

**CORSO
INTERREGIONALE
DI ELISOCCORSO
IN MONTAGNA
"Erwin Riz"**

**18-24 Settembre 2011
Valle del Sarca
TRENTINO**

ASSISTENZA AL PARTO DI EMERGENZA IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

Aurora Paoli
Ostetrica

EPIDEMIOLOGIA

Lo 0,2 % dei parti avvengono fuori dalle strutture ospedaliere. Sono parti non programmati a domicilio, con alta percentuale di gravidanze a bassa assistenza prenatale ed elevato rischio di mortalità perinatale pari al 10%.

Su dati epidemiologici europei circa 1000 parti/anno in Italia



U.O. Trentino Emergenza 118



PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL PARTO D'EMERGENZA IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: ASSISTENZA ALLA DONNA ED AL NEONATO

2008

NOZIONI OSTETRICHE

- Perdite ematiche
- Perdite di liquido amniotico
- Patologie della gravidanza
- Presentazione fetale
- Contrazioni da travaglio termine/pre termine (<37 S.G.)

PERDITE EMATICHE

La perdita ematica in gravidanza può essere:

- Scarsa, rosso scuro/vivo, presenza di contrazioni= probabile travaglio
- Abbondante, rosso scuro, ipercinesia uterina, forte dolore addominale= probabile distacco di placenta
- Abbondante, rosso vivo, non contrazioni= placenta previa?

La placenta si stacca prima dell'espulsione del feto.

- Grado lieve:

modesta emorragia, condizioni materno-fetali stabili,

Utero non contratto

- Grado moderato:

Perdita ematica dai genitali (fino a 1000cc una parte esce dalla vagina l'altra rimane retroplacentare)

Utero dolorante e contratto

- Grado grave:

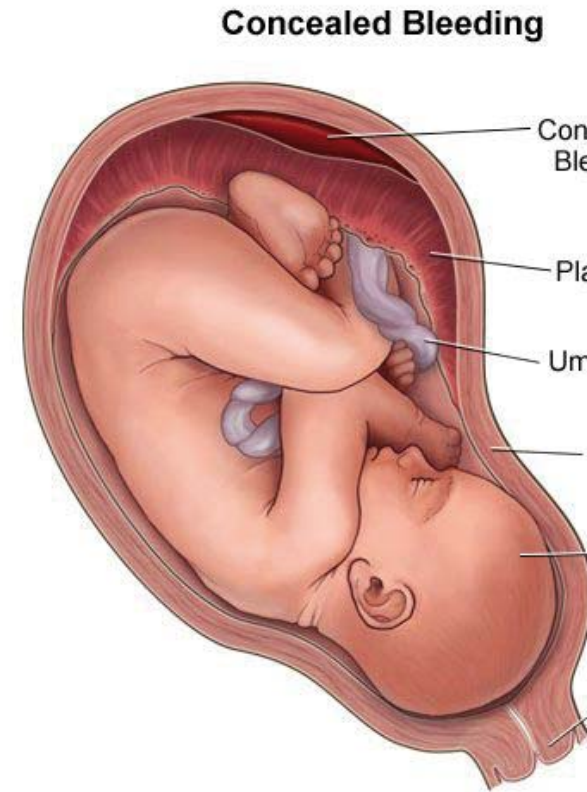
La placenta è distaccata per almeno i due terzi, perdita ematica circa 2000 cc. (la perdita ematica può essere occulta, retro-placentare).

La donna può essere in grave stato di shock,

La donna lamenta un **dolore addominale molto forte con una tensione lancinante**

SCOPO IMMEDIATO:

- ridurre lo shock ,
- compensare la perdita di sangue per ridurre l'ipossia fetale,
- somministrare alla donna ossigeno ad alti flussi



DEFINIZIONE:

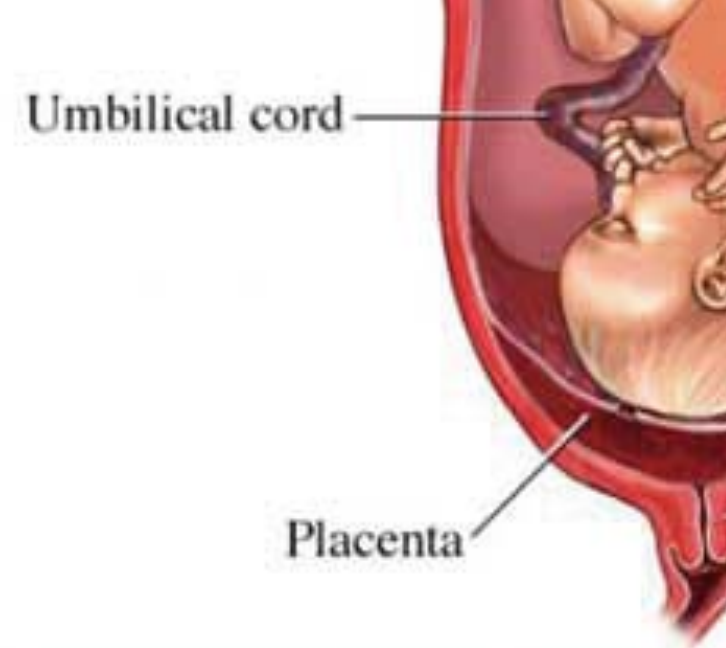
Impianto della placenta avviene parzialmente o interamente a livello del segmento uterino inferiore

SEGNI CLINICI:

- **EMORRAGIA VAGINALE** dovuta alla separazione della placenta dal SUI, che si verifica generalmente tra la 28 e 34 settimane quando il SUI va incontro modificazioni funzionali fisiologiche. La perdita ematica è proporzionale all'estensione della separazione.
- **IL COLORE E' ROSSO VIVO** e ciò denota un sanguinamento recente.
- **L'UTERO NON E' TESO NE' DOLORANTE**

LA DIAGNOSI: di placenta previa è ecografica.

SCOPO IMMEDIATO è ridurre lo shock..

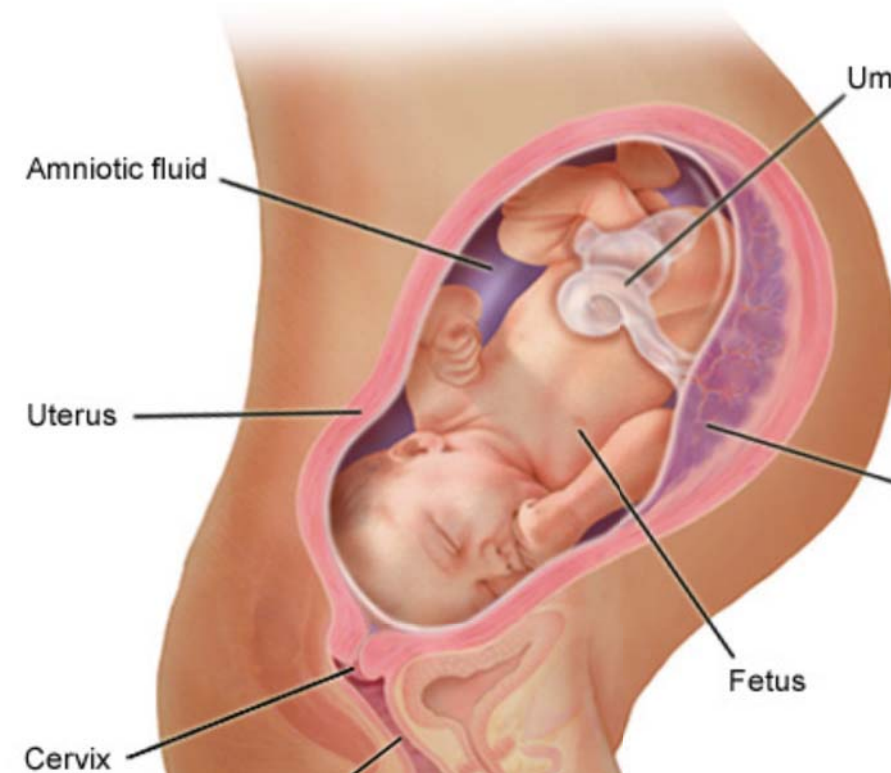


Tener presente che la placenta previa centrale può mettere a rischio la vita del

PERDITE DI LIQUIDO AMNIOTICO

Colore:

- chiaro/trasparente
- lievemente striato di sangue
- tinto (verde)



FUNICOLO

DEFINIZIONE: a membrane rotte il funicolo si trova davanti alla parte presentata

DIAGNOSI: funicolo visibile a livello dell'introito vaginale o palpabile durante la visita vaginale



SPIEGARE ALLA DONNA COSA SUCCEDDE

TRATTAMENTO:

Posizionare la donna con le natiche più alte rispetto alle spalle per fare in modo che il feto gravi diaframma

Posizione di SIMS esagerata cioè sul fianco con 2 grossi cuscini che sollevano ulteriormente le natiche

Posizionare delicatamente il funicolo all'interno della vagina collocandogli vicino una garza imbevibile fisiologica a T° corporea per mantenerlo al caldo al fine di prevenire lo spasmo vasale che si verifica quando il funicolo si raffredda o è soggetto a frizione (si sentirà anche se pulsa o meno)

Posizionare catetere vescicale e riempire la vescica con 500-700 cc. di fisiologica per diminuire la pressione della testa sul funicolo.

Durante un occlusione del funicolo il feto può vivere al massimo 10 minuti, ma se la pressione del funicolo è ridotta le possibilità sono maggiori.

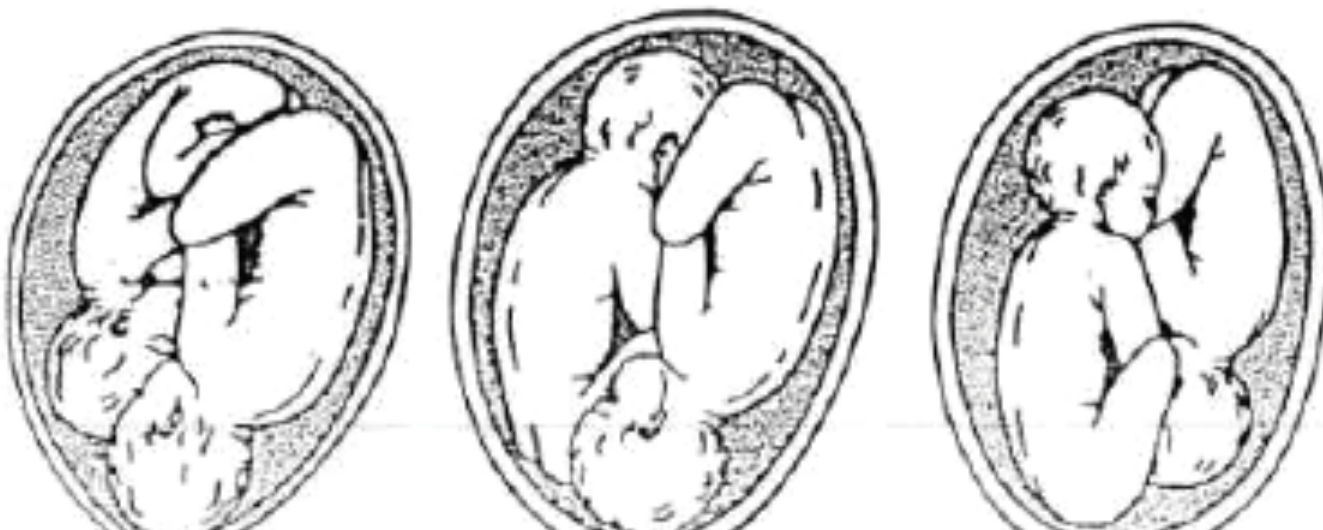
La rapidità è vitale, una volta alleviata la pressione del funicolo per ridurre l'ipossia fetale, somministrare alla donna ossigeno ad alti flussi



Presentazione cefalica



Presentazione po



Gravidanza gemellari

TRASFERIMENTO D'EMERGENZA

- Travaglio pretermine o di feto non cefalico o gravidanza gemell
- Sanguinamento importante da placenta previa o distacco di placenta
- Severa ipertensione materna
- Prolasso di funicolo



TRASPORTO DELLA PAZIENTE GRAVIDA

Posizionare la pz nel vacuum favorendo se possibile il decubito laterale sx c
Lo schienale del barellino leggermente sollevato.

Evitare la posizione supina





CONTROINDICAZIONI AL TRASFERIMENTO D'EMERGENZA

- Condizioni materne non stabilizzate
- Parto imminente (parte presentata visibile a piano perineale)

I^ FASE:

corrisponde al **PERIODO DILATANTE**: e va dall'inizio del travaglio (3 cm.) fino alla dilatazione completa (10cm);

in una nullipara (donna che non ha mai partorito) dura mediamente 8-12 ore, nelle gravidanze successive 3-6 ore.

Il travaglio è caratterizzato da:

- contrazioni dolorose
- della durata di circa 1 minuto
- con frequenza < 10 minuti

Stages of Cervical Dilatation



A. Cervix is not effaced or dilated.



B. Cervix is fully effaced to 1 cm.

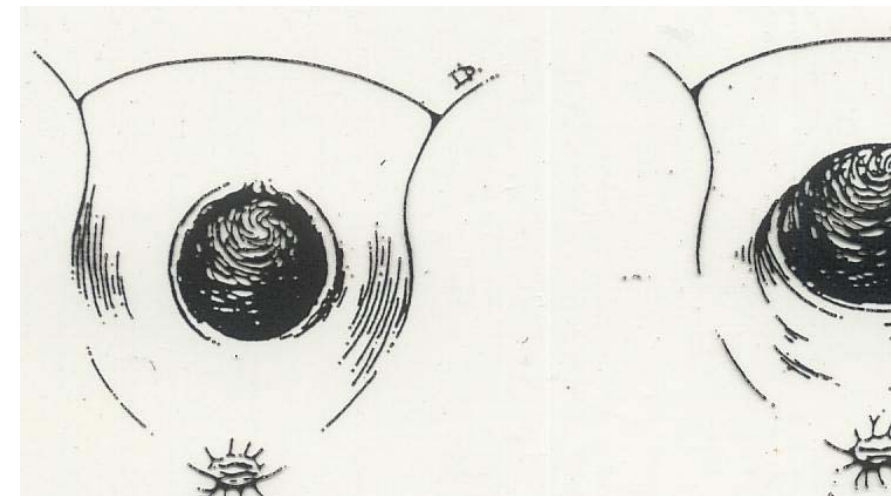
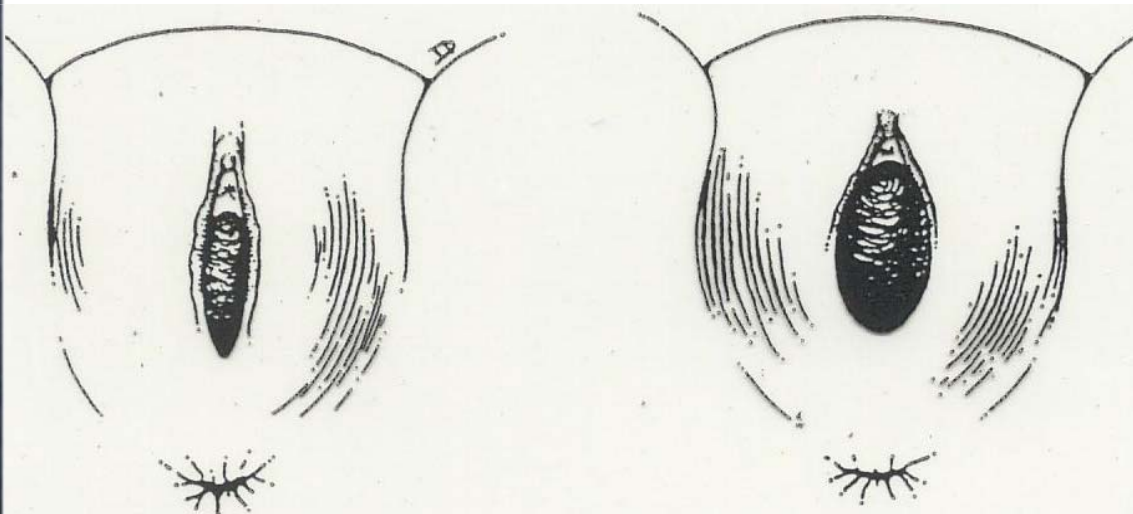


corrisponde all' **PERIODO ESFOLATIVO** e va dall'inizio delle spinte alla nascita, e dura 1-2 ore nella nullipara, da pochi minuti ad un'ora nelle gravidanze successive

La donna avverte la sensazione di premito o la spinta; osservare la donna se atteggiamento di spinta durante la contrazione

“da quanto spinge?”

osservare il perineo (se affiora la testa a livello vulvare)



3^ FASE:

corrisponde al **SECONDAMENTO** e va dalla nascita all'espulsione della placenta. Comunemente dura un'ora, 5-15 minuti se provocata attivamente.



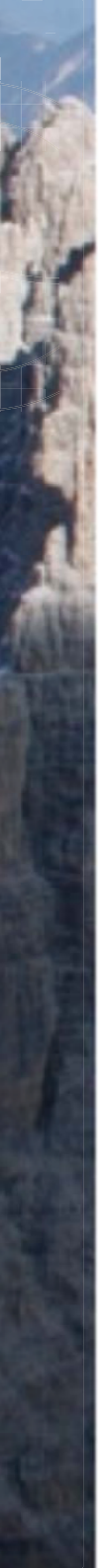
ASSISTENZA AL PARTO



- Informare la donna - coppia
- Indossare i dispositivi di protezione individuale

POSSIBILI POSIZIONI DA FAR ASSUMERE ALLA DONNA:

- **SIMS:** sdraiata sul fianco preferibilmente sinistro con la gamba sollevata: non provoca effetti ipotensivi, facilita il rilassamento, rallenta il periodo espulsivo, e quindi la fuoriuscita della testa in maniera troppo veloce prevenendo grosse lacerazioni vagino-perineali spesso causa di sanguinamenti
- **POSIZIONE SEMISEDUTA** (con cuscino sotto zona sacrale)

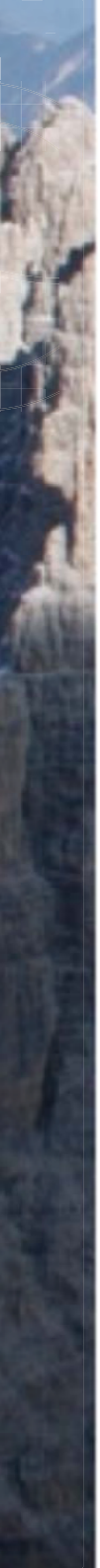
- 
- Telino pulito sotto il bacino della donna
 - 5-6 panni caldi per asciugare il neonato
 - Forbice sterile/bisturi
 - 2 Cord. Clamp (o più se parto gemellare)
 - Syntocinon 5 U.I. fl. (ossitocina)
 - Sacca graduata

PREVENZIONE PERDITA DI CALORE

I neonati non tollerano lo stress da freddo. L'ipotermia complica il processo di una eventuale rianimazione neonatale.

Prevenire la perdita di calore:

- Predisporre di panni caldi per asciugare il bimbo (scaldarli nello scaldafiumi o ar sotto la schiena della donna)
- Evitare correnti d'aria, asciugare velocemente il neonato alla nascita sostituendo panno.
- Porre particolare attenzione alla testa asciugandola e coprendola con un copri-

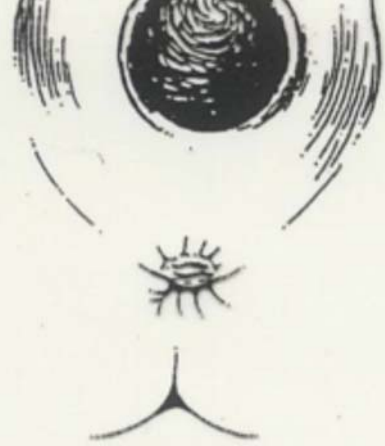


Lasciare che sia la donna a decidere la modalità di spinta: le spinte fisiologiche durano non più di 5-8" espirazione a glottide aperta (la spinta prolungata tipo manovra di Valsalva può avere effetti ipossici sul feto)

Nella pausa tra una contrazione e l'altra invitare/aiutare la donna ad effettuare respiri lenti e profondi.

Quando la testa affiora a livello perineale, invitare la donna a non spingere più forza, ma a spingere nell'espirazione soffiando fuori l'aria. In questo modo si eviteranno grosse lacerazioni e a limitare la velocità del parto.

Uscita la testa (sostenerla con la mano e iniziare a massaggiare l'utero) attendere la contrazione successiva per l'espulsione delle spalle senza trazionare la testa (parto in un tempo- parto a due tempi)
Non aspirare il naso e la bocca del bambino.



C. Circular shape.



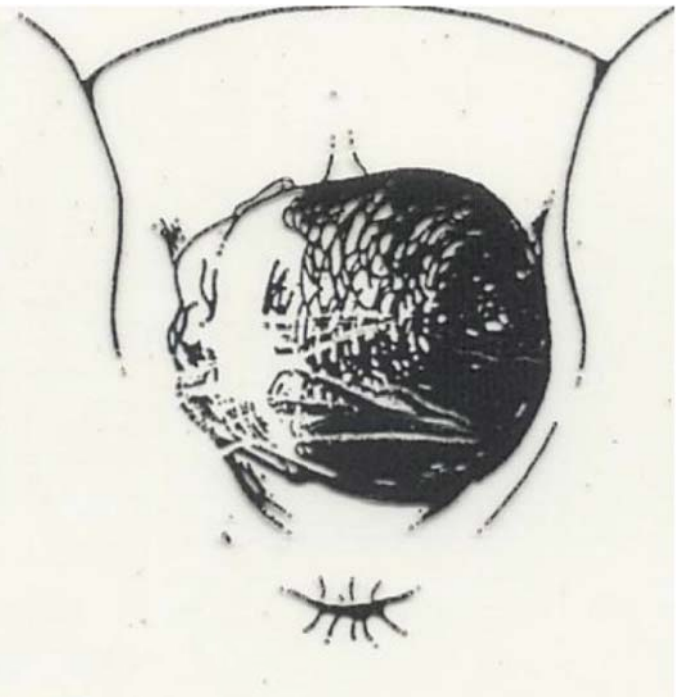
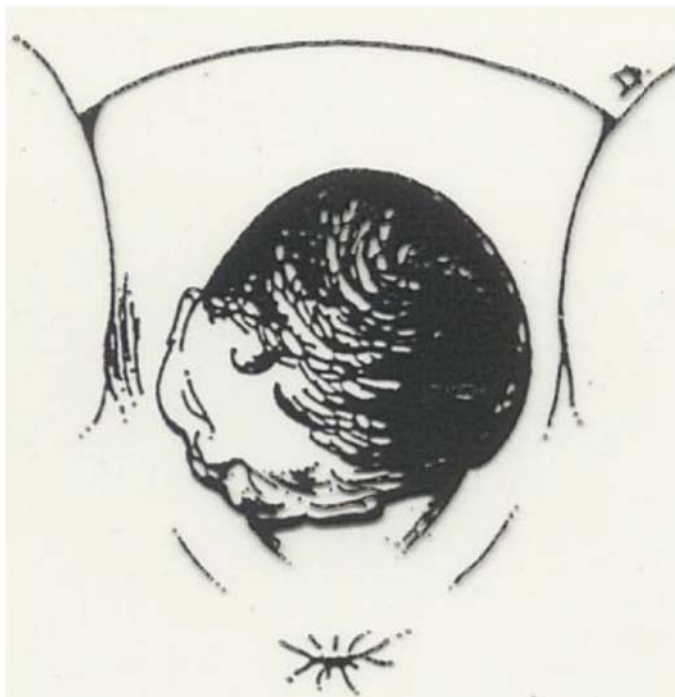
D. Crowning.



E. Extension.



F. B.





Fuoriuscita la testa durante la pausa se la donna è in posizione semiseduta farle assumere la posizione **di Mc Robert**: gambe flesse contro l'addome per facilitare il disimpegno delle spalle. Alla contrazione successiva potrà affiorare la spalla superiore sotto il pube e poi la spalla inferiore. Queste manovre saranno facilitate dal cuscino (spessore) sotto il bacino della donna.



Quando entrambe le spalle sono uscite tirare delicatamente il bambino verso di noi.

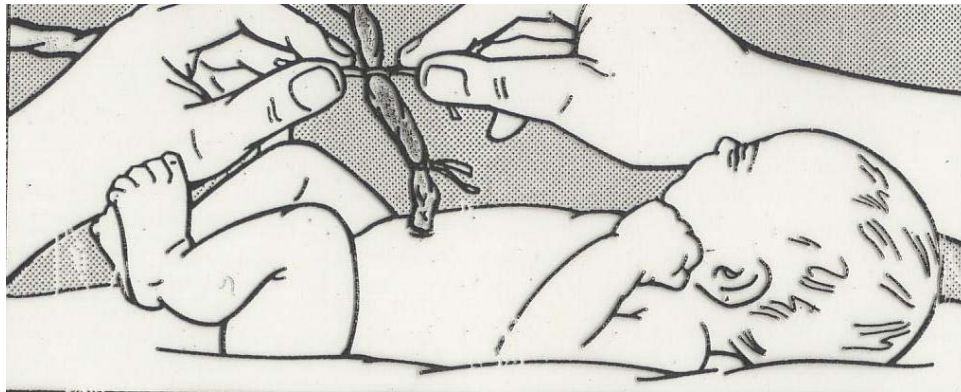
Deporre il neonato a livello **del piano perineale**

Srotolare il cordone ombelicale da eventuali giri al collo o al corpo

CONTROLLARE ORA DI NASCITA



- Prima valutazione del neonato
- Clampare precocemente il cordone ombelicale (20-30''): prima clamp a 5-6 cm. dal piano addominale del neonato e la seconda clamp a distanza di qualche cm. verso la madre e tagliare il funicolo tra le due clamp. (attenzione a schizzi di sangue!)



- Asciugare ancora, se occorre il bambino (testa)

La possibilità di poter praticare 5 U.I. di Syntocinon (ossitocina) i/m, appena clampato il funicolo e dopo aver escluso una gravidanza gemellare riduce la perdita ematica; in particolare riduce del 40% il rischio di emorragia post parto (secondamento attivo/profilassi con ossitocina)

Posizionare possibilmente una sacca graduata per la raccolta ematica sotto il bacino della donna.

Trasferire la donna e il bambino in ospedale, non aspettando il distacco della placenta.

Non trazionare il funicolo per far uscire la placenta

Se il secondamento avviene spontaneamente portare la placenta e membrane amniocoriali in ospedale per l'ispezione.

Valutare perdite ematiche nella sacca graduata anche durante il trasporto: una perdita di sangue

dopo il parto è normale





Placenta
membrane amnio-coriali
e funicolo ombelicale



EMORRAGIA DEL POST PARTUM

Definizione:

si definisce emorragia primaria del post partum una perdita ematica > 500 cc (nel parto vaginale)

Trattamento:

- Massaggiare con vigore l'utero appoggiando la mano circa all'altezza dell'ombelico della donna fino a che non sento che si contrae
- iniziare una perfusione con 4 fl. (20 U.I.) di ossitocina diluite in 500 cc di soluzione fisiologica (90-300 ml/h)
- Posizionare eventuale secondo accesso venoso/accesso venoso centrale
- Infondere cristalloidi pari a tre volte la perdita ematica
- Monitorare parametri vitali .
- Somministrare ossigeno ad alti flussi
- Continuare a massaggiare l'utero

Generalmente se la perdita è abbondante il sanguinamento è dato da

ATONIA UTERINA

Tuttavia la perdita può venire anche da lacerazioni del :

“a colpo d’occhio”



COLORE: il colorito si ricerca sul tronco, le labbra e la lingua. È fisiologico acrocianosi

TONO: arti ben flessi sono segno positivo alla nascita; se il neonato nasce ipotonico è simile ad una bambola di pezza.

RESPIRO: una buona attività respiratoria esprime alla nascita con un **pianto** vigoroso. Apnea, respiro irregolare o gasping sono anormali.

FREQUENZA CARDIACA: rilevata con il fonendoscopio o con due dita alla base del petto.



Se il neonato è fisiologico appoggiarlo **(nudo)** pelle-pelle prono sul seno**(nudo)** madre posta in posizione semiseduta e coprire con panno asciutto pre-riscaldato, coperta ed eventuale telo isotermico.

Se il neonato ricerca il seno materno e se le condizioni materne/neonatali lo permettono, aiutarlo ad attaccarsi al seno (con la suzione c'è un rilascio di ossitocina che favorisce la contrazione dell'utero)

Controllare successivamente ogni 15 minuti i parametri di benessere e sospendere