

9° CONVEGNO iris

# “GUARDARE VICINO, VEDERE LONTANO”

Ogni nostra azione ha ricadute  
nell'esperienza presente  
e nel futuro

**Di fronte alla donna: osservare,  
valutare e (forse) agire**

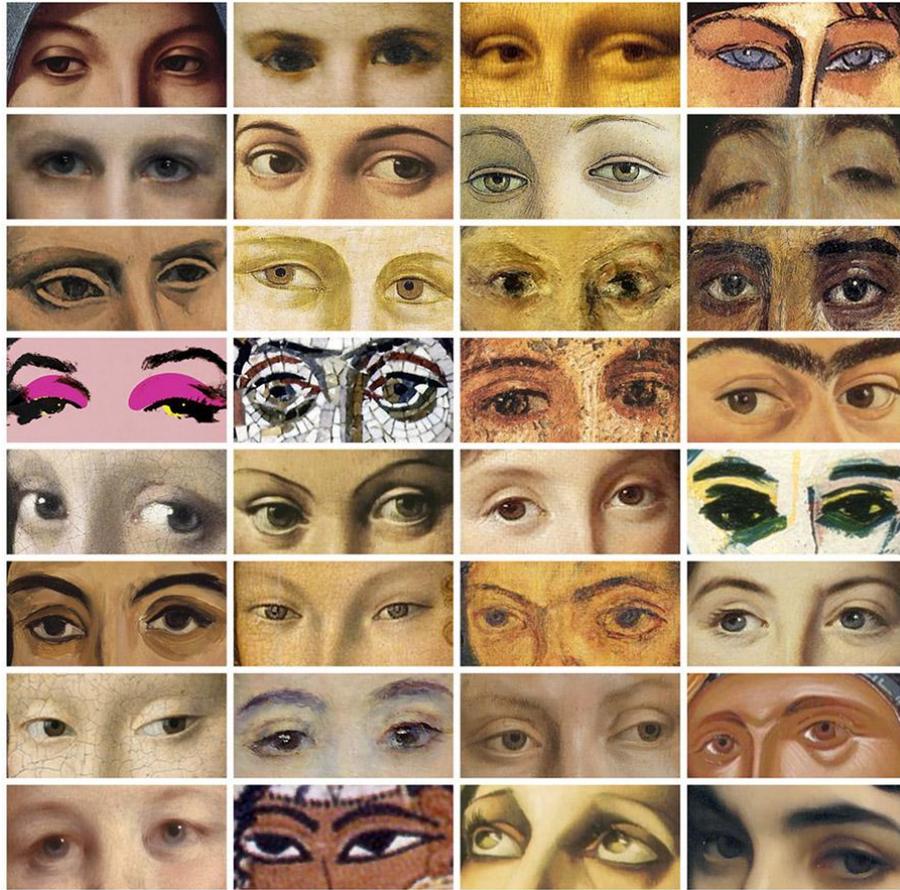
Anita Regalia

# La produzione sociale del parto

La nostra pratica assistenziale è costituita da

- azioni effettuate per **abitudine, protocolli in uso, opinione personale**
- anche **quando gli scenari cambiano** ( donna- condizione clinica- operatori presenti) spesso la sequenza delle procedure messe in atto non si modula di conseguenza, **prevale «routine»**
- ogni operatore / ogni luogo assistenziale ha i suoi **rituali** che servono anche da **contenimento** di **ansie, incertezze, inesperienza**

# COSA OSSERVIAMO?



# CORSI DI FORMAZIONE SULL'ASSISTENZA IN SALA PARTO



# 1° SCENARIO: IL PIU' DIFFUSO

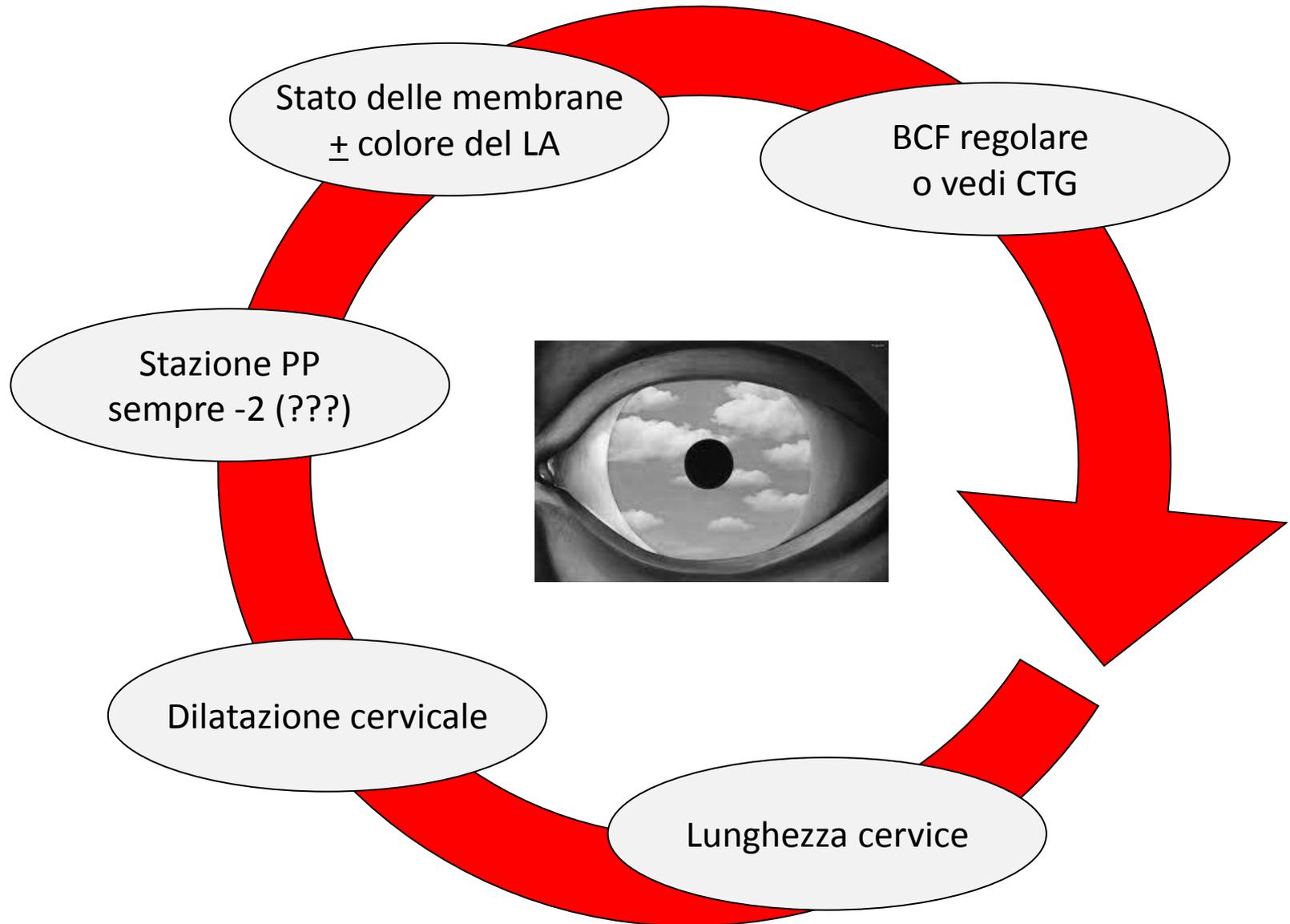
Sul **diario clinico o sul partogramma** viene segnalata la visita ostetrica (non tutte) che riporta la **lunghezza** cervicale, la **dilatazione** cervicale, la **stazione** della parte presentata, sul BCF si scrive «vedi CTG»

La frequenza delle **visita** è cadenzata ogni **1- 2 ore**

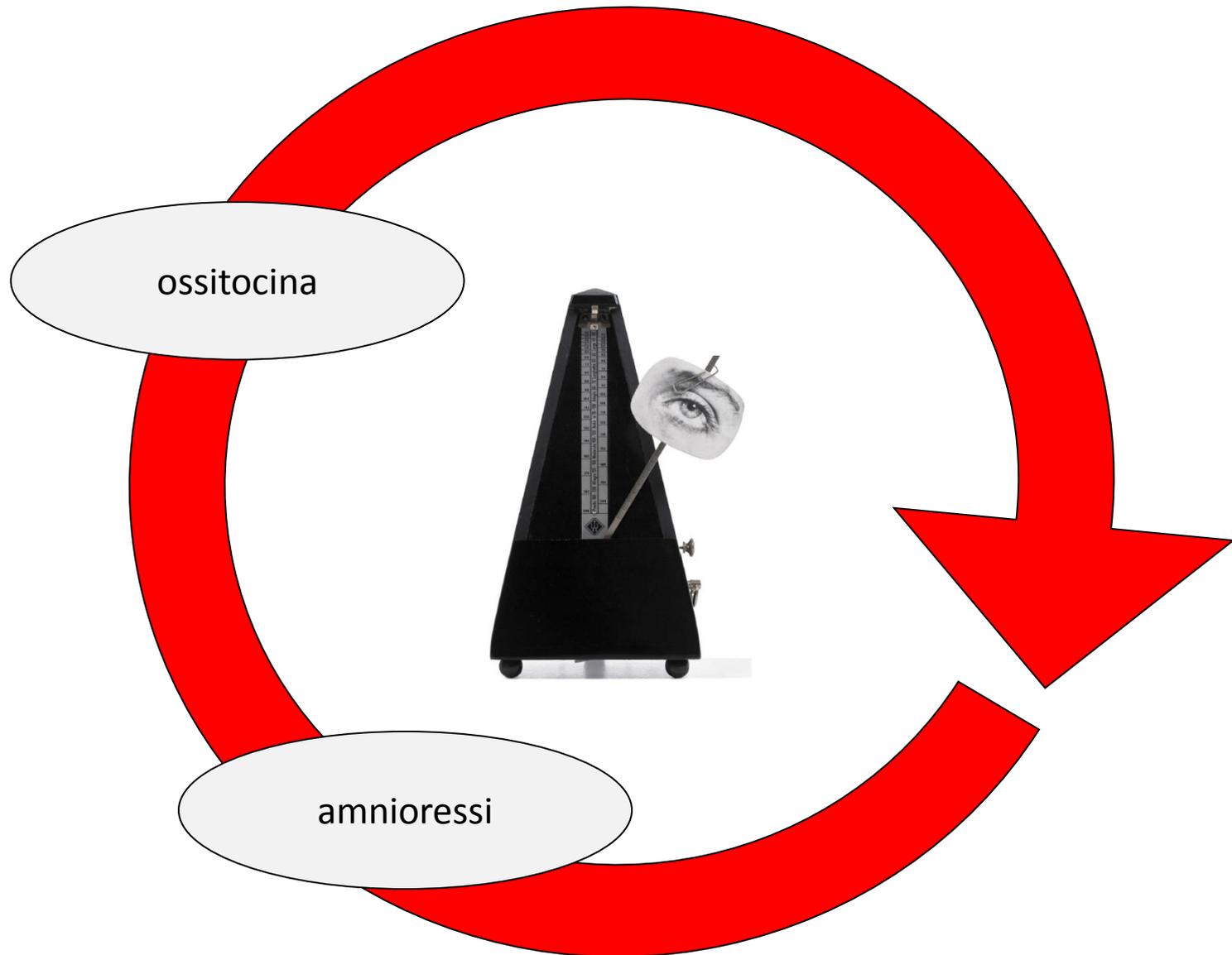
**La donna è scarsamente mobile nello spazio** in quanto a tutte è applicato **EFM**, rara disponibilità telemetria, mai uso elettrodo interno

In presenza di un **rallentamento** della dilatazione (definito come velocità di dilatazione  $< 1$  cm/ora) si effettua **amnioressi** e poi **ossitocina**, o ossitocina a membrane integre e poi amnioressi

# Valutazione clinica in travaglio



# Trattamento del «rallentamento»



2° SCENARIO: MOLTO DIFFUSO

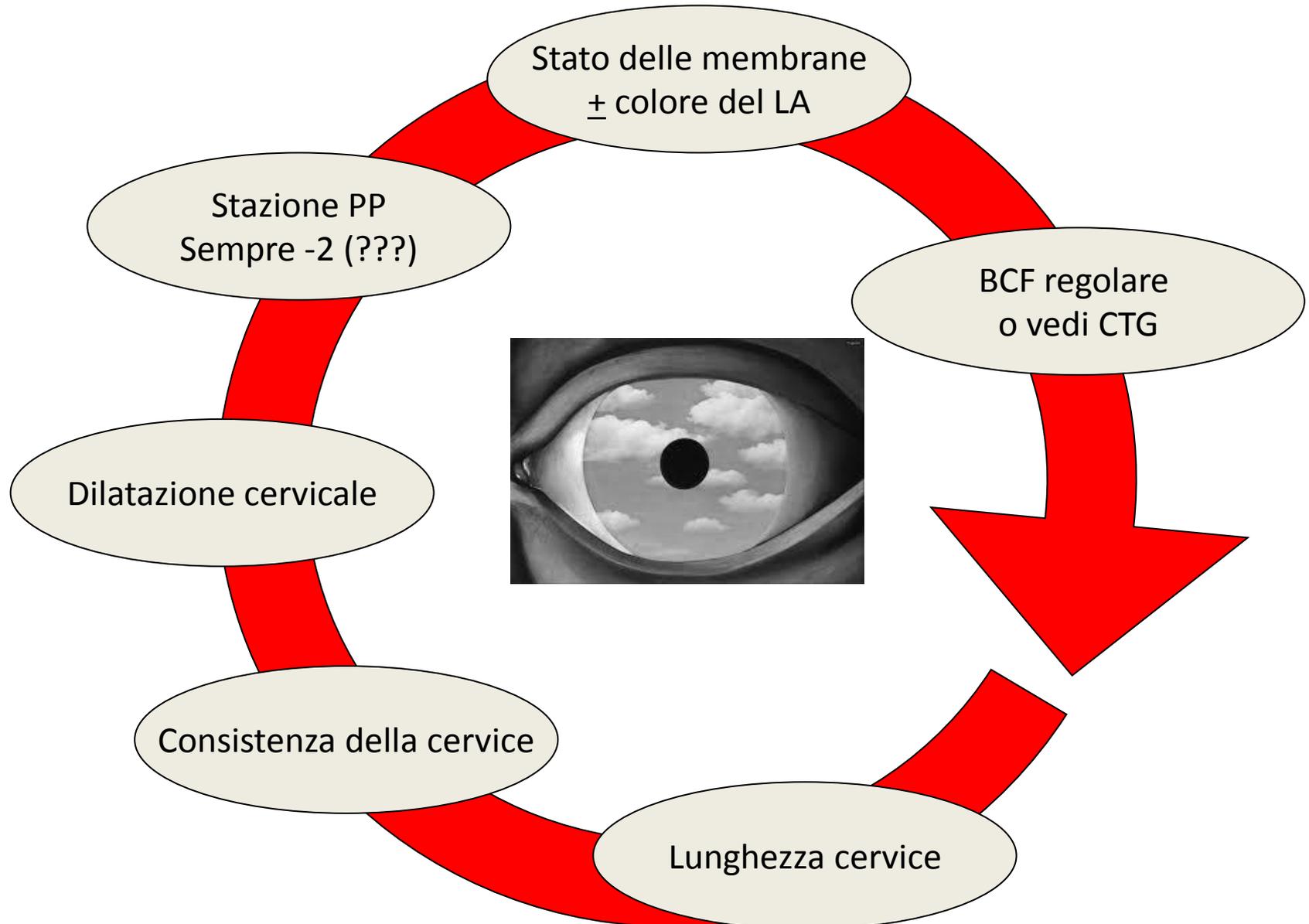
Sul partogramma viene segnalata la visita ostetrica (non tutte) che riporta la lunghezza cervicale, **la consistenza della cervice**, la dilatazione cervicale, la stazione della parte presentata, sul BCF si scrive «vedi CTG»

La frequenza delle visite è cadenzata ogni 1- 2 ore

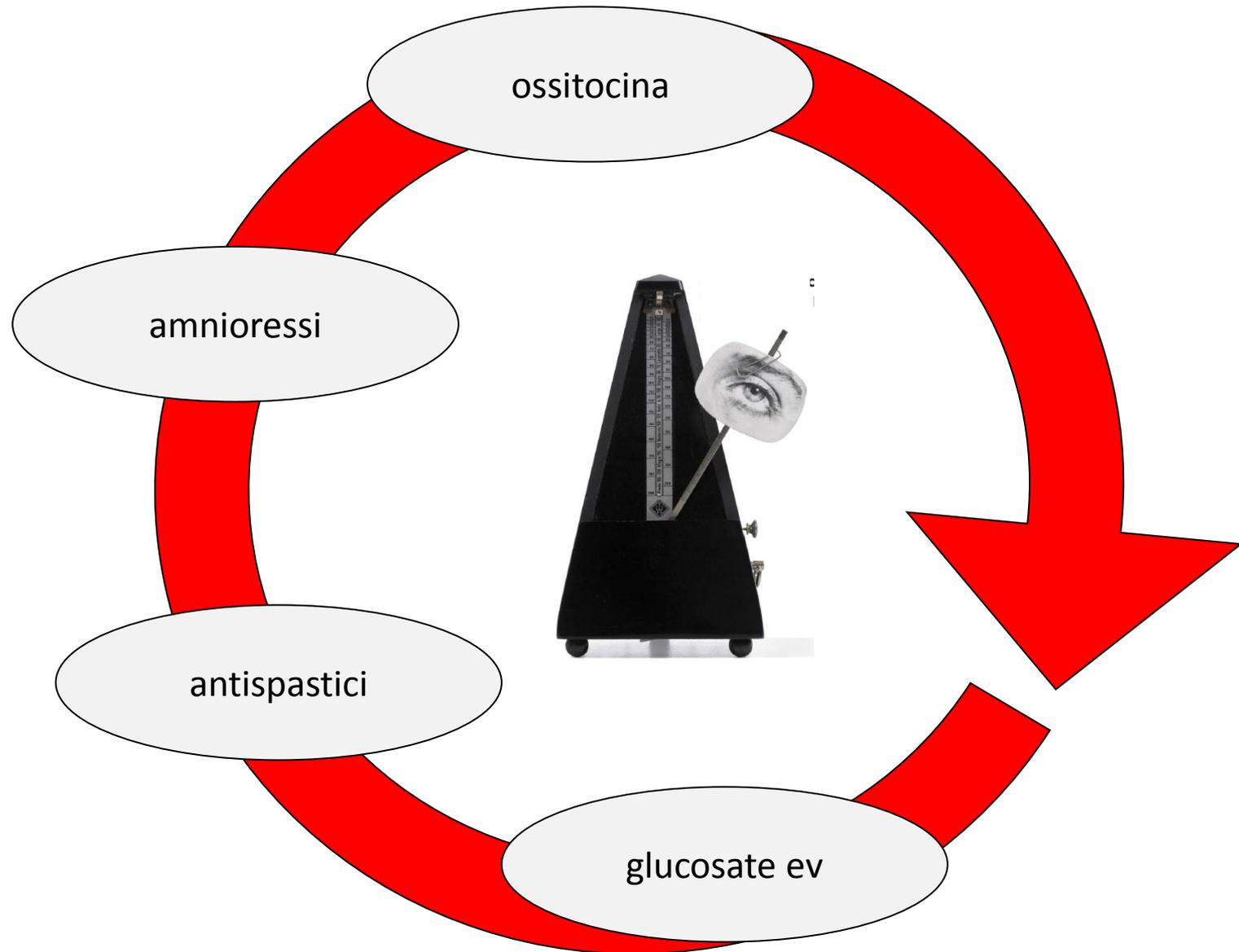
**L'ostetrica cerca di favorire il movimento libero, il cambio di posizione se «la donna lo desidera»**

In presenza di un rallentamento della dilatazione (velocità di dilatazione  $< 1$  cm/ora) **si somministrano antispastici**, si procrastina il più possibile amnioressi e poi ossitocina, o ox a membrane integre e poi amx

# Valutazione clinica in travaglio



# Trattamento del «rallentamento»



3° SCENARIO: MENO DIFFUSO  
MA IN AUMENTO

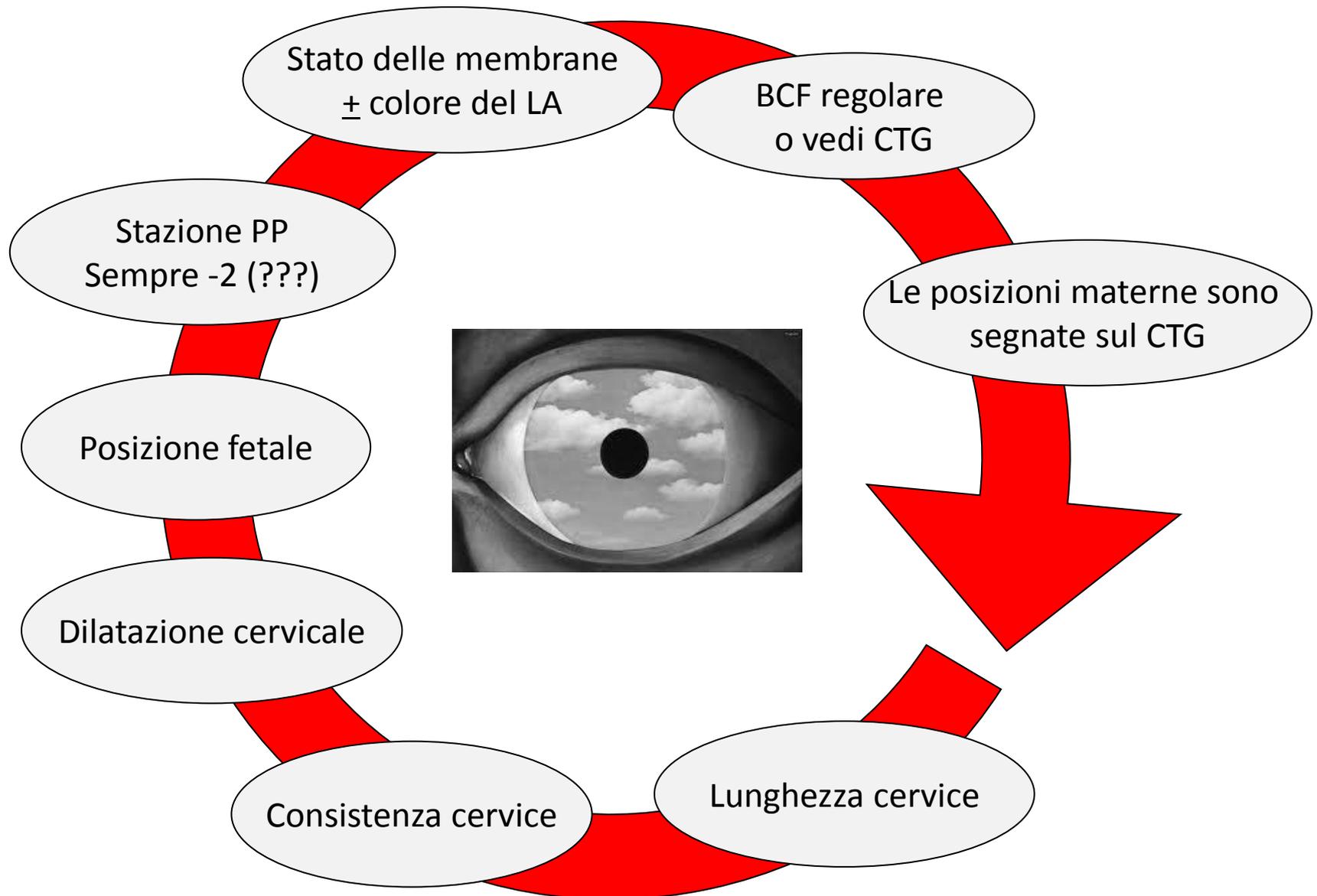
Sul partogramma viene segnalata la visita ostetrica (non tutte) che riporta la lunghezza cervicale, la consistenza della cervice, la dilatazione cervicale, **la posizione fetale**, la stazione della parte presentata, sul BCF si scrive «vedi CTG»

La frequenza delle visite è cadenzata **«quando serve»**, **di fatto** ogni 1- 2 ore

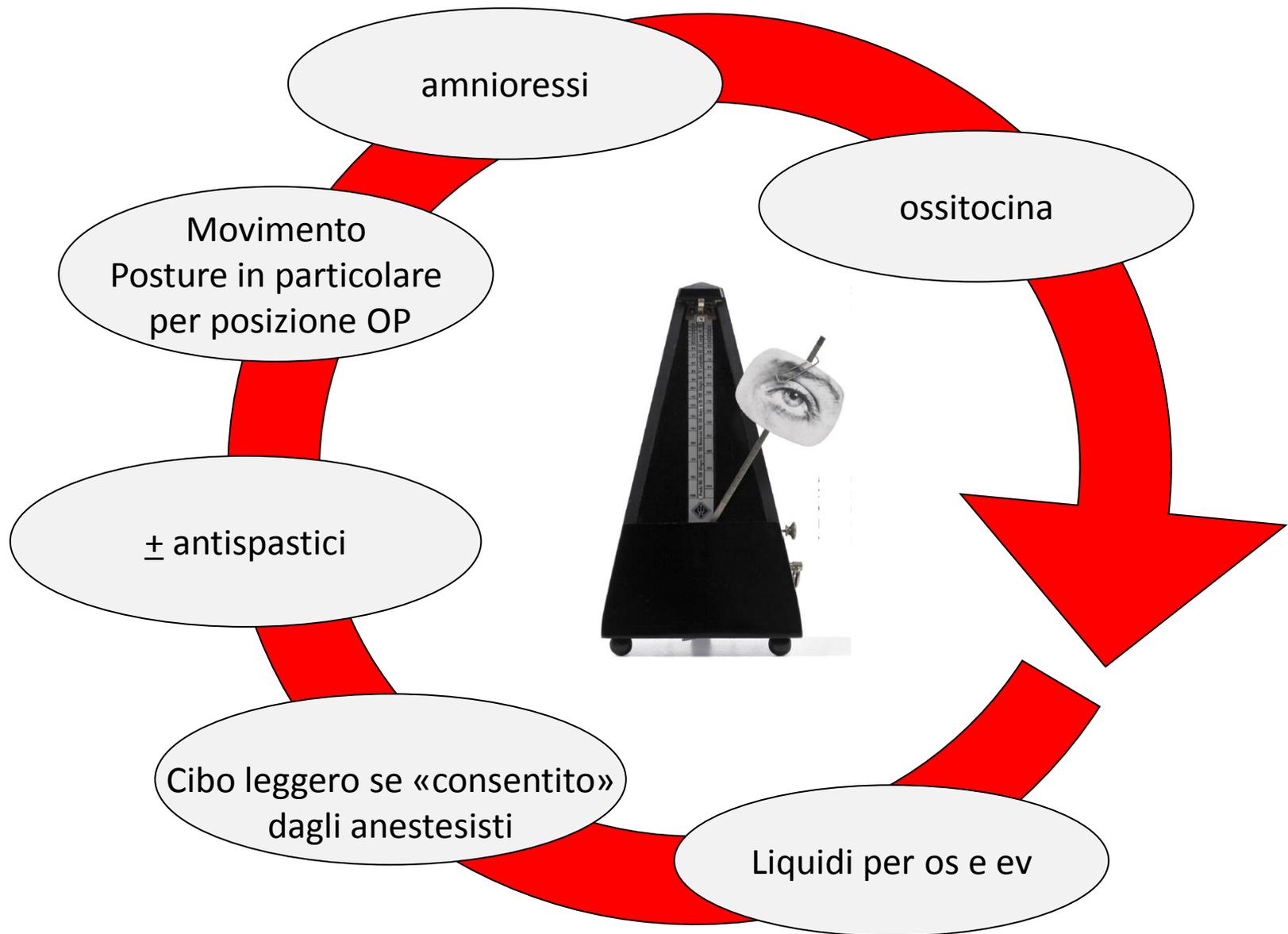
**L'ostetrica cerca di favorire il movimento libero, il cambio di posizione e lo riporta sul tracciato**

In presenza di un rallentamento della dilatazione (velocità di dilatazione  $< 1$  cm/ora) si somministrano antispastici, glucosate, **si procrastina** il più possibile amnioressi e poi ossitocina, o ox a membrane integre e poi amx

# Valutazione clinica in travaglio



# Trattamento del «rallentamento»



4° SCENARIO: MENO DIFFUSO

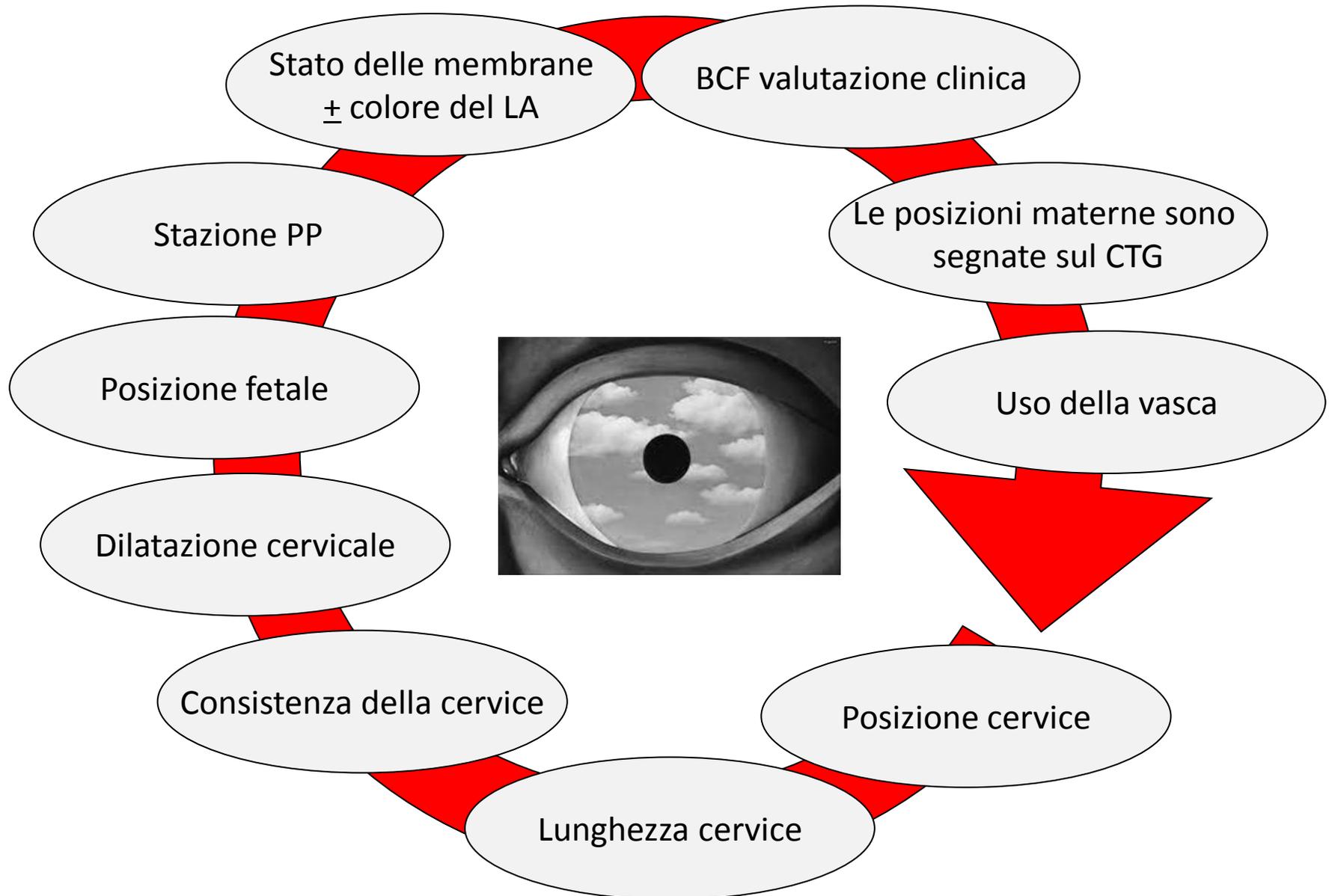
Sul partogramma viene segnalata la visita ostetrica che riporta **la posizione**, lunghezza, consistenza della cervice/**bocca**, la dilatazione cervicale, la posizione fetale, la stazione della parte presentata, sul **BCF** si scrive **valutazione clinica**

La frequenza delle visita è cadenzata **ogni 3-4 ore**

**L'ostetrica cerca di favorire il movimento libero, il cambio di posizione in funzione della posizione fetale e delle caratteristiche del CTG, se è applicato, e lo riporta sul tracciato. E' previsto e segnato uso della vasca**

In presenza di un rallentamento della dilatazione (velocità di dilatazione **< 0.5cm/ora**), si effettua amnioressi e poi ossitocina.

# Valutazione clinica in travaglio



# Trattamento del «rallentamento»



# Spunti di riflessione: cosa non si osserva

- Non si osservano gli stessi **parametri** del **sistema di chiusura**
- Non si osservano gli stessi **parametri fetali**
- Non si segnala **QUASI MAI** lo stato del **segmento uterino inferiore**
- Non viene **MAI** segnata la **morfologia del bacino**
- Non viene **MAI** segnato come elemento clinico lo **stato emotivo** della donna

# Diagnosi distocia 1° stadio



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for  
Maternal-Fetal  
Medicine

Diagnosi	Nuova Definizione
Distocia	<p>La progressione nel primo stadio fino ai 5 cm <b>non</b> deve tanto tenere in considerazione la <b>dilatazione cervicale</b>, <b>ma i cambiamenti</b> nelle caratteristiche della <b>bocca</b> uterina, del <b>SUI</b>, della <b>stazione</b> della parte presentata</p>

# Spunti di riflessione sul trattamento

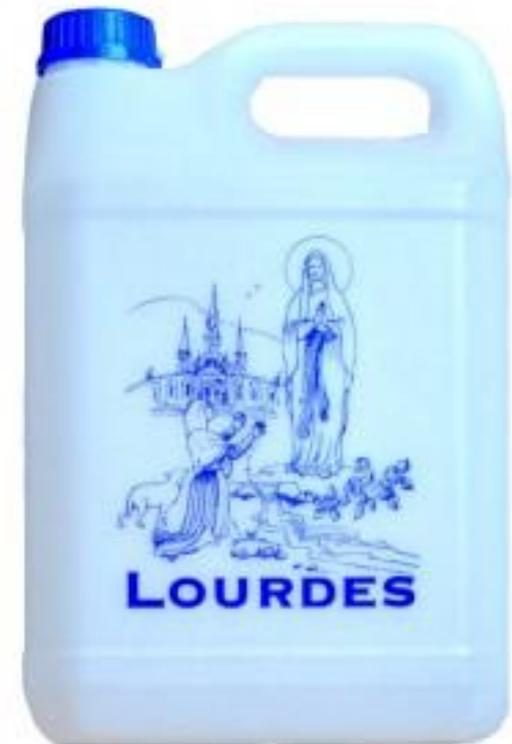
- L'**amnioressi** e l'**ossitocina** sono considerate le **vere procedure correttive** di un rallentamento
- La **distocia psichica** non viene **mai citata** negli audit
- La **capacità di accompagnare/relazionarsi** dell'operatore **non viene considerata** elemento terapeutico

# A proposito di liquidi ev : acqua di Lourdes ??

E' **appropriato** infondere cristalloidi in presenza di **ipotensione materna**, prima di **analgesia epidurale**, se **tachicardia** da febbre e **disidratazione**

**I liquidi ev vengono dati senza risparmio:**

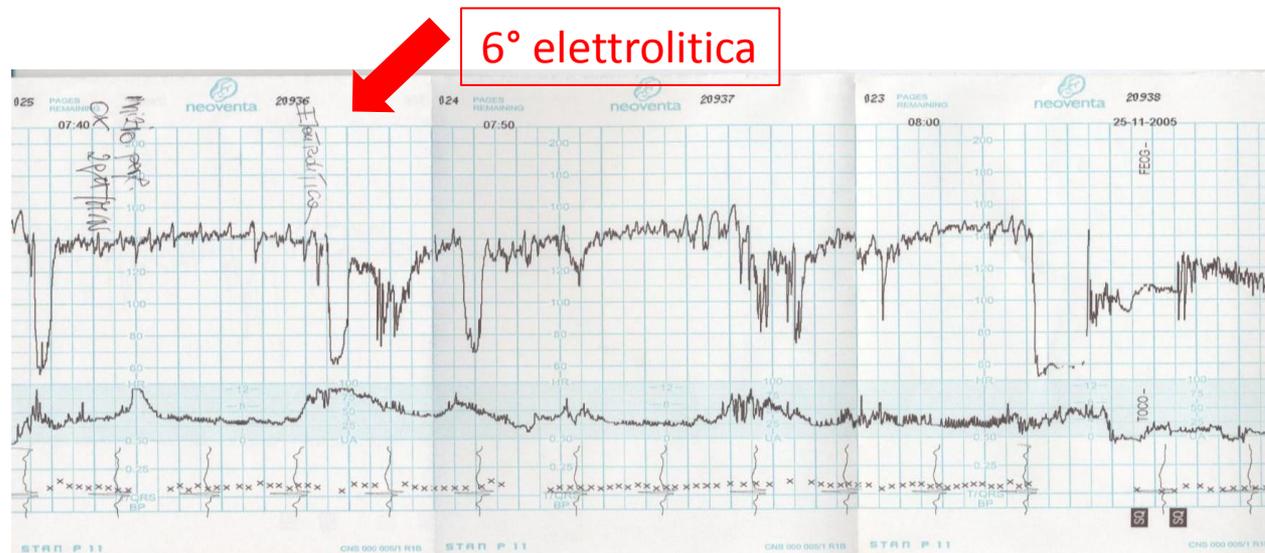
- se il travaglio si allunga
- se presente discinesia
- se presenti decelerazioni
- se FCF ha variabilità ridotta



# A proposito di infusione di liquidi...

Il **CTG normale a termine** è caratterizzato da “**attività ciclica fetale**”. Questa caratteristica garantisce che il feto è **neurologicamente normale** e non ipossico.

In più di un ospedale alla comparsa di variabilità ridotta vengono infusi liquidi ev : si arrivano a infondere **3000 cc per travaglio**



# A proposito di infusione di liquidi...

- ✓ In cartella alla fine del travaglio non si riporta il totale dei liquidi infusi
- ✓ Non viene segnalato il dato ai neonatologi

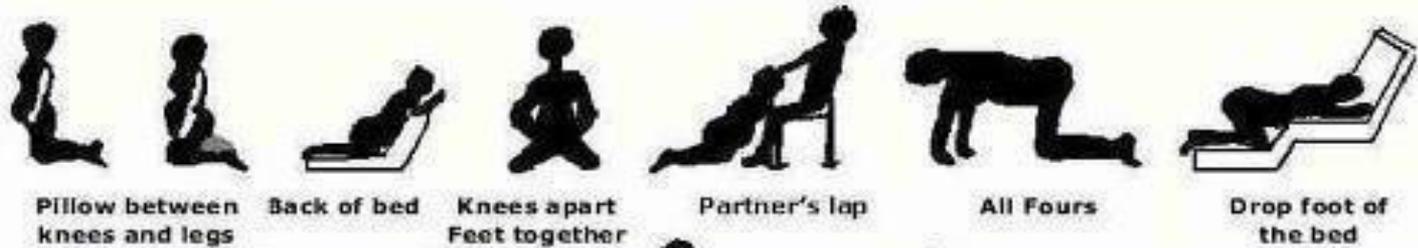


# Spunti di riflessione sulla mobilità

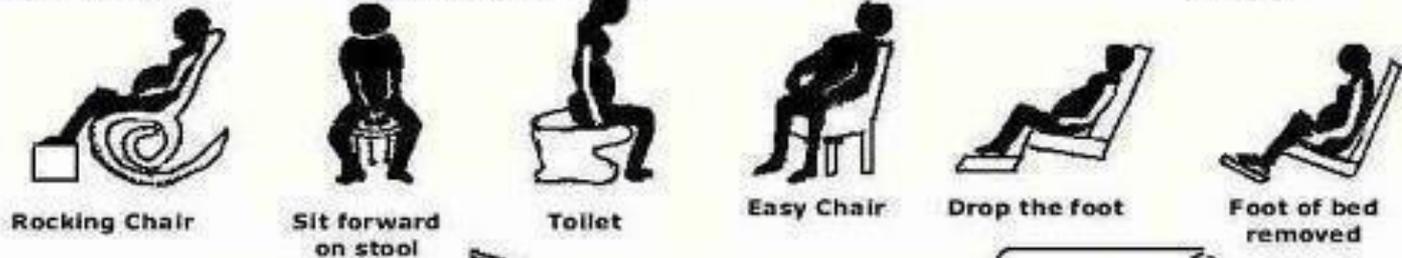
- La **mobilità** della donna è **condizionata SEMPRE** dall'uso improprio del monitoraggio elettronico continuo
- La **mobilità e cambio di posizioni** è suggerita in quanto **considerata utile in sé**, o modulata su posizione fetale, non su stazione della PP, sulle caratteristiche dell'attività contrattile, sullo stato emotivo della donna

# POSITIONS IN LABOR

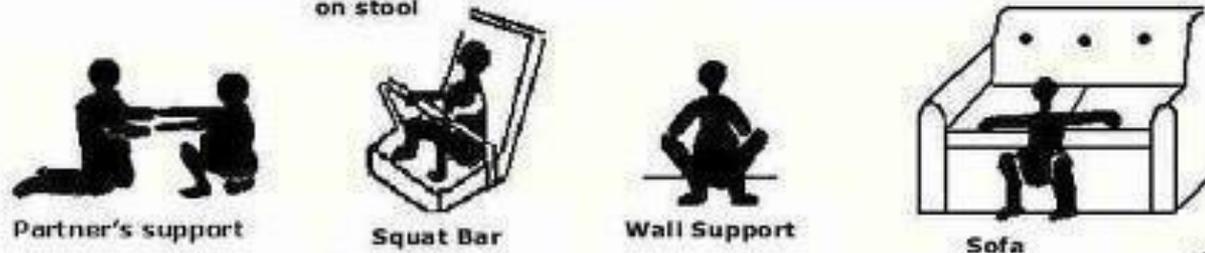
## Kneel



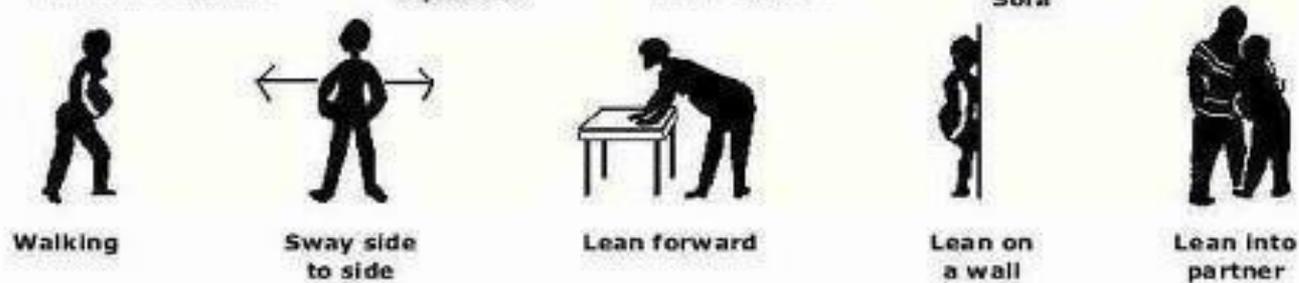
## Sit



## Squat



## Stand



©2005 *Enhancing Birth, Breastfeeding, and Bonding: A Guide to Optimal Childbearing Outcomes*

By Karen Newell

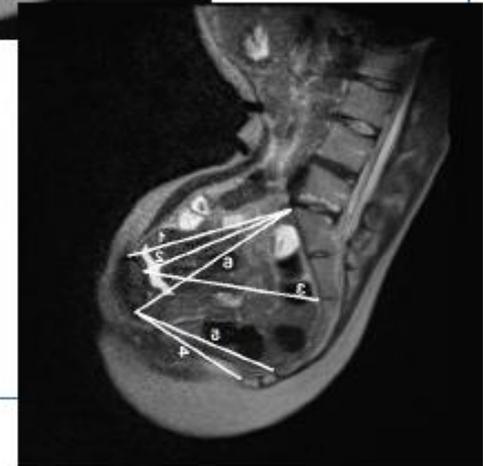
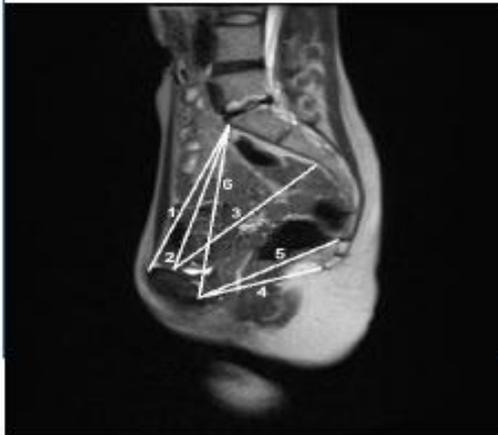
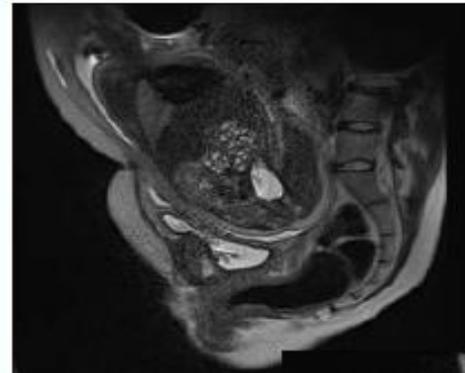
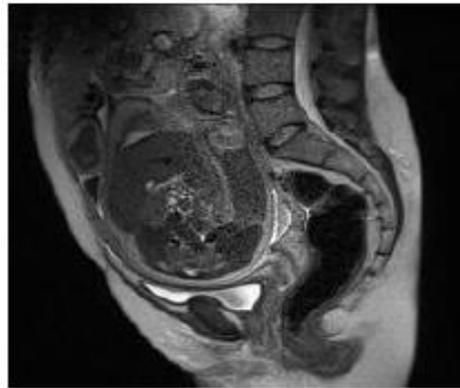
May be distributed for non-commercial use with title and logo.

[Am J Obstet Gynecol.](#) 2014 Dec;211(6):662.

**Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?**

[Reitter A](#)<sup>1</sup>, [Daviss BA](#)<sup>2</sup>, [Bisits A](#)<sup>3</sup>, [Schollenberger A](#)<sup>4</sup>, [Vogl T](#)<sup>4</sup>, [Herrmann E](#)<sup>5</sup>, [Louwen F](#)<sup>6</sup>, [Zangos S](#)<sup>4</sup>.

Pregnant -dorsal supine – all fours position  
Non-pregnant-dorsal supine-all fours position



# Transverse Planes

## MRI Pregnant group

MR pelvimetry	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Diff.	n	P-Value
Pregnant group	Dorsal Supine				Modified Squat						
Bispinous diameter (cm)	12,6	0,65	10,94	13,91	14,5	0,64	11,25	16,30	+1.8	33	0,000000
Bituberous diameter (cm)	13,6	0,93	10,16	15,53	14,5	0,83	11,78	16,20	+0.9	28	0,000000
Anterior angle (degrees)	74	5	60	84	77	4	63	85	+3	35	0,000011

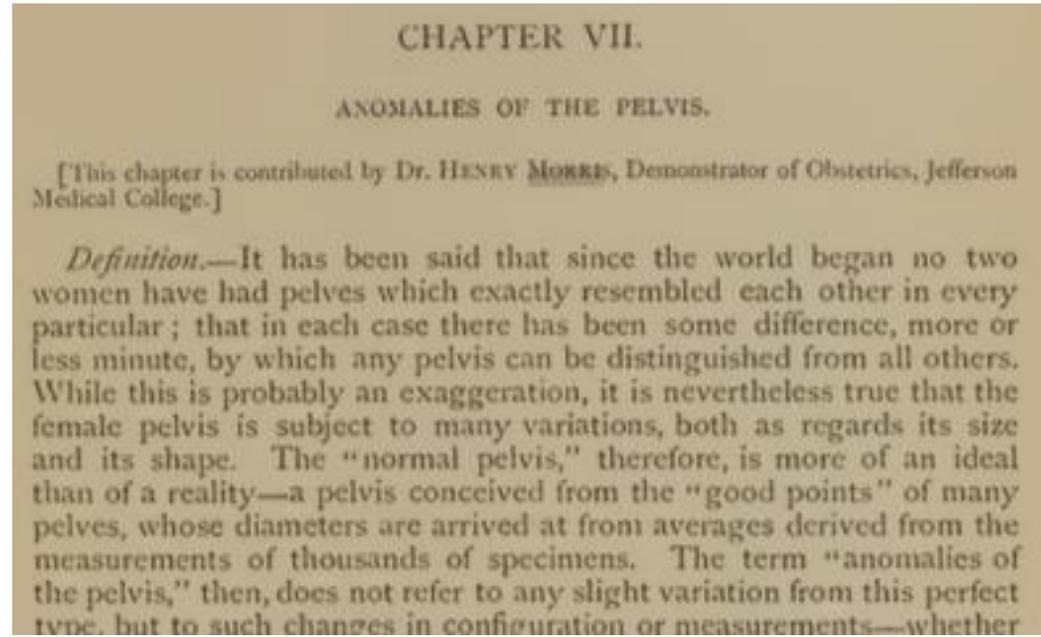
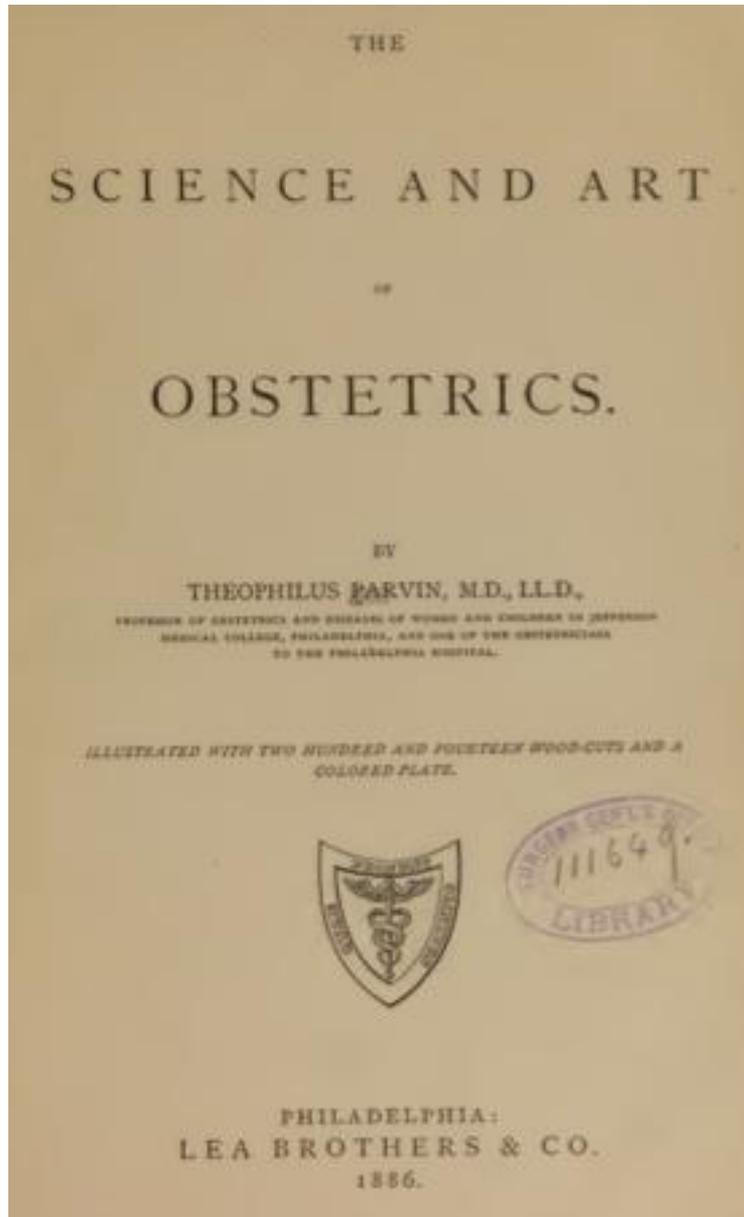
Values are normally distributed by the Skewness Kurtosis test

# A proposito di mobilità: le ricadute

E' importante tenere in considerazione che in ogni posizione assunta la donna può avere:

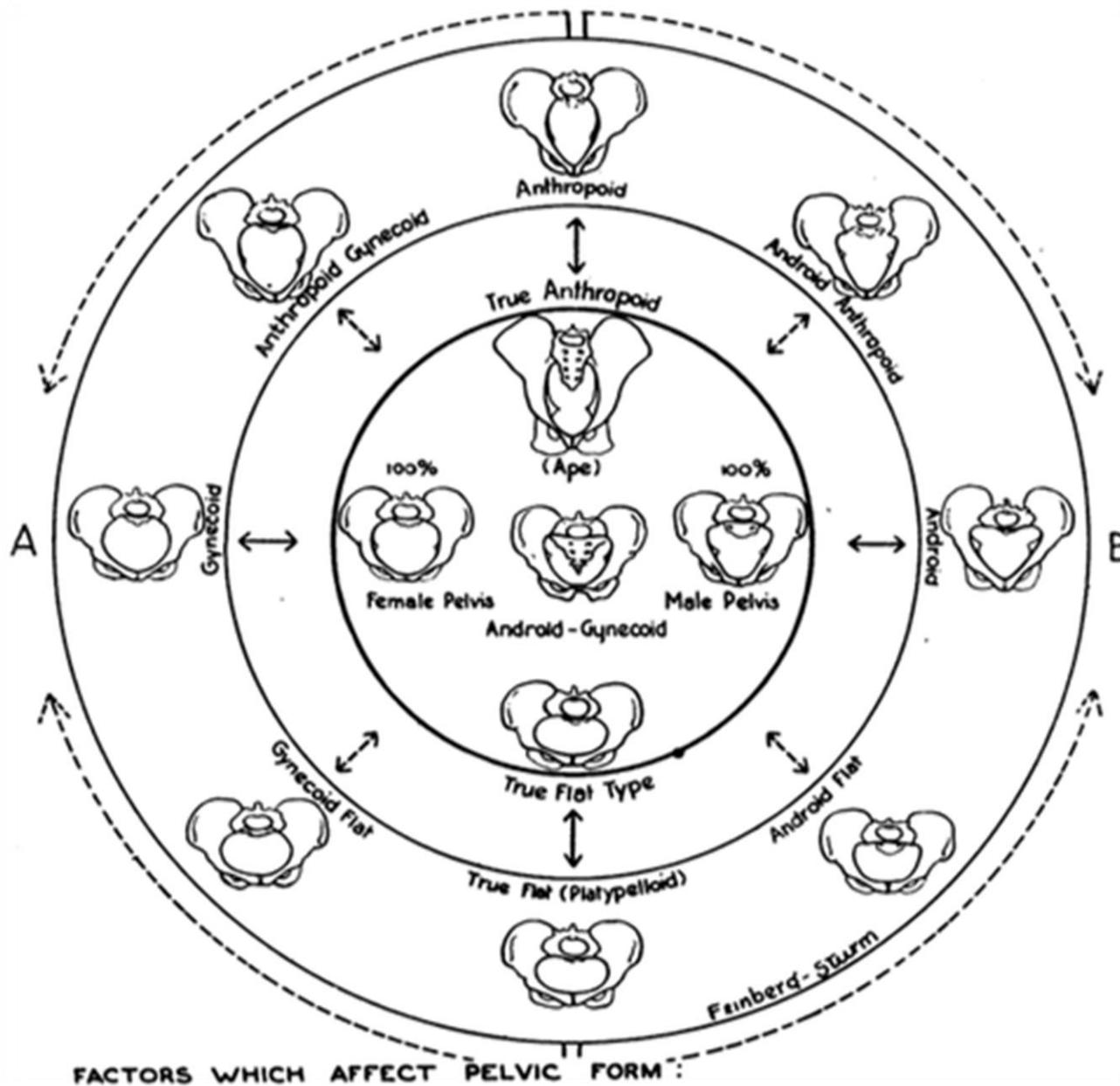
- ✓ sacro **libero** o sacro **bloccato**
- ✓ il bacino può essere in **antiversione** o **retroversione** con effetti diversi nel favorire la progressione della parte presentata
- ✓ le anche/femori possono essere in **pronazione** o **supinazione** con effetti diversi sulla forepelvis

# A proposito di morfologia del bacino



***“E’ stato detto che dall’inizio del mondo non ci sono state due donne con due pelvi identiche ... questa è probabilmente una esagerazione ... ma la pelvi normale è più un ideale che una realtà”***

(Henry Morris, 1886. Traduzione non letterale)



I 4 tipi classici e le forme intermedie secondo Caldwell e Moloy (1938)

Il meccanismo del parto, i suoi tempi possono essere uguali nelle diverse forme del bacino?

# Morfologia bacino e parto

**ANDROIDE** : rotazione interna rallentata  
più frequente OP  
più frequente rallentamento disimpegno

**ANTROPOIDE**: più frequente OP  
posizioni verticali facilitano OP → OA

**PLATIPELLOIDE**: più frequente asinclitismo  
asinclitismo anteriore favorevole  
asinclitismo posteriore sfavorevole

# Osservare e valutare il bacino: le ricadute

- Consente di **promuovere alcune posizioni** rispetto ad altre
- Consente di **modificare** con criterio **le posizioni nel tempo**, con il progredire del travaglio e del parto
- Consente di **modulare i trattamenti ostetrici** : quale massaggio, quando l'acqua, se polarity, etc.
- **Lasciare il tempo «necessario»** affinché il processo si manifesti fisiologicamente
- **Evitare amnioressi** inopportune
- **Evitare** applicazione **ossitocina** inutile

# I fattori che condizionano l'andamento del travaglio-parto: LE 5 P...

- **P**OWER
- **P**ASSAGE
- **P**ASSENGER
- **PSYCHE**
- **P**EOPLE

# Lo stato emozionale della donna

- **Come la donna vive il processo di trasformazione** non viene considerato come elemento da osservare e supportare per favorire eutocia del processo
- È materia di **commenti dietro le quinte**
- **Non viene registrato** sul diario ostetrico

# Lo stato emozionale della donna

- La nostra **«indifferenza clinica»** allo stato **emotivo** della donna si traduce in **semplificazione** degli approcci
- Si tende ad offrire **epidurale se donna è «agitata»**, a promuovere **mobilità se donna è «passiva»**
- Non si è abituati a mettere in discussione **la propria capacità/qualità di relazione di prossimità**

**Saper offrire** una **RELAZIONE DI PROSSIMITA' APPROPRIATA** può :



- Migliorare la frequenza durata intensità **contrazioni**
- Promuovere **l'integrazione nella pausa**
- Stabilizzare la **frequenza cardiaca, respiratoria** della madre
- Migliorare l'**ossigenazione fetale**
- Rendere sopportabile la **percezione dolorosa** della donna
- Equilibrare lo stato **emozionale**
- Attivare **il potenziale individuale del corpo della donna**

Si tratta di mettere gli operatori  
nella condizione di

**APPRENDERE**

**RIPRODURRE**

uno strumento per stabilizzare la relazione di  
prossimità, qualsiasi sia lo stato d'animo, la  
vitalità del momento e di fare in modo che la  
relazione competente faccia parte della

**PROFESSIONALITÀ DELL'OPERATORE**

**Saper incontrare l'altro** è il primo  
atto del processo di **cura**

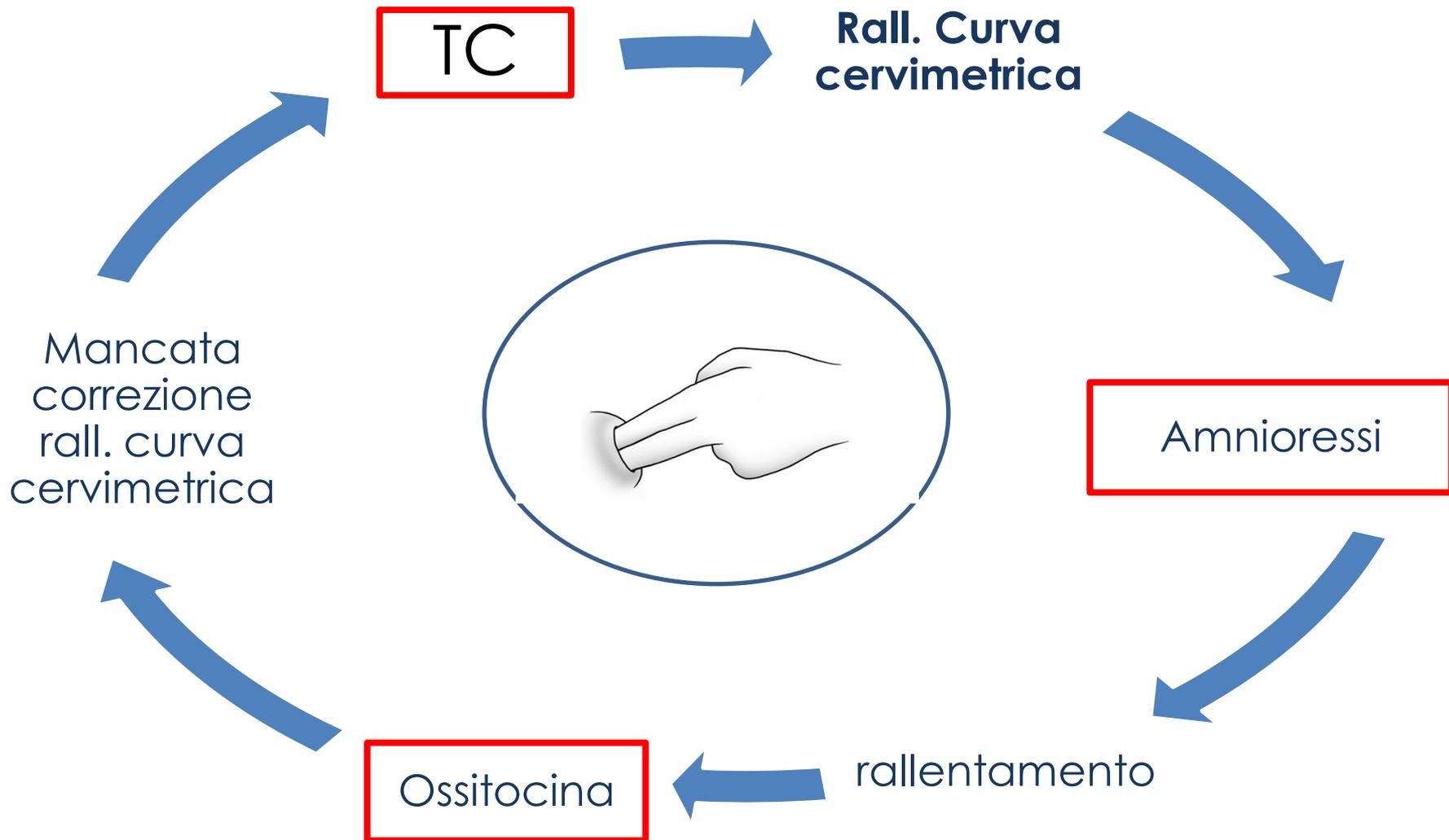
## Saper vedere...

- **Contrazioni e pause**
- **Morfologia del bacino**
- **Posizione fetale**
- Il grado di **ossigenazione fetale**
- Le **manifestazioni del corpo** della donna
- L'espressione **dolorosa** della donna
- L'ambiente **umano e relazionale**



... permette di attuare **SCELTE CLINICHE APPROPRIATE E RIDURRE MEDICALIZZAZIONE INOPPORTUNA**

# La gestione del rallentamento dalla «normalità» in una visione centrometrica

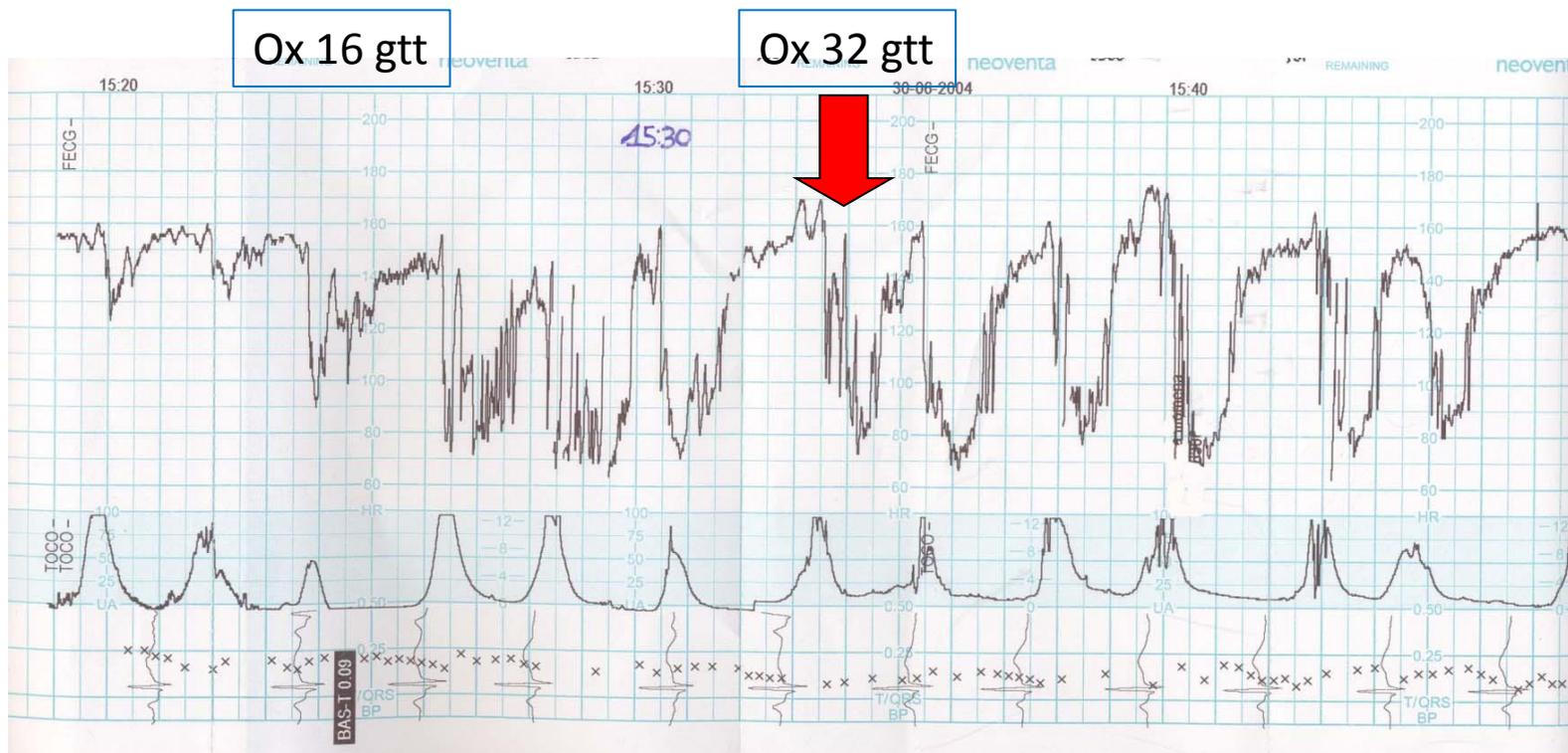


# Ossitocina per accelerare travaglio spontaneo

- ✓ **L'uso dell'ossitocina** in sala parto ha raggiunto **livelli epidemici**, con percentuali d'uso che variano dal **44.5-75%** nelle nullipare e dal **25-40%** nelle pluripare
- ✓ L'ossitocina **sintetica** viene considerata “naturale”, perché **sul piano chimico è uguale** a quella **endogena**
- ✓ Il **trattamento attivo di Dublino** (55% d'uso di ox) comportava **solo il 5% di TC**

# Ossitocina per accelerare travaglio spontaneo: troppi rischi per troppi pochi benefici *Steer 2014*

L'associazione tra uso dell'ossitocina, iperstimolazione uterina, distress fetale ed **esiti avversi neonatali** è ben riconosciuta, ma...

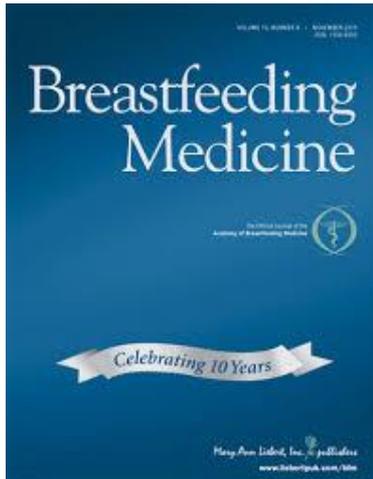


# Ossitocina per accelerare travaglio spontaneo: troppi rischi per troppo pochi benefici *Steer BJOG 2014*

- Nel 71% dei casi di **asfissia intrapartum** legata a **malpractice** è implicato **uso incauto di ossitocina**
- La Cochrane review (2013) su 8033 donne ha evidenziato che l'uso dell'**ossitocina non riduce** ricorso a **TC per distocia** e **riduce** globalmente di **1.3 ore** la lunghezza del **travaglio**

E' quindi discutibile l'affermazione di Michael Robson  
« **non usare l'ossitocina nelle nullipare per rinforzare il travaglio si tradurrà inevitabilmente in un aumento della lunghezza dei travagli e in un aumento dei parti operativi** »

# Ossitocina e allattamento

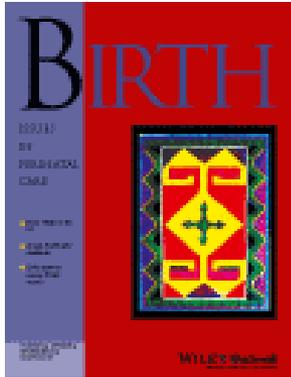


[Breastfeed Med.](#) 2015 May;10(4):209-13

## **Intrapartum synthetic oxytocin reduce the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding.**

[Marín Gabriel MA<sup>1</sup>](#), [Olza Fernández I](#), [Malalana Martínez AM](#), [González Armengod C](#), [Costarelli V](#), [Millán Santos I](#), [Fernández-Cañadas Morillo A](#), [Pérez Riveiro P](#), [López Sánchez F](#), [García Murillo L](#).

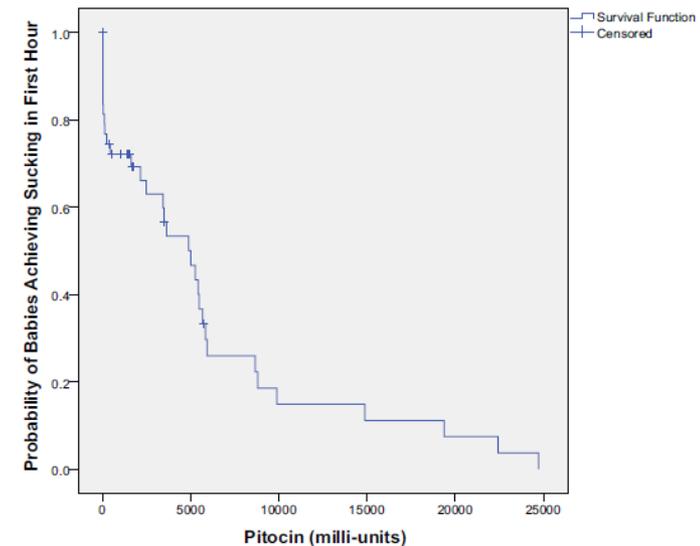
**Risultati:** Nel gruppo sottoposto a Syntox l'attivazione di tutti i riflessi ritmici, il riflesso antigravitario, e la totalità dei riflessi primitivi neonatali è risultato inferiore rispetto al gruppo non sottoposto a Syntox. La correlazione non è risultata essere dose dipendente.

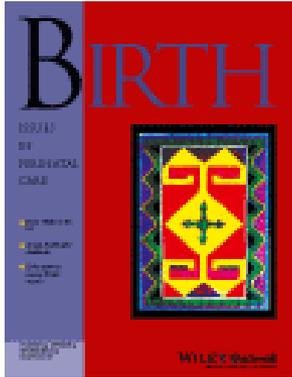


## The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth

*Kajsa Brimdyr, Karin Cadwell, Ann-Marie Widström, Kristin Svensson, Monica Neumann, Elaine A. Hart, Sarah Harrington, and Raylene Phillips*

**Risultati** E' stata evidenziata una forte correlazione inversa tra la quantità e durata di fentanyl epidurale e la quantità di ossitocina sintetica e la capacità di suzione durante la prima ora dopo un parto vaginale.





## Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum.

[Gu V](#)<sup>1</sup>, [Feeley N](#)<sup>2</sup>, [Gold I](#)<sup>3</sup>, [Hayton B](#)<sup>4</sup>, [Robins S](#)<sup>4</sup>, [Mackinnon A](#)<sup>1</sup>, [Samuel S](#)<sup>1</sup>, [Carter CS](#)<sup>5</sup>, [Zelkowitz P](#)<sup>4</sup>.

**Risultati** Le donne che proseguivano allattamento esclusivo a 2 mesi dopo la nascita avevano ricevuto un quantitativo significativamente inferiore di Syntox rispetto alle donne che non allattavano al seno in modo esclusivo. Maggiori dosi di Syntox sono risultate correlate con maggiore depressione, ansia, e sintomi somatici. La dose di Syntox non è risultata correlata a stress post traumatico perinatale .

In un travaglio spontaneo l'utilizzo dell'ossitocina non dovrebbe superare il **5% dei casi**

9° CONVEGNO iris

# “GUARDARE VICINO, VEDERE LONTANO”

Ogni nostra azione ha ricadute  
nell'esperienza presente  
e nel futuro

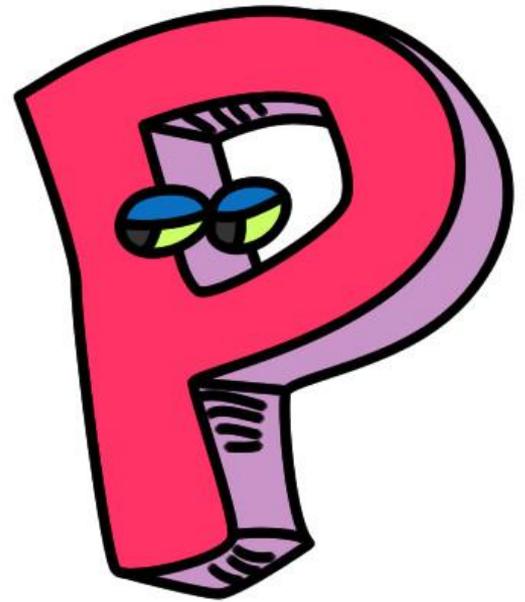
**Di fronte alla donna: osservare,  
valutare COME agire**

Anita Regalia

# Piano assistenziale per un rallentamento del travaglio

- **PROBLEMA** rallentamento / arresto della progressione  
⇓
- **DIAGNOSI** considerare le possibili cause  
⇓
- **PRIMO APPROCCIO** **interventi ostetrici per rigenerare la fisiologia**  
**lasciare il tempo necessario alle trasformazioni**  
⇓
- **RISULTATO** miglioramento ⇒ parto vaginale  
nessun cambiamento  
⇓
- **SECONDA ISTANZA** **interventi ostetrici medici**  
⇓
- **ESITO** parto vaginale  
persistenza dei problemi ⇒ TC

**SUPER**



# dopo **LE 5 P...**

- **P**OWER
- **P**ASSAGE
- **P**ASSENGER
- **P**SYCHE
- **P**EOPLE

# LE 6 P

per ricordarsi cosa valutare se il travaglio non progredisce

**P REMINDERS**  
Maximising mothers' opportunities for a natural birth



 <p><b>PEOPLE</b></p> <p>Chi è presente? Cosa sta facendo?</p> <p><b>PENSA</b> piano fisico, emotivo, sociale, culturale, relazionale</p>	 <p><b>PLACE</b></p> <p><b>PENSA</b> L'ambiente Le dinamiche I meccanismi per promuovere un parto spontaneo</p>	 <p><b>POSITION</b></p> <p>La donna si sta muovendo? Se no, perché? Cambia supporti, confort, ottimizza posizioni . Valuta il bacino</p>
 <p><b>POTENTIAL</b></p> <p>Stai facendo tutto quanto è possibile per massimizzare il potenziale della donna? Se no, cosa ti frena?</p>	 <p><b>PREFERENCE</b></p> <p>Stai rispettando i bisogni e le preferenze materne? Tieni presente che questi cambiano nel tempo</p>	 <p><b>PROHIBIT</b></p> <p>Ci sono fattori inibenti? Della donna? Tuoi?</p> <p><b>PENSA</b> PAURA, STRESS, ENERGIA, MOBILITA', etc.</p>

www.birthsparks.com (c) 2015

Promuovere modalità di  
cura sensibili alle  
**caratteristiche individuali** di  
chi assistiamo e nella  
consapevolezza che **ogni  
nostro atto è relazione**

# GUARDARE - VEDERE

Quando **guardiamo** possiamo essere presenti solo come **osservatori distaccati**, si può guardare senza prendere posizione.

Prendere una posizione significa essere in grado di **vedere** pienamente tutto **ciò che caratterizza** una determinata **situazione**, **vedersi** nel **contesto** e sentirsi **implicati**.



# GUARDARSI - VEDERSI

**Guardarsi** può significare anche preservarsi e **difendersi** (es. guardarsi dalle conseguenze legali).

Nel **vedersi** c'è movimento che ci fa andare **oltre** l'apparenza di noi stessi.

