

CORSO PREPARATO

APPUNTI

www.mammanonmamma.it

Appunti scritti durante la frequentazione di un corso di preparazione al parto, che non vogliono essere sostitutivi di tale corso (che rimane caldamente consigliato) e non pretende di essere un trattato medico (non sono dottore e non ho assolutamente competenze in tale senso) bensì vuole essere una mini guida per capire di cosa si tratta e quali sono gli argomenti trattati.

E' possibile leggere questi appunti anche online al seguente link:

<http://www.mammanonmamma.it/corso-preparto-appunti-pdf.php>

Sommarario

La Valigia per l'ospedale	3
Il Travaglio	6
Il Parto	9
Post parto	12
L'Allattamento	13
Il Pediatra.....	14
L'Epidurale	17
Il Ginecologo	19
Puericultura.....	21
L'Ematologo	23
Visita ai Reparti	25

La Valigia per l'ospedale

Nella prima lezione di corso, due ostetrici (una ragazza ed un ragazzo) ci danno le informazioni circa la **famigerata valigia** da tener pronta per eventuali fughe dell'ultimo momento. In realtà l'idea di dover scappare in piena notte per un imminente parto è più frutto di cultura popolare che di fatti reali, quindi anche se normalmente si ha tutto il tempo di raggiungere l'ospedale è meglio tener pronta la valigia con tutto l'occorrente.

La preparazione della valigia dovrebbe avvenire circa alla 30° settimana, cioè circa due mesi prima della data presunta del parto. Generalmente ogni ospedale fornisce una lista del necessario quindi quella qui di seguito è solo un'indicazione.

- **Il corredo per il bimbo** (4 o 5 paia per pezzo). Da mettere in altrettante buste trasparenti con un'etichetta riportante il cognome del papà e della mamma. Lavate con sapone neutro e stirate.
 - Camicino in telo di batista o lino incolore (la classica maglietta della buona fortuna). Spesso vengono regalate magliette della buona fortuna rosse, in realtà questo colore è sconsigliato dalle ostetriche in quanto a contatto con i medicinali dell'ombelico tenderebbe a stingere ed a colorare di rosso tutto il pancino.
 - Magliettina interna, si consiglia a manica corta in quanto i reparti degli ospedali sono sempre super riscaldati.
 - Coprifasce, evitare quelli con i bottoni che potrebbero essere messi in bocca dal bambino, preferire quelli con gli automatici. Si può scegliere in lana o cotone a secondo della stagione ma personalmente preferisco quelli di cotone. Generalmente gli ospedali non vogliono ne body ne ghettoni ne tute intere che ostacolerebbero le visite dei pediatri, molto meglio vestire il bambino con due pezzi.
 - Mutandina sgambata, la classica mutandina giro cosce che lascia completamente scoperte le gambe.

- Calzini, di lana o cotone. Calcolarne un paio in più in quanto i bambini appena nati tendono a graffiarsi il viso con le unghie delle mani, per evitarlo si può usare a mo di guanti questo paio in più.
- Coperta di lana o cotone, sarà la coperta che andrà ad avvolgere il piccolo durante l'allattamento. E' sufficiente una sola coperta.

○ **Il corredo per la mamma**

- Cura del seno: 2 reggiseno di cui 1 fenestrato (coppe apribili) per allattamento (bisogna considerare una taglia in più rispetto a quella portata durante l'ultimo mese di gravidanza) ed uno normale, una confezione di coppette assorbi latte, 1 crema grassa emolliente, 1 topico.
- Vestiario intimo: 4 o 5 slip usa e getta, fare attenzione che siano quelle completamente di rete che danno meno fastidio di quelle metà rete e metà cotone, 1 confezione di assorbenti per il post-partum, quando si comprano fare attenzione che siano quelli di dimensioni grandi, spesso indicati come assorbenti svedesi.
- Vestiario: 2 o 3 camicie da notte, conviene scegliere camicie da notte di cotone anche per la stagione invernale, durante l'allattamento, infatti si tende a sudare molto. Preferire camicie a maniche corte per favorire eventuali flebo. La camicia da notte da indossare durante il parto, al termine dell'operazione, sarà molto sporca di conseguenza utilizzarne una da 'combattimento'. 1 Vestaglia, 1 paio di pantofole.
- Tutto il necessario per la normale igiene personale ed intima: pulizia dei denti, salviettine e sapone per igiene generale ed intima, pulizia ed igiene dei capelli, copriwater igienici e asciugamani o panno carta.
- Analisi e documenti vari: analisi e accertamenti diagnostici eseguiti durante la gravidanza, consenso per epidurale, copro cultura per

salmonella per la persona che assisterà al travaglio e/o al parto, consenso per il prelievo del sangue funicolare per le cellule staminali.

Il Travaglio

Nella seconda lezione del corso preparto abbiamo affrontato tutte le problematiche relative al travaglio e all'eterno dilemma di quando presentarsi all'ospedale

Per prima cosa definiamo travaglio: per travaglio si intende quella fase in cui il corpo mette in atto tutta una serie di soluzioni meccaniche e fisiologiche per prepararsi all'espulsione del feto. Questa fase è accompagnata da una serie di contrazioni uterine. E' possibile **riconoscere e distinguere una contrazione uterina** da altri tipi di dolori osservando l'origine del dolore: una contrazione uterina avrà origine nella zona lombare (parte bassa della schiena) ed avrà ripercussioni sulla pancia che si contrarrà e si indurrà. Le contrazioni legate al travaglio hanno la caratteristica di essere cadenzate nel tempo a differenza di altri tipi di contrazioni uterine che possono verificarsi durante la gravidanza e che invece sono sporadiche (**Contrazioni di Braxton Hicks**).

Generalmente il travaglio può avvenire a partire dalla 38° settimana fino alla 41° settimana, travagli al di fuori di tale periodo vengono indicati rispettivamente con i termini: *travaglio prematuro* e *travaglio protratto*, dopo la 41 settimana è necessario recarsi all'ospedale anche in assenza di contrazioni.

Il travaglio è composto da 3 fasi distinte:

- **Fase Protonica:** E' la fase iniziale del travaglio, è in questa fase che si incominciano ad avvertire le contrazioni uterine. Non bisogna però allarmarsi e farsi prendere dal panico, non è necessario correre in ospedale bensì conviene rilassarsi e fermarsi per capire i segnali che il corpo sta inviando, anche perché tale contrazioni potrebbero anche non evolvere nelle successive fasi travagliali ma regredire, in tal caso parliamo di *falso travaglio*. In questa fase è utile fare una doccia calda, bere una camomilla e rimanere in ascolto. Spesso in questa fase i ginecologi prescrivono un antispasmodico, infatti se tale farmaco farà cessare le contrazioni probabilmente si è trattato di un falso travaglio.
- **Fase Dilatante:** E' la fase necessaria a dilatare il collo dell'utero, le contrazioni diventano più frequenti e più intense e regolari, generalmente si ascoltano 4 o 5 contrazioni intervallate da 20-25 minuti. Tale intervallo diventerà sempre minore fino a raggiungere i 10 minuti, è questo il momento di andare all'ospedale, dove verrà eseguito il monitoraggio per controllare la situazione.

E' utile, in previsione di tale fase, effettuare un clisterino di pulizia in quanto è possibile che durante il parto ci siano fenomeni di espulsione fecale. E' anche utile effettuare una depilazione dei peli pubici (**Tricotomia**) in quanto, durante il parto, i peli possono facilmente trasformarsi in ricettacolo di germi.

- **Fase Espulsiva:** Superata la fase dilatante, si entra nell'ultima fase del travaglio che è quella culminante con l'espulsione del feto. Questa fase ha una durata variabile e dipende da molti fattori: dimensioni del bacino, dimensioni del feto ecc. Generalmente con 4 o 5 spinte si riesce a portare a termine questa ultima fase.

Quindi, **il momento di prendere la valigia e andare all'ospedale** è quando le contrazioni uterine hanno una frequenza di 10 minuti una dall'altra. Questo però, nel caso che non si abbia rottura del sacco amniotico (la famosa **rottura delle acque**).

Vediamo quindi come comportarsi quando la rottura delle acque avvenga al di fuori delle fasi del travaglio e quindi in assenza di contrazioni.

La rottura del sacco amniotico può evidenziarsi in diversi modi, può infatti presentarsi con uno 'scroscio' d'acqua oppure presentarsi con piccole perdite, il tutto dipende da dove è avvenuta la rottura del sacco: una rottura nella parte bassa avrà un flusso di liquido maggiore di quella che si avrà a seguito della rottura nella parte alta. Nel secondo caso non è semplicissimo rendersi conto della natura della perdita, a volte infatti ci si può confondere con perdita di urina o secrezioni vaginali.

E' anche possibile scambiare per liquido amniotico quello che invece è il cosiddetto **tappo mucoso**, una perdita vaginale biancastra che però può assumere anche colorazioni rossastre a causa della presenza di sangue. Il liquido amniotico è un liquido caldo e leggermente gelatinoso, può essere incolore oppure assumere un colore verdastro nel caso ci siano insofferenze del feto. Ad ogni modo la rottura delle acque non indica necessariamente l'inizio del travaglio, possono infatti intercorrere anche 72 ore prima dell'inizio vero e proprio del travaglio stesso. Se dopo tale periodo ancora 'nulla si muove' sarà cura dell'ospedale stimolarlo artificialmente.

E bene, una volta accertato che si tratta di perdite di liquido uterino, recarsi in

ospedale per monitorare la situazione. Un altro mito da sfatare è che non esistono i cosiddetti *parti asciutti* in quanto il liquido amniotico è presente in due sacche distinte ed inoltre è prodotto continuamente dall'organismo.

Un'altra eventualità, fortunatamente rara, che necessita di un ricovero tempestivo è quella a seguito del **distacco intempestivo di placenta**, ossia un distacco prematuro della placenta che si evidenzia con un sanguinamento copioso ed importante. Tale situazione è da monitorare molto velocemente in quanto il bambino prende tutti i nutrienti attraverso la placenta ed inoltre la madre rischia complicazioni a seguito dell'emorragia.

La seconda lezione del corso preparto finisce con altre due 'pillole utili':

- i giri del cordone ombelicale non rischiano di strozzare il feto per un motivo molto semplice, i bambini nella pancia non respirano attraverso i polmoni.

il momento del parto è un momento intenso sia per la mamma che per il bambino, quindi dopo il parto, un neonato che presenterà occhiaie, affaticamento ed anche testa ad uovo non è un sintomo allarmante! Vedrete che dopo poco tempo si trasformerà in un bellissimo cigno.

Il Parto

La lezione del corso pre-parto dedicata al parto inizia con una mezz'ora di stretching e di esercizi per tonificare, elasticizzare e allenare un muscolo fondamentale per il parto, il **Perineo**.

Il perineo e il muscolo più basso del busto ed è posto tra ano e vagina, praticamente il muscolo perineale è quello che appoggia sul sellino quando si va in bicicletta, è un muscolo importantissimo per tutta la fase del parto e del post parto e per questo motivo bisognerebbe dedicare i mesi che precedono questo avvenimento anche al suo allenamento. Il mio consiglio è sempre quello di seguire un corso preparto dal vivo ma per chi fosse impossibilitata ci sono su internet molti filmati che mostrano gli esercizi da fare per allenarlo.

Terminata la lezione 'pratica' i due ostetrici che tengono il corso iniziano a parlarci del parto.

Il parto è la fase finale del processo di gestazione, è un momento bellissimo che da solo compensa tutti i piccoli grandi problemi affrontati durante la gravidanza e non solo, è un momento che rimarrà impresso per tutta la vita quindi il primo consiglio da dare ad una mamma che va in ospedale è quello di entrare in uno stato mentale aperto e felice, si va in ospedale non per curarsi ma per far nascere il proprio figlio!

Conviene assaporare e vivere momento per momento questo importantissimo e bellissimo evento!.

Più si riuscirà a rilassarsi e più verrà vissuta naturalmente questa esperienza. A tale scopo è anche utile ascoltare musica rilassante, questo è un ottimo esempio di musica adatta a tale scopo: [Musica per sognare - Annita Frisina](#))

La prima cosa utile che ci permette di vivere in maniera migliore questa fase è il respiro, controllare il respiro già durante il travaglio permetterà di limitare i disagi dovuti alle contrazioni.

Vediamo quindi come effettuare il respiro durante le contrazioni del travaglio.

Innanzitutto se si sta camminando, al sopraggiungere della contrazione, fermarsi ed appoggiarsi ad un muro, una porta o qualsiasi altro appoggio, a questo punto è possibile inspirare profondamente con il naso e espirare con la bocca, oppure si può effettuare la cosiddetta respirazione '**a cagnolino**' ossia respiri brevi e ripetuti velocemente. Controllando il respiro in questo modo sarà più semplice sopportare il disagio della contrazione, tale disagio potrà

anche essere alleviato dal proprio compagno attraverso un massaggio nella zona lombare esterna.

Una volta che il parto arriverà ad un'apertura di circa **3 cm** sarà possibile effettuare **l'analgesia epidurale** che in quanto *analgesia* e non *anestesia* permetterà di risparmiarsi i dolori e allo stesso tempo permetterà una vigile attenzione per vivere appieno tutti i momenti successivi.

Quando il parto arriverà a **9 cm**, la mamma verrà fatta accomodare nella sala travaglio e questo sarà il **momento di iniziare a spingere seriamente**, più si riuscirà a spingere in questa fase, più velocemente si concluderà il successivo parto.

Per effettuare efficacemente le spinte si deve inspirare profondamente con la bocca (non con il naso) per prendere la massima quantità di aria possibile, a quel punto si rimane in apnea e si deve spingere sul basso ventre come quando si va in bagno; durante la spinta l'aria non dovrà fuoriuscire né dalla bocca né dal naso, per aiutarsi il collo sarà sollevato (il marito potrà tenere sollevata la testa della moglie), le gambe saranno portate al petto e le mani le tratterranno dalle ginocchia (in sala parto ci saranno apposite maniglie per le mani).

Qualora si trovasse difficoltà a spingere in posizione sdraiata sarà anche possibile accovacciarsi a terra piegandosi con le ginocchia. Effettuando efficacemente le spinte, una volta introdotti in sala parto, l'espulsione del feto avverrà in 5,6,7 ulteriori spinte. Durante le spinte e più in generale durante il parto sarà possibile avere perdite di aria, urina o anche di feci, non vergognatevi e del tutto naturale!

Siamo quindi arrivati alla fase finale del parto, i medici valuteranno la possibilità di effettuare un taglio del perineo, un **Episiotomia** ossia un piccolo taglietto ad ore 7 che permetterà di allargare in maniera controllata l'apertura della vagina. Tale taglio sarà indolore in quanto l'epidurale lo coprirà ed in alternativa od in aggiunta sarà sempre possibile effettuare una piccola anestesia locale.

Generalmente questo taglietto viene effettuato durante la nascita del primo figlio, ma molto dipende dall'elasticità dei tessuti, dal peso del bambino, e da tanti fattori che saranno analizzati nella fase del parto, in ogni caso è un taglio che andrà ad intaccare tre strati: la cute, il muscolo e la vagina per questo motivo nella fase di **Episiorrafia** cioè la fase di ricucitura verranno messi un paio di punti per ogni strato, quelli interni verranno successivamente assorbiti dall'organismo mentre quelli esterni cadranno da soli.

Finalmente ci siamo, il bambino è nato! A questo punto il personale medico

compilerà la prima *pagellina* sul piccolo, la cosiddetta valutazione di **Apgar**, praticamente ad 1, 5, 10 minuti ed eventualmente anche oltre vengono assegnati dei punteggi a 5 parametri: (**Respirazione, Battito cardiaco, Tono muscolare, Riflessi e Colore della pelle**), attraverso il punteggio complessivo sarà possibile valutare sinteticamente e numericamente la salute del bambino.

Appena venuto al mondo il bambino verrà appoggiato per pochi secondi sul petto della mamma (questa procedura però potrà variare da ospedale a ospedale) anche per il primo imprinting olfattivo, verrà tagliato il cordone ombelicale (qualora si decida di donare le cellule staminali sarà questo il momento in cui verrà prelevato il sangue del cordone) e successivamente verrà messo in una culla riscaldata, l'**isola neonatale** (un bambino infatti passa da un ambiente caldo, il ventre materno a circa 36° all'ambiente esterno più freddo) dove rimarrà per circa 2 ore.

A questo punto alla neo mamma spetterà l'ulteriore compito di **espellere la placenta** (generalmente tale operazione dura 5, 10 minuti e raramente supera 1 ora) dopodiché verrà riaccompagnata nella sala travaglio per monitorare nelle due ore successive al parto la contrazione dell'utero che qualora mancasse potrebbe portare ad emorragie.

Post parto

Superato il parto la donna entra in quel periodo definito **puerperio** e cioè quel periodo in cui il corpo della donna, non avendo più l'esigenza di crescere un altro essere umano, torna alla condizione 'normale' preparto.

Gli organi interni tenderanno a ridisporsi, l'utero involverà (al momento del parto pesa quasi 1 Kg!) e saranno possibili perdite vaginali abbondanti di colore prima rossastre e poi tendenti al giallo, per questo motivo nelle giornate successive al parto è necessario adottare *sexy* pannoloni ed effettuare scrupolose pulizie intime.

Subito dopo il parto sarà necessario mangiare, bere e sforzarsi di fare la pipì in quanto il parto stesso ed a maggior ragione se si è ricorsi all'anestesia epidurale tendono a portare **peristalsi** qualora non ci si riuscisse sarà necessario avvisare il personale medico.

Generalmente si tende a far concludere il puerperio con la ricomparsa delle mestruazioni, c'è però da dire che anche in assenza di mestruazioni sono possibili ovulazioni quindi è necessario fare attenzione ai rapporti sessuali non protetti. Dopo il parto i rapporti tra i due partner potranno riprendere tranquillamente dopo una ventina di giorni nel caso di parto naturale e dopo 30 giorni nel caso di parto cesareo.

Il periodo *post partum* è un periodo molto difficile per una donna, sia per motivi fisiologici (in questo periodo ci sono notevoli cali di livelli ormonali) sia per motivi psicologici (è avvenuto un distacco fisico madre-figlio) è necessaria quindi una maggiore attenzione e cura da parte del partner.

In questo periodo la donna tenderà ad essere molto più sensibile ed ad emozionarsi facilmente oltre che a sentirsi stanca e malinconica. Gli americani tendono ad etichettare questa fase con il termine **Baby Blues** (letteralmente *tristezza da bambino*) è assolutamente normale ma bisogna essere vigili per evitare che questa tristezza si trasformi nella più seria e temuta **depressione post-partum**.

L'Allattamento

Nelle 24 ore successive al parto, sia la mamma che il bambino, saranno molto stanchi e quindi non bisogna stupirsi o allarmarsi se non ci saranno poppate, inoltre il bambino avrà una scorta energetica che gli permetterà di riposare tranquillamente senza avere il bisogno impellente di mangiare.

Generalmente quindi l'allattamento comincerà il giorno successivo ma quello che uscirà dal seno della donna non sarà latte vero e proprio ma **il colostro**, un liquido giallastro carico di grasso, zucchero e anticorpi che permetterà al bimbo di compensare il calo fisiologico.

A partire dal 3° giorno (o dal 4°-5° in caso di parto cesareo) il seno tenderà ad ingrossarsi ed ad indurirsi per la cosiddetta **calata lattea** dove appunto il latte prenderà il posto del colostro. Dopo la poppata (che sarà passata da 5 minuti a seno dei primi giorni a 10 minuti) dovrà tornare morbido, segno che il latte è uscito a sufficienza, altrimenti rischia di crearsi un doloroso ingorgo in cui il latte non riesce ad uscire ed il bambino non riesce a mangiare, in tal caso è necessario ricorrere al **tira-latte** dopo aver poggiato un asciugamano caldo sul seno per qualche minuto.

Il latte estratto con il tira latte può essere mantenuto in frigorifero, 6 mesi nel congelatore (da scongelare poi a bagnomaria) e 24 ore nel frigo normale.

L'allattamento non deve essere effettuato ad ogni richiesta del bimbo ma bisogna cercare di intervallare le poppate con intervalli di 2-4 ore cercando di effettuare l'ultima poppata verso le 23.30-24.00.

Dopo l'allattamento si potrà dare sollievo al seno passandogli una crema emolliente, ed anche olio di oliva o di mandorle. Molto importante è l'igiene del capezzolo evitare quindi di stare a seno nudo inutilmente per far sì che agenti patogeni possano annidarsi nel seno portando ad infezioni e **mastiti**.

Dopo la prima settimana di vita il pediatra controllerà la crescita del bambino e nel caso questa non sia avvenuta adeguatamente si potrà affittare la bilancia per effettuare la doppia pesata, prima e dopo la poppata.

Il Pediatra

In questa lezione i due ostetrici sono stati affiancati dal pediatra dell'ospedale che ha subito preso la parola per darci tutte le nozioni utili ed i suggerimenti messi a frutto dopo tanti anni di esperienza in reparto.

I primi suggerimenti riguardano il latte e le poppate in generale.

Subito dopo la nascita del bambino, viene effettuata la prima visita pediatrica in cui viene rilevato il peso del neonato, peso che a causa di un naturale **calo fisiologico** tende a decrescere durante i primi 2-3 giorni di vita ma che comunque riacquisterà molto velocemente dopo tale periodo grazie al latte sia esso materno sia esso artificiale, nel caso di latte materno il termine esatto per i primi giorni di gravidanza è **colostro** una sorta di superlatte dal colore giallo/arancio.

La prima poppata mattutina in ospedale avviene alle 5.00am che è l'orario di massima efficacia sia da un punto di vista di produzione del latte sia dal punto di vista di efficienza della poppata, la capacità di poppare di un bambino appena nato, infatti è limitata nel tempo così come la capacità del seno di fornire il latte necessario in maniera continuativa, tendenzialmente la **poppata dovrebbe durare complessivamente non più di 30 minuti (15 minuti a seno intervallati da brevi soste in cui il bambino riprende le forze)** passato tale intervallo di tempo il bambino perde la capacità e la forza per continuare a succhiare e di conseguenza si ferma anche la produzione del latte, infatti è proprio la suzione della ghiandola mammaria a stimolare la produzione del latte che tendenzialmente avviene in quantità sufficiente in tutte le mamme a condizione di essere opportunamente stimolate dal bambino (avere un seno più o meno grosso non è indice di avere più o meno latte, anzi un seno grosso può essere più faticoso da succhiare da parte del bambino per la presenza di maggiore quantità di grasso e conseguentemente ciò potrebbe portare alla produzione di una quantità minore di latte).

Le altre poppate avvengono all'incirca ad intervalli di 3/4 ore durante tutto l'arco della giornata. Un primo mito da sfatare che ci confida il pediatra è che essenzialmente un bambino mangia quando ha fame e dorme quando ha sonno, decidere di svegliarlo perché sono passate 3 o 4 ore dall'ultima poppata non ha senso in quanto la natura ha dotato il bambino di un controllo glicemico 'automatico' e qualora dovesse risultare troppo basso può attivare i suoi piccoli

polmoni per richiamare la nostra attenzione! Può anche capitare che il bimbo non mangi nelle prime 24/48 ore dalla nascita ma ciò non deve spaventare in quanto ha nello stomaco un residuo di quello che gli ha passato la mamma prima del parto.

L'utilizzo della bilancia prima e dopo la poppata è utile ma non è strettamente necessaria, qualora si decidesse di utilizzarla è necessario pesare il bambino nelle stesse condizioni prima e dopo e cioè senza cambiargli il pannolino o vestiti ed è anche utile verificare la crescita di peso settimanalmente e non giornalmente per avere un valore più affidabile e meno influenzati da singoli eventi giornalieri, **una buona crescita è stimata in circa 150gr settimanali**. Il seno andrebbe pulito dopo la poppata e non prima. I possibili mal di pancia e coliche che può avere il bambino sono del tutto naturali e non dipendono da quello che mangia la mamma (e qui il pediatra ci smonta un'altra leggenda metropolitana), inoltre la mamma durante l'allattamento può mangiare di tutto, non esistono alimenti miracolosi o vietati che possano trasmettersi al latte e quindi al bambino, l'unica cosa che ci fa notare è di evitare quegli alimenti in grado di alterare il sapore e odore dei liquidi corporei (latte compreso) quali ad esempio: *asparagi, tartufo, aglio e cipolla crudi, spezie in generale*.

Qualora la mamma non riuscisse ad allattare oppure il latte non risulti sufficiente a calmare la fame del piccolo vorace è possibile integrarlo o compensarlo con il latte artificiale, il pediatra ci consiglia di utilizzare quello in polvere più facilmente preparabile e conservabile. La preparazione del latte in polvere dovrebbe avvenire con acque oligominerali aventi **Residuo fisso minore di 300 g/l** e **Nitrati minori di 4 mg/l**. Utile per scaldare il latte sono i calda biberon, sconsigliato invece è l'utilizzo del microonde in quanto il microonde tende a eccitare le molecole dell'acqua e quindi ad innalzare la temperatura dell'alimento anche a riscaldamento ultimato e quindi il latte potrebbe salire di temperatura anche se tolto dal forno. **Un buon test di temperatura per il latte è quello di versarne qualche goccia sul dorso della mano, dovrà infatti risultare tiepido/caldo ma non bollente.**

Qualora disponibile, il latte materno è migliore rispetto a quello artificiale ma in casi di allattamenti al seno si ricorre comunque ad integratori di **vitamina K** in quanto non presente nel latte materno (è presente invece in quello artificiale), di contro *il latte artificiale può rendere il bambino più stitico*. Dopo la poppata c'è il **famoso rottino** ed anche qui il pediatra ci sottolinea come si tenda ad attribuire a questi rottini proprietà e virtù inesistenti; il rottino è infatti provocato dall'aria presente nello stomaco che attraverso l'introduzione di cibo risale le vie aeree, è anche possibile che quest'aria non sia stata ingerita attraverso il pasto e di conseguenza anche il rottino verrebbe a mancare, non fatene un dramma, è normale!

Terminato il discorso del latte il pediatra ci da ulteriori informazioni generiche che riporto qui di seguito:

La **pulizia del moncone** del cordone ombelicale può essere fatto con soluzione fisiologica e solo nella parte di contatto con la pelle, effettuata la pulizia si mette una garzetta e si lega. Fino alla caduta spontanea del cordone non bisognerà fare il bagnetto al bimbo ma ci si dovrà limitare alla pulizia della parti intime, una volta caduto le crosticine si potranno medicare con acqua ossigenata.

Per quanto riguarda il bagnetto ci viene consigliato di utilizzare *saponi a base di avena o marsiglia* mentre per lenire il sederino ci viene suggerito di utilizzare prodotti in crema piuttosto che in pasta. Un appunto riguarda proprio il bagnetto: non deve essere un appuntamento obbligatorio, ogni bambino avrà il proprio rapporto con l'acqua, ci sarà chi la amerà di più chi di meno, non è detto che debba essere fatto tutti i giorni, potrebbe anche essere fatto una volta a settimana o addirittura una volta al mese, l'importante è assicurare l'igiene delle parti intime.

Per quanto riguarda **il sonno**, il pediatra ci consiglia un cuscino non troppo alto, va bene anche un lenzuolo ripiegato mentre per quanto riguarda la posizione ci intima di fargli assumere la posizione supina mentre ci sconsiglia di farlo dormire tra i genitori, questi due consigli nascono dalla letteratura medica che evidenzia come gli incidenti aumentino qualora il bimbo dormi a pancia in giù e tra mamma e papà.

Altri consigli riguardano anche il **buon senso**, ci viene sconsigliato di baciare i bimbi sulle labbra così come sulle mani che verranno poi portare alla bocca, nella nostra bocca infatti ci sono moltissimi batteri che a noi non fanno nulla perché abbiamo gli strumenti per combatterli mentre loro non ne sono ancora muniti. Per lo stesso motivo sconsiglia vivamente di dare al bambino il ciuccio caduto a terra e lavato nella bocca materna, scena alla quale frequentemente gli capita di assistere.

L'Epidurale

Tu Donna, partorirai con dolore. Fino a non molti anni fa questo ammonimento era più che mai vero fortunatamente oggi le cose sono un po' diverse.

Il parto è uno dei momenti più belli nella vita di una donna e sarebbe veramente un peccato spendere quei momenti a soffrire a causa dei dolori piuttosto che spenderli a partecipare attivamente e ad assaporare ogni singolo secondo.

L'incontro con l'anestesista comincia praticamente con questo *incipit* e prosegue spiegandoci che quello che la scienza e la medicina moderna vogliono regalare alla donna è un parto senza dolore per permettere alla donna di concentrarsi esclusivamente su quello che sta succedendo.

Il viaggio verso l'epidurale deve iniziare con un **incontro con l'anestesista** che provvederà ad effettuare un colloquio con la futura mamma per evidenziare eventuali controindicazioni familiari e per informarla adeguatamente su cosa significhi in realtà effettuare un'analgia epidurale (a differenza dell'anestesia viene eliminato solamente il dolore ma non le sensazioni), effettuato tale incontro e firmato il consenso informato si è pronti per usufruire di questa tecnica al momento del parto.

Una volta iniziato il travaglio il personale medico, monitorando continuamente la situazione, **valuterà il momento opportuno** per eseguire l'analgia epidurale, occorreranno poi una ventina di minuti affinché i farmaci facciano effetto. Verrà quindi scoperta la schiena che la mamma dovrà arcuare verso l'esterno piegando anche la testa verso il petto, in questo modo le vertebre offriranno il massimo spazio possibile facilitando l'inserimento dell'ago e dovrà rimanere immobile (si aspetterà la fine di eventuali contrazioni in atto), sarà compito dell'anestesista scegliere quale spazio tra due vertebre utilizzare anche in base alla situazione della donna, ad esempio la presenza di tatuaggi, eritemi, funghi o foruncoli potrebbe far ricadere la scelta per uno spazio vertebrale piuttosto che un altro. Una volta inserito l'ago (la puntura non deve far paura in quanto viene preventivamente eseguita una piccola anestesia locale) verrà fatto scorrere al suo interno un piccolo catetere e quindi verrà estratto l'ago, il catetere così inserito verrà assicurato saldamente al corpo della mamma attraverso l'utilizzo di cerotti.

Una volta inserito il catetere l'anestesista potrà facilmente inserire il farmaco (**un oppiaceo**) ed anche effettuare eventuale rimbocchi qualora l'effetto vada sparendo nel corso del parto.

Qualora per i più svariati motivi si dovesse passare **da un parto naturale ad un parto cesareo** lo stesso catetere verrà utilizzato per aumentare la concentrazione del farmaco, si passerà allora da una semplice **analgesia** ad una vera e propria **anestesia**, quindi oltre a non sentire i dolori non si avrà più neanche la sensibilità in tutta la zona dalla vita in giù. Se invece il parto è preventivamente programmato come **cesareo** verrà effettuata direttamente l'anestesia senza dover inserire il catetere spinale.

Naturalmente, in entrambi i casi il monitoraggio sarà continuo e l'anestesista sarà sempre pronto ad intervenire per qualsiasi necessità.

L'anestesista ci spiega poi quali potrebbero essere le controindicazioni e gli eventuali effetti collaterali. Lo spazio tra le vertebre è uno spazio ridotto ed è inoltre ricco di vasi sanguigni, quindi un eventuale fuoriuscita di sangue non avrebbe lo spazio necessario per spandersi adeguatamente e quindi potrebbe provocare problemi è necessario allora interrompere terapie anti-coagulanti (sotto controllo medico) in previsione dell'analgesia, l'epidurale e la spinale sarà quindi anche sconsigliata qualora le piastrine siano inferiori a **100.000 mmc (per l'epidurale)** e **70.000 mmc (per la spinale)**.

Altre problematiche che potrebbero far decidere ai medici di non effettuare l'epidurale potrebbero essere: **tatuaggi e foruncoli** che potrebbero portare infezioni all'interno della colonna e conseguenti meningiti e **ernie ed altre problematiche della schiena** che potrebbero non fornire lo spazio sufficiente per introdurre il catetere.

I rischi di un'anestesia epidurale sono praticamente nulli e qualora siano presenti si preferisce non effettuarla affatto.

Ci salutiamo quindi con l'anestesista non con *Donna, partorirai con dolore* bensì con un sicuramente più bello: *Donna partorirai con gioia!*

Il Ginecologo

Durante l'incontro con il ginecologo ci vengono spiegate tutte le piccole e grandi complicanze che possono accadere nella fase finale della gravidanza e che comportano la scelta di effettuare un **parto cesareo** piuttosto che un **parto naturale** o che possono far decidere allo staff medico di utilizzare alcuni strumenti (come la **ventosa**) per facilitare la nascita del bambino.

Il **parto cesareo** è un'operazione chirurgica a tutti gli effetti ed in quanto tale può avere le stesse complicanze che possono avvenire in qualsiasi altra operazione chirurgica ma a differenza del passato le tecniche moderne si sono molto raffinate permettendo un recupero molto veloce ed un'operazione molto meno invasiva.

Vediamo allora quali sono le principali cause che spingono il medico ad optare per un parto cesareo, scelta che comunque può avvenire anche all'ultimo momento ed anche alla fine di un travaglio regolare:

- **Cordone ombelicale corto o strozzato:** nella dinamica fisica del parto, il cordone ombelicale, può costituire una resistenza alla fuoriuscita del bambino se presenta una lunghezza troppo corta (generalmente un cordone ombelicale normale è di circa 50cm può succedere che cordoni corti siano lunghi non più di 25cm), in tal caso infatti, il medico tende a tirare fuori il bimbo mentre il cordone oppone resistenza facendo una sorta di *elastico* e richiamando a se il bimbo. Può anche succedere che il cordone opponga resistenza a causa di giri strani intorno al corpo del piccolo, ma non c'è da preoccuparsi se durante l'ecografia emergano uno, due o anche tre giri intorno al corpo non è infatti assolutamente detto che ciò costituisca un impedimento al parto naturale.
- **Patologie:** qualora siano presenti particolari patologie della mamma o del bimbo la scelta del parto cesareo può essere una scelta obbligata.
- **Posizione Podalica:** si ha quando il bimbo invece di trovarsi in posizione con la testa verso il basso si trovi con la testa verso l'alto. Generalmente durante la gestazione il piccolo si muove in continuazione facendo anche le capriole, questi movimenti diventano sempre più limitati man mano che le sue dimensioni aumentano e che lo spazio a sua disposizione diminuisce, quindi qualora il piccolo non si metta in posizione entro un determinato periodo

gestazionale è difficile che riuscirà a farlo durante la fase finale della gravidanza.

- **Sofferenza Fetale:** durante il travaglio il bambino è continuamente monitorato, ascoltando il suo cuore, infatti, è possibile accorgersi di qualsiasi sofferenza possa intercorrere ed in tal caso si può optare per il cesareo.

Può anche succedere che durante un parto naturale il bambino non riesca ad uscire per un posizionamento non corretto della testa, in tal caso il medico può ricorrere all'utilizzo di un particolare strumento: **la ventosa** si tratta di una ventosa nel vero senso della parola che facendo presa sulla testa del bimbo permette di estrarlo più facilmente. La ventosa fa presa al livello del cuoio capelluto e creando una depressione formerà sulla testa del bimbo *un piccolo bernoccolo*, una *soffusione* che scomparirà completamente nell'arco di 24-36 ore.

Puericoltura

L'incontro dedicato alla cura del bambino, alla puericoltura, ci viene tenuto dall'ostetrico del corso che ci da molti suggerimenti utili per chi come me è inesperta ed alle prime armi.

La prima cosa che ci dice è come effettuare la **pulizia del moncherino del cordone ombelicale**: è necessario procurarsi della soluzione fisiologica con la quale pulire con l'aiuto di una garza sterile (vanno bene quelle 10cm X 10cm) la parte attaccata al pancino, dopo aver effettuato la pulizia bisogna prendere un'altra garza sterile, piegarla fino a farne una strisciolina, e legarla intorno al moncherino.

Dopo un intervallo variabile in genere tra i 7 giorni e le 3 settimane il **moncherino cadrà spontaneamente** ed a quel punto si potrà disinfettare la cicatrice con **acqua ossigenata** interponendo poi una garza sterile tra il pancino ed il pannolino. Dopo 3 o 4 giorni dalla caduta del moncherino sarà possibile fare il bagnetto al piccolo con un'acqua a temperatura di circa 37° controllabile attraverso appositi termometri.

La pulizia del bimbo può essere effettuata, oltre che attraverso il bagnetto (solo a cordone caduto), anche con l'utilizzo di salviettine umidificate, infatti un bimbo nel primo periodo di vita non necessita di bagni continui. La pulizia può essere effettuata a zone:

- la testa**
- le orecchie** (solo con l'ausilio di garze mai usare Cotton fioc!)
- gli occhi** (con soluzione fisiologica) facendo un movimento dall'interno verso l'esterno, una sola volta per occhio
- il naso** con garza e soluzione fisiologica oppure, quando il bimbo è raffreddato, attraverso l'ausilio di una siringa piccola (vanno bene quelle per l'insulina) senza ago attraverso la quale si spruzza una piccola quantità di soluzione fisiologica nelle due narici

- **la lingua** approfittando dei momenti in cui fa la linguaccia

- **le unghie** (dopo circa 15 giorni è possibile accorciarle attraverso l'ausilio di una limetta morbida di carta o attraverso le forbici con punte arrotondate facendo un taglio dritto senza seguire la forma del dito per evitare di danneggiare l'attaccatura laterale dell'unghia)

- **l'igiene intima** va bene usare fazzoletti inumiditi con sostanze detergenti ed emollienti eseguendo un movimento dagli organi genitali al sederino e mai il viceversa (si potrebbero portare batteri fecali) è possibile assistere nelle bambine ad una pseudo mestruazione, è del tutto normale ed è dovuta alla presenza degli ormoni residui materni, mentre nei bimbi si può osservare il prepuzio chiuso, una fimosi fisiologica del tutto naturale nei primi mesi di vita. La pipì potrà inoltre presentare una colorazione rosastra ed avere dei piccoli granellini che non sono altro che precipitati di ossalato di calcio dovuti alla pulizia fisiologia dei reni quindi anche tale fenomeni sono del tutto normali e naturali. Dopo l'igiene intima è bene usare una pasta od una crema all'ossido di zinco.

Per controllare **la febbre** l'ostetrico ci sconsiglia termometri laser o a raggi infrarossi e ci consiglia di usare il classico termometro a colonna (senza mercurio dichiarato fuori legge), la temperatura dovrà essere presa nel sederino facendo entrare nel retto circa 1/2 cm della punta del termometro. **Alla temperatura così ottenuta andrà sottratto mezzo grado.** E' utile tenere a casa supposte di paracetamolo da utilizzare dopo il consiglio del medico.

Per quanto riguarda il cambio ci consiglia di effettuarlo prima della poppata per evitare di *sballottarlo* dopo il pasto.

Qualora il bimbo non vada al bagno almeno una volta al giorno è necessario effettuarli un piccolo clisterino.

L'Ematologo

L'incontro con l'ematologo inizia con una piccola lezione di medicina: attualmente le possibili cure per leucemie e linfomi sono solo due, o **chemioterapia** o **trapianto di cellule staminali emopoietiche** ossia cellule in grado di dividersi a dare vita a nuove cellule.

Ci viene quindi subito fatto capire quanto sia importante effettuare la donazione delle cellule staminali.

Dal 1974 è stato dimostrato che una fonte importante di queste cellule è proprio il sangue del cordone ombelicale, le cellule così raccolte confluiscono in un registro internazionale dove i medici possono ricercare eventuali cellule compatibili con i propri pazienti, più persone doneranno questo preziosissimo materiale più persone avranno una possibilità maggiore di cura.

Durante questa lezione del corso preparato non sono mancate le domande riguardo la conservazione delle cellule staminali ad uso personale, cosa vietata attualmente in Italia che però non vieta l'esportazione delle stesse e quindi la possibilità di servirsi a questo scopo di banche private estere. L'ematologo a fronte di queste domande ha voluto sottolineare che per le cellule staminali l'Italia ha voluto seguire quello che già avviene per la donazione del sangue e cioè che se noi doniamo non lo facciamo per noi stessi ma nella speranza di aiutare qualcun'altro, se tutti donassero per se stessi non ci sarebbe più sangue per nessuno in caso di emergenza. La scelta quindi se affidarsi o meno ad una struttura privata estera per la conservazione autoctona rimane quindi una scelta prettamente personale anche se il medico ha fatto trapelare tutta la sua incertezza circa i metodi di trattamento e conservazione delle cellule in quanto queste strutture non devono sottostare ai requisiti e alle procedure richieste dalla legislazione italiana. Qualora si voglia comunque percorrere questa strada è necessario avvisare i medici e consegnargli il **kit per la raccolta** del sangue che ci verrà fornito dalla società alla quale ci siamo rivolti.

Nel caso si decida di donare il sangue del cordone sarà necessario effettuare un colloquio preventivo con l'ematologo che permetterà di scoprire la presenza di eventuali **fattori non compatibili** con la donazione, quali ad esempio malattie trasmissibili con il sangue o malattie congenite e bisognerà firmare un **consenso scritto** che permetterà di effettuare sul sangue raccolto ulteriori indagini di idoneità per la conservazione. C'è da dire che anche qualora non venissero riscontrati problemi durante questo colloquio, la raccolta del sangue

potrebbe comunque essere impedita da fattori fisiologici emersi durante il parto (ad esempio sofferenza fetale o liquido amniotico tinto).

Se tutto andrà bene il sangue verrà raccolto per caduta prima del distacco della placenta attraverso l'inserimento di un ago nel cordone ombelicale, tale operazione sarà completamente indolore sia per il bimbo che per la mamma, contemporaneamente verrà anche fatto un prelievo di sangue della mamma per effettuare ulteriori analisi. In caso di esito positivo della raccolta, dopo sei mesi la mamma verrà richiamata in ospedale per effettuare nuovamente i test e per effettuare un ulteriore prelievo sanguigno.

Visita ai Reparti

L'appuntamento con gli ostetrici per la visita dei reparti ci viene fissato alle 21 perché in coincidenza con il loro turno notturno ed anche perché le attività legate ai cesari programmati si svolgono di mattina e quindi hanno più tempo da dedicarci.

L'atmosfera è un po' surreale, visitare i reparti di sera è sicuramente un'esperienza particolare e suggestiva ma comunque molto utile per chi, come me, dovrà 'vivere' a breve quell'esperienza. Indossiamo quindi i copri scarpe ed iniziamo questa particolarissima e interessantissima visita guidata.

La visita parte dal **pronto soccorso ostetrico**, il luogo quindi, dove ci dovremo rivolgere a seguito della rottura delle acque o a seguito di un'attività contrattile avanzata. Proseguiamo quindi per i corridoi dei **reparti dedicati alla degenza** delle future e delle nuove mamme, ci vengono mostrate le varie tipologie di camere e le stanze delle caposala e delle infermiere alle quali potremmo rivolgerci per qualsiasi evenienza.

Facciamo quindi una sosta al **nido** che però è quasi del tutto vuoto, ci viene spiegato che i bambini sono tutti impegnati nelle poppate nelle stanze delle rispettive mamme, c'è solo un piccolino di appena un'ora di vita che se la dorme beato incurante della nostra presenza.

Avanziamo nei corridoi e ci avviciniamo alla zona più calda e più temuta da tutte noi, **la sala parto** e le altre sale ad essa collegate. Attraversiamo quindi, con il sorriso sulle labbra, la classica porta che ci ricorda di non oltrepassarla e ci troviamo di botto *dall'altra parte*.

La prima cosa che ci troviamo di fronte sono le **salette travaglio** e cioè le salette dove dovremo effettuare le spinte per spostarci una volta pronte nella sala parto, ci viene detto che ognuna di queste salette può trasformarsi in sala parto qualora la sala parto principale sia occupata (tiriamo tutte un sospiro di sollievo, evidentemente la paura di trovare la sala parto occupata quando *toccherà proprio a noi* è molto sentita); in queste salette saremo continuamente collegate all'apparecchiatura per il monitoraggio che permetterà ai medici di controllare costantemente il battito del nostro bambino, ed anche noi ascoltiamo il battito dei bambini che stanno per nascere (nel frattempo scorgiamo un papà pronto ad assistere alla nascita del figlio... sguardi fugaci di ammirazione, e nello stesso tempo di commiserazione, vengono scambiati tra i papà del corso preparto e quello che ai loro occhi deve apparire come un eroe).

Il travaglio è proseguito, siamo pronte, le ostetriche ci fanno entrare nella temuta, odiata, amata **sala parto!** Fortunatamente è libera e quindi possiamo disporci tutti (mamme e papà) intorno al *trono*, è lì che verrà alla luce il nostro bambino!

L'emozione è tanta, le luci della sala contrastano con il buio dell'esterno creando un contrasto, se possibile, ancora più suggestivo ed è qui che l'ostetrica ci stupisce domandandoci chi vuole provare le spinte! Mi faccio timidamente avanti e mi siedo sulla 'poltrona', mio marito prende posto dietro il trono non prima però di essersi informato su dove potersi sedere qualora si sentisse male! Al di là dell'emozione, la prova pratica mi fa comunque capire che le mie gambe sono molto poco elastiche e i miei adduttori molto intorpiditi, mi riprometto quindi di iniziare una ginnastica dolce in preparazione al parto.

Terminata la 'tremenda' prova del parto ci spostiamo nella saletta a fianco, e cioè la sala dedicata ai **parti cesari** ed anche qui il nostro reverenziale silenzio è assordante, fortunatamente qui non c'è nulla da provare e terminiamo il giro nelle **salette risvegli** e cioè quelle salette dove verremo 'parcheggiate' e tenute sotto controllo nelle due ore immediatamente successive al parto, stanche e spossate ma anche pronte a goderci il frutto della nostra fatica.

Qui termina la nostra particolare e suggestiva visita. Una visita sicuramente molto interessante che ci ha permesso di conoscere e sfatare quei luoghi tanti temuti e che invece, proprio tramite la conoscenza sono invece diventati sicuramente più amici e ospitali.