



Il Lavoro di squadra in  
Sala Parto  
Il Ruolo dell'Ostetrica

# Il Sant' Anna.....



**Il Percorso del Gruppo delle Ostetriche del  
Sant' Anna di Ferrara**

Come eravamo....



Come siamo....



Come siamo..

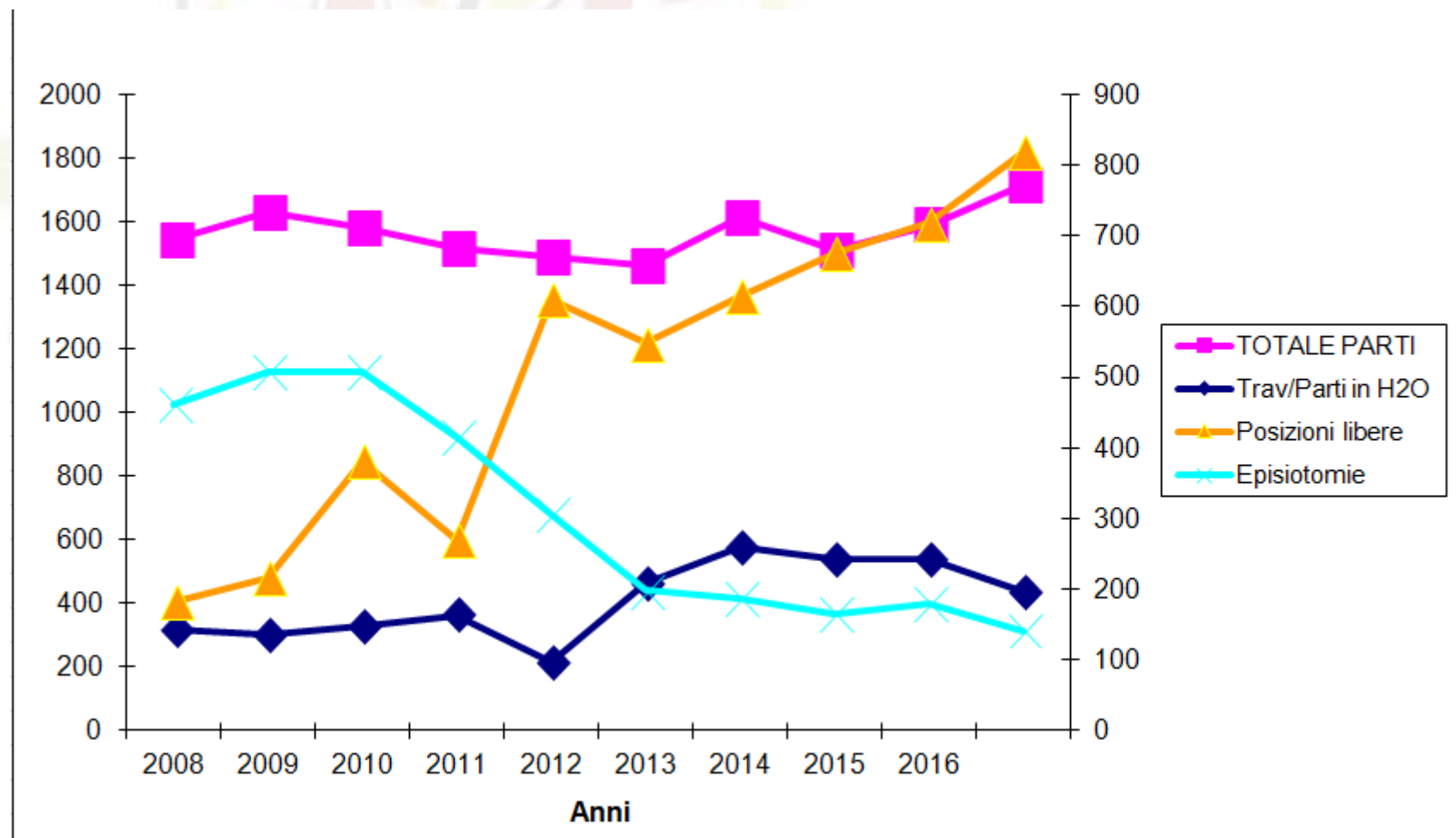




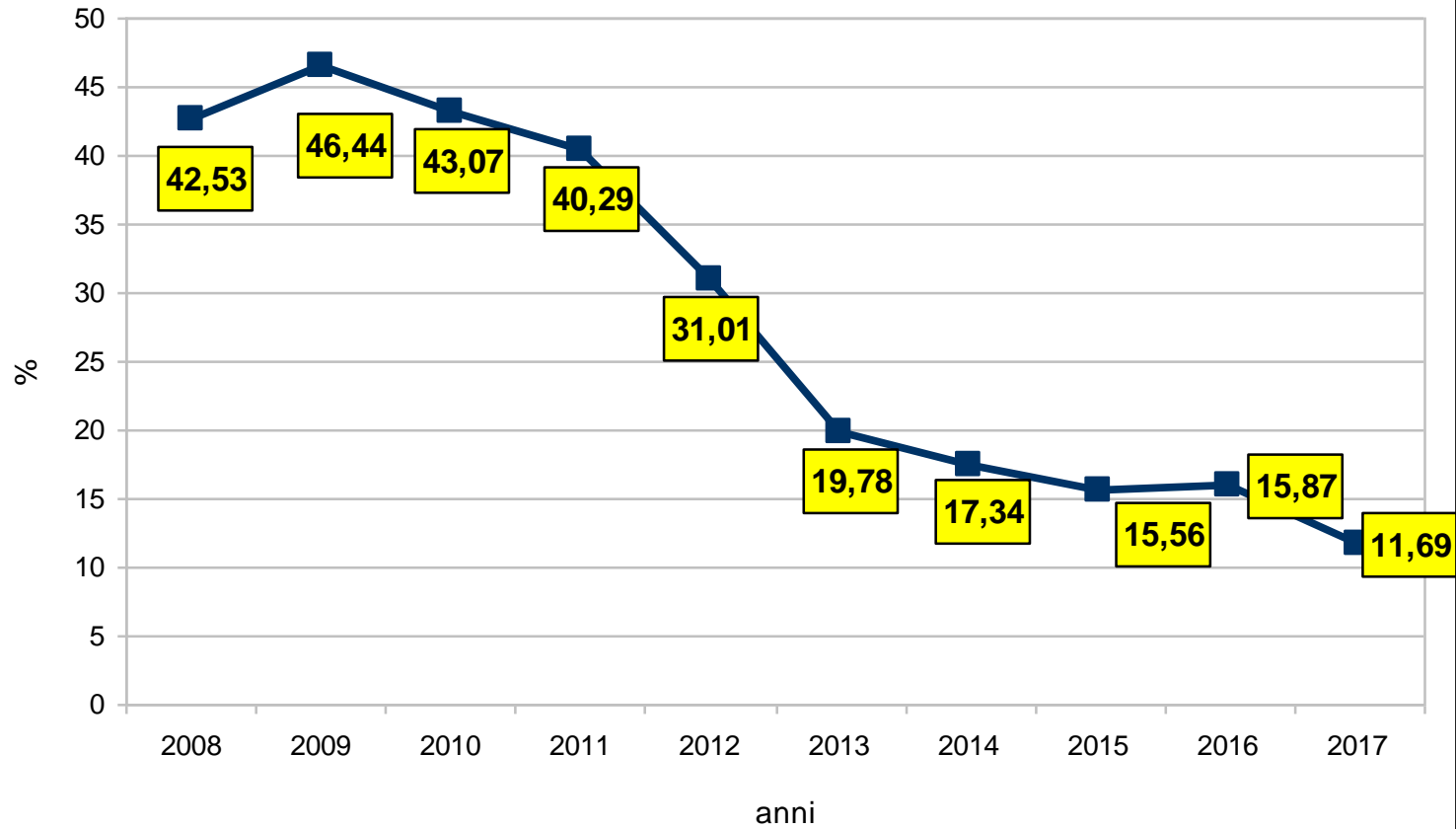
ANNO	TOTALE PARTI	Travagli /Parti in Acqua	Posizioni libere	Episiotomie
2008	1542	320	182	461
2009	1630	300	217	508
2010	1582	327	382	508
2011	1514	364	269	415
2012	1487	216	610	307

### **Trasferimento a CONA giugno 2012**

2013	1464	466	548	198
2014	1614	577	615	188
2015	1512	539	676	166
2016	1589	539	718	179
2017	1715	436	819	142



## TASSO DI EPISIOTOMIE





Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento

## Simulazione emergenze OSTETRICHE

Simulatore Noelle





## Percorso implementazione funzione di assistenza all'Anestesia per le Ostetriche



# Per le Ostetriche da sempre ci sono "MOMENTI PER CRESCERE"



 Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Cura della persona,  
Salute e Welfare

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
FERRARA - EMILIA ROMAGNA

CONVEGNO REGIONALE

L'allattamento al seno in  
Regione Emilia-Romagna

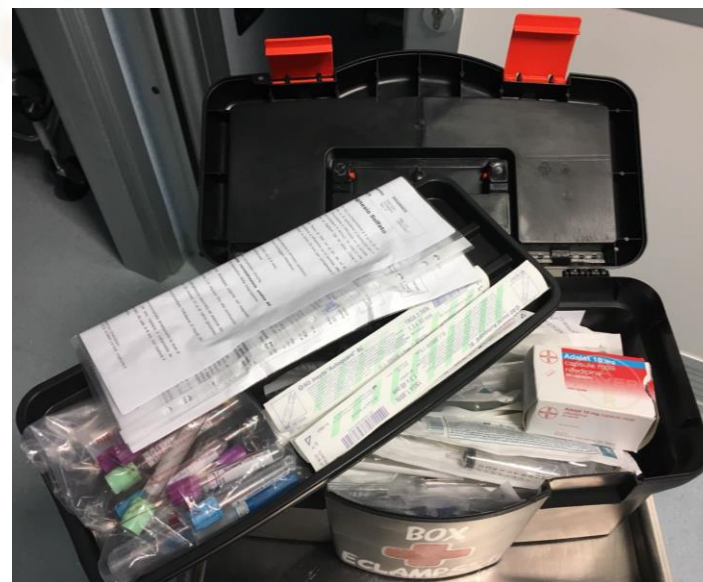
Sabato 30 settembre 2017



**PRESA IN CARICO DEL NEONATO  
SANO DA PARTE DELL' OSTETRICA  
DALLA NASCITA ED IN PUERPERIO  
PRESSO L' AZIENDA OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA DI FERRARA**

*Gruppo Ostetrico e  
Unità Operativa di Neonatologia e  
Terapia Intensiva Neonatale AOSPFE*

*Corso di Laurea in Ostetricia  
Università degli Studi di Ferrara*



# Parlando di nascita.....L'Ostetrica



- Ha una visione olistica della nascita
- Entra nell'equipe come facilitatore dei processi comunicativi e decisionali tra tutti i membri (Ginecologo, Anestesista, Neonatologo)
- Supporta in modo autonomo la naturalità e la fisiologia della nascita
- Offre continuità nell'assistenza e nella presenza
- Educa e informa le donne per permettere

**SCELTE INFORMATE E CONSAPEVOLI**

# Il Dolore dal punto di vista dell'Ostetrica

L'esperienza del dolore del parto non è riducibile alla semplicistica trasmissione di uno stimolo nervoso, è una questione molto più complessa, è l'effetto di un insieme di fattori fisiologici e psichici, coinvolge la maggior parte delle strutture deputate ai processi sensoriali, emozionali, cognitivi, espressivi, istintuali e motori

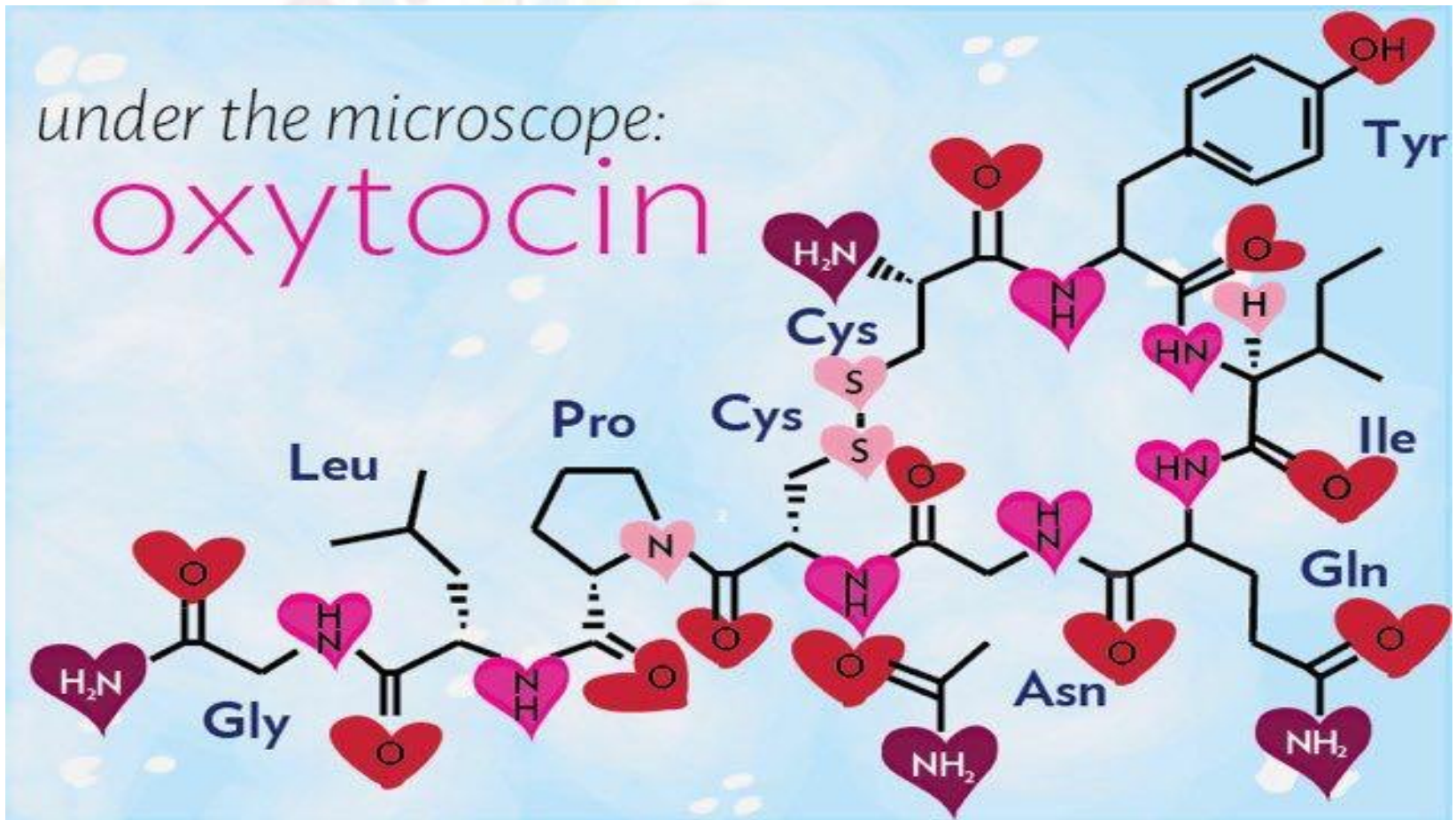
Il *dolore fisiologico* protegge **l'integrità psicofisica** della donna inducendo comportamenti e posture consone al corretto posizionamento del feto, alla sua flessione e alla progressione nel canale del parto.

Il *dolore fisiologico* protegge **l'integrità psicoemotiva** della partoriente in quanto gli ormoni derivanti dalla Propiomelanocortina (POMC) (endorfine, encefaline, dinorfine, ACTH e Melanotropina) permettono l'inibizione dell'attività neocorticale, a cui consegue la riduzione dell'ansia, la cessazione della paura, il raggiungimento dello stato alterato di coscienza, funzionale all'espletamento del parto. L'attivazione parasimpatica che controbilancia il sistema di attacco o fuga nel travaglio sostiene e promuove gli ormoni della lattazione (OX e PRL) e le B endorfine, cocktail ormonale responsabile del senso di benessere, autostima e competenza nella gestione del neonato.

*Le Ostetriche sentono il bisogno di promuovere una cultura che valorizzi il contributo del dolore nella fisiologia del processo travaglio e parto spontaneo eutocico.*

under the microscope:

# oxytocin



Durante il travaglio di parto, il dolore intermittente delle contrazioni uterine mette la donna in una condizione di stress contenuto e intermittente, quindi induce la produzione di catecolamine, le quali, rilasciate in modo ritmico, provocano una risposta ossitocica e stimolano contemporaneamente la produzione di endorfine, innescando un graduale aumento dell'attività contrattile e una crescente capacità di tolleranza al dolore.

Che cosa avviene a livello neuroendocrino se per qualche motivo lo stimolo stressogeno fisiologico del travaglio - **eustress** - non viene più tollerato? Accade che i meccanismi di risposta allo stress non riescono più a mantenere la bilancia orto e parasimpatica del travaglio e la donna va incontro ad un **distress**.

L'omeostasi può essere persa in due direzioni: la donna entra in distress quando le pressioni e gli stimoli sono eccessivi, traumatici o improvvisi (induzione del travaglio, frequenti visite vaginali, attività contrattile ipercinetica...) oppure quando non è più in grado di attivare i suoi meccanismi di adattamento adeguati alla situazione e non può più interagire con l'ambiente in modo attivo per motivi personali e/o sociali.

A ciò segue un innalzamento dei livelli di cortisolo, inibizione delle endorfine e attivazione della reazione di attacco - fuga che determina la sospensione del meccanismo riproduttivo per sopravvivenza.

Ma quando l'equilibrio naturale si altera?



**LAVORO  
DI  
SQUADRA**

# FATTORI CHE AUMENTANO IL DOLORE DEL PARTO

- Tensione, paura
- Esperienze e racconti negativi sul dolore
- Aspettative negative verso il dolore
- Ambiente estraneo e/o cortico-stimolante (luci accese, porte aperte, confusione, ecc..)
- Interferenze non autorizzate dalla donna
- Passività, delega
- Assenza di sostegno
- Medicalizzazione del parto
- Contratture a livello periferico (muscolare, dei legamenti)
- Tensione del segmento uterino inferiore
- Ipertono uterino
- Soglia bassa del dolore
- Mancanza di movimento libero
- Posizioni innaturali ed antifisiologiche (litotomica)
- Scarso legame endogeno con il bambino
- Mancanza di rilassamento nelle pause
- Allontanamento del bambino dopo la nascita

# FATTORI CHE RIDUCONO IL DOLORE DEL PARTO

- Motivazioni ed aspettative realistiche verso il dolore della nascita
- Sostegno del partner o altre figure di fiducia
- Ambiente sedativo, intimo
- Buon legame endogeno con il bambino
- Preparazione psicofisica alla nascita
- Rispetto dei ritmi individuali
- Espressione comportamentale e verbale libera
- Conduzione ostetrica conservativa, protettiva, rispettosa
- Soglia alta del dolore
- Movimento libero
- Tono uterino eutocico
- Bacino mobile
- Posizioni libere e fisiologiche
- Vasca con acqua calda, massaggi, applicazioni calde
- Rilassamento profondo nelle pause
- Accoglimento del bambino dopo la nascita

# Offerta Ostetrica

- Cura del comfort - Rispetto della privacy - Offerta di bevande o cibi adatti
- Sostegno emotivo / relazionale.

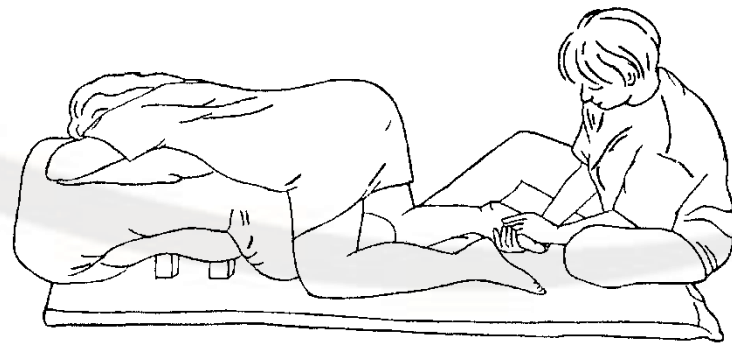
La presenza in travaglio di una persona di sostegno riduce, in misura statisticamente significativa la frequenza con la quale si ricorre a trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore e il numero di parti operativi.

- Utilizzo di tecniche di rilassamento e respirazione (Aromaterapia Musicoterapia)
- Applicazioni caldo/umide o fredde
- Massaggio
- Movimento e libere posizioni
- Travaglio e parto in acqua

# Massaggio e contatto fisico

Questi interventi possono essere costantemente offerti, sulla base del gradimento della partoriente, visto che non è ipotizzabile alcun effetto indesiderato. *Il massaggio da parte del partner* riduce ansia, dolore, durata del travaglio e del ricovero. Può ridurre contratture dorsali e lombari.

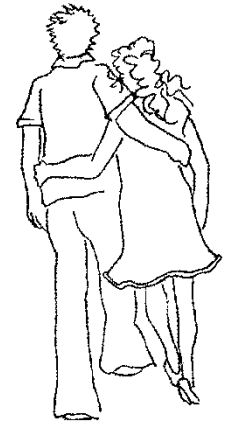
Anche la contropressione riduce lo stimolo doloroso. Consiste in una costante e intensa forza applicata nella parte bassa della schiena.



# Il Movimento

In fase Prodromica è indicato il **Movimento** in compagnia della persona di fiducia in spazi più ampi fuori dalla sala parto, alternato a momenti di riposo in poltrona e al letto con la possibilità di dialogo con familiari.

Il movimento e il movimento ritmico generano cambiamenti nelle articolazioni del bacino, riducono il dolore lombare, soprattutto se ci si dondola, se si ruota il bacino o si appoggia un piede su di uno sgabello o una sedia. Queste azioni facilitano la regolarizzazione dell'attività contrattile, la produzione ormonale necessaria per il travaglio, la riduzione dello stress, l'attivazione sociale (organizzazione familiare, condivisione dell'evento)



# Posizioni pro gravità

- 🌀 Eretta
- 🌀 Camminando
- 🌀 Dondolando
- 🌀 Appoggiate al partner
- 🌀 Sedute
- 🌀 Semi sedute
- 🌀 Sedute appoggiate ad un supporto
- 🌀 Accovacciate
- 🌀 Asimmetriche



# Posizioni neutre

I. Supina

II. Laterale destra e sinistra

III. A carponi

IV. Inginocchiata



## Posizioni contro gravità

Genupetturale

# Genupetturale



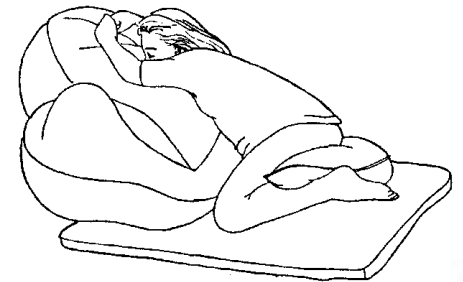
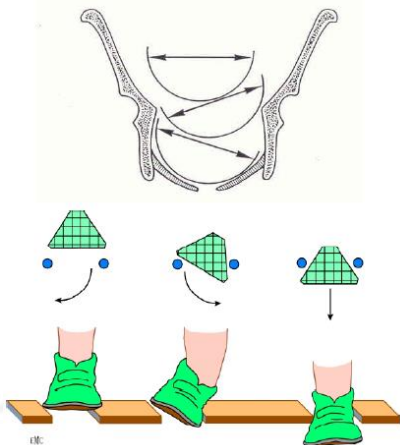
- E' indicata in caso di prolasso del funicolo , prevenendo la sofferenza fetale,
- se la gravida ha un prematuro desiderio di spingere,
- dà sollievo alla zona lombare ed in presenza di emorroidi.
- In presenza di una cervice edematosa, resistente o di un bordo anteriore edematoso
- Se viene mantenuta per 30-40 minuti, prima dell'impegno dell'estremo cefalico, favorisce la flessione della parte presentata.
- E' una posizione stancante, soprattutto per le braccia e per le ginocchia che sostengono il peso del corpo. Per questo dovrebbero essere utilizzati supporti come più cuscini da porre al di sotto del torace materno

# Postura come terapia

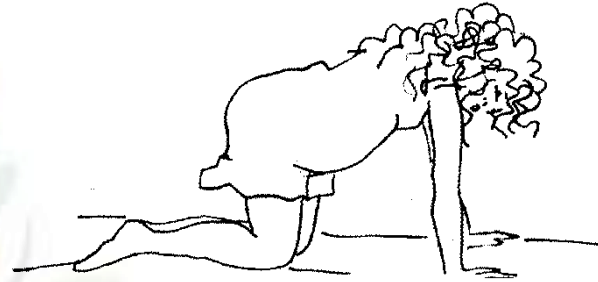
Correzione della malposizione fetale

- **Accentuato Asinclitismo** : (antero/posteriore- latero/laterale)  
la gravida durante la contrazione solleva e avvicina l'addome o si appoggia ad un sostegno

1. Allinea il feto nel canale del parto, rendendo più efficace l'azione propulsiva delle contrazioni,
2. Riduce il dolore lombare da posizione posteriore,
3. Sfrutta la gravità,
4. Particolarmente indicato in casi di forte lordosi lombare, addome pendulo, grande pluriparità.



Dopo 10 minuti nella posizione a quattro zampe (mani -ginocchia) si ottiene una minore probabilità di avere posizioni trasverse o posteriori della parte presentata rispetto alla posizione seduta con controllo ecografico.



Non sono stati riportati altri esiti perinatali o materni.

Il dolore persistente alla schiena si riduce significativamente, e si correla alla minore incidenza di parti operativi e Apgar basso al 1° minuto

# Nutazione, Contronutazione e retropulsione del coccige

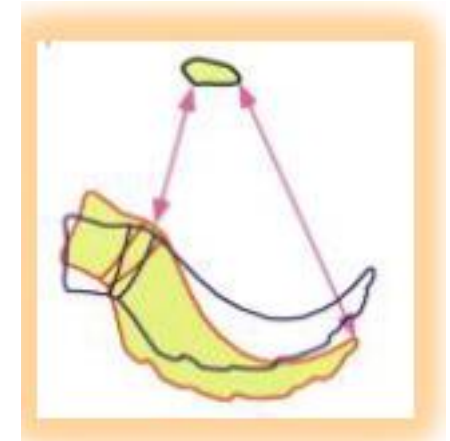
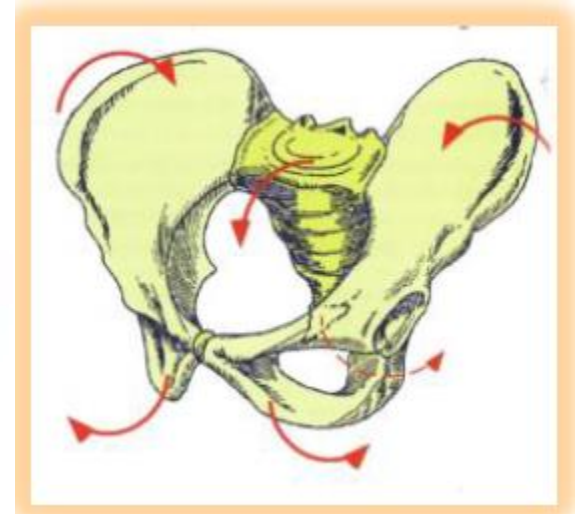
- Aumentano i diametri dell'egresso pelvico.
- Allinea l'asse di impegno con l'asse delle contrazioni uterine.

Impegno: **CONTRONUTAZIONE**

- Favorisce impegno P.P.
- Facilitata con la donna in piedi sulle punte e gambe strette
- iperestensione cosce(Scipione Mercurio)

Disimpegno: **NUTAZIONE**

- Favorisce rotazione, progressione e disimpegno P.P.
- Aumenta diametro S.I. donna gravida per iperlordosi fisiologica

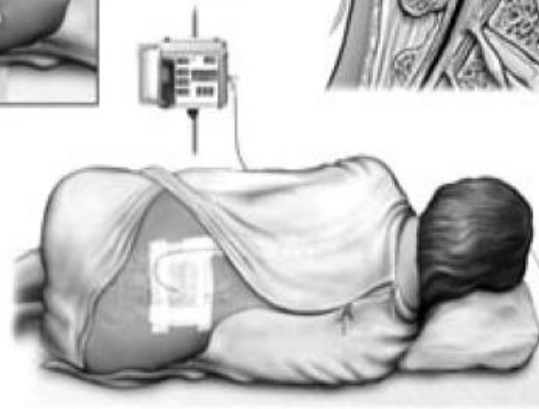


# L'Ostetrica e la Partoanalgesia



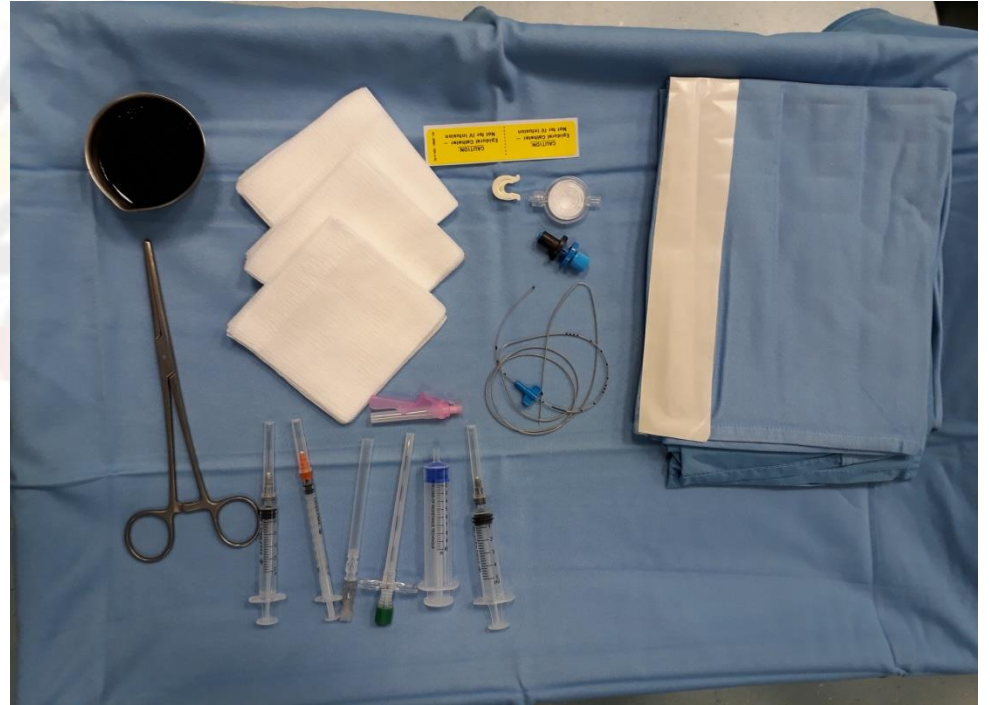
Catetere

Spazio  
epidurale



# ASSISTENZA PRE-TECNICA

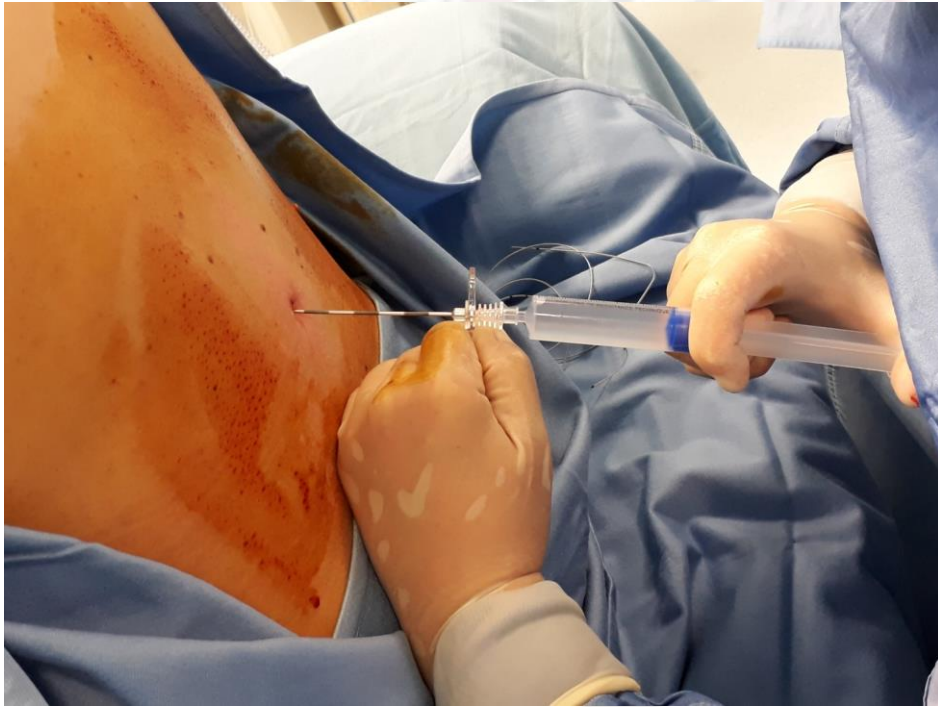
- Controllo completezza della documentazione necessaria in cartella (esami recenti, consulenza anestesiologicala con consenso informato)
- preparazione fisica (accesso venoso, infusione liquidi prescritti, ecc) e valutazione del benessere materno (controllo parametri vitali, ecc), svuotamento vescica
- valutazione del benessere fetale (CTG)

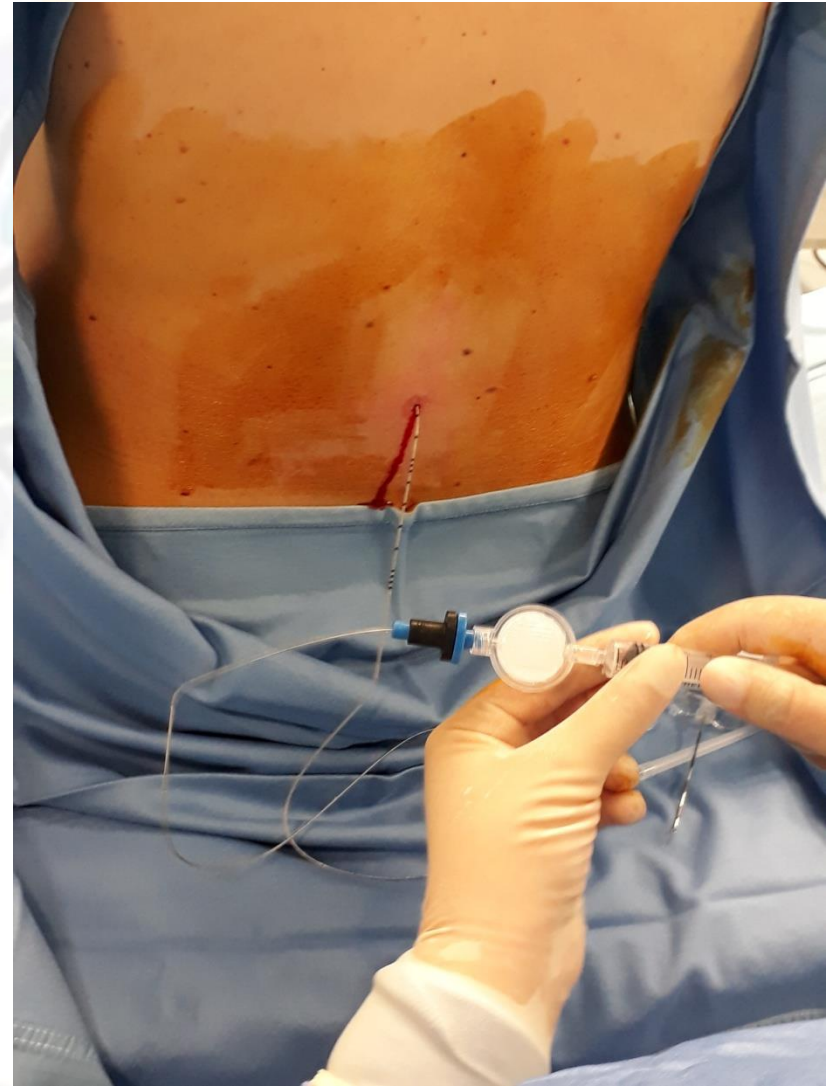


# ASSISTENZA DURANTE LA TECNICA:

- collaborazione nella preparazione del materiale occorrente (kit, farmaci, materiale, ecc)
- allestimento della sala operativa (apparecchiature elettromedicali, luci, lettino, ecc..)
- monitoraggio materno (mantenimento infusione, controllo parametri vitali, sostegno al controllo del dolore, ecc) e fetale (CTG o BCF ad intermittenza)
- mantenimento della posizione con collaborazione di altri professionisti
- collaborazione al buon fine dell' esecuzione della tecnica
- collaborazione al fissaggio del cateterino
- collaborazione alla valutazione del controllo degli arti inferiori
- mobilizzazione della paziente in collaborazione con il personale di supporto







# ASSISTENZA POST-TECNICA

## In travaglio

- Scarico/registrazione dell'uso di stupefacenti
- ripristino in sala dei farmaci e del materiale utilizzato
- Garantire ONE-TO-ONE
- controllare la pressione arteriosa ogni 5 minuti per 15 minuti sia all'induzione dell'analgia sia dopo la somministrazione di ciascun bolo e controllare di continuo il battito cardiaco fetale per almeno 30 minuti
- successivamente all'inizio dell'infusione e dopo ogni bolo;
- garantire un corretto mantenimento del dispositivo
- valutare il livello di **blocco sensoriale ogni ora**
- Inoltre è importante allertare l'anestesista in presenza di dolore nonostante il posizionamento dell'analgia epidurale, brivido, parestesie/ipotonia agli arti inferiori, manifestazioni neurologiche (acufeni, diplopia, alterazioni del gusto), lateralizzazione anestesia, persistenza di aree sensibili distribuite "a macchia di leopardo".
- favorire un relax di ripresa,
- sostegno materno/coppia e famiglia
- favorire le posizioni libere
- valutazione dell'andamento del travaglio di parto
- Attenta e completa registrazione dei dati in cartella (cartogramma, ALGOGRAMMA, grafica, registri, ecc)
- Informare i membri dell'equipe sull'andamento del travaglio

## IN FASE ESPULSIVA

- Coordinare gli sforzi espulsivi con l'attività contrattile
- Suggestire posizioni ottimali per favorire la progressione della parte presentata
- Una volta che la dilatazione è completa, la spinta va rinviata almeno di un'ora, tranne nel caso in cui la paziente avverta il premito irresistibile o la testa fetale sia visibile all'introito vaginale. In ogni caso il parto dovrebbe avvenire entro le 4 ore dalla dilatazione completa, indipendentemente dalla parità.
- In questo stadio le spinte volontarie della partorientente non vanno consentite e/o incoraggiate fino a quando la parte presentata non sia impegnata (livello Zero) e la rotazione della testa fetale sia completata secondo il diametro antero posteriore del bacino

### Post parto:

- Garantire direttive oms nel neonato sano: taglio tardivo del cordone, attacco precoce al seno, contatto pelle-pelle
- Valutazione ambiente vaginale con eventuale collaborazione nella sutura di lacerazioni
- Sorveglianza post partum (2 ore)
- Collaborazione nella rimozione del catetere epidurale con esecuzione della medicazione e controllo della stessa

Grazie Dell'Attenzione

