

5. IL PARTO

Il parto è l'insieme di eventi che permettono la fuoriuscita del feto e dei suoi annessi (placenta, membrane, cordone ombelicale) dal corpo della madre. È spontaneo quando avviene con le sole forze naturali, mentre diventa operativo quando è espletato con l'uso di strumenti (ventosa) o chirurgicamente (parto cesareo).

1. Prepararsi al parto

Due mesi prima della data presunta del parto, è bene preparare la valigia per la degenza in ospedale.

Che cosa portare in ospedale

Di solito, ogni reparto di maternità fornisce una lista del corredo consigliato per la mamma e il neonato.

In linea di massima il corredo per la mamma prevede:

- 4 camicie da notte o pigiama,
- 4-5 cambi di biancheria intima, anche mutande monouso,
- 2 reggiseni a finestra comodi per l'allattamento,
- 1 paio di pantofole, calzine bianche di cotone,
- 1 vestaglia,
- il necessario per l'igiene personale,
- assorbenti se l'ospedale non li fornisce,
- un abito per la dimissione.

Il corredo per il neonato, invece, richiede:

- 4-5 cambi completi, composti da un body o una canottiera in puro cotone (in base alla stagione con o senza manica), una tutina (intera o spezzata), un paio di calzi-

- ne, una bavaglia;
- la lana può essere utile sottoforma di maglioni;
 - i tessuti misto lana-cotone a contatto con la pelle del neonato non sono consigliati.

Insieme alla valigia vanno preparati anche i documenti personali:

- la carta d'identità (con residenza corretta!), il codice fiscale, la tessera sanitaria;
- la scheda della gravidanza con le analisi e le ecografie effettuate in gravidanza (meglio in ordine cronologico).

Nel giorno del parto la futura mamma indossa una camicia di cotone con le maniche corte, mentre nei giorni successivi i normali pigiama. Se la mamma allatta meglio usare camicie e pigiama comodi che permettano di scoprire agevolmente il seno.

In caso di parto cesareo, il giorno dell'intervento la gravida indossa un camicia fornito dall'ospedale, utilizzerà poi i propri indumenti. Da preferire gli slip monouso in rete, perché sostengono meglio gli assorbenti e si adattano senza comprimere troppo la ferita chirurgica.

Come prepararsi al parto cesareo programmato:

- non assumere alimenti, solidi o liquidi, dalle ore 24.00 del giorno precedente l'intervento;
- portare un cambio di biancheria in cotone (maglietta e calzini) per la sala operatoria;
- evitare il trucco almeno il giorno dell'intervento;
- eliminare dalle mani e dai piedi lo smalto per unghie, anche se trasparente;
- togliere anelli, bracciali, orologi, collane, orecchini e altri monili;
- di regola non è raccomandato il clistere.

Quando recarsi in ospedale

Durante le ultime settimane di gravidanza, la presenza di alcuni segnali può suggerire l'inizio del travaglio di parto.

Le **contrazioni uterine** possono presentarsi già nell'ultimo mese di gravidanza, ma sono quelle preparatorie e non vanno confuse con quelle del travaglio vero e proprio. Le contrazioni "false" compaiono e scompaiono con una frequenza e una durata irregolare. L'intensità del dolore è simile alle mestruazioni e rimane sempre la stessa. La sede è il basso addome e/o la schiena.

Le contrazioni vere, invece, compaiono inizialmente ogni 20 minuti, poi ogni 3-5 minuti con una frequenza regolare e continuano fino al parto. La durata iniziale è di 15-30 secondi, poi raggiunge i 40-60 secondi. L'intensità del dolore aumenta progressivamente: la contrazione comincia debolmente, raggiunge la massima intensità, poi decresce fino a scomparire. La sede è la parte alta dell'addome e della schiena, quindi il dolore si espande al basso addome. *Come comportarsi.* In caso di contrazioni uterine la futura mamma allenterà il partner o una persona di fiducia per farsi accompagnare in ospedale.

Come riconoscere le contrazioni uterine? Un trucco di facile esecuzione è il seguente: toccare la guancia e la fronte con la punta di un dito e poi sentire il fondo dell'utero toccando la parte superiore dell'addome. Un utero che si contrae è duro come la fronte, un utero rilassato è morbido come la guancia.

La **rottura delle membrane** si manifesta a volte con un getto improvviso di liquido, altre volte con una perdita lenta. Può precedere di parecchie ore l'inizio delle contrazioni o può avvenire a travaglio iniziato.

Le membrane formano un sacco sottile che contiene il feto e il liquido amniotico. Normalmente è limpido, inodore, caldo e simile all'acqua.

Come comportarsi. In caso di perdite di liquido dai genitali è bene recarsi sempre in ospedale, in particolare se il liquido è "tinto" (colore verdastro), segno che il feto ha prodotto le prime feci (meconio) all'interno dell'utero.

La **perdita del “tappo mucoso”** avviene quando l’utero comincia a dilatarsi. Il tappo mucoso è un materiale biancastro e denso che chiude il collo dell’utero, proteggendolo dall’ambiente esterno. Le eventuali striature di sangue sono dovute alla rottura dei vasi capillari del collo uterino (marcatura).

Come comportarsi. La perdita del tappo mucoso non è un segno di travaglio imminente, anzi può iniziare anche dopo alcuni giorni. La perdita di sangue rosso vivo e abbondante dai genitali, invece, impone la necessità di recarsi in ospedale.

Quando inizia il travaglio di parto? La presenza di questi segnali, come abbiamo visto, può suggerire l’inizio del travaglio.

Il travaglio è attivo quando le contrazioni uterine, dolorose e regolari, (ogni 5 minuti e della durata di 40 secondi) sono associate a modificazioni del collo uterino (2-3 centimetri di dilatazione e 80% di raccorciamento).

2. Il parto

Un travaglio di parto è normale quando insorge spontaneamente, in una gravida con età gestazionale compresa tra 37 e 41 settimane, con un feto singolo, in presentazione cefalica (di vertice, cioè con la testa in giù).

Il travaglio di parto dura circa 6-12 ore nella nullipara (donna al primo parto) e 3-6 ore nella pluripara (donna ai parti successivi). Comunemente è suddiviso in tre periodi: dilatante, espulsivo e del secondamento.

1. Il periodo dilatante. La donna avverte contrazioni uterine dolorose, ma soprattutto regolari: compaiono ogni 3-5 minuti e durano 30-40 secondi.

Il collo dell’utero incomincia a raccorciarsi e a dilatarsi, per effetto delle contrazioni uterine sempre più intense,

fino a raggiungere la completa dilatazione (10 centimetri). In tal modo utero e vagina formano un canale unico, dove transiterà il feto. La rottura spontanea delle membrane, con perdita di liquido dai genitali, spesso, accade durante la dilatazione.

La durata del periodo dilatante è di circa 5-6 ore nella nullipara e di 3-4 ore nella pluripara.

2. Il periodo espulsivo. La donna avverte un cambiamento nelle contrazioni uterine: sente la voglia irrefrenabile di spingere, dovuta alla testa del feto (sensazione del premito). Quando il collo uterino ha raggiunto la dilatazione completa, il feto, spinto dalle contrazioni dell'utero e dei muscoli addominali, percorrerà tutto il canale del parto e uscirà all'esterno.

La durata del periodo espulsivo è di circa 1 ora nella nullipara, mentre varia da 10 a 30 minuti nella pluripara.

3. Il periodo del secondamento. La donna avverte ancora delle contrazioni uterine, ma meno dolorose e simili a crampi. L'utero si contrae per espellere la placenta e gli annessi fetali (membrane e cordone ombelicale). Il secondamento è accompagnato da una modesta perdita di sangue (di solito meno di 500 millilitri) e seguito da un brivido postpartum. La durata del secondamento è mediamente di 30 minuti, può avvenire dopo soli 5 minuti o entro un massimo di 60 minuti dal parto.

L'assistenza alla partoriente

La corretta assistenza alla nascita prevede il rispetto della donna e della naturalità dell'evento stesso.

La nascita è un momento di forte unione per la futura famiglia che coinvolge madre, padre e figlio. Al fine di non turbarla, è necessario assicurare il massimo della privacy, offrendo e garantendo alla donna la possibilità di avere accanto a se, quando lo desidera, la persona a lei gradita.

Il partner e il travaglio di parto. I partner che desiderano essere presenti al parto sono sempre più numerosi. Questo assume un profondo significato per il padre che vive direttamente la nascita del proprio figlio, e per la madre che riceve un supporto non indifferente dalla persona che ama. In tal modo in sala parto si ritrovano le tre persone che biologicamente e socialmente hanno il diritto di essere presenti all'evento nascita.

La posizione della partoriente. Durante il travaglio la donna è libera di assumere la posizione che riterrà più confortevole. L'ostetrica potrà suggerire le diverse posizioni per sopportare meglio il dolore.

L'alimentazione. Durante il travaglio la donna può assumere, se lo desidera, alimenti leggeri (biscotti, fette biscottate, marmellate) e bere sorsi di acqua o bevande zuccherate. L'infusione di liquidi per via endovenosa è indicata nei casi di digiuno prolungato e di analgesia da parto.

La tricotomia. La rasatura dei peli dei genitali esterni va eseguita a giudizio clinico, infatti, non esistono evidenze che la tricotomia di routine sia giustificata o raccomandabile. La tricotomia facilita l'esecuzione e la riparazione dell'episiotomia, però incrementa la possibilità di piccole infezioni cutanee per le escoriazioni che avvengono durante la sua esecuzione. In caso di parto cesareo la tricotomia comprende i peli del pube.

L'alvo. Il clistere è finalizzato a evitare la perdita di feci durante il parto, timore che può inibire alcune donne nella capacità di spingere. Tuttavia è una pratica imbarazzante e non sempre impedisce la perdita di feci. Il clistere va eseguito secondo giudizio clinico, ad es. nelle partorienti con ampolla rettale piena di feci, infatti, non esistono evidenze che il clistere di routine sia giustificato o raccomandabile. Secondo le vecchie ostetriche pare sia in grado di scatenare le contrazioni uterine.

La minzione. È consigliabile invitare la donna a urina-

re ogni 2 ore per affrontare il periodo espulsivo a vescica vuota. L'eventuale cateterismo vescicale è attuabile se la gravida ha difficoltà a urinare spontaneamente.

Il controllo del benessere materno e fetale in travaglio.

La visita ostetrica, eseguita al ricovero e poi ogni circa 2 ore, valuta l'evoluzione del travaglio mediante la dilatazione del collo uterino e la discesa della testa fetale. Talvolta è fastidiosa.

Il battito cardiaco fetale (BCF), sicuro indice di benessere, è controllato in travaglio con il cardiocotografo (CTG): un monitor elettronico collegato con o senza fili a trasduttori posti sull'addome della madre, che registra su carta scorrevole dei tracciati che valutano frequenza cardiaca fetale e attività contrattile uterina. La cardiocotografia è praticata in modo continuo o intermittente in base alle condizioni del feto e della madre.

Il partogramma, un grafico dove la dilatazione cervicale (centimetri) è correlata al tempo (ore), è fondamentale per valutare l'andamento del travaglio di parto. La deviazione dalla normalità (la velocità minima di dilatazione è di circa 1-1,5 centimetri l'ora) è l'indicazione ad altre procedure.

Che cos'è la midwifery? È un termine che risale al 1483, origina da midwife (ostetrica) e significa assistenza ostetrica. La midwifery si basa su una conoscenza teorica ed empirica dell'ostetricia sui principali eventi del ciclo sessuale della donna, come la gravidanza, il parto e il puerperio. Un'assistenza di qualità è sinonimo di buona assistenza e consiste nella capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione della donna, nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza. I significati di qualità sono vari: qualità espressa, ossia ciò che la donna chiede (es. rispetto della privacy); qualità implicita, ciò che la donna non chiede ma dà per scontato (es. abilità tecnica); qualità latente, ciò che la donna non si aspetta (ad es. musica in sala parto, analgesia da parto, etc...). Complessivamente la qualità totale dell'assistenza alla nascita è un'assistenza conforme ai bisogni complessivi di donna/bambino/coppia.

1. L'assistenza alla dilatazione. La futura mamma trascorre le ore della dilatazione in una camera singola o con più letti, in base all'organizzazione dell'ospedale. La partorientente può assumere la posizione che preferisce: supina, meglio sul fianco sinistro per evitare la compressione della vena cava inferiore, in piedi, seduta o accovacciata. La posizione supina (litotomica), quella più usata, facilita l'ostetrica e/o il medico durante i periodici controlli, però rende meno sopportabile il dolore delle contrazioni uterine e non facilita la progressione del feto nel canale del parto. Quando i tempi della dilatazione si prolungano è possibile stimolare la muscolatura dell'utero con due procedure: l'amnioressi e l'infusione di ossitocina.

L'amnioressi o rottura artificiale delle membrane amniotiche è una procedura indolore, praticata con un apposito uncino, che permette di regolare l'attività contrattile, di ridurre la durata del travaglio e di controllare il liquido amniotico che normalmente è chiaro, quasi trasparente (indice di benessere fetale).

L'infusione endovenosa di ossitocina, ormone sintetico analogo a quello prodotto dalla donna, aumenta l'intensità e la frequenza delle contrazioni uterine, abbreviando la durata dei travagli irregolari. Un parto pilotato, cioè accelerato con l'uso di ossitocina, deve essere monitorato con il cardiocografo, le contrazioni più intense e frequenti sono meno tollerabili e la presenza della flebo riduce la possibilità di movimento della donna.

L'analgesia peridurale o epidurale. È la procedura anestesiológica del parto più diffusa al mondo e consiste nella somministrazione di farmaci analgesici, attraverso un piccolo catetere di nylon, inserito tra le vertebre della colonna vertebrale, in sede lombare. Il risultato è di controllare efficacemente il dolore, lasciando inalterate le altre sensibilità: le contrazioni uterine continueranno a essere percepite, ma non saranno dolorose e la donna non dovrà stare a letto durante il travaglio ma potrà muoversi e camminare

liberamente (walking epidural).

L'analgesia può essere eseguita a condizione che il travaglio sia iniziato, cioè quando la dilatazione del collo dell'utero abbia raggiunto almeno 3-4 centimetri. Le contrazioni uterine saranno meno dolorose, dopo 20-30 minuti, con un successo nel 90% dei casi.

La tecnica non è dolorosa, perché preceduta da un'anestesia locale nella sede d'introduzione del catetere. Non causa alterazioni al nascituro, anzi la peridurale favorisce l'aumento del flusso di sangue alla placenta permettendo una migliore ossigenazione del feto. Infine non incide sul travaglio, ma lascia che il parto avvenga in modo completamente "normale" mantenendo lo stimolo a spingere durante il periodo espulsivo.

Le complicazioni sono scarse. La probabilità di una perforazione accidentale della dura madre (membrana che protegge il midollo spinale), con comparsa di una fastidiosa cefalea, è meno del 1% e scompare entro 48 ore con il riposo a letto, l'adeguata idratazione (utile bere caffè e tè) e con l'aiuto dei comuni analgesici orali (paracetamolo). Altre complicazioni sono un calo di pressione arteriosa, un dolore nel punto d'iniezione e una certa difficoltà a urinare nel postpartum.

Le controindicazioni sono rare ma tassative: malattie della coagulazione del sangue, uso di farmaci anticoagulanti, infezioni cutanee nel punto d'introduzione del catetere e alcune patologie della colonna vertebrale.

2. L'assistenza all'espulsione. Nel periodo espulsivo, di solito la partoriente è invitata ad assumere la posizione supina o semi-supina. Se il parto non comporta problemi, è possibile utilizzare la posizione in cui la donna si sente maggiormente a suo agio come quella verticale (in piedi, accovacciata o seduta) per sfruttare al meglio la forza di gravità e favorire la discesa del feto.

Nel periodo espulsivo la donna deve spingere durante la contrazione uterina, per assecondare l'attività dell'utero. Le spinte, affinché siano efficaci, devono essere lunghe e continue. È la stessa sensazione che si prova quando ci si scarica, perché la testa del feto preme sul retto.

Quando il feto sta per uscire, l'ostetrica favorisce una len-

ta e graduale progressione della testa attraverso l'azione combinata delle mani: la destra sostiene e protegge il perineo, la sinistra modula l'espulsione della testa; tutto ciò per prevenire lacerazioni del perineo.

Uscita la testa, l'ostetrica la sostiene senza esercitare alcuna manovra di trazione.

Quindi, invita la donna a compiere delle lunghe spinte per favorire la fuoriuscita delle spalle, cui seguirà la fuoriuscita di tutto il corpo del feto. Talvolta, può assecondare la naturale rotazione e abbassare leggermente la testa per facilitare l'impegno della spalla anteriore sotto la sinfisi pubica; poi solleverà la testa per favorire la fuoriuscita della spalla posteriore.

Che cos'è lo sgabello da parto olandese? È un seggiolino senza schienale, aperto anteriormente, provvisto di una bacinella per il controllo della perdita ematica. La partorienti può sedersi appoggiando i piedi a terra e sfruttare al meglio la forza di gravità durante il periodo espulsivo, favorendo la distensione del perineo e quindi la discesa del feto. Lo sgabello assicura un sostegno comodo e sicuro, permette alla partorienti di non affaticare la schiena essendo libera di muoverla. Infine, può essere aiutata da dietro dal partner, che sarà su una sedia circondandola con le proprie gambe. L'ostetrica, invece, si inginocchia a terra davanti alla partorienti per prendere il neonato.

In presenza di difficoltà nell'espulsione del feto possono essere attuate due procedure: l'episiotomia o la manovra di Kristeller.

L'**episiotomia** è una piccola incisione del perineo effettuata prima dell'espulsione del feto. Le ragioni largamente accettate, soprattutto al primo parto, sono due: ridurre la durata del periodo espulsivo (di 5-10 minuti) ed evitare le lacerazioni più gravi della vagina e del perineo.

Episiotomia: un po' di storia. L'episiotomia è una procedura ostetrica relativamente recente. Il suo uso fu suggerito per la prima

volta da Ould, un'ostetrica scozzese, nel 1742, come aiuto in un parto estremamente difficile. Alla fine dell'800 è stato sostenuto l'uso routinario dell'episiotomia come procedura che poteva prevenire le lacerazioni perineali. Comunque solo all'inizio del 1900 l'uso dell'episiotomia diventò routinario. L'accettazione dell'episiotomia andò di pari passo con la visione della nascita come evento patologico, con l'aumento dell'ospedalizzazione del parto, con il passaggio dell'assistenza dall'ostetrica al medico, con la diminuzione delle nascite e con l'aumento dei tagli cesarei. È così che dal 1940 al 1980 l'episiotomia acquista un posto fondamentale nell'assistenza al parto, raggiungendo la massima frequenza negli anni '80. Durante gli anni '90, però, diversi studi sull'uso routinario dell'episiotomia nell'assistenza al parto evidenziarono più effetti avversi che benefici. Oggi la pratica dell'episiotomia deve essere selettiva con tendenza alla diminuzione.

Comunemente, in base alla direzione dell'incisione, esistono due tipi di episiotomia:

1. la mediana: è un taglio verticale, di circa 3 centimetri dalla vagina verso l'ano, che coinvolge la cute e la mucosa vaginale, offre un modesto allargamento vulvare, una riparazione facile, con risultati funzionali a distanza buoni; ma senza protezione da eventuali lacerazioni rettali;

2. la paramediana o mediolaterale: quella più praticata, è un taglio diagonale di 4-5 centimetri dalla vagina verso la natica destra, che incide oltre alla cute e alla mucosa vaginale anche i muscoli sottostanti, determina un buon allargamento vulvare, i risultati funzionali a distanza sono buoni ed evita lacerazioni sul retto.

L'episiotomia, praticata previa anestesia locale, deve rispettare alcune norme:

- momento opportuno, cioè quando il perineo posteriore è in tensione; se eseguita troppo tardi le lesioni muscolari sono già avvenute, se troppo presto non interessa la parte muscolare del perineo;
- realizzazione corretta, quella paramediana ad es. dalla forchetta in direzione obliqua di 40° gradi;

- riparazione perfetta, i punti sulla cute variano da 3 a 5, meglio se viene usato un filo riassorbibile, che si scioglie in 10-15 giorni.

L'episiotomia deve essere praticata a giudizio, non esistono evidenze per cui l'episiotomia di routine sia giustificata o raccomandabile.

La **manovra di Kristeller** consiste nell'esercitare con l'avambraccio una pressione sul fondo dell'utero, che favorisca l'espulsione del feto, soprattutto nei casi di ritardata progressione del feto. È spesso dolorosa per la donna e non priva di rischi, come lacerazioni perineali e alterazioni del battito cardiaco fetale per l'aumento improvviso di pressione. L'uso sistemico è da evitare.

Che cos'è la ventosa ostetrica? È uno strumento usato nei parti operativi per estrarre il feto (non è da confondere con il forcipe, strumento ormai abbandonato). È una coppa collegata a un dispositivo aspirante che, applicata sulla testa del feto, lo estrae dal canale del parto. Trova indicazione principalmente in due condizioni: quando c'è una sofferenza fetale ed è necessario ridurre il periodo espulsivo evitando danni al feto; quando la partoriente non ha più energia ed è necessario aiutarla per finire il parto.

Adesso la ventosa classica con coppetta metallica è stata sostituita da una ventosa nuova, Kiwi Omnicup, con coppetta in silastic, un particolare tipo di silicone. I vantaggi della ventosa Kiwi rispetto a quella classica sono due: maggior rapidità nel portare a termine l'applicazione, un paio di minuti rispetto ai 7-8 di quella metallica; minor tumefazione temporanea sulla nuca del neonato. Comunque è una procedura poco frequente che riguarda il 3% dei parti.

3. L'assistenza al secondamento. Dopo il parto, l'ostetrica attende l'espulsione spontanea della placenta e degli annessi fetali. Al limite esegue una lieve spremitura manuale dell'utero, attraverso la parete addominale, o una controllata trazione del funicolo. Dopo il secondamento, per agevolare le contrazioni uterine e quindi l'emostasi

muscolare postpartum, è utile massaggiare il basso addome della donna o stimolare il capezzolo per suzione da parte del neonato. L'ostetrica, infine, controlla la placenta accuratamente per verificare che non siano rimasti residui nell'utero.

Nei casi di mancato distacco della placenta, trascorsa un'ora dal parto o prima se la ritenzione della placenta è accompagnata da una significativa perdita ematica si esegue il secondamento manuale o strumentale. La procedura è sempre eseguita in urgenza e in anestesia generale. La tecnica prevede l'estrazione della placenta dalla sua inserzione mediante una mano introdotta nella cavità dell'utero. In seguito la procedura termina con la revisione della cavità uterina mediante curette smussa. Il secondamento manuale, come ogni atto chirurgico presenta dei rischi e delle complicanze, che si dividono in generici, legati a qualsiasi intervento, e specifici, legati solo a questo intervento. I rischi specifici sono: l'emorragia, la perforazione uterina, l'inversione uterina e le infezioni. La gravità delle prime tre complicanze può richiedere la necessità di asportare chirurgicamente l'utero (isterectomia).

L'assistenza al postpartum. Terminato il parto, la puerpera rimane 2 ore in osservazione e sarà a digiuno. L'ostetrica controlla le perdite ematiche dai genitali, il fondo dell'utero, l'eventuale sutura, la pressione arteriosa, il polso e la temperatura corporea. La puerpera dovrà urinare entro 6 ore dal parto, in caso contrario si procede al cateterismo vescicale. La madre, se lo desidera, può trascorrere questo periodo con il neonato e il padre.

L'assistenza al neonato

A parto avvenuto, il neonato è ancora collegato alla madre tramite il cordone ombelicale quindi non sarà alzato come un trofeo di caccia o pesca.

L'ostetrica adagia il neonato tra le cosce della madre e aspira i residui di muco e liquido amniotico presenti nella bocca e nelle narici. Utilizza un aspiratore manuale a due vie con serbatoio: una via è introdotta in bocca dall'ostetrica e l'altra è inserita per 1-2 centimetri nel cavo orale e poi nelle narici del neonato, quindi aspira come con la cannuccia di una bibita.

Successivamente, procede al taglio del cordone ombelicale: divide idealmente il cordone in due parti e applica due pinze, poi taglia il cordone con un paio di forbici nel mezzo delle pinze. Utile lasciare una lunghezza di 10 centimetri dal lato del neonato, in modo che l'emostasi vascolare spontanea nel tratto di cordone occluda i vasi impedendo emorragie dal moncone stesso. Infine, provvede alla legatura definitiva del residuo del cordone applicando delle clip (cordclamp) a distanza di 3-4 centimetri dal bordo cutaneo e tagliando a valle. Il neonato, asciugato e avvolto in una coperta, lasciando scoperto il viso, è posato in grembo alla madre, per favorire il contatto madre-figlio.

Dopo pochi minuti dalla nascita il neonato piange e presenta un colorito rosso vinoso, più scuro rispetto a quello degli adulti. Se il neonato non piange, è blu scuro o pallido e resta inerte e flaccido; allora bisogna stimolarlo con piccole picchiettature sulle natiche o sulle piante dei piedi (stimolazione tattile mediante le normali manovre per asciugarlo e riscaldarlo; frizionare energicamente la schiena; schiacciare il dito indice contro la pianta del piede). Se non segue alcun effetto, il neonatologo sempre presente in sala parto praticherà le adeguate cure del caso.

Partorire nell'acqua

L'acqua, principio della vita, racchiude in sé una forte valenza simbolica rispetto alla nascita. Nella mitolo-

gia classica quest'idea è rappresentata dalla nascita di Afrodite, le cui origini sono nell'acqua ("afros" in greco significa schiuma).

Il parto in acqua si diffonde sempre più. Il passaggio "dall'acqua alla terra" diventa meno faticoso per la madre ma anche meno traumatico per il nascituro.

I vantaggi del parto in acqua per la madre sono diversi. L'acqua favorisce il rilassamento dei muscoli perineali accelerando il periodo dilatante del travaglio: il parto in acqua dura 30-40 minuti in meno rispetto al parto normale. L'acqua, inoltre, allevia la percezione dolorosa delle contrazioni, anche se non la elimina completamente: nei parti in acqua la richiesta di antidolorifici è rara. L'acqua, infine, diminuisce l'effetto della forza di gravità, rendendo più facili i movimenti e i cambiamenti di posizione che la donna preferisce adottare durante il travaglio: in sostanza riduce la fatica.

Il vantaggio rilevante del parto in acqua per il feto è che nasce passando da un ambiente liquido a un altro, ottenendo un adattamento alla vita esterna più agevole e risentendo meno del trauma del parto. Quando il bambino è immerso nell'acqua, non corre il rischio di aspirarla, essendo fornito di un riflesso protettivo, detto "diving reflex" (riflesso di immersione), che raggiunge la massima maturità nelle ultime settimane di gravidanza per poi sparire entro i primi mesi di vita.

Il parto in acqua, però, non è consigliabile a tutte le mamme: è necessario che la gravidanza sia a termine e il travaglio proceda normalmente.

Non è indicato in caso di ipertensione arteriosa materna o di peso elevato del feto.

Quali sono le caratteristiche della vasca per il parto in acqua?

La forma della vasca è in genere circolare o ovale, con un diametro di 2 metri per quelle circolari e una profondità di 60-80 centimetri, in

modo che la “pancia” sia sempre coperta dall’acqua.

La temperatura dell’acqua è intorno ai 36°-37° gradi, poiché il calore svolge un’azione rilassante sulla donna e agisce come un massaggio.

La vasca è realizzata in vetroresina, materiale liscio e resistente. Inoltre, è fornita di un sistema di ricambio continuo dell’acqua per garantire un’accurata pulizia e igiene.

In alcuni ospedali la partoriente trascorre in acqua solo il travaglio, poi esce dalla vasca per partorire sul lettino. Diventa una tecnica parziale che aiuta a regolarizzare le contrazioni uterine nella fase dilatante del travaglio. In altri ospedali, invece, anche il parto avviene in acqua.

Prima di entrare in acqua è importante che il travaglio sia già avviato, altrimenti l’azione rilassante dell’acqua potrebbe diminuire l’intensità e la frequenza delle contrazioni. In acqua il ginecologo non può eseguire alcune manovre (ad es. l’episiotomia o il secondamento manuale) qualora insorga un imprevisto: in questi casi la donna dovrà uscire dall’acqua. In ogni caso, nel parto in acqua di solito non è necessario ricorrere all’episiotomia. E questo non si traduce in un aumento delle lacerazioni perineali per la madre: nell’acqua calda, infatti, l’irrorazione sanguigna dei genitali è maggiore e per questo le lacerazioni del perineo sono ridotte, anche nelle primipare. Per quanto riguarda il secondamento, è preferibile che avvenga fuori dall’acqua per il rischio di un rallentamento nel rilascio della placenta dovuto al calo della produzione di ossitocina: con l’uscita dall’acqua, invece, il freddo ne stimola la produzione.

Non dimentichiamo tuttavia che il parto non è un evento propriamente “pulito”. La donna può espellere feci e urine che finiscono per mescolarsi con l’acqua: pertanto c’è il rischio che dell’acqua sporca entri nell’utero causando infezioni. Le vasche sono, però, fornite di un sistema di

ricambio per evitare queste infezioni, anche se alcune situazioni possono rivelarsi non troppo piacevoli.

Partorire ed essere partoriti in acqua non è un evento di moda, ma una possibile scelta volta a soddisfare le mutate esigenze della donna.

Partorire con la musica

Per secoli si è guardato con titubanza all'applicazione della musica per curare alcune malattie e per controllare il dolore. Recentemente la musica è diventata parte integrante in alcuni campi della medicina, ad es. durante il travaglio di parto per aiutare la futura mamma.

Partorire con la musica costituisce una forma di auto-analgesia: durante l'ascolto il corpo libera le endorfine, sostanze naturali del cervello che attenuano il dolore psicofisico del travaglio.

La musica, se scelta con accuratezza (cioè, in base ai gusti musicali della madre e alle reazioni del feto), rinforza i ritmi respiratori: l'ascolto di una melodia gradita induce uno stato generale di rilassamento, che aiuta la donna a spostare l'attenzione dal travaglio in modo da coordinare al meglio la propria respirazione.

Da non sottovalutare, poi, il forte potere evocativo: visualizzare immagini piacevoli (ad es. un paesaggio collegato all'acqua come la riva del mare, la superficie del lago o lo scorrere del fiume) porta a una migliore tranquillità psicofisica, permettendo di ritrovare quell'equilibrio e quella concentrazione utili a limitare il dolore delle contrazioni.

Infine, la musica può indurre un comportamento più rilassato e positivo anche nei medici, nelle ostetriche e nelle persone che la gestante ha scelto di avere accanto a sé.

In sala parto, in genere, si preferisce ascoltare musica classica (I concerti brandeburghesi di Bach o Le quattro stagioni di Vivaldi) o quella New Age, che, ispirandosi

ai suoni presenti in natura è caratterizzata da un ritmo calmante e rilassante. Tuttavia non esistono regole fisse, la scelta dipende dai gusti personali e dallo stato d'animo della donna.

Anche il canto o l'uso della voce aiutano la futura madre ad alleviare i dolori del travaglio e, in alcuni casi, a non provarli per niente: cantare aumenta la produzione di endorfine, sostanze con un effetto calmante sul dolore. Inoltre, cantare libera il diaframma da tensioni e contrazioni aumentando la capacità respiratoria e migliorando la respirazione.

3. Il parto cesareo

Il parto cesareo (uscita di sicurezza in caso di emergenza) consiste nella nascita del feto attraverso l'apertura della parete addominale (laparotomia) e della parete uterina (isterotomia).

In Italia oltre il 35% dei parti avviene mediante cesareo, percentuale dovuta:

- alle numerose contestazioni medico-legali: le denunce riguardanti la nascita di neonati con conseguenze dopo un parto difficoltoso si basano sulla tesi che, se si fosse fatto ricorso al cesareo, probabilmente sarebbero nati sani;
- al crescente numero di donne che lo richiedono per motivi psicologici;
- alla riduzione dell'assistenza dei parti podalici o con applicazione di forcipe.

Perché si chiama cesareo? L'origine del termine cesareo è controversa. Probabilmente non deriva dal nome di Giulio Cesare: si racconta che Cesare sia nato in questo modo, ma a quel tempo raramente una donna sopravviveva a tale intervento, mentre la madre di Cesare, come appare raffigurata accanto al figlio in diversi dipinti rinascimentali, non morì di parto. Più facilmente deriva dalla Lex Cesarea, la legge degli imperatori che stabiliva l'obbligo di in-

tervento, nel caso la madre fosse morta, per estrarre il feto in modo da battezzarlo. Altri invece ritengono che derivi semplicemente dal verbo latino caedere, che significa tagliare: taglio cesareo sarebbe quindi una tautologia. Problema linguistico risolvibile usando la frase parto cesareo.

Le ragioni del parto cesareo. Si ricorre al parto cesareo quando il parto vaginale comporta rischi eccessivi per il feto e per la madre. Il cesareo può essere programmato, di solito tra la 38-39° settimana di gestazione, oppure urgente, al di fuori o durante il travaglio di parto.

Le indicazioni per un cesareo programmato sono:

- placenta previa, cioè la placenta copre il passaggio del feto nel canale del parto;
- presentazione podalica o situazione traversa;
- sproporzione feto-pelvica, quando la conformazione del bacino non consente un parto vaginale, in particolare se il peso stimato del feto supera i 4,5 chilogrammi;
- precedente taglio cesareo o intervento uterino ad es. miomectomia;
- gravidanza gemellare monoamniotica o se uno dei due feti è in presentazione podalica o situazione trasversa.

Le indicazioni per un cesareo urgente sono:

- distacco della placenta normalmente inserita;
- sanguinamento di placenta previa;
- prolasso del cordone ombelicale;
- crisi eclamptica;
- stato di sofferenza fetale;
- distocia cervicale, ad es. per anomalie della dilatazione del collo dell'utero.

L'anestesia del parto cesareo. Il cesareo è eseguito di solito in anestesia regionale (spinale o subaracnoidea), che permette di anestetizzare solo la metà inferiore del corpo. Tale anestesia comporta il vantaggio di essere semplice, rapida e affidabile permettendo alla madre di non perde-

re coscienza durante l'intervento e quindi di partecipare emotivamente alla nascita del figlio. Un telo impedisce alla donna di vedere la parte del corpo che è operata. L'anestesia è realizzata inserendo un sottile ago tra le vertebre e iniettando una piccola dose di anestetico nel liquido cerebro-spinale. L'anestetico, trovandosi a diretto contatto con il midollo spinale, provoca entro 5-10 minuti la perdita della sensibilità e una temporanea paralisi delle gambe per un periodo di 2-4 ore. Il vantaggio principale è dato dal basso dosaggio di anestetico impiegato, perciò il passaggio transplacentare è minimo con effetti depressivi trascurabili sul neonato. La donna non sente dolore, al massimo sente "tirare la pelle".

L'anestesia generale, invece, consiste nella somministrazione per via endovenosa e/o respiratoria di farmaci che aboliscono la coscienza e la percezione del dolore. È indicata nelle situazioni di emergenza o quando è controindicata l'anestesia spinale (patologie respiratorie, cardiache, etc...).

La tecnica del parto cesareo. L'intervento dura 30-40 minuti e prevede tre fasi: apertura dell'addome e dell'utero; estrazione del feto e dei suoi annessi; chiusura dell'utero e dell'addome.

1. Si inizia con l'incisione della cute addominale, tramite il bisturi, in senso orizzontale secondo Pfannenstiel, a livello del margine superiore dei peli pubici o in senso verticale, dall'ombelico al pube. In seguito sono aperti con il bisturi o con le forbici i vari strati della parete addominale (sottocute, fasce, muscoli, peritoneo) fino ad arrivare all'utero.

L'incisione addominale trasversale è preferibile esteticamente (la cicatrice è nascosta dai peli del pube), permette una rapida ripresa postoperatoria e la cicatrice dà maggiori garanzie in caso di successive gravidanze. L'incisione longitudinale, invece, è indicata in situazioni di emergenza perché più rapida.

L'utero è aperto con un'incisione trasversale sul segmento uterino inferiore e raramente in senso longitudinale sul corpo dell'utero.

2. Si estrae con la mano il feto, si aspirano le prime vie aeree, si taglia il cordone ombelicale, quindi si rimuove la placenta.

3. Si procede alla sutura della breccia uterina. Si esegue il lavaggio della cavità pelvica, si controlla l'emostasi e si valuta la morfologia dell'utero e degli annessi. Quindi sono chiusi gli strati della parete addominale: peritoneo, muscolo, fasce, sottocute. La cute è suturata con punti staccati, graffette o intradermica.

Il cesareo secondo Stark. Dalla metà degli anni '90 è stata messa a punto una variante di cesareo la cui caratteristica principale è la rapidità dell'intervento: 15-20 minuti rispetto ai 30-40 minuti di un cesareo tradizionale. Tuttavia l'obiettivo non è quello di operare contro il tempo, ma il tempo è solo il risultato di una meticolosa razionalizzazione dell'intervento effettuato rispettando l'anatomia ed eliminando i passaggi inutili.

Questa tecnica traumatizza il meno possibile i tessuti perché riduce al minimo l'uso del bisturi e l'esecuzione di suture. Il bisturi serve solo per l'iniziale incisione della cute e come aiuto per l'apertura dell'utero; gli altri tessuti dell'addome sono divaricati con la semplice trazione delle dita. Le suture da compiere sono solo 3 (utero, fasce e cute) rispetto alle 6-7 del cesareo tradizionale. Per gli altri tessuti si aspetta la naturale tendenza a rigenerarsi in pochi giorni.

I vantaggi di tale variante sono la ridotta perdita di sangue, il minor dolore e il rapido recupero postoperatorio. Uno svantaggio è quello "estetico": l'incisione sulla cute è eseguita sopra la linea dei peli pubici e pertanto visibile.

La sterilizzazione tubarica durante parto cesareo è richiesta per evitare l'insorgenza di gravidanze future. In questo caso la sterilizzazione non necessita di nuove incisioni, ma utilizza quella del cesareo stesso prevedendo la legatura o sezione di un segmento tubarico. In rari casi, dopo l'intervento di sterilizzazione, può verificarsi una gravidanza, intrauterina o extrauterina: la percentuale di insuccesso riportata in letteratura è del 5 per mille.

Le complicanze del parto cesareo. Il cesareo, come ogni intervento chirurgico, non è privo di rischi. La possibilità che avvenga una complicanza è maggiore durante un cesareo urgente rispetto a un cesareo programmato (24% contro 16%). Infine, le complicanze sono maggiori in alcune condizioni cliniche materne, come obesità, precedenti interventi chirurgici addominali, patologie pre-esistenti, etc.

Le principali complicanze materne sono le seguenti:

- emorragia, con eventuale necessità di trasfusioni ematiche o un successivo intervento come l'isterectomia;
- lesione alla vescica e al retto, soprattutto in caso di re-intervento;
- infezione: il rischio è diminuito con la prevenzione antibiotica;
- trombo-embolia, prevenibile con la somministrazione profilattica di eparina;
- problematiche anestesilogiche.

Le complicanze fetali sono legate all'atto chirurgico, ad es. lesioni della cute del feto con il bisturi durante l'estrazione, soprattutto se l'intervento è eseguito d'urgenza. Di solito i nati da cesareo non sono esposti a maggiori rischi rispetto ai nati da parto vaginale: in letteratura è riportato solo un lieve aumento di problemi respiratori nei neonati da cesareo. L'intervento, infine, non pregiudica l'allattamento al seno.

Il parto vaginale dopo cesareo

Un precedente cesareo non indica la necessità di eseguire un altro: il cesareo è una possibilità da valutare caso per caso.

Dopo un cesareo è possibile partorire per via vaginale nel 60% dei casi, in particolare quando il precedente cesareo era stato eseguito per motivi specifici della precedente gravidanza, ad es. presentazione podalica o sofferenza fetale acuta.

Quando è proponibile un parto vaginale dopo un cesareo si deve avere a disposizione un'equipe chirurgica e anestesiologicala che permetta di eseguire un cesareo d'urgenza in pochi minuti se le condizioni materne o fetali lo rendessero necessario.

La complicanza più seria nel travaglio di parto dopo cesareo è la rottura della cicatrice dell'utero, possibile nell'1% dei casi, che richiede un intervento chirurgico urgente con maggiori rischi materni e fetali (infezioni, emorragie e in alcuni casi isterectomia e morte fetale).

Sicuramente non è possibile partorire per via vaginale dopo cesareo quando:

- l'incisione dell'utero è stata eseguita sul corpo uterino longitudinalmente e non sul segmento inferiore dell'utero trasversalmente;
- il precedente cesareo ha avuto complicazioni, come infezioni o ematomi, con rialzo febbrile;
- non sono trascorsi almeno 15 mesi dall'intervento per avere la certezza di una perfetta cicatrizzazione dell'utero.

Comunque, non esistono parametri certi che consentano di selezionare le gravide che possano partorire con successo dopo un cesareo.

APPENDICE

