

## **Applicazione delle nuove linee guide NICE/OMS per il travaglio e parto fisiologici: valutazione degli esiti materno-neonatali**

**Guarese Olga, Marina Zorzi, Teresa Sebastiani, Alessandro Demattè, Maria Carmen Carbone e Fabrizio Taddei**

U.O. Ginecologia e Ostetricia . Ospedale S. Maria del Carmine – Rovereto

Azienda per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento

### **RAZIONALE**

Rientrando il nostro ospedale nel percorso di accreditamento BFH (Baby Friendly Hospital), si è costituito già dal 2016 un gruppo di lavoro dedicato all'assistenza in sala parto che ha prodotto nuovi protocolli di assistenza al travaglio e al parto; nello specifico sono state introdotte le seguenti linee guida assistenziali:

- Percorso assistenziale alla donna con travaglio e parto in acqua
- Percorso assistenziale alla donna in travaglio e parto fisiologico (sec. Linee Guida NICE/OMS)
- Assistenza al travaglio con parto analgesia

La nascita di un bambino è un evento che cambia l'esistenza di una donna. E' una prerogativa globale portare la donna e il proprio bambino al centro delle proposte assistenziali durante il travaglio. L'approccio interventista non è sensibile ai bisogni personali che una donna riceve durante il travaglio e può condizionare negativamente la propria esperienza e provocare sequele psicologiche e fisiche a lungo termine.

L'applicazione delle linee guida NICE/OMS si pone lo scopo di uniformare la gestione del percorso assistenziale del travaglio e del parto e di favorire una corretta relazione tra le varie figure professionali coinvolte nella gestione dell'evento nascita, valorizzando in particolar modo il ruolo dell'ostetrica, figura centrale nell'assistenza alla gravidanza, travaglio e parto.

L'assistenza al travaglio e parto fisiologico viene affidato all'ostetrica, la quale ha il compito di promuovere il sostegno psicologico ed emotivo della donna per tutta la durata del travaglio, favorire un'adeguata informazione durante il travaglio alla donna, sostenere la libertà di posizioni e promuovere la possibilità di alimentarsi e di essere sostenuta da una persona di fiducia, nel pieno sostegno del benessere fetale e materno.

### **OBIETTIVO**

La finalità del lavoro degli operatori della UO di Ostetricia Rovereto è quella di garantire un'assistenza di alta qualità durante il travaglio e il parto fisiologico e non fisiologico; per tale motivo, sono state recepite le linee guida recenti NICE "Intrapartum care for healthy women and babies" 2014, update 2017. L'OMS ha prodotto le linee guida "WHO recommendations 2018 – Intrapartum care for a positive childbirth experience" facendo proprie le raccomandazioni e le evidenze del NICE, cosa che ha dato ulteriore conferma alla proposta di fornire assistenza secondo il Passo "Cure Amiche" nel percorso di accreditamento Baby Friendly Hospital.

Il protocollo sull'assistenza del travaglio fisiologico è stato introdotto il 30/09/2017 presso l'U.O. di Ginecologia Ostetrica dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, ed è stato reso operativo dal mese di ottobre 2017.

L'obiettivo dello studio è una valutazione preliminare sulla possibilità e fattibilità di analisi degli outcome materni e neonatali prima e dopo l'introduzione dei nuovi protocolli partendo dalla Classificazione di Robson utilizzata per analisi dei data base estrapolati dal Cedap.

## MATERIALI e METODI

I dati riportati sono stati forniti dal Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento ed estrapolati dai dati inseriti nel Cedap.

Sono stati presi in considerazione e raffrontati due periodi confrontabili tra loro:

- gennaio – agosto 2017 (760 parti), antecedente alla introduzione del nuovo percorso assistenziale
- gennaio – agosto 2018 (772 parti)

Sono stati analizzati i dati relativi ai parti totali nel biennio, con riferimento alle categorie specifiche della classificazione di Robson per travagli insorti spontaneamente > la 37° settimana (cioè categorie 1 e 3 della classificazione di Robson).

Numerosità della classe 1: n.238 nel 2017 vs n.183 nel 2018

Numerosità della classe 3: n.249 nel 2017 e n.266 nel 2018

Per avere una maggior significatività del campione numerico, sono stati raffrontati anche i dati totali degli anni 2016 (n.1211) con il 2017 (n.1135) **vedi tabella 1**

Sono stati scelti questi indicatori:

- outcome neonatale : valutato con pH, Apgar score al 5' minuto, numero di neonati trasferiti in patologia Neonatale a Trento.
- outcome materno: valutato con % di parti vaginali, % totale di tagli cesarei, % di tagli cesarei in travaglio, % di tagli cesarei elettivi, % di parti operativi vaginali con ventosa; % perineo integro, % episiotomia, % di lacerazioni vaginali (distinte in grado < 3° grado, 3° grado e 4° grado); % emorragie con perdita ematica tra 500 e 1000 cc e con perdita ematica >1000 cc (distinte per parto vaginale a taglio cesareo).

## RISULTATI

### TAGLI CESAREI

La percentuale totale di tagli cesarei nei due periodi considerati è passata dal 20,13% del 2017 al 16,8% del 2018.

Per la classe 1 di Robson si è avuto un incremento nel 2018 rispetto al 2017 (4,4% vs. 2,5%) anche se in percentuale comunque inferiore al 2016 (5,2%) e in trend di discesa rispetto agli anni precedenti.

Per la classe 3 non appaiono differenze significative nei due periodi: 1 TC su 249 parti nel periodo 2017 (0,4%) e 0 su 266 nel periodo 2018 (0,0%).

Si evidenzia che nella classe di Robson 1 e 3 afferiscono le donne gravide a termine, primipare e multipare, il cui travaglio insorge in modo spontaneo, senza differenziazione in gravidanza fisiologica o patologica e questo, evidentemente, comporta l'applicabilità o meno del nuovo protocollo di travaglio fisiologico NICE/OMS.

Da gennaio 2018 è stata inoltre introdotta la possibilità di parto analgesia a richiesta. Si è creato un gruppo di lavoro per la raccolta dei dati sulle partorienti che hanno richiesto e che hanno usufruito di parto analgesia; è prevista l'elaborazione dei seguenti dati: % TC; % PO, % episiotomie, % perinei integri, % PPH, outcome neonatali (Apgar, pH, trasferimento in TIN, pelle a pelle effettuato o meno o sospeso in anticipo)

## VENTOSA

L'utilizzo di ventosa ostetrica totalizzata per categoria 1 e 3 di Robson risulta avere un lieve miglioramento dal 2016 al 2017, ma se confrontata nel periodo gennaio-agosto 2017 e 2018 la percentuale rimane costante. La classificazione di Robson non distingue l'utilizzo di ventosa per distocia del II stadio da arresto profondo della PP o esaurimento di forze materne e per alterazioni di CTG in periodo espulsivo. La percentuale di utilizzo della ventosa negli anni 2016-2018 comunque si aggira sui 5-6% in linea con le Linee Guida Nice in modo indipendente dalla percentuale di tasso di TC in travaglio nelle due categorie.

## EPISIOTOMIA

Per quanto riguarda l'esito "episiotomia", si nota che a fronte di un aumento del numero di perinei intatti nelle categorie 1 e 3 di Robson (34,1% nel periodo gennaio-agosto 2017 vs 40,7% nel periodo analogo 2018), è diminuita la % di episiotomie (dal 6.1 % del periodo gennaio-agosto 2017 al 3.7% del periodo analogo del 2018) in proporzione netta rispetto al confronto tra 2016 (6,4%) e 2017 (5,8%). Tabella 2.

## LACERAZIONI VAGINALI

- < 3° grado: Il lieve aumento nelle classi di Robson 1 e 3 totalizzate, di lacerazioni vaginali < 3° che si nota dal confronto tra 2016 ( 56,2%) e 2017 59,4% non è stato confermato nel confronto tra periodo gennaio-agosto 2017 e 2018 ( 59,5% vs 55,0%)
- lacerazioni 3° grado: l'andamento della frequenza di tali lacerazioni mostra che da un 0,4% nel 2016 vi è un aumento al 1,2% nel 2017, per poi stabilizzarsi nel periodo gennaio-agosto 2017 e 2018 attorno a 1,3% e 1,1%; in una popolazione comunque numericamente molto contenuta (4 casi nel 2016 e 11 nel 2017; 8 casi nel gennaio-agosto 2017 e 7 nel 2018).
- Irrisoria la % di lacerazioni di 4%

## EMORRAGIA DEL POSTPARTUM

La comparazione dell'evento emorragia post-partum è stata eseguita definendo la perdita ematica in:

- assenza di emorragia (Perdite ematiche PE tra 0 e 500 cc);
- emorragia minore ( PE tra 501 cc e 1000cc);
- emorragia maggiore (> 1000cc).

L'analisi è stata eseguita sul numero totale di parti senza distinzione secondo classificazione di Robson. A sua volta la distribuzione della frequenza del n° di parti per emorragia è stata distinta in:

- avvenuta dopo un parto vaginale (non distinto tra spontaneo od operativo, sia eutocico che indotto)
- avvenuta in corso di taglio cesareo (sia elettivo che eseguito in travaglio).

I dati risultanti dimostrano un lieve aumento progressivo della frequenza di emorragia minore del postpartum ( 8,9% nel 2016 e 11,1% nel 2017; 10.0% nel periodo gennaio-agosto 2017 vs 14,3% nel 2018) ed un significativo aumento di emorragia maggiore con una percentuale del 1,3% nel 2016 e 2,8% 2017 totale che nel periodo gennaio-agosto 2017 con 2,5% sale a 4,4% nello stesso periodo del 2018. Tabella 4.

## pH del FUNICOLO

L'analisi degli outcome neonatali è stata eseguita suddividendo il ph in range: 6,8-7,09 e 7,10-7,50.

Nel 2016, 51 Ph su 1186 nati si trovavano nel range > 7,10 in percentuale di 4,3% verso i 37 su 1085 nel 2017 (3,4%). Il periodo gennaio-agosto 2017 e 2018 ha evidenziato un ulteriore miglioramento passando da una percentuale di 4% (29 casi su 725 nati) versus 3,3% (25 casi su 752). Tabella 5.

#### PUNTEGGIO APGAR

Utilizzando come outcome neonatale il punteggio Apgar si nota che i nati con punteggio Apgar inferiore a 9 al 5° minuto sono 46 su 1221 nati pari al 3,7 % nel 2016; 25 su 1145 nati pari a 2,1% nel 2017; 13 su 765 nel periodo gennaio-agosto 2017 pari a 1,69% versus 33 su 781 pari a 4,2% nel periodo analogo del 2018. Tabella 6.

#### NATI TRASFERITI IN PATOLOGIA NEONATALE TRENTO

Si riportano i dati con trasferimento di neonati in TIN di Trento: 2 nel 2016 e 5 nel 2017. Nel periodo gennaio-agosto del 2017 i trasferimenti sono stati 4 e 5 nello stesso periodo del 2018.

**TAB 1: distribuzione di frequenze (osservate e percentuali) del n° dei parti per modalità del parto**

Anno	N° parti	Parti spontanei*	Ventosa	TC elettivo	TC in travaglio	categoria 1 di Robson	categoria 3 di Robson
2016	1211	941 (77,7%)	76 (6,3%)	156 (12,9%)	38 (3,1%)	20 cesarei su 387 (5,2%)	3 cesarei su 402 (0,7%)
2017	1135	832 (73,3%)	69 (6,1%)	197 (17,4%)	37 (3,3%)	8 cesarei su 340 (2,4%)	1 cesareo su 354 (0,3%)

\*Compresi i parti con manovra di Kristeller

Periodo	N° parti	Parti spontanei*	Ventosa	TC elettivo	TC in travaglio	categoria 1 di Robson	categoria 3 di Robson
Gen-Ago 2017	760	567 (74,6%)	40 (5,3%)	126 (16,6%)	27 (3,5%)	6 cesarei su 238 (2,5%)	1 cesareo su 249 (0,4%)
Gen-Ago 2018	772	599 (77,7%)	42 (5,5%)	105 (13,6%)	25 (3,2%)	8 cesarei su 182 (4,4%)	0 cesarei su 266 (0,0%)

\*Compresi i parti con manovra di Kristeller

**Tab 2: Distribuzione di frequenze (osservate e percentuali) del n° dei parti (esclusi i cesarei) per eventuale episiotomia**

Anno	Perineo intatto	No	Sì
2016	388	564	65
	38,2%	55,5%	6,4%
2017	309	540	52
	34,3%	59,9%	5,8%

Periodo	Perineo intatto	No	Sì
Gen-Ago 2017	207	363	37
	34,1%	59,8%	6,1%
Gen-Ago 2018	261	357	24
	40,7%	55,6%	3,7%

**Tab 3: Distribuzione di frequenze (osservate e percentuali) del n° dei parti (esclusi i cesarei) per grado delle eventuali lacerazioni**

Anno	Perineo intatto	No	<3° grado	3° grado	4° grado
2016	388	53	572	4	0
	38,2%	5,2%	56,2%	0,4%	0,0%
2017	309	46	535	11	0
	34,3%	5,1%	59,4%	1,2%	0,0%

Periodo	Perineo intatto	No	<3° grado	3° grado	4° grado
Gen-Ago 2017	207	31	361	8	0
	34,1%	5,1%	59,5%	1,3%	0,0%
Gen-Ago 2018	261	20	353	7	1
	40,7%	3,1%	55,0%	1,1%	0,1%

**TAB 4: Distribuzione di frequenze (osservate e percentuali) del n° dei parti per emorragie e modalità del parto**

Anno	Parti spontanei			Parti cesarei		
	0-500	501-1000	>1000	0-500	501-1000	>1000
2016	913	91	13	170	21	3
	89,8%	8,9%	1,3%	87,6%	10,8%	1,6%
2017	776	100	25	201	29	4
	86,1%	11,1%	2,8%	85,9%	12,4%	1,7%

Anno	Parti spontanei			Parti cesarei		
	0-500	501-1000	>1000	0-500	501-1000	>1000
Gen-Ago 2017	531	61	15	134	16	3
	87,5%	10,0%	2,5%	87,5%	10,5%	2,0%
Gen-Ago 2018	521	92	29	121	8	1
	81,2%	14,3%	4,5%	93,1%	6,2%	0,7%

**TAB 5: Distribuzione di frequenze (osservate) dei parti per pH del funicolo**

Anno	pH range	
	6,8 - 7,09	7,10-7,50
2016	51	1135
2017	37	1048

Anno	pH range	
	6,8 - 7,09	7,10-7,50
Gen-Ago 2017	29	696
Gen-Ago 2018	25	727

**TAB 6: Distribuzione di frequenze (osservate) dei nati per punteggio Apgar al 5° minuto**

Anno 2016	
APGAR	Frequenza
0	1
4	2
5	3
6	5
7	8
8	27
9	88
10	1089

Gen-Ago 2017	
APGAR	Frequenza
0	1
5	4
7	3
8	5
9	56
10	696

Gen-Ago 2018	
APGAR	Frequenza
0	0
1	1
3	1
5	1
6	4
7	7
8	19
9	49
10	699

**TAB 7: Nati trasferiti in Patologia neonatale di Trento**

Anno	N° trasferiti
2016	2
2017	5

Anno	N° trasferiti
Gen-Ago 2017	4
Gen-Ago 2018	5

#### DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La fattibilità di un confronto prima e dopo l'introduzione del nuovo piano assistenziale alla donna in travaglio e parto fisiologico utilizzando la sola classificazione di Robson, si è dimostrata non concludente.

Dal database Cedap non si evince per la Classe 1 e 3 di Robson la numerosità del campione fisiologico rispetto al campione di donne > 37 settimana che entrano in travaglio spontaneamente ma che non rientrano nella categoria di basso rischio ostetrico in travaglio. Così vale per la classe 3 di Robson. Come non è rilevabile la percentuale del campione che ha ricorso alla partoanalgesia a richiesta introdotta anch'essa a partire da gennaio 2018 nella nostra UO. Ulteriori analisi puntuali di dati, oltre la classificazione di Robson, sono quindi necessarie per poter confrontare nei periodi pre e post introduzione protocollo NICE i dati ed eventualmente anche per analizzare a lungo termine gli effetti che la partoanalgesia potrebbe avere sull'andamento del travaglio fisiologico.

Seppur con i limiti legati all'esiguità del campione, l'analisi grezza dei dati dimostra comunque la diminuzione della percentuale totale di tagli cesarei, il miglioramento degli outcome materni in termini di perineo intatto, l'uso dell'episiotomia e le lacerazioni vaginali < 3°. Apparentemente, rispetto al 2017, è peggiorato il tasso di tagli cesarei in travaglio nella classe 1 di Robson che però, tenuto conto di quando precedentemente segnalato, si allinea con un trend in diminuzione negli anni precedenti. I tassi di utilizzo di ventosa ostetrica sono stabili nel tempo oscillando attorno a 5-6% in linea con quanto stabilito da OMS.

Si nota invece un trend in aumento di emorragia maggiore del postpartum, attualmente oggetto di audit periodici. Un miglioramento si rileva anche negli outcome neonatali in particolare il pH funicolare.

#### BIBLIOGRAFIA

Intrapartum care. Clinical guideline 2007 e sue revisioni. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità 2010. [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it)

WHO recommendations 2018 – Intrapartum care for a positive childbirth experience

Percorso assistenziale alla donna in travaglio e parto fisiologico. Documento della UO Ostetricia e Ginecologia  
S.M.Carmine Rovereto