

Parto operativo con ventosa omnicup

Le cinque cose da fare

A cura di Sara D'Avino



1

EFFETTUARE SOLO I PARTI OPERATIVI NECESSARI

Ridurre il ricorso ai parti operativi, utilizzando il supporto continuo della donna da parte dei familiari, il buon rapporto con l'ostetrica, l'uso di posture libere.

Le indicazioni materne e fetali al parto operativo sono: esaurimento delle forze materne; patologie materne (patologie cardiache, neurologiche, ecc.) che richiedono la riduzione dei tempi del periodo espulsivo; prolungamento o arresto del secondo stadio; alterazioni del tracciato cardiocografico.

2

VALUTARE LA PRESENZA DI CONDIZIONI PERMITTENTI ALL'APPLICAZIONE DI VENTOSA OMNICUP

Prima di decidere se effettuare un parto operativo valutare: la stima del peso fetale (tenere presente che la stima è sempre approssimativa) la progressione del travaglio, l'adeguatezza della pelvi materna, la posizione il livello e l'impegno della parte presentata, l'eventuale presenza di asinclitismo. Non applicare la ventosa in caso di asinclitismo posteriore per il rischio di fratture e di emorragia della teca cranica.

3

NON APPLICARE LA VENTOSA OMNICUP IN CASO DI CONTROINDICAZIONI

Evitare l'uso della ventosa prima della 34^a settimana. La sicurezza della sua applicazione tra 34-36 settimane di gestazione non è dimostrata, in questi casi dovrebbe essere usata con cautela. Non applicarla se la posizione della testa non è nota, se la dilatazione cervicale non è completa, se vi è il sospetto di una condizione di demineralizzazione ossea fetale (per esempio, osteogenesi imperfetta) o di un disturbo della coagulazione fetale (ad esempio trombocitopenia alloimmune, emofilia o malattia di von Willebrand).

4

CREARE LE CONDIZIONI OTTIMALI PER APPLICARE UNA VENTOSA IN SICUREZZA

Comunicare in modo chiaro con la donna, ottenere il consenso, anche solo orale. Svuotare la vescica. Allertare tutto il personale necessario (anestesista, neonatologo, in base alla valutazione del rischio, secondo medico di guardia o medico reperibile). Posizionare correttamente la donna sul lettino, utilizzare strumentario e illuminazione adeguati. Non è raccomandata l'esecuzione routinaria dell'episiotomia. L'operatore deve possedere la conoscenza ottimale della tecnica di applicazione della ventosa, l'esperienza e le competenze necessarie.

5

ESSERE CONSAPEVOLI DEI LIMITI DELLA PROCEDURA

In caso di distacco della coppetta, prima di una seconda applicazione, effettuare una rivalutazione del posizionamento della coppa e dell'eventuale interposizione di tessuto materno. Si raccomanda di non superare le due applicazioni (due distacchi).

Abbandonare la procedura se non si verifica una progressiva discesa della testa fetale con trazioni moderate, durante ogni contrazione e quando il parto non è imminente dopo tre trazioni. Non tentare un'estrazione con forcipe dopo un fallimento di parto con ventosa ostetrica.

Principali fonti bibliografiche



1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operative vaginal delivery . Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline N° 26 January 2011 2. Operative vaginal delivery. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 154 November 2015 3. Doumouchsis SK, Arulkumaran S Head trauma after instrumental births. Clin. Perinatol 2008 Mar;35(1):69-83 4. Edozien LC. Towards safe practice in instrumental vaginal delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21:639-55
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il parto operativo con ventosa omnicup. Ragusa, S. D'Avino, In: L. Danti "Il periodo espulsivo e...dintorni" PICCIN Nuova Libreria (Edizione 2017) 2. Operative vaginal delivery. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 154 November 2015
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operative vaginal delivery Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline N°. 26 January 2011 2. Operative vaginal delivery. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 154 November 2015 3. Aberg K, Norman M, Ekeus C. Preterm birth by vacuum extraction and neonatal outcome: a populationbased cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:42,2393-14-42.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il parto operativo con ventosa omnicup. Ragusa, S. D'Avino, In: L. Danti "Il periodo espulsivo e...dintorni" PICCIN Nuova Libreria (Edizione 2017) 2. Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. BJOG 2008;115:1695-702; discussion 1702-3. 3. Operative vaginal delivery Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline N°. 26 January 2011 4. Operative vaginal delivery. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 154 November 2015 5. Vacca A. Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice. Brisbane, Australia: Vacca Research,2003
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. McQuivey RW. Vacuum-assisted delivery: a review. J Matern Fetal Neonatal Med 2004;16: 171-80 2. Vacca A. Vacuum-assisted delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002 Feb;16(1):17-30. 3. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, et al.; Clinical Practice Obstetrics Committee. Guidelines for operative vaginal birth. J Obstet Gynaecol Can 2004;26:747-61. 4. Operative vaginal delivery Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline N°. 26 January 2011 5. Il parto operativo con ventosa omnicup. Ragusa, S. D'Avino, In: L. Danti "Il periodo espulsivo e... dintorni" PICCIN Nuova Libreria (Edizione 2017)