

SALA CONCORDIA B

EMERGENZA PRE-OSPEDALIERA

Moderatori: Lorenzo Iogna Prat – Silvia Scelsi

Maria Teresa Spina

Quando il parto avviene inaspettatamente sul territorio



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



QUANDO IL PARTO AVVIENE INASPETTATAMENTE SUL TERRITORIO



XII congresso nazionale
simeu
RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

*Dr.ssa Maria Teresa Spina
ASST Lodi, USC PS e AAT 118 Lodi*

WHY?

MEU...specialista del paziente indifferenziato

TERMINOLOGIA

- Settimane di amenorrea → *periodo gestazionale*
- Aborto → *< 22 settimane*
- Parto pre termine → *< 37 settimane, >22 settimane*
- Parto post termine → *> 42 settimane*
- Presentazione: *cefalica (testa), podalica (sedere o piedi), spalla*

Gravidanza fisiologica: Feto singolo, non patologie materne e/o fetali,
concepimento spontaneo, parto 37 - 42 settimane

COSA DEVO SAPERE



KEEP
CALM
AND

NON SUCCEDE
MA SE SUCCEDE..

- Numero di gravidanze: pluripare (≥ 3 parti vaginali) hanno travagli veloci e maggior rischio di atonia post partum
- Parità: parti vaginali e/o parti cesarei
- Età gestazionale: 24 settimane per parlare di vitalità fetale
- Feto singolo o plurimi: gemellarità maggior rischio
- Decorso della gravidanza: farmaci, piastrinopenia, preeclampsia
- Posizione fetale all'ultimo controllo
- Anamnesi remota: patologie di base

PER COSA CHIAMANO

Attività contrattile



Frequenza delle contrazioni
Se e dove sente dolore
Se perdite dai genitali esterni
Se sensazione di premito

Perdite ematiche



Inizio perdite e sue caratteristiche
Percezione dolorosa della donna
Come era la placenta al controllo
Anamnesi ostetrica (PA, placenta)

Perdite amniotiche



Colore del liquido amniotico
(trasparente-rosato, inodore)
Rottura membrane ostetriche non
necessariamente equivale a
travaglio

CONOSCERE

COSA DEVO SAPERE

Jennifer Worth

Chiamate la levatrice



Sellerio editore Palermo

PARTO: EVENTO NATURALE

I STADIO: *fase dilatante del travaglio (fase attiva), durata differente e con possibili fasi di arresto*

II STADIO: *fase espulsiva del feto. Condizionata da parità, dinamica uterina, caratteristiche fetali.*

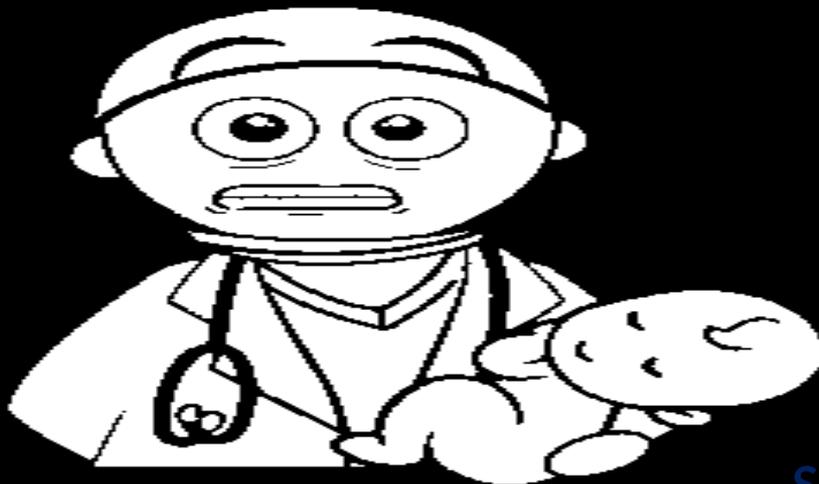
Sensazione di premito fetale

III STADIO: *espulsione degli annessi fetali. Può avvenire a distanza anche di 30' dal parto, attenzione che non ci sia globo vescicale*

COSA DEVO SAPERE

Nascita: uscita di testa e corpo fetale, annotare data e ora di nascita (atto di nascita)

Già nato... parto non assistito



Clampo si o no? Taglio si o no?

- ✓ A livello della circolazione fetale si generano variazioni di pressione.
- ✓ Aspetta almeno 60'' prima di clampare e tagliare (adattamento post-natale).
- ✓ Considera la logistica!!!!

Apgar a 1' e 5'

Skin to skin... miglior fonte di calore e rilascio ossitocina

COSA DEVO FARE: ASSISTENZA AL PARTO



Accesso venoso

Incoraggiare a soffiare, spingere piano alla contrazione

NON posizionare la donna in posizione supina (*compressione aorto-cavale*)

NON fare manovre di trazione sull'estremo cefalico o sul cordone

NON aspirare il neonato prima della nascita

Osservare il colorito del liquido amniotico

COSA DEVO FARE: ASSISTENZA AL NEONATO

Sostenere il neonato... scivola!!!

Non scuoterlo... tempo di adattamento

Asciugare il neonato, attenzione alla testa (> dispersione di calore)



Liberare delicatamente il cavo orale con una garza e il naso

Scaldare il neonato (skin to skin, teli caldi, cappellino)

Ora di nascita

Entro 30'' valutare:

Tonicità, validità del pianto, colorito cutaneo

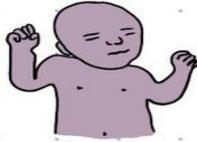
Ad 1' e a 5' valutare:

Indice Apgar

A

pppearance

0



Blue, Pale

1



Body Pink;
Extremities Blue

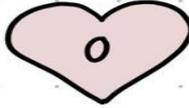
2



Pink

P

ulse



G

rimace



No response to stimulation



Grimaces or weak cry



Cries and pulls away

A

ctivity



No Movement



Arms, legs flexed



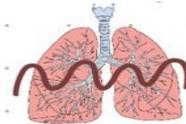
Active Movement

R

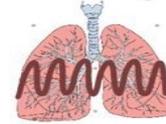
espiration



Absent



Slow and irregular



Strong Cry

Scoring ↴

- ✓ 7-10 Good Prognosis
- △ 4-6 Impending Respiratory Arrest
- 0-3 Needs Supplemental Oxygen



• APGAR score assess newborns 1 minute and 5 minutes after they are born.

COSA DEVO FARE: SECONDAMENTO

- **10 UI Ossitocina im (prima del secondamento)**
- **Raccogliere la placenta, senza trazione, rotandola su se stessa**
- **Conservarla insieme alle perdite ematiche nella sacca graduata e portarla in Ospedale (verrà controllata!!)**

NON SUCCEDE,

MA SE SUCCEDE...

PARTO DIFFICILE

PARTO DIFFICILE

PODALICO

3% dei parti a termine

Fattori di rischio

- Uteri sovradistesi per gravidanze multiple (fivet)
- Età avanzata
- Pluripara



HANDS OFF

Intervenire il meno possibile

Sensazione di fremito molto forte (anche a dilatazione incompleta)

Se non affiora nessuna parte → TRASFERIMENTO

PARTO DIFFICILE: PODALICO

... Se il podice affiora dai genitali → **NON TRASFERIRE**

Invitare la donna a spingere durante la contrazione

Preparare teli caldi

Non eseguire trazioni (*rischiamo iperestensione braccia*)

Non manipolare il cordone

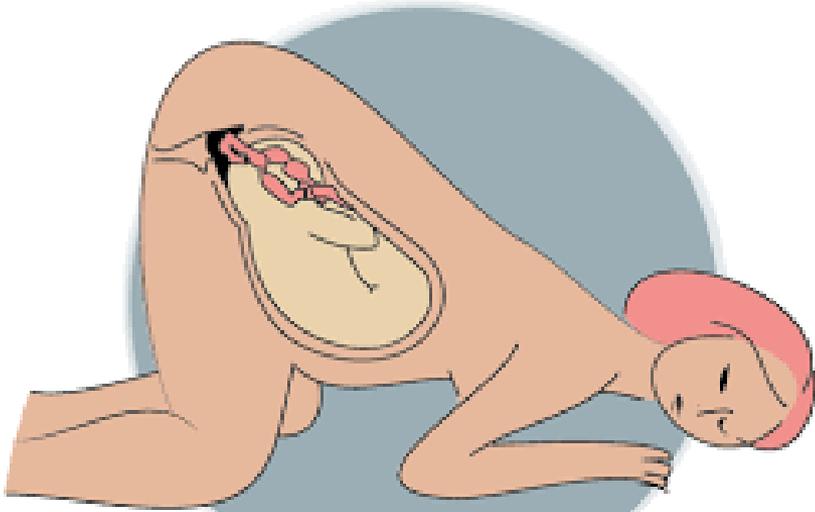
Se membrane integre non rompere il sacco amniotico

Non imporre movimenti, non bloccare bacino della donna

Aspettare 1 - 2 contrazioni per espulsione della testa (possibile cambio di posizione),

altrimenti favorirne l'espulsione in un'unica manovra (*si nasce ruotando e flettendo*)

PARTO DIFFICILE: PODALICO



Posizione *(non troppo alti dal pavimento)*

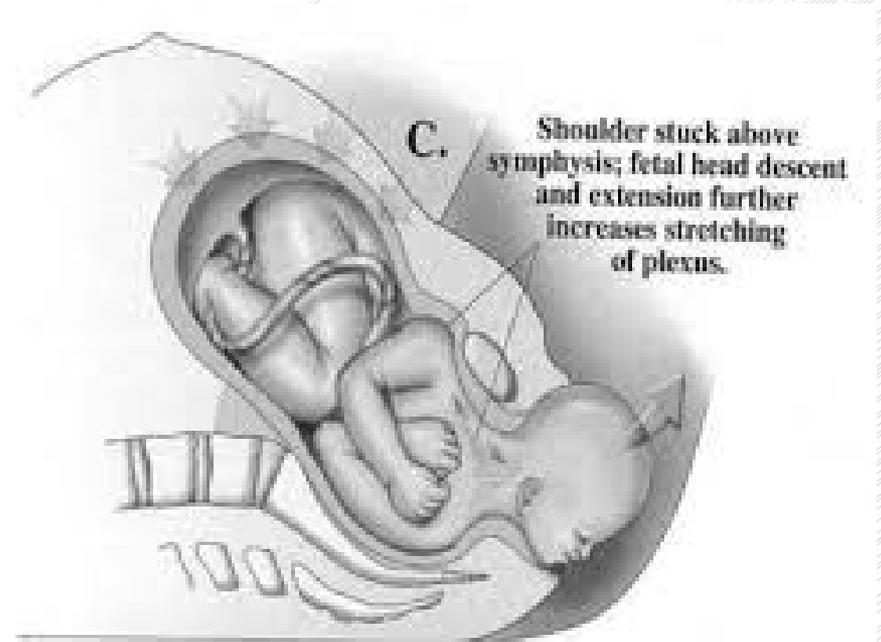
PARTO DIFFICILE

DISTOCIA DI SPALLA

Mancata espulsione delle spalle dopo la fuoriuscita della testa, la spalla anteriore si blocca contro la sinfisi pubica

Fattori di rischio

- **Obesità**
- **Travaglio prolungato**
- **Macrosomia**
- **(Parto con ventosa)**



PARTO DIFFICILE: DISTOCIA DI SPALLA

TIMING!!!!

Annotare l'orario di uscita della testa o chiedere da quanto tempo è fuori (*testa fuori da 5', bimbo areattivo, non fuoriuscita di liquido rischio elevato di distocia*)

Non eseguire trazioni

Cambio di posizione

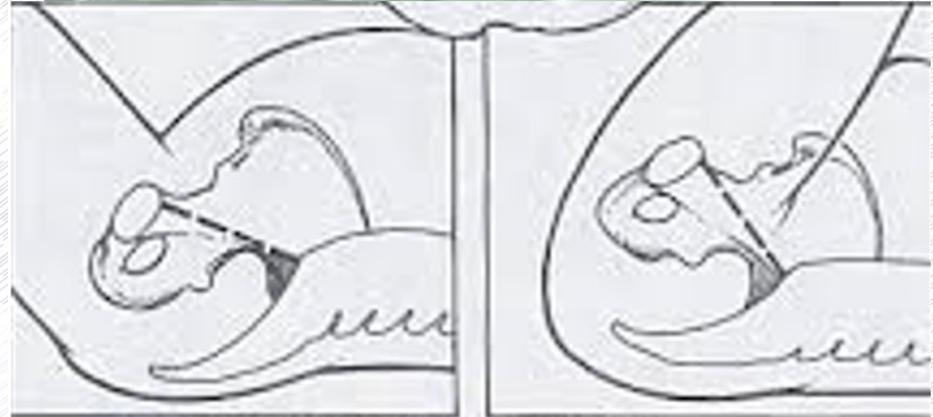
Annotare orario di uscita del corpo

PARTO DIFFICILE: DISTOCIA DI SPALLE



Parto: posizione "carponi"

Posizione



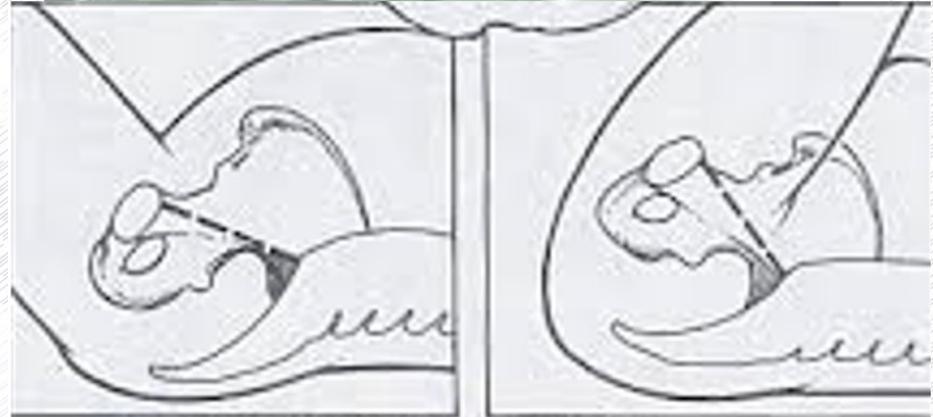
Manovra di Roberts

PARTO DIFFICILE: DISTOCIA DI SPALLE



fig. 1 - pressione sovrapubica

Pressione sovrapubica



Manovra di Roberts

PARTO DIFFICILE

EMORRAGIA POST PARTUM

Post-Partum Hemorrhage (PPH)



PARTO DIFFICILE: EMORRAGIA POST PARTUM

Perdita fisiologica post-partum \leq 500 ml

STIMARE l'entità della perdita (rischio sottostimare)

VALUTARE condizione clinica e stato emodinamico

Emorragia minore < 500 ml

Emorragia maggiore 1000 - 1500 ml

Emorragia massiva > 1500 ml e/o segni di shock

Emorragia primaria > 500 ml nelle 24 h

Emorragia secondaria > 500 ml tra le 24 h e le 12 settimane

PARTO DIFFICILE: EMORRAGIA POST PARTUM

LE 4 T

Tono: in relazione alle possibili anomalie della contrazione uterina

Tessuto: per la ritenzione di tessuto amniocoriale o placenta ritenuta

Trauma: ad esempio per rottura uterina, lacerazioni cervicali, inversione uterina o lacerazioni del canale del parto)

Trombina: in relazione a disordini emocoagulativi dovuti a disfunzione della trombina

EMORRAGIA POST PARTUM: COSA DEVO SAPERE

Obesità

Numero di parti

Taglio cesareo > 3 parti

Peso stimato > 4 Kg

Coagulopatie

Placenta ritenuta

Placenta anomala

Lacerazione perineo

Diagnosi di preeclampsia

Diagnosi di placenta previa

Prolungamento del tempo tra nascita e secondamento

FATTORI DI RISCHIO

know

EMORRAGIA POST PARTUM: COSA DEVO SAPERE



**GESTIONE MULTIDISCIPLINARE
DELL'EMORRAGIA POST-PARTUM**

EMORRAGIA POST PARTUM: COSA DEVO FARE

PROFILASSI UTEROTONICA

10 UI im di Ossitocina

a tutte le donne post partum (prima che inizi il secondamento)

Se fattori di rischio per sanguinamento

20 UI di ossitocina in 250 cc di SF a 125 ml/h in pompa volumetrica

oppure

20 UI di ossitocina in 50 cc di SF a 25 ml/h in pompa siringa

EMORRAGIA POST PARTUM: COSA DEVO FARE

SE EMORRAGIA

Ossitocina bolo di 5 UI ev in 5' (*se dalle 10 UI im post partum sono passati più di 10'*)

+

20 UI di ossitocina in 250 cc di SF a 125 ml/h in pompa volumetrica

oppure

20 UI di ossitocina in 50 cc di SF a 25 ml/h in pompa siringa

Acido tranexamico 1 gr ev

Cytotec cp 600 mg (Misoprostolo 200 mg cp)

Ossigeno ad alti flussi

Liquidi caldi / Emoderivati

Massaggio uterino (*solo a secondamento avvenuto*)

EMORRAGIA POST PARTUM: COSA DEVO FARE

Post-Partum Hemorrhage (PPH)



TABLE 56-2 Drugs for the Management of Immediate Postpartum Hemorrhage

DRUG	DOSE	COMMENTS
Oxytocin*	20-40 units in 1 L of crystalloid initially infused at 200-500 mL/hr and then titrate to sustain uterine contractions and control hemorrhage	Do not administer as an IV bolus. First-line therapy. If IV access is unavailable, may use 10 units IM
Methylergonovine maleate or ergonovine maleate	0.2 mg IM	Avoid in patients with hypertensive disease, including preeclampsia
Carboprost tromethamine	0.25 mg IM Repeat q15min until uterine hemorrhage is controlled or a maximum dose of 2 mg	Concurrent use of antiemetics and antidiarrheals recommended to control side effects
Misoprostol (Cytotec)	800-1000 µg PR	Single dose; can give PO. May cause tachycardia

IM, intramuscularly; *IV*, intravenous; *PO*, orally.

*Note the increased concentration of oxytocin when used for the treatment of postpartum hemorrhage versus that given to stimulate uterine contractions after uncomplicated delivery.

Drugs for the Management of Uterine Atony (Roberts + Hedges)



“EDUCATION
IS THE MOST POWERFUL
WEAPON WHICH YOU CAN USE TO
CHANGE THE WORLD.”

**NELSON
MANDELA**

L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE



AREU IR & TeC Lombardia

*Corso gestione emergenze ostetriche
in simulazione*



RICORDA

Parto fisiologico NON è un'emergenza

Comunicare tempestivamente con la SOREU/CO e l'ospedale di destinazione eventuali difficoltà

Attenzione al neonato nei primi secondi di vita

Monitora le perdite ematiche

Una buona assistenza alla madre è la migliore assistenza per il parto e per il neonato

FORMAZIONE





**Ginevra,
5 Gennaio 2019**

*Gemendo siamo venuti al mondo.
Quando si nasce si piange perché ci si
ritrova in questo palcoscenico di matti
(W. Shakespeare)*

Grazie