

**CORSO DI PRIMO SOCCORSO
PER LA FORMAZIONE
DI NUOVI VOLONTARI**

- sessione teorica -

**LE EMERGENZE
OSTETRICHE**

1. GRAVIDANZA E PARTO

Il bambino in fase di sviluppo cresce in un organo materno dotato di spessa parete muscolare chiamato **utero** e prende il nome di **feto**. Al termine del periodo di gravidanza, l'utero inizia a contrarsi e a dilatarsi a livello della **cervice**, per consentire al prodotto del concepimento di fuoriuscire mediante l'attraversamento della **vagina** o **canale del parto**.

Nel corso della gravidanza, parallelamente al feto, si sviluppa un organo formato sia da tessuti materni che fetali, la **placenta**, che consente gli scambi metabolici e dell'ossigeno tra sangue materno e quello fetale.

Il sangue materno *non* circola attraverso il corpo del feto, che ha un proprio sistema circolatorio: il sangue fetale attraversa la placenta, viene a contatto con il sangue materno, effettua gli scambi e torna al feto tramite i vasi contenuti nel **cordone ombelicale**.

Durante la gravidanza, il feto è racchiuso e protetto da una membrana chiamata **sacco amniotico**, contenente il **liquido amniotico** in quantità compresa fra i 500 e i 1500 ml (**media 800 ml**).

La gravidanza a termine ha durata di 40 settimane e viene conteggiata a partire dal primo giorno dopo l'ultima mestruazione.

La presentazione avviene al momento in cui il bambino appare attraverso l'apertura vaginale. Si può avere:

- presentazione di capo (cefalica o di vertice), nell'93% dei casi circa;
- presentazione di piede o podalica, nel 5% circa dei casi;
- altre presentazioni anomale nel 2% circa dei casi.

1.1. IL TRAVAGLIO

Il travaglio è il periodo che descrive tutti i processi del parto. Si suddivide in tre fasi:

1. **Prima fase o periodo dilatativo**: ha inizio con la comparsa delle **contrazioni regolari**, e termina quando la cervice ha raggiunto la dimensione massima. Inizialmente le contrazioni sono distanti nel tempo e si fanno più frequenti con l'avvicinarsi della nascita, con una frequenza che varia da una ogni 30 minuti a una ogni 3 minuti o meno;
2. **Seconda fase**: il neonato entra nel canale del parto e vi resta fino alla nascita. Rottura del sacco amniotico conseguente ai movimenti fetali. Il liquido amniotico è generalmente chiaro: un liquido verdastro o giallo-marrone può indicare sofferenza fetale durante il travaglio (**liquido tinto di meconio**);
3. **Terza fase**: ha inizio con la nascita del bambino e termina con il **secondamento** (espulsione della placenta, del cordone ombelicale, dei tessuti del sacco amniotico e del rivestimento interno dell'utero);

1.2. LE DOGLIE

Sono causate dalle contrazioni uterine, e sono descritte come un dolore nella parte bassa della schiena. Con il proseguire del travaglio, il dolore diventa più percepibile e localizzato nell'addome inferiore. I dolori si presentano a intervalli regolari di 2-3 minuti, con durata di 30-60 secondi. Sono parametri fondamentali da tenere monitorati:

- Durata delle contrazioni (tempo intercorso tra l'inizio di una contrazione e il rilassamento dell'utero);
- Intervallo o frequenza della contrazione (tempo intercorso tra l'inizio di una contrazione e la contrazione successiva).

2. IL PARTO NORMALE

2.1. IL KIT OSTETRICO STERILE

Deve contenere:

- Alcune paia di guanti chirurgici sterili;
- cinque teli sterili;
- una dozzina di tamponi di garza per pulire il piccolo;
- una piccola pompetta di gomma per aspirare le secrezioni dalla bocca e dal naso del piccolo;
- tre pinze per clampare il cordone ombelicale;
- cerotto per legare il cordone ombelicale;
- forbici per il taglio del cordone ombelicale;
- una coperta per avvolgere il bambino e tenerlo al caldo;
- Alcuni pannolini sigillati per assorbire il sangue e le secrezioni materne.

2.2. VALUTAZIONE DELLA MADRE

Si procede all'esame della madre ponendo alcune domande:

1. Nome, età e data prevista del parto;
2. Prima gravidanza o successiva? (*il travaglio nella prima gravidanza dura 16-17 ore, ed è molto più breve ad ogni gravidanza successiva*);
3. Da quanto tempo sono cominciate le doglie, quale è il loro intervallo e se si è già verificata la rottura delle acque. verificare le eventuali perdite ematiche;
4. Sente il bisogno di defecare?
5. Controllare se vi è presentazione;
6. Esaminare le contrazioni uterine;
7. Monitorare i parametri vitali.

Se la donna è primipara, non è sotto sforzo e non si intravede il bambino, non vi è motivo di ritardare il trasporto. Se le contrazioni sono intorno ai due-tre minuti, la nascita è imminente, e si necessita allora di organizzare il parto in emergenza..

2.3. PREPARAZIONE DELLA MADRE AL PARTO

Si procede nel seguente modo:

1. *Osservare l'ambiente circostante, cercando di ottenere la maggior riservatezza possibile per la madre;*
2. *Indossare gli indumenti chirurgici protettivi (guanti, camice, cappellino, visiera);*
3. *Posizionare la madre sul letto, ambulanza o struttura rigida;*
4. *Rimuovere gli abiti della paziente e la biancheria intima che impediscono di vedere l'apertura vaginale;*
5. *Chiedere al collega o al padre del bimbo o a chi vi assiste di collocarsi al capo della madre;*
6. *Sistemare su di un telo sterile il contenuto del kit;*

Durante l'espletamento vero e proprio del parto, le operazioni da compiere per assistere correttamente la madre nel corso di un parto normale, sono:

1. *Fate in modo che ci sia sempre qualcuno alla testa della madre, per fornire supporto emotivo, ma soprattutto per monitorare i parametri vitali;*
2. *Porre una mano accanto all'apertura vaginale, ma senza toccare la cute della madre;*
3. *Sostenere la testa del piccolo man mano che questa fuoriesce, **senza esercitare alcuna trazione;***
4. *Una volta fuoriuscita la testa, verificare che il cordone ombelicale non sia attorcigliato intorno al collo;*
5. *Quando la testa è uscita, se il sacco amniotico non è stato rotto, usare le dita per pungere e aprire la membrana;*
6. *Controllare ed eventualmente aspirare le vie respiratorie del bambino;*
7. *Aiutare la madre nell'espulsione delle spalle sostenendo il capo del bambino in posizione lievemente inferiore all'apertura vaginale;*
8. *Sostenere il bambino durante tutte le fasi della nascita;*
9. *Annotare l'ora esatta della nascita.*

2.3.1. Tempi fisiologici di evoluzione del parto normale non complicato:

Periodo	Caratteristiche	Durata	
		Primipara	Multipara
Prodromico	Ha inizio quando le contrazioni divengono ritmiche , coordinate e percepite come sensazione fastidiosa	circa 8 ore	circa 5 ore
Dilatante	Corrisponde alla fase attiva della dilatazione cervicale. Si compone di tre fasi (accelerazione, massima attività, decelerazione). Le contrazioni divengono sempre più valide, frequenti e prolungate, ed il dolore aumenta di intensità.	4-5 ore	circa 2 ore
Espulsivo	Le contrazioni uterine sono molto ravvicinate, intense e prolungate.	circa 1 ora	20-30 min
Secondamento	Consiste nell'espulsione o nell'estrazione degli annessi fetali dall'organismo materno dopo l'espulsione del feto.	circa 20 min	circa 20 min

2.4. VALUTAZIONE DEL NEONATO

La **vitalità** del bambino viene valutata *uno* e *cinque* minuti dopo la nascita mediante una scala di valutazione detta **Indice di Apgar** che, valutando cinque segni clinici ed attribuendo ad essi un punteggio da 0 a 2, consente sommando i vari punteggi di collocare il neonato in tre diverse fasce.

Segno	0	1	2	Punteggio
Frequenza cardiaca	Assente	Inferiore a 100	Superiore a 100	
Respirazione	Assente	Lento e irregolare	Normale; piange	
Tono muscolare	Debole	Alcuni segni di flessione alle estremità	Attivo; buon movimento delle estremità	
Irritabilità	Nessuna risposta	Piange; Qualche movimento; smorfie	Piange; vigoroso; tossisce; starnutisce	
Colore della pelle	Cianotico o pallido	Rosa o colore tipico del neonato; mani e piedi blu	Rosa o colore tipico del neonato in tutto il corpo	

Facendo la somma dei vari punteggi, il neonato può essere collocato in tre "fasce" di vitalità.

La maggior parte dei neonati presenta un punteggio compreso fra **7 e 9** alla valutazione del **primo minuto**, e tra **8 e 10** alla seconda ai **cinque minuti**.

Qualunque neonato che dopo cinque minuti presenti un punteggio **uguale o inferiore a sette**, dovrà essere rivalutato anche ai **dieci minuti**.

- Un punteggio di Apgar da **0 a 3** indica una **sofferenza grave**, che può necessitare del supporto BLS o ACLS pediatrico;

- Un punteggio tra **4 e 6** indica una **sofferenza moderata**;
- Un punteggio tra **7 e 10** indica una **sofferenza molto lieve o assente**.

2.4.1. Caratteristiche del neonato a termine:

Parametro	Range
Frequenza cardiaca	120-160/min
Pressione arteriosa	80-50 mmHg
Frequenza respiratoria	30-50/min

2.5. CURA INIZIALE DEL NEONATO

Il neonato va adagiato su un fianco, con la testa posizionata leggermente più in basso rispetto al corpo: in questo modo viene favorito il drenaggio delle secrezioni dalla bocca e dal naso. Per la cura iniziale del neonato, si procede come segue:

1. *Liberare le vie aeree*, utilizzando un tampone di garza sterile per la bocca ed il naso del neonato;
2. *Tenere il bambino su un fianco*, aspirando nuovamente le cavità;
3. *Controllare che la respirazione del bambino sia regolare ed efficace*. **NON** tenete il bimbo per i piedi, e **NON** dategli delle pacche sul sedere;
4. *Mantenete il neonato al caldo* avvolgendolo in un asciugamano di spugna e in una coperta;
5. *Prepararsi al clampaggio ed al taglio del cordone ombelicale*.

NON è opportuno lavare il neonato, in quanto è preferibile che mantenga lo strato di vernice caseosa protettivi fino al suo arrivo in ospedale

Per quanto concerne il clampaggio ed il taglio del cordone ombelicale:

1. *Legare il cordone facendo un nodo quadrato* (destra su sinistra, quindi sinistra su destra);
2. *Applicare una pinza o un legaccio a circa 25 cm dal bambino*;
3. *Posizionare la seconda pinza o il secondo legaccio ad una distanza di 7-8 cm più vicina al bambino*;
4. *Tagliare il cordone tra le pinze*. **NON** togliere **MAI** le pinze o i nodi una volta che il cordone è stato tagliato.

NON PINZATE O TAGLIATE MAI IL CORDONE DI UN BAMBINO CHE NON RESPIRI DA SOLO, a meno che non sia necessario per svolgerlo dal collo o non si debba effettuare una RCP sul neonato medesimo.

2.6. ASSISTENZA ALLA MADRE POST-PARTUM

- A. **SECONDAMENTO**: consiste nell'espulsione della placenta con la parte di cordone ombelicale ad essa collegato, del sacco amniotico e dei tessuti di rivestimento dell'utero. Conservate tutti gli annessi in sacchetti di plastica con l'indicazione del contenuto.
- B. **CONTROLLO DELLE EMORRAGIE VAGINALI**: l'espulsione della placenta è ***sempre*** accompagnata da emorragia uterina che defluisce attraverso la vagina. Procedere come segue:
- Porre un assorbente igienico sull'apertura vaginale senza inserire nulla nella vagina;
 - Chiedere alla madre di abbassare le gambe e unirle. Massaggiare delicatamente l'addome fino a quando non si avverte la comparsa di una massa delle dimensioni di un pompelmo: l'utero si è contratto (formazione del ***globo di sicurezza***);
 - L'allattamento del neonato favorisce le contrazioni uterine e l'arresto dell'emorragia. Tuttavia, controllare sempre con un dito che il palato del neonato sia normale.
- C. **SUPPORTO EMOTIVO**: restate vicini alla madre per tutte le fasi del parto. L'assistenza alla puerpera non termina con il controllo dell'emorragia vaginale. Monitorate i parametri vitali e curate la pulizia soprattutto del volto e delle mani della madre.

3. COMPLICANZE DEL PARTO

3.1. CONDIZIONI DI GRVIDANZA A RISCHIO

- Adolescenza;
- Età superiore ai 35 anni;
- Madre primipara;
- Madre con più di 5 gravidanze;
- Ipotensione o ipertensione arteriosa in anamnesi alla madre;
- Segni e/o sintomi di tossiemia;
- Madre affetta da diabete;
- Allergie prima del parto;
- Rottura prematura delle membrane;
- Madre affetta da malattie infettive, tossicodipendente o alcolista;
- Assunzione di farmaci (Litio, magnesio, reserpina).

Tipo di urgenza	Valutazione	Trattamento
Pre-eclampsia ed eclampsia	<p><u>Sono segni e sintomi di pre-eclampsia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressione arteriosa elevata • Edema • Eccessivo aumento ponderale • Rigonfiamento al volto, mani, piedi <p><u>Quando il disturbo è grave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Ipersensibilità alla luce • Disturbi della vista • Dolore ai quadranti addominali superiori • Apprensione, agitazione <p>La pre-eclampsia si distingue dall'eclampsia per l'insorgenza di convulsioni o coma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trasportare la pz. al più presto in ospedale <p>Se la paziente presenta convulsioni o alterazioni del sensorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ABC • Posizione laterale di sicurezza • Ossigeno ad alto flusso in maschera
Emorragia eccessiva ante-partum	<p><u>Segni e sintomi di emorragia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Emorragia massiva dalla vagina • Dolore e sintomi simili al travaglio di parto, in caso di placenta previa • Segni dello shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente in decubito laterale • Curare lo shock • NON chiudere la gambe della donna • Porre un assorbente all'apertura vaginale. NON inserire nulla in vagina • Ossigeno in maschera ad alta concentrazione
Gravidanza ectopica	<p><u>Segni e sintomi di gravidanza ectopica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolore addominale acuto • Emorragia vaginale • Segni dello shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasportare la paziente immediatamente • Paz. in posizione antishock • Trattare lo shock • Ossigeno in maschera ad alta concentrazione
Rottura dell'utero	<p><u>Segni e sintomi di rottura dell'utero:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensazione di lacerazione all'interno dell'addome • Dolore • Travaglio prolungato • Emorragia di lieve entità • Shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Ossigeno ad alta concentrazione • Trasporto immediato • Trattare lo shock • Eventuale RCP
Aborto	<p><u>Segni e sintomi di aborto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolore addominali crampiformi • Emorragia moderata o grave • A volte emissione di frammenti di tessuto e di sangue dalla vagina 	<ul style="list-style-type: none"> • Ossigeno in maschera ad alta concentrazione • Rilevare e monitorare i parametri vitali • Controllare l'emorragia • Trasporto immediato della paziente • Trattare lo shock • Fornire supporto emotivo
Incidenti in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi del tipo di incidente • Esaminare la paziente incosciente per rilevare eventuali segni di traumatismo • Chiedere alla paziente o rilevare l'eventuale perdita di sangue e/o liquidi dalla vagina 	<ul style="list-style-type: none"> • ABCDE • Ossigeno ad alta concentrazione in maschera • Pronti ad aspirare; eventuale sng • Trasportare immediatamente • Fornire supporto emotivo

3.2. URGENZE DURANTE IL PARTO E PARTI ANOMALI

<i>Tipo di urgenza</i>	<i>Valutazione</i>	<i>Trattamento</i>
<i>Neonato che non respira</i>	Vedi Patologia Neonatale	Vedi Patologia Neonatale
<i>Presentazione podalica</i>	Presentazione con natiche o entrambe le gambe piuttosto che di vertice	<ul style="list-style-type: none"> • Lasciate che le natiche e il tronco vengano partoriti spontaneamente • Sostenete il bambino tenendo il corpo sul palmo della mano e lasciando pendere le gambe a lato del braccio • Lasciate che la testa venga partorita spontaneamente
<i>Presentazione di faccia o di arto</i>	Presentazione di fronte, di faccia o di mento da parte del piccolo. Spesso associata a prolasso del cordone ombelicale	<ul style="list-style-type: none"> • Trattare l'eventuale prolasso del cordone • Se la testa viene espulsa ma le spalle restano incastrate, ripulire ed aspirare bocca e naso del bambino • Trasporto immediato in ospedale, con madre posizionata in decubito laterale • Ossigeno ad alta concentrazione in maschera
<i>Parto plurimo</i>	Generalmente noto da parte della madre lo stato di gravidanza multipla.	<ul style="list-style-type: none"> • Pinzare o legare il cordone del primo neonato • Tenere i neonati al caldo • Assistere al secondamento
<i>Nascita prematura</i>	la cura e l'intervento sono tanto più importanti quanto più è prematuro il parto	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere il neonato al caldo • Mantenere aperte le vie aeree • Prevenire e trattare le emorragie del cordone ombelicale • Ossigeno in tenda costruita con un foglio di alluminio sul capo del neonato. NON erogare ossigeno direttamente sul volto del neonato
<i>Bambino nato morto</i>	Per la Legge Italiana, è considerato nato morto il neonato <i>che non abbia emesso alcun vagito</i>	Valutare la possibilità di eseguire BLS e RCP pediatrica

4. CENNI DI PATOLOGIA NEONATALE

4.1. IL NEONATO CHE NON RESPIRA

4.1.1. Valutazione:

Se il bambino non inizia a respirare nel breve tempo necessario a metterlo in decubito laterale con la testa leggermente più in basso del corpo, occorre partire IMMEDIATAMENTE con la sottoindicata procedura di emergenza.

4.1.1. Trattamento:

1. Strofinare con delicatezza ma vigorosamente la schiena del bambino;
2. Se ciò non portasse ad alcun risultato, dare dei colpetti sulla piante del piede del bimbo per stimolarlo a respirare;
3. Se anche questa manovra non dovesse dare risultato, garantire la pervietà delle vie aeree aspirando bocca e naso con la pompetta di gomma;
4. Se anche dopo ciò il bambino non respira autonomamente, eseguire due insufflazioni tramite Ambu pediatrico o tramite maschera a bocca. Le due insufflazioni devono essere molto superficiali ma sufficienti ad alzare il torace del bimbo;
5. Verificare la presenza di polso arterioso: se presente, avviare **SUBITO** la ventilazione artificiale;
6. Se il polso arterioso è assente, avviare **SUBITO** RCP;
7. Se il bambino inizia a questo punto a respirare spontaneamente, erogare ossigeno, evitando di indirizzarne il flusso direttamente sul volto del piccolo, ma costruire una sorta di tenda sopra il suo capo con un foglio di alluminio, e non superare il 40% di concentrazione in ossigeno.

Se il bambino respira ma ha una frequenza cardiaca inferiore a 60 pulsazioni/minuto, le sue condizioni devono comunque essere considerate gravi!!!

Proseguire il monitoraggio ravvicinato dei parametri vitali, e valutare la possibilità di procedere con assistenza respiratoria ed eventualmente PBLs.