



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Presidio Ospedaliero
Ospedale B. Ramazzini di Carpi
U. O. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore: Paolo Accorsi

INFORMAZIONE SULL'ASSISTENZA AL PARTO

L'assistenza al parto normalmente consiste nell'assistenza ad un evento fisiologico, che fa parte della vita normale di una donna, senza uno stato di malattia.

Tuttavia questo evento può associarsi a rischi, complicazioni e condizioni di emergenza.

L'assistenza consiste quindi in una osservazione attenta svolta da ostetriche (nella gravidanza fisiologica) e da ostetriche e medici (nella gravidanza non fisiologica) col fine di prevenire, nei limiti del possibile, rischi e complicazioni, che spesso necessitano di decisioni e provvedimenti urgenti, quasi istantanei. Molte delle decisioni prese rendono difficile al momento del parto una valutazione tranquilla e ragionata assieme a Lei.

Per questo motivo vogliamo cogliere l'occasione ora per darLe opportune informazioni sui nostri comportamenti ed il nostro modo di assistere il parto.

Quali provvedimenti vengono presi prima del parto?

- È possibile sia necessaria l'introduzione di un ago-cannula in una vena per permettere l'introduzione rapida di farmaci e liquidi in caso di necessità;
- È possibile sia necessaria la somministrazione di antibiotici per prevenire infezioni neonatali.

Come viene controllato l'andamento del parto e il benessere fetale?

- La visita effettuata dall'ostetrica (o più raramente dal medico) permette di valutare la progressione del parto;
- La cardiocografia (monitoraggio elettronico) permette di valutare il battito cardiaco fetale e l'andamento delle contrazioni, ottenendo un giudizio sullo stato di benessere fetale;
- In alcuni casi si rende necessaria la rottura delle membrane (viene eseguita durante una visita ed è completamente indolore) per favorire la progressione del travaglio o per verificare lo stato del liquido amniotico e per avere una informazione supplementare sullo stato di benessere fetale;
- In rari casi può essere utile l'ecografia, per verificare soprattutto problemi di posizione del feto.

Quando si rende necessario indurre il parto?

In alcuni casi si rende necessario indurre artificialmente il parto senza attendere un suo inizio spontaneo, per esempio:

- in caso di malattie materne (per es. diabete);
- in caso di gestosi/preeclampsia per evitarne l'aggravamento;
- in caso di pericolo per il feto, come nell'insufficienza placentare;
- in caso di gravidanza protratta oltre la 41^a - 42^a settimana.

Come viene indotto il parto?

Il parto può essere indotto con diverse modalità, la cui scelta viene fatta in base a varie considerazioni cliniche:

- applicazione vaginale di prostaglandine (in gel, benderella, compresse);
- infusione venosa continua di ossitocina ;
- rottura delle membrane.

È possibile un parto spontaneo dopo un precedente taglio cesareo?

In molti casi dopo un taglio cesareo è possibile un parto spontaneo. Naturalmente ci sono condizioni che hanno indotto al precedente taglio cesareo che consigliano di effettuare ancora un taglio cesareo o situazioni a termine di gravidanza che inducono ad effettuare un taglio cesareo, indipendentemente dai motivi del

precedente. La invitiamo a discutere con il medico e con l'ostetrica quale sia la scelta più opportuna.

È possibile ridurre i dolori del parto?

È possibile ridurre o eliminare i dolori del parto nella nostra Unità Operativa mediante l'analgia epidurale. Se fosse interessata a una scelta di questo tipo La invitiamo a parlarne con l'ostetrica, il medico o l'anestesista. Altre tecniche che permettono di ridurre i dolori del parto vengono da noi utilizzate (acqua calda, cambiamento di posizione, assistenza one-to-one, posizioni verticali, alcuni farmaci, ...) e sono illustrate nei corsi di preparazione.

Quali provvedimenti possono essere presi durante il parto?

Episiotomia

L'episiotomia consiste in un taglio dei tessuti del perineo (eseguito dopo infiltrazione locale di anestetico, un po' come fa il dentista) che ha lo scopo di allargare l'introito vaginale. Non viene effettuata di routine. I motivi principali che inducono ad eseguirla sono:

- evidente rischio di lacerazioni gravi del perineo e della vagina, soprattutto quando vi è la necessità di accelerare il parto;
- necessità di accelerare l'espletamento del parto, soprattutto quando è necessario salvaguardare l'ossigenazione del bambino.

Parto strumentale (applicazione di ventosa)

Il parto strumentale consiste nell'estrazione del bambino con l'aiuto di uno strumento, chiamato ventosa ostetrica. I principali motivi che inducono all'impiego di questo strumento sono:

- necessità di accelerare il parto per insufficiente ossigenazione del bambino;
- arresto della progressione del bambino nel canale del parto.

Le ventose utilizzate attualmente sono di materiale plastico, e non inducono i traumi tipici delle vecchie ventose ostetriche.

Taglio cesareo

In alcuni casi già alla fine della gravidanza o all'inizio del travaglio sono presenti situazioni che inducono ad effettuare un taglio cesareo.

È però possibile in ogni momento del parto la comparsa di situazioni, prima non prevedibili, che impongono l'esecuzione di un taglio cesareo [per es. stato fetale non rassicurante per insufficiente ossigenazione del bambino, mancato impegno della parte presentata (cioè la testa non progredisce all'interno del bacino della mamma), emorragie placentari]. In queste situazioni il taglio cesareo rappresenta l'unica possibilità per ridurre eventuali danni alla madre e al neonato.

In una evenienza di questo tipo si procede dopo avere effettuato l'anestesia, per lo più anestesia loco regionale ("spinale"), raramente anestesia generale, con una incisione dell'addome materno (solitamente trasversale bassa, raramente longitudinale) e dell'utero estraendo in questo modo il bambino.

Quali sono le possibili complicazioni?

Il parto è da considerarsi un evento fisiologico, ovvero naturale.

Esistono però ancora complicazioni rare e situazioni non ancora ben conosciute dalla medicina che rendono impossibile dare una garanzia assoluta sul benessere della mamma e del neonato.

Anche impiegando il massimo di attenzione, capacità e prudenza in alcuni casi sono poi possibili complicazioni che per lo più vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni. Le complicazioni più frequenti sono:

durante il parto:

- lacerazioni della vagina e del perineo, che vengono per lo più riparate senza grosse difficoltà;
- rare lacerazioni dello sfintere anale e del retto per le quali possono rendersi necessari successivi interventi riparativi (meno dell'1% dei parti);
- distensione eccessiva della muscolatura del pavimento pelvico con conseguente tendenza all'incontinenza urinaria, che può essere migliorata o risolta con ginnastica o rieducazione perineale;
- raramente lesioni di una vecchia cicatrice uterina (per es. da precedente taglio cesareo) che richiedono un intervento chirurgico riparatore (meno dell'1% delle donne con precedente cicatrice uterina);
- emorragie uterine gravi (soprattutto per mancato o incompleto distacco della placenta, per lacerazione dei vasi sanguigni, o per insufficiente forza contrattile dell'utero dopo il parto) che si verificano nel 2.5% circa dei parti e che possono richiedere un intervento chirurgico (per suturare vasi e lacerazioni, per effettuare una revisione di cavità o raschiamento) e/o la somministrazione di farmaci e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati. In casi molto rari può rendersi necessaria

l'asportazione dell'utero (isterectomia) per far cessare l'emorragia (nella nostra U.O. circa 2.5 casi ogni 1000 parti).

dopo il parto:

- infezione delle vie urinarie e dell'apparato genitale che richiedono terapia antibiotica.

con l'episiotomia:

- infezioni ed ematomi della ferita che possono necessitare di cure mediche o chirurgiche e comportare un rallentamento della guarigione e raramente un intervento riparativo.

con il parto strumentale (ventosa):

- ematomi, lesioni cutanee e da compressione della testa fetale che per lo più si risolvono senza terapie in pochi giorni.

con taglio cesareo:

- emorragie che possono necessitare di trasfusioni di sangue o di emoderivati e in casi rari all'asportazione dell'utero;
- lesioni (raramente) agli organi vicini (per es.: vescica, ureteri, intestino) che possono portare problemi nello svuotamento intestinale e vescicole, la cui riparazione in rari casi può richiedere un reintervento successivo. Il rischio è più elevato in caso di rapporti anatomici alterati (per es.: obesità, precedenti interventi, aderenze, endometriosi, infezioni);
- lesioni della pelle da contatto con sostanze allergiche o correnti elettriche;
- possibilità di piccole lesioni da taglio della pelle del bambino, che per lo più non necessitano di terapia;
- alterazioni delle funzione vescicale, che si risolve per lo più in alcuni giorni;
- emorragie tardive che possono comparire anche parecchi giorni dopo l'intervento e necessitare di un altro intervento o cure particolari;
- reazioni allergiche a farmaci che per lo più hanno effetti limitati e transitori, ma che in rari casi possono avere una evoluzione grave;
- infezioni (per es.: vescicali, uterine, polmonari) che sono per lo più ben controllabili con terapia medica ma che in rari casi possono indurre a un reintervento con possibilità di asportazione dell'utero;
- infezioni delle suture con possibilità di guarigioni rallentate o formazione di ascessi o fistole che in rari casi possono necessitare di un successivo intervento riparativo;
- deiscenza (apertura) della sutura da alterazioni della cicatrizzazione;
- formazione di trombi con conseguenti trombosi di organi che possono anche essere mortali (rarissimo);
- occlusione intestinale dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un reintervento.

In caso di taglio cesareo:

Solitamente verrà alzata dopo poche ore dall'intervento;

- in caso di anestesia locoregionale può attaccare il neonato al seno appena rientra in reparto dalla sala operatoria;
- il dolore post-operatorio, se presente, viene mitigato dall'impiego di analgesici;
- è necessario, di norma, mantenere il catetere vescicale per circa 12 ore;
- si può bere, in caso di anestesia locoregionale, nelle prime ore successive all'intervento;
- si può mangiare il giorno dopo l'intervento;
- la degenza in ospedale varia di norma da 2 a 4 giorni;
- a casa è utile avere un aiuto per alcuni giorni.

Alcuni dati sulla nostra Unità Operativa relativamente all'anno 2014

Numero parti: 1254

Tagli Cesarei: 15,6%

Episiotomie: 4%

Ventose: 6%

Epidurale: 10,4% (di tutti i parti)

La dimissione dopo il parto

La degenza in ospedale varia di norma da 2 a 4 giorni e questo dipende dalle sue condizioni di salute e/o

dalla necessità di controlli sul bambino.

Al momento della dimissione le sarà rilasciata dal medico la lettera di dimissione, il modulo di istruzioni su come comportarsi a casa e, quando necessario, il certificato di ricovero e le ricette per eventuali farmaci. Nella lettera di dimissione Sua e del Bambino saranno presenti dei recapiti telefonici a cui può fare riferimento dopo la dimissione, in caso di necessità.

Controlli

Se non specificato diversamente alla dimissione dal medico è utile una visita di controllo dopo quattro-sei settimane presso il proprio ginecologo di fiducia.