



## IL TRAVAGLIO ATTIVO E IL PARTO IN POSIZIONI LIBERE POSSONO MIGLIORARE GLI OUTCOMES MATERNI E FETALI?



Autori:

Caterina Cingolani Ostetrica c/o A.O.R.M.N.

[caterinacingolani@libero.it](mailto:caterinacingolani@libero.it)

Silvia Del Pivo Ostetrica c/o A.O.R.M.N.

[silviadelpivo@gmail.com](mailto:silviadelpivo@gmail.com)

### 1) BACKGROUND

La gestione del travaglio di parto in fase dilatante ed espulsiva spesso segue routinarie tradizioni piuttosto che evidenze di buona pratica. La maggior parte delle donne (circa un 68%) spesso partorisce in posizione litotomica o semi-seduta (circa 23%). Meno comunemente usate sono le posizioni ortostatiche (sitting, standing, or squatting, 4%), girata sul fianco (side-lying, 3%) e a carponi (hands– knees, 1%). Le evidenze storiche ci insegnano che le donne di tutto il mondo tradizionalmente hanno partorito in piedi. La posizione litotomica per il parto cominciò con l'avvento del forcipe e della ventosa ostetrica nel 18<sup>o</sup> secolo e divenne sempre più comune con la medicalizzazione dell'assistenza al parto. Dall'inizio del ventesimo secolo la posizione litotomica è ancora comunemente usata in tutto il mondo occidentale sebbene le evidenze più recenti suggeriscano di rispettare la fase di latenza, la spinta spontanea e la scelta materna della posizione al momento del parto. Compressioni e massaggi del perineo con lubrificanti e/o pezze calde/umide, il controllo graduale della discesa della testa fetale possono prevenire lacerazioni e traumi del perineo. La posizione eretta durante la fase di dilatazione può ridurre il tempo d'inizio della fase espulsiva e può essere indicata in determinate situazioni. Inoltre, le evidenze dimostrano che le gestanti che durante il travaglio e il parto sono assistite dall'ostetrica (possibilmente "one-to-one") vanno incontro a meno lacerazioni e hanno un vissuto del parto più positivo rispetto alle donne seguite in questa fase dal personale medico.



**Lo scopo della nostra revisione è valutare se l'assistenza al travaglio attivo e il parto in posizioni libere possono migliorare gli esiti materni e neonatali dopo la nascita, a breve e lungo termine**

### QUESITO DI RICERCA



*Qual' è la modalità migliore per assistere il travaglio in fase avanzata e il parto di una gestante a termine con gravidanza fisiologica?*

## 2) REVISIONE DELLA LETTERATURA

### PICO (Popolazione/Intervento/Confronto/Outcome)



**P:** gravida a termine in travaglio di parto



**I:** posizione litotomica



**C:** posizioni alternative



**O:** outcomes materni e fetali (Apgar, ricovero in TIN, lacerazioni da parto, perdita ematica, parto distocico - operativo)

**DISEGNI DI STUDIO DA SELEZIONARE:** revisioni sistematiche con o senza meta-analisi, RCT

**BANCHE DATI:** Medline, Cochrane

**KEY WORDS:** "Delivery, Obstetric" [MESH] AND "posture", "stage labor" AND "position", "Natural Childbirth" [Mesh] AND "position"



**STRATEGIA DI RICERCA:** vedi TABELLA 1 pag.3

"EVIDENCE TABLE" (descrizione sintetica di ogni studio selezionato): vedi TABELLA 2 pag.4

**TABELLA 1 : ricerca bibliografica al 30/9/2015 (solo articoli full text)**

BD	Parole Chiave	N. Articoli Rilevati	N. Articoli Selezionati	Articoli con citazioni	PDF
Medline	"Delivery, Obstetric"[Mesh] AND posture* Filters activated: Systematic Reviews, Review, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Full text, published in the last 5 years.	17	3	<p><a href="#">A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor.</a> Kopas ML. J Midwifery Womens Health. 2014 May-Jun;59(3):264-76. doi: 10.1111/jmwh.12199.</p> <p><a href="#">Maternal positions and mobility during first stage labour.</a> Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 9;10:CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.</p> <p><a href="#">Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.</a> Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3. <b>Review.</b></p>	<p><a href="#">Kopas 2014</a></p> <p><a href="#">Lawrence 2013</a></p> <p><a href="#">Gupta 2012</a></p>
Medline	stage labor AND position* Filters activated: Systematic Reviews, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Full text, published in the last 5 years	28	1	<p><a href="#">Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma.</a> Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, Espuña-Pons M. Int Urogynecol J. 2012 Sep;23(9):1249-56. Epub 2012 Feb 2.</p>	<p><a href="#">Walker 2012</a></p>
Medline	"Natural Childbirth"[Mesh] AND position* Filters activated: published in the last 10 years.	3	0		
Cochrane	labor AND position in Cochrane Reviews (Reviews only)	30	1	<p><a href="#">Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia</a> Emily Kemp , Claire J Kingswood , Marion Kibuka and Jim G Thornton Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1:CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.</p>	<p><a href="#">Kemp 2013</a></p>

TABELLA 2: descrizione sintetica di ogni articolo selezionato

FONTI	DISEGNO PICO	CAMPIONE SETTING	TRATTAMENTO	RISULTATI	GRADING (Sign)	LIMITI COMMENTO
<a href="#">Kemp 2013</a>	<p><b>Revisione sistematica Cochrane con metanalisi</b></p> <p><b>P:</b> gravide in analgesia epidurale  <b>I:</b> utilizzo delle posizioni verticali  <b>C:</b> utilizzo delle posizioni classificate come "recumbent positions"  <b>O:</b> outcomes materni e fetali  <b>(Parto operativo con ventosa o cesareo)</b> durata periodo espulsivo, lacerazioni da parto, conseguenze del parto strumentale, basso ph cordonale alla nascita, distress fetale, ammissione ad unità intensiva neonatale)</p>	<p><b>5 RCT</b></p> <p><b>879 donne</b> sia primi gravide che multi gravide, in travaglio sia spontaneo che indotto, con analgesia epidurale di ogni tipo e a termine di gravidanza (37+0)</p> <p>Sono stati inclusi:            -trial il cui intervento (upright vs recumbent) era limitato solo al secondo stadio, sia quelli che assumevano le posizioni dal primo stadio;            -e' stato considerato il confronto tra posizione assegnata sia nella fase latente sia nella fase espulsiva (le pazienti dovevano avere speso almeno 30% del loro tempo nella fase assegnata e nella posizione assegnata);            -sono state</p>	<p><b>Trattati:</b> posizioni verticali  <b>Controlli:</b> posizioni "recumbent"</p> <p><b>Classificazione delle posizioni</b>  <b>Upright:</b> seduta sul letto, o su un letto con inclinazione maggiore-uguale 45° dall'orizzontale; squatting (senza aiuto/sbarra/sgabello-cuscino); semi-recumbent (max asse del corpo è maggiore-uguale di 45° dall'orizzontale); kneeling (in ginocchio); walking.  <b>Recumbent:</b> litotomica; fianco sx fianco dx; trendelemburg; tutte e4 le posizioni/all-four position (carponi, viene considerata tale in quanto l'asse del tronco è orizzontale); semi-recumbent (quando l'asse maggiore del corpo è minore uguale a 45°)            -posizioni come la fowler- uso della liana-o posizione del trono non sono state prese in considerazione.</p>	<p><b><u>Parto cesareo/vaginale strumentale</u></b>            5 RCT, 879 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 0.97; 95% CI 0.76 a 1.25; (I<sup>2</sup> = 54%), no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Durata del secondo stadio del travaglio (periodo espulsivo in minuti)</u></b>            2 RCT, 322 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> MD -22.98; 95% CI -99.09 a 53.13 (I<sup>2</sup> = 92%) no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Parto operativo vaginale</u></b>            5 RCT, 874 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 1.02; 95% CI 0.81 to 1.28; (I<sup>2</sup> = 25%) no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Taglio cesareo</u></b>            5 RCT, 879 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 0.81; 95% CI 0.38 a 1.69; (I<sup>2</sup> = 51%)            no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Lacerazioni da parto</u></b>            2 RCT, 173 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 0.95; 95% CI 0.66 a 1.37; (I<sup>2</sup> = 74%)            no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Conseguenze del parto operativo sul distress fetale</u></b>  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 1.69; 95% CI 0.32 a 8.84; (p = 0.53) , no differenze tra i gruppi</p> <p><b><u>Basso Ph cordonale alla nascita</u></b>            1 RCT, 66 donne  <b>Trattati vs controlli:</b> RR 0.61; 95% CI 0.18 a 2.10; (p = 0.44)            no differenze tra i gruppi</p>	<p><b>1+</b></p>	<p><b>Limiti:</b> piccoli trial con ampi IC; tutti gli studi mostravano bias (tutti gli studi in open, mancanza di registrazione dei dati, randomizzazione poco chiara o esclusioni post-randomizzazione). Risultati molto eterogenei tra uno studio e l'altro, in conflitto (ad es. alcune donne deambulavano già dal primo stadio del travaglio , diverse tipologie di epidurale: epidurale tradizionale/ walking/ in uno studio nemmeno specificata) Dati strumentali eterogenei (ad es. durata del secondo stadio del travaglio)</p> <p><b>Commento:</b> no differenze statisticamente significative tra le posizioni "upright" e "recumbent" per outcomes materni e fetali. Le posizioni cosi' classificate però non corrispondono alla realta' della pratica clinica: le posizioni fianco sx-dx e all-four vengono non solo considerate come alternative alla posizione litotomica ma mostrano notevoli vantaggi in termini di danni perineali, discesa della parte presentata, comfort materno e fetale. Per le caratteristiche degli studi inclusi, i dati vanno interpretati con cautela. <b>I dati per formulare la raccomandazione sulla migliore posizione da adottare per la fase espulsiva del parto nelle donne sottoposte ad epidurale sono insufficienti.</b> La</p>

		considerate anche quelle che assumevano la posizione assegnata sia nella fase latente che in quella espulsiva.		<b><u>Ammissione ad unità di cure intensive neonatali</u></b> 1 RCT, 66 donne <b>Trattati vs controlli:</b> RR 0.54; 95% CI 0.02 a 12.73; ( $p = 0.70$ ) no differenze tra i gruppi		conclusione finale rimane comunque che le donne vanno incoraggiate ad assumere le posizioni che pensano essere più confortevoli per loro nel secondo stadio del travaglio.
<a href="#">Gupta JK 2012</a>	<b>Revisione sistematica Cochrane con metanalisi</b>  <b>P:</b> primigravide e plurigravide non sottoposte ad analgesia epidurale <b>I:</b> posizioni verticali durante il secondo stadio del travaglio ( <b>periodo espulsivo</b> ); <b>C:</b> posizioni neutrali o supine nel secondo stadio del travaglio ( <b>periodo espulsivo</b> ); <b>O:</b> outcomes materni e fetali (durata periodo espulsivo, dolore, uso di analgesia/anestesia, modalità di parto, assistito o cesareo, lacerazioni da parto, perdita	<b>22 RCT</b> <b>7280 donne</b> sia primigravide che multi gravide durante il secondo stadio del travaglio ( <b>periodo espulsivo</b> ) 5 RCTs per nullipare, 9 RCTs nullipare e pluripare; tutti gli studi comprendevano donne con epoca gestazionale > 36 settimane senza complicanze mediche ed ostetriche.	<b>-Posizione verticale (upright) vs posizione supina (supine)</b>  <b>-Posizione accovacciata (sgabello) vs posizione supina</b>  <b>-Posizione accovacciata (cuscino) BIRTH CUSHION (CUSCINO) vs posizione supina</b>  <b>-Posizione seduta (sedia da parto o senza) vs posizione supina</b>  Nb: Le posizioni "upright" e "supine" sono state così suddivise dagli autori: 1. SUPINE: posizione laterale o di SIM; semi-recumbent (tronco inclinato in avanti per non più di 30°); posizione litotomica; posizione di Trendelenburg; 2. UPRIGHT: seduta (su sedia ostetrica o su sgabello); kneeling (in ginocchio); squatting (accovacciata senza aiuto o con sbarra o con cuscino da parto)	<b>1) Trattate:</b> posizione verticale <b>Controlli:</b> posizione supina  <b>Parti assistiti:</b> riduzione significativa a favore delle trattate: RR 0.78; 95% CI 0.68 a 0.90; $I^2 = 7\%$ ; <b>Episiotomia:</b> a favore delle trattate: RR 0.79; 95% CI 0.70 a 0.90, $I^2 = 61\%$ ; <b>Lacerazioni perineali:</b> aumento nelle trattate delle lacerazioni di grado II: RR 1.35; 95% CI 1.20 a 1.51; <b>Perdita ematica &gt;500 ml:</b> a favore dei controlli: RR 1.65; 95% CI 1.32 a 2.06; <b>Battiti cardiaci fetali anomali:</b> a favore delle trattate: RR 0.46; 95% CI 0.22 to 0.93; <b>No differenze statisticamente significative</b> per uso di anestesia nel secondo stadio, durata del secondo stadio, tagli cesarei, lacerazioni perineali di III e IV grado, trasfusioni, parto assistito, rimozione manuale della placenta, ammissione ad unità di terapia intensiva neonatale, mortalità perinatale.  <b>2) Trattate:</b> posizione accovacciata (sgabello) <b>Controlli:</b> posizione supina  <b>Episiotomia:</b> a favore delle trattate: RR 0.82; 95% CI 0.72a 0.92, <b>Battiti cardiaci fetali anomali:</b> a favore delle trattate: RR 0.28; 95% CI 0.08 to 0.98; risultato al limite <b>No differenze statisticamente significative</b> per uso di anestesia nel secondo stadio, trasfusioni, taglio cesareo, durata del secondo stadio,	<b>1++</b>	<b>Limiti:</b> a causa della variabile qualità degli studi, eterogeneità delle partecipanti e tra gli studi clinici, <u>i risultati devono essere interpretati con cautela.</u> In generale, esclusi ulteriori bias e fatto un sunto tra le 4 categorie di interventi, risultano significativi i dati: sulla minor incidenza di parti e di episiotomie con posizioni upright, maggior incidenza di lacerazioni vagino-perineali di 2° grado e di perdita ematica > 500 ml in caso di parto in posizione upright. Per i dati relativi alla durata del secondo stadio, incidenza di taglio cesareo, lacerazioni di 3°-4° grado, rimozioni manuali della placenta e morti perinatali non si sono manifestate differenze statisticamente significative tra le due posizioni. Nella pratica la posizione di SIM viene ritenuta alternativa per la sua utilità nella discesa della parte presentata e per la miglior ossigenazione fetale. Con la possibile eccezione di una maggiore perdita di sangue, con la postura eretta non sono stati dimostrati effetti deleteri per la madre o il feto. <u>Da questa revisione non possiamo trarre evidenze sull'efficacia di una</u>

	ematica > 500 mL, rimozione manuale della placenta, incontinenza urinaria/fecale, battito fetale anormale che richiede intervento, ammissione ad unità intensiva neonatale, morte perinatale			<p>lacerazioni perineali, perdita ematica &gt;500 ml, rimozione manuale della placenta, ammissione ad unità di terapia intensiva neonatale, mortalità perinatale</p> <p><b>3) Trattate:</b> posizione accovacciata (cuscino) <b>BIRTH CUSHION (CUSCINO)</b></p> <p><b>Controlli:</b> posizione supina</p> <p><b>Durata del secondo stadio:</b> a favore delle trattate: MD-10.64;95% CI -20.15 to -1.12 <math>I^2 = 89\%</math>; Eterogeneità alta</p> <p><b>Parti assistiti:</b> a favore delle trattate: RR 0.50; 95% CI 0.32 a 0.78 (<math>I^2 = 55\%</math>);</p> <p><b>Lacerazioni perineali di II grado:</b> a favore delle trattate: RR 0.72; 95%CI 0.54 a 0.97</p> <p><b>No differenze statisticamente significative</b> per episiotomia e lacerazioni perineali di III e IV grado, perdita ematica &gt;500 ml, tagli cesarei</p> <p><b>4) Trattate:</b> posizione seduta (sedia da parto o senza)</p> <p><b>Controlli:</b> posizione supina</p> <p><b>Episiotomia:</b> a favore delle trattate RR 0.82; 95% CI 0.68 to 0.99 (<math>I^2 = 71\%</math>)</p> <p><b>Lacerazioni perineali di II grado:</b> a favore dei controlli . RR 1.37; 95% CI 1.18 a 1.59</p> <p><b>No differenze statisticamente significative</b> per parti assistiti, tagli cesarei, anestesia nel secondo stadio, trasfusioni, rimozione manuale della placenta, perdita ematica &gt;500 ml, ammissione ad unità di terapia intensiva neonatale.</p>		<u>posizione rispetto all'altra: alla luce di questo, le donne dovrebbero essere incoraggiate a partorire nella posizione a loro più comoda</u>
Lawrence 2013	<p><b>Revisione sistematica Cochrane con metanalisi</b></p> <p><b>P:</b> donne durante la prima fase del travaglio (periodo</p>	<b>25 RCT , 5218 donne</b> sia nullipare che multipare, con o senza analgesia	<p><b>Trattate:</b> Posizione seduta, in piedi, camminando, in ginocchio, accovacciata, all-fours.</p> <p><b>Controlli:</b> semi sdraiata, sdraiata, laterale, supina, dorsale, a letto.</p> <p><b>Studi divisi in 2 categorie:</b> -<b>COMPARISON 1</b> in cui sono comprese tutte le donne (nullipare, multipare, analgesia si,</p>	<p><b>PER STUDI "COMPARISON 1"</b></p> <p><b>Durata prima fase del travaglio (ore/minuti)</b> A favore delle trattate: MD -1.36, 95% CI -2.22 to -0.51, (<math>I^2 = 93\%</math>) Alta eterogeneità</p> <p><b>Tagli cesarei</b> A favore delle trattate: RR 0.71, 95% CI 0.54 to 0.94</p> <p><b>Richiesta di epidurale</b> A favore delle trattate: RR 0.81, 95% CI 0.66 to 0.99 (<math>I^2 = 61\%</math>).</p>	<b>1+</b>	<p><b>Limiti:</b> qualità metodologica degli studi variabile; alta eterogeneità.</p> <p>Vi sono evidenze che camminando e mantenendo la posizione eretta nella prima fase del travaglio si riduce la durata del travaglio, il rischio di parto cesareo e la necessità di epidurale; questa posizione non sembra essere</p>

	<p>dilatante) sia nullipare che multipare</p> <p><b>I:</b> utilizzo di una posizione upright</p> <p><b>C:</b> utilizzo di una posizione recumbent</p> <p><b>O:</b> outcome materni (durata della fase dilatante, probabilità di avere un parto vaginale spontaneo, probabilità di avere un parto operativo o un taglio cesareo, richiesta di epidurale, dolore) e fetali (ricovero in unità intensiva neonatale)</p>		<p>analgesia no) e</p> <p><b>-COMPARISON 2</b> in cui sono comprese nullipare e multipare con analgesia</p>	<p><b>Ricovero in unità intensiva neonatale</b></p> <p>A favore delle trattate: RR 0.20, 95% CI 0.04 to 0.89 (1 RCT, 200 donne)</p> <p><b>Differenze non statisticamente significative</b> tra i gruppi per durata della seconda fase del travaglio e per altro outcomes riferiti al benessere della mamma e del bambino</p> <p><b>PER STUDI "COMPARISON 2"</b></p> <p><b>Differenze non statisticamente significative</b> tra i gruppi per durata della seconda fase del travaglio e per altro outcomes riferiti al benessere della mamma e del bambino</p>		<p>associato ad un aumento degli effetti negativi sullo stato di benessere delle madri e dei bambini. Dati i limiti dello studio, <u>sono necessarie ulteriori prove per confermare con certezza rischi e benefici della posizione eretta e mobile rispetto a posizioni reclinate.</u> Sulla base dei risultati attuali, si raccomanda che le donne a basso rischio in travaglio a basso rischio debbano essere informate dei benefici della posizione eretta, ed incoraggiate ed aiutate ad assumere qualunque posizione esse preferiscano.</p>
<p>Walker 2012</p>	<p><b>RCT</b></p> <p><b>P:</b> gravide con anestesia epidurale</p> <p><b>I:</b> posizione laterale</p> <p><b>C:</b> posizione litotomica</p> <p><b>O:</b> parti vaginali assistiti (AVD), traumi perineali</p>	<p><b>199 gravide</b></p> <p>nullipare e multipare (età gestazionale &gt;36 o &lt;42 sett.), singolo feto in presentazione cefalica , travaglio spontaneo o indotto, analgesia epidurale</p> <p>Gruppo sperimentale: 103 donne</p> <p>Gruppo controllo:</p>	<p><b>Trattate:</b> Le donne hanno seguito un protocollo di modifiche posturali mentre hanno ritardato a spingere e hanno utilizzato una posizione laterale specifica per la consegna (AMB metodo alternativo di nascita) Nel gruppo di Controllo: le donne in spinto subito dopo la completa dilatazione e consegnato in posizione litotomica ( TMB , modello tradizionale di nascita</p> <p>Randomizzazione: con lista generata da computer</p> <p>Analisi: per protocol (196 donne)</p>	<p><b>Incidenza AVD (parti vaginali assistiti)</b></p> <p>A favore delle trattate (AMB):19.8% vs 42.1%, (p&lt;0.001).</p> <p><b>TMB è fortemente associato con AVD</b> (OR=4.49; p&lt;0.05), che, a sua volta, è associato in maniera statisticamente significativa alla nulliparità (OR=5.52; p&lt;0.005) e alla testa fetale incarcerata a dilatazione completa (OR05.35; p&lt;0.05).</p> <p><b>AMB aumenta in maniera significativa il tasso di perineo integro</b> comparato con TMB(40.3% vs 12.2%, p&lt;0.001).</p> <p><b>L'incidenza di episiotomia è significativamente</b></p>	<p><b>1++</b></p>	<p><b>Limiti:</b> i due modelli messi a confronto differiscono per più di una variabile, non si possono attribuire gli esiti ad un intervento in particolare; i risultati di questo trial devono essere interpretati con cautela.</p> <p>Nel lavoro sono coinvolti l'anestesia epidurale , la AMB , consistente in cambiamenti posturali durante la fase passiva del secondo stadio e la posizione laterale durante la fase di spinta attiva , è associato ad una riduzione AVDS ,</p>

		96 donne <b>Setting:</b> ospedale universitario pubblico, Madrid		<b>ridotto con AMB</b> (21.0% vs 51.4%, p<0.001). No differenze statisticamente significative tra i gruppi per outcomes neonatali.		PT , e tempo di spinta attiva, senza incorrere in altri esiti avversi materni o fetali .
--	--	---	--	---	--	--



<p>Medline Kopas (2014)</p>	<p><b>A Review of Evidence-Based Practices</b></p> <p><b>P:</b> gravida a termine in travaglio di parto con e senza analgesia epidurale</p> <p><b>I:</b> posizione litotomica e/o supina</p> <p><b>C:</b> /posizioni alternative</p> <p><b>O:</b> outcomes materni e fetali (Apgar, ricovero in TI, lacerazioni da parto, perdita ematica, parto distocico - operativo)</p> <p><b>FOR MATERNAL POSITION</b></p> <p>Analisi retrospettiva</p>	<p><b>FOR MATERNAL POSITION:</b></p> <p>Australia N=2891</p>	<p><b>FOR MATERNAL POSITION:</b></p> <p>Valutazione di 6 differenti posizioni al parto (N = 2891) sugli esiti perineali incluse episiotomie, lacerazioni che richiedono suture e perinei integri.</p>	<p><b>FOR MATERNAL POSITION:</b></p> <p>la posizione laterale ha avuto il più alto tasso di perineo intatto ( 66,6 % intatto , 28.3 % lacerazioni che richiedono sutura ), mentre la posizione accovacciata è stata associata con il più alto tasso di lacerazioni ( 41,9 % perineo intatto , 53,2 % lacerazioni che necessitano di sutura</p>	<p><b>GRADING</b></p> <p><u>1-</u></p>	<p><b>FOR MATERNAL POSITION:</b></p> <p><b>LIMITI:</b></p> <p>per la maggior parte degli studi scarsa qualità metodologica ed interventi incoerenti .</p> <p><b>CONCLUSIONI:</b></p> <p>Ci sono prove che la posizione supina vada evitata nella fase espulsiva: associazione con maggiore incidenza di anomalità di FHR e meno tassi di parti spontanei vaginali. La posizione accovacciata o seduta possono essere di beneficio quando la seconda fase si prolunga o è indicata una rapida nascita, mentre le posizioni laterali o accovacciate possono aiutare a prevenire lacerazioni . La posizione eretta può essere più indicata per la spinta.</p>
-------------------------------------	--	--	---	--	--	--

Cochrane review di 20 RCTs	7280 donne con parto senza analgesia	Vengono comparate posizioni ortostatiche e/o laterali alle posizioni supine/litotomiche al momento del parto.	<p><u>Posizioni non supine</u> sono state associate con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- minor numero di parti assistiti (RR 0,78; 95 % IC 0,68-0,90)</li> <li>-minor numero di episiotomia ( RR , 0,79 ; 95 % CI , 0,70-,90 )</li> <li>-numero minore di anomalie di FHR (frequenza cardiaca fetale) (RR , 0,46 ; 95 % CI 0.22-0.93 ,</li> <li>-più lacerazioni di secondo grado (RR , 1,35 ; 95 % CI , 1.20-1.51 )</li> <li>-tassi più elevati di perdita ematica stimata di oltre 500 cc (RR , 1,65 ; 95 % CI , 1,32-2,06</li> </ul>		
<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p>2 ampie metanalisi di RCTs</p>	<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p>200.000 persone dal 1989 al 2014 (11 gruppi)</p>	<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p>Analisi e confronto tra "The Pushing Early or Pushing Late with Epidurals" (PEOPLE) vs NO PEOPLE, ovvero un gruppo di donne con e senza analgesia epidurale che ha spinto solo quando il senso di premito era irrefrenabile e un secondo gruppo con e senza epidurale che ha spinto dal momento in cui la dilatazione era completa</p>	<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p>Circa il 10% di aumento del numero di nascite vaginali spontanee (RR, 1,09; 95% CI, 1,03-1,1519 e RR, 1,08; 95% CI, 1,01-1,1518) nelle donne che hanno ritardato a spingere. Ulteriori significative differenze di outcomes comprendevano un aumento del tasso di nascite vaginale non assistite, diminuito trauma perineale, un minor numero di decelerazioni FHR e</p>	<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p><u>1-</u></p>	<p><b><u>FOR DELAYED PUSHING</u></b></p> <p><b>LIMITI:</b></p> <p>La questione di come e quanto a lungo alle donne dovrebbe essere consentito di aspettare a spingere non ha ricevuto risposta. Nessuno studio a confronto, risultati con termini diversi.</p> <p><b>CONCLUSIONI:</b></p> <p>Sembra ragionevole ritardare la spinta per un massimo di 2 ore dopo la completa dilatazione, a meno che la donna ha voglia di spingere o la testa fetale è all' introito vaginale , in particolare perle donne che sono con analgesia epidurale .Dato che una prolungata seconda fase del travaglio è associata ad esiti materni negativi come ad esempio un aumento dei tassi di infezione, lacerazioni gravi, e emorragia post-partum e data la mancanza di ricerca su periodi espulsivi più lunghi, dovrebbe essere incoraggiata la spinta dopo una o due ore di latenza o comunque</p>

				<p>punteggi più alti di Apgar a un minuto nel gruppo delle donne assegnate al ritardo di spinta.</p> <p>Con PEOPLE VS NO PEOPLE aumento dell'incidenza di febbre materna (&gt;_38°C temperatura) nel gruppo di spinta in ritardo, nessuna differenza per incidenza di febbre post-partum o per trattamento antibiotico nelle madri, nessuna differenza nella terapia antibiotica, emocolture, indice combinato di morbilità nei neonati.</p> <p>Beneficio nel ritardo nello spingere per diminuito numero di parti difficili (come cesarei, o parti strumentali), beneficio maggiore nei feti in posteriore dell'occipite (OP) o trasversale dell'occipite (OT) (RR, 0,69; 95% CI, 0,54-0,90 vs RR 0,90; 95% CI, 0,60-1,19 per anteriore all'occipite [OA] posizione) o se la posizione della testa fetale fosse stata a +1 al momento della randomizzazione (RR, 0,77; 95% CI, ,64-0,93 vs RR, 0,82; 95%</p>	<p>fino a quando non si sente la voglia di spingere, salvo complicazioni materno-fetali in cui è indicata una nascita rapida</p> <p>L'evidenza non supporta l' utilizzo della spinta comandata.</p>
--	--	--	--	---	---

				CI, 0,44-1,51 per la stazione + 1). La maggior parte degli studi ha rilevato che un ritardo nello spingere ha portato a poca o nessuna differenza nei risultati materni e neonatali avversi.		
	<u>OCCIPUT POSTERIOR FETUS NEL SECOND STAGE</u> Ampio studio osservazionale (N =1562 donne)	<u>OCCIPUT POSTERIOR FETUS NEL SECOND STAGE</u> PEOPLE vs NO PEOPLE	<u>OCCIPUT POSTERIOR FETUS NEL SECOND STAGE</u> Analisi e confronto tra: PEOPLE vs NO PEOPLE	<u>OCCIPUT POSTERIOR FETUS NEL SECOND STAGE</u> Sebbene non vi fosse alcuna differenza nell'incidenza di occipite posteriore nella fase iniziale tra le donne che hanno ricevuto analgesia epidurale e quelle no, c'è stato un maggior numero di feti in posizione OP in prossimità del parto nelle donne che hanno avuto analgesia epidurale (12,9% vs 3,3 %, rispettivamente ; P = 0,002, risultato statisticamente significativo) .	2+	<u>OCCIPUT POSTERIOR FETUS NEL SECOND STAGE</u>  <b><u>CONCLUSIONI:</u></b> L'evidenza dallo studio PEOPLE suggerisce che la spinta in ritardo quando il feto è OP può aumentare la possibilità di un parto vaginale spontaneo , senza la necessità di un intervento di rotazione o manovre strumentali . La rotazione manuale della testa fetale da OP ad OA ha dimostrato di essere un intervento efficace che può ridurre l'incidenza di nascite con taglio cesareo e ventosa .  <b><u>LIMITI:</u></b> Anche se il posizionamento e il movimento possono aiutare, non ci sono RCT che fino ad oggi hanno dimostrato che questi interventi possano avere incidenze significative sull'esito della posizione fetale .
	<u>DURATION DEL SECOND STAGE</u>	<u>DURATION DEL SECOND STAGE</u> PEOPLE vs NO PEOPLE	Analisi e confronto tra: PEOPLE vs NO PEOPLE	<u>DURATION DEL SECOND STAGE</u> L'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) considerando la diagnosi di seconda fase prolungata, raccomanda, nelle donne nullipare, di	2+	<u>DURATION DEL SECOND STAGE</u>  <b><u>LIMITI:</u></b> Purtroppo, poiché tutti gli studi fino ad oggi sono stati retrospettivi, non è chiara una relazione causale tra prolungata seconda fase prolungata e morbilità. La maggior parte di questi risultati sono fortemente associati con la modalità di nascita .C'è disaccordo in letteratura su come impostare un limite di tempo

				<p>spingere dopo 3 ore con l'anestesia regionale o dopo 2 ore senza anestesia, o se multipare dopo 2 ore, con l'anestesia regionale o di un'ora senza. Fattori di rischio per una prolungata seconda fase sono la nulliparità, l'uso dell'analgia epidurale, l'indice di massa corporea &gt; 30 kg / m<sup>2</sup>, macrosomia, aumento dell'età materna o anni &gt;35 e la posizione OP.</p> <p>Sia per le donne nullipare che per le pluripare, la seconda fase del travaglio è più lunga e l'incidenza di prolungata seconda fase è maggiore per le donne che fanno uso di analgesia epidurale rispetto alle donne senza. a L'analgia epidurale ha visto anche far aumentare l'incidenza di parto vaginale distocico. Vi è una forte associazione tra prolungato secondo stadio e una maggiore morbidità materna, che vede la modalità di parto essere un fattore che contribuisce significativamente. Grandi studi retrospettivi e</p>	<p>per definire una seconda fase del travaglio anormale o prolungata. Sebbene non vi sia una chiara evidenza di aumento di morbidità materna e neonatale , gli studi pubblicati fino ad oggi non ci dicono che le scadenze arbitrarie porterebbero ad avere risultati migliori . Pertanto, la maggior parte degli autori raccomandano un trattamento individualizzato.</p> <p><b>CONCLUSIONI:</b> Sembra ragionevole raccomandare l'espletamento del parto, se la nascita non è imminente, quando una donna nullipara ha spinto per più di 2 ore o è completa per più di 4 ore , e quando una donna multipara ha spinto più di un' ora o è completa da più di 2 ore.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>studi osservazionali prospettici segnalano un aumento dei tassi di corionamnionite, terza e lacerazioni quarto grado, atonia uterina, emorragia postpartum, febbre intrapartum, e l'isterectomia</p> <p>Una più alta incidenza di distocia di spalla è stata anch'essa associata ad una prolungata seconda fase del travaglio.</p>		
		<p><b><u>HAND TECHNIQUES AND PERINEAL TRAUMA</u></b></p> <p>RCT di 1211 donne in New Mexico</p> <p>Studio longitudinale norvegese</p> <p>Una meta-analisi di 8 RCTs</p>	<p><b><u>HAND TECHNIQUES AND PERINEAL TRAUMA</u></b></p> <p>Analisi e confronto tecnica "Hands-Off" versus "Hands-On": impacchi caldi, massaggio perineale delicato per rallentare la fuoriuscita della testa fetale ,la protezione del perineo.</p>	<p><b><u>HAND TECHNIQUES AND PERINEAL TRAUMA</u></b></p> <p>Sia gli impacchi caldi che il massaggio perineale riducono l'incidenza di lacerazioni di terzo e quarto grado rispetto al non far nulla o alla solita protezione del perineo (per impacchi caldi : RR , 0.48 ; 95 % CI , 0,28-0,84 ; per il massaggio : RR , 0.52 ; 95 % CI , 0,29-0,94 ) .</p> <p>Non sorprende che Hands Off vs Hands On abbia comportato un minor numero di episiotomie ( RR,0.69 ; 95 % CI , 0,50-,96 ) , ma i tassi di lacerazione erano maggiori.</p>	<p><b><u>2+</u></b></p>	<p><b><u>HAND TECHNIQUES AND PERINEAL TRAUMA</u></b></p> <p><b><u>LIMITI:</u></b> Permane il problema dell'eterogeneità.</p> <p><b><u>CONCLUSIONI:</u></b></p> <p>Nel complesso, le pazienti seguite da ostetriche hanno tassi di lacerazioni inferiori a quelli dei medici e i tassi sono più bassi per le donne che partoriscono a casa rispetto alle donne che partoriscono in ospedale . Fanno parte dell'arte dell'ostetricia , che non può essere facilmente prescritta. Anche se i tassi di lacerazioni spontanee sono aumentati negli ultimi anni , è chiaro che una gran parte del trauma perineale può essere prevenuto .</p>

**TABELLA 3: SINTESI DELLE EVIDENZE**

Categoria (Livello)	N° fonti	Valutazione complessiva Qualità	Sintesi dei risultati delle evidenze (livello)
<p><b>Livello 1 (studi sperimentali)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisioni sistematiche di RCT con senza meta-analisi</li> <li>• RCT</li> </ul>	8	<p><b>2 studi con grading 1++</b></p> <p><b>2 studi con grading 1+</b></p> <p><b>4 studi con grading 1-</b></p>	<p>Adottare posizioni “upright” o posizioni “recumbent” non incide sugli outcomes materni quali parto operativo ventosa o cesareo, durata periodo espulsivo, tasso di parti operativi, lacerazioni da parto, distress fetale conseguente da parto operativo, basso ph cordonale alla nascita, e su outcomes fetali quali il ricovero in unità intensiva neonatale. Dati insufficienti per formulare la raccomandazione sulla migliore posizione da adottare per la fase espulsiva del parto nelle donne sottoposte ad epidurale. Incoraggiare le partorienti in anestesia epidurale ad assumere nel secondo stadio del travaglio le posizioni che pensano essere per loro piu’ confortevoli (LIVELLO I)</p> <p><b>PER LE POSIZIONI DA ADOTTARE: (livello A)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La posizione laterale aumenta la possibilità di perineo integro (66% vs 28%). La squatting – accovacciata 41,9% vs 53,2%</li> <li>2. Occorre scoraggiare la posizione supina per diminuire i parti operativi, avere meno ctg non rassicuranti. Si possono incorrere a più lacerazioni di 2^grado, ma soprattutto perché si fanno meno episiotomie. No differenze significative tra la perdita emetica complessiva</li> </ol> <p><b>PER LA DURATA DEL PERIODO ESPULSIVO: (livello A)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Rispettare la fase di latenza e spingere quando non si può più trattenere incrementa del 10% il tasso di parti spontanei vs parti operativi. Si hanno meno decelerazioni, Apgar maggiori di 1,5</li> <li>4. Se hanno l’epidurale e tardano a spingere si può manifestare un aumento della T° materna, ma non ci sono differenze significative sull’uso della terapia antibiotica e sul numero di emocolture positive post-partum</li> <li>5. Se hanno l’epidurale e sono in OP è più difficile che il feto si giri. Quando il feto è in posizione OP, deve essere eseguito un intervento precoce mediante rotazione manuale, previa esecuzione di un esame ecografico che confermi la posizione fetale</li> <li>6. L’ACOG considera normale spingere per le nullipare 3 ore con l’analgesia e 2 ore senza; per le pluripare 2 ore con analgesia e 1 ora senza</li> <li>7. Occorre considerare i seguenti fattori di rischio che possono interferire: la durata prolungata o veloce della fase dilatante, la nulliparità, l’epidurale, BMI&gt;30 kg, macrosomia, età materna &gt; 35aa, posizioni posteriori, distocie di spalla</li> </ol> <p><b>PER LE TECNICHE MANUALI E I TRAUMI DEL PERINEO: (livello B):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Compressioni calde, massaggi perineali e lento coronamento della testa fetale possono prevenire diverse lacerazioni e questo è possibile osservando la pratica quotidiana dei providers</li> </ol>
<p><b>Livello 2 (studi quasi-sperimentali)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisioni sistematiche di studi osservazionali (coorte, caso-controllo)</li> <li>• Studi coorte</li> <li>• Studi caso-controllo</li> </ul> <p>Studi non randomizzati</p>	2	<p><b>2 studi osservazionali con grading 2+</b></p>	
<p><b>Livello 3 (studi descrittivi)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studi descrittivi</li> <li>• Case report</li> </ul> <p>Serie di casi</p>	/	/	
<p><b>Livello 4</b></p> <p>Consenso formale di opinioni di esperti</p>	/	/	

### 3) **DISCUSSIONE**

Ricercando evidenze sulle posizioni da parto, si sono trovati studi che, oltre ad analizzare le posizioni in senso stretto, prendevano in considerazione anche altri fattori altrettanto importanti e strettamente connessi al disegno di studio principale. Vista la loro rilevanza, si è deciso di riportarli qui di seguito:

1. E' opportuno eseguire prima dell'inizio del travaglio un counseling con la gestante/coppia riguardante la modalità di condotta del suo travaglio/parto e le varie prospettive che si potrebbero presentare (Livello di evidenza A);
2. E' indicata un'assistenza gestante/operatore-ostetrica "one-to-one" in un unico ambiente che sia il più possibile confortevole, riducendo lo stress e l'ansia. In caso di gravidanza e travaglio fisiologico la figura più indicata nell'assistenza è l'ostetrica: è dimostrato che ciò porta non solo ad una maggiore soddisfazione della donna, ma anche a minori lacerazioni e traumatismi da parto a breve e lungo termine (Livello di evidenza A);
3. Quando il feto è in posizione OP, deve essere eseguito un intervento precoce mediante rotazione manuale, previa esecuzione di un esame ecografico che confermi la posizione fetale. (Livello di evidenza B);
4. Nel decidere quando e come intervenire, è importante prendere in considerazione la durata delle spinte, la parità, gli effetti dell'analgia epidurale, l'adeguatezza dello sforzo della spinta, i progressi e la rotazione della discesa fetale, nonché le preferenze delle donne. (Livello di evidenza A);
5. Per l'ostetrica, la consultazione con il medico può essere appropriata dopo 2 ore di spinte attive senza progressione della testa fetale per le donne nullipare (o 4 ore dopo la dilatazione completa con l'analgia regionale) e dopo un'ora senza progressione per le pluripare (o 3 ore dopo la dilatazione completa di l'analgia epidurale). (Livello di evidenza B);
6. Impacchi caldi, massaggio perineale e lento coronamento della testa fetale possono aiutare a prevenire lacerazioni, nei casi indicati. (Livello di evidenza B).

Nel campo ostetrico non sono da sottovalutare le difficoltà e/o i problemi di fondo con cui la metodologia EBM si deve confrontare e che si possono sintetizzare nei punti che seguono.

- ✓ **Le caratteristiche delle pratiche negli ospedali sono molto condizionate dal contesto in cui avvengono.** Ad esempio, l'utilizzo dell'ossitocina non è rigoroso e riproducibile, la qualità dell'accompagnamento è molto varia, l'uso del movimento e delle posture è operatore-dipendente ecc. La randomizzazione può bilanciare gli errori sistematici (bias) nell'assegnazione dei soggetti al gruppo trattamento o controllo, ma non sempre riesce a controllare differenze del contesto difficilmente misurabili, seppur determinanti sugli esiti.
- ✓ **Gli esiti avversi nelle gravidanze a basso rischio sono rarissimi:** outcomes come mortalità perinatale, esiti neurologici neonatali, basso punteggio di Apgar, necessità di ricovero in TIN in una popolazione sana sono eventi per fortuna eccezionali. Al fine di poter adeguatamente valutare l'effetto di diverse pratiche assistenziali rispetto a questi esiti, in modo che il risultato sia statisticamente significativo, il numero necessario di soggetti da includere negli studi è molto grande. Andrebbero quindi effettuati studi multicentrici, costosi, richiedenti molto tempo per la loro gestione e di difficile omologazione.
- ✓ **La metodologia della meta-analisi, se da una parte consente di ottenere più rapidamente informazioni ampliando il campione, dall'altra può aumentare le distorsioni legate alle diversità di contesto.**
- ✓ Le meta-analisi **possono inoltre "appiattire" le diversità di contesto del gruppo sperimentale.** Ad esempio, la meta-analisi Cochrane (Lawrence et al., 2013) sulle posizioni assunte dalla donna in travaglio ha analizzato gli esiti della posizione litotomica vs tutte le altre posizioni definite genericamente "in piedi" (upright). Esistono sostanziali differenze nell'uso delle diverse posizioni nei diversi momenti del parto in funzione del tipo di bacino, del livello della parte presentata, della



posizione fetale; unificarle tutte in un unico gruppo sperimentale non permette di evidenziare la specificità di ciascuna sugli esiti, la congruità o meno dell'utilizzo di una rispetto a un'altra nello specifico momento del parto, e appiattisce dunque verso il basso la loro utilità.

- ✓ Altro elemento da non sottovalutare è la **scelta degli esiti da analizzare**. Ad esempio, in molti trial non si valuta la soddisfazione e/o preferenze della donna rispetto al trattamento, mentre non si esclude mai di considerare la velocità del travaglio, la quantità di perdita ematica etc...

Malgrado le difficoltà sopramenzionate sono state prodotte importanti evidenze di tipo I A, come riportato in precedenza.

- ✓ **Nel contesto dell'ipermedicalizzazione** della nascita, le prove di efficacia di grado elevato usualmente misurano l'azione piuttosto che l'inazione, focalizzandosi su quando intervenire piuttosto che sulla necessità di intervenire; la pratica clinica fondata sulle prove può quindi confliggere con il mandato delle ostetriche di non interferire nel processo della nascita normale.

La conoscenza prodotta dall'EBM è basata su grandi numeri ed esprime delle evidenze che possono essere utili per orientare le politiche di assistenza ed è un elemento oggettivo da includere nel processo decisionale soggettivo, quello della donna. Infatti, oltre alla sicurezza oggettiva ce n'è altresì una soggettiva, che sta nella donna, nelle sue valutazioni, nelle sue percezioni, che nasce dal suo senso interiore di sicurezza. Sul piatto degli elementi da offrire alla donna/coppia per operare scelte assistenziali si dovrebbero porre altri rischi, oltre a quello della mortalità perinatale e della morbosità a breve termine. Rischi quali le complicanze da medicalizzazione a lungo termine, la lesione del legame madre-bambino, le depressioni, le sindromi da stress posttraumatiche da parto, i disturbi perineali, i disturbi sessuali post partum, la qualità dell'esperienza parto, tutti rischi che incidono sulla successiva qualità di vita di quella famiglia.

Una strada produttiva è quella non solo di diffondere e praticare cosa dicono i migliori studi, ma anche:

- ✓ Individuare quali sono i temi più rilevanti per la donna e per la nostra società attuale ed evidenziare la qualità di tali indagini per promuoverne di nuove su tematiche "orfane" di interesse da parte della ricerca "istituzionale";
- ✓ Lavorare per rinforzare e rendere più salde le pratiche che si sono dimostrate efficaci e che funzionano bene e impegnarsi a eliminare quelle che non hanno avuto l'effetto desiderato;
- ✓ Operare piccoli cambiamenti e controllare costantemente se questi vadano nella giusta direzione, poi tornare indietro e provare ancora.

#### 4) PUNTI DI BUONA PRATICA CLINICA

1. Le donne dovrebbero essere incoraggiate a scegliere tra una varietà di posizioni per spingere, ma la posizione supina dovrebbe essere evitata. (Livello di evidenza A)
2. Sul fianco e a carponi sono le posizioni migliori per la nascita, al fine di minimizzare il trauma perineale. La posizione sul fianco sx è quella che sembra prevenire di più le lacerazioni: ciò sembra essere legato a un maggior "rispetto" degli spazi anatomici, sia del bacino, che della colonna vertebrale. (Livello di evidenza A)
3. Quando possibile, alle donne dovrebbe essere consentito lo spazio e il tempo per capire come spingere istintivamente. (Livello di evidenza A)
4. Interventi volti ad accelerare la nascita, con istruzioni specifiche e il posizionamento verticale, dovrebbero essere intraprese solo quando indicato, ad esempio quando una donna è completamente dilatata per 2 ore senza un bisogno spontaneo di spingere o quando ci si ha un BCF poco rassicurante. (Livello di evidenza A)
5. Il parto in verticale (nello sgabello, accovacciata, seduta in ginocchio) è indicato nei casi in cui si abbia difficoltà nel far progredire la discesa della testa fetale poiché la probabilità di espletare un parto spontaneo è maggiore: non ci sono differenze importanti nella perdita ematica post-partum. Tuttavia, si potrebbe andare incontro a maggiori lacerazioni di II° grado (ma anche perché si fanno meno episiotomie) invece che di I° (ma non aumenta la % di lacerazioni di III° e IV°). Sembra, inoltre, che migliori il battito cardiaco fetale. (Livello di evidenza A)

## 5) CONCLUSIONI

L'assistenza a travaglio parto fisiologico dovrebbe essere eseguita da un'ostetrica per donna in un ambiente accogliente, riservato e, al tempo stesso, sicuro. Ogni coppia avrebbe diritto di conoscere il luogo in cui hanno scelto di far nascere il proprio figlio prima dell'inizio del travaglio, non solo per valutarne tutti i rischi e i benefici, ma anche per discutere e chiarire con gli operatori direttamente interessati le modalità del travaglio/parto e tutte le eventualità alle quali si potrebbe andare incontro. Sicuramente la fiducia della coppia nella struttura e negli operatori che vi lavorano è alla base di un vissuto e di un esito positivo per tutti, soprattutto in un'epoca in cui i social networks e la rete mostrano numerosi messaggi spesso inesatti, se non addirittura inappropriati. La donna, con o senza epidurale, dovrebbe essere invitata durante il travaglio a cambiare spesso posizione e a spingere liberamente. Compito dell'ostetrica è quello di mantenere una sorveglianza attiva del benessere materno-fetale suggerendo, in base all'evoluzione del travaglio, i comportamenti più idonei da far assumere alla donna: tutto ciò che le viene consigliato deve esserle spiegato e deve avere fondatezza Evidence Based Practice. La posizione sul fianco diminuisce la probabilità di lacerazioni. La carponi è indicata soprattutto per le posteriori. Le posizioni verticali migliorano l'esito del parto perché diminuiscono i parti strumentali, migliorano il battito cardiaco fetale nel periodo espulsivo e si ha un minor ricorso all'episiotomia. Resta innanzitutto, comunque, la possibilità di scelta della donna opportunamente informata. Sebbene non siano stati condotti studi scientifici specifici a riguardo, sembra ragionevole per l'ostetrica che la consultazione con il medico possa essere appropriata dopo 2 ore di spinte attive senza progressione della testa fetale per le donne nullipare (o 4 ore dopo la dilatazione completa con l'analgesia regionale ) e dopo un'ora senza progressione per le pluripare (o 3 ore dopo la dilatazione completa di l'analgesia epidurale). Da tenere in considerazione, come riportato da tutti gli articoli analizzati, l'ostetricia rimane una scienza "inesatta" dove l'eterogeneità, la multifattorialità e le variabili individuali, fanno da padrone. Forse non è un caso che l'ostetricia non nasce come una scienza, ma come un'arte.

## 6) BIBLIOGRAFIA

- [A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor.](#) Kopas MLJ Midwifery Womens Health. 2014 May-Jun;59(3):264-76. doi: 10.1111/jmwh.12199. consultato da [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com) il 02/09/2015
- [Maternal positions and mobility during first stage labour.](#) Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 9;10:CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pu b4 consultato da [www.medline.com](http://www.medline.com) il 05/09/2015
- [Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia](#) Emily Kemp , Claire J Kingswood , Marion Kibuka and Jim G Thornton consultato da [www.medline.com](http://www.medline.com) il 04/09/2015
- [Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma.](#) Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, España-Pons M. t Urogynecol J. 2012 Sep;23(9):1249-56. Epub 2012 Feb 2. consultato da [www.medline.com](http://www.medline.com) il 06/09/2015
- [Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia](#) Emily Kemp , Claire J Kingswood , Marion Kibuka and Jim G Thornton consultato da [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com) il 07/09/2015
- Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. Fisiologia della nascita, dai prodromi al postpartum. Carrocci Faber 2015; (2):46 -61