

Fase latente del primo stadio del travaglio

Le cinque cose da fare

A cura di Debora Balestreri



1 UTILIZZARE UNA DEFINIZIONE COMUNE

La fase latente del I stadio del travaglio è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine percepite come dolorose dalla donna, accompagnate da modificazioni variabili della cervice, incluso un certo grado di appiattamento e una lenta progressione della dilatazione fino al raggiungimento di 5 cm di dilatazione indipendentemente dalla parità.

2 INFORMARE IN GRAVIDANZA LE DONNE E CHI LE ACCOMPAGNERÀ AL PARTO SULLA FASE LATENTE

Ai corsi di accompagnamento alla nascita, alla presa in carico e ad ogni accesso in ospedale per attività contrattile uterina a termine di gravidanza, informare le donne e chi le accompagnerà al parto, su cosa aspettarsi in questa fase: come distinguere le contrazioni della fase latente e della fase attiva del I stadio, quali strategie di accompagnamento e gestione del dolore mettere in atto a casa, come migliorare il proprio benessere (idratarsi, mangiare, riposarsi, camminare, ecc), come riconoscere il liquido amniotico, quando e dove presentarsi in ospedale.

3 CONSIGLIARE METODICHE NON FARMACOLOGICHE DI GESTIONE DEL DOLORE E DELLA PAURA

Respirazione, massaggio, uso di acqua calda (doccia, bagno, compresse, ecc) metodiche di distrazione/concentrazione (musica, lettura, televisione, movimento, ecc) riducono la percezione del dolore. Comunicazione, sostegno e rassicurazione sono importanti per alleviare l'ansia affinché queste metodiche siano più efficaci. Le metodiche farmacologiche, dovrebbero essere utilizzate dopo l'inizio della fase attiva del I stadio o qualora la donna non rispondesse positivamente all'utilizzo di metodiche non farmacologiche, che devono essere preferite.

4 LIMITARE I RICOVERI IN OSPEDALE E CONSIGLIARE DI STARE A CASA

Il ricovero in ospedale in questa fase può aumentare ansia, preoccupazione e stanchezza sia della donna che di chi la accompagna. L'uso di procedure condivise e apposite aree di osservazione, utilizzare l'osservazione breve (OB) per la gestione della fase latente, riduce i ricoveri ospedalieri. In presenza di benessere materno-fetale e condizioni sociali permissivi, consigliare alla donna di tornare a casa dopo averla rassicurata e aver dato le informazioni delle raccomandazioni al punto 2 e 3.

5 IN CASO DI RICOVERO, OPTARE PER UNA GESTIONE CONSERVATIVA ED EVITARE PRATICHE CHE POTREBBERO AVERE UN IMPATTO NEGATIVO SULL'ESITO E L'ESPERIENZA DELLA NASCITA

Il ricovero in ospedale aumenta il rischio di interventi inappropriati. E' opportuno evitare ripetute esplorazioni vaginali, tracciati cardiografici e interventi di induzione/accelerazione del travaglio. La fase latente prolungata non è una indicazione al taglio cesareo. Nei casi che non rispondono alla gestione conservativa considerare, insieme alla donna, altre strategie come le metodiche farmacologiche di controllo del dolore e l'induzione/accelerazione del travaglio.

Principali fonti bibliografiche



1	<ol style="list-style-type: none"> 1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, Perdoná G, Souza JP, Gülmezoglu AM. Cervical dilatation patterns of "low- risk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. BJOG 2018; 125(8): 944-954. 3. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstetrics & Gynecology 2010;116(6):1281-7. 4. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstetrics & Gynecology 2010;115(4):705-10.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maimburg R D, Vaeth M, Durr J, et al. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 117: 921-928 2. Latent Phase. Evidenced Based Guidelines for Midwifery Led Care in Labour. The Royal College of Midwives, 2012
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 679. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e231-6. 2. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 20;4:CD011516. 3. Roberts L, Gulliver B, Fisher J, Cloyes KG. The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. J Midwifery Womens Health 2010;55: 107-16.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barnett C. et al 'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase. BJM 2008 Vol 16 (3): 144-153 2. Wood AM, Frey HA, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, et al. Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. Am J Perinatol 2016;33: 188-94. 3. Hospital-based triage of obstetric patients. Committee Opinion No. 667. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e16-9.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approaches to limit interventions during labor and birth. Committee Opinion No. 766. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2019;133:e164-e173 2. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:693-711.