

Appropriatezza delle procedure di sorveglianza intrapartum nella gravidanza a basso rischio

Alessandra Brevi, Luana Danti, Miriam Guana

Clinica Ostetrico Ginecologica, Università di Brescia

Riassunto

In questo articolo le autrici hanno voluto descrivere le principali modalità per monitorare in travaglio una gravidanza a basso rischio ostetrico. Viene analizzata la gestione della gravidanza BRO come fondamentale competenza dell'ostetrica. Inoltre si fa riferimento alla dinamicità del rischio e si sottolinea l'importanza dell'ostetrica come figura professionale più adatta nell'individuare, sapendo però applicare le procedure più appropriate, validate dalla medicina dell'evidenza.

La modalità più corretta per seguire una gravidanza a basso rischio è l'auscultazione intermittente. In presenza di anomalie è corretto passare alla CTG in continuum, per la cui interpretazione si suggerisce l'utilizzo della Classificazione del RCOG (2001). In caso di CTG non rassicurante è indicata l'esecuzione del test di Clark. L'ossigenoterapia materna e l'amnioinfusione sono da considerare terapie dell'ipossia fetale di lieve-media entità. Il partogramma è lo strumento più adeguato per individuare in periodo dilatante la distocia delle forze e per decidere l'utilizzo dell'ossitocina in caso di attività contrattile inadeguata. Il rapporto "one to one" fra gravida e ostetrica è il tipo di supporto che garantisce gli esiti migliori.

Parole chiave

Gravidanza BRO
Auscultazione intermittente
CTG in continuum
Partogramma

INTRODUZIONE

La gravidanza a basso rischio è un'entità molto differente dalla gravidanza ad alto rischio ostetrico e necessita pertanto di una gestione clinica appropriata. In letteratura sono presenti diverse linee guida per il management del travaglio a basso rischio (1-5) e pertanto le procedure raccomandate dovrebbero essere le stesse ovunque.

Safe Motherhood WHO 1999

Le raccomandazioni dell'OMS (1) in riferimento al travaglio a basso rischio sono le seguenti:

- offrire alla donna supporto durante il travaglio e il parto
- rispettare le scelte della donna e del compagno
- dare alla donna tutte le informazioni che desidera
- monitorare il feto con l'auscultazione intermittente del BCF
- lasciare la donna libera di muoversi e di scegliere la posizione più comoda, evitando la posizione supina
- monitorare l'andamento del travaglio utilizzando il partogramma
- somministrare ossitocina nel terzo stadio del travaglio soprattutto nelle donne con rischio di emorragia postpartum
- favorire il contatto pelle a pelle tra madre e neonato e l'allattamento precoce
- dovrebbe essere eliminato l'uso routinario del clistere, della tricotomia, di infusioni endovenose, della posizione

supina in travaglio e litotomica al parto

- il digiuno intrapartum, l'accelerazione con ossitocina, la CTG in continuum, il libero utilizzo dell'episiotomia.

Hofmeyr: Evidenced Based Intrapartum Care 2004

In sintesi Hofmeyr (2), in riferimento al travaglio a basso rischio, dà i seguenti suggerimenti:

- gli interventi nel travaglio a basso rischio devono essere giustificati da evidenze di robusta efficacia
- l'utilizzo del clistere, della tricotomia e il digiuno intrapartum non sono supportati da evidenze
- la continuità di cure intrapartum da parte dell'ostetrica o del compagno è benefica
- l'immersione in acqua sembra ridurre il dolore
- l'analgesia epidurale è efficace ma ha dei rischi
- non ci sono evidenze per impedire alla donna di scegliere la postura o di deambulare, va invece evitata la posizione supina
- dovrebbe essere praticata l'auscultazione intermittente; la CTG in continuum è associata ad un aumento di parti operativi e di tagli cesarei
- il sostegno manuale del perineo riduce il dolore perineale puerperale
- l'uso restrittivo dell'episiotomia ha dei benefici
- l'emorragia del post-partum è ridotta

Summary

Appropriate intra partum management for low risk pregnancies

In this article, the authors want to describe the main existing ways that permit to monitor labour in a low-risk pregnancy. They analyze the management of low-risk pregnancy as a fundamental responsibility of the midwife. The authors also refer to the dynamic nature of risk and stress the importance of midwife as the professional that is most capable of identifying it. Midwives should be able to apply more appropriate procedures validated by evidence based medicine.

The most correct way to follow a low-risk pregnancy is the intermittent auscultation. In presence of anomalies it is correct to move to CTG in continuum, for the interpretation of which you may use the RCOG Classification (2001). If CTG is not reassuring Clark's test is advised. The maternal oxygen therapy and amnioinfusion should be best used for the treatment of fetal hypoxia of mild entity. The partograph is the best way to identify the power dystocia during the dilating period and to decide to use oxytocics in case of inadequate contractions. The "one to one" relationship, between pregnant and midwives, is the support that ensures the best results.

Key words

Low-risk pregnancy
Intermittent auscultation
CTG in continuum
Partograph

da un management attivo del terzo stadio del travaglio

- il contatto precoce pelle a pelle tra madre e neonato è benefico.

L'OSTETRICA E IL BASSO RISCHIO

L'ostetrica, con l'emanazione del DM 740/1994 e successivamente delle leggi 42/99 e 251/2000, ha l'autonomia assoluta e la responsabilità diretta per seguire il travaglio e il parto a basso rischio. Quindi l'ostetrica in questi casi ha il dovere di attuare scelte autonome, con l'obiettivo di applicare procedure appropriate. Affinché le prestazioni erogate siano di qualità, è necessario che i professionisti posseggano un adeguato know-how, dato da: formazione di base, formazione continua e conoscenza e applicazione di Linee guida nazionali e internazionali. Prima di definire le procedure utilizzate per la sorveglianza intrapartum è doveroso precisare il campo d'azione in cui l'ostetrica può agire in autonomia, ossia la gravidanza a basso rischio.

Basso rischio e rischio dinamico

Una gravidanza che inizia in condizioni di salute è potenzialmente fisiologica, sia per la madre sia per il feto/neonato. È necessario però valutare costantemente la possibile emergenza del rischio durante la gestazione, il travaglio e il parto, con lo scopo di rilevare problemi che possono evolvere in patologia. La definizione di basso rischio, infatti, è dinamica e quindi è indispensabile l'attenzione durante tutto il travaglio per evidenziare eventuali problematiche emergenti. Le possibili e più frequenti patologie di un travaglio riguardano il rischio di ipossia per il feto e il rischio di alterazione dei meccanismi contrattili. Per quanto riguarda il primo punto è la CTG che può essere utile per una tempestiva diagnosi. Per le problematiche legate alla distocia delle forze è il partogramma lo strumento adeguato per identificare le anomalie.

Auscultazione intermittente e CTG in continuum

Esiste una letteratura ampia e circostanziata per quanto riguarda il corretto utilizzo di queste due metodiche nelle gravidanze a basso rischio: è raccomandato l'utilizzo dell'auscul-

tazione intermittente ogni 15 minuti in periodo dilatante e ogni 5 in periodo espulsivo, per tutta la durata della contrazione e i 60 secondi successivi. L'utilizzo dell'auscultazione intermittente è supportato da Linee guida nazionali e internazionali e inoltre è stata pubblicata una revisione Cochrane (4) in merito. La Cochrane sconsiglia, infatti, la registrazione in continuum del BCF nelle gravidanze a basso rischio, in quanto aumenta in modo significativo la quota di parti operativi e TC, senza migliorare l'Apgar alla nascita, i ricoveri in Terapia intensiva neonatale e l'incidenza di mortalità perinatale.

Nei casi in cui si presentino problemi materno-fetali o legati al travaglio, è necessario invece ricorrere alla CTG in continuum. Il tracciato CTG, dopo l'esecuzione, deve essere anche correttamente interpretato, utilizzando griglie di classificazione appositamente elaborate, ad esempio le linee guida del RCOG del 2001 (5). Il tracciato verrà quindi classificato come: normale, patologico e sospetto; a seconda del tipo di tracciato verranno poi messi in atto i comportamenti clinici più adeguati.

Cosa fare in caso di CTG non rassicurante

In caso di CTG sospetto vengono messe in atto le cosiddette "misure conservative", dettate dalla necessità di migliorare l'ossigenazione fetale. Oltre al cambio di posizione materna e alla riduzione o abolizione dell'attività contrattile, per migliorare un tracciato CTG anomalo è prevista anche l'idratazione materna. Questa metodica è supportata da uno studio controllato e randomizzato recentissimo che ha dimostrato come, somministrando alle donne in travaglio almeno 1000 ml di liquidi ev per oltre 20 minuti, si determina un miglioramento dello stato di ossigenazione fetale, verificato con l'ossimetria (6). L'utilizzo dell'O₂ terapia è raccomandato dall'ACOG (7) (sulla base di studi sperimentali sul modello animale e umano) e suggerisce la somministrazione di ossigeno in maschera alla madre (8-10 l/min) in caso di pattern non rassicuranti della CTG. Anche le linee guida canadesi (SOGC) (8) consigliano la somministrazione di ossigeno alla madre intrapartum per migliorare un tracciato CTG non rassicurante. Le linee guida del Royal

College del 2001 (5) e quelle dell'Emilia Romagna (2004) (3) invece non raccomandano l'ossigenoterapia poiché, pur essendo una metodica universalmente utilizzata, non esistono lavori EBM che confermino i vantaggi del suo utilizzo. In effetti, sarebbe necessaria l'esecuzione di un RCT di adeguata numerosità per dimostrare o meno l'utilità dell'ossigenoterapia intrapartum nel diminuire la quota di TC eseguiti per tracciato non rassicurante.

Un'altra pratica che può essere messa in atto in caso di CTG non rassicurante è l'amnioinfusione. Infatti, l'amnioinfusione, che in questo caso viene detta terapeutica (per distinguerla da quella profilattica utilizzata in caso di liquido tinto 2-3, può risolvere nel 50% dei casi la presenza di decelerazioni variabili persistenti non scomparse con procedure conservative. L'amnioinfusione può essere eseguita solo a membrane rotte e con una dilatazione di almeno 3 cm e consiste nell'infusione transcervicale di una soluzione salina in cavità amniotica, tramite catetere Foley collegato ad un normale deflussore, dopo aver controllato la quantità del liquido amniotico residuo. Questa metodica è supportata da una recente revisione Cochrane (9) coinvolgente 14 studi randomizzati e controllati e 900 donne in travaglio.

Da questa revisione si può dedurre che l'amnioinfusione terapeutica può essere utile per ridurre almeno del 50% la presenza di decelerazioni variabili da sospetta compressione del funicolo. Inoltre è stata dimostrata una riduzione dei tagli cesarei almeno del 50%, soprattutto quelli effettuati in caso di CTG non rassicurante.

Tecniche ancillari alla CTG intrapartum

Nel corso degli anni sono state valutate metodiche ancillari di monitoraggio intrapartum, con lo scopo di migliorare l'accuratezza della cardiocografia. Queste tecniche non sostituiscono la CTG, ma, se utilizzate in modo corretto, possono aumentare la sensibilità nei confronti dell'asfissia intrapartum.

Tra queste ricordiamo il prelievo dallo scalpo fetale per la determinazione del pH. Questa metodica oggi in Italia viene praticata in realtà molto circoscritte rispetto al resto d'Europa e al Nord America. Attualmente in molti centri non vi sono più le condizioni di espe-

rienza e pratica tali da consentire a breve la reintroduzione della tecnica nel protocollo standard delle sale parto. Va ribadito comunque che fra i vari test ancillari a disposizione in caso di CTG non rassicurante questo è l'unico ammesso nella pratica clinica e pertanto si dovrebbe tornare al suo utilizzo, così come succedeva anni fa, sempre nell'ottica di evitare TC inutili.

Peraltro in caso di CTG non rassicurante, prima di eseguire un controllo emogasanalitico dallo scalpo fetale, è utile verificare le condizioni del feto tramite il test di Clark (10). Esso consiste nel visitare la donna, toccando ripetutamente l'estremo cefalico del bimbo. A questa manovra un feto non acidotico risponderà con una accelerazione e questo succede di solito nel 50 % dei casi; un feto in ipossia grave o in acidosi non avrà modificazioni cardiocografiche o presenterà una decelerazione.

Altre tecniche ancillari sono l'ossimetria fetale pulsata e l'ECG fetale, ma il loro utilizzo non è ancora raccomandato nella sorveglianza del benessere fetale se non in protocolli di ricerca. Il futuro ci dirà quale di queste metodiche potrà essere scelta in caso di CTG non rassicurante: attualmente i risultati più interessanti sono legati all'utilizzo dell'ECG fetale, così come riportato in una recentissima revisione Cochrane (11).

Partogramma e distocia delle forze

Uno strumento fondamentale per verificare l'andamento del travaglio è il partogramma. Questo è utilissimo perché permette di seguire costantemente l'andamento del travaglio e facilita la rilevazione di eventuali anomalie nella dilatazione, permettendo un intervento tempestivo e appropriato per quella specifica condizione. Un partogramma che potrebbe aiutare nell'identificazione del rischio di distocia delle forze è quello elaborato dall'OMS, che prevede come modalità grafica la presenza dell'alert line e dell'action line a 4 ore di distanza l'una dall'altra.

Questo partogramma è stato testato, con un protocollo correlato, in uno studio dell'OMS coinvolgente più di 35.000 donne del sud-est dell'Asia. Lo studio iniziato nel 1987 è stato poi pubblicato su Lancet nel 1994 (12). In questo lavoro è stato dimostrato che se il partogramma OMS venisse utilizzato in tutte le

Unità operative, potrebbe diminuire la morbilità e mortalità materno-fetale, oltre che ridurre la quota di TC in maniera significativa. In un successivo studio di Lavender e Alfirevic, pubblicato nel 1998 (13), sono stati comparati tre diversi tipi di partogramma, con linea d'allerta e linea d'azione rispettivamente a 2, 3 e 4 ore. Il lavoro conclude che la distanza di 4 ore è correlata ad una quota di TC lievemente inferiore, ma la soddisfazione delle donne è significativamente maggiore se viene utilizzato il partogramma con alert e action line a distanza di 2 ore. Questi studi devono essere comunque contestualizzati: in un Paese povero in via di sviluppo l'obiettivo più importante è per ovvi motivi ridurre al minimo i parti cesarei e la morbilità ad essi correlata; nel nostro mondo occidentale questo è sicuramente un obiettivo importante, ma si deve anche tener conto della buona compliance delle pazienti e quindi nelle nostre sale parto un'attesa di 4 ore può essere eccessiva.

Per risolvere un'eventuale distocia delle forze insorta in travaglio viene presa in considerazione l'amniorexi, se le membrane sono integre e l'accelerazione farmacologica del travaglio con ossitocina. L'utilizzo dell'amniorexi, in caso di rallentata progressione del travaglio, è supportato da una recentissima revisione Cochrane (14); l'utilizzo dell'amniorexi in questi casi riduce: la durata del travaglio di 60-120 minuti, i ricoveri in NICU, i punteggi Apgar inferiori a 7 al 5° minuto, l'utilizzo di ossitocina. Se però viene eseguita precocemente (< 3 cm) porta invece ad un aumento dei tagli cesarei. L'ossitocina, per accelerare il travaglio, dovrebbe essere somministrata secondo specifici protocolli. Non ci sono metanalisi che raccomandino particolari dosaggi del farmaco, ma ci sono diversi RCT (15-17) che sembrano supportare l'utilizzo di alte dosi, poiché diminuiscono la durata del travaglio e sembrano diminuire anche la percentuale dei tagli cesarei.

CONCLUSIONI

La gravida a basso rischio ha bisogno soprattutto di sostegno erogato dal personale ostetrico, in quel particolare tipo di rapporto definito "one to one" (18). Questo si deve però accompagnare alla conoscenza delle procedure sopra citate, perché la definizione di

basso rischio è dinamica ed è necessario saper riconoscere eventuali patologie emergenti. L'importante è riferirsi, quando è possibile, a schemi di comportamento già valutati come efficaci.

BIBLIOGRAFIA

1. Safe Motherhood. Care in Normal birth: a practical guide. Division of Reproductive health; WHO Geneva 1999
2. Hofmeyr. "Evidence-based intrapartum care" 2004
3. Aziende Usl di Bologna. La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linee Guida su prove di efficacia Ceveas
4. Thacker. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labour. Cochrane Review 2001
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance Evidence Based Clinical Guideline No 8. London. RCOG May 2001
6. Kathleen Rice Simpson, PhD, RNC, and Dotti C. James, PhD, RNC. Efficacy of intrauterine resuscitation techniques in improving fetal oxygen status during labor. American College of Obstetricians and Gynecologists 2005; 105:1362-1368
7. ACOG technical bulletin. Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation, and management. Number 207- July 1995 (Replaces No. 132, September 1989) Int J Gynaecol Obstet 1995 Oct; 51(1):65-74
8. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Fetal heart rate surveillance in labour. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 112, March 2002
9. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour. Cochrane Review: in The Cochrane Library 1998
10. Clark SL et al. The scalp stimulation test: a clinical alternative to fetal scalp blood sampling. Am J Obstet Gynecol. 1984 Feb 1;148(3):274-7
11. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. In: The Cochrane library, Issue a. Chichester, UK: John Wiley & sons, Ltd; 2003
12. Kwast BE, Lennox CE, Farley TMM, et al. World Health Organisation partograph in management of labor. The Lancet, 1994 Jun; 343:1399-1404
13. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. BJOG 1998 Sept; 105:976-980
14. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: Cochrane Library, Issue 4, J Wiley & Sons, Ltd 2005
15. Xenakis EM et al. Low-dose versus high-dose oxytocin augmentation of labor: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 1995;173:1874-8
16. Merrill DC et al. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor" Obstet Gynecol 1999;94:455-63
17. Jamal A, Kalantari R. High and low dose oxytocin in augmentation of labor. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2004; 87:6-8
18. Hodnett ED et al. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software (Meta-analysis)