

# Gravidanza e Parto

Ricordarsi sempre che è la donna a partorire....  
Non il marito o i soccorritori!

## Terminologia della gravidanza

**Embrione:** prodotto del concepimento (p.d.c.) fino alla 12° settimana di vita endouterina.

**Feto:** p.d.c. dalla 12° settimana di vita endouterina alla nascita.

**Placenta:** discoide emocoriale, ricoperto dall'amnios, attraverso cui si svolgono gli scambi materno-fetali.

**Amnios:** sacco membranoso che avvolge la placenta e il p.d.c. Fino alla 12° settimana è l'unica fonte di liquido amniotico, che ha funzione di protezione dai traumi e di mantenimento dell'omeostasi del prodotto del concepimento.

**Cordone ombelicale:** cordone fibroso che riveste 2 arterie ombelicali (portano il sangue dal feto alla placenta) e 1 vena ombelicale (porta il sangue placentare al feto).

# Parto

## Classificazione

### Timing:

- a termine dal 280° giorno di amenorrea (40 settimane), range accettato tra la 38° e la 42° settimana;
- pretermine tra il 180° e il 266° giorno di amenorrea;
- post-termine dopo la 42° settimana.

### Presentazione:

- cefalica (testa all'ingresso pelvico),
- podalica (podice o arti inferiori all'ingresso pelvico),
- di spalla (spalla all'ingresso pelvico).

### Numero dei feti:

- unico, un solo feto;
- multiplo, due o più feti (gemellare, trigemino, etc.);

# Parto

## Fasi

### **Periodo cervicale:**

dall'insorgenza del travaglio al completo appianamento del collo cervicale con dilatazione di 3-4 cm;  
dura dalle 12 ore nella pluripara, alle 24 nella primipara;  
presenza di contrazioni preparatorie (contrazioni uterine irregolari per intensità, durata e frequenza e poco dolorose).

### **Periodo dilatante:**

fase attiva che segue il periodo cervicale;  
dura dalle 6-8 ore nella primipara, alle 3-4 ore nella pluripara;  
presenza di c.u. più intense, lunghe e frequenti avvertite come dolorose dalla donna;  
termina con la completa dilatazione del collo uterino (9-10 cm) e la rottura del polo inferiore dell'amnios con fuoriuscita del liquido dalla vagina;

### **Periodo espulsivo:**

dura 2-3 ore nella primipara e 30-60 minuti nella pluripara;  
le c.u. sono molto intense, prolungate e ravvicinate e sono accompagnate da una sensazione di premito che induce la donna ad attivare il torchio addominale.

# Parto

## Fenomeni meccanici:

- riduzione e impegno (lieve compressione della testa fetale e incastro nello stretto superiore del canale del parto);
- progressione;
- rotazione interna (movimento obbligato del capo per proseguire la discesa);
- disimpegno della testa (fuoriuscita del capo dalla vagina);
- rotazione esterna-interna (movimento interno obbligato delle spalle cui segue una rotazione del capo);
- espulsione del tronco (fuoriuscita del neonato in toto).

Secondamento: contrazioni uterine non dolorose utili all'espulsione della placenta; dura dai 10 ai 30 minuti.

Post-partum: contrazione tetanica dell'utero ad azione emostatica; dura circa 2 ore.

# Parto

## Assistenza al parto in emergenza 1

### Valutazione della madre:

assicurare alla partoriente il massimo della privacy possibile;  
chiedere alla donna nome, età, se prima gravidanza o pluripara;  
inizio delle contrazioni ed eventuale amnioressi;  
se avverte la necessità di defecare, valutare l'eventuale presentazione fetale;  
controllare, palpando l'addome, la presenza di contrazioni uterine;  
monitorare i parametri vitali materni.

Valutare, in base alle informazioni raccolte, l'imminenza del parto per decidere se:  
tranquillizzare ed inviare in ospedale senza urgenza e con mezzo proprio;  
prepararsi al trasporto in ambulanza;  
prepararsi a far partorire sul posto.

# Parto

## Assistenza al parto in emergenza 2

### Preparazione della madre:

togliere i vestiti e la biancheria intima che impediscono la visione dell'apertura vaginale;

sistemare la madre supina a cosce aperte e gambe flesse su un piano rigido (tavolo resistente o barella);

preparare il kit ostetrico vicino;

coprire la madre con lenzuola e asciugamani posti in modo da non ostacolare i movimenti di assistenza al parto;

se non siete soli dite di restare accanto al capo della madre per sostenerla ed assisterla in caso di vomito;

indossare abiti protettivi;

incoraggiare la madre ed invitarla a rilassarsi tra una contrazione e l'altra.

# Parto

## Assistenza al parto in emergenza 3

### **Assistenza alla fase espulsiva:**

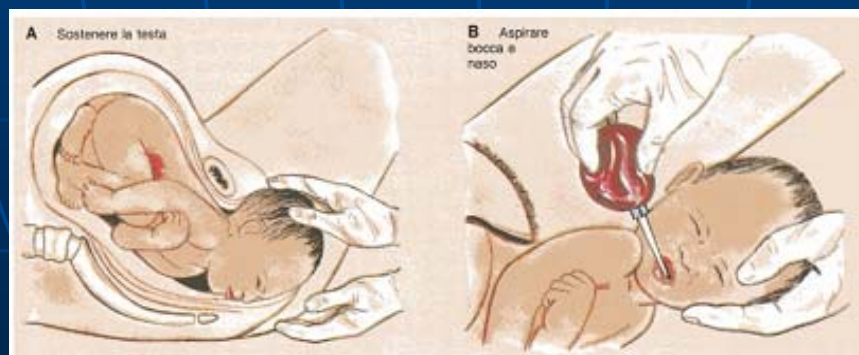
porre la mano accanto alla vagina per sostenere la testa del neonato man mano che esce, senza premere e senza tirare verso l'esterno (attenzione alle fontanelle!);

allentare con delicatezza la stretta che il cordone ombelicale potrebbe esercitare intorno al collo del nascituro;

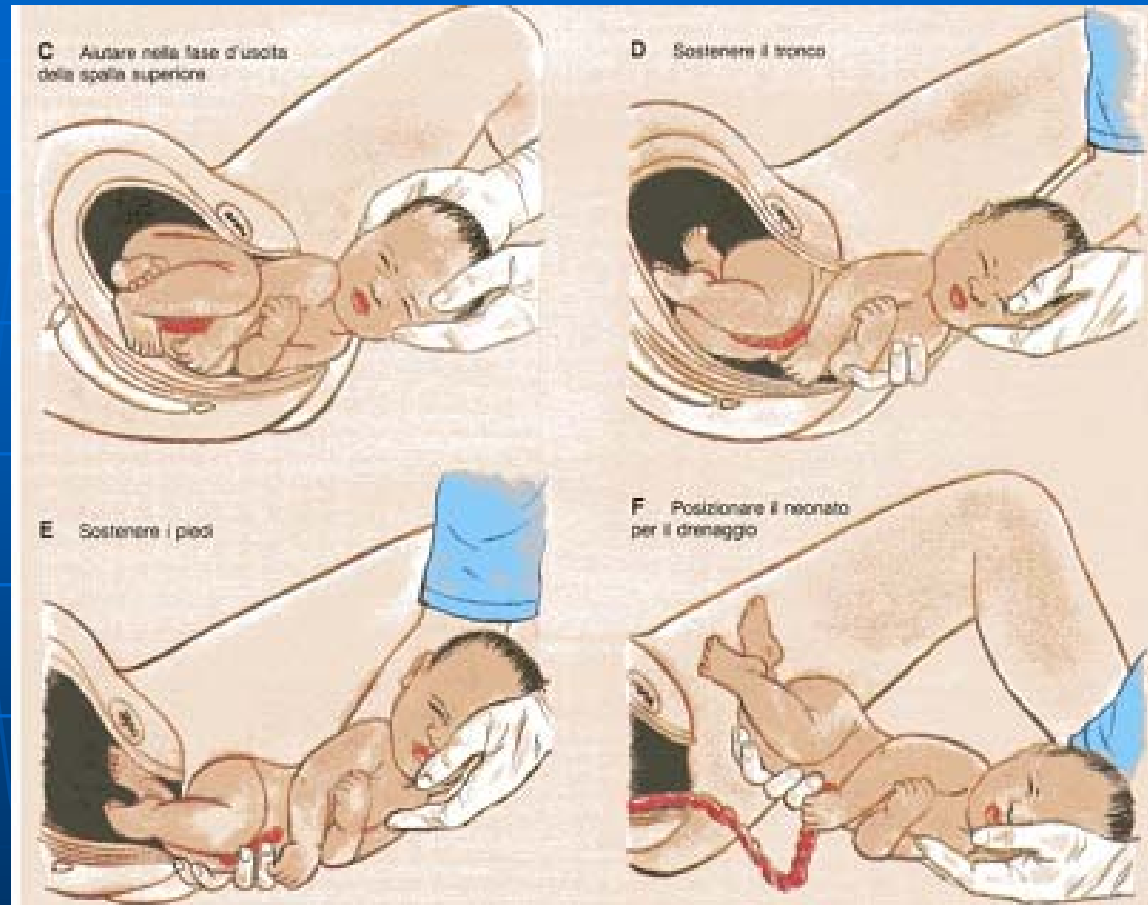
se non si è rotto il sacco amniotico pungerlo con le dita quando la testa è completamente fuori;

inserire per 2-3cm la pompetta già depressa nella bocca del neonato e rilasciare; ripetere altre 2 volte in os e 2-3 volte per narice;

accompagnare il nascituro nella sua totale fuoriuscita, prestando attenzione in quanto il corpo è scivoloso.



# Parto



Eeguire un'attenta valutazione del neonato secondo il punteggio di Apgar al 1° e 5° minuto dalla nascita (se  $< 7$  al 5° minuto, eseguire un'ulteriore valutazione al 10° minuto).

# Parto

## Cure al neonato 1

Posizionare il bambino su un piano morbido alla stessa altezza della vagina della madre;  
pulire la bocca e il naso con garze sterili;  
porre il neonato su un fianco e aspirare nuovamente le vie aeree;  
controllare l'inizio spontaneo della ventilazione;  
se ciò non accadesse, massaggiare la schiena del neonato supino o stimolarne la pianta dei piedi.

Legare il cordone ombelicale con le apposite pinze (o una benda sterile), posizionando la prima a 20-25 cm dal bimbo e la seconda a 5-7 cm dalla prima;  
legare il cordone solo dopo un atto respiratorio spontaneo;  
tagliare il cordone tra le due pinze, solo nell'impossibilità di raggiungere in breve un ospedale (max 30 minuti), prestando la massima attenzione all'emostasi;  
in caso di sanguinamento, non riposizionare mai le pinze già in sede ma aggiungerne un'altra.

# Parto

## Cure al neonato 2

Asciugare e coprire il neonato;

posizionarlo sull'addome materno, consentendogli la suzione del seno;

registrare nome e ora di nascita su del cerotto a nastro;

apporre il cerotto attorno al polso del neonato, senza farlo aderire alla cute.

# Parto

## Indice di Apgar

	0	1	2
Frequenza cardiaca	assente	< 100 bpm	> 100 bpm
Respirazione	assente	pianto debole	pianto vigoroso
Tono muscolare	assente	flessione estremità	movimenti attivi
Irritabilità	assente	scarsa	pianto, retrazione
Colorito cutaneo	cianosi	cianosi periferica	roseo

# Parto

## Assistenza alla puerpera

Annunciare alla donna la ripresa delle c.u. per l'espulsione della placenta;

tamponare, solo esternamente, l'emorragia che accompagna il secondamento;

massaggiare l'addome per favorire la contrazione uterina;

raccogliere gli annessi in una bacinella e chiuderla in un sacchetto con il nome della donna e l'ora di espulsione e consegnarlo in ospedale;

asciugare e rinfrescare il volto e le mani della puerpera;

sostenere psicologicamente la donna in ogni fase del parto.

# Parto

## Situazioni a rischio ed complicanze 1

### Gravidanza a rischio:

- età materna < ai 20 anni o > ai 35;
- primipara o pluripara con più di 5 gravidanze o ragazza madre;
- donna affetta da ipo/ipertensione, diabete, con infezione in corso o tossicodipendenza;
- assunzione di terapia cronica per patologie neurologiche o psichiatriche;
- episodio di emorragia preparto o rottura intempestiva di membrane.

**Mancata ventilazione spontanea o arresto cardiocircolatorio del neonato (P.B.L.S.).**

# Parto

## Situazioni a rischio ed complicanze 2

### Parto prolungato:

- mancata espulsione fetale dopo più di 20 minuti di contrazioni uterine ravvicinate;
- richiede un trasporto urgente per rischio di sofferenza fetale.

### Parto podalico:

- sostenere il regolare svolgimento del parto;
- se la testa non viene espulsa entro 3 minuti dall'uscita del podice, introdurre la mano guantata in vagina e tenere la parete distante dal volto;
- se dopo altri 3 minuti la testa non esce, trasportare d'urgenza senza lasciare la posizione presa;
- erogare ossigeno alla partoriente.

# Parto

## Situazioni a rischio ed complicanze 3

### **Prolasso del cordone ombelicale:**

- situazione di estrema urgenza in cui viene emesso per primo il cordone che si strozza contro le pareti vaginali;
- ospedalizzare immediatamente tenendo la madre in Trendelenburg;
- erogare ossigeno ad alti volumi;
- proteggere il cordone con teli sterili umidificati con fisiologica;
- inserire le dita di una mano guantata in vagina e spingere delicatamente il capo del nascituro per allentare la pressione.

### **Parto plurimo:**

- sospettare un parto plurimo, se non noto alla gravida, quando persiste un addome espanso dopo l'uscita del feto;
- provvedere al cordone ombelicale del primo nato nell'attesa dell'espulsione del gemello;
- identificare i neonati con "1°" e "2°" oppure "a" e "b".

# Parto

## Situazioni a rischio ed complicanze 4

### Parto pretermine:

- neonato di peso inferiore ai 2.500 gr o di età gestazionale inferiore alle 37 settimane, caratterizzato da macrocefalia apparente;
- porre la massima attenzione alla termodispersione, per fisiologica carenza di grasso sottocutaneo;
- controllare il mantenimento della pervietà delle vie aeree;
- verificare costantemente anche la minima emorragia cordonale e provvedere applicando un'ulteriore pinza;
- somministrare ossigeno umidificato, non direttamente sul volto;
- applicare la massima tutela per l'elevato rischio di contaminazione;
- riscaldare l'ambulanza o spegnere l'aria condizionata.

# Parto

## Situazioni a rischio ed complicanze 5

### Nato morto:

- situazione di enorme distress psicologico non solo per i genitori ma anche per i soccorritori;
- il feto può morire già varie ore prima del parto e in questo caso non deve essere rianimato;
- in tutti gli altri casi di neonato in arresto cardiocircolatorio, provvedere immediatamente al P.B.L.S.;
- fornire il massimo sostegno psicologico possibile alla madre.

In caso di nascita di bimbo in imminente rischio di morte, assecondare l'eventuale desiderio dei genitori di battezzarlo.

# Parto

## Possibili urgenze ante-partum 1

### Emorragia vaginale in gravida

Cause possibili:

- travaglio di parto in atto,
- aborto in atto,
- placenta previa,
- distacco prematuro di placenta.

Porre la donna in decubito laterale sinistro;

porre un assorbente esterno sulla vagina ed annotarne ogni cambio;

attuare ossigenoterapia ad alti volumi;

conservare gli eventuali tessuti fuoriusciti dalla vagina.

# Parto

## Possibili urgenze ante-partum 2

### Pre-eclampsia ed eclampsia

Pre-eclampsia: fase iniziale della tossiemia gravidica, caratterizzata da ipertensione arteriosa, edemi al volto, alle mani e ai piedi ed incremento ponderale.

Eclampsia: fase avanzata della tossiemia gravidica con comparsa di emicrania, turbe visive, dolori addominali, labilità emotiva; possibili attacchi convulsivi con elevato rischio di morte materno-fetale.

Primo soccorso:

- trattare le eventuali convulsioni;
- se incosciente, porre in decubito laterale sinistro;
- somministrare ossigeno ad alti volumi;
- prepararsi ad un eventuale parto imminente;
- se paziente vigile, attenzione allo "stress da sirena" durante il trasporto.

# Parto

## Possibili urgenze ante-partum 3

### Gravidanza ectopica:

- urgenza in grado di portare a morte la gravida, conseguente ad impianto dell'ovulo fecondato al di fuori dell'utero con rischio di emorragia interna;
- comparsa di dolori addominali e stato di shock in donna con minime o nulle perdite ematiche vaginali;
- possibile non conoscenza della gravidanza in atto (trattamento come per lo stato di shock).

### Traumatismi della gravida:

- trattare in base alle lesioni subite;
- trasportare sempre in ospedale;
- somministrare comunque ossigeno;
- tranquillizzare e sostenere psicologicamente la donna.

# Parto

## Aborto spontaneo

Interruzione della gravidanza entro il 180° giorno di amenorrea.

Classificabile in base a

- modalità:

completo (espulsione di tutto l'uovo, cessano i dolori e l'emorragia);  
incompleto (residui ovulari in utero, persiste emorragia asintomatica);  
trattenuto (morte del p.d.c. senza espulsione);

- evoluzione:

minaccia d'aborto (lieve emorragia vaginale, dolore lombo-sacrale;  
canale cervicale chiuso);

inevitabile (ingente perdita ematica, dolore lombo-sacrale; orifizio  
uterino pervio);

in atto (perdita ematica mista a tessuti, stop del dolore lombo- sacrale  
riduzione del volume uterino);

- timing:

ovulare (entro le 8 settimane);

embrionale (dalla 9° alla 12° settimana);

fetale (dalla 13° alla 24° settimana).

# Parto

## Aborto indotto

Interruzione volontaria della gravidanza ottenuta con procedure mediche (aborto terapeutico) o illegali (aborto criminale).

Clinica sovrapponibile all'aborto spontaneo.

Nell'aborto criminale:

- elevato rischio settico ed emorragico;
- possibile ostilità della donna ad un intervento dei soccorritori;
- rischio di rottura dell'utero (in grado di portare a morte materno-fetale);
- rischio più elevato in pazienti con pregressi interventi chirurgici addominali;
- senso di lacerazione interna e dolori addominali costanti;
- inizio violento delle contrazioni uterine del travaglio;
- possibile shock per emorragia interna, anche in presenza di perdite vaginali minime.

Primo soccorso:

- trattare lo stato di shock;
- trasportare d'urgenza in ospedale;
- somministrare ossigeno ad alti volumi;
- prepararsi al B.L.S. (rischio di arresto cardiocircolatorio).