



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



IL PAVIMENTO PELVICO IN SALA PARTO

SABATO 25 GENNAIO 2020

SEDE

**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I**

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E

SPECIALISTICA "PARIDE STEFANINI"

AULA "STEFANINI"

RINGRAZIAMENTI

Dopo molti anni di lavoro e studio “sono”, anzi, “siamo” finalmente riusciti ad organizzare un convegno sul pavimento pelvico in collaborazione con tutte le sale parto del Lazio. Questo è per noi un grande risultato e motivo di un’immensa soddisfazione.

L’organizzazione del convegno è stata possibile solamente grazie alle discenti delle quattro edizioni del master, che con il loro impegno e la loro dedizione hanno permesso la realizzazione di questo progetto.

Un ringraziamento particolare va a Marta Vettori per la sua pazienza e applicazione nell’organizzazione del convegno.

Questa esperienza conferma come si possa vincere solo attraverso il lavoro di squadra.

Confidiamo che questo formato realizzato per la Regione Lazio possa essere esteso anche alle altre regioni italiane attraverso la collaborazione dei discenti del master.

Vi ringrazio tutti,

Fabio Gaj

Gentile Collega, siamo lieti di invitarla al Convegno

“IL PAVIMENTO PELVICO IN SALA PARTO”

Le disfunzioni pelvi-perineali sono quanto di più frequente una donna riscontra dopo il parto e, alcune di esse, possono manifestarsi fin dalle prime settimane post partum. Tra queste possiamo trovare l'incontinenza urinaria, l'incontinenza anale e i cambiamenti nella funzione sessuale; altri disturbi, come il prolasso degli organi pelvici, possono verificarsi molti anni dopo il parto. Queste disfunzioni impattano notevolmente sulla qualità di vita delle donne. Per questa ragione, al giorno d'oggi, è necessario lavorare in un'ottica di prevenzione del danno perineale, soprattutto nella fase della vita della donna che incide maggiormente su questo delicato equilibrio.

Il corso si propone di dare una visione a 360° delle buone pratiche utili al fine di conservare lo stato di salute del pavimento pelvico, in gravidanza e durante il parto. Grande rilievo sarà dato al concetto di **prevenzione** a partire dalla gravidanza, attraverso una prima valutazione e l'identificazione precoce dei fattori di rischio, fino ad arrivare alla corretta gestione del pavimento pelvico della donna in sala parto.

Tutte le trattazioni avranno un approccio *evidence based* per garantire, ai professionisti della nascita, informazioni in linea con le attuali conoscenze scientifiche.

Al termine della giornata ci sarà un momento di confronto dal quale creeremo l'opuscolo e il video informativo, approvato da tutti, da diffondere in tutte le sale parto del Lazio.

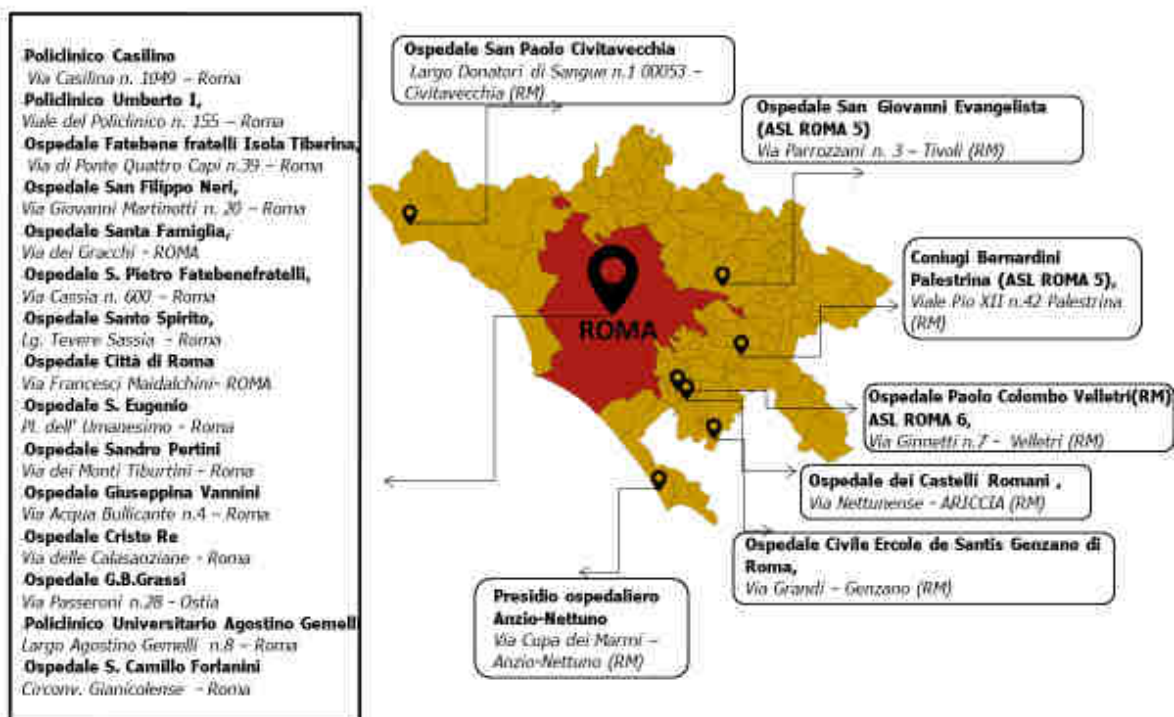
La aspettiamo certi che questo corso porterà a una crescita per tutti noi.

F. Gaj, M.C. Mennuti, S. Cannizzo e G. Tomaselli

SALE PARTO REGIONE LAZIO



SALE PARTO PROVINCIA DI ROMA



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
 POLICLINICO UMBERTO I**

SEGRETERIA SCIENTIFICA
 Prof Fabio Gaj
 Dr.ssa Ost. Sofia Cannizzo
 Dr.ssa Ost. Martina Peracchini

ISCRIZIONE AL CORSO
 L'iscrizione al corso è gratuita e la partecipazione aperta alle ostetriche delle sale parto.
 Al termine del corso verrà rilasciato regolare attestato di partecipazione.

ASSEGNAZIONE DEI CREDITI ECM:
 Il provider assegna i crediti ECM solo ai partecipanti che hanno frequentato il 90% del corso, compilato le domande sulla percezione degli interessi commerciali e superato il test di apprendimento.

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
 POLICLINICO UMBERTO I**
 Id Provider: 535

Per l'iscrizione accedere al link:
<http://educa.policlinico.umberto1.it/educa/web/ListaEventi.asp>

Master Pavimento Pelvico e Riabilitazione
 MasterPavimentoPelvico
 masterpavpel@uniroma1.it

www.masterpavimentopelvicosapienza.it

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
 POLICLINICO UMBERTO I**

**IL PAVIMENTO PELVICO
 IN SALA PARTO**

SABATO 25 GENNAIO 2020

SEDE
 AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
 POLICLINICO UMBERTO I
 DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
 E SPECIALISTICA "PARIDE STEFANINI"
 AULA "STEFANINI"
 ECM n° 4,3

RAZIONALE

Il corso è rivolto alle ostetriche che operano nelle sale parto, al fine di creare un confronto sulle conoscenze relative ai muscoli del pavimento pelvico interessati all'evento parto.

Insieme vedremo come comprendere meglio l'anatomia dei vari muscoli, attraverso l'utilizzo di un kit dedicato e facile da utilizzare, capiremo come lavorare sul pavimento pelvico durante i corsi di accompagnamento alla nascita, approfondiremo l'assistenza al parto conservativa per questi muscoli e struttureremo insieme un opuscolo informativo sul post parto, per far comprendere alla donna l'importanza di lavorare su questi muscoli anche dopo la nascita del loro bambino.

PAVIMENTO PELVICO IN SALA PARTO

8.30 Registrazione partecipanti e Presentazione del corso
 F. Gaj - L. Scarpa

09.00-10.00 COLORIAMO INSIEME L'ANATOMIA: approfondimento dei muscoli interessati nell'evento parto: i vantaggi delle posizioni alternative. **Eleonora Cicero**

10.00-10.30 CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA E PAVIMENTO PELVICO: i vantaggi dell'informazione prima dell'evento nascita. È bene lavorare sulla percezione dei muscoli del pavimento pelvico prima del parto? **Sabrina Muscianesi**

10.30-11.30 ASSISTENZA AL PARTO
 Mantenere normale la nascita: conduzione direttiva vs conduzione fisiologica del periodo espulsivo. L'importanza del rispetto dei tempi fisiologici della nascita, a protezione sia del perineo materno che della salute neonatale. **Stefania Costanzo**

11.30-11.45 Pausa

11.45-12.00 Utilizzo del cateterismo vescicale in travaglio di parto e ginnastica vescicale post parto. **Marta Terribile**

12.00-12.40 Quali informazioni dare alla donna nel postpartum sul pavimento pelvico? Costruiamo insieme un opuscolo informativo. **Giulia Papa—Edvige Proietti**

12.40—12.45 Rieducazione: la web-app per il pavimento pelvico. Validato strumento solo per l'ostetrica rieducatrice? **Marta Vettori**

12.45-13.00 La check list post rieducazione "una proposta di un centro pilota del pavimento pelvico"

TEST DI VALUTAZIONE ECM
CHIUSURA DEI LAVORI
Moderatori e Discussant

S. Antolini (S.G.A)- G. Camagni (C.C Aprilia)- M. Catalucci (fbf Cassia)- A. L D'Amato- E. D'Amore (FBF)- M.De Fabiis (s. famiglia)-A. Giugliano (Umberto I)- S. Lauro (s. famiglia)- P. Luciani (fbf Cassia)- G. Martini (VT)- G. Paradisi (FR)- V. Picello - A. Serio (Umberto I)- L. Sevi (Vannini)- F. Speziali (s. famiglia)- S. Strano (Pertini)

Posizioni libere e traumi perineali

Dr.ssa Eleonora Cicero, Ostetrica

La gestione del II stadio del travaglio, ovvero della fase espulsiva, segue routinarie tradizioni piuttosto che evidenze basate sulla buona pratica. Ad oggi, la maggior parte delle donne partorisce in posizione litotomica, che è sicuramente più comoda per gli operatori sanitari che per le partorienti.

Le evidenze storiche ci insegnano che le donne di tutto il mondo hanno partorito in piedi e che l'avvento della posizione litotomica è riconducibile all'introduzione dell'utilizzo del forcipe e della ventosa ostetrica nel 18° secolo.

Dall'inizio del 20° secolo la posizione litotomica è comunemente utilizzata in tutto il mondo occidentale sebbene le evidenze attuali suggeriscano di rispettare la fase di latenza, la spinta spontanea, la scelta materna della posizione, l'applicazione di garze calde/umide e del massaggio perineale.

È stata effettuata una ricerca in letteratura per valutare la correlazione tra l'adozione di una determinata posizione e una minore incidenza di danni a carico del pavimento pelvico.



2019	<i>Intact perineum: what are the predictive factors in spontaneous vaginal birth?</i> Rodrigues S, Silva P, Agius A, Rocha F, Castanheira R, Gross M, Calleja-Agius J. <i>Mater Sociomed.</i> 2019 Mar	La posizione supina è associata a un incremento di lacerazione mentre viene incoraggiata la posizione corporea laterale.
2017	<i>Perineal techniques during the second stage of labor for reducing perineal trauma.</i> Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017 Jun 13.	Comprese calde e massaggi del perineo riducono le lacerazioni di 3° e 4° grado. Incerto l'utilizzo di un approccio "hands off" per minimizzare i rischi.
2017	<i>A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands and knees delivery position and supine position.</i> Zhang H. <i>Midwifery.</i> 2017 Jul.	Comparando la posizione carponi con la posizione supina, la prima sembra esitare in basso tasso di episiotomie e lacerazioni di II grado e un più alto tasso di perineo integro.
2017	<i>Position in the second stage of labour for woman without epidural anaesthesia.</i> Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017 May 25.	La posizione verticale è associata a minore incidenza di episiotomie ma ad un possibile aumento di lacerazioni di II grado.
2015	<i>Birth position and obstetric anal sphincter injury a population-based study of 113000 spontaneous birth.</i>	Nelle nullipare la posizione laterale ha un effetto protettivo. La posizione litotomica aumenta il rischio indipendentemente dalla parità. La posizione di squatting e la sedia da parto aumentano il rischio.

	<u>Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Oct 9.</u>	
2015	<i>Position at birth as an important factor for the occurrence of anal sphincter tears: a retrospective cohort study.</i> <u>Haslinger C, Burkhardt T, Stoiber B, Zimmermann R, Schäffer L. J Perinat Med. 2015 Nov.</u>	Lo studio include 7832 parti in cui si è visto che vi è un incremento di danni a livello dello sfintere anale se si assume una posizione inginocchiata o di squatting rispetto alla posizione litotomica o rispetto al parto in acqua.
2012	<i>Maternal position and other variables effect on perineal outcomes.</i> <u>Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, Mistiaen W. Birth. 2012 Jun.</u>	Il parto in posizione laterale esita in minori traumi perineali rispetto alla posizione litotomica. La possibilità di avere un perineo integro aumenta se il parto viene condotto da un'ostetrica.
2011	<i>No reduction instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a swedish randomized controlled trial.</i> <u>Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Mar 24.</u>	L'uso di una sedia da parto non riduce il rischio di un parto operativo ma potrebbe essere protettivo verso l'episiotomia e non ha esiti avversi sul perineo.
2007	<i>Risk factor for anal sphincter tears. The importance of maternal position at birth.</i> <u>Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. BJOG. 2007 Oct.</u>	La maggior parte delle donne con lacerazioni dello sfintere ha partorito in litotomica o in posizione di squatting.
2007	<i>Delivery in lateral position. Comparative study in low risk pregnancy between lateral and dorsal position for the delivery in eutocic vaginal birth.</i> <u>Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu MN, Perrotin F. Gynecol Obstet Fertil. 2012 May.</u>	La posizione laterale sembra essere protettiva per il perineo.
2005	<i>Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?</i> <u>Soong B¹, Barnes M. Birth. 2005 Sep.</u>	Tra le donne che hanno subito una lacerazione perineale, la maggior parte aveva adottato una posizione "semi-recumbent" (=semi sdraiata) mentre chi aveva partorito in una posizione "all-fours" (=carponi) ha avuto una minore incidenza di lacerazione. Nei casi di utilizzo di analgesia, la posizione laterale sembra essere associata a una minore incidenza di traumi.

Ciò che emerge da questi studi è un miglior outcome perineale se nel II stadio vengono adottate posizioni diverse da quella supina. Una valida alternativa potrebbe essere il decubito laterale.



La prevenzione dei danni e delle future disfunzioni a carico del pavimento pelvico, tuttavia, deve essere intrapresa sin dalla gravidanza, con un adeguato counselling, per poi continuare attraverso la formazione per il personale che assiste al parto. In Irlanda e in Nuova Zelanda è stato istituito il MEPPi ovvero un comitato di ostetriche esperte nella prevenzione del perineo integro. Uno studio pubblicato su “Midwifery” ha indagato i fattori che hanno permesso loro di ottenere tassi molto bassi di episiotomie e lacerazioni. Tra questi rientrano sicuramente il training e l’aggiornamento continuo. Anche l’ambiente dovrebbe essere adatto alle esigenze della partoriente e della coppia. Alla donna dovrebbe essere comunque data la possibilità di scegliere la posizione che ritiene più opportuna. Sarà poi l’ostetrica a informarla sull’eventuale aumento del rischio di lacerazioni in quella determinata posizione, accertandosi del suo benessere e invogliandola a cambiare posizione, qualora la donna lo desideri.

I vantaggi dell'informazione prima dell'evento nascita. È bene lavorare sulla percezione dei muscoli del p. pelvico prima del parto?

Dr.ssa Sabrina Muscianesi, Ostetrica

La gravidanza rappresenta, dal punto di vista fisico e psichico, uno dei periodi più intensi della vita di una donna. L'organismo va incontro ad importanti modificazioni, gli equilibri vanno a riorganizzarsi per accogliere una gravidanza e per prepararsi al parto.

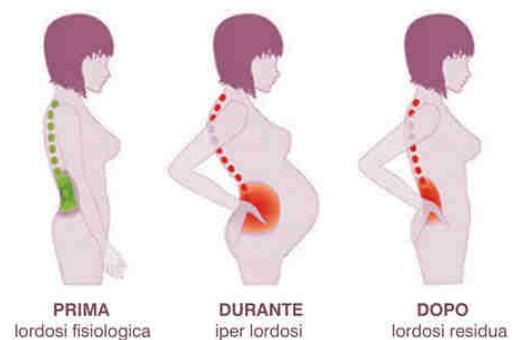
Secondo le evidenze scientifiche, la gravidanza e il parto rappresentano fattori di rischio importanti per l'insorgenza di problematiche del pavimento pelvico come incontinenza, dispareunia e prollasso degli organi pelvici ed è stata evidenziata l'importanza di adottare alcune misure preventive proprio durante questo periodo.

Sono stati analizzati diversi studi presenti in letteratura che hanno trattato e comparato i metodi di prevenzione delle patologie del pavimento pelvico, in particolare riguardo l'incontinenza urinaria nelle donne in gravidanza, e degli effetti di questi dopo il parto.

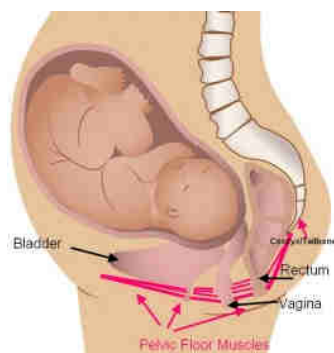
La corretta informazione costituisce la base di una buona prevenzione; è stato osservato che in diversi Paesi Europei vengono pubblicati opuscoli informativi sul pavimento pelvico, indirizzati specificatamente alle donne in gravidanza.

Fattori di rischio legati alla gravidanza e al parto

Durante la gravidanza si assiste ad uno spostamento del baricentro corporeo, dovuto all'aumento di peso e all'utero gravido; la cifosi dorsale e la lordosi lombare sono accentuate. Di conseguenza, molti muscoli e legamenti devono compiere uno sforzo maggiore per mantenere il corpo in posizione eretta.



I cambiamenti posturali, che avvengono durante la gravidanza, possono essere causa di alterazioni a carico del bacino e della colonna, comportando mal di schiena, sciatalgie, dolore alle articolazioni, modificazioni delle funzioni fisiologiche come minzione e defecazione.



Si assiste, inoltre, a cambiamenti ormonali che consentono il mantenimento e il progredire della gravidanza, aumentando la lassità ed il rilassamento di legamenti e muscoli pelvici in vista del parto. Tali modificazioni possono compromettere ulteriormente la capacità del pavimento pelvico di svolgere le sue funzioni di sostegno, sospensione e continenza.

Per effetto dell'aumento del progesterone si ha una riduzione del tono e della peristalsi ureterale e vescicale. Inoltre, a causa della compressione dell'utero gravido e del plesso venoso ovarico congestionato, gli ureteri sono dilatati e dislocati lateralmente, mentre la vescica è spinta anteriormente ed in alto. L'aumento di

dimensioni dell'utero comprime la vescica provocando difficoltà allo svuotamento, pollachiuria ed aumento del rischio di infezioni o di coliche renali.

Il progesterone agisce anche a carico dell'apparato gastroenterico riducendo tono e motilità intestinali e aumentando l'assorbimento dei liquidi a livello del colon. Ciò determina l'insorgenza di stipsi in gravidanza, aggravata anche dalla compressione dell'utero gravido.

Per questi motivi la gravidanza, in generale, sottopone la donna ad un maggior rischio di andare incontro a patologie del pavimento pelvico.

Il parto per via vaginale è un evento naturale non esente da complicazioni a carico delle strutture perineali le quali sono a rischio di lesioni o danni con ripercussioni funzionali. È associato ad una maggiore probabilità di sviluppare problematiche del pavimento pelvico, in particolare incontinenza. Tuttavia, tale relazione è modificata dalle condizioni della madre e dalle manovre eseguite durante il parto. (1)

Nella maggior parte delle donne primigravide, il parto per via vaginale determina parziale denervazione del pavimento pelvico (con conseguente reinnervazione); subito dopo il parto la muscolatura del pavimento pelvico è danneggiata ma per quasi tutte le partorienti il ripristino avviene entro due mesi. In alcune donne tale situazione è di grado severo e si associa ad incontinenza urinaria e fecale mentre, per talune, è probabile che rappresenti il primo passo verso il prolasso e l'incontinenza da sforzo. (2) (3)

Uno studio prospettico eseguito su 967 donne ha evidenziato che il 27% e il 23% delle donne aveva sintomi di incontinenza urinaria rispettivamente a 6 e 12 mesi dal parto, con una significativa relazione con uso di analgesia epidurale in travaglio di parto e periodo espulsivo prolungato (>1 ora). L'incontinenza anale si è verificata nel 7,1% e 6,8% dei casi, rispettivamente a 6 e 12 mesi postparto; la dispareunia, invece, nel 24% dei casi a 6 mesi diminuendo all'8% a 12 mesi. (4)

I maggiori fattori di rischio di danno perineale in gravidanza, travaglio e parto sono:

- Primiparità
- Incremento ponderale >14 kg
- Ipoplasia dei genitali esterni
- Ipertonica dei muscoli elevatori dell'ano
- Distanza ano-vulvare <2 cm
- Travaglio prolungato, specialmente il secondo stadio
- Importanti lacerazioni perineali e vaginali
- Presentazione distocica
- Presentazione podalica
- Analgesia epidurale
- Applicazione di forcipe o ventosa
- Manovre di kristeller (5) (6)

Il taglio cesareo può ridurre il rischio di incontinenza severa dal 10% al 5% per il primo figlio, dopo il terzo parto invece i benefici si annullano. (5) Questo non comporta che tali donne siano protette

dal rischio di sviluppare patologie del pavimento pelvico poiché è la gravidanza stessa a rientrare tra i fattori di rischio.

Prevenzione in gravidanza

Per ridurre il rischio legato alla gravidanza di sviluppare patologie del pavimento pelvico è necessario mettere in atto misure preventive basate sull'educazione, valutazione e informazione delle donne in gravidanza:

- Informare le donne sulle funzioni del pavimento pelvico, sulle patologie correlate e sui metodi di prevenzione;
- Educare ad una dieta sana ricca di liquidi per favorire il transito intestinale evitando bevande eccitanti a base di caffeina o teina.
- Consigliare la postura corretta durante la defecazione evitando lo sforzo eccessivo;
- Correggere abitudini minzionali scorrette come trattenere troppo a lungo l'urina;
- Controllare l'aumento ponderale;
- Non sollevare carichi di peso eccessivi;
- Favorire la consapevolezza del pavimento pelvico e la coscienza delle tecniche di respirazione. Invitare la donna a partecipare a corsi di accompagnamento alla nascita nei quali ci sia uno spazio dedicato al pavimento pelvico;
- Insegnare il massaggio perineale per preparare i tessuti al parto. Uno studio pubblicato nel 2013, ha dimostrato che il massaggio perineale durante l'ultimo mese di gravidanza è una possibile via per aumentare l'elasticità del perineo durante il passaggio del feto. Lo studio condotto su 2497 donne dimostra che il massaggio perineale, effettuato una o due volte alla settimana dalla 35° settimana riduce la probabilità di trauma perineale (principalmente episiotomie) e dolori del perineo. Il risultato è chiaro per le donne primigravide ma meno certo per le donne con precedente parto spontaneo. Le donne dovrebbero essere informate sui benefici di questa pratica pre-parto; (7)
- Eseguire una prima valutazione in gravidanza per individuare eventuali fattori di rischio e trattarli qualora possibile;
- Insegnare gli esercizi del pavimento pelvico per il controllo del perineo volti alla consapevolezza ed al mantenimento del benessere perineale.

Esercizi del Pavimento Pelvico in gravidanza

Se una donna non ha mai esercitato il proprio pavimento pelvico, è bene che chiedi aiuto ad un esperto di riabilitazione del Pavimento Pelvico prima di iniziare, per valutare se ci sono delle problematiche preesistenti o fattori di rischio, per essere aiutata e guidata nella percezione e consapevolezza del proprio pavimento pelvico ed infine per capire come fare gli esercizi in modo corretto, sia di rinforzo che di rilassamento.

Conoscere il perineo prima del parto, far prendere coscienza alla donna del suo pavimento pelvico, del



suo funzionamento, è un'idea eccellente. Sarebbe opportuno fare una valutazione globale, che tenga conto della respirazione, della statica, della rigidità o della lassità personale, delle funzioni intestinali e dei fattori di rischio.

Nella realtà si propone generalmente un protocollo di allenamento standard, anche per coloro che hanno una muscolatura troppo tonica, basato su contrazioni di una certa durata, con tempi di contrazione e rilassamento ben precisi, un numero minimo di contrazioni per giorno. I protocolli di rinforzo sono spesso realizzati nella peggiore delle posizioni: semi-sedute con le gambe divaricate, una posizione che limita enormemente la mobilità diaframmatica e perineale. Questo tipo di training non indaga l'aspetto funzionale del perineo e non si basa su proposte di posture adatte al futuro parto. (1)

Una revisione sistematica condotta dal Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery ha analizzato l'efficacia di un Programma di Esercizi dei Muscoli del Pavimento Pelvico (EMPP) nell'incidenza di incontinenza urinaria dopo il parto. Due grandi RTC hanno riportato entrambi benefici significativi per le donne che hanno ricevuto un programma di EMPP prenatale. Un terzo RTC ha evidenziato minor incidenza di incontinenza urinaria nelle donne del programma EMPP rispetto a quelle che hanno ricevuto un'assistenza standard, i risultati però non si sono rivelati statisticamente significativi.

Le donne nello studio sono state dapprima istruite agli EMPP durante la ventesima settimana di gestazione. Il numero delle volte in cui le donne sono state informate sugli EMPP varia (1, 5 e 12 volte) e l'effettuazione degli esercizi è stata fra le 20-50 volte al giorno. Due studi hanno raccolto i dati a tre mesi dopo il parto e gli altri a sei mesi dopo il parto. Quando i tre studi sono stati comparati in una meta-analisi, i risultati hanno dimostrato che un programma di EMPP prenatale è efficace per trattare e/o prevenire l'incontinenza urinaria ($p=0.001$). (8)

Un ulteriore studio ha valutato l'effetto degli esercizi del pavimento pelvico in gravidanza comparando un gruppo di donne con assistenza standard (gruppo controllo) con un gruppo di 300 donne alle quali erano stati assegnati programmi di allenamento del pavimento pelvico. Gli esercizi si sono dimostrati efficaci nel trattamento e prevenzione dell'incontinenza durante la gravidanza e l'effetto potrebbe perdurare anche nel periodo postparto. (9)

Una revisione cochrane che include 22 trials di 8485 donne, ha valutato l'effetto di un programma di esercizi del pavimento in gravidanza e postparto nella prevenzione e trattamento dell'incontinenza rispetto all'assistenza standard. I risultati dimostrano che le donne continenti sottoposte ad un programma di esercizi del pavimento pelvico hanno meno rischio di avere incontinenza fino a 6 mesi dopo il parto (RR 0.71, 95% CI 0.54-0.95), le donne incontinenti nel post parto trattate con un programma di riabilitazione del pavimento pelvico sono meno a rischio di avere episodi di incontinenza a 12 mesi dal parto (RR 0.60, 95% CI 0.35-1.03). L'autore conclude che un programma di esercizi del pavimento pelvico potrebbe prevenire l'incontinenza urinaria nelle donne senza problematiche fino a 6 mesi dopo il parto. (9)

Sono stati analizzati alcuni opuscoli informativi di diversi enti internazionali che contengono informazioni sul pavimento pelvico e indicazioni su come mantenerlo in salute durante la gravidanza. (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)

Si è constatato che oltre all'informazione di base sul pavimento pelvico, tutti gli opuscoli riportano indicazioni su come effettuare alcuni esercizi del pavimento pelvico in gravidanza.

Di seguito vengono riportati i principali concetti espressi all'interno degli elaborati presi in visione, per lo più simili tra loro:

- Le prime volte può essere di aiuto far immaginare alla paziente di contrarre il pavimento pelvico come se dovesse trattenere la fuoriuscita di urina o di aria. La sensazione è quella di dover chiudere vagina e ano e di sollevarli verso l'alto;
- Si consiglia alla paziente di assumere una posizione comoda, ad esempio sdraiata con le ginocchia piegate e leggermente divaricate e di rilassarsi attraverso una respirazione profonda prima di iniziare;
- È importante che durante la contrazione dei muscoli del pavimento pelvico, la donna non contragga i glutei o l'addome, non stringa le gambe tra di loro e non trattenga il respiro;
- Gli esercizi più consigliati in questi opuscoli sono i Kegel, dal nome del dr Arnold Kegel che li ha ideati. Si tratta di contrazioni volontarie per esercitare i muscoli del pavimento pelvico. Più precisamente, gli esercizi di Kegel consistono nel contrarre e rilassare, secondo determinate modalità e sequenze, i muscoli pubococcigei.
- Consigliano di fare questi esercizi 2-3 volte al giorno in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo. Una volta che la paziente acquisisce una buona percezione di contrazione e rilassamento, potrà fare questi esercizi in altre posizioni come carponi, accovacciata, in piedi o sdraiata.

Conclusioni

La prevenzione delle patologie del pavimento pelvico ha fatto piccoli progressi nel tempo, nonostante il significativo impatto economico-sanitario. L'identificazione delle donne a rischio rimane un elemento chiave nel fissare gli obiettivi preventivi e pianificare strategie di stanziamento delle risorse sanitarie.

Gli eventi intorno alla maternità sono clinicamente riconosciuti come fattori di rischio prevedibili. Purtroppo, può risultare difficile intervenire tempestivamente in un periodo così delicato ed impegnativo della vita di una donna. Spesso viene trascurata una problematica apparentemente lieve per periodi a volte molto lunghi, favorendo così l'insorgenza di una determinata patologia.

Sulla base di quanto descritto dalla letteratura sono stati identificati dei punti chiave su cui porre l'attenzione:

1. Informare le donne in gravidanza riguardo le funzioni del pavimento pelvico e le patologie correlate;
2. Educare a corretti stili di vita;

3. Fare una valutazione prima possibile in gravidanza per individuare eventuali fattori di rischio ed elaborare un piano adeguato di trattamento e prevenzione;
4. Favorire la partecipazione a gruppi di preparazione al parto che includano esercizi di lavoro sul corpo, respirazione, rilassamento, sperimentazione delle posizioni utili per il travaglio ed il parto ed esercizi di rilassamento e rinforzo del pavimento pelvico;
5. Informare sull'utilità del massaggio perineale durante l'ultimo mese di gravidanza;
6. Informare tempestivamente le neomamme dopo il parto sulla corretta minzione ed evacuazione, sulle posture corrette e le manovre da evitare e sulla cura delle suture perineali.
7. Invitare da subito ad effettuare una valutazione del pavimento pelvico e informare sull'importanza di una riabilitazione postparto.

L'informazione va indirizzata soprattutto alle donne alla prima gravidanza perché è stato visto che, la maggior parte delle lesioni del muscolo elevatore dell'ano e dello sfintere anale (responsabili di prolasso degli organi genitali e di incontinenza anale), avvengono dopo il primo parto per via vaginale, mentre i successivi parti per via vaginale difficilmente causano ulteriori danni. (18)

In generale il lavoro a favore di un perineo pronto alle difficoltà che dovrà affrontare, non riguarda solo queste donne, o meglio riguarda loro in modo indiscusso, ma dovrebbe essere proposto a tutte le donne.

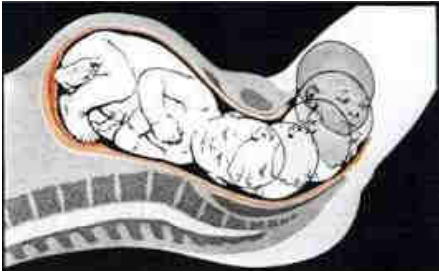
Bibliografia

1. Gasquet, Bernadette de. Perineo Fermiamo il massacro! s.l. : edi-ermes, 2011.
2. Allen, R.E., et al. Pelvic floor damage and childbirth; neurophysiological study. s.l. : BJOG, 1990.
3. P. Abrams, L.Cordozo, S.Khoury, A. Wein. Incontinenza 1. Principi fondamentali e valutazione. s.l. : Edi Ermes, 2008.
4. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. Serati M1, Salvatore S, Khullar V, Uccella S, Bertelli E, Ghezzi F, Bolis P. 2008, Acta Obstet Gynecol Scand., p. 87(3):313-8.
5. Australia, Continece foundation of. www.continence.org.au. [Online]
6. A. Marchi, E. del bo, A.M. Cristiani, A. Cavalieri. Raccomandazioni AIO per le Ostetriche. Prevenzione, cura e trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna. 2016.
7. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. OM., Beckmann MM. Stock. 2013, s.l. : Cochrane database Syst.rev.
8. The effectiveness of pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth. systematic review. Haddow G., R.Robertson J. s.l. : Internation journal of evidence based healthcare, 2005, Vol. 3(5) 103-146.
9. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. s.l. : Int Urogynecol J., 2011, Vol. Jan;22(1):17-22.
10. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. Boyle R1, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Mar;33(3):269-76, Academic Urology Unit, University of Aberdeen, Aberdeen, UK. : Neurorol Urodyn, 2014.
11. Australia, Continece Foundation of. The Pregnancy Guide, looking after yourpelvic floor, bladder, bowel during pregnancy and after childbirth. www.continence.org.au. [Online]
12. Barking, Havering, Redbridge University Hospitals NHS TRUST. Pelvic floor exercises for pregnant women. <https://www.bhrhospitals.nhs.uk/>. [Online]
13. Expecting a baby. www.bladderbowel.gov.au. [Online]
14. Pelvic Floor Exercises for Pregnant Women. Information Leaflet. NHS, Liverpool Women's Foundation Trust. 2018.
15. Sheet, The Royal Women's Hospital Fact. PELVIC FLOOR EXERCISES . <https://www.thewomens.org.au/>. [Online]
16. TRUST, University Hospital Bristols NHS. Pregnancy and pelvic floor. <http://www.uhbristol.nhs.uk/>. [Online]
17. continenza, fondazione italiana. https://www.fondazioneitalianacontinenza.com/continenza/saratimages/areainformativa_dwlnld_1_118.pdf. [Online]
18. It is the first birth that does the damage: a cross-sectional study 20 years after delivery. Kamisan Atan I, Lin S, Dietz HP, Herbison P, Wilson PD e Group., ProLong Study. s.l. : Int Urogynecol J., 2018 Nov, Vol. 29(11):1637-1643.

MANTENERE NORMALE LA NASCITA: Conduzione direttiva versus conduzione fisiologica. L'importanza del rispetto dei tempi fisiologici della nascita, a protezione sia del perineo materno che della salute neonatale.

Dr.ssa Stefania Costanzo, Ostetrica

Lo scopo di questa presentazione è valutare quali siano, ad oggi, le tipologie di conduzione del periodo espulsivo, da parte delle ostetriche, ai fini di garantire gli esiti migliori per la madre e per il neonato, nel secondo stadio del travaglio e dopo la nascita.



La conduzione del periodo espulsivo in ospedale risale ai primi tempi dell'ospedalizzazione generalizzata ed è rimasta sostanzialmente immutata nel tempo. La stessa è attualmente messa in discussione soprattutto tra le ostetriche, che valutano le diverse ricadute di una conduzione direttiva versus quella fisiologica di questa fase.

Conduzione direttiva

Si basa su principi non retti da evidenze scientifiche:

- Il periodo espulsivo è pericoloso per il feto e, quanto più lungo, tanto peggiori sono gli esiti;
- L'episiotomia abbrevia il periodo espulsivo e previene danni perineali di terzo e quarto grado;
- La posizione litotomica è da preferirsi perché più sicura e più comoda per l'azione dei professionisti.

Nella gestione direttiva:

- Incoraggiare l'inizio delle spinte materne a dilatazione completa indipendentemente dalle sensazioni materne;
- Prescrivere spinte a comando: come, quando e dove spingere;
- Incitare la donna a spingere;
- Mettere la donna in posizione litotomica;
- Effettuare depressione digitale sul pavimento pelvico;
- Eseguire episiotomia di routine;
- Accelerare il disimpegno della parte presentata attraverso la manovra di Ritgen;
- Disimpegnare in un unico tempo la totalità del corpo senza attendere il tempo di restituzione del feto;
- Utilizzare di frequente la perfusione ossitocica;
- Utilizzare di frequente la manovra di Kristeller e/o la ventosa ostetrica per accelerare i tempi.

In conclusione, la conduzione direttiva ha come obiettivo principale quello di affrettare i tempi della nascita.

Conduzione fisiologica

Si basa su principi dimostrati da evidenze scientifiche:

- Il periodo espulsivo è utile per il feto poiché stimola la produzione di ormoni (catecolamine, prostaglandine, endorfine ecc.) che promuovono l'adattamento alla vita extrauterina;
- Non ci sono limiti arbitrari di tempo riguardo la durata del secondo stadio;
- Le spinte spontanee favoriscono l'ossigenazione fetale, la trasformazione ottimale del pavimento pelvico e la distensione graduale dei tessuti;
- È da preferire la posizione verticale che agevola la discesa del feto e previene l'eccessiva compressione della testa.

Nella gestione fisiologica l'ostetrica:

- Favorisce la spinta spontanea, dove le sensazioni guidano gli sforzi materni;
- Incoraggia la donna in ciò che sente di fare;
- Promuove posizioni libere e variate nel tempo;
- Crea le condizioni per favorire un rilassamento del pavimento pelvico;
- Stabilisce le condizioni che creano un'armonia nel funzionamento del sistema neuroendocrino;
- Protegge il pavimento pelvico attraverso specifiche misure assistenziali messe in atto solo se indispensabili;
- Rispetta il tempo che intercorre tra espulsione della testa e quella delle spalle.

Riassumendo, la conduzione fisiologica rispetta i tempi della nascita, garantisce un neonato sano e una madre emotivamente soddisfatta, con un perineo integro e con le capacità fisiche e psicologiche migliori per interagire con il suo bambino.

Bibliografia.

Fisiologia della nascita, Dai prodromi al post partum. Roberta Spandrio, Anita Regalia, Giovanna Bestetti. Carocci Faber.

Utilizzo del cateterismo vescicale in travaglio di parto e ginnastica vescicale nel post parto

Dr.ssa Marta Terribile, Ostetrica

Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio ed il parto sono notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controlli importanti su ogni aspetto fisiologico della gravidanza con la finalità di migliorare lo stato di salute materno e neonatale. Questa medicalizzazione ha sottratto alle donne la capacità di gestire questo evento al fine di una realizzazione personale e ha prodotto effetti negativi sul vissuto di questa esperienza, in alcuni casi causando deviazioni dalla fisiologia e complicanze iatrogene.

Così nel 2018 sono state redatte 56 raccomandazioni (26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'OMS), basate sulle evidenze scientifiche e applicabili in tutti i Paesi del mondo, indirizzate a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita. Si tratta di raccomandazioni destinate ad essere applicate a tutte le donne in buona salute con una gravidanza ed un travaglio fisiologici. La finalità è vivere il parto come una esperienza positiva, in un ambiente sicuro da un punto di vista professionale e psicologico con un sostegno pratico ed emozionale continuo da parte di persone scelte dalla donna e sotto l'attenta e amorevole sorveglianza clinica di personale competente.

Secondo le descritte Raccomandazioni dell'OMS sulle cure intrapartali per una esperienza positiva della nascita (2018), il travaglio si compone di due fasi:

- a) la fase di latenza, caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara;
- b) la fase attiva, caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara.

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia, la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara. Dovrebbero inoltre sapere che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

Dalla metà del XX secolo ad oggi moltissimo è stato fatto quindi in termini di prevenzione e trattamento per ridurre al minimo le conseguenze negative in termini di mortalità, morbilità e vissuto positivo del parto nel rispetto della fisiologia. Molte condizioni patologiche come la preeclampsia, il travaglio distocico, l'emorragia, la sepsi sono oggi trattate in modo efficace soprattutto nei paesi ad alto reddito e la mortalità e la morbilità materno neonatale si sono ridotte a percentuali mai raggiunte fino ad ora.

Quello che ancora è rimasto sostanzialmente irrisolto sono le conseguenze traumatiche e le lesioni anatomiche del canale del parto causate dal passaggio del feto.

Premettendo i suddetti dati descrittivi relativi al travaglio, si analizza quindi la presenza di raccomandazioni relative alle cure della salute perineale in travaglio, in parto e nel dopo-parto.

Restando sulle Raccomandazioni OMS 2018, si può notare che l'attenzione posta all'area perineale è descritta soprattutto nelle Racc n. 38 "METODICHE DI PREVENZIONE DEL TRAUMA PERINEALE"¹, n. 15 "USO CLISTERE"², n. 55 "SORVEGLIANZA MATERNA NEL POSTPARTUM"³.

Indagando sulle raccomandazioni dedicate alle ostetriche sulla salute perineale intra travaglio, parto e nel dopo parto⁴, poniamo attenzione alle prime. Oltre a riconfermare le raccomandazioni OMS, si enfatizza in primis l'importanza di una minzione frequente soprattutto prima dell'inizio del periodo espulsivo, in modo da affrontare il secondo stadio del travaglio a vescica vuota. Relativamente alla salute minzionale-vescicale si indica come cut off minzionale nel post partum il limite di due ore.

Non vi è alcun riferimento quindi all'utilizzo sistematico di cateterismo ad intermittenza, né in fase dilatante, né in fase espulsiva (II stadio).

Nelle linee guida redatte dall'Emilia-Romagna del 2008⁵, viene sottolineato come la donna debba essere invitata alla minzione spontanea periodicamente, e di come sia buona norma affrontare il II stadio a vescica vuota (Raccomandazione B). Ispirate alle raccomandazioni OMS 2002⁶, esse sottolineano anche che il cateterismo in travaglio rappresenta una pratica assistenziale appartenente alla CATEGORIA D (Practices which are Frequently Used Inappropriately)⁷.

¹Raccomandazioni dell'OMS sulle cure intrapartali per una esperienza positiva della nascita (2018): Per le donne nella seconda fase del travaglio le tecniche finalizzate a ridurre il trauma perineale e a facilitare la nascita spontanea (compresi il massaggio perineale, le compresse calde e la sorveglianza "manuale" - hands-on- del perineo) SONO RACCOMANDATE in base alle richieste della donna e alle opzioni disponibili

² Raccomandazioni dell'OMS sulle cure intrapartali per una esperienza positiva della nascita (2018): L'uso del clistere per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio NON E' RACCOMANDATO

³ Raccomandazioni dell'OMS sulle cure intrapartali per una esperienza positiva della nascita (2018): Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto

⁴ RACCOMANDAZIONI AIO PER LE OSTETRICHE: PREVENZIONE, CURA, TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA (Gennaio 2019) L. Arduini, A. Marchi, E. Del Bo, A. M. Cristiani

⁵ Appropriata assistenza al Travaglio di Parto Elaborate dal gruppo provinciale, Reggio Emilia, 2008

⁶ Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002

⁷ CATEGORY D: Practices which are Frequently Used Inappropriately.

1. Restriction of food and fluids during labour (2.3).

2. Pain control by systemic agents (2.6).

3. Pain control by epidural analgesia (2.6).

4. Electronic fetal monitoring (2.7).

5. Wearing masks and sterile gowns during labour attendance (2.8).

6. Repeated or frequent vaginal examinations especially by more than one caregiver (3.3).

7. Oxytocin augmentation (3.5).

8. Routinely moving the labouring woman to a different room at the onset of the second stage (4.2).

9. Bladder catheterization (4.3).

Nella fase dilatante ogni due ore si dovrebbe incoraggiare la donna alla minzione spontanea, e, ancor più, la si dovrebbe incoraggiare con l'avvio dei primi premiti, con il fine di affrontare il secondo stadio a vescica vuota. Se ne sottolinea l'utilità, nonostante sia un atto traumatico e avente un discreto rischio infettivo⁸, in caso di diagnosi di distocia dinamica di arresto della progressione o nel caso in cui lo richieda la donna⁹. Comunque, prima di procedere al cateterismo o all'esecuzione del clistere, si dovrebbe tentare sempre, in primis, di incoraggiare la donna alla minzione e/o alla defecazione spontanea.¹⁰

Riflessione ben diversa potrebbe essere riservata alle donne a cui è stato offerto il servizio di parto analgesia. Numerosi sono gli studi^{11 121314} dedicati alla comprensione della necessità di cateterismo vescicale intrapartum in situazioni di parto analgesia. La maggior parte di essi sottolinea come l'epidurale possa dare realmente una diminuzione della sensibilità di riempimento vescicale e una tendenza maggiore alla ritenzione. L'ACOG e l'AWHONN comunque non consigliano un cateterismo intermittente di routine ma non esprimono neanche protocolli ben definiti sulle condizioni in cui esso diventi necessario. Alcuni recenti studi suggeriscono anche l'utilizzo del cateterismo a permanenza.¹⁵ Ad ogni modo con i più moderni sistemi di parto analgesia i rischi di ritenzione e diminuzione della sensibilità sono nettamente diminuiti.¹⁶ Dunque l'ostetrica in caso di esecuzione del blocco analgesico dovrebbe: controllare che il materiale e i farmaci necessari al blocco e alla rianimazione cardiopolmonare siano nella stanza travaglio, far urinare la partoriente poco prima della sua esecuzione, segnalare un ritardo minzionale o una franca ritenzione urinaria, intervenire con cateterismo se necessario.

10. Encouraging the woman to push when full dilatation or nearly full dilatation of the cervix has been diagnosed, before the woman feels the urge to bear down herself (4.3).

11. Rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labour, such as 1 hour, if maternal and fetal conditions are good and if there is progress of labour (4.5).

12. Operative delivery (4.5).

13. Liberal or routine use of episiotomy (4.7).

14. Manual exploration of the uterus after delivery (5.7).

⁸ Labor as a bacteriuric event--assessment and risk factors. Elram T, Livne A, Oren A, Gross I, Shapiro M, Mankuta D.

⁹ Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002

¹⁰ Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training modules, WHO Regional Office for Europe 2002

¹¹ MCN Am J Matern Child Nurs. 2015 Jul-Aug;40(4):234-42; quiz E17-8. doi: 10.1097/NMC.000000000000156.

Bladder Management With Epidural Anesthesia During Labor: A Randomized Controlled Trial. Wilson BL1, Passante T, Rauschenbach D, Yang R, Wong B. Author information

¹² Evidence-Based Nurse-Driven Algorithm for Intrapartum Bladder Care Abby Hiller, BSN, RN, RNC-OB Michele Farrington, BSN, RN, CPHON Jeana Forman, MSN, RN, RNC-OB Haley McNulty, BSN, RN Laura Cullen, DNP, RN, FAAN Published: June 17, 2017 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.003>

¹³ Obstet Gynaecol Res. 2012 Aug;38(8):1046-51. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01837.x. Epub 2012 Apr 30.

Bladder drainage during labor: a randomized controlled trial. Rivard C1, Awad M, Liebermann M, Dejong M, Massey SM, Sinacore J, Brubaker L.

¹⁴ Urinary catheterization in labour C. F. Weiniger BJA: British Journal of Anaesthesia, Volume 102, Issue 4, April 2009, Pages 563-564, <https://doi.org/10.1093/bja/aep030> Published: 01 April 2009

¹⁵ Obstet Gynaecol Res. 2012 Aug;38(8):1046-51. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01837.x. Epub 2012 Apr 30.

Bladder drainage during labor: a randomized controlled trial. Rivard C1, Awad M, Liebermann M, Dejong M, Massey SM, Sinacore J, Brubaker L.

¹⁶ Urinary catheterization in labour C. F. Weiniger BJA: British Journal of Anaesthesia, Volume 102, Issue 4, April 2009, Pages 563-564, <https://doi.org/10.1093/bja/aep030> Published: 01 April 2009

Dunque, avendo evidenziato le condizioni in cui il catetere si rende necessario, sarebbe interessante capire come mai in alcune sale parto di oggi venga ancora utilizzato di routine, indipendentemente da ogni aspetto, forse in nome di una ostetricia empirica che dovrebbe ormai essere al tramonto.

Restando sui dati espressi da OMS, ACOG, AWHONN si evince che in realtà in merito di prevenzione pelvi-perineale, l' utilizzo o meno del catetere è irrilevante.

Inutile pensare che il cateterismo intermittente, e quindi lo svuotamento vescicale, possa interferire in corso di travaglio fisiologico con l' attività contrattile uterina o con i tempi di discesa della parte presentata.¹⁷ D' altronde esso non trova indicazione neanche in termini preventivi di salute pelvica, cioè in relazione all' incidenza di particolari disfunzioni pelvi-perineali nel dopo parto. Sono innumerevoli gli studi che, in merito alla problematica più temuta per lo stupor vescicale post partum, la ritenzione urinaria, discutono circa i fattori di rischio e le azioni preventive ante-intra-post partum. Interessante notare come tra queste ultime non sia mai annoverato il cateterismo in travaglio. La ritenzione urinaria è una condizione urologica comune che si caratterizza con l'incapacità di svuotare volontariamente e completamente la vescica durante la minzione¹⁸. Questa condizione può presentarsi sia in forma acuta che cronica. In generale le cause della ritenzione d'urina possono essere di diversa natura: ostruttive, infettive, infiammatorie, farmacologiche, neurologiche, gravidanza, alcool, attività sessuale, eccessiva assunzione di liquidi, traumi come ad esempio le lesioni pelviche; le più frequenti vengono considerate nella donna il post-operatorio, la cistite, il prolasso pelvico e le neoplasie ostetrico-ginecologiche 4 8, mentre per l'uomo è la ipertrofia prostatica benigna (IPH)¹⁹.

In ambito ostetrico, secondo il RCOG i fattori di rischio per la ritenzione urinaria post partum sono: la nulliparità, il travaglio prolungato, il parto operativo, l' episiotomia, le lacerazioni perineali di grado severo, la partoanalgesia, l' eccessivo peso fetale^{20,21,22}. Nel dopo parto può essere sintomatica o asintomatica. Le asintomatiche vengono identificate quando vi è un residuo post svuotamento spontaneo >150 ml; le sintomatiche quando vi è impossibilità di espletamento minzionale a 6 ore dal parto o dopo la rimozione del catetere vescicale a seguito di taglio cesareo. Il meccanismo fisiopatologico alla base della ritenzione urinaria resta non totalmente chiaro ma

¹⁷ Obstet Gynecol. 1980 Nov;56(5):565-70. Urinary bladder distention: effect on labor and uterine activity. Read JA, Miller FC, Yeh S, Platt LD.

¹⁸ Federazione IPASVI. Il paziente con ritenzione di urina – ECM [Internet]. [cited 02 January 2016]. Available from: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/il-pazientecon-ritenzione-di-urina-id32.htm>

¹⁹ UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA Dipartimento di Medicina Corso di Laurea in Infermieristica Tesi di Laurea LA GESTIONE E L'EDUCAZIONE DEL PAZIENTE CON CATETERE VESCICALE IN DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO Relatore: Prof.ssa Marta Drusian ANNO ACCADEMICO 2014/2015

²⁰ Postparto urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. Ching-Chung L1, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, Ching-Chang H, Chao-Lun C, Po-Jen C.

²¹ Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. Mulder FE, Oude Rengerink K, van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JP

²² Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. Mulder FE1, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, Roovers JP. © 2012 The Authors BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology © 2012 RCOG.

certamente vede in gioco il ruolo del progesterone sulla compliance vescicale e il danno neurologico da compressione durante il parto²³.

Singolare come gran parte delle ritenzioni urinarie compaia nell' immediato post partum ed in seguito un trattamento pronto e specifico, si risolve spontaneamente. E' dunque necessario stabilire un sistema di prevenzione, oltre che in corso di travaglio di parto ,con un continuo rimando alla minzione soprattutto se in presenza di fattori di rischio, anche e soprattutto immediatamente dopo il parto²⁴ , invitando le puerpere ad una minzione entro le due ore dal parto, soprattutto in caso di parto analgesia o di parto operativo.²⁵ Alcuni recenti studi hanno tentato di dimostrare l' importanza di questo valore orario limite di controllo minzionale a due ore. Uno, in particolar modo ,attraverso uno studio caso-controllo ha evidenziato che un sistematico utilizzo del catetere a due ore dal parto a differenza della minzione nelle sei ore dopo il parto, avrebbe diminuito del 47% i casi di ritenzione urinaria post part operativo e del 29% post parto spontaneo²⁶. Ne deriva che maggior allerta ed eventualmente un utilizzo del cateterismo selettivo, in caso di fattori di rischio importanti come il parto vaginale operativo, potrebbero essere ancor più delle valide azioni preventive nei confronti della ritenzione. Potrebbero e non dovrebbero, in quanto le evidenze scientifiche e gli studi sono ancora quantitativamente insufficienti, soprattutto a causa di una importante difficoltà nella classificazione della ritenzione urinaria e della comprensione dei deficit pelvi-perineali che possono evolvere nelle storie cliniche delle donne che ne hanno sofferto nell' immediato post partum²⁷.

Considerando comunque l'alta e variabile prevalenza di disturbi di ritenzione post partum (1.5- 45 %),e le conseguenze a lungo termine di questa disfunzione, è altresì importante analizzare i punti cardinali , oltre che delle strategie preventive, di quelle terapeutiche. Spesso nei casi in cui la ritenzione urinaria non si risolve spontaneamente con il termine del puerperio, si trasforma in ritenzione urinaria persistente o ,laddove si sia risolta, comunque partecipa in termini statistici ad un aumento di rischio di incidenza di vescica iperattiva o di incontinenza urinaria da sforzo.²⁸

²³ Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. Mulder FE1, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, Roovers JP. © 2012 The Authors BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology © 2012 RCOG.

²⁴ Turk J Obstet Gynecol. 2018 Jun;15(2):70-74. doi: 10.4274/tjod.43931. Epub 2018 Jun 21.

Postpartum urinary retention: Evaluation of risk factors.

Polat M1, Şentürk MB1, Pulatoğlu Ç2, Doğan O3, Kılıççı Ç4, Budak MŞ5.

²⁵ Arch Gynecol Obstet. 2014 Jun;289(6):1249-53. doi: 10.1007/s00404-014-3144-5. Epub 2014 Jan 21. Acute postpartum urinary retention: analysis of risk factors, a case-control study. Pifarotti P1, Gargasole C, Folcini C, Gattei U, Nieddu E, Sofi G, Buonaguidi A, Meschia M.

²⁶ Sci Rep. 2017; 7: 17720. Published online 2017 Dec 18. doi: 10.1038/s41598-017-18065-8

PMCID: PMC5735096PMID: 29255204 Impact of systematic urinary catheterization protocol in delivery room on covert postpartum urinary retention: a before-after study Mathias Neron, Lucie Allègre, Stéphanie Huberlant, Eve Mousty, Renaud de Tayrac, Brigitte Fatton, and Vincent Letouzey

²⁷ Urogynecol J. 2014 Dec;25(12):1605-12. doi: 10.1007/s00192-014-2418-6. Epub 2014 May 20. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. Mulder FE1, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, Limpens J, Van der Post JA, Roovers JP.

²⁸ Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. Mulder FE1, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, Roovers JP. © 2012 The Authors BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology © 2012 RCOG

Ovviamente nei casi di persistenza della ritenzione si dovrà immediatamente iniziare un programma di rieducazione minzionale mantenendo però l' utilizzo del cateterismo ad intermittenza fino alla completa risoluzione della stessa.

Genericamente in presenza di LUTS (lower urinary tract symptoms) è fortemente raccomandato un tempestivo ricorso alla terapia rieducativa e alla rieducazione minzionale (Bladder training)²⁹.

Innumerevoli, anche in questo caso, sono gli studi^{3031 32333435} che testimoniano l' importanza di un programma rieducativo in gravidanza e nel dopo parto in termini preventivi e terapeutici , laddove già presenti franche problematiche urinarie (RACC GRADO A).

L' AIO non offre interessanti spunti sulla componente terapeutica specifica nei casi di ritenzione. Tuttavia, è possibile accettare e rimodellare alcune delle raccomandazioni descritte nel paragrafo dedicato all' incontinenza urinaria.

Si descrive dunque che, in linea con le linee guida ICI 2009 per le pazienti affette da incontinenza urinaria da sforzo, da urgenza e mista, il trattamento iniziale deve includere interventi mirati a modificare lo stile di vita, le terapie fisiche e comportamentali. In particolare, sarebbe consigliabile: suggerire una riduzione del peso corporeo , insegnare esercizi della muscolatura del pavimento pelvico eseguiti con la supervisione , praticare la ginnastica vescicale (rieducazione minzionale) con la supervisione ³⁶.

La valutazione clinica è eseguita dall'ostetrica. Al momento della valutazione post partum, durante la prima visita l' ostetrica dovrebbe porre attenzione ai seguenti sintomi: flusso urinario debole con frequenti interruzioni (disuria) ,forte stimolo ad urinare e mancato svuotamento della vescica , senso di tensione dolorosa al basso ventre associato ad un gocciolamento incontrollabile di urina (erroneamente confuso con l'incontinenza urinaria) ,sforzo per urinare (minzione con manovra di

²⁹ BJU Int. 2006 Jul;98(1):89-95.

Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. van Brummen HJ1, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH.

³⁰ Arch Gynecol Obstet. 2019 Mar;299(3):609-623. doi: 10.1007/s00404-018-5036-6. Epub 2019 Jan 16.

Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. Soave I1, Scarani S1, Mallozzi M1, Nobili F1, Marci R2, Caserta D3.

³¹ Obstet Gynecol. 2001 May;97(5 Pt 1):673-7. Pelvic floor education after vaginal delivery.

Meyer S1, Hohlfeld P, Achtari C, De Grandi P. Urogynecology Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, CHUV, Lausanne, Switzerland

³² Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period.

³³ J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Dec;44(10):1141-6. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.023. Epub 2015 Oct 31. [Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: Guidelines]. [Article in French] Deffieux X1, Vieillefosse S2, Billecocq S3, Battut A4, Nizard J5, Coulm B6, Thubert T2.

³⁴ J Med Assoc Thai. 2014 Aug;97 Suppl 8:S156-63. Effect of pelvic floor muscle training (PFMT) during pregnancy on bladder neck descent and delivery. Lekskulchai O, Wanichsetakul P.

³⁵ Midwifery. 2019 Mar;70:92-99. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.013. Epub 2018 Dec 23.

Prevalence and outcome of postpartum urinary retention at an Australian hospital. Beaumont T1.

³⁶ RACCOMANDAZIONI AIO PER LE OSTETRICHE: PREVENZIONE, CURA, TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO NELLA DONNA (Gennaio 2019) L. Arduini, A. Marchi, E. Del Bo, A. M. Cristiani

Valsalva) ,sensazione di non aver svuotato completamente la vescica (senso di incompleto svuotamento) ,incapacità di urinare (difficoltà/blocco all'avvio della minzione). In caso di riscontro di prolasso, residuo post- minzionale significativo, incontinenza urinaria "complicata" associata a dolore, ematuria, infezioni ricorrenti, disturbi di svuotamenti, radioterapia pelvica, chirurgia pelvica radicale, sospetta fistola l'ostetrica richiede l'intervento dello specialista medico.

Per quanto concerne poi il percorso rieducativo-medico da seguire, nonostante i differenti studi prodotti e redatti, non vi sono ancora linee guida e protocolli ben organizzati e specifici. Si raccomanda comunque di iniziare un percorso rieducativo non prima delle 6 settimane dal parto.

Dunque, da questi dati emerge senza dubbio la mancanza di dati definiti e strutturati che regolano l'operato ostetrico nazionale in tutte le fasi di vita della donna per la salvaguardia e la cura della pelvi , ma anche, senza alcun dubbio, una importante sensibilizzazione alle tematiche pelvi perineali , sopraggiunta in Italia, nell' ultimo decennio. Lo si nota dalle date degli studi presi in esame e dall' importanza sempre più sottolineata dai mass media e dalla scienza dell' importanza della qualità della vita; aspetto questo su cui giocano un ruolo fondamentale le sempre più diffuse patologie pelvi perineali.

Inoltre, è sempre più chiara la necessità all' interno di reparti così specifici e delicati, come le sale parto ed i reparti di ostetricia, campo presso cui vengono svolti la maggior parte di questi studi, di non perdere mai la linea tra il campo di azione ed il campo di osservazione. La fisiologia, borderline equilibrio tra ciò che è "normale" (nella norma) e ciò che è naturale (dettato solo dalla natura) è un elemento prezioso che oggi ancor più si ha la necessità di re-imparare ad osservare e studiare, proprio per non perdere il confine tra l' intervenire con cura e scienza ed il lasciare accadere, e, quindi , per definire al meglio quando intervenire e come.

Quali informazioni dare alle donne nel post-partum sul pavimento pelvico? Costruiamo insieme un opuscolo informativo

Dr.ssa Edvige Proietti e Dr.ssa Giulia Papa, Ostetriche

La gravidanza e il parto sono momenti fondamentali e importanti nella vita della donna. Tuttavia, nonostante siano eventi fisiologici, hanno importanti ripercussioni sulla salute pelviperineale. Infatti non sono esenti da complicazioni a carico delle strutture perineali che sono a rischio di sviluppare lesioni\ danni con ripercussione funzionale. Infatti gli studi ci sottolineano che su 130 milioni di nascite l'anno l'85% delle donne presenta un danno perineale. Il danno perineale derivato da un parto può essere classificato in:

- connettivale;
- vascolare;
- muscolare;
- nervoso;
- diretto sul tratto urinario.

Le conseguenze del danno perineale collegato all'evento nascita hanno importanti ripercussioni a livello funzionale e possono generare:

- incontinenza urinaria (IU) nelle sue varie forme, IU da sforzo, IU da urgenza, IU mista (il 33% delle primipare nei primi tre mesi dal parto presenta IU);
- ritenzione urinaria;
- incontinenza anale (26-38% delle puerpere tra sei settimane e sei mesi dal parto soffre di IA);
- stipsi;
- alterazione della statica pelvica, ovvero prolapsi urogenitali e anorettali (studi recenti riportano POP-Q stage >2 a sei mesi dal parto nel 18,1% delle pazienti che hanno partorito spontaneamente e nel 29% in caso di parto operativo per via vaginale);
- dolore pelvico (il 3-6% delle donne soffre di dolore perineale ad un anno dal parto, il 24% di dispareunia a sei mesi dal parto mentre 8% ad un anno).

I fattori di rischio delle principali disfunzioni vescico-sfinero-perineali sono:

- sintomi pre-esistenti alla gravidanza;
- sintomi disfunzionali in gravidanza;
- parto operativo con ventosa;
- gravi lacerazioni perineali.

Tali disfunzioni hanno un forte impatto, negativo, sulla vita delle donne, generando oltre al sintomo, una ridotta qualità di vita.

Per ovviare a tale problematica è fondamentale mettere in atto un piano di prevenzione da applicare non solo in gravidanza, in travaglio e nel periodo espulsivo, ma anche nel post parto. Infatti il danno ostetrico perineale può essere limitato.

Gli strumenti da attuare per poter raggiungere l'obiettivo prevenzione della salute pelvi-perineale sono perineal care e perineal card. La perineal care in gravidanza include:

- prima valutazione del pavimento pelvico all'inizio del 2°trimestre con rivalutazione nel 3°trimestre di gravidanza;
- sana alimentazione;
- controllo del peso corporeo;
- sanificazione degli ambienti di vita rispetto alla presenza di sostanze allergizzanti compreso il fumo di sigaretta attivo e passivo per evitare tosse frequente;
- raccomandare di non sollevare pesi eccessivi;
- consigliare di urinare prima dei rapporti e applicare una corretta igiene intima prima e dopo i rapporti senza eccedere con l'uso di detergenti;
- sconsigliare gli esercizi che comprendono l'interruzione del getto minzionale (stop pipì) in quanto possono essere origine di comportamenti minzionali errati e causa di infezione urinaria;
- corsi di accompagnamento alla nascita;
- massaggio del pavimento pelvico per preparare i tessuti al travaglio e al parto;
- PFMT.

La perineal care in travaglio e periodo espulsivo include:

- posizioni non litotomiche;
- invitare la donna a urinare frequentemente;
- rispettare la fase di transizione a dilatazione completa;
- attendere l'attivazione del riflesso di Ferguson;
- rispettare i premiti spontanei senza dare indicazioni alla spinta;
- evitare un eccessivo numero di esplorazioni vaginali;
- evitare uso di olii;
- applicare compresse calde a livello del perineo in quanto il calore rilassa la muscolatura, soprattutto in caso di evidente patologia emorroidaria;
- evitare la manovra di Kristeller;
- evitare pressioni sul perineo nel tentativo di controllare il disimpegno della testa fetale (hands off) escludendo i casi in cui siano indicate;
- evitare trazioni sul corpo fetale.

La perineal card è uno strumento di prevenzione che permette, attraverso la sua compilazione, di assegnare uno score\punteggio alla donna in base ai suoi fattori di rischio, così da poterla inserire nel percorso educativo e rieducativo più consono al suo quadro clinico e da poter garantire il miglior outcome possibile per la salute perineale dopo il parto.

Sono attualmente state proposte due versioni di perineal card:

1. Perineal card tratta dalle raccomandazioni AIO-GOIPP:

Include fattori di rischio generali, fattori uroginecologici, e fattori ostetrici. In base allo score ottenuto individua tre classi di rischio. La classe R1 con punteggio è 0>3 richiede una presa in carico della paziente per sedute di rieducazione e terapia comportamentale. La classe R2 con score 4>8 richiede una presa in carico della paziente per un breve ciclo di sedute di educazione\riabilitazione. La

La classe R3 punteggio >8 richiede l'invio in un ambuotorio di uroginecologia\proctologia e successiva riabilitazione.

TABELLA DEI RISULTATI

R1 0>3	R2 4-8	R3 >8
PRESA IN CARICO PER SEDUTE DI RIEDUCAZIONE E TERAPIA COMPORTAMENTALE	PRESA IN CARICO PER BREVE CICLO SEDUTE DI EDUCAZIONE/RIABILITAZIONE	INVIO AMBULATORIO DI UROGINECOLOGIA /PROCTOLOGIA E SUCCESSIVA RIABILITAZIONE

2. Perineal card tratta dal progetto TOPP in collaborazione con AIUG:

I fattori di rischio sono valutati in sala parto, alla dimissione e a 3 mesi dal parto. In base allo score ottenuto è possibile individuare 3 classi di rischio: <10 basso rischio, 11-30 medio rischio e 31-70 alto rischio.

PERINEAL CARD
RISK FACTORS

≤10 Score	11 - 30 Score	31 - 70Score
BASSO Rischio	MEDIO Rischio	ALTO Rischio

Tuttavia, nonostante la perineal card sia un ottimo strumento per individuare precocemente le donne a rischio di disfunzioni pelvi-perinale dopo il parto, per migliorare l'outcome, è necessario affiancare a questo valido strumento un percorso di educazione delle pazienti ad una corretta perineal care in puerperio. Dunque, durante la degenza in reparto le ostetriche, in qualità di professioniste sanitarie che partecipano a interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che della comunità, hanno il compito di educare le pazienti sulla salute perineale.

Nello specifico in puerperio l'ostetrica si assicurerà di:

- sorvegliare eventuali suture, valutare gli edemi, il dolore, il sanguinamento e le emorroidi;
- chiedere alla donna, dopo il parto sia spontaneo che cesareo, di mobilizzare il perineo durante le giornate di degenza e non eseguire gli esercizi di Kegel (contrazioni perineali) con lo scopo di allenare il pavimento pelvico poiché l'obiettivo è quello di riattivare la muscolatura perineale dopo il parto. Si invita perciò la donna a "chiudere e rilassare la vagina" senza forzare, ma delicatamente, ripetendo 3-4 movimenti consecutivamente per 4 volte nell'arco della giornata;
- sconsigliare l'utilizzo della pancera a strappo (eventualmente invitare all'uso di una mutandina contenitiva);
- invitare la donna a una corretta igiene intima;
- prevenire la stipsi con un'alimentazione ed idratazione adeguata, non rimandando lo stimolo defecatorio, bensì aiutandosi con l'esecuzione di esercizi di FIT, e se necessario usando supposte di glicerina i primi tempi;

- educare ad un corretto svuotamento della vescica, con almeno 5-6 minzioni giornaliere non spingendo durante l'atto della minzione utilizzando una corretta posizione per svuotare la vescica rilassando il perineo;
- suggerire buone posizioni per l'allattamento per non gravare sul perineo, tenendo in braccio il bambino in posizione corretta: spalle in linea con il bacino e le ginocchia (schiena dritta, non l'addome in avanti e spalle indietro, non seduta "rilassata");
- suggerire FIT (falsa inspirazione toracica), questi esercizi migliorano la peristalsi intestinale e l'irrorazione sanguigna di addome, pelvi e le funzioni di tutti i visceri in esso contenuti (nel post parto fa in modo che l'utero si riduca più velocemente e inoltre riduce le sollecitazioni sui retti addominali che sono ancora diastasi)
- consigliare di non utilizzare la ciambella, meglio stare sdraiata su un fianco
- consigliare di limitare il più possibile di sollevare pesi
- suggerire di cercare di evitare la gravità e le pressioni addominali
- consigliare una valutazione del pavimento pelvico a partire dalla 6a-8a settimana dal parto, così da poter inserire la paziente in un percorso di trattamento adeguato.

Concludendo per garantire l'acquisizione di tali informazioni sarebbe opportuno supportare tale intervento educativo con la creazione di opuscoli informativi per poter sensibilizzare le puerpere sull'importanza della salute perineale dopo il parto, in quanto il pavimento pelvico, come tutti i muscoli del nostro corpo se rieducato o riabilitato può riacquistare tono, elasticità e funzione.

BIBLIOGRAFIA

- Raccomandazioni AIO per le ostetriche. Prevenzione, cura, trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico. L. Arduini, A. Marchi, E. Del Bo, A. M. Cristiani. Gennaio 2019
- Beckmann MM. Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;4:CD005123.
- Papparella P. Pavimento pelvico femminile: fisiologia e disfunzioni Poletto editore 2004
- Reilly ET. Freeman RM. Waterfield MR. Waterfield AE. Steggle P. Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises BJOG. 2014 Dec;121 Suppl 7:58-66. doi: 10.1111/1471-0528.13213.
- Thom D. Rortveit G. Systematic Review Acta Obstet Gynecol Scand 2010
- Herbison GP, Dean N., Guideline Cochrane Library 2013
- Dudding TC. Valzey CJ. Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management Ann Surg. 2008 Dumoulin C. Hay-Smith EJ. Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women See comment in PubMed Commons below Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 14;5:CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub3
- A Bortolami, Riabilitazione del pavimento pelvico. Edra S.p.a 2016
- www.cochranelibrary.com
- www.ics.org

RieduchiAMALO: la web-app per il pavimento pelvico. Valido strumento solo per l'ostetrica rieducatrice?

Dr.ssa Marta Vettori, Ostetrica

RieduchiAMALO è una web-app a supporto del rieducatore del pavimento pelvico.

Nata da un'idea del prof Fabio Gaj, direttore del master "pavimento pelvico e rieducazione" dell'Università "Sapienza" di Roma, grazie alla collaborazione di alcuni discenti della III edizione del master, in particolar modo della Dr.ssa Maria Assunta Bruzzano.

In un mondo dove i social e la comunicazione web la fanno da padroni e dove le informazioni mediate non sono sempre esatte, per cui diventa necessaria una fonte sicura e attendibile, su internet soprattutto, per le figure professionali nasce l'idea di creare una web-app per supportare il rieducatore, sia nella sua conoscenza e aggiornamento (creando una sorta di pelviclopedia a portata di click), sia nella relazione con i pazienti attraverso una serie di strumenti.

RieduchiAMALO è facilmente consultabile dal web, dal sito www.rieduchiamalo.net, dopo aver effettuato l'iscrizione, sia da pc che da smartphone.



È suddivisa in cinque sessioni:

1. Home;
2. Pavimento Pelvico;
3. Trattamenti;
4. Materiali;
5. Moduli e Questionari.

Nella Home l'utente potrà facilmente consultare la presentazione della web-app, le informazioni riguardo le varie parti della stessa e i contatti.

La sessione "pavimento pelvico" è dedicata alle nozioni di anatomia, fisiologia, patologia e degli esami diagnostici dei vari comparti (anteriore, medio e posteriore).

È presente poi una parte dedicata ai vari trattamenti per la rieducazione, sia manuali che strumentali e chirurgici e una sessione in cui sono presenti disegni e video di anatomia che possono essere d'aiuto al rieducatore per spiegare al paziente la sua patologia e fargli capire dove si andrà a lavorare durante le sedute.

L'ultima parte è invece dedicata a vari questionari e strumenti diagnostici (es. diario minzionale, perineal card ecc) che il rieducatore potrà, direttamente dalla web-app, inviare al paziente tramite mail.

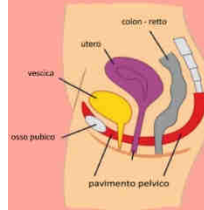
RieduchiAMALO è stata pensata come supporto per ostetrica, infermiere o fisioterapista rieducatore del pavimento pelvico ma potrebbe essere utilizzata anche dall'ostetrica durante i corsi pre e post parto, per far comprendere meglio, attraverso le varie immagini e i video presenti, le strutture anatomiche e i muscoli interessati nell'evento parto.

Il progetto così presentato è ancora in fase di aggiornamento, è infatti nostro obiettivo ampliarlo aggiungendo ulteriori contenuti ai "Materiali" e inserendo linee guida e una raccolta di studi scientifici sul pavimento pelvico, con la possibilità di poterli condividere in rete sempre tramite la app stessa.



DOPO IL PARTO ABBI CURA DEL TUO PAVIMENTO PELVICO

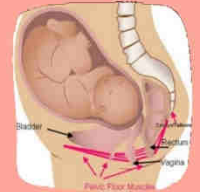
COS'È E A COSA SERVE IL PAVIMENTO PELVICO?



IL PAVIMENTO PELVICO È UN INSIEME DI MUSCOLI, FASCE E LEGAMENTI CHE CHIUDONO IN BASSO IL BACINO. SOSTIENE VAGINA, UTERO, VESCICA E RETTO COME UN'AMACA. GARANTISCE LA CONTINENZA URINARIA E FECALE E HA UN RUOLO IMPORTANTE NELLA FUNZIONE SESSUALE, IN GRAVIDANZA E NEL PARTO.

PAVIMENTO PELVICO IN GRAVIDANZA

I CAMBIAMENTI ORMONALI, POSTURALI E L'AUMENTO PONDERALE POSSONO INDEBOLIRE IL PAVIMENTO PELVICO DURANTE LA GRAVIDANZA. ALL'INIZIO DEL SECONDO E DEL TERZO TRIMESTRE, È CONSIGLIABILE ESEGUIRE UNA VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO.



E DOPO IL PARTO?



DOPO IL PARTO IL PAVIMENTO PELVICO RICHIEDE PARTICOLARE CURA E ATTENZIONE. SI DEVE DARE QUINDI TEMPO ALLA MUSCOLATURA PELVICA DI RIACQUISIRE IL TONO FISIOLOGICO.

È IMPORTANTE AFFIDARSI SEMPRE ALLE RACCOMANDAZIONI PROFESSIONALI DI SPECIALISTI NELLA RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO.

COME PRENDERSI CURA DEL PROPRIO PAVIMENTO PELVICO

DOPO IL PARTO?

DOPO IL PARTO OGNI DONNA DOVREBBE EFFETTUARE ALMENO UN CICLO DI RIEDUCAZIONE PELVICA. L'IDEALE SAREBBE INIZIARE DOPO 6-8 SETTIMANE DAL PARTO.

NEI GIORNI SUCCESSIVI AL PARTO È BENE CHE LA DONNA SEGUA DEI PICCOLI ACCORGIMENTI IN MODO TALE DA INIZIARE A PRENDERSI CURA DEL PROPRIO PAVIMENTO PELVICO:

- RIATTIVARE LA PROPRIA MUSCOLATURA PELVICA NEI GIORNI SUCCESSIVI IL PARTO;
- SVUOTARE CORRETTAMENTE LA VESCICA SENZA SPINGERE NEL FARLO;
- PREVENIRE LA STIPSI CON ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE ACCURATA;
- ALLATTARE IL BAMBINO IN POSIZIONI CHE NON LASCINO IL VENTRE PENDULO O LA SCHIENA RIVOLTA IN AVANTI;
- AIUTARSI CON SUPPORTI CORRETTI (FASCIA, MARSUPIO ERGONOMICO) NEL PORTARE IL BAMBINO, COSÌ DA NON GRAVARE SULLA SCHIENA E SUL PAVIMENTO PELVICO;
- NON UTILIZZARE AUSILI COME LA PANCERA ELASTICA;
- EVITARE DI RIPRENDERE L'ATTIVITÀ FISICA SUBITO DOPO IL PARTO, SOPRATTUTTO ADDOMINALI;
- PREDILIGERE CORSI APPPOSITAMENTE DEDICATI AL PERIODO DEL POST PARTO.



QUANDO ANDARE DAL PROFESSIONISTA?



A SEI-OTTO SETTIMANE DAL PARTO, SI CONSIGLIA DI EFFETTUARE UNA VALUTAZIONE SPECIALISTICA DEL PAVIMENTO PELVICO ED UN EVENTUALE CICLO DI RIEDUCAZIONE.

L'IMPORTANZA DEL RILASSAMENTO

DAL CONCEPIMENTO FINO AL POST PARTUM LA DONNA ACQUISISCE LA CONSAPEVOLEZZA DI UN CAMBIAMENTO FISICO E PSICHICO, CHE PUÒ DETERMINARE LO SVILUPPO DI TENSIONI MUSCOLARI E ALTERAZIONI POSTURALI CHE MODIFICANO L'EQUILIBRIO FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO.



OPUSCOLO REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON:

