

La paziente gravida

Release 4.0 del 22/12/2019

Guido Padoa

Volontario in Croce Rossa Italiana

Monitore di Primo Soccorso

Istruttore MSP Manovre Salvavita Pediatriche

Istruttore TSSA Trasporto Sanitario e Soccorso
in Ambulanza

Comitato CRI di Bergamo (BG)

www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Prima di iniziare

Per favore

Vogliate spegnere i cellulari,
o metterli in silenzioso



Se avete domande

Alzate la mano,
oppure alla fine della lezione



La paziente gravida

Obiettivi della lezione



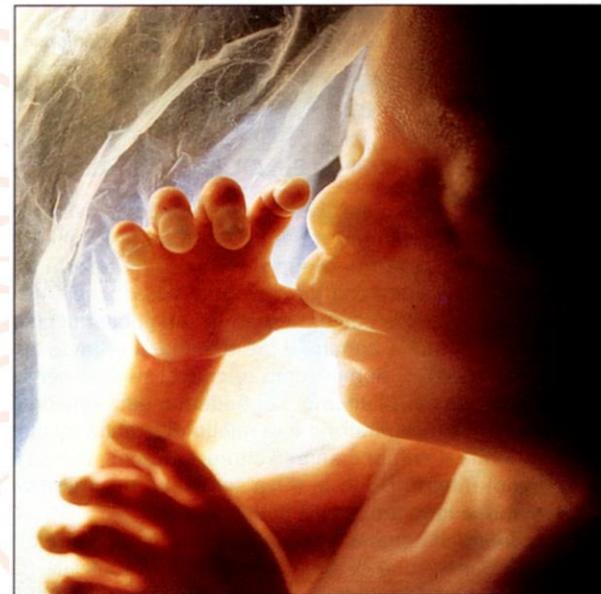
Acquisizione di conoscenze su:

1. La gravidanza: dal concepimento al parto
2. Parto fisiologico e parto assistito
3. Le varie fasi del parto: prodromica, espulsiva, secondamento
4. Come riconoscere una situazione di parto imminente
5. Come assistere la partoriente in sede extra-ospedaliera
6. Assistenza alla mamma ed al neonato
7. Pronto riconoscimento delle situazioni di urgenza ostetrica, che richiedono una immediata ospedalizzazione

La paziente gravida

Capitolo 1

La gravidanza: dal concepimento al parto



La gravidanza è la situazione fisiologica di una donna che, in circa 9 mesi, porta alla nascita di un bambino.

www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

Per una maggiore precisione, la **durata della gravidanza** viene espressa in **“settimane” = w** (weeks in inglese) anziché in mesi.

Secondo **l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** «la durata della gestazione è misurata a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione avuta. L'età gestazionale viene espressa in giorni completi o settimane complete».

Termine fisiologico della gravidanza = **40w** (280 giorni = circa 9 mesi), con un margine fisiologico di **+ o - 2w** (da 38 a 42w).

Aborto = gravidanza **< 22w** (fino a circa 5 mesi)

Parto pre-termine = gravidanza **< 37w** (dai 5 agli 8 mesi e mezzo)

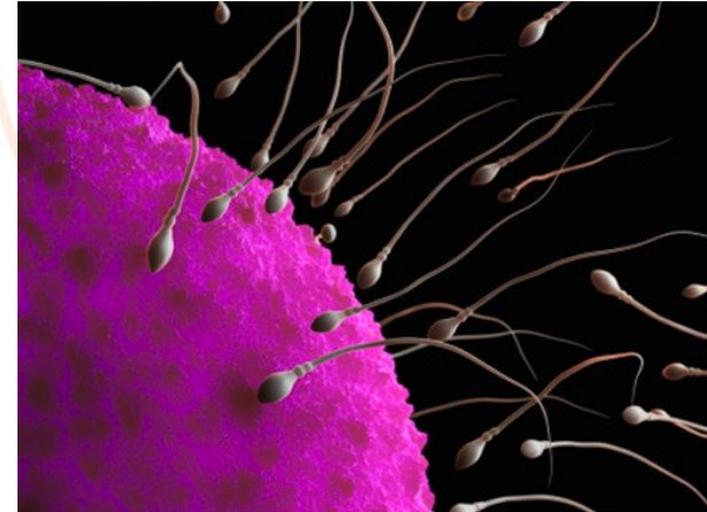
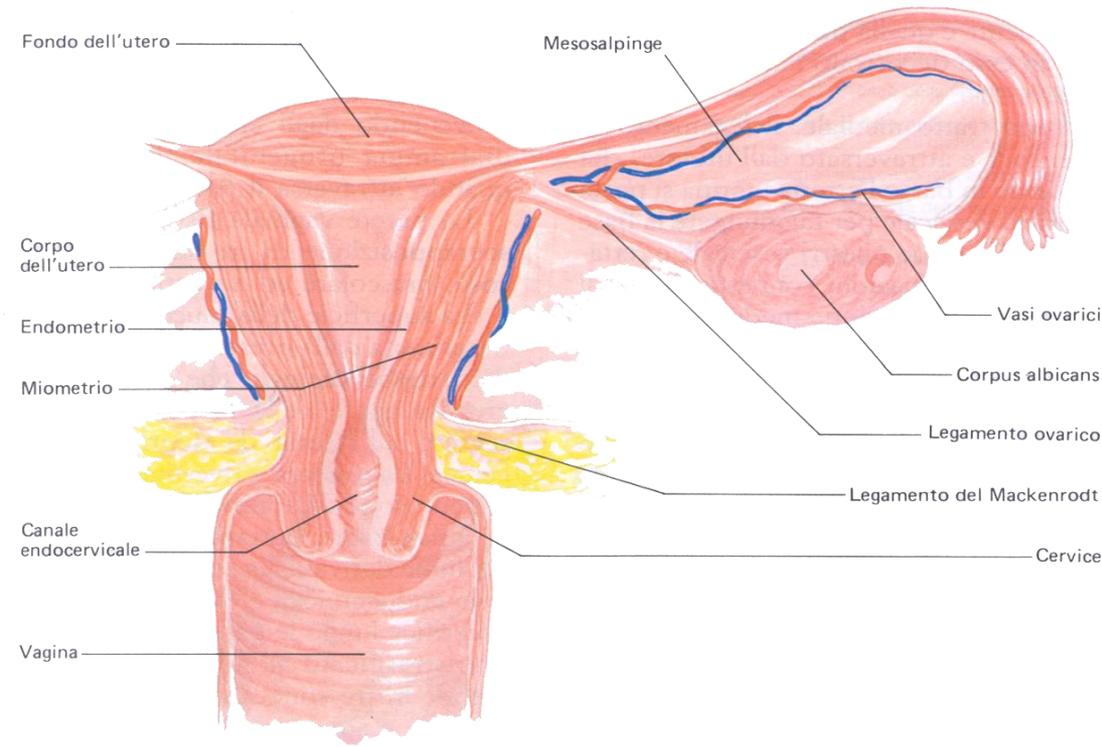
Parto post-termine = gravidanza **> 42+2w** (tra i 9 ed i 10 mesi)



Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

La gravidanza inizia con il concepimento: un ovulo femminile (rilasciato dalle **ovaie**) viene fecondato da uno **spermatozoo** maschile, e si annida quindi nell'**utero** della donna, nutrito ed ossigenato dalla **placenta**, ad essa collegato tramite il **cordone ombelicale**.

Il frutto del concepimento viene chiamato **embrione** fino a **11w**, mentre prenderà il nome di **feto** da **12w** fino alla nascita,.



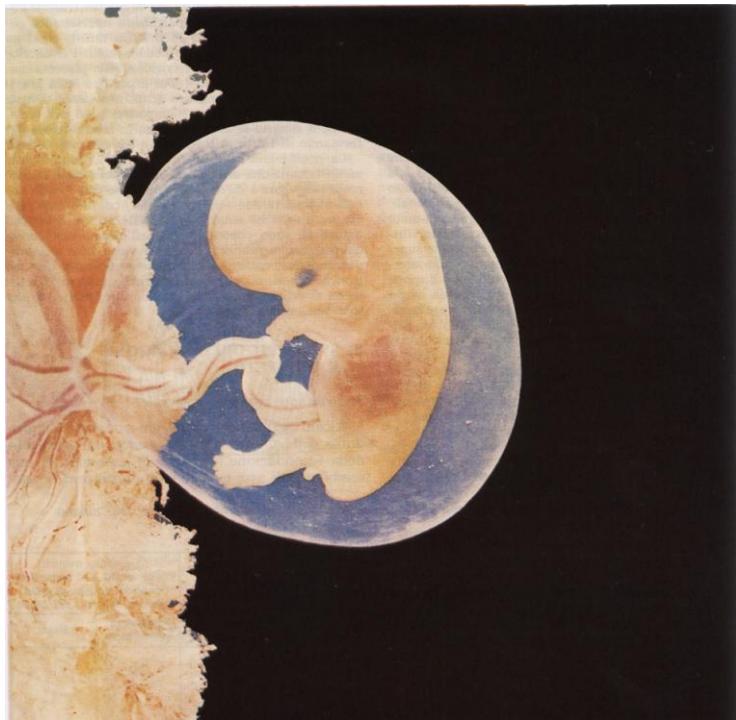
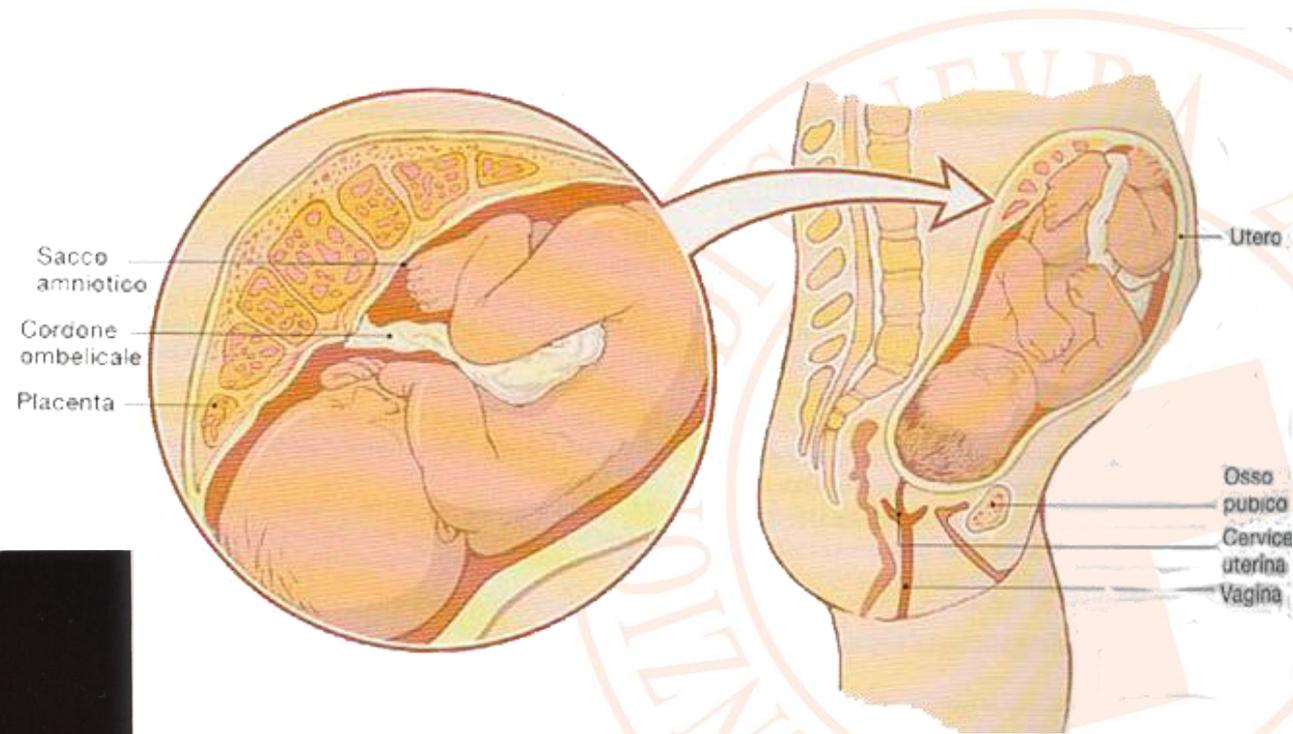
www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Iniziamo ora il nostro percorso alla scoperta di questo evento, dall'inizio della gravidanza fino alla nascita!



Durante la gravidanza, il feto è avvolto da una sacca piena di liquido amniotico, che si romperà poco prima del parto.

www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

La gravidanza può essere suddivisa in **tre trimestri distinti**, caratterizzati dalle particolari modificazioni che avvengono nella madre e nel bambino.

Con l'ecografia, viene periodicamente monitorato il regolare accrescimento del feto.



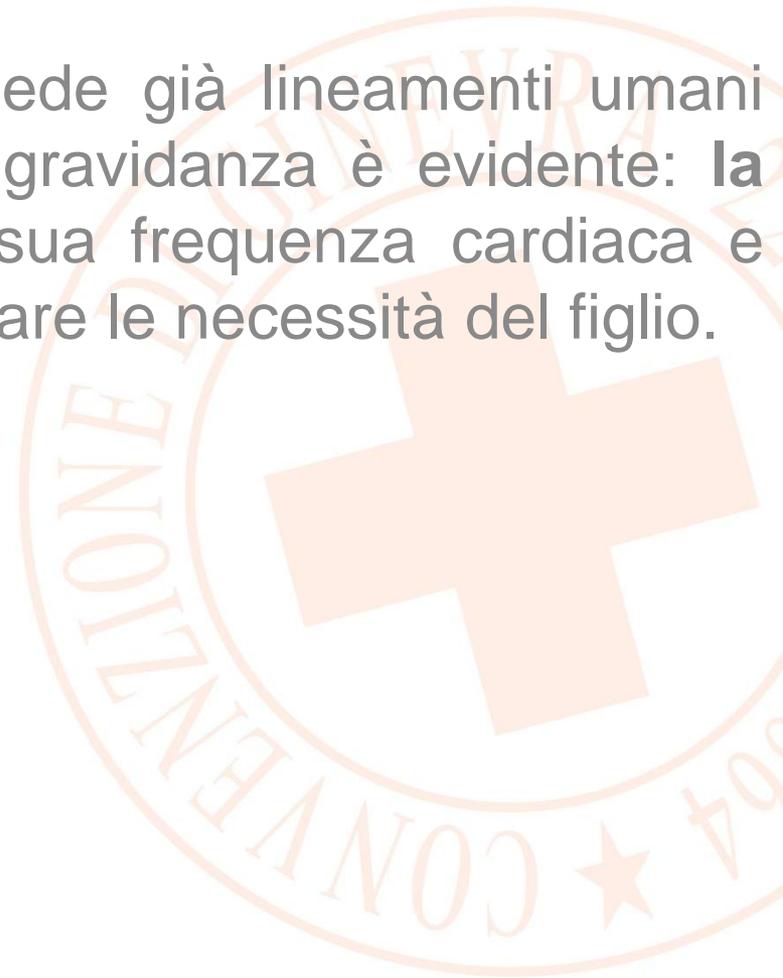
Lo sviluppo del feto

• **Nel primo trimestre**, in cui si sviluppano tutti gli organi principali, la madre ha spesso nausea e vomito, mammelle ingrossate e indolenzite e inizia ad aumentare di peso.



Lo sviluppo del feto

• **Nel secondo trimestre**, il feto possiede già lineamenti umani riconoscibili e cresce con rapidità; la gravidanza è evidente: la madre sente muoversi il feto e la sua frequenza cardiaca e pressione arteriosa salgono per soddisfare le necessità del figlio.



Lo sviluppo del feto

- **Nel terzo trimestre** gli organi del feto aumentano di dimensioni; la gestante tende a sentirsi accaldata, affaticata ed impacciata e può soffrire di insonnia.
- Al termine del periodo, il feto completa il suo sviluppo e si predispone per il momento della nascita assumendo la posizione cefalica.



Ecografia 3D di ultima generazione.

Ci avviciniamo al momento della nascita...

IL PARTO

Dopo 39 settimane, pari a circa 9 mesi, lo sviluppo fetale è completo e il l'utero materno non può fisicamente continuare a espandersi

il bambino di solito è girato con la testa verso il basso

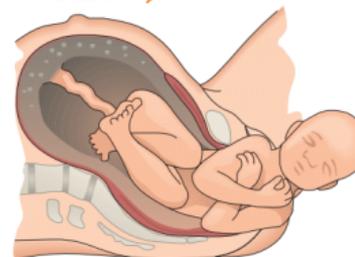
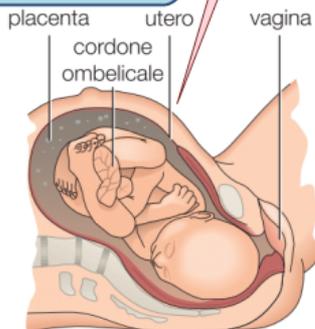
il bambino è lungo circa 50 cm e pesa circa 3 Kg

L'utero comincia ad aprirsi e a contrarre le sue pareti per aiutare il feto a scivolare fuori: è la fase del **TRAVAGLIO**

in questa fase ci sono delle forti spinte chiamate **CONTRAZIONI**

le contrazioni dell'utero diventano sempre più forti e anche la madre collabora spingendo il bambino verso l'esterno

nella parte finale del parto l'ostetrica aiuta il bambino a uscire dalla madre



IL BAMBINO DOPO LA NASCITA RIMANE ANCORA LEGATO ALLA MADRE PER IL CORDONE OMBELICALE CHE POI VIENE TAGLIATO

DOPO L'USCITA DEL BAMBINO DEVE USCIRE LA PLACENTA QUESTA FASE SI CHIAMA SECONDAMENTO

La paziente gravida

Capitolo 2

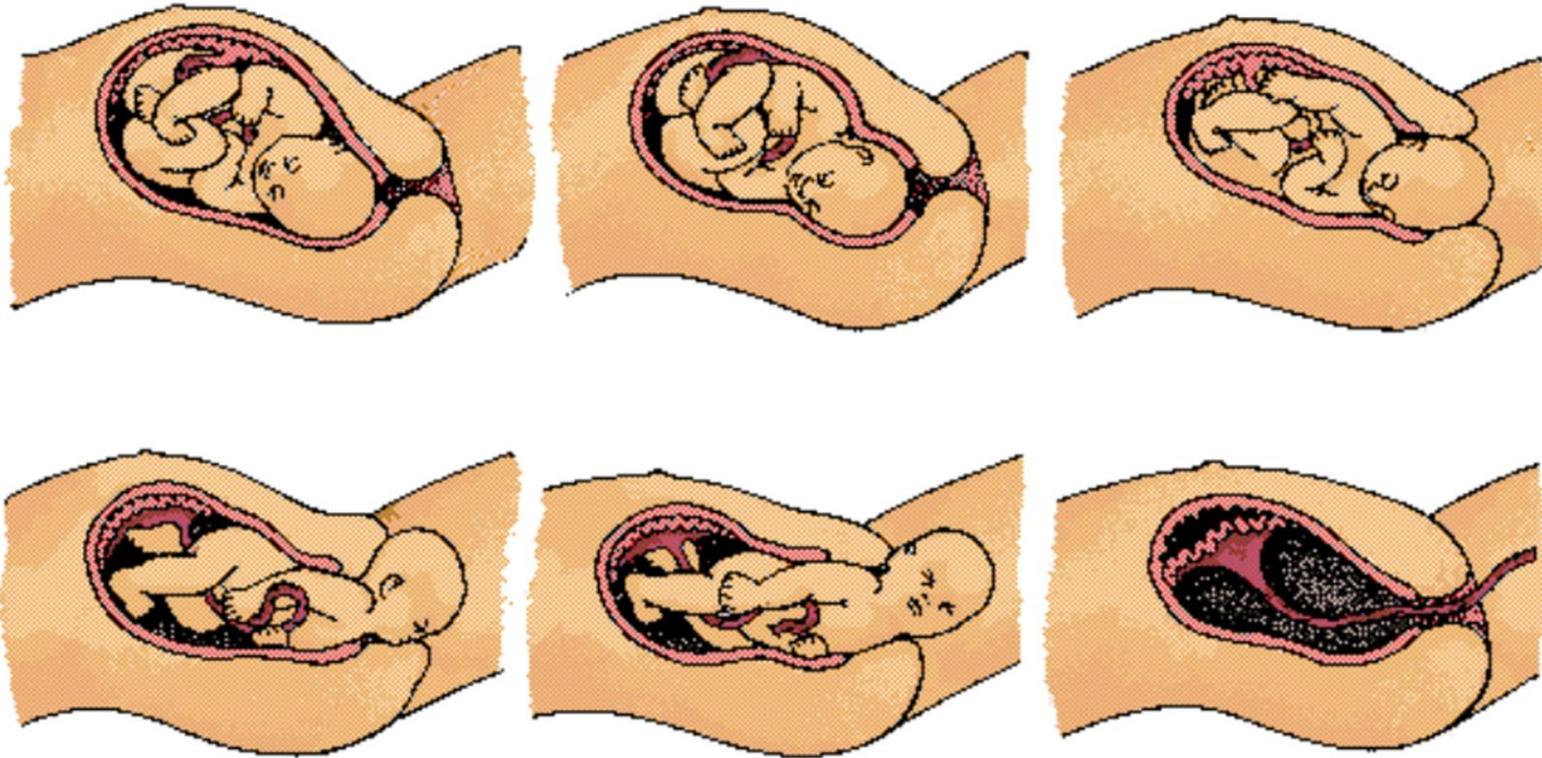
Parto fisiologico e parto assistito

La gravidanza non è una malattia, ma un meraviglioso evento naturale, di cui il parto è l'atto finale!



Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

Il parto può distinguersi in **"eutocico" o "fisiologico"** se avviene spontaneamente, come illustrato qui sotto,



oppure in **"distocico" o "non fisiologico"** se, in seguito a complicazioni, è necessario l'intervento medico (parto assistito).

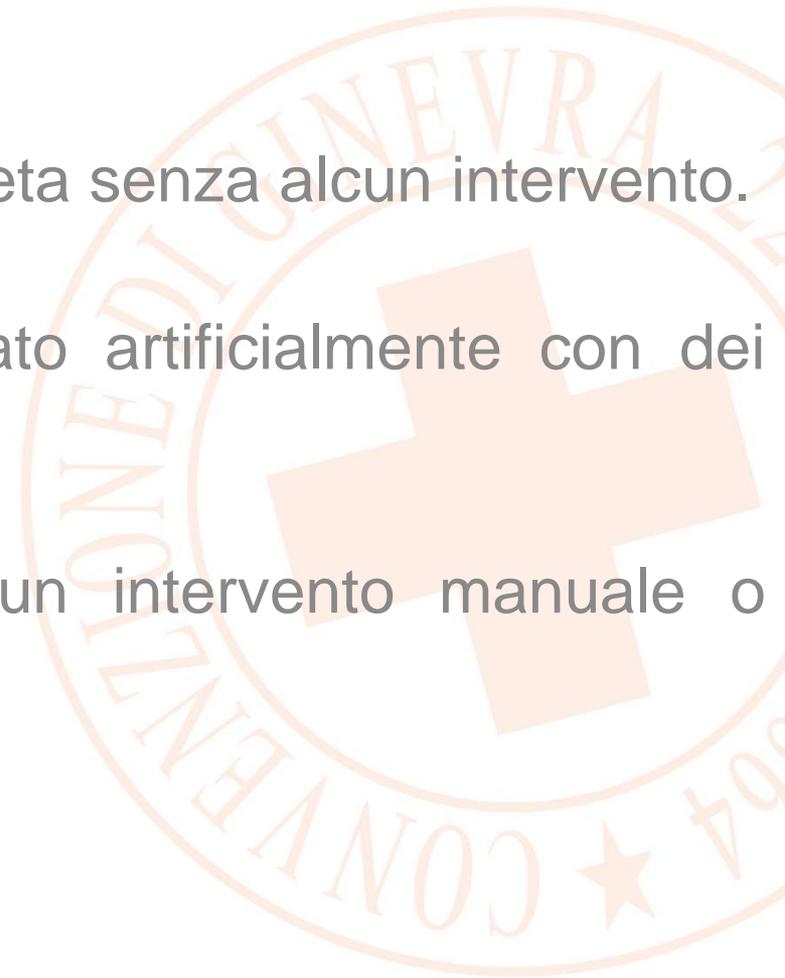
Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

Il parto può inoltre classificarsi in:

Spontaneo: se inizia, decorre e si espleta senza alcun intervento.

Indotto: se il travaglio viene provocato artificialmente con dei farmaci.

Operativo: se viene espletato con un intervento manuale o strumentale.



Queste sono le terminologie normalmente utilizzate

Un parto si definisce **distocico (detto anche patologico)**, quando, per il suo buon esito, richiede manovre attive da parte del personale medico o chirurgico.

E' un **parto difficile** che richiede l'intervento ostetrico, manuale o strumentale, con pericolo per la vita della madre e/o del feto.

Talvolta si deve quindi ricorrere al **parto cesareo**.



Capacità di riconoscimento della situazione

Se ci trovassimo ad assistere una partoriente, **nella presente lezione impareremo a distinguere le due situazioni sopra indicate:** nel primo caso potremo aiutare la donna a partorire, mentre nel secondo sarà indispensabile il ricovero ospedaliero.



Parto eutocico in ambiente ospedaliero

Il parto naturale, chiamato "eutocico" o "fisiologico", se avviene **in ospedale** si svolge in sala parto, prevalentemente nella posizione "classica" sul lettino ginecologico.



Parto eutocico in ambiente extra-ospedaliero

Il parto "eutocico" o "fisiologico", se avviene invece **in ambiente extra-ospedaliero**, può essere affrontato dalla donna in varie posizioni: posizionare la donna in modo confortevole per lei ma anche efficace per aiutare la nascita del bambino.

Da evitare (se possibile) la posizione completamente supina, per i suoi effetti negativi sulla madre e sul feto.

Le posizioni più indicate sono:

LATERALE

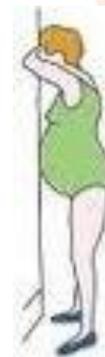


SEMISEDUTA (con cuscini sotto le natiche)



ACCOVACCIATA

IN GINOCCHIO



www.cri.it

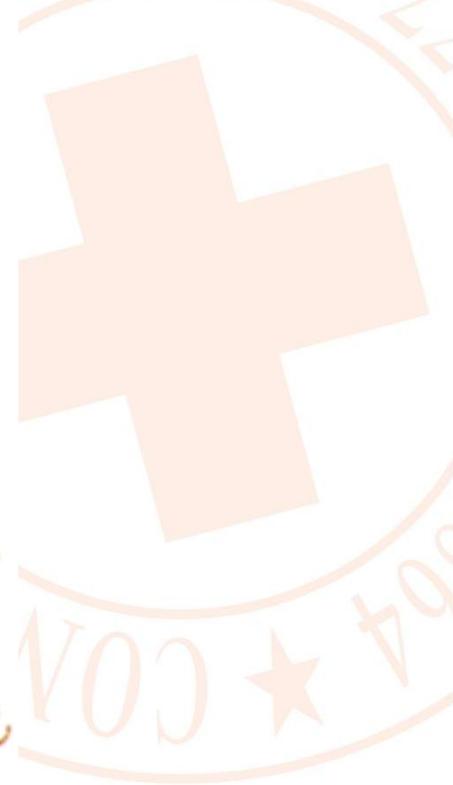
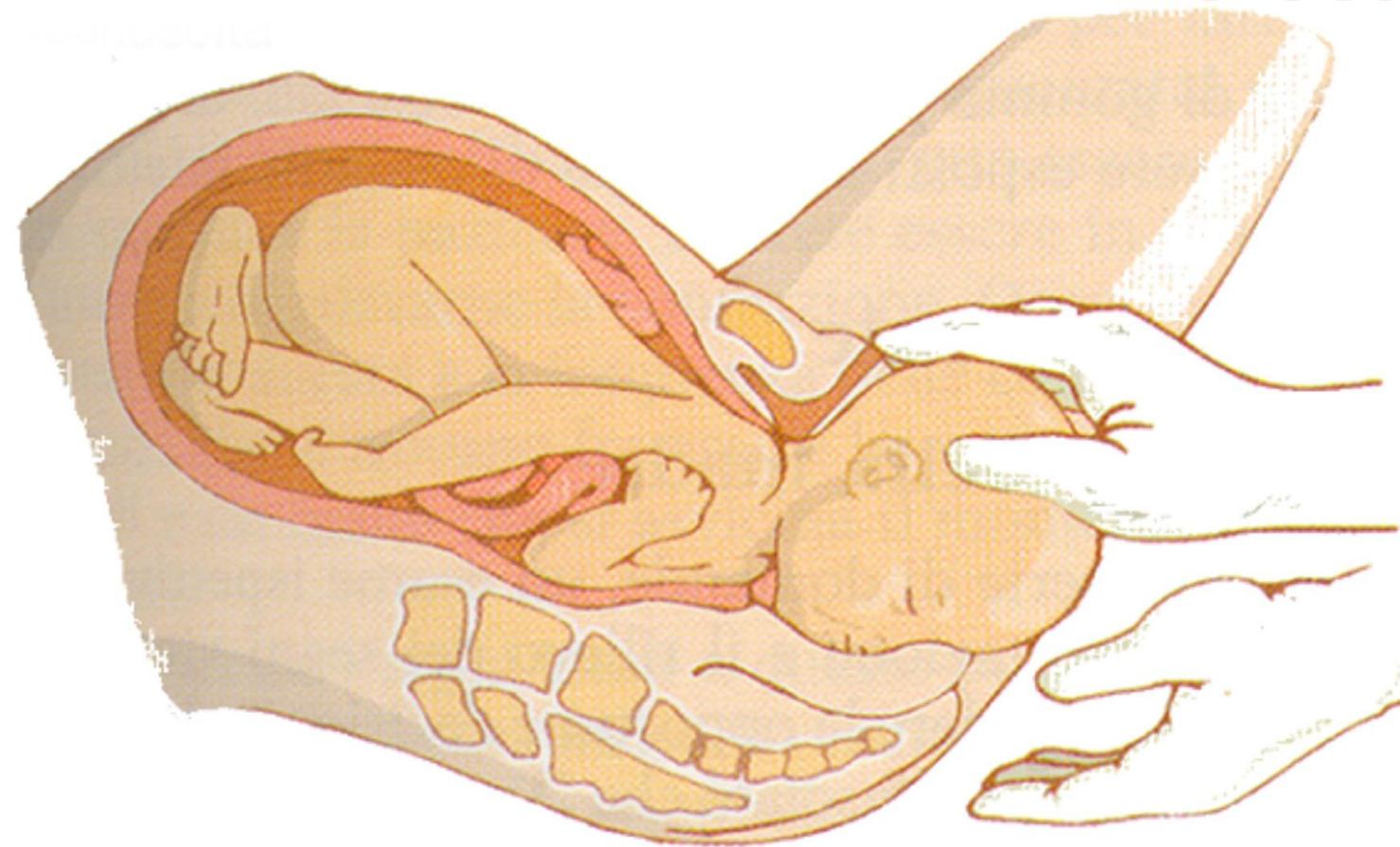
Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Presentazione del feto nel parto eutocico

Il parto "eutocico" o "fisiologico" può svolgersi, anche in ambiente extra-ospedaliero, se il feto si presenta in posizione cefalica (cioè di testa), cosa che avviene nel 95% dei casi.



Possibili presentazioni anomale del feto nel parto distocico

Il parto "distocico" richiede necessariamente l'ospedalizzazione della donna: alcuni esempi potrebbero essere la **presentazione anomala del feto**, quale quella podalica (4% dei casi), traversa o di spalla (1% dei casi).

Vedremo più avanti anche altri casi di parto distocico.



La paziente gravida

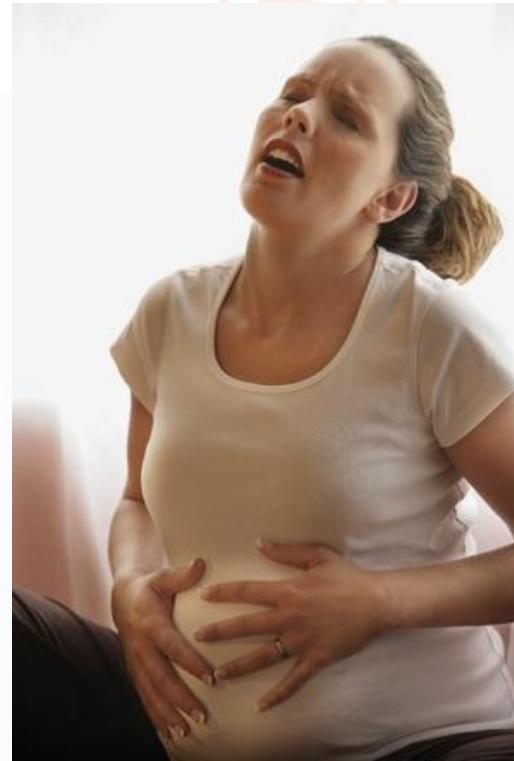
Capitolo 3

Le varie fasi del parto: prodromica, espulsiva, secondamento

- Il travaglio è l'insieme dei fenomeni, generalmente dolorosi, che provocano la dilatazione del collo dell'utero e l'espulsione del feto.
- **Prodromica:** contrazioni dolorose, ma ancora irregolari
- **Espulsiva:** contrazioni sempre più frequenti, dilatazione del canale del parto e **discesa del feto**, fino alla presentazione della testa nell'apertura vaginale, e quindi **fuoriuscita del feto = nascita del bambino**
- **Secondamento:** fuoriuscita della **placenta** (normalmente tra i 20 ed i 60 minuti dopo il parto)

Fase Prodromica

- Contrazioni dolorose, ma ancora irregolari
- Sensazione fastidiosa basso ventre
- Dolore regione lombo–sacrale
- Espulsione del tappo mucoso con perdita di sangue
- Eventuale “perdita delle acque” (rottura della sacca del liquido amniotico)



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



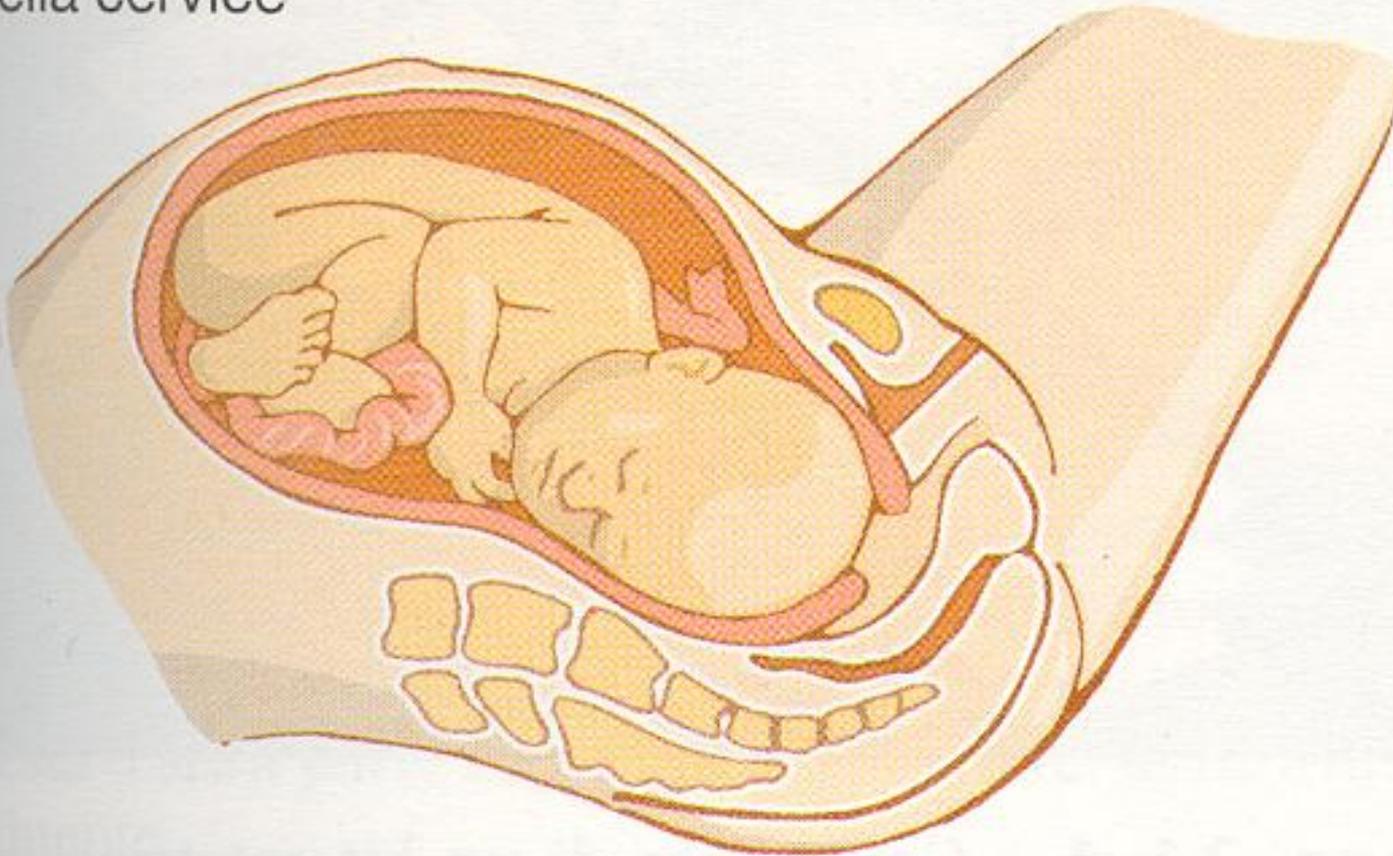
Croce Rossa Italiana

Fase Espulsiva – 1' Stadio

Fuoriuscita del feto = nascita del bambino

Primo stadio:

Dall'inizio delle contrazioni alla completa dilatazione della cervice



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



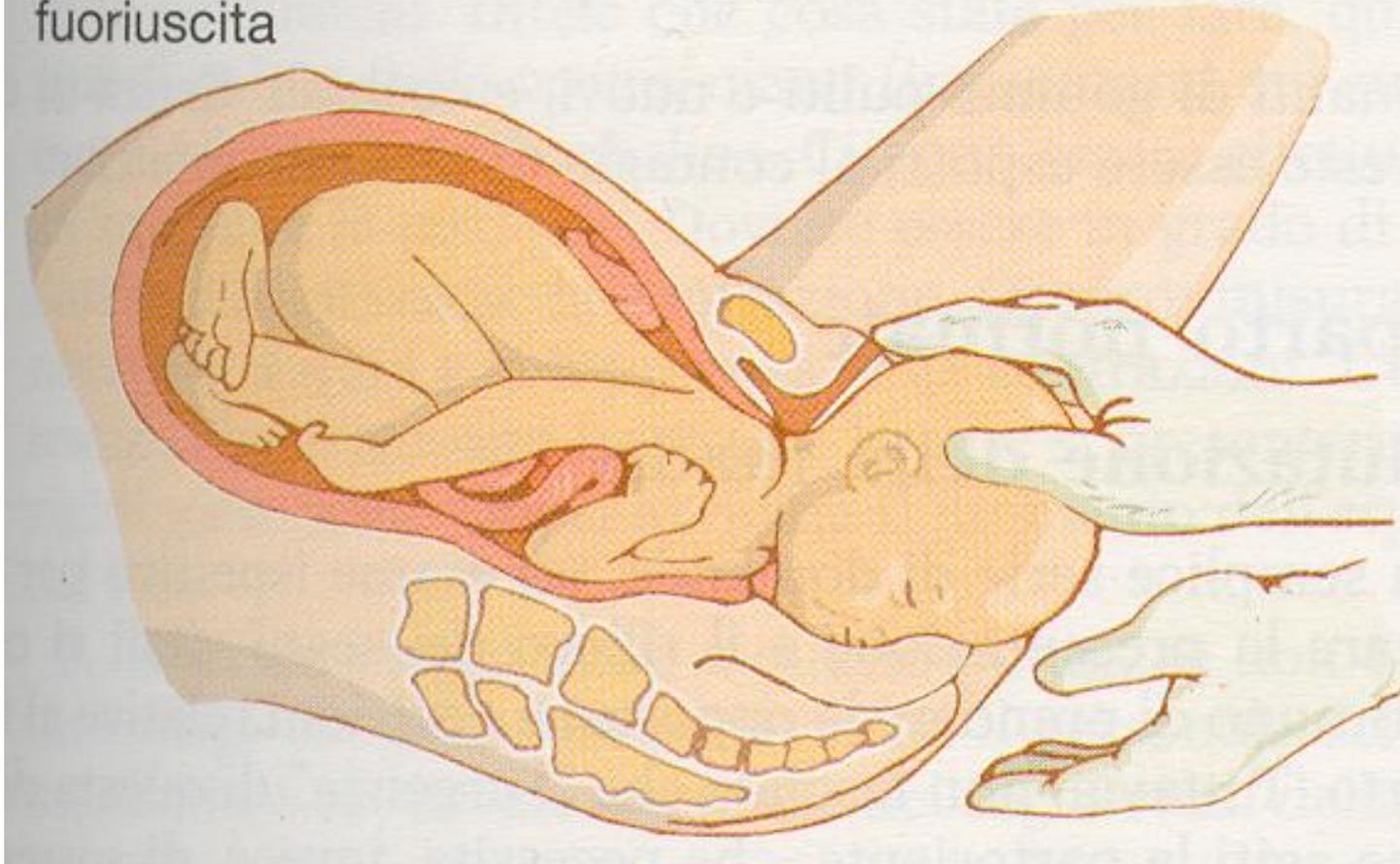
Croce Rossa Italiana

Fase Espulsiva – 2' Stadio

Fuoriuscita del feto = nascita del bambino

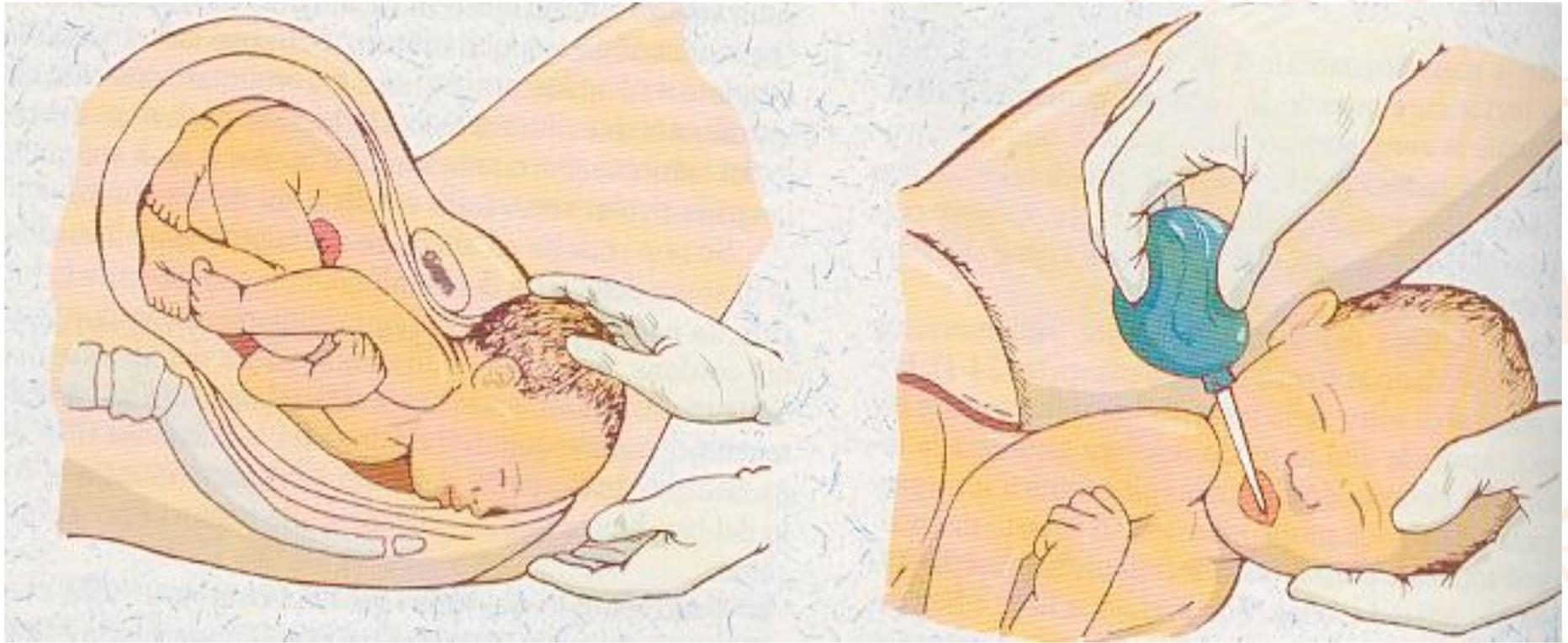
Secondo stadio:

Ingresso del feto nel canale del parto e susseguente fuoriuscita



Fase Espulsiva – La nascita

Fuoriuscita del feto = nascita del bambino



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Fase Espulsiva – La nascita

Fuoriuscita del feto = nascita del bambino

C Aiutate il neonato nella fase di uscita della spalla superiore

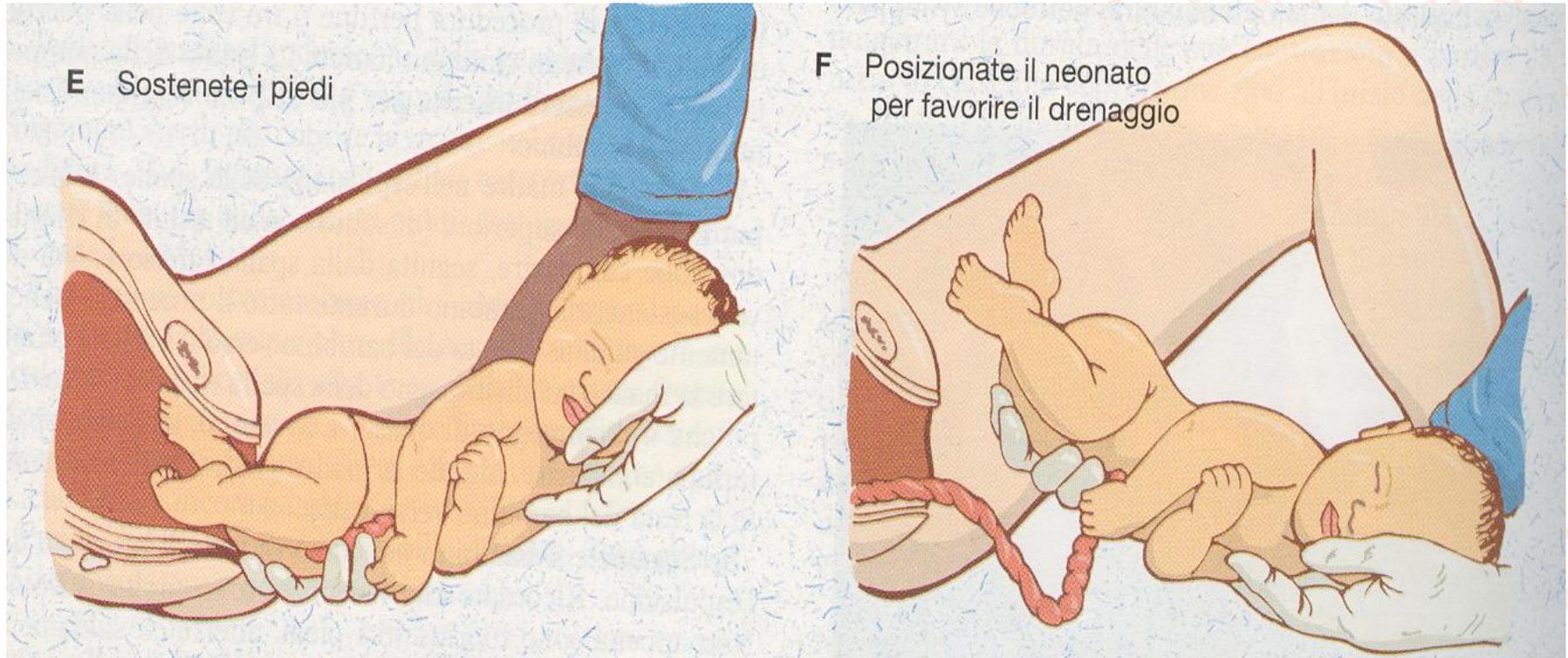


D Sostenete il tronco



Fase Espulsiva – La nascita

Fuoriuscita del feto = nascita del bambino

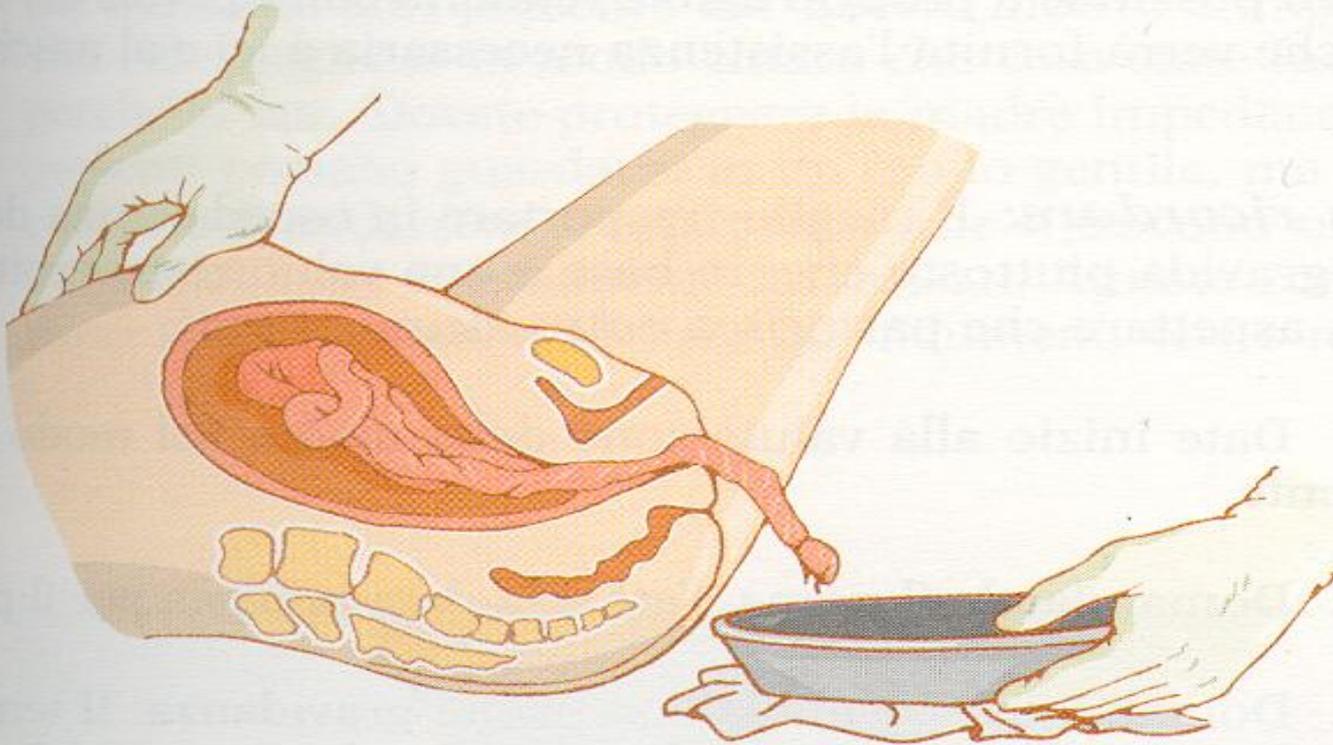


Secondamento

Fuoriuscita della placenta (normalmente tra i 20 ed i 60 minuti dopo il parto)

Terzo stadio:

Espulsione della placenta (secondamento)



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



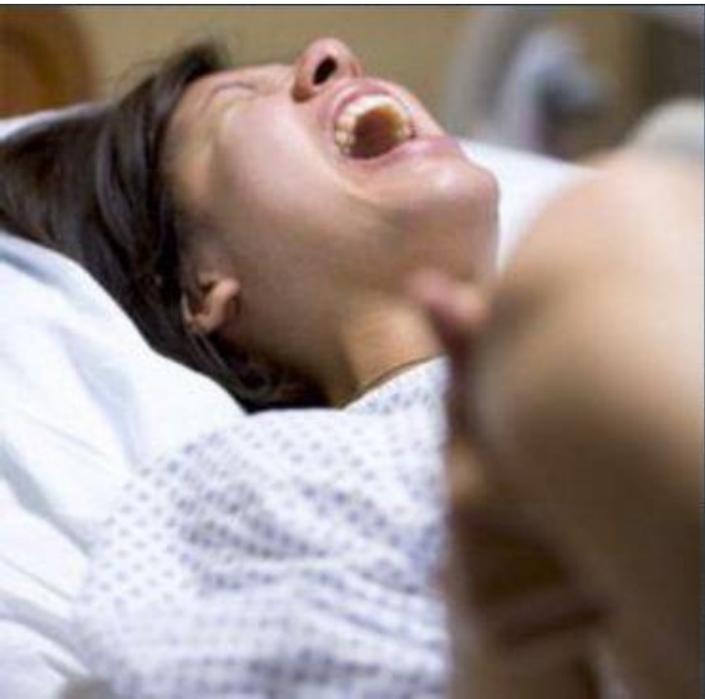
Croce Rossa Italiana

La paziente gravida

Capitolo 4

Come riconoscere una situazione di parto imminente

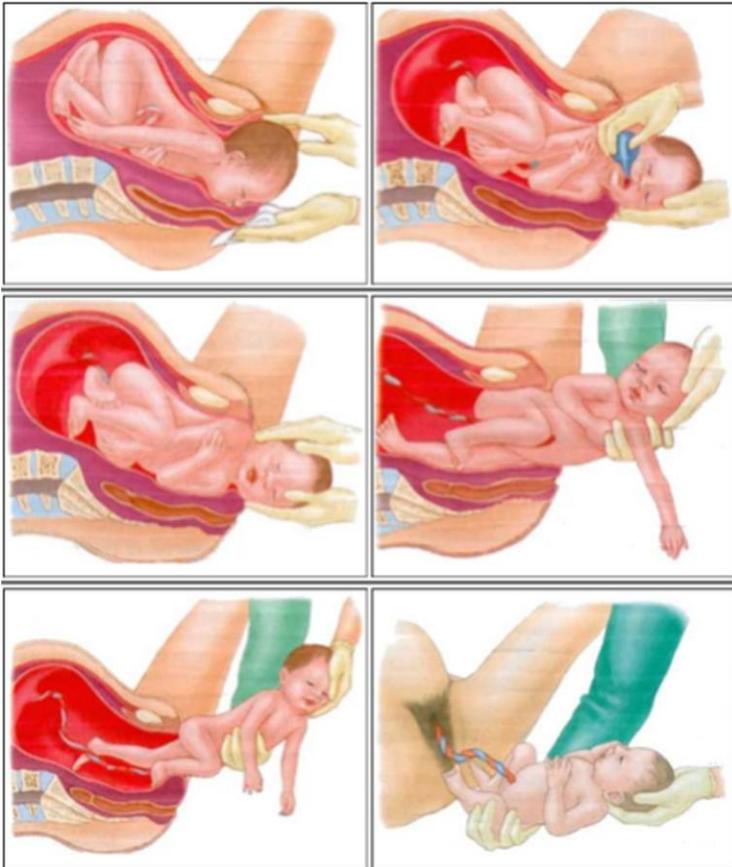
- Contrazioni molto ravvicinate tra di loro, intense, frequenti e regolari.
- Desiderio irrefrenabile di spingere (premiti).
- Presentazione della testa del feto nel canale vaginale.
- Chiedere inoltre alla madre se ha già avuto altri parti: in tal caso il parto sarà più veloce.



La paziente gravida

Capitolo 5

Come assistere la partoriente in sede extra-ospedaliera



Qualora ci si renda conto di essere di fronte ad un parto imminente:

- Chiamare il **1.1.2 (o 1.1.8)** richiedendo l'intervento del personale sanitario
- Predisporre alla nascita del bambino: dovremo comunque assistere anche la madre

La paziente gravida

Capitolo 6

Assistenza alla mamma ed al neonato

Intervenire **solo se** non riesce ad arrivare in tempo il soccorso qualificato.

Allertare comunque il **1.1.2 / 1.1.8** che vi assisterà telefonicamente, in attesa dell'arrivo del personale sanitario.

Comunicargli la **settimana** di gestazione, ed il **numero** di gravidanze e parti precedenti.

Assistenza alla mamma ed al neonato

Principali operazioni da compiere al momento del parto:

- Autoprotezione (guanti, camice, mascherina, occhiali, ecc.)
- Ambiente il più caldo possibile (riscaldamento, forno, phon, ecc.)
- Assistere psicologicamente la partorientente, facendole dosare le spinte per evitare lacerazioni
- Sostenere il neonato, è viscido e scivola (usare un panno ruvido)!
- Liberare delicatamente dapprima il cavo orale e poi il naso dalle secrezioni visibili utilizzando una garzina (o una pipetta)
- Stimolare il pianto del neonato frizionando delicatamente il dorso, il tronco e le estremità
- Dare al neonato dei colpetti leggeri sulla pianta dei piedi



Assistenza alla mamma ed al neonato

Cosa fare se il cordone ombelicale si avvolgesse intorno al collo del bambino durante il parto fisiologico:

- Incuneare subito le proprie dita tra il collo e il cordone, e liberarlo (altrimenti il neonato rischierebbe il soffocamento)



Assistenza al neonato

Principali operazioni da compiere al momento del parto:

- Asciugare il neonato, e quindi scaldarlo, coprendo con particolare attenzione la testa e quindi il resto del corpo con una coperta
- Lasciare il neonato sul torace/addome della madre, coprendo entrambi con una coperta
- Registrare l'ora della nascita
- Non tagliare il cordone ombelicale, ma predisporre per il solo clampaggio o legatura (si possono usare 2 fettucce bollite)



Valutare entro 30 secondi dalla nascita:

- Tonicità muscolare
- Validità del pianto
- Colorito cutaneo

Segni di pericolo:

- Atonia muscolare
- Pianto flebile o assente
- Pallore e/o cianosi



Assistenza al neonato

- **Ove possibile, restare sempre in contatto telefonico con il 1.1.2 / 1.1.8:** vi potranno dare assistenza e consigli preziosi.
- **Solo se il bambino non inizia a respirare autonomamente,** procedere al taglio del cordone (già precedentemente clampato) con una forbice sterile (bollita) per poter dare inizio alle manovre di **Rianimazione Cardio Polmonare Pediatrica (PBLs)**, effettuando il **bocca – bocca-naso** (5 delicate insufflazioni iniziali) e compressioni toraciche a 2 dita (ritmo 30:2 per soccorritori “laici”, e ritmo 3:1 per il personale sanitario).



• **Entro 1 ora dal parto, avverrà il secondamento.**

www.cri.it

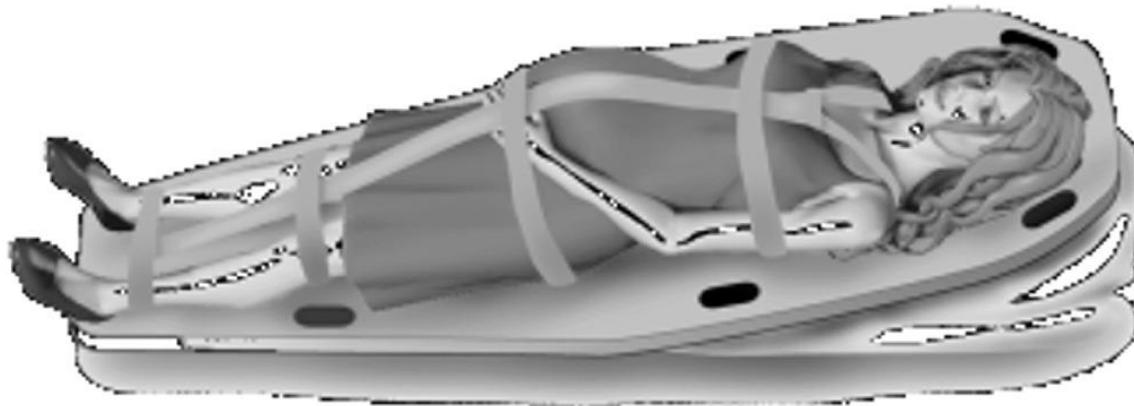
Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Trasporto della donna gravida

• Qualora si renda necessario trasportare una donna gravida, è opportuno ricordarsi di trasportarla leggermente inclinata sul **lato sinistro** (come illustrato qui sotto), per evitare che il **peso del feto** possa andare a **schacciare** la **Vena Cava inferiore**, disturbando il circolo sanguigno della donna e rendendo difficoltoso il ritorno di sangue al cuore.



Rianimazione della donna gravida in Arresto Cardiaco

LUD = Lateral Uterus Displacement (tipicamente dalla 22w)

• Qualora si renda necessario rianimare una donna gravida in **ACC** (Arresto Cardio Circolatorio), è opportuno iniziare la **LUD** (mobilizzazione manuale dell'utero verso il **lato sinistro**) dal primo momento della **RCP** (Rianimazione Cardio Polmonare).

- 1) LUD 2) RCP
- 3) DAE 4) Ventilazioni



ACC NELLA GRAVIDA



NO



**CORRETTA:
MOBILIZZAZIONE UTERO**

www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

La paziente gravida

Capitolo 7

Pronto riconoscimento delle situazioni di urgenza ostetrica, che richiedono una immediata ospedalizzazione

Oltre alla presentazione anomala del feto vista prima (podalica, traversa o di spalla), potremmo trovarci di fronte ad ulteriori situazioni di pericolo, per la madre e per il feto.



Situazioni di urgenza ostetrica

- Importante emorragia vaginale
- Liquido amniotico scuro per meconio (segno di sofferenza fetale)
- Presentazione non cefalica
- Prolasso del funicolo (cordone ombelicale)
- Parto pretermine (< 37 W)
- Parto gemellare
- Alterazioni di ABC (Coscienza, Respiro e Circolo della madre)
- Ipertensione, convulsioni materne
- Placenta previa (posizionata lungo il percorso del parto)
- DIPNI = Distacco Intempestivo di Placenta Normalmente Inserta



Domande?



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

1) La gravidanza: dal concepimento al parto



La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

2) Parto fisiologico e parto assistito

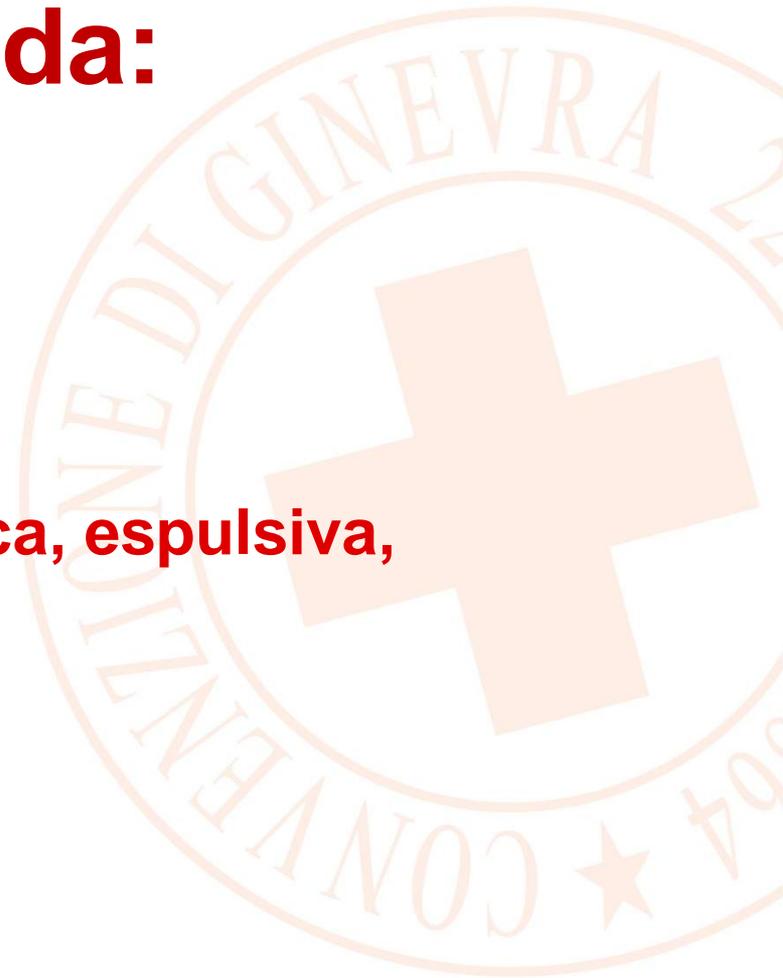


La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

3) Le varie fasi del parto: prodromica, espulsiva, secondamento



La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

4) Come riconoscere una situazione di parto imminente



La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

5) Come assistere la partoriente in sede extra-ospedaliera



La paziente gravida:

Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

6) Assistenza alla mamma ed al neonato, e manovre di emergenza



La paziente gravida:

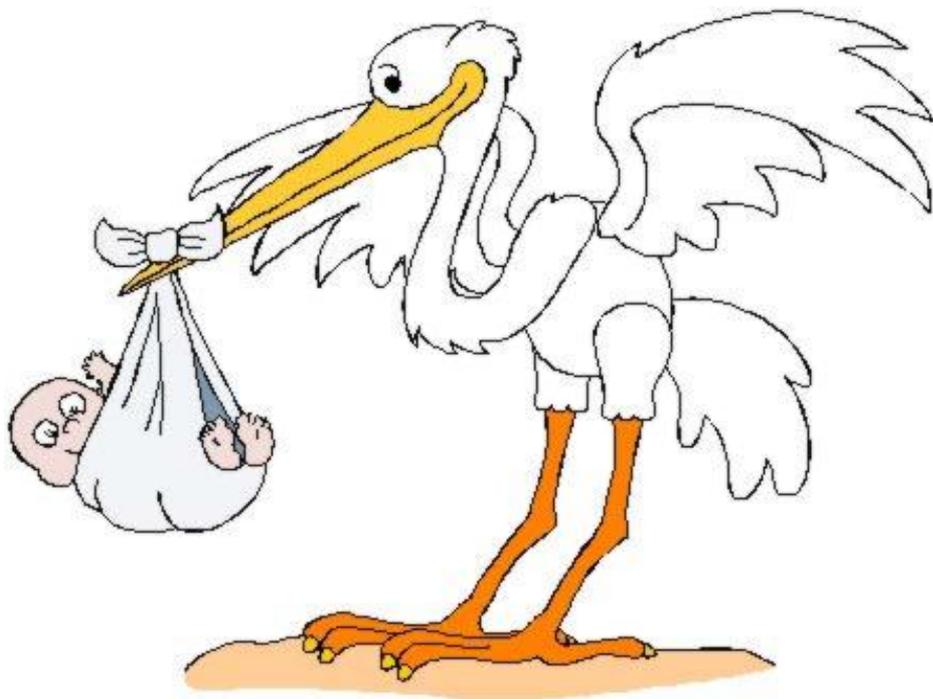
Conclusioni

Acquisizione di conoscenze su:

- 7) **Pronto riconoscimento delle situazioni di urgenza ostetrica, che richiedono una immediata ospedalizzazione**



Grazie per l'attenzione!



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana

Contatti

Guido Padoa

Cel. 347-27.38.291

guido.padoa@bitbit.it

anche su Facebook



www.cri.it

Croce Rossa. Persone in prima persona



Croce Rossa Italiana