [m²]

**RANGE DI NORMALITA' PESO-ALTEZZA
(donne)**



L'obesità viene valutata per BMI > 28.

ALLEGATO 3: Standard di peso alla nascita per epoca gestazionale

Femmine

Epoca gestazionale	3° centile	10° centile	50° centile	90° centile	97° centile
	2051	2323	2851	3379	3651
38	2229	2502	3038	3574	3847
39	2389	2661	3203	3745	4016
40	2527	2794	3341	3888	4155
41	2636	2896	3447	3999	4259
	2710	2961	3517	4073	4324

Maschi

Epoca gestazionale	3° centile	10° centile	50° centile	90° centile	97° centile
	2178	2450	2978	3506	3778
38	2361	2634	3170	3706	3979
39	2527	2798	3341	3883	4154
40	2670	2937	3484	4032	4298
41	2784	3044	3596	4148	4408
	2864	3115	3671	4227	4478

D. Pedrotti, F. Macagno, L. Gagliardi, C. Mustaffi, L. De Agostinis, S. Milani. Standard neonatali di crescita intrauterina elaborati dalla «Task Force» della SIN.

