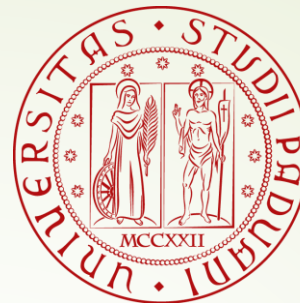




UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Corso di Laurea in Ostetricia- Sede di Treviso

LA PRATICA DELLO SKIN TO SKIN NELL'OSPEDALE DI WOLISSO, SOUTH-WEST SHOA, REGIONE ETIOPE DELL'OROMIA: DATI PRELIMINARI

Laureanda: Giada Michielin
Relatore: Dott. Loris Marin
A.A 2022/2023

1. INTRODUZIONE- LA PRATICA DELLO SKIN TO SKIN



Posizionamento neonato, subito dopo la nascita e dopo averlo accuratamente asciugato, direttamente sul ventre materno in contatto pelle a pelle avvolto in coperte riscaldate per la durata di almeno un'ora

Miglior adattamento alla vita extrauterina del neonato

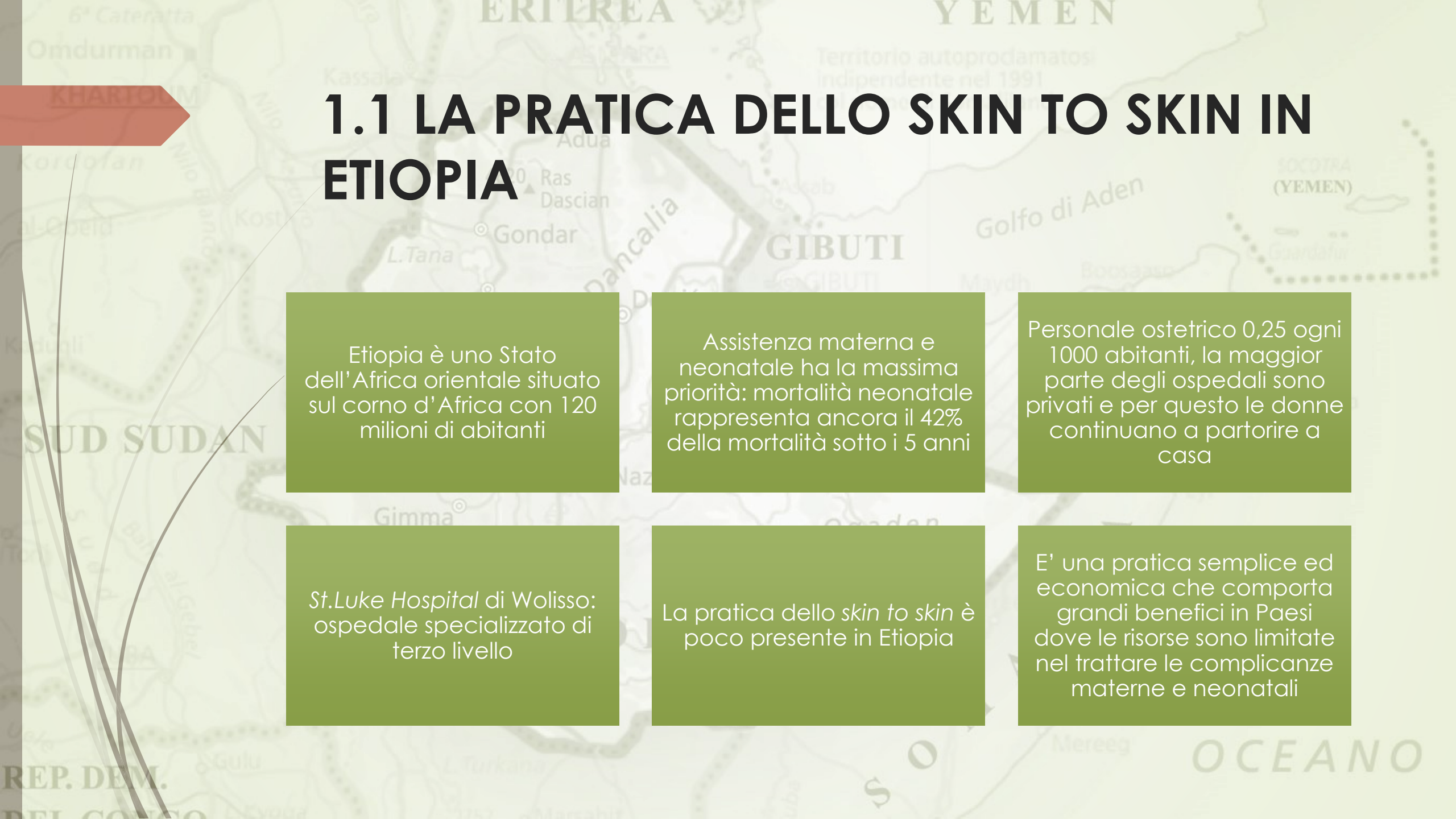
Prevenzione dell'ipotermia neonatale

Creazione di un legame profondo (*bonding*)

Aumento delle percentuali di attacco al seno precoce

Riduzione delle perdite ematiche post-partum

OMS, UNICEF e Ministero della Salute raccomandano e promuovono la pratica soprattutto nei Paesi a basse risorse

A faint map of Ethiopia and surrounding regions (Sudan, Yemen, Djibouti) serves as the background. A red arrow points from the left towards the title. Several green boxes containing text are overlaid on the map. Thin black lines connect the title to the boxes.

1.1 LA PRATICA DELLO SKIN TO SKIN IN ETIOPIA

Etiopia è uno Stato dell'Africa orientale situato sul corno d'Africa con 120 milioni di abitanti

Assistenza materna e neonatale ha la massima priorità: mortalità neonatale rappresenta ancora il 42% della mortalità sotto i 5 anni

Personale ostetrico 0,25 ogni 1000 abitanti, la maggior parte degli ospedali sono privati e per questo le donne continuano a partorire a casa

St.Luke Hospital di Wolisso: ospedale specializzato di terzo livello

La pratica dello *skin to skin* è poco presente in Etiopia

E' una pratica semplice ed economica che comporta grandi benefici in Paesi dove le risorse sono limitate nel trattare le complicanze materne e neonatali

2. SCOPO DELLO STUDIO



Capire se in Etiopia la pratica potesse:

- Avere dei risultati:
 - Riduzione perdite ematiche: prevenzione anemia severa
 - Prevenzione ipotermia neonatale
 - Attacco precoce al seno: unica possibilità di alimentazione



- È una pratica semplice ed economica
- L'ospedale era dotato di pochi mezzi e strumenti per la prevenzione dell'emorragia post partum e dell'ipotermia neonatale

3. MATERIALI E METODI- CONTESTO



St.Luke Hospital di Wolisso: Etiopia



- Ospedale di terzo livello, privato e no profit
- 2800 parti di cui il 22 % tagli cesarei



20 donne che hanno partorito nel periodo maggio-luglio 2023

- 10 donne appartenenti al gruppo A (sperimentale) soggette alla pratica
- 10 donne appartenenti al gruppo B (di controllo) non soggette alla pratica



SCELTA OPERATORE-DIPENDENTE

3.1 MATERIALI E METODI- CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE



INCLUSIONE	ESCLUSIONE	INCLUSIONE	ESCLUSIONE	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
Età 18-35 aa	età< 18aa e >35aa	Travaglio fisiologico	Travaglio patologico (indotto)	Assenza alterazioni BCF	BCF patologico
Primigravida o secondigravida	Multiparità (>3)	Parto vaginale eutocico	Parto operativo	LA chiaro o T1	LA T2 e T3
Gravidanza a termine	Patologie pregravidiche		Lacerazioni di alto grado	Neonato sano a termine	Parto distocico
	Patologie della gravidanza		Ritenzione membrane e placenta	Apgar >7, peso>2500g	Neonato patologico

3.2 MATERIALI E METODI- RACCOLTA E ANALISI DATI



4.1 RISULTATI – PERDITE EMATICHE POST PARTUM



Sacca raccolta perdite

	Gruppo A	Gruppo B	Differenza tra le medie
Media	120	455	335
Deviazione standard	135,81	396,83	

Livello di significatività $P=0.02$

Tabella I-Media, dev.standard e p value delle perdite ematiche nei due gruppi



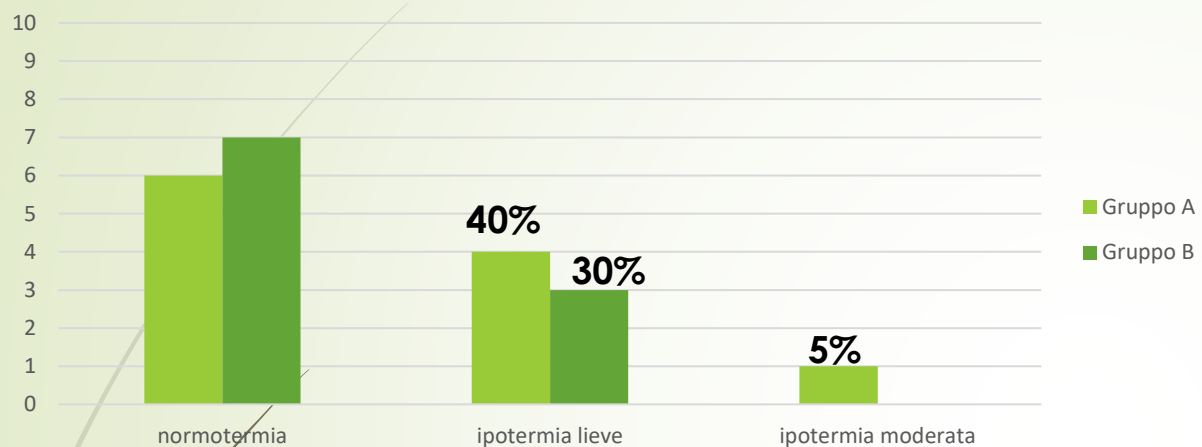
Pesata con una bilancia

	Gruppo A	Gruppo B	Differenza tra le medie
Media	77,7	293,75	216,05
Deviazione Standard	26,35	90,38	

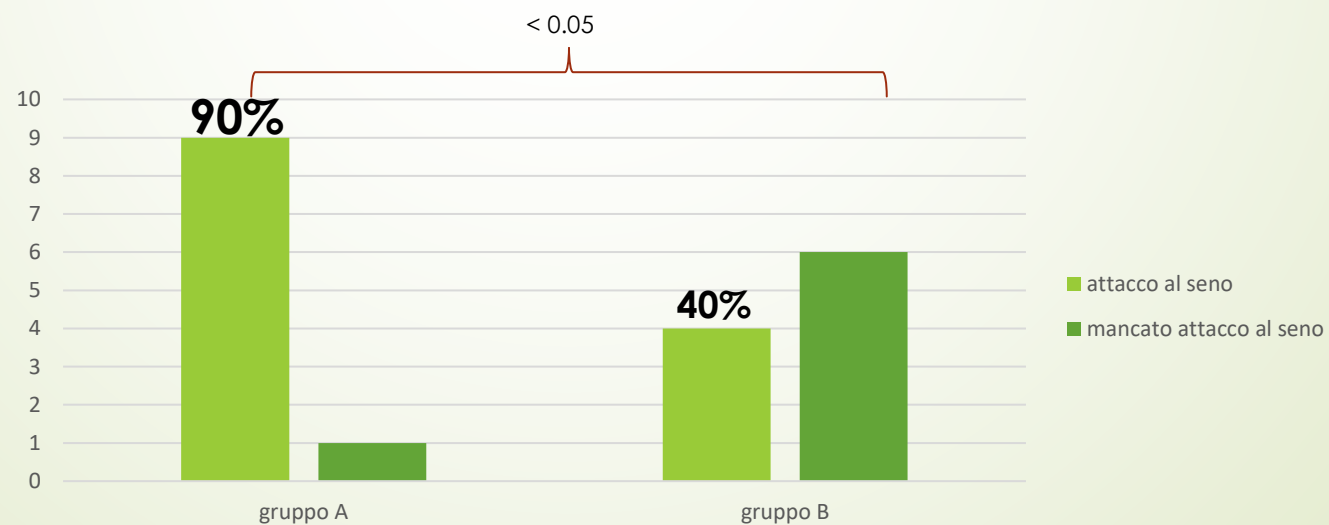
Livello di significatività $P<0.001$

Tabella II- media, dev.standard e p value delle perdite ematiche nei due gruppi senza i casi di EPP

4.1 RISULTATI- TEMPERATURA NEONATALE E ALLATTAMENTO AL SENO



Gruppo	A	B
Numerosità campione	10	10
Media	36,2	36,4
Dev. standard	0,3171	0,5318
P (livello di significatività)	0,3205	



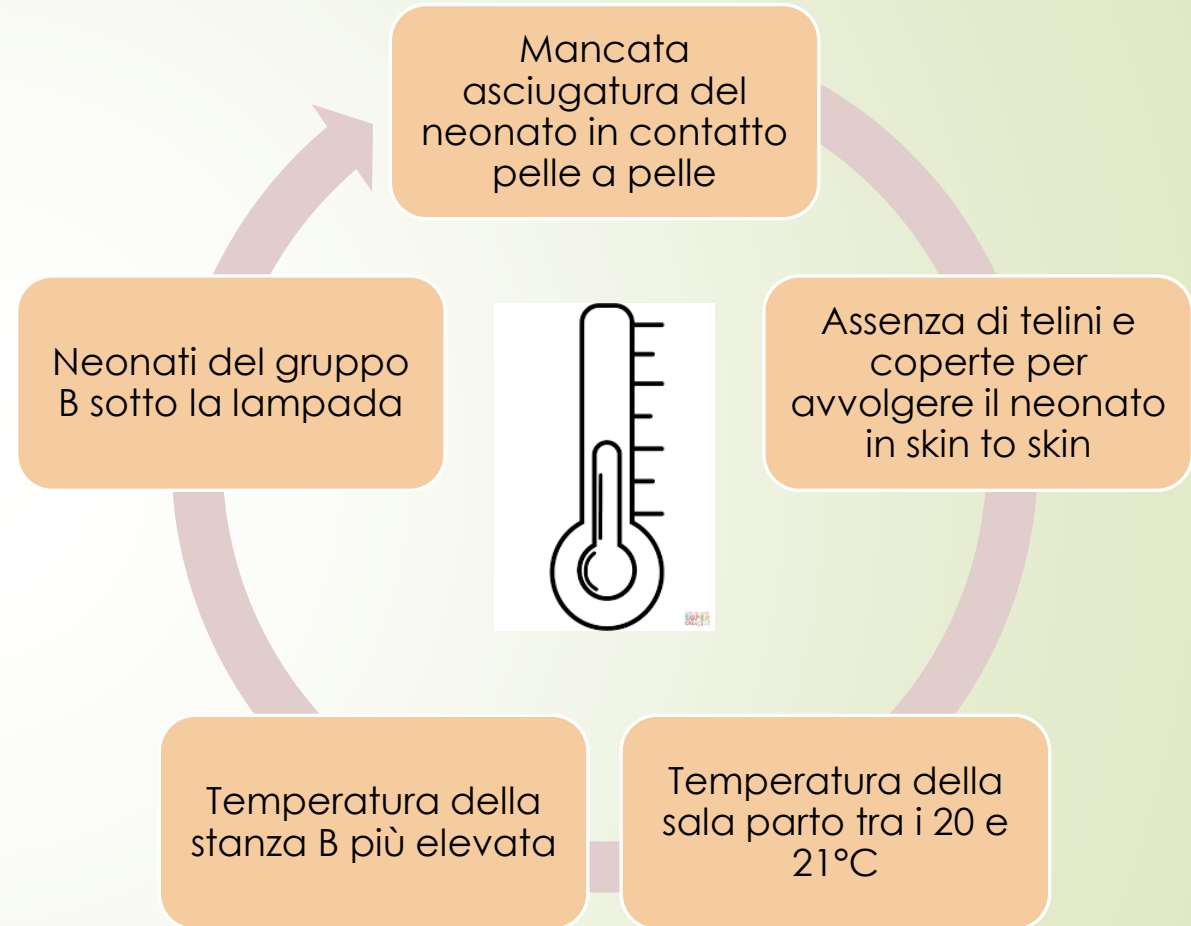
5. DISCUSSIONE



5.1 LIMITI DELLO STUDIO



- Ridotta dimensione campione
- Poca formazione del personale



CONCLUSIONE



La pratica dello *skin to skin* si conferma essere una pratica semplice ed economica, attuabile in una realtà a basse risorse nella prevenzione delle maggiori complicanze ostetriche e neonatali

- Raccolta perdite ematiche
- Misurazione temperatura neonatale
- Valutazione avvenuto attacco al seno



BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

Abdel Aziz Ismail, Essa R.M, NI. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *J Nurs Educ Pract* 2015; Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/5698>

Aboagye, R. G., Boah, M., Okyere, J., Ahinkorah, B. O., Seidu, A. A., Ameyaw, E. K., Mwamba, B., & Yaya, S. (2022). Mother and newborn skin-to-skin contact in sub-Saharan Africa: prevalence and predictors. *BMJ global health*, 7(3), e007731. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007731>

Etiopia- Centro salute globale della Toscana. <https://www.centrosaluteglobale.eu/politiche-sanitarie/etiopia>

Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nursing research*, 59(2), 78–84.

<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc>

Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization;2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487819/>

Ruiz, M. T., Azevedo, N. F., Raponi, M. B. G., Fonseca, L. M. M., Wernet, M., Silva, M. P. C., & Contim, D. (2023). Skin-to-Skin Contact in the Third Stage of Labor and Postpartum Hemorrhage Prevention: A Scoping Review. *Maternal and child health journal*, 27(4), 582–596. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03582-4>