

Presentazione del progetto aziendale di miglioramento novembre/dicembre 2012.

“PROMUOVERE L’ATTACCAMENTO MADRE-NEONATO E
L’ALLATTAMENTO PRECOCE IN SALA PARTO.”

Introduzione.

L’allattamento materno è molto importante per la salute dei bambini, a sostegno di questa pratica si schierano da molti anni l’OMS e l’UNICEF. Oggi sappiamo che le pratiche d’assistenza sanitaria, in modo particolare quelle relative all’assistenza delle madri e dei neonati sono uno dei mezzi più promettenti per consolidare e aumentare la diffusione e la durata dell’allattamento al seno. Gli studi promossi dall’OMS e dall’UNICEF hanno dimostrato che il contatto “pelle a pelle” precoce e prolungato del neonato con la madre dopo la nascita è un fattore che influenza la suzione dal seno materno. L’allattamento precoce iniziato quanto prima aumentala durata dell’allattamento materno esclusivo. Il contatto precoce “pelle a pelle” mantiene il neonato caldo, tranquillizza madre e neonato e aiuta a regolare la frequenza cardiaca e quella respiratoria, colonizza il neonato con i batteri della flora normale del corpo materno; riduce il pianto del neonato, diminuisce lo stress e il consumo di energia, rafforza il legame affettivo tra madre e figlio. La madre spontaneamente attua dei comportamenti che rafforzano il legame affettivo con il suo bambino subito dopo la nascita: lo guarda a lungo (imprinting), lo accarezza, lo bacia, lo coccola , gli parla, reagisce al suo pianto con atteggiamenti consolatori. E’ predisposta a reagire con risposte ormonali ed emozionali ai segnali inviati dal bambino. Il neonato è competente, già alla nascita, alla suzione e cerca spontaneamente il seno. Questa particolare situazione è predisposta per facilitare la relazione e l’allattamento. L’allattamento precoce, inoltre, favorisce l’involutione uterina diminuendo il rischio di emorragie nel post-partum.

Scopo del progetto.

Il progetto nasce per realizzare subito dopo il parto il contatto “pelle a pelle”, per favorire il bonding e l’allattamento precoce entro la prima ora dalla nascita. Le mamme che hanno iniziato l’allattamento precoce che hanno ricevuto le informazioni, il supporto e l’incoraggiamento dal personale in sala parto si sentono più serene e sicure quando arrivano in puerperio. Con questo progetto si vuole sostenere in modo particolare le puerpere che, per svariati motivi, trascorrono lunghi tempi lontano dai propri bambini (es. mancanza di posti letto in Puerperio e conseguente trasferimento delle stesse al 1 o 2 piano della Clinica).

Responsabile del progetto in Azienda Ospedaliera

Coordinatrice Ostetrica Ciullo Rosaria.

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

U.O.C di Clinica Ginecologica e Ostetrica. Sala Parto

Contatti:82134718 -52. Fax:8213118

E-mail: rosaria.ciullo@sanita.padova.it

Figure professionali coinvolte.

I professionisti coinvolti nella realizzazione del progetto sono stati:

- 18 Ostetriche dipendenti dell'Azienda Ospedaliera (Full time e Part-time)
- 5 O.S.S.
- 1 Infermiere

L'adesione al progetto è stata libera e organizzata con rientri effettuati oltre l'orario lavorativo.

Il progetto chiede ai partecipanti in regime di full time un impegno di 15 ore (3 rientri di 5 ore), per quelli part time l'impegno è di 7 ore (2 rientri di 3.5ore).

Arco temporale nel quale si svolgerà il progetto.

Il progetto verrà attuato nei mesi di novembre e dicembre 2012 solo nelle ore diurne dal lunedì al sabato.

Si svolgerà nella sala parto oppure presso i piani della Clinica Ostetrica qualora nei reparti siano ricoverate puerpere che non hanno trovato posto presso il Puerperio.

Fonti materiale utilizzato.

Per la realizzazione del progetto è stato utilizzato il Passo 4 dei "10 PASSI PER ALLATTARE CON SUCCESSO" promosso da OMS e UNICEF nel 1989 e rivisitato nel 2009.

Rivista Italiana di Medicina Perinatale

Numero Speciale – Anno 2006 Premio Allattamento al Seno II Edizione AVENT

Risorse e metodi.

Gli obiettivi assistenziali dell'Ostetrica/o si possono riassumere nel Passo 4 dei "10 Passi per Allattare al seno con Successo" attualmente interpretato come:

”Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un’ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario”.

Al centro di tutta la pratica c’è la continuità del contatto tra la madre e il neonato, che è importante indipendentemente dal tipo di alimentazione perché promuove il vincolo affettivo e facilita la colonizzazione del neonato con i microrganismi materni (skin-to-skin).

Il momento del skin-to-skin costituisce una splendida occasione per incoraggiare attivamente l’allattamento al seno.

La tempestività e la durata del contatto sono importanti per dare al neonato il tempo per iniziare a mostrare i segnali di fame che si compaiono in un tempo abbastanza variabile da caso a caso, in genere entro un’ora.

Il tempo minimo da garantire è di almeno 60 minuti o, in ogni caso, fino a quando la madre lo desidera. E’ importante che prima ancora del tempo gli operatori garantiscano il loro sostegno e la maggior tranquillità possibile. In tutti i casi l’assistenza prestata alle neomamme durante il contatto pelle a pelle, deve contemplare un’offerta attiva di assistenza per l’attacco del bambino al seno e l’avvio dell’allattamento.

Per riassumere spetta all’Ostetrica :

1. Individuare i bisogni individuali per poter erogare un’assistenza personalizzata.
2. Aiutare la mamma a prendere coscienza della propria capacità di poter svolgere pienamente il proprio ruolo materno (COUNSELLING e di EMPOWERMENT).
3. Favorire un ambiente tranquillo al momento della poppata.

I compiti del personale OSS si traducono con:

1. Assistenza alberghiera (alimentazione e allestimento della barella).
2. Collaborazione con il personale ostetrico durante la permanenza della coppia mamma-neonato in sala parto (es.aiuto nel posizionamento nella barella della puerpera e del neonato).

All’OSS si riconosce il ruolo di osservatore e facilitatore della relazione ostetrica-mamma-neonato, in conseguenza di questo deve osservare e poi riferire all’ostetrica turnista le proprie osservazioni sul benessere materno (segni e sintomi raccontati dalla puerpera es. dolori, brividi) e su quello del neonato (es. osservarne il colorito e i movimenti).

Popolazione target del progetto

Sono accolte nel progetto tutte le puerpere (anche straniere) che desiderino il contatto skin-to-skin e l'allattamento precoce che rientrano nei criteri di ammissione al progetto.

Alle donne che non desiderano allattare precocemente ma che presentano i criteri di ammissione al progetto sarà incoraggiato comunque il contatto "pelle a pelle" dopo il parto per il tempo desiderato.

Per ogni puerpera che aderisce al progetto verrà compilata, dall'ostetrica dedicata, una scheda conoscitiva ("Checklist delle pratiche alla nascita").

Risultati.

A termine del progetto saranno raccolte le Checklist compilate e analizzati i dati raccolti.

CRITERI MATERNO/NEONATALI per l'attuazione del progetto.

1. Volontà materna di partecipazione.
2. Gravidanza a basso rischio.
3. Parto vaginale eutocico.
4. Taglio cesareo.
5. Neonato a termine (da 37 a 41 s.g.).
6. Punteggio Apgar di 8 al primo minuto e di 9 al quinto minuto.
7. Peso neonato alla nascita compreso tra 2500gr e 4000gr.
8. Mancanza di posto letto in Puerperio.

I dati del progetto

Il progetto si è realizzato in due mesi: dal 1.11.2012 al 31.12.2012.

Nei mesi di novembre e dicembre 2012 i parti sono stati 347. I parti vaginali: 195, i tagli cesarei 162.

Utilizzando i criteri di inclusione preparati per le madri e i neonati hanno potuto partecipare al progetto 82 coppie madre-neonato.

- 45 coppie madre-neonato con parto cesareo sui 162 interventi effettuati,
- 37 coppie madre-neonato con parto vaginale sulle 195 avvenuti.

Parti vaginali:37.

Puerpere italiane:20 Puerpere straniere:17

Puerpere che hanno scelto di non provare l'allattamento precoce ma solo lo skin-to-skin: 2

Tempo medio di contatto madre-neonato: 87 minuti. Ricordiamo che il tempo minimo richiesto dal progetto è di 60 minuti.

Tagli cesarei:45

Puerpere italiane:109 Puerpere straniere:14 Gravidanza gemellare: 1

Puerpere che hanno scelto di non provare l'allattamento precoce ma solo lo skin-to-skin: 9

Tempo medio di contatto madre-neonato: 54 minuti.

Sono stati anche utilizzati degli indicatori de verifica degli obiettivi del progetto.

Indicatore di risorse: 82 attacchi precoci realizzati = 3,4 allattamenti per operatore

24 operatori dedicati al progetto

Indicatore di efficacia: 82 attacchi precoci = 0.236 23.63%

347 parti totali (novembre/dicembre 2012)

Indicatore di efficacia: 37 attacchi precoci = 0.18 18.9%

195 parti vaginali (novembre/dicembre 2012)

Indicatore di efficacia: 45 attacchi precoci = 0.296 29.60%
152 tagli cesarei

Conclusioni e prospettive future

L'adesione delle future mamme al progetto è stata ottenuta con un consenso verbale al momento del ricovero dopo verifica dell'anamnesi della gravidanza per il riscontro dei criteri di inclusione. La proposta è stata accolta positivamente da tutte le gestanti specialmente da quelle sottoposte a cesareo. Durante il progetto non si sono verificati incidenti, tutti gli allattamenti si sono verificati sulla base dei criteri di inclusione stabiliti.

Il tempo minimo da garantire, stabilito dal progetto, per lo skin-to-skin era di 60 minuti. Nel gruppo dei parti vaginali la media del contatto è stata di 87 minuti per cui possiamo dire di avere raggiunto l'obiettivo espresso. Nel gruppo dei tagli cesarei, il tempo di contatto è stato in media di 54 minuti. Anche in questo gruppo possiamo dire di aver raggiunto l'obiettivo del progetto. In questo gruppo l'ostacolo al prolungamento del tempo di contatto è stato rappresentato dalle condizioni fisiche della donna (stanchezza post intervento e limitata autonomia degli arti).

Si deve tener presente del tipo di gestanti che afferrisce alla nostra realtà: le gravidanze non fisiologiche sono in numero maggiore di quelle fisiologiche. La fisiologia è la condizione necessaria per la realizzazione del progetto. Non è possibile intervenire sulla quota di gravidanze non fisiologiche ma il nostro impegno futuro deve essere finalizzato sulla gestione delle gravidanze fisiologiche perché sia garantita la possibilità di attaccamento e allattamento precoce in modo che il progetto diventi una pratica di routine dopo la nascita. Il punto di forza del progetto rimane quello di aver esteso la possibilità dell'allattamento precoce anche alle puerpere di taglio cesareo. Una quota, estremamente variabile, di puerpere di parto vaginale è sempre stata protagonista dell'allattamento precoce in sala parto mentre, è sempre stato molto difficile coinvolgere le puerpere di cesareo.

Il progetto ha rappresentato anche un momento di crescita professionale per il personale. In modo particolare le O.S.S. hanno potuto sperimentare oltre alle loro competenze anche il coinvolgimento attivo nella cura della coppia madre-neonato. La loro preparazione sul progetto è avvenuta sul campo con la competenza delle ostetriche e delle infermiere.

Per quanto riguarda i rientri effettuati dal personale per il progetto, la scelta del personale dedicato è stata sicuramente positiva perché ha permesso di dedicare alle neomamme tutto il tempo necessario senza dover ritagliarlo ad altre attività assistenziali della sala parto. La proposta che viene presentata è quella di continuare il progetto utilizzando i rientri, a completamento orario, per assistere le puerpere e i neonati. Con questa proposta, si garantirebbe la continuità del progetto e si realizzerebbe la politica aziendale che vorrebbe, in un futuro prossimo, la realizzazione dell'Ospedale Amico del Bambino.

SCHEDA RIASSUNTIVA DATI PROGETTO

Mesi di Novembre e Dicembre 2012

| MODO PARTO | NOVEMBRE | DICEMBRE | Reclutate | Skin-to-skin | Allattament o | Tempo medio in minuti |
|------------|----------|----------|-----------|--------------|------------------|-----------------------|
| vaginale | 96 | 99 | 37 | 37 | 35 (-2) | 87 |
| cesareo | 80 | 72 | 45 | 45 | 36(-9) | 54 |

INDICATORI: RISORSE

82 = 3,4 Allattamento per operatore

24 Operatori (Ostetriche, Infermiere, OSS)

EFFICACIA 82 Allattamenti = 0.236 23,63%

347 Parti totali (Nov+Dic)

EFFICACIA 37 Allattamenti = 0.189 18,97%

195 Parti vaginali

EFFICACIA 45 Allattamenti = 0.296 29,60%

152 Tagli cesarei

* Il progetto non stato attuato la domenica e durante le ore notturne.

Mesi di confronto antecedenti il progetto.

| MODO PARTO | SETTEMBRE | OTTOBRE | Reclutate | Skin-to-skin | Allattament o | Tempo medio in minuti |
|------------|-----------|---------|-----------|--------------|------------------|-----------------------|
| Vaginale | 81 | 92 | 32 | 32 | 32 | 60 |
| Cesareo | 60 | 77 | 0 | 0 | 0 | 0 |

* Allattamento seguito esclusivamente dalle Ostetriche.

INDICATORE EFFICACIA 32 Allattamenti = 0.18 18,49%

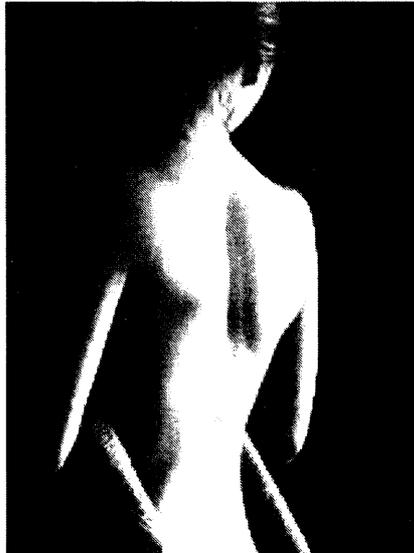
173 Parti vaginali (81+92)

Punti di forza del progetto: Personale dedicato!

Coinvolgimento di Infermiere e OSS!

Procedura per realizzare l'attaccamento e l'allattamento precoce in caso di taglio cesareo.

- 1) Far indossare alla paziente un camice bianco allacciato sul davanti;
- 2) Posizionare gli elettrodi materni sulla schiena della paziente come da figura:



- 1) Scapola destra
- 2) Sotto scapola destra
- 3) Scapola sinistra

- 3) Posizionare la paziente sul letto operatorio con entrambe le braccia aperte accolte nei reggi braccio;
- 4) Utilizzare due pali flebo per creare una vela che sostituirà l'archetto del letto operatorio;
- 5) Scaldare due panni spugna: uno sarà utilizzato per coprire il neonato appoggiato sulla pancia della mamma, l'altro servirà a coprire le spalle della donna.

N.B. Dopo la nascita il neonato sarà portato al papà che potrà tenerlo in braccio; nel frattempo l'ostetrica provvederà alla compilazione della documentazione dell'assistenza al parto. Una volta concluso l'intervento di taglio cesareo e/o l'episiotomia del parto vaginale il neonato sarà attaccato al seno dall'ostetrica dedicata al progetto.

“Promuovere l’attaccamento madre-neonato e l’allattamento precoce in sala parto”

PROTOCOLLO PER L’O.S.S

Le competenze dell’OSS in questo progetto, sono di natura tecnica e relazionale e impegnano l’OSS con un’assistenza diretta alla puerpera e al neonato finalizzata a:

Conoscere la tipologia di utenti e le problematiche connesse: differenziare l’assistenza di t.c. da parto vaginale e le relative condizioni di rischio.

Allestire la barella che ospiterà la puerpera e curare l’ambiente dove soggiorneranno madre e neonato.

Collaborare con l’ostetrica a posizionare la puerpera e il neonato nella barella (es. posizione di sicurezza sul fianco).

Assistere la puerpera nelle attività finalizzate all’igiene personale, al cambio della biancheria (es. controllo assorbenti), all’apprendimento e mantenimento di posture corrette.

Rilevare e comunicare i parametri vitali della puerpera (pressione arteriosa e temperatura corporea).

Aiutare l’ostetrica nella preparazione ed esecuzione di prestazioni sanitarie (es. cateterismo vescicale, rimozione cateterino peridurale).

Osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che la puerpera e/o il neonato possono presentare (es. pallore, tremore, sudorazione).

Svolgere attività di informazione alla puerpera sui servizi del Puerperio e sulle pratiche burocratiche (es. denuncia di nascita, orario di visita).

Collaborare con l’ostetrica a compilare la checklist delle pratiche per la raccolta dati.

“Promuovere l’attaccamento madre-neonato e l’allattamento precoce in sala parto”

PROTOCOLLO PER L’OSTETRICA e L’INFERMIERA

La realizzazione di questo progetto si basa sui “10 PASSI PER ALLATTARE AL SENO CON SUCCESSO” promosso da OMS e UNICEF nel 1989 e rivisto nel 2009. Nello specifico, è stato utilizzato il passo n 4 :

“Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un’ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario”.

L’ostetrica e l’infermiera dedicate al progetto si impegnano a rendere fattibili le azioni descritte nel passo con il coinvolgimento attivo della mamma:

- 1) Promuovere il contatto pelle a pelle: il loro ruolo, in assenza di situazioni che necessitano di particolari interventi medici, è quello di proteggere la vicinanza tra madre e bambino e l’inizio dell’allattamento.
- 2) Spiegare il significato del skin-to-skin: il contatto tra madre e bambino dovrebbe essere il metodo di routine di assistenza dopo la nascita per tutti i bambini.
- 3) Il contatto skin-to-skin dovrebbe iniziare in sala parto:tutti i neonati a termine e sani,devono poter godere del contatto con la madre in sala parto in un’atmosfera tranquilla.
- 4) Il neonato deve essere asciugato e posto direttamente con la propria pelle a contatto con la pelle materna: il contatto pelle a pelle significa che la pelle del bambino tocca quella della madre, nella maggior parte del suo corpo. Vale a dire niente camicia da notte, lenzuolo, o asciugamano. E’ utile porre sopra i due un asciugamano caldo in modo che il neonato non perda calore (testa coperta ma viso scoperto) e che la privacy della madre sia mantenuta.
- 5) Il primo attacco deve avvenire con i propri tempi:non si deve mettere fretta al bambino o alla madre o cercare di spingere il bambino verso il seno. I neonati sani a termine hanno un istinto naturale verso l’allattamento, inteso come la capacità di trovare il seno e di attaccarsi da soli. Questo istinto è più forte nella prima ora di vita. Facilitare il primo attacco dopo la nascita può avere un impatto significativo sul proseguimento dell’allattamento.
- 6) Normali osservazioni devono proseguire per tutto il periodo del contatto pelle a pelle, per garantire il benessere della coppia madre-bambino:la vigilanza è una parte fondamentale dell’assistenza postnatale nelle prime ore dopo la nascita. Per questo, le normali osservazioni di temperatura, respirazione, colore e tono del bambino devono continuare per tutto il contatto. E’ importante fare in modo che il bambino non possa cadere o intrappolarsi nelle lenzuola. Particolare cura deve essere prestata per garantire la libertà delle vie aeree del bambino. Le osservazioni devono essere effettuate anche sulla madre.
- 7) Autovalutazione e monitoraggio: documentare il contatto pelle a pelle per garantire che tutte le madri abbiano l’opportunità di praticare il skin-to-skin.

“Promuovere l’attaccamento madre-neonato e l’allattamento precoce in sala parto”

ISTRUZIONI OPERATIVE PER L’OSTETRICA e L’INFERMIERA

La realizzazione di questo progetto si basa sui “10 PASSI PER ALLATTARE AL SENO CON SUCCESSO” promosso da OMS e UNICEF nel 1989 e rivisto nel 2009. Nello specifico, è stato utilizzato il passo n 4 :

“Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un’ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario”.

L’ostetrica e l’infermiera dedicate al progetto si impegnano a rendere fattibili le azioni descritte nel passo con il coinvolgimento attivo della mamma:

- 1) Promuovere il contatto pelle a pelle: il loro ruolo, in assenza di situazioni che necessitano di particolari interventi medici, è quello di proteggere la vicinanza tra madre e bambino e l’inizio dell’allattamento.
- 2) Spiegare il significato del skin-to-skin: il contatto tra madre e bambino dovrebbe essere il metodo di routine di assistenza dopo la nascita per tutti i bambini.
- 3) Il contatto skin-to-skin dovrebbe iniziare in sala parto:tutti i neonati a termine e sani,devono poter godere del contatto con la madre in sala parto in un’atmosfera tranquilla.
- 4) Il neonato deve essere asciugato e posto direttamente con la propria pelle a contatto con la pelle materna: il contatto pelle a pelle significa che la pelle del bambino tocca quella della madre, nella maggior parte del suo corpo. Vale a dire niente camicia da notte, lenzuolo, o asciugamano. E’ utile porre sopra i due un asciugamano caldo in modo che il neonato non perda calore (testa coperta ma viso scoperto) e che la privacy della madre sia mantenuta.
- 5) Il primo attacco deve avvenire con i propri tempi:non si deve mettere fretta al bambino o alla madre o cercare di spingere il bambino verso il seno. I neonati sani a termine hanno un istinto naturale verso l’allattamento, inteso come la capacità di trovare il seno e di attaccarsi da soli. Questo istinto è più forte nella prima ora di vita. Facilitare il primo attacco dopo la nascita può avere un impatto significativo sul proseguimento dell’allattamento.
- 6) Normali osservazioni devono proseguire per tutto il periodo del contatto pelle a pelle, per garantire il benessere della coppia madre-bambino:la vigilanza è una parte fondamentale dell’assistenza postnatale nelle prime ore dopo la nascita. Per questo, le normali osservazioni di temperatura, respirazione, colore e tono del bambino devono continuare per tutto il contatto. E’ importante fare in modo che il bambino non possa cadere o intrappolarsi nelle lenzuola. Particolare cura deve essere prestata per garantire la libertà delle vie aeree del bambino. Le osservazioni devono essere effettuate anche sulla madre.
- 7) Autovalutazione e monitoraggio: documentare il contatto pelle a pelle per garantire che tutte le madri abbiano l’opportunità di praticare il skin-to-skin.