

Rush J. et al.: The effects of whirlpools baths in labor: a randomised, controlled trial. Birth 1996;23:136-143.

Gupta JK. et al.: An experiment of squatting birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989;30:217-20.

Gardosi J. et al.: Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. Lancet 1989;2:74-7.

Eason E. et al.: Preventing perineal trauma during child birth: a sistematic review. *Obstetrics & Gynec.* 2000 Mar;95(3):464-471.

Bernasconi F. "Prevenzione primaria e secondaria dei danni del pavimento pelvico" Atti Congresso Nazionale SIGO 2003, Catania.

La "PATOLOGIA OSTETRICA"

Valeria Cerri

Ginecologo - Genetista Medico
Dirigente Medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale G. da Saliceto - AUSL Piacenza

Razionale

si parla molto spesso di gravidanza "fisiologica", delle modalità migliori per l'accompagnamento lungo il percorso nascita di queste donne "normali", delle figure professionali più adatte a questo.

Quando ci si interroga un po' più a fondo sul senso di "GRAVIDANZA FISIOLÓGICA" di solito si giunge alla conclusione che è più corretto definire la stragrande maggioranza delle gravidanze come "A BASSO RISCHIO" e questa è la definizione scelta dalle linee guida Nazionali di recente pubblicazione sul sito del Ministero e approvate dalla Conferenza Stato Regioni.

Se ammettiamo che le gravidanze a basso rischio, quelle normali, siano quelle che hanno meno probabilità di esiti avversi per la diade madre/bambino, e se vogliamo indirizzarle ad un percorso nascita il più dolce e fisiologico possibile, nel pieno rispetto delle esigenze e delle risorse individuali che ogni singola donna ha diritto di esprimere nel mettere al mondo un figlio, dobbiamo essere ben consci che un 15% di donne presenterà dei rischi "aumentati".

Negli ultimi 20 anni l'Ostetricia ha fatto notevoli progressi nella diagnosi e nell'assistenza alle gravidanze ad "alto rischio" e si sono formati specialisti di Medicina Materno Fetale che hanno sviluppato competenze e percorsi atti a riconoscere il rischio e a prevenirlo o a intervenire il più precocemente possibile.

Nello stesso periodo gli sforzi dei Neonatologi hanno permesso di fronteggiare quadri di prematurità e di patologia congenita impensabili fino a poco tempo fa.

Per entrambi, Medici Materno Fetal e Neonatologi, il limite all'efficacia dell'intervento nella gravida ad alto rischio è costituito dalla precocità con cui il fattore di rischio viene identificato e dalla tempestività con cui la gravida accede a percorsi diagnostico-terapeutici adeguati.

La popolazione delle donne con gravidanza ad alto rischio è quella che, se misconosciuta, darà origine alle emergenze/urgenze più impegnative in Sala Parto, con la maggior quota di morbilità e mortalità materno/fetale, il maggior costo in termini di giornate di ricovero e il maggior numero di contenziosi medico legali (...ma non si poteva fare qualcosa prima...?).

Di questo 15% di donne con gravidanza ad alto rischio il 50% (cioè il 7.5% della popolazione generale delle gravide) presenta un rischio "a priori" identificabile solo con l'anamnesi.

Il restante 50% presenterà fattori di rischio "attuale" che andranno correttamente identificati nel corso della gravidanza.

Per le gravidanze ad alto rischio l'esito può cambiare significativamente in base alla tempestività e alla qualità dell'assistenza. Inoltre una donna correttamente seguita ed informata, sostenuta con un counselling adeguato, sarà in grado di affrontare eventuali esiti sfavorevoli (bando all'onnipotenza) con risorse diverse e meno conflittuali.

Le gravidanze ad "alto rischio" sono in netto aumento per una serie di fattori alcuni dei quali sono:

- Innalzamento dell'età delle donne che affrontano la gravidanza (nel 1980 le donne con età superiore ai 35 anni erano circa il 5%, oggi nel nord Italia raggiungono il 20-25%). L'età di per sé non è un fattore di rischio, ma correla con l'aumento di patologie che incidono sulla gravidanza: diabete, ipertensione, endocrinopatie etc. Inoltre età materna e cromosomopatie sono significativamente correlate e l'approccio alla diagnosi prenatale invasiva o attraverso lo screening merita tempo e grande capacità comunicativa.
- Donne con importanti patologie croniche, congenite o acquisite, (basti pensare alle patologie autoimmuni) raggiungono l'età adulta molto più spesso di prima e si affacciano alla ribalta del percorso riproduttivo. Queste donne esprimono speranze e aspettative sostenibili, a patto che le figure sanitarie coinvolte nella cura siano coordinate in gravidanza dallo specialista di Medicina Materno Fetale che monitorizza l'effetto della malattia e delle terapie sulla gravidanza e sul feto.

Le donne migranti sono portatrici inconsapevoli di tratti genetici da riconoscere correttamente, si pensi solo alle emoglobinopatie nelle loro varie forme ed espressioni, all'altissima (e trascurata) frequenza di consanguineità tra i coniugi.

Nel percorso di vita di molte di loro non sono state effettuate le vaccinazioni (rischio di rosolia e relativa teratogenità), non è stata fatta profilassi per le portatrici di Rh negativo in precedenti gravidanze (rischio di Malattia Emolitica feto/neonatale). Molte etnie

sono a rischio aumentato per Diabete Gestazionale, per non parlare della maggior esposizione a infezioni. Le aspettative sociali sono molto cambiate nell'ultimo scorcio di secolo: "...VOGLIO un figlio, lo voglio QUANDO voglio io...lo voglio COME voglio IO...". Una certa sottocultura della salute come bene di consumo acquistabile ha sostenuto l'idea che un bimbo perfetto sia acquistabile sul mercato come Ciccibello...L'Onnipotenza indebolisce molto sia l'utente che il medico quando entrambi cozzano contro gli spigoli dell'Esame di Realtà ...Una Buona Medicina sceglie percorsi di comunicazione, di pazienza, di informazione, che rendano un po' più affrontabile anche la realtà che **nessuno è onnipotente...neanche pagando.**

L'anamnesi: Vero screening

Sull'anamnesi e sulla sua importanza i testi classici di Medicina spendono parole e retorica.

Nessun corso di Laurea in Medicina ha mai previsto l'insegnamento degli strumenti base della comunicazione e del counselling.

Alcuni esempi: fattori anamnestici come l'etnia, la presenza di parenti di primo grado con diabete, la nascita di un precedente figlio macrosoma, innalzano in maniera molto significativa il rischio di diabete gestazionale e impongono lo screening del medesimo secondo linee condivise in tutto il mondo...

Una donna che ha già partorito una volta prima del termine ha un rischio di ricorrenza aumentato di 7-10 volte rispetto alla popolazione generale, ma se una primigravida ha la madre o una sorella che hanno partorito prematuramente il suo rischio aumenterà di 3 volte rispetto alle altre primigravide...il parto pretermine e la prematurità sono la prima causa di morte e di gravi sequele nel periodo neonatale...un corretto screening ecografico e infettivologico sembra essere efficace in queste donne se iniziato PRIMA DELLA 20 SETTIMANA di gestazione, cioè molto molto prima che si evidenzino i primi sintomi.

I disturbi ipertensivi in gravidanza si presentano in misura molto maggiore in donne con: familiarità per ipertensione, precedente preeclampsia, storie di distacco di placenta o di bimbi piccoli per l'età gestazionale. Un percorso ecografico e dopplerflussimetrico fetale ad epoche adeguate aiuta ad identificare precocemente le donne che presentano placentazione insufficiente e a FORMULARE PERCORSI ASSISTENZIALI ASSOLUTAMENTE PERSONALIZZATI...

Parto pretermine, diabete gestazionale e disturbi ipertensivi in gravidanza sono i 3 quadri che, intersecandosi, sono responsabili della quota più rilevante di esiti avversi, sia in termini di interventi di urgenza che di patologie materne e neonatali.

L'anamnesi può rispondere bene alle regole che governano lo SCREENING: ha basso costo, è applicabile senza rischi a tutti, è riproducibile, gli esiti sono facilmente "condivisibili", permette interventi di provata efficacia.

Ma l'anamnesi diventa strumento di screening efficace solo a condizioni molto stringenti:

- prevede la conoscenza e la condivisione di saperi e di obiettivi tra territorio e ospedale e tra figure professionali diverse;
- deve essere raccolta con tecniche comunicative e linguistiche appropriate (l'anamnesi non è una banale lista di domande ma deriva da un processo complesso di reciproca fiducia ed empatia, e spesso è possibile solo con l'aiuto dei mediatori culturali);
- devono essere previsti strumenti di raccolta delle informazioni MOLTO RIGOROSI e sarebbe auspicabile che, tramite l'informatizzazione, questi elementi fossero disponibili in tempo reale per il Punto Nascita che può accogliere in qualunque momento la gravida in condizioni di emergenza.
- Ad ogni dato anamnestico significativo deve essere connessa una flow chart di interventi chiari, di semplice accesso per l'utente;
- Ogni intervento per la conferma del rischio come patologia in atto o per l'esclusione del rischio (e quindi per la restituzione della gravida al suo percorso "fisiologico") deve essere registrato e reso disponibile a tutte le "stazioni del percorso nascita".
- L'anamnesi permette interventi tanto più efficaci quanto più precocemente viene raccolta ed analizzata, richiede una certa quantità di tempo, ma solo ad un incontro (cruciale).
- Necessita di strumenti culturali e di training, NON SI IMPROVVISA.

Nei punti nascita di II livello (> di 1000 parti anno e presenza di una patologia neonatale in grado di accogliere bimbi fino a 32 settimane) esiste l'Ambulatorio di Patologia Ostetrica che si configura come il punto di coordinamento per gli interventi diagnostici di II livello in campo materno fetale.

L'Ambulatorio di Patologia Ostetrica non ha come obiettivo la presa in carico della gravidanza ad alto rischio anamnestico o attuale; l'obiettivo è quello di affiancare le figure professionali che già seguono la gravida (ostetrica, ginecologo ed eventuali specialisti per patologie della donna preesistenti al momento riproduttivo).

Bibliografia:

1. Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida Nazionali di riferimento. I stesura 2005
2. William's Obstetrics ,21th editino. McGraw-Hill 2003
3. High Risk Pregnancy. 2nd edition. Elsevier Science , Saunders 2003
4. Filo diretto con le malattie genetiche. UTET periodici 2001

L'ostetrica e la documentazione clinica

Ostetrica Paola Serafini*, Ostetrica Elena Maria Mollo**

***Coordinatore Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna**

****Tutor Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna**

Università degli Studi di Torino

Parole chiavi: documentazione ostetrica, percorso nascita, ostetrica, prove di efficacia, responsabilità professionale

Abstract

Sul piano dei requisiti formali, la documentazione ostetrica o cartella ostetrica è del tutto assimilabile ad una cartella clinica o documentazione clinica tradizionale; sul piano dei contenuti emergono interessanti specificità.

Tra gli aspetti peculiari è possibile sottolineare: la necessità di documentare il percorso nel suo insieme ed il valore della continuità assistenziale; la necessità di inserire nella documentazione ostetrica anche le informazioni relative alla condizione di salute psicosociale delle persone assistite; la necessità di utilizzare un lessico descrittivo del percorso clinico assistenziale più appropriato al percorso nascita e condiviso tra i diversi operatori; la necessità di migliorare la definizione dei dati da registrare, la registrazione dei dati e la successiva fase di elaborazione statistica degli stessi e comunicazione delle informazioni che ne derivano.

Il recente documento del National Institute for Clinical Excellence "Routine antenatal care for healthy pregnant woman" sottolinea, in molte sue parti, l'importanza di una corretta informazione e documentazione clinico/assistenziale del percorso della donna in gravidanza, evidenziando anche l'importanza che le informazioni e il progetto assistenziale vengano chiaramente discussi con la donna e che la documentazione clinica del percorso sia lasciata sempre in possesso della gravida stessa.

Le ostetriche e gli altri operatori perinatali devono conoscere e saper raccogliere e descrivere correttamente gli eventi biologici della nascita (anatomici, fisiologici e biochimici) e parallelamente quelli psicologici e sociali, ai fini clinico/assistenziali ed ai fini epidemiologici.