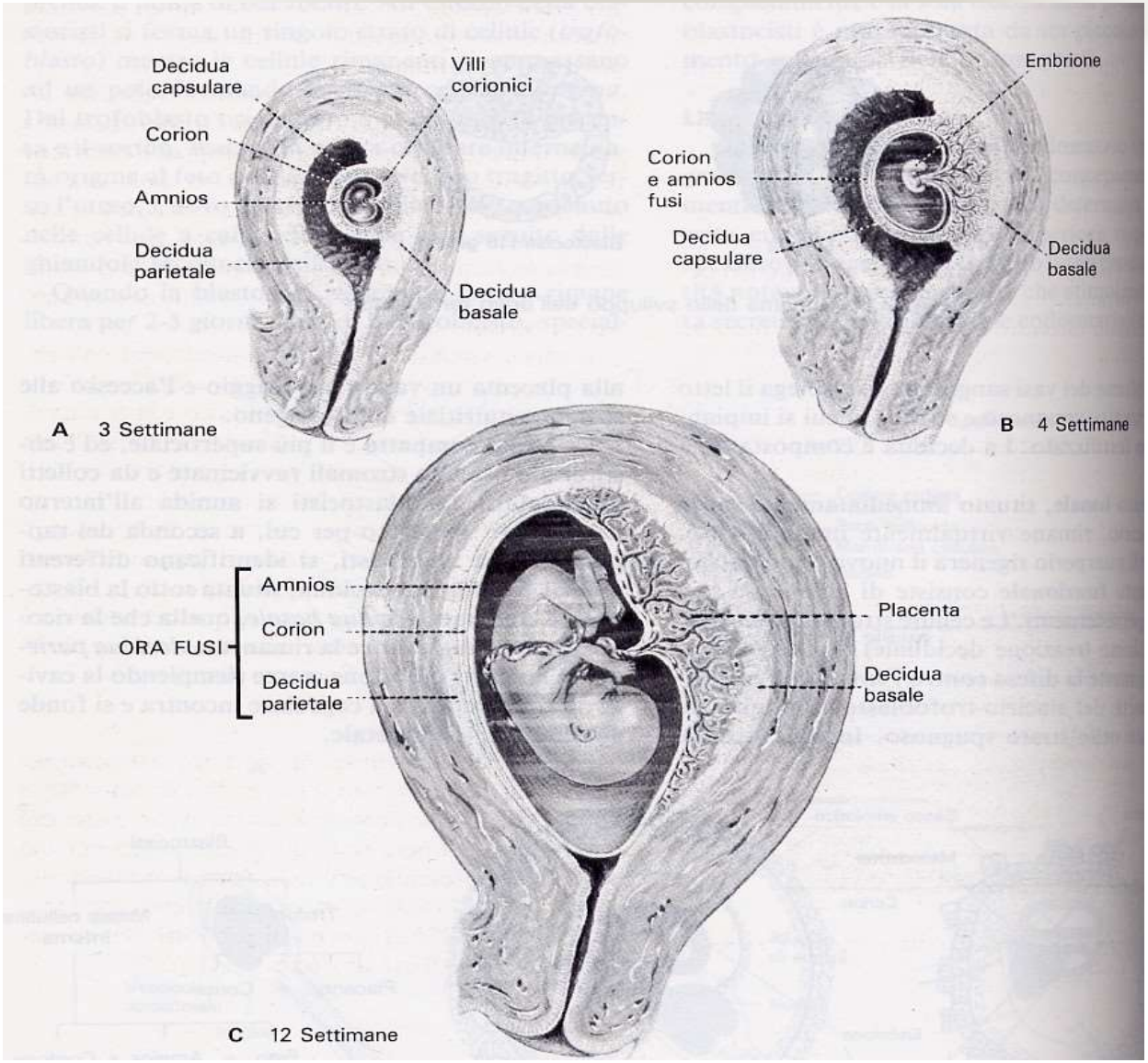
CONDIZIONI ACUTE IN GRAVIDANZA

ASSISTENZA AL PARTO IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

LAURA FERMANI

Ostetrica




Decidua capsulare
Villi corionici
Corion
Amnios
Decidua parietale
Decidua basale
A 3 Settimane
Embrione
Corion e amnios fusi
Decidua capsulare
Decidua basale
B 4 Settimane
Amnios
Corion
ORA FUSI
Decidua parietale
Placenta
Decidua basale
C 12 Settimane

…ARRIVATI SUL POSTO….

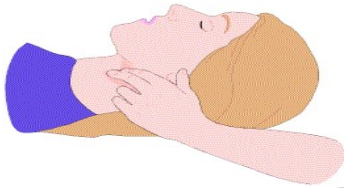
ABC → PV

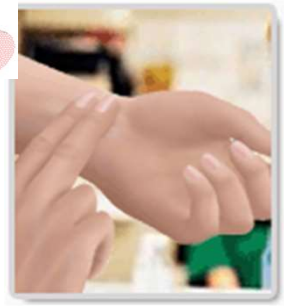
In caso di arresto cardiaco la gestante va rianimata secondo le normali procedure BLS… l'unica speranza di vita per il feto dipende, in questo caso, dalla sopravvivenza della madre.

PARAMETRI VITALI



- FREQUENZA CARDIACA 70-80 bpm (+15)







- Spo2 (saturazione dell'ossigeno) 90-100%



- PRESSIONE ARTERIOSA
  minima/diastolica <90
  massima/sistolica <140



- FREQUENZA RESPIRATORIA
  12-20 atti/min

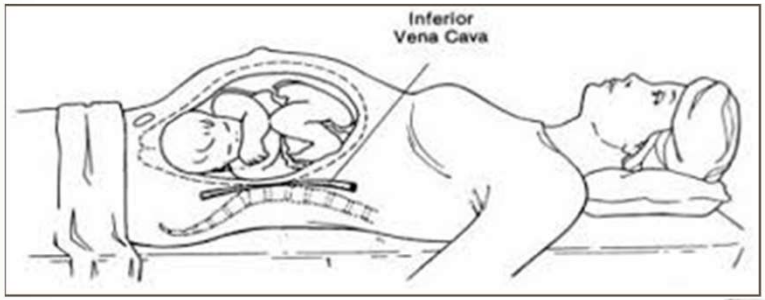
ACQUISIZIONE DI DATI SULLA GESTANTE (da riferire alla C.O.)

CHIEDERE:

- Età gestazionale e data presunta del parto
- Parità
- Se la gravidanza è stata fisiologica o patologica
- Se vi è un sanguinamento vaginale
- Se vi è scolo di liquido amniotico (attenzione al colore)
- Se sente dolore → dove
  → intermittente o continuo
  → da quanto tempo
- Se vi è stato un trauma
- Se vi sono altri sintomi o se assume farmaci

TRASPORTO DELLA GESTANTE IN AMBULANZA:

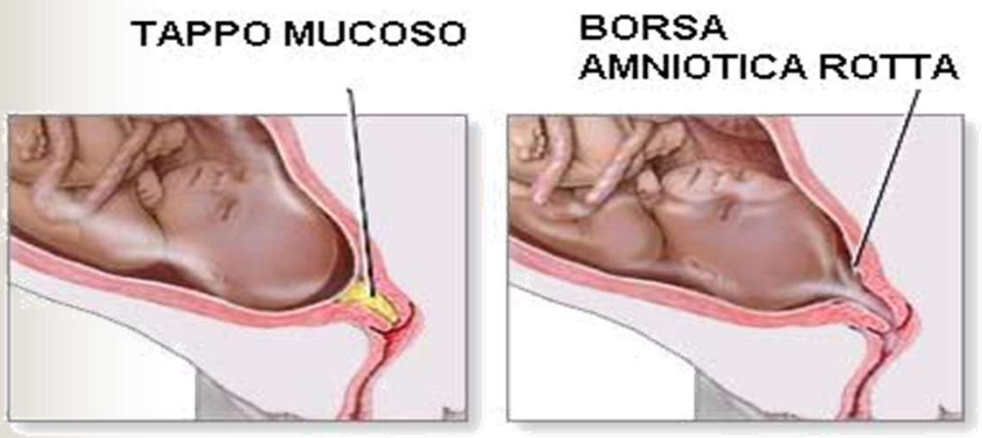
- SE LA GRAVIDANZA E' AVANZATA SEMPRE DISTESA SUL FIANCO SINISTRO





TRASPORTO DELLA GESTANTE IN AMBULANZA:

- SE LE MEMBRANE SONO ROTTE (perdita di liquido amniotico) TRASPORTARE SEMPRE DISTESA, MAI IN PIEDI O SEDUTA



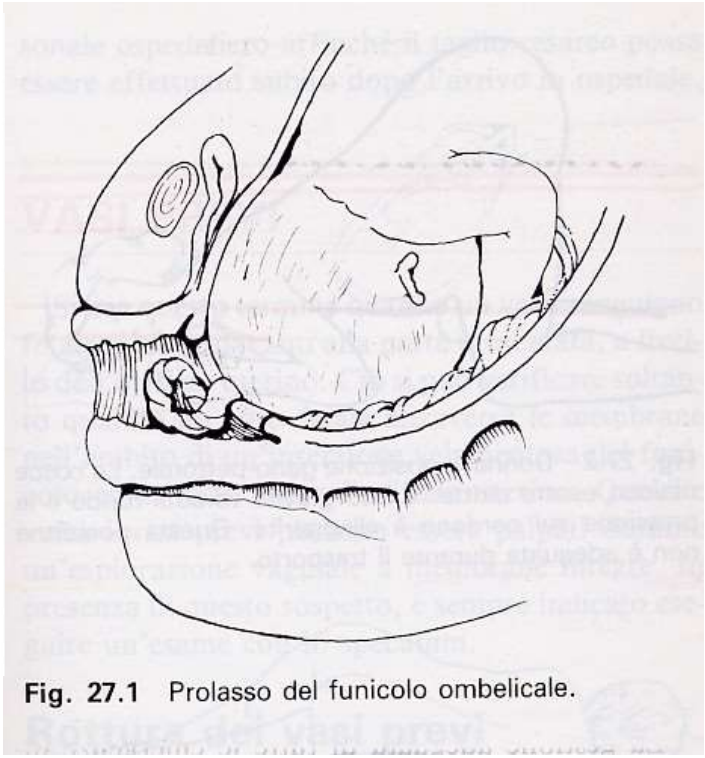


Fig. 27.1 Prolasso del funicolo ombelicale.

LA CRISI LIPOTIMICA

È molto frequente in gravidanza, soprattutto nel I e II trimestre

TRATTAMENTO:

- ABC PV (descrivere come sono)
- Pz supina a gambe alte se si tratta di una gravidanza iniziale
- Pz in decubito laterale sinistro se si tratta di una gravidanza avanzata
- Tranquillizzare la donna

PERDITA EMATICA DAI GENITALI

CHIEDERE:

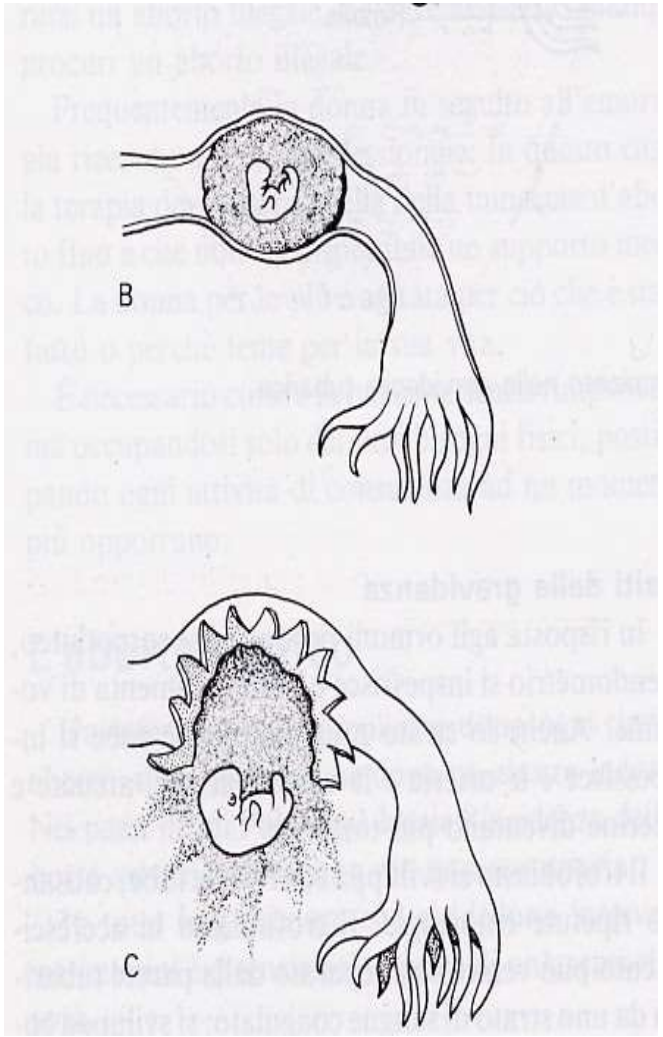
- Da quando?
- Quanto?
- Colore?



Fonte: A. Ragusa C. Crescini “Urgenze ed emergenze in sala parto” Ed. Piccin

La gravidanza extrauterina

- Entro le 7-8 sett. di gestazione
- Dolore addominale (varia intensità e durata, di solito lateralizzato)
- Possibile lipotimia
- Perdita ematica dai genitali non sempre presente
- Emoperitoneo → ADDOME ACUTO (se c'è rottura tubarica):
  - dolore addominale forte "a colpo di pugnale"
  - segni di shock ipovolemico



SHOCK IPOVOLEMICO in ostetricia

- TACHICARDIA
- IPOTENSIONE
- PALLORE
- DISPNEA TACHIPNEA
- SUDORAZIONE
- POLSI PERIFERICI QUASI IMPERCETTIBILI
- DIMINUZIONE DELLA DIURESI

LA PRE-ECLAMPSIA

È una patologia che si riscontra solo in gravidanza, caratterizzata da:

- IPERTENSIONE minima/diastolica >90
  massima/sistolica >140
- Edema arti inferiori e generalizzato
- Proteinuria
- Epatopatia
- Problemi neurologici (confusione mentale, disturbi visivi, nausea, vomito)
- Alterazioni della coagulazione del sangue
- Sofferenza fetale cronica → ritardo nell'accrescimento intrauterino

Sintomi e segni

- Pressione alta (minima >105)
- Mal di testa
- Nausea vomito
- Disturbi visivi, confusione mentale
- Gonfiore alle gambe, piedi, mani..
- Dolore dorsale o epigastrico

L’ECLAMPSIA

Comparsa di crisi convulsive o anche coma in gravide con segni di preeclampsia (anche solo un segno)

5:10.000 gravidanze

COSA FARE:

- Adagiare la gestante a terra (evitare che cada)
- Allontanare gli oggetti per impedire traumi
- Allentare i vestiti stretti

DOPO LA CRISI:

- Posizionare in decubito laterale sinistro
- Rilevare PV
- Erogare ossigeno ad alti flussi
- Aspirare le vie aeree

COSA NON FARE:

- Mettere oggetti in bocca
- Cercare di trattenere

….Ricapitoliamo….

Siamo davanti ad un'EMERGENZA vera e propria se:

- C'è dolore addominale acuto, forte
- C'è una perdita di sangue imponente
- La pressione è >140/90 e sono presenti segni di eclampsia imminente
- Ci sono contrazioni forti e ritmiche (soprattutto se la gravidanza non è vicina al termine)

IL TRAUMA IN GRAVIDANZA



Cinture di sicurezza…. SI o NO???

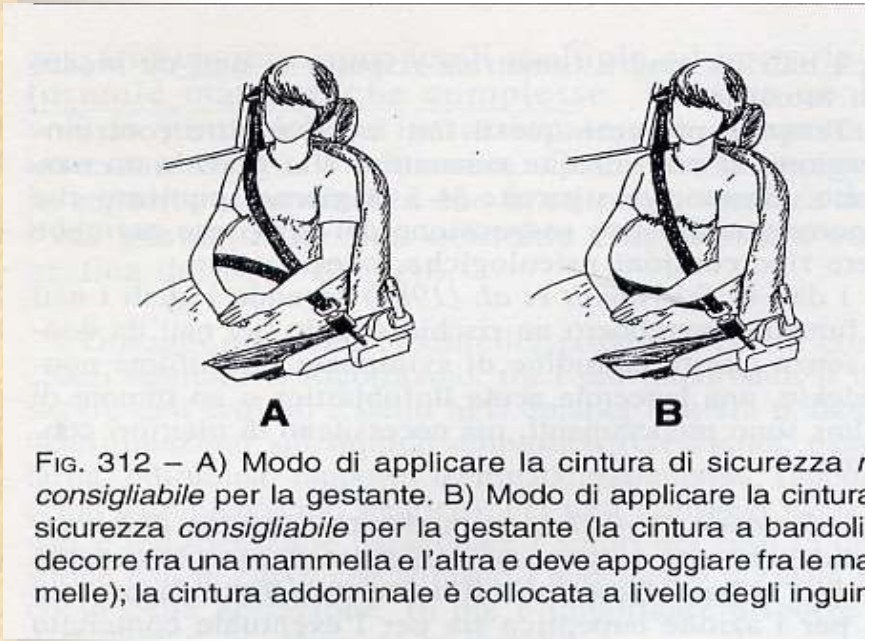


FIG. 312 – A) Modo di applicare la cintura di sicurezza *
consigliabile per la gestante. B) Modo di applicare la cintura
sicurezza *consigliabile* per la gestante (la cintura a bandoli
decorre fra una mammella e l'altra e deve appoggiare fra le ma
melle); la cintura addominale è collocata a livello degli inguir









TRAUMA IN GRAVIDANZA

6-7% delle gravidanze

- Incidenti automobilistici
- Cadute
- Colpi diretti all'addome
- Ferite penetranti (traumi aperti)
- Altri (ustioni, folgorazioni…)

ABC → VALUTAZIONE DEL TRAUMA

LE POSSIBILI CONSEGUENZE DI UN TRAUMA:

- ABORTO
- DISTACCO DI PLACENTA
- TRAVAGLIO-PARTO PREMATURO
- ROTTURA D'UTERO
- EMORRAGIA FETO-MATERNA
- LESIONI DIRETTE AL FETO/MORTE DEL FETO

Nel caso in cui si sospetti un trauma alla colonna vertebrale la gestante va comunque posizionata sul fianco sinistro, si provvederà quindi a immobilizzarla sulla tavola spinale e poi a sollevare il lato destro di quest'ultima con una coperta piegata.

È sempre fondamentale fornire supporto emotivo.







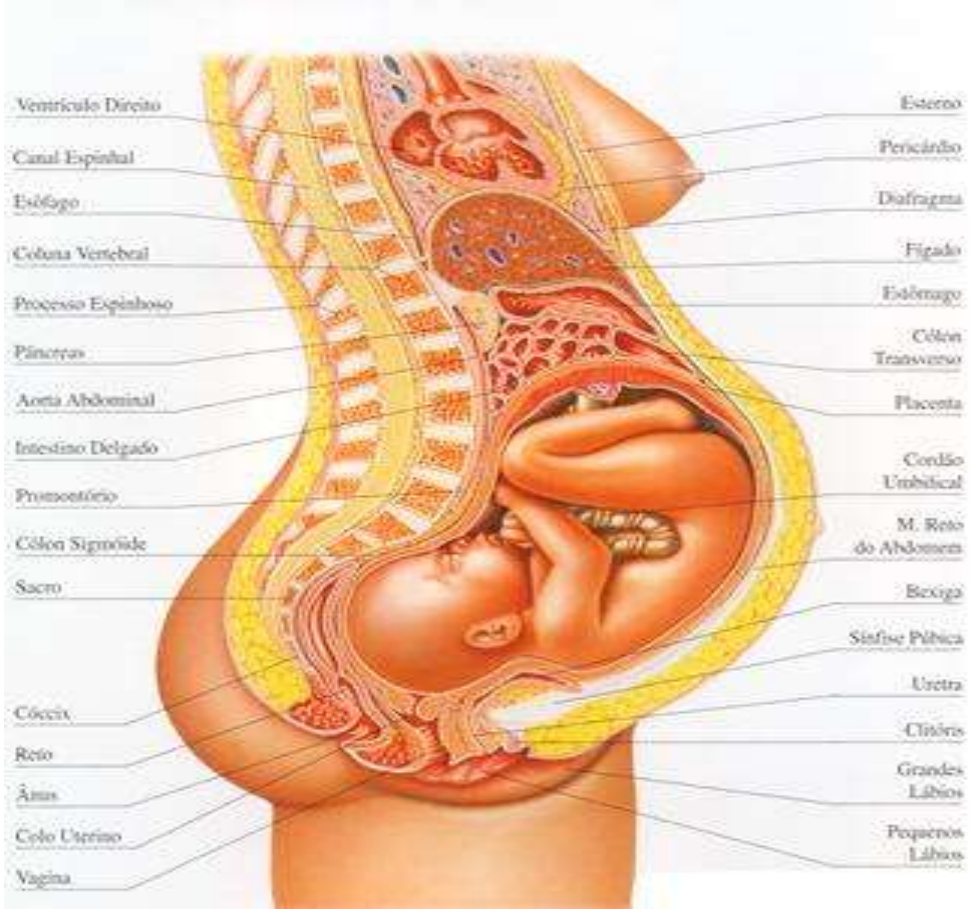
Dott.ssa Ost. L.Fermani

IL PARTO



Il parto, se fisiologico, è un evento del tutto naturale che non necessita nessun tipo di aiuto se non il sostegno psicologico e morale alla donna.

È però fondamentale SORVEGLIARE affinchè non sopraggiungano complicazioni.


Ventrículo Direito
Canal Espinhal
Esôfago
Coluna Vertebral
Processo Espinhoso
Pâncreas
Aorta Abdominal
Intestino Delgado
Promontório
Cólon Sigmóide
Sacro
Cóccix
Reto
Ânus
Colo Uterino
Vagina
Esterno
Pericárdio
Diafragma
Fígado
Estômago
Cólon Transverso
Placenta
Cordão Umbilical
M. Reto do Abdomem
Bexiga
Sínfise Púbica
Uretra
Clitóris
Grandes Lábios
Pequenos Lábios

QUANDO IL PARTO NON E' PIU' FISIOLOGICO?

- Se si verificano DISTOCIE

  - meccaniche

  - dinamiche
- Se vi è sofferenza fetale acuta
- Se si tratta di un PARTO PRECIPITOSO, perché spesso avviene in un luogo non idoneo (ambulanza, ascensore, casa o luogo di lavoro) e/o in assenza di personale qualificato.

LE CONTRAZIONI

- Mani a piatto sull'addome (senza massaggiare) sentiremo tutto l'addome indurito, non una sola parte (movimento fetale)
- Occhio all'orologio…ma anche alle espressioni della donna



IL TRAVAGLIO-PARTO FISIOLOGICO

- PERIODO PRODROMICO:

  - contrazioni lievi, irregolari nell'intervallo e brevi (ogni 15-20 min. per 30 sec. circa)

  - dolore alla regione lombo-sacrale (reni)

  - espulsione del tappo mucoso (muco misto a tracce di sangue)

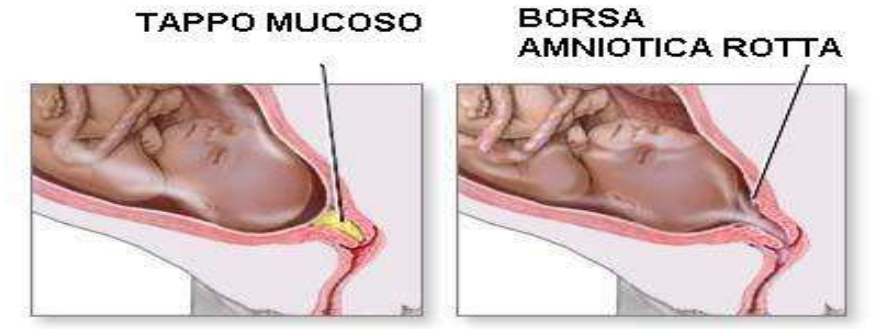
  - durata: varia (giorni, ore, fino all'inizio del travaglio vero e proprio)

IL TRAVAGLIO-PARTO FISIOLOGICO

TRAVAGLIO ATTIVO – 1° STADIO

- grazie al periodo prodromico il collo si è preparato ed ha già raggiunto una dilatazione di circa 4-5 cm
- contrazioni dolorose, ad intervalli regolari, più lunghe (ogni 3-4 min per 50-60 sec.)
- dolore all'addome
- possono essere presenti perdite ematiche
- durata: 4-5 ore nella nullipara; 2-3 ora nella pluripara (fino alla dilatazione completa)

Le membrane possono rompersi in qualsiasi momento del travaglio, anche prima del suo inizio: la donna va sempre ricoverata in ospedale e tenuta distesa fino a che non sia stata visitata per scongiurare il prolasso del funicolo.

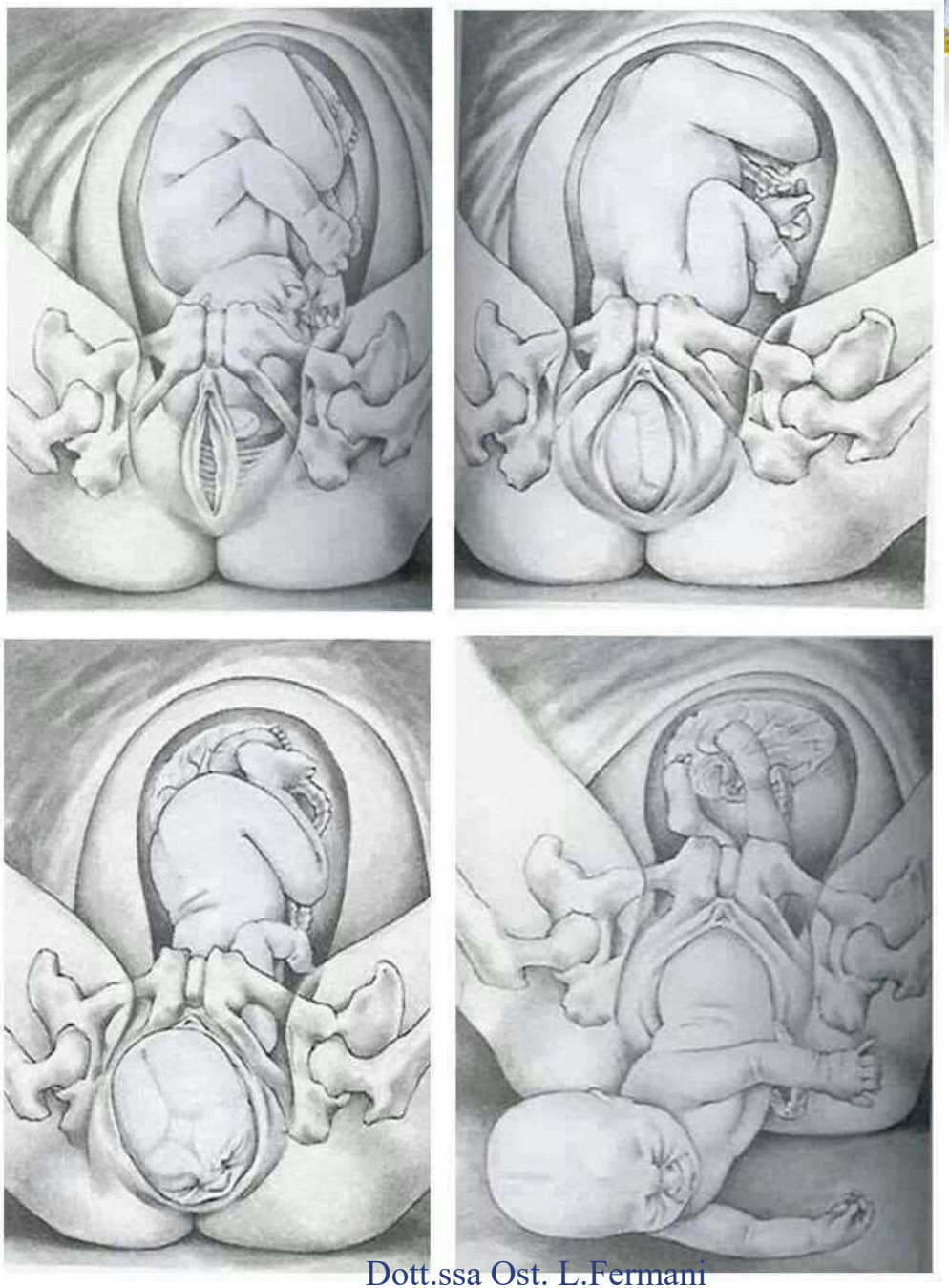


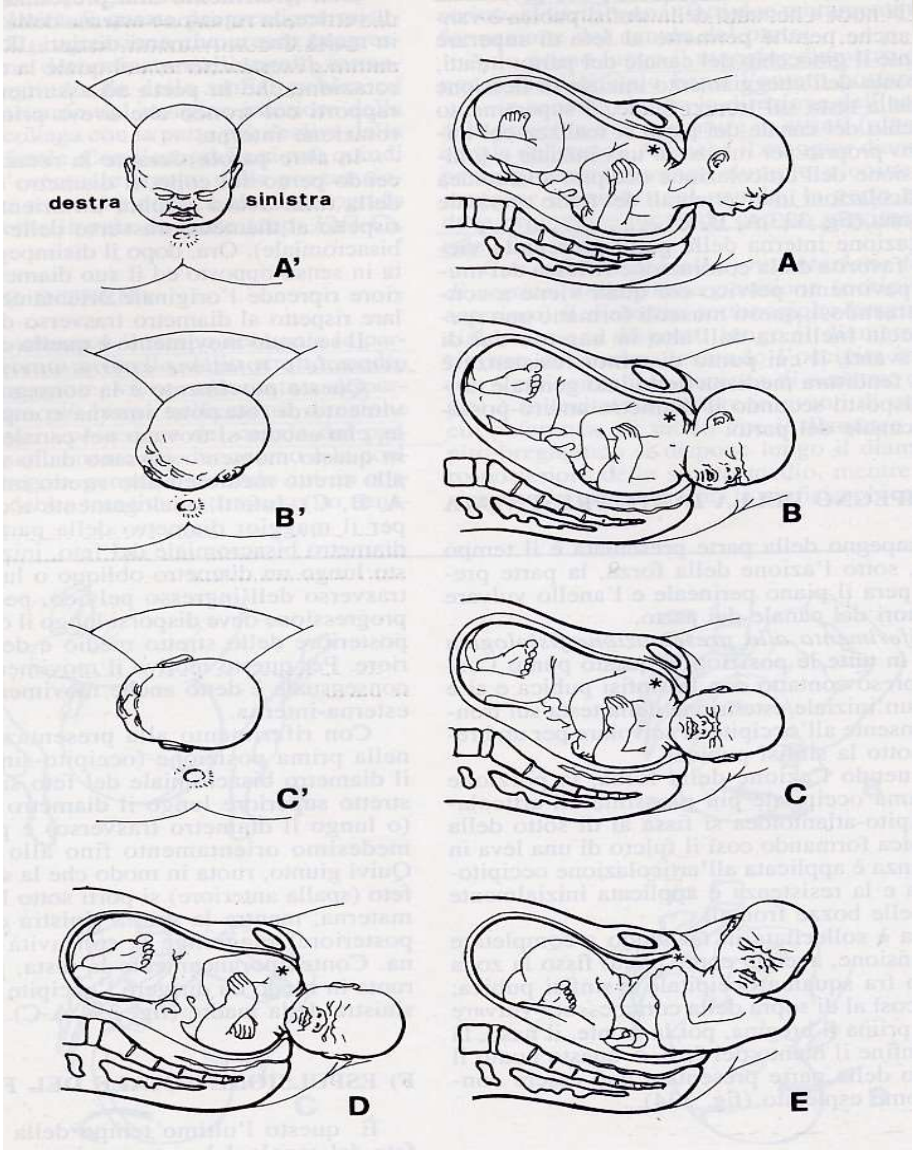
Il liquido amniotico deve essere limpido e incolore.
Può anche essere:
- tinto di meconio (da giallo-verdastro a marrone) → sofferenza fetale
- rosato (lievemente misto a sangue) → fisiologico
- ematico (misto a sangue) → possibile distacco di placenta

IL TRAVAGLIO-PARTO FISIOLOGICO

2° STADIO

- contrazioni di massima intensità ogni 60 secondi, per 60 sec.
- la partoriente avverte il “premito”, cioè la voglia di spingere (perché la testa del feto preme sul retto)
- possono essere presenti perdite ematiche
- il collo è del tutto dilatato, il feto inizia ad attraversare, spinto dalle contrazioni e dalle spinte materne, il canale del parto, fino ad affiorare alla rima vulvare e fuoriuscire
- durata: 2-3 ore nella nullipara; 1-2 ore nella pluripara




destra
sinistra
A'
A
B'
B
C'
C
D
E


www.TheBirthingTree.net

IL TRAVAGLIO-PARTO FISIOLOGICO

3° STADIO (SECONDAMENTO)

- consiste nell'espulsione della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane che avvolgevano il neonato
- si verifica entro 10-40 min dalla nascita del neonato
- le contrazioni continuano ma la donna non le avverte

Ora l'utero si deve contrarre per fermare la fuoriuscita di sangue ed evitare un'emorragia post-partum. È facile avvertirlo appoggiando una mano sul basso ventre.

IL PARTO PRECIPITOSO

- Il travaglio-parto dura dai 60 ai 120 minuti,
  contro le 6-12 ore di un parto normale
- Quando può più facilmente avvenire:

  - a volte, quando la donna ha già partorito

  - spesso se i suoi parti precedenti sono stati anch'essi precipitosi (chiedere quante ore sono durati)

  - quando si tratta di un parto prematuro o il feto è molto piccolo (anche se a termine)

  - a volte, quando la donna ha un bacino particolarmente ampio

IL PARTO PRECIPITOSO

- Non vi è espulsione del tappo mucoso
- Spesso le membrane non si rompono
- Le contrazioni sono molto intense e dolorose, ma hanno intervalli irregolari



ATTENZIONE

DURANTE IL PARTO SI HA UN'ELEVATA DISPERSIONE DI LIQUIDI BIOLOGICI POTENZIALMENTE INFETTI

Quindi indosseremo sempre:

- Guanti sterili (?)
- Camice
- Mascherina
- Occhiale antischizzo









SE CI TROVIAMO AD ASSISTERE A UN PARTO:

- SARA' LA DONNA STESSA A FARCI CAPIRE CHE E' ARRIVATO IL MOMENTO
- Porre la donna in posizione ginecologica (semi-seduta con la natiche sollevate da cuscini o coperte, per creare un vuoto sotto il bacino, gambe divaricate e flesse)
- La posizione del parto deve comunque essere lasciata libera
- Se la donna è distesa sollevare il lato destro con cuscini

PREPARARE IL MATERIALE:

- Telini e lenzuola possibilmente riscaldati
- Traverse monouso
- Garze sterili, guanti
- Cord clamp (almeno 2)
- Forbice sterile o pulita
- Contenitore per placenta
- Aspiratore e sondini per neonati



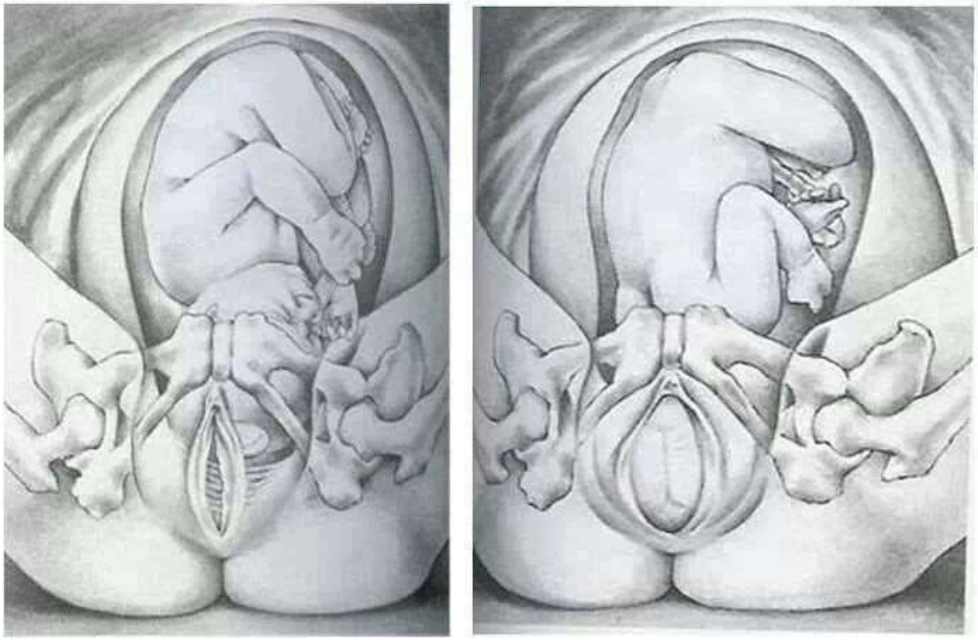








- Disinfettare i genitali esterni
- VEDREMO LA TESTA FETALE AFFIORARE DALLA VULVA E DISTENDERNE I TESSUTI



- A questo punto invitare la donna ad afferrarsi le cosce e portarle verso l'addome, mentre spinge.

- Una volta fuoriuscita la testa NON TIRARE NE CERCARE DI RUOTARLA PER NESSUN MOTIVO ma aspettare il suo movimento spontaneo per la fuoriuscita della spalle.

SE IL CORDONE E'
AVVOLTO INTORNO AL COLLO

- con le dita sentiamo se è lento o tirato ed eventualmente cerchiamo di allentarlo
- NON TIRARLO, si potrebbe danneggiare la placenta
- libererete il neonato dal giro di cordone attorno al collo non appena è nato, sempre senza tirare.



https://medicinaonline.co/2018/01/15/parto-naturale-il-momento-della-fuoriuscita-del-bambino-video/

ASSISTENZA AL NEONATO

- ASCIUGARE BENE SFREGANDO LA SCHIENA E LA PIANTA DEI PIEDI PER STIMOLARE IL RESPIRO
- ASPIRARE LE VIE AEREE (se necessario)
- CLAMPARE E TAGLIARE IL CORDONE (se necessario)
- ADAGIARLO A CONTATTO COL VENTRE MATERNO
- TENERE BEN COPERTO CON TELINI ASCIUTTI E POSSIBILMENTE AL CALDO
- ATTACCARLO AL SENO



Quando il neonato sta “bene”:

- Ha un pianto vigoroso
- Ha una Frequenza Cardiaca (FC) compresa fra:

  100-150 b.p.m. se a termine

  140-160 se pretermine

  (si conta la FC dalle pulsazioni del cordone ombelicale o dal polso brachiale o femorale del neonato)
- sPO2 vicina al 100%
- È di colorito roseo
- Ha tono muscolare (compie movimenti attivi)
- Ha riflessi (tosse o starnuto all’aspirazione)



CLAMPAGGIO E TAGLIO DEL CORDONE

- Non vi è necessità assoluta di clampare e tagliare il cordone ombelicale.



- IL CORDONE VA SEMPRE TAGLIATO SE:
  - è molto corto
  - c'è bisogno di rianimare il neonato

Se decidiamo di tagliarlo:

Applichiamo 2 cord clamp alla metà circa della lunghezza del cordone e ad almeno 2 cm l'una dall'altra, quindi tagliamo nel mezzo.

Se il cordone è molto corto ricordarsi di clampare almeno a 4 dita dall'addome del neonato





Dott.ssa Ost. L.Fermani

DOPO IL PARTO E DOPO ESSERCI OCCUPATI DEL NEONATO:

ATTENDERE per qualche minuto, se il secondamento non avviene e se le condizioni lo permettono, è possibile iniziare il trasporto verso l'ospedale

La placenta viene espulsa in modo spontaneo

dai 10 ai 40 minuti circa dopo l'espulsione del neonato.

Segni di distacco:

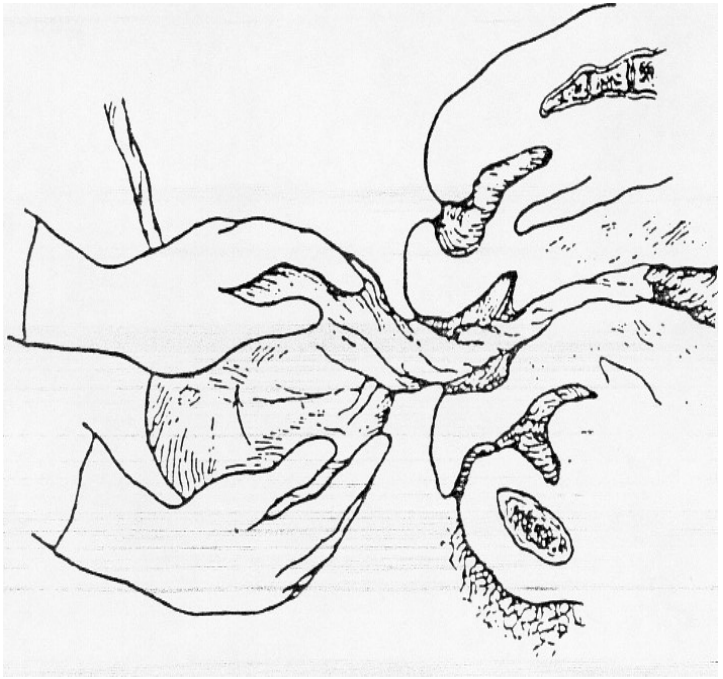
- Perdita ematica
- Sensazione di "peso in vagina"
- Visione della placenta alla rima vulvare

Aiutarsi con una lieve spinta da parte della donna;

Non premere sull'addome

Non tirare il cordone

FAR PESARE LA PLACENTA SU SE STESSA RUOTANDOLA



Conserviamo la placenta fino all'arrivo in ospedale dove la consegneremo all'ostetrica

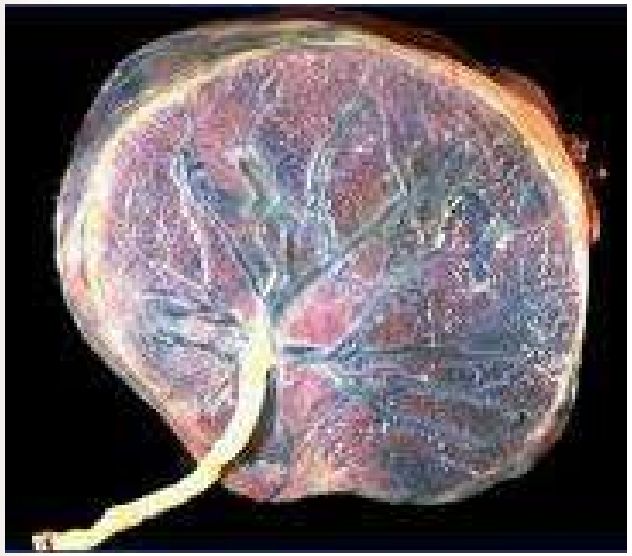
DOPO LA FUORIUSCITA DELLA PLACENTA:

Controllare che l'utero sia contratto mettendo la mano sull'addome, tra il pube e l'ombelico

Se non lo è, massaggiarlo delicatamente. Con questa manovra viene stimolata la contrazione e si previene l'emorragia post partum.









- Misuriamo i parametri vitali alla madre
- Controlliamo che la perdita di sangue non sia eccessiva
- Madre, neonato e placenta devono comunque essere accompagnati in ospedale

ASPETTI MEDICO LEGALI:

- Annotare data, ora e luogo di nascita
- In caso di parto gemellare identificare

  I e II nato
- Dovremo redigere, con l'aiuto dell'ostetrica alla quale affidiamo la donna all'arrivo all'ospedale un documento in cui certifichiamo di aver assistito al parto.



…grazie per l'attenzione..