

Newsletter (numero 3.2)

## Travaglio, fase dilatante: le donne possono assumere la posizione che preferiscono

Lawrence A et al. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD003934



### Obiettivo

Revisione sistematica (RS) di studi clinici controllati randomizzati (RCT) per valutare l'efficacia di incoraggiare le donne ad assumere posizioni erette in confronto a posizioni supine nel corso del periodo dilatante del travaglio di parto.

### Metodo

<b>Popolazione</b>	21 RCT, comprendenti 3706 donne nel periodo dilatante del travaglio di parto. Gli studi sono stati condotti in UK (7 RCT), USA (5 RCT), Francia (2 RCT), Finlandia, Svezia, Hong Kong, Giappone, Australia, Brasile e Thailandia (un RCT ciascuno).
<b>Intervento</b>	(a) Posizioni erette (comprese camminare, rimanere sedute, in piedi, inginocchiate, accovacciate e carponi) (16 RCT, 2530 donne) e (b) posizioni erette (comprese camminare) con epidurale (5 RCT, 1176 donne).
<b>Controllo</b>	(a) Posizioni supine (comprese semi-supina e laterale) e (b) posizioni supine (comprese semi-supina e laterale) con epidurale.
<b>Outcomes/Esiti</b>	esito principale: esiti materni, fetali e neonatali delle posizioni erette rispetto alle posizioni supine.
<b>Tempo</b>	esiti valutati al momento del parto e in epoca neonatale precoce; studi pubblicati fra 1963 e 2007.

### Risultati principali

Nel primo sottogruppo (a), durata del periodo dilatante nel gruppo in posizioni erette di circa un'ora più breve rispetto al gruppo di controllo (8 RCT, 1677 donne; differenza media: -0.99; IC 95% -1.60, -0.39). Analizzando separatamente i risultati per parità, la differenza non raggiunge la significatività statistica né nelle primipare né nelle multipare. Nessuna differenza nel ricorso al parto pilotato (7 RCT, 1540 donne; RR: 0.90; IC95%: 0.77, 1.06), nella durata del periodo espulsivo (2 RCT, 204 donne; differenza media: 2.35; IC95%: -15.22, 19.91), nella frequenza di parti spontanei vaginali (11 RCT, 2217 donne; RR: 1.01; IC95%: 0.97, 1.05), di parti vaginali operativi (10 RCT, 2110 donne; RR: 0.99; IC95%: 0.78, 1.26), di tagli cesarei (10 RCT, 2110 donne; RR: 0.73; IC95%: 0.51, 1.07); le donne randomizzate alle posizioni erette avevano una probabilità ridotta in misura statisticamente significativa di ricorrere all'analgia epidurale (8 RCT, 1784 donne; RR: 0.83; IC95%: 0.72, 0.96). Pochi studi hanno considerato esiti materni e neonatali, senza rilevare differenze fra i due gruppi.

Nel secondo sottogruppo (b), con anestesia epidurale, nessuna differenza nella durata del periodo dilatante calcolata come tempo fra inserzione epidurale e inizio del periodo espulsivo (3 RCT, 433 donne; differenza media: 14.14; IC95%: -15.23, 43.51); nel ricorso al parto pilotato (5 RCT, 1161 donne; RR: 0.98; IC95%: 0.90, 1.07), nella durata del periodo espulsivo (2 RCT, 204 donne; differenza media: 2.35; IC95%: -15.22, 19.91), nella frequenza di parti spontanei vaginali (5 RCT, 1161 donne; RR: 0.97; IC95%: 0.89, 1.06), di parti vaginali operativi (5 RCT, 1161 donne; RR: 1.16; IC95%: 0.93, 1.44), di tagli cesarei (5 RCT, 1161 donne; RR: 0.91; IC95%: 0.70, 1.19); nella frequenza di ipotensione da richiedere trattamento (3 RCT, 781 donne; RR: 1.12; IC95%: 0.52, 2.45). Informazioni insufficienti su mortalità perinatale e ricovero in unità di terapia intensiva neonatale; nessuna differenza fra i due gruppi nel punteggio di Apgar a 1 e 5 minuti (5 RCT, 986 donne; RR: 1.02; IC95%: 0.39, 2.66).

### Conclusioni

Incoraggiare le donne a assumere la posizione che preferiscono (una preferenza che si può modificare nel corso del travaglio di parto) presenta alcuni vantaggi - dal momento che alle posizioni erette in travaglio sono associate una minore durata del periodo dilatante e una minore frequenza di ricorso all'analgia epidurale - e non risulta avere conseguenze negative per madre, feto e neonato.

*I testi della scheda di presentazione dello studio sono a cura di Vittorio Basevi*

Pubblicato on line il 25/06/2009

<http://www.burlo.trieste.it> - <http://www.saperidoc.it>

### Altri studi sull'argomento

Questa RS si affianca alla RS (20 RCT, 6135 donne) che ha dimostrato potenziali benefici delle posizioni erette rispetto alle supine nel corso del periodo espulsivo: una riduzione dei parti operativi (19 RCT, 6382 donne; RR: 0.80; IC95%: 0.69, 0.92), una riduzione delle episiotomie (12 RCT, 4899 donne; RR: 0.83; IC95%: 0.75, 0.92), una riduzione del dolore severo (1 RCT, 517 donne; RR: 0.73; IC95%: 0.60, 0.90). Alle posizioni erette risulta associato il rischio di una perdita ematica >500 ml, attribuibile ai 4 RCT nei quali la posizione eretta era rappresentata dalla sedia da parto (2999 donne; RR: 1.90; IC95%: 1.37, 2.62) [1].

### Referenze

1. Gupta JK et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD002006

### Che cosa aggiunge questo studio

Limitatamente al periodo dilatante, questo studio colma la mancanza di informazioni desunte da revisioni sistematiche nella linea guida Intrapartum care (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2008). Contribuisce in questo modo alla definizione di una assistenza che garantisce, contemporaneamente a efficacia e sicurezza, una riduzione della interferenza medica nella evoluzione del travaglio di parto fisiologico.

### Commento

#### Validità interna

**Disegno dello studio:** revisione sistematica di RCT e quasi-RCT condotta alla data del 31.12.2008 utilizzando la strategia di ricerca descritta in dettaglio nei metodi di Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. La validità delle conclusioni può essere limitata dalla qualità degli studi inclusi nella RS: non sempre sono descritti il metodo di generazione della sequenza di allocazione; l'intervento non sempre è descritto in modo informativo (per esempio: fase del periodo dilatante in cui venivano incluse le donne).

**Esiti:** in interventi di questo tipo non è possibile mascherare il gruppo di allocazione a donne e professionisti, ma gli esiti sono obiettivi e la eventuale mancata cecità dei valutatori non dovrebbe rappresentare una fonte di distorsione.

#### Trasferibilità

**Popolazione studiata:** popolazione e setting della maggior parte degli studi inclusi analoghi a quelli italiani.

**Tipo di intervento:** gli studi inclusi non contengono una descrizione dettagliata di trattamento e controllo (definizione di periodo dilatante; istruzioni date alle donne incluse nel gruppo di controllo), ma questi limiti non dovrebbero costituire una difficoltà all'adozione dell'intervento, dal momento che incoraggiare le posizioni erette non richiede abilità o risorse di difficile acquisizione.