

## LE NUOVE RACCOMANDAZIONI DELL'OMS IN UN COLPO D'OCCHIO

Opzione di cura	Raccomandazione	Categoria di raccomandazione
<b>Assistenza durante il travaglio e il parto</b>		
Assistenza rispettosa	1. È raccomandata un'assistenza perinatale rispettosa, cioè organizzata e offerta a tutte le donne secondo modalità che preservano la dignità, la privacy e la confidenzialità, assicurano la libertà da danni e maltrattamenti, rendono possibile la scelta informata e il supporto continuo durante il travaglio.	Raccomandato
Comunicazione efficace	2. È raccomandata una comunicazione efficace tra i fornitori di assistenza perinatale e le donne in travaglio, basata su metodi semplici e culturalmente accettabili.	Raccomandato
Accompagnamento durante il travaglio e il parto	3. Un accompagnatore di propria scelta è raccomandato per tutte le donne durante il travaglio e il parto.	Raccomandato
Continuità dell'assistenza	4. Nei contesti in cui sono stati sviluppati dei programmi di midwifery di qualità sono raccomandati i modelli di assistenza continua da parte di una o più levatrici di fiducia, che supportano la madre durante la gravidanza, il parto e il post partum.	Raccomandazione legata al contesto
<b>Primo stadio del travaglio</b>		
Definizione delle fasi latente e attiva del primo stadio del travaglio	5. Per la pratica clinica sono raccomandate le seguenti definizioni di fase latente e attiva: - in tutti i travagli la fase latente del primo stadio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e cambiamenti variabili della cervice, compreso un certo livello di appianamento e una lenta progressione della dilatazione fino a 5 cm; - in tutti i travagli la fase attiva del primo stadio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, un livello consistente di appianamento cervicale e una progressione più rapida dai 5 cm fino alla completa dilatazione.	Raccomandato
Durata del primo stadio del travaglio	6. Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase latente non è stata stabilita e può	Raccomandato

	<p>variare sensibilmente da una partoriente all'altra. Tuttavia, la durata della fase attiva (dai 5 cm fino alla completa dilatazione) di solito non oltrepassa le 12 ore nelle primipare, rispettivamente le 10 ore nelle multipare.</p>	
Progressione del primo stadio del travaglio	<p>7. Nelle donne incinte con inizio spontaneo del travaglio, il criterio di 1 cm di dilatazione all'ora durante la fase attiva (come indicato dalla linea di allerta del partogramma) è inaccurato al fine di identificare le donne a rischio di esiti negativi e perciò non è raccomandato a questo scopo.</p> <p>8. Una velocità minima di dilatazione pari a 1 cm all'ora durante la fase attiva del primo stadio è irrealistica per alcune donne, pertanto questo criterio non è raccomandato allo scopo di identificare i travagli normali. Una dilatazione cervicale inferiore a 1 cm all'ora non costituisce da sola un'indicazione routinaria all'intervento medico.</p> <p>9. L'accelerazione spontanea del travaglio potrebbe non verificarsi prima dei 5 cm di dilatazione. Per questo motivo il ricorso a interventi medici per accelerare il travaglio e la nascita durante la fase latente – per esempio l'uso di ossitocina e il taglio cesareo – non è raccomandato, a condizione che la salute di madre e bambino non sia in pericolo.</p>	<p>Non raccomandato</p> <p>Non raccomandato</p> <p>Non raccomandato</p>
Ammissione in sala-parto	<p>10. Per le donne sane con inizio spontaneo del travaglio l'ammissione in sala-parto posticipata alla fase attiva è raccomandata soltanto nell'ambito di ricerche mediche rigorose.</p>	<p>Raccomandato nell'ambito della ricerca</p>
Pelvimetria clinica all'atto dell'ammissione	<p>11. Per le donne sane la pelvimetria clinica routinaria all'atto dell'ammissione in sala-parto non è raccomandata.</p>	<p>Non raccomandato</p>
Valutazione routinaria del benessere fetale all'atto dell'ammissione	<p>12. Per le donne sane con inizio spontaneo del travaglio la cardiocografia routinaria per valutare il benessere fetale all'atto dell'ammissione non è raccomandata.</p> <p>13. Per valutare il benessere fetale all'atto dell'ammissione è raccomandata l'auscultazione con apparecchio a ultrasuoni Doppler o stetoscopio fetale Pinard.</p>	<p>Non raccomandato</p> <p>Raccomandato</p>

Rasatura dei peli pubici o perineali	14. La rasatura routinaria dei peli pubici o perineali prima del parto vaginale non è raccomandata.	Non raccomandato
Flebo all'atto dell'ammissione	15. L'applicazione di una flebo per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio non è raccomandata.	Non raccomandato
Visita vaginale digitale	16. Per le donne a basso rischio è raccomandata una visita vaginale digitale a intervalli di quattro ore per valutare la dilatazione durante la fase attiva.	Raccomandato
Cardiotocografia continua durante il travaglio	17. Per le donne sane con inizio spontaneo del travaglio non è raccomandata la cardiotocografia continua allo scopo di valutare il benessere fetale.	Non raccomandato
Auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale durante il travaglio	18. Per le donne sane durante il travaglio è raccomandata l'auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale con un apparecchio a ultrasuoni Doppler o uno stetoscopio fetale Pinard.	Raccomandato
Analgesia epidurale per alleviare il dolore	19. Per le donne sane che richiedono il sollievo dal dolore durante il travaglio è raccomandata l'analgesia epidurale secondo le preferenze della partoriente.	Raccomandato
Analgesia per mezzo di oppioidi per alleviare il dolore	20. Per le donne sane che richiedono il sollievo dal dolore durante il travaglio gli oppioidi parenterali come il fentanyl, la diamorfina e la petidina sono opzioni raccomandate secondo le preferenze della partoriente.	Raccomandato
Tecniche di rilassamento per la gestione del dolore	21. Per le donne sane che richiedono il sollievo dal dolore durante il travaglio le tecniche di rilassamento, compresi il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di consapevolezza e altre tecniche, sono raccomandate secondo le preferenze della partoriente.	Raccomandato
Tecniche manuali per la gestione del dolore	22. Per le donne sane che richiedono il sollievo dal dolore durante il travaglio le tecniche manuali come il massaggio e l'applicazione di impacchi caldi sono raccomandate secondo le preferenze della partoriente.	Raccomandato
Sollievo dal dolore per prevenire i travagli lenti	23. Il sollievo dal dolore per prevenire i travagli lenti e ridurre il ricorso all'accelerazione durante il travaglio non è raccomandato.	Non raccomandato
Liquidi e cibi per via orale	24. Per le donne a basso rischio è raccomandata l'assunzione di liquidi e di cibi per via orale.	Raccomandato

Mobilità materna e posizioni	25. Per le donne a basso rischio è consigliato incoraggiare la mobilità e la posizione in piedi durante il travaglio.	Raccomandato
Lavanda vaginale	26. La lavanda vaginale routinaria con clorexidina durante il travaglio allo scopo di prevenire le infezioni non è raccomandata.	Non raccomandato
Gestione attiva del travaglio	27. Un pacchetto di assistenza per la gestione attiva del travaglio allo scopo di prevenire i travagli lenti non è raccomandato.	Non raccomandato
Amniotomia routinaria	28. Il ricorso all'amniotomia per prevenire i travagli lenti non è raccomandato.	Non raccomandato
Amniotomia precoce e ossitocina	29. L'amniotomia e l'accelerazione precoci con ossitocina per prevenire i travagli lenti non sono raccomandate.	Non raccomandato
Ossitocina per le donne con analgesia epidurale	30. Il ricorso all'ossitocina per prevenire i travagli lenti nelle donne che hanno ricevuto l'analgesia epidurale non è raccomandato.	Non raccomandato
Agenti antispasmodici	31. L'uso di agenti antispasmodici per prevenire i travagli lenti non è raccomandato.	Non raccomandato
Liquidi intravenosi per prevenire i travagli lenti	32. La somministrazione di liquidi intravenosi per ridurre la durata del travaglio non è raccomandata.	Non raccomandato
<b>Secondo stadio del travaglio</b>		
Definizione e durata del secondo stadio del travaglio	33. La definizione e la durata del secondo stadio del travaglio raccomandate per la pratica clinica sono le seguenti: - il secondo stadio è il periodo di tempo compreso tra la dilatazione cervicale completa e la nascita del bambino, durante il quale la donna avverte l'impulso involontario a spingere come conseguenza delle contrazioni uterine espulsive; - le partorienti dovrebbero essere informate che la durata del secondo stadio varia a seconda della donna. Nelle primipare la nascita di solito avviene entro 3 ore, rispettivamente 2 ore nelle multipare.	Raccomandato
Posizione del parto per le donne senza analgesia epidurale	34. Per le donne senza analgesia epidurale è raccomandata l'adozione di una posizione del parto di propria scelta, compresa la posizione in piedi.	Raccomandato
Posizione del parto per le donne con analgesia epidurale	35. Per le donne con analgesia epidurale è raccomandata l'adozione di una posizione del parto di propria scelta, compresa la posizione in piedi.	Raccomandato

Metodo di spinta	36. Durante la fase espulsiva del secondo stadio del travaglio le donne devono essere incoraggiate e supportate a seguire il proprio impulso a spingere.	Raccomandato
Metodo di spinta per le donne con analgesia epidurale	37. Durante la fase espulsiva del secondo stadio del travaglio, per le donne con analgesia epidurale e dilatazione completa è consigliato ritardare le spinte di una o due ore o finché la partoriente non ricomincia a percepire il proprio impulso a spingere, a condizione che siano disponibili le risorse per prolungare il secondo stadio e che l'ipossia perinatale possa essere adeguatamente valutata e gestita.	Raccomandazione legata al contesto
Tecniche per prevenire traumi perineali	38. Durante il secondo stadio del travaglio sono raccomandate le tecniche per ridurre i traumi perineali e facilitare il parto spontaneo, compresi il massaggio perineale, le compresse calde e le mani sul perineo ( <i>hands on</i> ), secondo le preferenze della donna e le opzioni disponibili.	Raccomandato
Episiotomia	39. L'episiotomia routinaria o libera non è raccomandata per le donne con parto vaginale spontaneo.	Non raccomandato
Pressioni sull'addome (manovra di Kristeller)	40. Le pressioni manuali sull'addome per facilitare il parto durante il secondo stadio del travaglio non sono raccomandate.	Non raccomandato
<b>Terzo stadio del travaglio</b>		
Profilassi con uterotonici	41. Per tutte le nascite è raccomandata la somministrazione di uterotonici durante il terzo stadio del travaglio per prevenire le emorragie post partum. 42. L'ossitocina (10 IU, IM/IV) è l'uterotonico raccomandato per prevenire le emorragie post partum. 43. Quando l'ossitocina non è disponibile, è raccomandata la somministrazione di altri uterotonici (se caso ergometrina/metilergometrina oppure una combinazione fissa di ossitocina ed ergometrina) oppure misoprostol (600 mg) per via orale.	Raccomandato  Raccomandato  Raccomandato
Clampaggio ritardato del cordone ombelicale	44. Il clampaggio ritardato del cordone ombelicale – al più presto 1 minuto dopo la nascita – è raccomandato per avere esiti	Raccomandato

	nutrizionali e di salute migliori sia nella madre che nel bambino.	
Trazione controllata del cordone	45. Quando sono disponibili operatori qualificati, nei parti vaginali è raccomandata la trazione controllata del cordone, qualora il fornitore di assistenza e la donna ritengano importante una piccola riduzione della perdita ematica e della durata del terzo stadio del travaglio.	Raccomandato
Massaggio uterino	46. Per le donne che hanno ricevuto la profilassi con ossitocina il massaggio uterino prolungato allo scopo di prevenire un'emorragia post partum non è raccomandato.	Non raccomandato
<b>Assistenza al neonato</b>		
Aspirazione nasale od orale routinaria	47. L'aspirazione del naso o della bocca non deve essere praticata ai bambini nati in un liquido amniotico chiaro che iniziano a respirare autonomamente dopo la nascita.	Non raccomandato
Contatto pelle a pelle	48. I neonati senza complicazioni dovrebbero essere tenuti in contatto pelle a pelle con la propria madre durante la prima ora dal parto allo scopo di prevenire l'ipotermia e di favorire l'allattamento.	Raccomandato
Allattamento	49. Tutti i neonati, compresi i bambini con un peso ridotto in grado di poppare, dovrebbero essere messi al seno il prima possibile dopo il parto quando sono clinicamente stabili e la madre e il bambino sono pronti.	Raccomandato
Profilassi della malattia emorragica con la vitamina K	50. Tutti i neonati dovrebbero ricevere 1 mg di vitamina K via intramuscolare dopo la nascita – cioè dopo la prima ora, durante la quale il bambino dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la madre e fare la prima poppata.	Raccomandato
Bagnetto e altre cure immediate del neonato dopo il parto	51. Il bagnetto dovrebbe essere ritardato fino a 24 ore dopo il parto. Se non fosse possibile per ragioni culturali, il bagnetto dovrebbe essere ritardato di almeno sei ore. Per il neonato è raccomandato un abbigliamento appropriato – uno o due strati in più rispetto agli adulti, uso di cappelli/cuffie. La madre e il bambino non dovrebbero essere separati ma rimanere nella medesima camera 24 ore al giorno.	Raccomandato

<i>Assistenza alla donna dopo il parto</i>		
Valutazione del tono uterino	52. La valutazione addominale del tono uterino dopo il parto è raccomandata per tutte le donne allo scopo di identificare l'atonìa uterina.	Raccomandato
Antibiotici per i parti vaginali non complicati	53. Per le donne che hanno un parto vaginale non complicato la profilassi antibiotica routinaria non è raccomandata.	Non raccomandato
Profilassi antibiotica routinaria in caso di episiotomia	54. Per le donne che hanno avuto un'episiotomia la profilassi antibiotica routinaria non è raccomandata.	Non raccomandato
Valutazione materna routinaria dopo il parto	55. Dopo il parto tutte le donne dovrebbero ricevere controlli regolari routinari dei sanguinamenti vaginali, delle contrazioni uterine, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura e del polso durante le prime 24 ore a partire dalla prima ora dopo il parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata subito dopo il parto. Se i valori sono normali, la seconda misurazione deve avvenire entro sei ore. Lo svuotamento della vescica deve essere documentato entro sei ore.	Raccomandato
Dimissione dopo un parto vaginale non complicato	56. Dopo un parto vaginale non complicato in una struttura sanitaria, le madri e i bambini sani dovrebbero ricevere assistenza sanitaria in loco per almeno 24 ore dopo il parto.	Raccomandato