

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXIX - n. 3  
Marzo 2007

**articoli originali**

## Caratteristiche del puerperio e complicanze nel parto vaginale e nel taglio cesareo. Confronto fra la popolazione italiana e straniera nella casistica 2000-2004 del Policlinico "A. Gemelli"

G.C. OLIVA, M.P. ZANNELLA, C. FILIDI, A.F. CAVALIERE, L. CASARELLA, S. MANCUSO

**RIASSUNTO:** Caratteristiche del puerperio e complicanze nel parto vaginale e nel taglio cesareo. Confronto fra la popolazione italiana e straniera nella casistica 2000-2004 del Policlinico "A. Gemelli".

G.C. OLIVA, M.P. ZANNELLA, C. FILIDI, A.F. CAVALIERE, L. CASARELLA, S. MANCUSO

**SUMMARY:** Characteristics of the puerperium and complications in the vaginal delivery and the caesarean section. Comparison between the Italian and foreign population in casistry 2000-2004 of the Policlinico "A. Gemelli".

G.C. OLIVA, M.P. ZANNELLA, C. FILIDI, A.F. CAVALIERE, L. CASARELLA, S. MANCUSO

*Obiettivo: questo studio prende in esame le caratteristiche di 14.604 donne che hanno partorito presso il nostro Dipartimento nel periodo 2000-2004.*

*Metodi: sono state esaminate le seguenti variabili: età materna, nazionalità, modalità di parto e complicanze nel puerperio.*

*Risultati: sono emerse le seguenti considerazioni: un aumento della natalità (da 2.874 parti nel 2000 a 2.974 nel 2004), in parte legato alla presenza sempre più cospicua di donne straniere (dal 14% nel 2000 al 20,7% nel 2004), come riflesso del fenomeno di immigrazione, e in parte anche ad una lenta ma costante ripresa di nascite tra le donne italiane. Inoltre, abbiamo osservato un cambiamento delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione ostetrica: età materna avanzata, una maggiore consapevolezza e coscienza della gravidanza e del parto, che ha inciso profondamente sull'incidenza del taglio cesareo.*

*Conclusioni: alla luce di tali considerazioni si rende necessaria una rielaborazione dei protocolli di assistenza clinica e strumentale al puerperio, che hanno tentato di rispondere, da un lato, ad una richiesta di competenze super-specialistiche e, dall'altro, ad un desiderio di "umanizzazione" del percorso nascita.*

*Dai risultati ottenuti, che denotano un "controllo" delle complicanze infettive, emorragiche e tromboemboliche, possiamo confermare la validità di tali modelli assistenziali, sostenuti anche da un elevato grado di soddisfazione espresso dalle pazienti durante la degenza.*

*Objective: the present study takes into consideration the characteristics of 14.604 women who gave birth near our Department in the period 2000-2004.*

*Methods: the following factors have been examined variable: maternal age, nationality, modality of delivery and complications in the puerperium.*

*Results: the following considerations were raised: an increase of natality (from 2.874 parts in 2000 to 2.974 in 2004, partially due to the increasing presence of foreign women (from 14% in 2000 to the 20,7% in 2004) as a consequence of the immigration phenomenon, and partially due to a slow but constant resumption of births among Italian women. Moreover, we have observed a change of epidemiologic features of the obstetrician population: advanced maternal age, greater knowledge and self-awareness of pregnancy and delivery, which has been deeply affected the incidence of Caesarean section.*

*Conclusions: based on such considerations, an update of the clinical and instrumental protocols for assistance to the puerperium is necessary, in order that they could respond to the demand of superspecialistic competences and to the desire of "humanization" of birth. From obtained results, which denote a higher "control" of the infectious, haemorrhagic and thromboembolic complications, we can confirm the validity of such assistance procedures, also supported by an elevated degree of satisfaction expressed from the patients during the stay in hospital.*

**KEY WORDS:** Puerperio - Parto vaginale - Taglio cesareo - Pazienti italiane - Pazienti straniere.  
Puerperium - Vaginal delivery - Caesarean delivery - Italian patients - Foreign patients

### Introduzione

Il profondo mutamento delle esigenze delle donne gravide, delle partorienti e delle puerpere avvenuto negli ultimi 10 anni impone ad ogni reparto ostetrico una ridefinizione dei protocolli di assistenza che rispondono, da un lato, ad una richiesta di competenze superspecialistiche per affrontare con più sicu-

rezza l'evento parto e, dall'altro, ad un'esigenza di demedicalizzazione, nel tentativo di "umanizzarne" il percorso.

La rielaborazione dei protocolli deve poter rispondere alle nuove problematiche insorte nell'ambito della patologia materna, che hanno modificato l'approccio alla gravidanza ed alle modalità di parto.

Si è passati, infatti, da una fase di rappresentazione del cesareo come "temuto" ad una fase di rappresentazione del cesareo come "voluto", come riflesso del cambiamento delle caratteristiche della popolazione ostetrica, che vive la gravidanza come un'esperienza unica e preziosa da tutelare.

Allo stesso tempo, abbiamo avuto modo di constatare, negli ultimi anni, un aumento del fenomeno "immigrazione" in Italia (Dati forniti dal Ministero degli Interni relativi al 1° Gennaio 2002: 1.512.324 immigrati, di cui il 46% donne), che ha comportato la necessità di adeguare le prestazioni sanitarie alla paziente extra-comunitaria, allo scopo di ottimizzarne l'assistenza in ogni disciplina specialistica e, in particolare, nel campo ostetrico-ginecologico, tenendo conto di fattori culturali, socio-economici, relazionali e organizzativi propri di queste pazienti.

La massività del fenomeno "immigrazione" ha implicato un approccio sempre più frequente ad una nuova tipologia di paziente, comportando non poche problematiche di gestione, sulla cui efficacia influiscono fattori propri del Paese di origine: fattori culturali (religione, abitudini di vita, comportamenti legati all'etnia di appartenenza), fattori socio-economici (condizioni disagiate), fattori organizzativi legati alla complessità della burocrazia italiana ed alle difficoltà di accesso al SSN (ambulatori ed ospedali).

Dal contatto con realtà diverse emerge la necessità di un'adeguata offerta delle prestazioni sanitarie, che obbliga il personale ad abbandonare un atteggiamento di "etnocentrismo professionale" e di chiusura nei confronti della diversità, e ad acquisire la giusta preparazione, circa i contesti socio-culturali delle pazienti, tesa al superamento delle barriere culturali e comunicative.

Alla luce di queste nuove prospettive, l'assistenza alle pazienti in puerperio è stata impostata razionalizzando l'intervento medico, diagnostico e terapeutico, attraverso protocolli standardizzati, in accordo anche con la letteratura ostetrica attuale.

In ultimo, data la crescente presenza di pazienti extracomunitarie nella nostra Sala Parto, sono state evidenziate interessanti differenze nell'incidenza di complicanze del postpartum tra le due componenti della popolazione ostetrica, con le quali quotidianamente ci confrontiamo (pazienti italiane e pazienti straniere), allo scopo di ottimizzare il management anche di questa tipologia di donne.

## Materiali e metodi

Negli ultimi 5 anni, nel periodo compreso tra il 1° Gennaio del 2000 e il 31 Dicembre del 2004, presso la Sala Parto del Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente del Policlinico "A. Gemelli", sono stati registrati 14.604 parti.

Le donne che hanno partorito in questo periodo di tempo sono state analizzate nelle loro caratteristiche, attraverso lo studio delle relative cartelle cliniche, rivolgendo particolare attenzione ai seguenti parametri:

- Caratteristiche epidemiologiche (età, parità, nazionalità)
- Modalità di parto (parto vaginale e taglio cesareo)
- Indicazioni al taglio cesareo.

Nel periodo di tempo indicato, l'assistenza delle pazienti analizzate ha previsto l'adozione di protocolli standardizzati, anche in accordo alla letteratura ostetrica attuale, che prevedono:

- 1) Profilassi antibiotica (1-2).
- 2) Profilassi della trombosi venosa profonda (se presenti fattori di rischio) (3-11).
- 3) Anestesia periferica, in caso di taglio cesareo (TC) ed analgesia epidurale in caso di parto vaginale (PV), qualora richiesto.
- 4) Rimozione del catetere vescicale e dell'infusione endovenosa dei liquidi a 12 ore dall'intervento, mobilitazione della paziente e ripresa dell'alimentazione precoce, in caso di TC.
- 5) Esecuzione esami di controllo (SMA ed emocromo nel TC, solo emocromo nel PV) in 2ª giornata e dimissione in 3ª giornata.
- 6) Esecuzione di esami colturali (urinocoltura ed emocoltura) o di altra natura (esami della coagulazione, profilo glicemico, proteinuria 24 h) solo in presenza di indicazioni cliniche, sia in caso di PV che di TC.
- 7) Realizzazione del "rooming in".

L'analisi delle 14.604 pazienti si è articolata, in un secondo momento, nella analisi delle incidenze delle complicanze puerperali, impostando un confronto tra le stesse, sia in relazione alla modalità di parto, sia in relazione alla nazionalità (donne italiane - donne straniere).

Nell'ambito delle complicanze abbiamo considerato: l'iperpiressia, le infezioni della sutura, le infezioni urinarie, le emorragie, l'anemia lieve ( $Hb < 10$  mg/dl), l'anemia grave ( $Hb < 8$  mg/dl) e la tromboflebite.

## Risultati

Abbiamo preso in evidenza gli ultimi 5 anni (2000-2004), in cui sono stati osservati 14.604 parti, di cui

*Caratteristiche del puerperio e complicanze nel parto vaginale e nel taglio cesareo*

TABELLA 1 - TOTALE PARTI (PARTI VAGINALI E TAGLI CERASEI) NEGLI ANNI 2000-2004.

Anno	2000	2001	2002	2003	2004
PV	1.791 (62,3%)	1.713 (59,6%)	1.760 (60,1%)	1.754 (59,6%)	1.745 (58,7%)
TC	1.083 (37,7%)	1.164 (40,4%)	1.173 (39,9%)	1192 (40,4%)	1.229 (41,3%)
Totale parti	2.874	2.877	2.933	2.946	2.974

TABELLA 2 - INCIDENZA PAZIENTI STRANIERE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE OSTETRICA (POLICLINICO "A. GEMELLI).

Anno	2000	2001	2002	2003	2004
Percentuale (%)	14	16	18	20	20,7

8.763 parti vaginali (PV) (60,1%) e 5.841 tagli cesarei (TC) (39,9%).

In particolare, si contano 2.874 parti nel 2000 (1.791 PV e 1.083 TC), 2.877 nel 2001 (1.713 PV e 1.164 TC), 2.933 nel 2002 (1.760 PV e 1.173 TC), 2.946 nel 2003 (1.754 PV e 1.192 TC) e 2.974 nel 2004 (1.745 PV e 1.229 TC) (Tab. 1).

Nell'ambito dei PV, 8.412 sono stati spontanei (57,6%) e 351 hanno richiesto l'applicazione di ventosa (2,4%).

La popolazione ostetrica è risultata composta da una percentuale di italiane (PI) pari all'82,1%, per un totale di 11.976 donne, accanto ad una percentuale del 17,9% di straniere (PS), pari a 2.628 donne.

L'aumento della presenza di diverse etnie nel nostro Paese risulta evidente sia su scala nazionale (si osserva in Italia una crescita dall'1,78% nel 1980 al 13,41% nel 2000), sia a livello regionale (dal 4,3% nel 1990 fino al 16,7% nel 2002), ed infine, nel nostro stesso Dipartimento, con il riscontro di una crescita dal 14% al 20,7% negli anni 2000-2004 (Tab. 2).

Andando ad analizzare più dettagliatamente le differenti modalità di parto, è possibile contare nella PI un numero di 7.062 PV (59,0%) e di 4.914 TC (41,0%); nella PS si contano 1.701 PV (64,8%) e 927 TC (35,2%).

L'incidenza stessa dei TC è variata nel tempo, assumendo un diverso andamento nelle due popolazioni: se si rileva, per la PI, un aumento dei TC negli anni 2000-2004 dal 38,2% fino al 42,6%, questa crescita risulta molto più esigua nella PS, con un variare dal 34,5% al 36,3%.

Le principali indicazioni al TC, sul totale della popolazione studiata, sono risultate le classiche, e rappresentate da pregresso TC (35,3%), patologia materna (22,6%), CTG non rassicurante e patologico (12,3%), presentazione podalica (8,2%), iposviluppo fetale (3,3%), distocia (15,5%), distinta in distocia cervicale

(3,7%) e distocia meccanica (11,8%), malformazione fetale (2,6%) ed altre (0,2%).

Nel gruppo dei TC effettuati per patologia materna (22,6%), accanto alle classiche indicazioni (diabete gestazionale, ipertensione, epatosi), hanno preso piede nuove indicazioni, dettate, innanzitutto, dall'emergere di malattie infettive, quali l'infezione da HIV: il che si traduce in un'incidenza di TC da HIV pari al 2,1% rispetto al totale dei TC.

Dalla analisi delle indicazioni al TC sembra emergere che, mentre per la PI prevalgono i TC d'elezione (pregresso TC, presentazione podalica, iposviluppo fetale, malformazioni fetali, patologia materna, ecc.) rispetto ai TC in travaglio (CTG non rassicurante e patologico, distocia cervicale e meccanica, ecc.) - 70,3% vs 62,2% -, nella PS il rapporto si inverte -28,1% vs 37,8%.

Andando poi ad analizzare nello specifico le singole indicazioni, si osservano tra PI e PS, le seguenti incidenze (Tab. 3):

- pregresso TC: 35,5% vs 35,1%;
- presentazione podalica: 7,8% vs 9,4%;

TABELLA 3 - INDICAZIONI AL TAGLIO CESAREO: CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE STRANIERA E LA POPOLAZIONE ITALIANA.

	PS	PI
Pregresso TC	35,1%	35,5%
Presentazione podalica	9,4%	7,8%
Patologia materna	12,1%	15%
CTG non rassicurante o patol.	16,2%	11,6%
Distocia meccanica	18,9%	12,5%
Indicazione psicologica	2,7%	4,2%
Iposviluppo fetale	1,3%	4,2%
Distocia cervicale	2,7%	4%
Malformazione fetale	1,6%	4,6%

TABELLA 4 - INCIDENZA COMPLICANZE IN PUERPERIO: CONFRONTO TRA PARTO VAGINALE E TAGLIO CESA-REO.

	PV	TC
Iperpiressia	1,1%	7,9%
Infezione della sutura	1,4%	3,8%
Infezioni urinarie	1%	10,8%
Emorragie	0,48%	0,5%
Anemia lieve (Hb<10mg/dl)	15,9%	25,4%
Anemia grave (Hb<8mg/dl)	2,9%	2,9%
Tromboflebite	0,16%	0,4%
Embolia polmonare	0%	0,3%

- patologia materna: 15% vs 12,1%;
- CTG non rassicurante e patologico: 11,6% vs 16,2%;
- distocia meccanica: 12,5% vs 18,9%;
- indicazione psicologica materna: 4,2% vs 2,7%;
- iposviluppo fetale: 4,2% vs 1,3%;
- distocia cervicale: 4% vs 2,7%;
- malformazione fetale: 3,6% vs 1,6%.

Inoltre, sull'intera popolazione presa in esame in questi 5 anni sono state rilevate le incidenze delle principali complicanze puerperali, con sostanziali differenze tra PV e TC, che riportiamo qui di seguito (Tab. 4):

- iperpiressia: 1,1% vs 7,9%;
- infezione della sutura: 1,4% vs 3,8%;
- infezioni urinarie: 1% vs 10,8%;
- emorragie: 0,48% vs 0,5%;
- anemia lieve (Hb<10 mg/dl): 15,9% vs 25,4%;
- anemia grave (Hb<8 mg/dl): 2,9% vs 2,9%;
- tromboflebite: 0,16% vs 0,4%;
- embolia polmonare: 0% vs 0,3%.

Infine, una volta analizzate le suddette complicanze in relazione alle diverse modalità di parto, è stata riproposta una nuova analisi, condotta attraverso il confronto della morbilità postpartum tra due popolazioni, PI e PS, da cui emergono i seguenti dati (Tab. 5):

- iperpiressia: 3,8% vs 3,16%;
- infezioni della sutura: 2,25% vs 1,91%;

TABELLA 5 - INCIDENZA COMPLICANZE IN PUERPERIO: CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE ITALIANA E LA POPOLAZIONE STRANIERA.

	PI	PS
Iperpiressia	3,8%	3,16%
Infezione della sutura	2,25%	1,91%
Infezioni urinarie	3,9%	7,02%
Lacerazioni vaginali spontanee	9,2%	15,6%
Anemia lieve (Hb<10mg/dl)	19,2%	19,4%
Anemia grave (Hb<8mg/dl)	2,6%	3,6%

- infezioni urinarie: 3,9% vs 7,02%;
- lacerazioni vaginali spontanee: 9,2% vs 15,6%;
- anemia lieve (Hb<10 mg/dl): 19,2% vs 19,4%;
- anemia grave (Hb<8 mg/dl): 2,6% vs 3,6%.

## Discussione

Dall'analisi della nostra casistica, sono emerse le seguenti considerazioni.

In accordo con i dati nazionali, abbiamo registrato un aumento della natalità rispetto agli anni precedenti (da 2.874 parti nel 2000 a 2.974 parti nel 2004).

Riteniamo che tale incremento sia legato in parte alla presenza sempre più cospicua delle pazienti straniere, i cui parti sono passati dal 14% nel 2000 fino al 20,7% nel 2004, come riflesso del fenomeno di immigrazione, motivo per cui è stato inevitabile il confronto tra diverse tipologie di pazienti.

Innanzitutto, dal paragone sono emerse differenze dal punto di vista demografico: un'età media nella PI pari a 32 anni, con prevalenza di primipare, superiore rispetto all'età media calcolata per la PS, pari a 28 anni, in cui prevalgono le secondipare.

In questo i nostri dati si allineano alla letteratura precedentemente riportata, da cui si evince, in particolare, che nella PS il parto avviene al di sotto dei 30 anni nel 73% dei casi, mentre nella PI solo nel 34,9% (12).

D'altra parte, l'aumento della natalità sembrerebbe legato anche ad una lenta ma costante ripresa di nascite tra le donne italiane.

Tale dato, a nostro avviso, trova giustificazione nel cambiamento della attesa della maternità da parte dell'universo femminile, per cui la scelta di avere un figlio in un determinato momento della vita diventa "obbligata", a prescindere dal lavoro o da altri impedimenti socio-economici.

Tutto ciò spiega anche perché le donne italiane si trovino ad affrontare la loro prima gravidanza ed il parto in un'età più avanzata (età media 32 anni) rispetto alle straniere (età media 28 anni), le quali vivono la maternità come una esperienza naturale e non "obbligata", e come parte integrante del loro essere donna.

Allo stesso tempo, abbiamo potuto evidenziare un parallelo aumento del tasso dei TC (dal 37,7% al 39,9%), fenomeno che può ricondursi, a nostro avviso, ad una serie di fattori sociali, economici e giuridici, che portano a preferire il TC rispetto al PV e a ricorrere largamente a questa modalità di parto anche quando non vi siano indicazioni mediche.

In particolare, nell'ambito della nostra casistica, una possibile motivazione può trovarsi nelle modificazioni delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione ostetrica (età materna avanzata, un più elevato

livello socio-economico e culturale, maggiore consapevolezza e coscienza della gravidanza e del parto, crescente presenza di gravidanze da tecniche di procreazione assistita), che ha comportato, nelle donne, delle aspettative diverse nei confronti dell'assistenza medica alla gravidanza ed al parto, vissute come esperienza "unica e preziosa" da tutelare.

Tale fenomeno viene a riflettersi in una profonda differenza di incidenza dei TC nettamente a favore della PI, in accordo anche con quanto emerge dalla letteratura ostetrica (13, 14), che evidenzia un diverso rapportarsi delle italiane e delle straniere alle due modalità di parto, con una maggior propensione, da parte dei medici, a ricorrere al TC per le prime, e una preferenza per una strategia d'attesa per le seconde, tendenza probabilmente legata anche alla sempre più massiccia presenza delle problematiche medico-legali, che tanto incidono sulle capacità decisionali dei sanitari.

Un ulteriore aspetto che, a parere nostro, ha inciso sull'aumento del TC è stato il presentarsi di nuove problematiche nell'ambito della patologia materna, in particolare, la comparsa di patologie infettive, rappresentate soprattutto dall'infezione da HIV, che hanno reso necessari nuovi protocolli di gestione della gravidanza (vedi terapia antiretrovirale associata) e della modalità del parto (TC elettivo) nelle pazienti sieropositive, per ridurre il rischio di trasmissione virale materno-fetale.

Analizzando le indicazioni al TC fra le due popolazioni ostetriche, PI vs PS, e mettendole a confronto, è stato possibile constatare alcune diversità, che probabilmente traggono origine da differenze razziali, culturali e socio-economiche, le quali possono condizionare sia le modalità di rapportarsi della donna verso la gravidanza ed il parto, sia il *management* delle diverse pazienti da parte dei sanitari.

In particolare, ci siamo soffermati a riflettere sulla distribuzione di alcune indicazioni tra le due popolazioni in studio: per prima, la maggior incidenza di ricorso al TC per CTG non rassicurante e patologico e distocia meccanica nella PS.

Presumibilmente, possiamo ricollegare, almeno in parte, tale tendenza alle problematiche di questa tipologia di pazienti, anche abbastanza difficili da gestire, considerando che molte giungono all'attenzione dei sanitari senza avere a disposizione una chiara storia ostetrica o un'adeguata documentazione relativa alla gravidanza.

Per tali motivi, spesso non si conoscono eventuali problemi insorti durante la gestazione (alterazioni nella crescita fetale, infezioni, ecc.), che potrebbero giustificare il riscontro di alterazioni cardiocografiche o di anomalie del travaglio.

Inoltre, fattori propri del Paese di origine, come

fattori culturali (religione, abitudini di vita, comportamenti legati all'etnia di appartenenza), fattori socio-economici (condizioni disagiate), fattori organizzativi legati alla complessità della burocrazia italiana ed alle difficoltà di accesso al SSN (ambulatori ed ospedali), associati a problematiche di carattere sanitario, quali patologie preesistenti (anemia di diversa origine, infezioni), anomalie del canale del parto, dei genitali esterni e della vagina (per pregresse lacerazioni da parto o per gli esiti di pratiche, come l'infibulazione) (15), aumentano il rischio ostetrico nelle pazienti extracomunitarie.

In più va considerato, a nostro avviso, un differente comportamento alimentare nel Paese ospite, che porta le donne immigrate ad avere spesso un'alimentazione sproporzionata con eccesso di grassi e zuccheri, e un conseguente eccessivo aumento ponderale, con possibili ripercussioni sulla patologia ostetrica (vedi diabete gestazionale, macrosomia fetale) e su anomalie del travaglio per fattori di sproporzione fetopelvica.

Allo stesso modo, appare interessante il riscontro di una più alta percentuale di TC eseguiti per indicazione psicologica materna nel gruppo delle italiane.

Questa tendenza potrebbe riconoscere diverse giustificazioni, in parte proprie della paziente, in parte proprie dei medici.

Infatti, da un lato, la crescente sensibilità verso le problematiche medico-legali spinge i sanitari ad assecondare più facilmente le richieste delle donne per timore di essere "citati in giudizio", in caso di eventuali problemi del parto e/o materno-fetali. Dall'altro, si è passati, nella PI, da una fase di rappresentazione del TC come "temuto" ad una fase di rappresentazione del TC come "voluto", fenomeno questo da mettere in relazione alle caratteristiche della odierna popolazione ostetrica, che vive la gravidanza ed il parto come un'esperienza "unica e preziosa" da tutelare, anche considerando l'età più avanzata delle madri italiane.

Questa diversa visione del parto operativo addominale non è però comune tra la PS, nella quale, per motivi socio-culturali e religiosi, è radicata la convinzione che il parto debba avvenire in modo naturale, e che solo passando attraverso l'esperienza del dolore del travaglio si possa prendere pienamente parte all'evento nascita.

Continuando l'analisi dei nostri dati, abbiamo riscontrato, in accordo con la letteratura ostetrica, una più elevata morbidità postpartum nelle pazienti sottoposte a TC.

Il primo dato che è emerso riguarda le complicanze infettive, che, in accordo con la recente letteratura ostetrica (16-19), risultano più frequenti nel gruppo di donne sottoposte a TC, rispetto a quelle che partoriscono per via vaginale.

In particolare abbiamo riscontrato nel gruppo dei

PV un'incidenza di iperpiressia pari all'1,1%; nel gruppo dei TC, invece, si arriva ad osservare un'incidenza del 7,9%.

Differenze altrettanto sensibili si apprezzano tra le infezioni di vario tipo, dalle infezioni della ferita, di cui si nota un'incidenza dell'1,4% nei PV, ben inferiore al 3,8% del gruppo dei TC, fino alle infezioni urinarie, che incorrono con un'incidenza che è addirittura 10 volte maggiore nei TC rispetto ai PV (10,8% *vs* 1%).

Le incidenze presentate non fanno altro che confermare ciò che è stato anticipato in letteratura, e cioè l'esistenza di un legame tra TC e aumentato rischio di infezioni puerperali.

Tuttavia, se da un lato la maggior incidenza di complicanze infettive in correlazione al TC ci autorizza ancora una volta a confermare la concezione di "cesareo come fattore di rischio per infezioni", è anche vero che le percentuali di incidenza che abbiamo di fronte sono, comunque, in assoluto basse.

Questo, a nostro avviso, è stato possibile anche grazie al ricorso alla profilassi antibiotica in monodose, prevista per tutte le pazienti sottoposte al TC, in accordo con i dati della letteratura (2, 19).

Per quanto riguarda le complicanze tromboemboliche, altro importante aspetto nell'ambito della patologia del puerperio, è noto che la gravidanza e, soprattutto, il puerperio si associano ad un incrementato rischio di tromboembolismo venoso (TEV) e che questo rischio è destinato a salire in caso di TC, in particolare se la procedura è stata eseguita d'urgenza.

Infatti, se da un lato il PV risulta anch'esso coinvolto come fattore di rischio per TEV, i dati riportati in letteratura ci informano di un rischio 3 volte maggiore in caso di esecuzione del TC.

La nostra casistica, riportando un'incidenza di tromboflebite maggiore nel gruppo dei TC rispetto al gruppo dei PV (0,4% *vs* 0,2%), con un'incidenza di embolia polmonare nel primo pari allo 0,3% e nessun caso nel secondo, risulta in accordo con la letteratura, che descrive gli eventi tromboembolici come un'evenienza rara, con un'incidenza variabile dallo 0,2% all'1,8% (13, 19).

Una volta analizzate le suddette complicanze, in relazione alle diverse modalità di parto, è stata riproposta una nuova analisi, condotta attraverso il confronto della morbilità postpartum tra due popolazioni differenti sotto svariati aspetti, PI *vs* PS.

In realtà ci saremmo aspettati un'incidenza maggiore di complicanze infettive tra le donne extracomunitarie, considerando le problematiche di scarsa assistenza della gravidanza, più frequenti in questa tipologia di pazienti, ed anche in relazione al legame tra infezioni puerperali e malnutrizione, evidenziato da alcuni Autori (20), di più facile riscontro tra le straniere.

In più non sono da tralasciare problemi legati allo scarso rispetto delle norme igieniche, all'alta endemia, nei Paesi in via di sviluppo, di infezioni sessualmente trasmesse, che possono pesare non poco sull'*outcome* materno-neonatale.

Una possibile e plausibile spiegazione di questa eguale ed inaspettata distribuzione di complicanze infettive nelle due popolazioni può essere data considerando la più elevata incidenza di TC nella PI rispetto alla PS (41,0% *vs* 35,2%) e tenendo a mente il concetto, già espresso, di TC come fattore di rischio per infezioni.

Allo stesso modo, andando a considerare nello specifico solo le infezioni urinarie, abbiamo evidenziato una loro maggiore prevalenza tra le donne extracomunitarie rispetto alle nostre connazionali (7,02% *vs* 3,9%).

Probabilmente, in questo caso, la motivazione sarebbe da ricondurre al maggior ricorso al PV tra le straniere, tenendo presente che questo si associa più frequentemente ad una possibile contaminazione delle vie urinarie da parte di germi della flora endogena.

Un altro aspetto, a nostro parere interessante, che è emerso dal confronto tra i due gruppi studiati, è stato il riscontro di una maggiore incidenza di lacerazioni vaginali spontanee nella PS rispetto alla PI (15,6% *vs* 9,2%), anche a conferma di quanto osservato da altri Autori (14).

Questa differenza va innanzitutto ricondotta al più frequente ricorso al PV nella PS (64,8% *vs* 59,0%), o ricollegata ad un gestione "casalinga" del parto, per cui molte di queste donne arrivano in Sala Parto a dilatazione completa.

Infine, una scarsa assistenza in gravidanza può ripercuotersi sul decorso puerperale delle straniere anche in termini di anemizzazione: se da un lato non si rilevano differenze di incidenza di anemia lieve tra PI e PS (19,2% *vs* 19,4%), la differenza diventa più sostanziale se si considera l'incidenza di anemia grave (2,6% *vs* 3,6%).

## Conclusioni

Le singole incidenze su riportate sono risultate nel complesso basse, grazie, a nostro parere, alla rielaborazione ed applicazione di protocolli di assistenza clinica e strumentale al puerperio, che hanno tentato di rispondere alle nuove e diverse esigenze di una popolazione ostetrica che sta cambiando e che, se da un lato, è più attenta a richiedere competenze superspecialistiche, per affrontare con maggior sicurezza l'evento "parto", dall'altro, esprime anche un'esigenza di demedicalizzazione nel tentativo di "umanizzarne" il percorso.

## Bibliografia

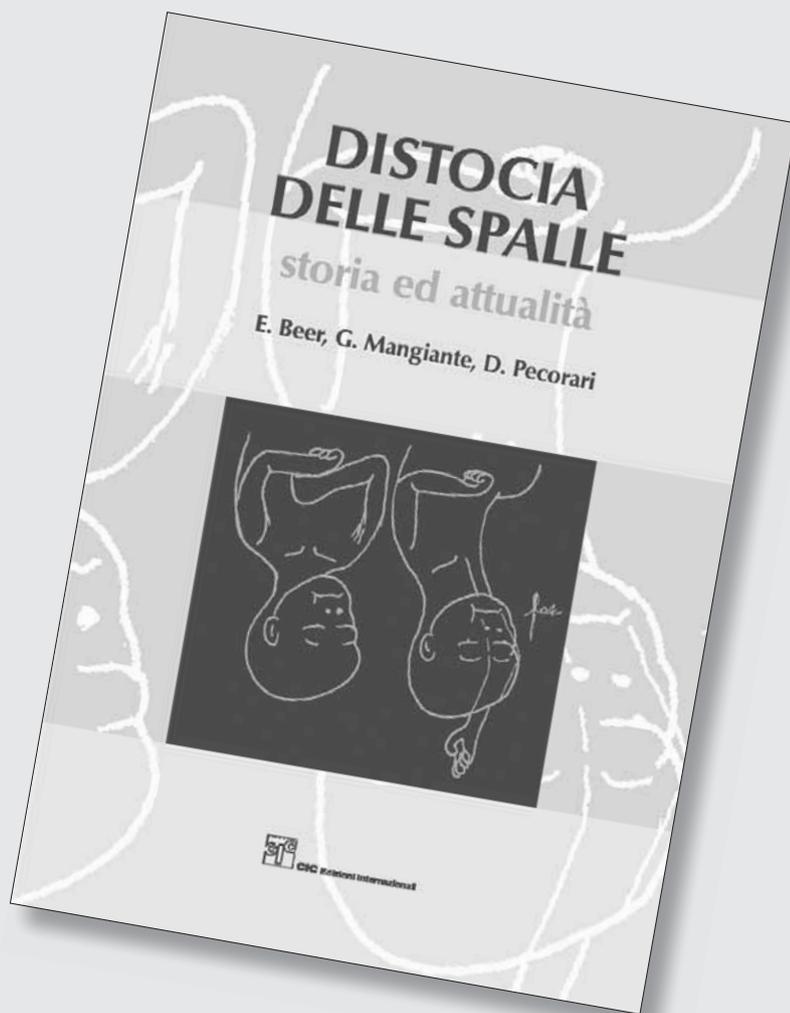
1. HOPKINS L, et al. *Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section (Cochrane Review)*, In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software. (Level 1).
2. ACOG PRACTICE BULLETIN. *Clinical Management guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Prophylactic antibiotics in labor and delivery*. Vol. 102, No.4, October 2003.
3. BONNAR J. *Can more be done in obstetric and gynecologic practice to reduce morbidity and mortality associated with venous thromboembolism?* Am J Obstet Gynecol 1999; 180:184-91.
4. GREER IA. *Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues*. Lancet 1999; 353: 1258-65.
5. ANDERSEN BS, et al. *The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium. An 11 year danish population-based study of 63,300 pregnancies*. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 170-3.
6. MAKLON NS, et al. *Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience*. Scot Med J 1996; 41: 83-6.
7. TOGLIA MR, et al. *Venous thromboembolism during pregnancy: a current review of diagnosis and management*. Obstet Gynecol Surv 1996; 52: 60-72.
8. TÜTSCHKE B, et al. *Clinical risk factors for deep venous thrombosis in pregnancy and the puerperium*. J Perinat Med 2002; 30: 367-370.
9. Report of the RCOG Working Party on prophylaxis against thromboembolism in gynaecology and obstetrics. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London: The College; 1995.
10. GRANDONE E, et al. *Linee guida sull'uso dei farmaci anticoagulanti ed antiaggreganti in ostetricia e ginecologia*. Haematologica 2002; 87 (suppl to n.12): 1-20.
11. RODIE VA, et al. *Low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a case series*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2002; 109: 1020-1024.
12. BUSCAGLIA, et al. *Problematiche dell'immigrazione*. In: Ginecologia ed Ostetricia, Di Renzo GC, Verduci editore 2005; 566-76.
13. BURROWS LJ, et al. *Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery*. Obstet Gynecol 2004; 103: 907-12.
14. RIZZO N, et al. *Delivery and immigration: the experience of an Italian hospital*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 116:170-172.
15. DIANI F, et al. *L'assistenza al parto per le gestanti extracomunitarie presso la Clinica Ginecologica ed Ostetrica dell'Università di Verona (1992-1998)*. Minerva Ginecol 2000; 52: 447-57.
16. LYDON-ROCHELLE M, et al. *Association between method of delivery and maternal rehospitalization*. JAMA 2000; 283: 2411-16.
17. LIU S, et al. *Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study*. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 681-7.
18. SIMOES E, et al. *Association between method of delivery, puerperal complication rate and postpartum hysterectomy*. Arch Gynecol Obstet 2005; 272: 43-7.
19. ALLEN VM, et al. *Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term*. Obstet Gynecol 2003; 102: 477-82.
20. BERGSTRÖM S. *Infection-related morbidities in the mother, fetus and neonate*. J Nutr 2003; 133: 1656S-1660S.

E. Beer, G. Mangiante, D. Pecorari

# DISTOCIA DELLE SPALLE

## Storia ed attualità

II Edizione



Volume cartonato  
di 216 pagine  
f.to cm 21x29  
€ 45,00

per acquisti on line [www.gruppocic.com](http://www.gruppocic.com)



**CIC** Edizioni Internazionali