



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE	2
2	BACKGROUND	2
3	SCOPO	2
4	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5	RIFERIMENTI.....	3
6	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	3
7	IL PARTOGRAMMA	4
7.1	MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA	4
7.1.1	DIAGNOSI DI TRAVAGLIO ATTIVO	5
7.1.2	MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ UTERINA	5
7.1.3	MONITORAGGIO DELLA DILATAZIONE CERVICALE	5
7.1.4	MONITORAGGIO DEL BENESSERE FETALE.....	5
7.1.5	SORVEGLIANZA DELLE CONDIZIONI MATERNE	5
7.1.6	FACILITAZIONE DEL TRAVAGLIO	5
7.1.7	INDUZIONE O ACCELERAZIONE FARMACOLOGICA DEL TRAVAGLIO DI PARTO.....	5
7.1.8	DIAGNOSI DI IMPEGNO E MONITORAGGIO DELLA PROGRESSIONE DELLA PP	6
7.2	DIAGNOSI E MONITORAGGIO DEL 2° STADIO DEL TRAVAGLIO DI PARTO	6
7.2.1	DEFINIZIONE.....	6
7.2.2	DURATA	6
7.2.3	MANAGEMENT	7
7.3	LEGENDA PARTOGRAMMA	7
8	STRUMENTI DI REGISTRAZIONE.....	9

GRUPPO DI REDAZIONE: Laura Bensi, Silvia Brogi, Graziella Franchi, Laura Iannuzzi, Arianna Maggiali, Alessandra Meucci, Alessandra Munaò, Paola Del Carlo, Mariarosaria Di Tommaso

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Rita Breschi	Ostetrica Dirigente DAIMI	16/06/2010	
VERIFICA	Aurelio Pellirone	UO Accreditamento, Qualità e M.C.	16/06/2010	
APPROVAZIONE	Gianfranco Scarselli	Direttore DAIMI	16/06/2010	

1 INTRODUZIONE

L'area delle nascite del DAIMI si compone di due elementi strutturalmente separati ma organizzativamente integrati che sono l'Area Nascita e il Centro Nascita Margherita; in ambedue le aree viene gestito il processo travaglio – parto – post partum.

Nell'Area Nascita vengono accolte fra le altre, anche gestanti trasferite dal Centro Nascita per insorgenza di fattori di rischio.

Lo strumento operativo attraverso il quale le ostetriche del DAIMI sorvegliano il processo loro affidato è il PARTOGRAMMA, come già previsto dai due regolamenti che normano le due aree (Regolamento di Sala Parto D/1007/01), Protocollo Centro Nascita Margherita (prov. DG n. 94 del 7/03/07); i due documenti in vigore sono diversi perché sperimentalmente adattati ai due diversi contesti assistenziali.

Si rileva la necessità di applicare un unico strumento nei due contesti, definendone in modo condiviso compilazione e interpretazione.

2 BACKGROUND

Il primo studio di Friedman (Friedman, 1954) sull'analisi grafica del travaglio ha segnato l'inizio dell'uso del Partogramma. Già in questo primo articolo Friedman specificò che le curve di andamento del travaglio riguardavano la fase dilatante, mentre non era stato possibile stabilire un metodo grafico per studiare la fase espulsiva del travaglio. Nel tempo si sono evoluti diversi modelli di Partogramma, alcuni dei quali contenenti linee di "allerta e azione" per facilitare la valutazione dei professionisti. La Linea Guida Intrapartum Care del NICE (NICE, 2008) sottolinea come una linea di azione a 4 ore sia un "limite temporale ideale per suggerire un intervento ostetrico per il travaglio prolungato senza aumentare i rischi materni e fetali". Una recente review Cochrane (Cochrane, 2008) pone in discussione l'utilizzo routinario del Partogramma, stabilendo la necessità di ulteriori studi sulla sua efficacia e di una condivisione tra gli operatori coinvolti nell'assistenza e con la donna, qualora si decida di adottare il Partogramma come strumento di assistenza del travaglio.

3 SCOPO

Alla luce di quanto riportato al punto 2, si ritiene di adottare il Partogramma, ed in particolare una revisione del modello OMS con linea di azione a 4 ore (OMS, 1994), come strumento ostetrico di sorveglianza del travaglio in ambito DAIMI.

La presente procedura ha lo scopo di focalizzare l'attenzione professionale sul patrimonio condiviso di conoscenze e di prassi relativamente alla sorveglianza del Travaglio di Parto, per tutte le gestanti accolte nel DAIMI. Ha pertanto la finalità di standardizzare criteri espliciti per:

- la diagnosi di travaglio attivo
- il monitoraggio dell'attività uterina
- il monitoraggio della dilatazione cervicale
- la diagnosi di impegno e il monitoraggio della progressione della P.P.
- la sorveglianza delle condizioni materne
- il monitoraggio del benessere fetale

- la registrazione di ogni procedura-intervento che agisca sul travaglio e sul parto e/o ne condizioni l'assistenza

Attraverso la corretta compilazione del Partogramma si ottiene la tracciabilità degli interventi professionali e la codifica del passaggio delle informazioni.

Per quanto sopra l'uso corretto del Partogramma contribuisce ad aumentare l'omogeneità fra gli operatori nella valutazione dell'andamento del travaglio.

La condivisione dello strumento su ambedue le aree favorisce omogeneità nel comportamento assistenziale nei riguardi delle utenti che vengono trasferite dal Centro Nascita alla Area Nascita per insorgenza di fattori di rischio.

4 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è applicata dal personale Ostetrico nell'assistenza al travaglio delle utenti afferenti all' Area Nascita e al Centro Nascita Margherita del DAIMI.

Il Partogramma deve riportare la classificazione del rischio codificata all'ingresso della gestante.

L'interpretazione del Partogramma in caso di partoanalgesia pone difficoltà da riconsiderarsi in altro documento.

5 RIFERIMENTI

- Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph. WHO/FHE/MSM/93.11
- Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico: linee guida nazionali di riferimento, ASSR 2004
- National Institute of Clinical Excellence (NICE), Intrapartum Care, UK, September 2007 rev Jun 2008.
- Regolamento di sala parto aree (Regolamento di Sala Parto D/1007/01)
- Protocollo clinico di gestione Centro nascita Margherita (provv DG n. 94 del 7/03/07)
- Rhl The WHO Reproductive Health Library "Effect of partogram use for women in spontaneous labour at term" Geneva 2009
- Pescetto de Cecco Pecorari Ostetricia Roma Società Editrice Universo 1979
- Friedman E, The graphic analysis of labor, Am J Obstet Gynecol. 1954 Dec;68(6):1568-75
- Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD005461.DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2.
- OMS-WHO, Preventing Prolonged Labour: a practical guide, the partograph. WHO, 1994

6 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- BCF battito cardiaco fetale
- CNM Centro Nascita Margherita
- DAIMI Dipartimento Aziendale Materno Infantile
- DIMI Dipartimento Interaziendale Materno Infantile



- EV endovena
- FC Frequenza Cardiaca
- IMPEGNO (come descritto su Pescetto/De Cecco/Pecorari ed. 1979) *“superamento del piano dello Stretto Superiore da parte della maggiore circonferenza della PP”*
- Mdg Medico di guardia
- NICE National Institute of Clinical Evidence
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
- OST Ostetrica
- PA Pressione Arteriosa
- PP Parte Presentata
- SI Stretto Inferiore
- SM Stretto Medio
- SpO2 Saturazione Ossigeno pulsio ossimetro
- SS Stretto Superiore
- STU Scheda Terapeutica Unica

7 IL PARTOGRAMMA

Il Partogramma è lo strumento più idoneo alla sorveglianza del travaglio di parto nella sua complessità, prendendo in esame ogni elemento utile alla diagnosi di benessere materno e fetale e alla osservazione dei fattori dinamici e meccanici che compongono il processo.

La corretta esecuzione della procedura permette un' immediata comprensione dell'evoluzione del travaglio ed una precoce individuazione dell'insorgenza di fattori di rischio.

L'arresto della dilatazione in due visite successive o il raggiungimento della linea di azione determina la necessità di sottoporre la donna ad osservazione medica.

La progressione della PP viene descritta sul Partogramma ad ogni esplorazione vaginale.

La diagnosi di posizione assume valore particolare nei casi in cui si noti una progressione lenta del travaglio, allo scopo di porre precocemente in essere modalità assistenziali idonee alla correzione di eventuali malposizioni.

La linea di allerta non si applica sul livello della PP: la valutazione della discesa della PP viene complessivamente effettuata nella situazione generale del travaglio.

7.1 MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA

Si premette che ad ogni segnalazione effettuata sul Partogramma deve corrispondere la firma/signa dell'operatore e l'ora in cui si effettua.

La compilazione dello strumento deve avvenire contestualmente alle valutazioni effettuate.

Ogni accertamento, valutazione, decisione condivisi con il medico vengono riportati sulla cartella informatizzata; è necessario trascrivere sulla grafica le informazioni utili all'appropriato utilizzo della procedura.

7.1.1 Diagnosi di travaglio attivo

Il Partogramma si apre al momento dell'inizio della fase attiva del travaglio, caratterizzata dal raggiungimento progressivo dei 4 cm di dilatazione e dalla presenza di contrazioni regolari e dolorose.

Al momento dell'apertura del Partogramma la dilatazione cervicale deve essere segnalata attraverso l'apposizione di una crocetta sulla linea di allerta.

L'esplorazione vaginale viene praticata di norma ogni 2 ore; non sono opportune ripetute esplorazioni vaginali più frequenti in assenza di motivazioni specifiche.

7.1.2 Monitoraggio dell'attività uterina

Segnalare sul Partogramma ogni 30 minuti la frequenza e l'intensità delle contrazioni.

7.1.3 Monitoraggio della dilatazione cervicale

Segnalare ogni 2 ore tramite una crocetta sul Partogramma la dilatazione del collo dell'utero.

7.1.4 Monitoraggio del benessere fetale

Segnalare sul Partogramma ogni 15 minuti l'avvenuta auscultazione intermittente del BCF (nel basso rischio); nel travaglio ad alto rischio attenersi alla indicazione medica per quanto concerne il monitoraggio del BCF.

Annotare o allegare al Partogramma l'auscultazione/registrazione del BCF in ambedue i casi.

7.1.5 Sorveglianza delle condizioni materne

Nel basso rischio segnalare ogni 4 ore PA, FC, Temperatura. Nell'alto rischio il monitoraggio di questi e altri parametri dipende dall'indicazione medica.

Controllare lo stato di svuotamento della vescica ed eventualmente invitare la donna ogni ora-ora e mezzo a urinare. Valutare eventuali perdite ematiche dai genitali, eventuale rottura delle membrane, colore e quantità del liquido amniotico, la condizione di adattamento psicologico e la risposta al dolore. Sono dati significativi l'assunzione di bevande e cibi, di cui deve essere specificata la qualità e quantità (es. 1 fetta biscottata, 1 bicchiere di the zuccherato, ...)

Facilitare, ove possibile, la libertà di movimento della donna e registrare le posizioni, anche se suggerite, da essa assunte.

7.1.6 Facilitazione del travaglio

L'applicazione appropriata di quanto descritto ai punti 7.1.4 e 7.1.5 deve essere considerata procedura atta al mantenimento del benessere materno e fetale e alla facilitazione della progressione del travaglio.

7.1.7 Induzione o accelerazione farmacologica del travaglio di parto

In caso di induzione farmacologica o di somministrazione ossitocica a sostegno del travaglio, segnalare data e ora di inizio della somministrazione del farmaco. Si rimanda alla STU per la registrazione della modalità di somministrazione.

Anche nel caso di induzione ossitocica l'apertura del Partogramma si effettua al momento della diagnosi di travaglio attivo.

Si definisce sul grafico “fase latente” la fase classificabile come “prodromica” sia essa spontanea o successiva all’induzione (presenza di contrazioni percepite dalla donna che modifichino il collo fino alla dilatazione di 4 cm.).

Somministrazione di farmaci analgesici o liquidi EV

Segnalare ora, farmaco. Si rimanda alla STU per la registrazione della modalità di somministrazione.

7.1.8 Diagnosi di impegno e monitoraggio della progressione della PP

Si assume per “IMPEGNO” quanto definito al paragrafo 6.

Si stabilisce che il livello “0” identifica il reperi della PP (rappresentato dall’occipite) al livello delle spine ischiatiche.

Si stabilisce la gradualità del posizionamento della testa fetale nel seguente modo “- 4 / 0 /+4” , corrispondenti anche alle diciture che compaiono sulla cartella ARGOS

Extrapelvica = - 4

Non impegnata mobile = - 3

Non impegnata adagiata = - 2 / - 1

Impegnata allo SS = 0

Impegnata allo SM = +1

Impegnata allo SI = + 2

7.2 DIAGNOSI E MONITORAGGIO DEL 2° STADIO DEL TRAVAGLIO DI PARTO

Lo strumento descritto non ha applicabilità per quanto attiene alla sorveglianza/ monitoraggio del 2° stadio del travaglio di parto, secondo quanto risulta dalle attuali evidenze scientifiche.

Si ritiene tuttavia opportuno richiamare nel presente documento la definizione e lo standard di “best practices” come definito dalle raccomandazioni dell’Intrapartum Care (NICE, 2008), per quanto attiene al “basso rischio ostetrico”

7.2.1 Definizione

Secondo stadio passivo (latenza o transizione): dilatazione completa del collo prima o in assenza di contrazioni espulsive

Secondo stadio attivo:

- Il bambino è visibile
- Dilatazione completa del collo e presenza di contrazioni espulsive
- Spinte attive successive alla conferma della dilatazione completa in assenza di contrazioni espulsive

7.2.2 Durata

Nullipare = la nascita dovrebbe avvenire entro 3 ore dall’inizio del secondo stadio attivo nella maggioranza delle donne; deve essere posta la diagnosi di “Espulsivo prolungato” quando sono trascorse 2 ore dall’inizio della fase attiva e la nascita non è imminente.

In tale caso la donna deve essere sottoposta alla osservazione medica.

Pluripare = la nascita dovrebbe avvenire entro 2 ore dall'inizio del secondo stadio attivo nella maggioranza delle donne; deve essere posta la diagnosi di "Espulsivo prolungato" quando è trascorsa 1 ora dall'inizio della fase attiva e la nascita non è imminente.

In tale caso la donna deve essere sottoposta alla osservazione medica.

7.2.3 Management

Ascoltare BCF per 1 minuto dopo la contrazione almeno ogni 5 minuti

Annotare o allegare al Partogramma la documentazione. Si richiama anche in questa fase l'importanza del controllo dei parametri materni per come specificato al punto 7.1.5.

7.3 LEGENDA PARTOGRAMMA

PAGINA FRONTALE:

La casella presente sull'intestazione del Partogramma deve essere barrata per indicare l'area assistenziale in cui ha inizio il travaglio e quindi l'apertura del Partogramma.

INGRESSO IL: Riportare la data e l'ora di ingresso in Centro Nascita o Area Nascita negli appositi spazi

(N.B. la data di ingresso può non coincidere con la data di ammissione-ricovero della donna)

VALUTAZIONE DEL RISCHIO: riportare il nome del mdg e dell'ostetrica coinvolti nella valutazione del rischio sia nel momento di insorgenza del travaglio (per quanto riguarda il Centro Nascita Margherita la valutazione iniziale riporterà il solo nome dell'ostetrica) che al momento di una modifica dello stato di rischio della donna (possibile sia in Area Nascita che al Centro Nascita con conseguente trasferimento e presa in carico del mdg).

BCF: riportare modalità e/o reperto di registrazione BCF.

GRAFICO DILATAZIONE/ DISCESA PP: seguire le indicazioni riportate sulla procedura, la parte "fase latente" riguarda il monitoraggio della fase prodromica anche in caso di induzione

ORE: indicare l'ora esatta della visita ostetrica.

MEMBRANE: indicare lo stato delle membrane al momento della visita; indicando come segue:

- I : membrane integre
- C: membrane rotte (spontaneamente) con liquido chiaro
- T: membrane rotte (spontaneamente) con liquido tinto (T1, T2, T3)
- A: amniorexi (riportare accanto anche il colore es. AC o AT).



CONTRAZIONI: indicare numero e durata delle contrazioni secondo la modalità indicata dall'OMS ovvero riempimento caselle relative a numero frequenza e validità delle contrazioni



Contrazioni di durata inferiore ai 20 secondi



Contrazioni di durata compresa tra 20 e 40 secondi



Contrazioni di durata maggiore di 40 secondi

SOMMINISTRAZIONI: indicare, se presenti, il nome dei farmaci o dei liquidi somministrati in travaglio; si rimanda a STU (come specificato nella procedura) per le caratteristiche della somministrazione.

FIRMA: riportare la firma dell'operatore che effettua la visita.

NOTE: segnalare eventi che possono influenzare il travaglio non riportabili in altri spazi predisposti del Partogramma.

PAGINA RETRO:

DATA: indicare la data della visita

ORA: specificare ora della valutazione

IDRATAZIONE: riportare le eventuali bevande assunte dalla donna specificando la quantità (es. 1 tazza di the, 2 bicchieri di acqua..)

ALIMENTAZIONE: riportare l'eventuale assunzione e quantità di cibi liquidi e/o solidi (es. 1 fetta biscottata, 1 cucchiaino di marmellata ecc).

MINZIONE: registrare con una "x" l'avvenuta minzione spontanea e segnalare casi di anomalie (es. X-scarsa) oppure scrivere "cateterismo" qualora sia stato necessario effettuare tale procedura.

FC MATERNA: registrare il reperto della FC materna indicando il numero di battiti per minuto (bpm) e eventuali anomalie.

PA: riportare i valori pressori rilevati.

TC°: riportate il valore di temperatura materna rilevata in ° centigradi.

SpO2 : riportare gli eventuali valori di saturazione qualora monitorati per indicazione medica.



POSIZIONE MATERNA: indicare la posizione prevalente assunta dalla donna nel periodo di valutazione (es. fianco sx) ed eventualmente indicare come “varie” e categoria (es. varie verticali) l’assunzione di più posizione all’interno del periodo osservato.

MOXIBUSTIONE: indicare l’eventuale utilizzo di moxa segnando ora di inizio e fine e punti energetici stimolati.

USO DELL’ACQUA: annotare l’eventuale utilizzo di acqua e la modalità indicandone il tempo di utilizzo (es. vasca :entra ore 8, doccia entra ore 9).

PREMITO: segnalare la presenza di premito con “sì” o “no” scrivendo se incoercibile (n.b. è importante segnalare la presenza o l’assenza di premito anche se abnorme rispetto al periodo espulsivo).

MODALITÀ DI SPINTA: indicare come “spontanea” o “incitata”.

SPAZIO VUOTO: utilizzare per registrare monitoraggi non inclusi nel prestampato del Partogramma.

FIRMA OSTETRICA: deve essere sempre riportata la firma di chi effettua la valutazione e quindi la registrazione (deve essere la stessa persona).

Riportare le ore richieste nei riquadri riassuntivi dei tempi del travaglio, indicare in SUTURA gli eventuali fili utilizzati (es- VYCRIL 0 e 2/0) e in ANESTESIA LOCALE la scelta effettuata (es. LIDOCAINA SPRAY, EMLA).

ALTRO: questo spazio può essere utilizzato per specificare presenza di persone o eventi relativi al momento del parto e post-partum.

8 STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

- M/1007/IL01A: Partogramma