

IL PARTO



Cosa Sapere...

- *Le 4 fasi del parto e la corretta assistenza per ognuna di esse*
- *Assistenza alla madre e al neonato alla nascita*
- *Compiti del Volontario in ambulanza e non*

LE FASI DEL PARTO:

- 1) PERIODO PRODROMICO ('doglie')
- 2) PERIODO DILATANTE (travaglio vero e proprio)
- 3) PERIODO ESPULSIVO (spinte)
- 4) SECONDAMENTO ('uscita della placenta')

1) PERIODO PRODROMICO

- CONTRAZIONI DOLOROSE, MA ANCORA IRREGOLARI (intensità e tempo differente fra l'una e l'altra)
- SENSAZIONE FASTIDIOSA BASSO VENTRE e/o DOLORE REGIONE LOMBO – SACRALE
- Eventuale ESPULSIONE DEL TAPPO MUCOSO CON PICCOLA PERDITA DI SANGUE (questo occupava il canale cervicale; a volte l'espulsione passa inosservata)



*Può durare anche giorni , con contrazioni intermittenti
o piccoli dolori simil-mestruali.*

COSA SAPERE nella FASE PRODROMICA:

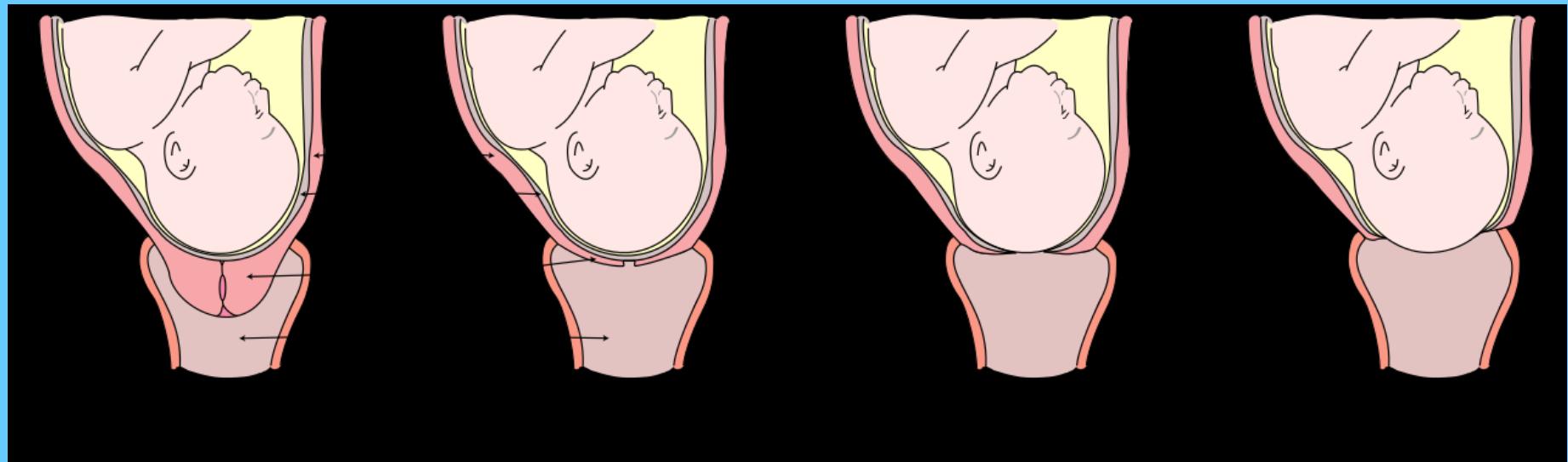
- La gravidanza è a termine (dalla 37° alla 40° settimana di gravidanza) o pre- termine? (se non sa rispondere chiedere la DPP o UM),
- Primo parto (nullipara) o ha già partorito? ,
- Informarsi su frequenza delle contrazioni fino a quel momento, su un'eventuale rottura delle acque, eventuali perdite ematiche e sui M.a.f.,
- Naturalmente, appena possibile, chiedere alla donna: nome, età, allergie, ev. patologie croniche o della gravidanza (diabete, ipertensione ecc..) e ev. farmaci assunti.

COSA FARE:

- Restare calmi,
- annotare la frequenza e la durata di ogni contrazione ,
- trasportare tranquillamente la paziente al reparto maternità,
- monitorare la situazione, e mantenere un costante contatto il 118.

2) PERIODO DILATANTE

- INIZIA CON CONTRAZIONI REGOLARI (OGNI 3'-5') E DILATAZIONE DI 3CM,
E TERMINA QUANDO LA CERVICE HA RAGGIUNTO LA DILATAZIONE MASSIMA (10 CM) E LA PAZIENTE INIZIA A SENTIRE LA SENSAZIONE DI SPINTA
- DURATA MEDIA: 4-5 ORE NULLIPARA / 2-3 ORE PLURIPARA



COSA SAPERE nella FASE DILATANTE:

- La gravidanza è a termine (dalla 37° alla 40° settimana di gravidanza) o pre- termine? (se non sa rispondere chiedere la DPP),
- primo parto (nullipara) o ha già partorito? ,
- Informarsi su frequenza delle contrazioni fino a quel momento, su un'eventuale rottura delle acque, eventuali perdite ematiche e sui M.a.f.,
- Naturalmente, appena possibile, chiedere alla donna: nome, età, allergie, ev. patologie croniche o della gravidanza (diabete, ipertensione ecc..) e ev. farmaci assunti
- In questa fase in cui le contrazioni sono regolari,
- chiedere se sente il premito.

COSA FARE:

- Restare calmi,
- annotare la frequenza e la durata di ogni contrazione ,
- trasportare la paziente al reparto maternità ,
- monitorare la situazione, e mantenere un costante contatto il 118 o l'ospedale di riferimento.



Rottura del sacco amniotico (“delle acque”)

E' la fuoriuscita di liquido amniotico dai genitali della donna, conseguente ai movimenti fetali o alla pressione delle contrazioni.

- Il liquido amniotico è generalmente **chiaro (trasparente) e pressocchè inodore**:
 - un liquido verdastro o giallo-marrone può indicare sofferenza fetale durante il travaglio (liquido tinto di meconio) ;
- Può avvenire:
 - fuori del travaglio, quindi senza contrazioni ,
 - durante una delle fasi del travaglio (periodo prodromico, dilatante, espulsivo quindi durante le spinte),
 - oppure al momento della fuoriuscita all'esterno del corpo del bambino (“nato con la camicia”);
- Può presentarsi come :
 - una **grossa perdita di liquido trasparente** dalla vagina (90% casi)
 - perdite di piccola quantità che fuoriescono ogni tanto nella giornata

3) PERIODO ESPULSIVO

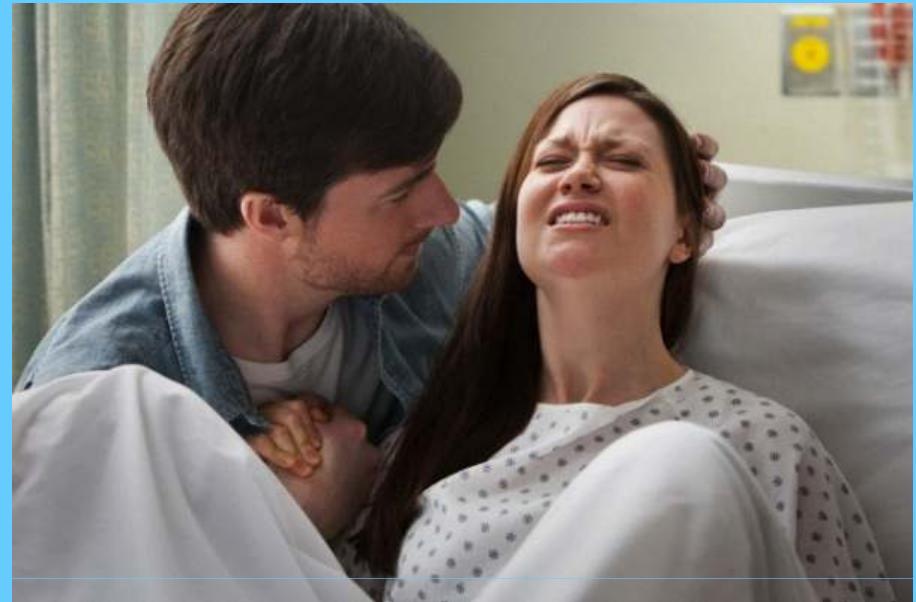
- INIZIA QUANDO LA DILATAZIONE CERVICALE E' COMPLETA ed E' PRESENTE IL PREMITO (la madre sente necessità di spingere)
- IL NEONATO ENTRA NEL CANALE DEL PARTO E NASCE.
- CONTRAZIONI INTENSE E PROLUNGATE.
- DURATA MEDIA: 1 ORA NULLIPARA / $\frac{1}{2}$ ORA PLURIPARA (nelle pluripare più frequenti parti precipitosi)



*Il parto inaspettato
è quasi certamente
rapido e facile*

COSA SAPERE nella FASE ESPULSIVA

- Appena possibile raccogliere tutte le informazioni utili (come nelle fasi precedenti)
- Evitare il trasporto se :
 - 1) vi è presentazione del feto fuori dalla vagina,
 - 2) vi sono contrazioni ogni 3-4 min, impulso irrefrenabile a spingere .



- Proseguire con il trasporto se :
 - 1) non vi è presenza della testa del bambino all'introito vaginale,
 - 2) la paziente riesce a trattenere il bisogno di spingere.

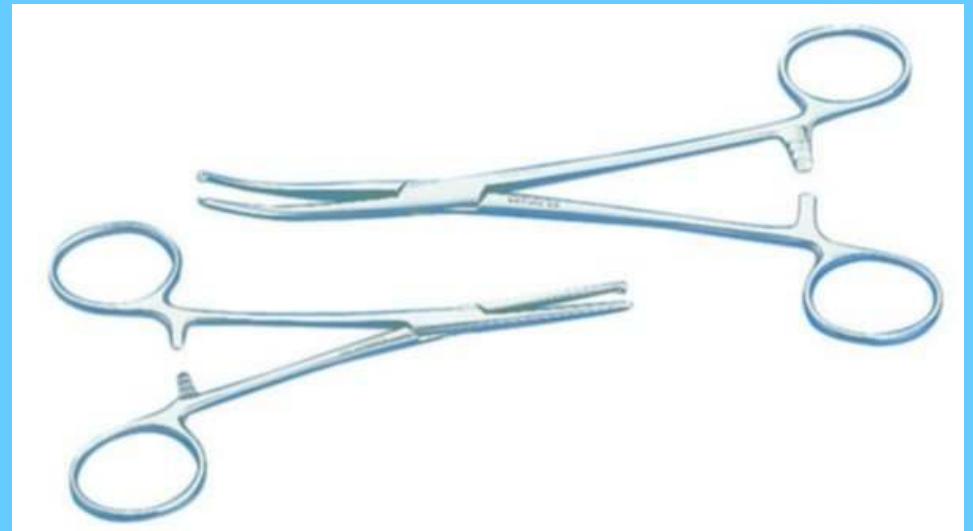
Il trasporto della partoriente in ogni fase del travaglio deve avvenire utilizzando la posizione di sicurezza: **fianco sinistro**.

COSA FARE:

- se siete lontani dall'ambulanza trovare un luogo pulito (se possibile riscaldato e appartato);
- adagiare la donna su di un piano RIGIDO, anche di fortuna, il più possibile confortevole (barella) ;
- far posizionare la paziente con le gambe divaricate e flesse (per favorire il corretto passaggio del bambino e la vostra assistenza) e con la testa sostenuta (es. con un cuscino);
- preparare SET PARTO e allertare 118 o ospedale di riferimento;
- rassicurare la madre e farla riposare, distendere e respirare tranquillamente nella pausa tra le contrazioni : le donna deve spingere solo durante la contrazione!

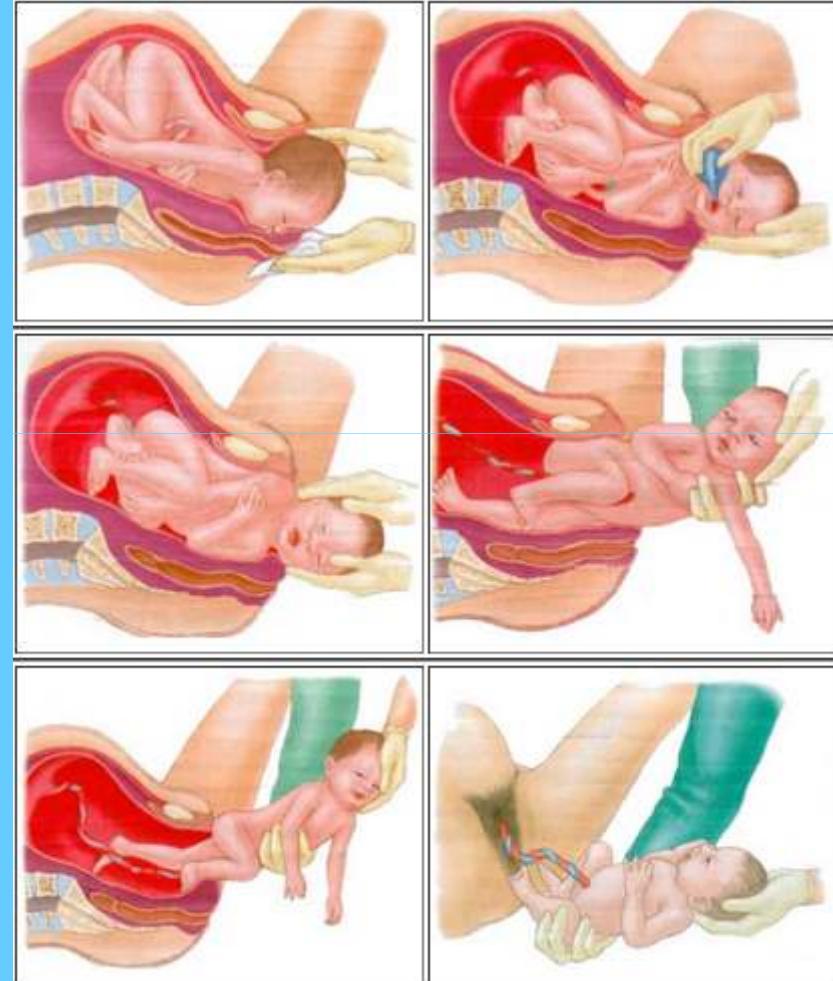
Aprire il SET da PARTO (preventivamente preparato):

- 1.guanti e telini sterili ,
- 2.una coperta per avvolgere il bambino e tenerlo al caldo e/o coperta isotermica,
- 1.tamponi di garza per pulire e assorbire sangue e secrezioni ,
- 2.una piccola pompetta di gomma /sondino per aspirare le secrezioni dalla bocca e dal naso del piccolo,
- 3.due pinze o cord-clamp per clappare il cordone ombelicale,
- 4.una forbice (da usare solo su indicazione di recisione del funicolo),
- 5.Una sacca per raccogliere la placenta.



ASSISTENZA:

- L'operatore deve avere mani pulite e DPI
- Nel momento in cui appare il bambino iniziare a sostenergli la testa e poi tutto il corpo (attenzione il bimbo è **scivoloso!**) ;
- pulire la bocca ed il naso del neonato dal momento in cui appare (solo se ci sono tante secrezioni);
- non tirare il bambino né il cordone , e non spingere sul ventre della madre ;
- se il cordone ombelicale è arrotolato intorno al collo del bambino, farglielo scivolare al di sopra della testa per distenderlo e scioglierlo;
- non percuotere il bambino se non piange subito.



Ricordarsi di annotare l'orario del parto!

Nota Bene:

Se all'imbocco della vagina fuoriesce una parte diversa dalla testa fetale (piede, ginocchio ecc..) si tratta di parto PODALICO, evenienza rara e pericolosa:

- chiedere alla pz di NON spingere,
- non tirare né fare trazioni sulle parti fetalı,
- posizionare la paziente sul fianco sinistro,
- mantenersi in contatto telefonico con gli operatori,
- recarsi velocemente all'ospedale di riferimento.



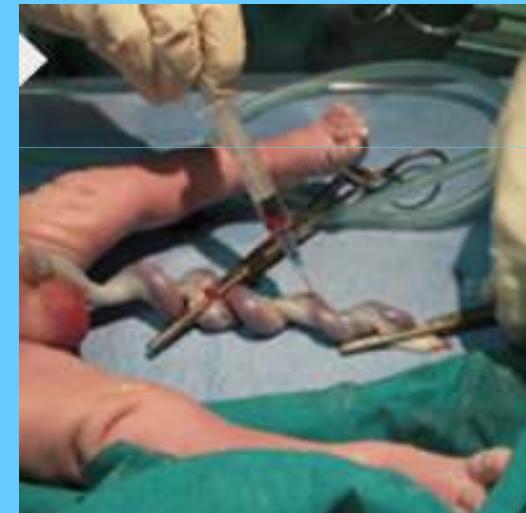
ASSISTENZA AL NEONATO

se grida spontaneamente

- Il neonato è a rischio di ipotermia: ha bisogno di CALORE!
- Non c'è nessuna fretta di tagliare il cordone (lo faranno in ospedale), in ambulanza è necessario solo se è necessario staccare il bambino dalla madre.

COMPITI DEI SOCCORRITORI

- asciugare il bambino, avvolgerlo in un telo pulito e coprire con copertina ,
- pulire la bocca ed il naso con un dito fasciato da una garza pulita,
- clampare il cordone (SENZA tagliarlo) quando ha smesso di pulsare (circa dopo 5 minuti):
mettere una pinza a circa 5cm dall'addome del bambino e l'altra pinza dopo 10cm dalla prima,
- fino a quando il cordone non è stato clampato tenere il bambino al pari o al di sotto del bacino della madre per evitare il ritorno del sangue alla placenta.





ASSISTENZA AL NEONATO se NON grida spontaneamente

COMPITI DEI SOCCORITORI

- asciugare il bambino e stimolare la respirazione massaggiando il dorso
- avvolgerlo in un telo pulito e coprire con copertina ,
- LEGARE/CLAMPARE il cordone SENZA tagliarlo,
- fino a quando il cordone non è stato legato tenere il bambino al pari o al di sotto del bacino della madre, per evitare il ritorno del sangue alla placenta ,
- pulire la bocca con un dito fasciato da una garza pulita ,
- se non respira (frequenza 40/min, volume adeguato) iniziare PBLS, avvisando 118!

• VALUTAZIONE DEL NEONATO

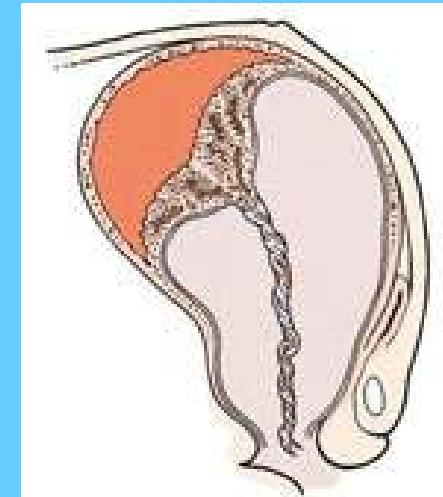
(per gli ostetrici è chiamato punteggio di Apgar):

1. F.C. 120-160 bpm
2. F.R. 30-40 atti/min
3. Reattività (pianto vigoroso)
4. Tono muscolare
5. Colorito cutaneo roseo (nell'immediato è normale che il bambino sia un po' più cianotico soprattutto alle estremità)

4) SECONDAMENTO

- ESPULSIONE DELLA PLACENTA CON
- CORDONE OMBELICALE, MEMBRANE DEL
- SACCO AMNIOTICO E TESSUTI DI
- RIVESTIMENTO DELL'UTERO
- DURATA MEDIA: 5-30 MINUTI

N.B.: la placenta va raccolta
(per es. in un sacchetto) perché verrà poi analizzata in
Ospedale





ASSISTENZA ALLA MADRE

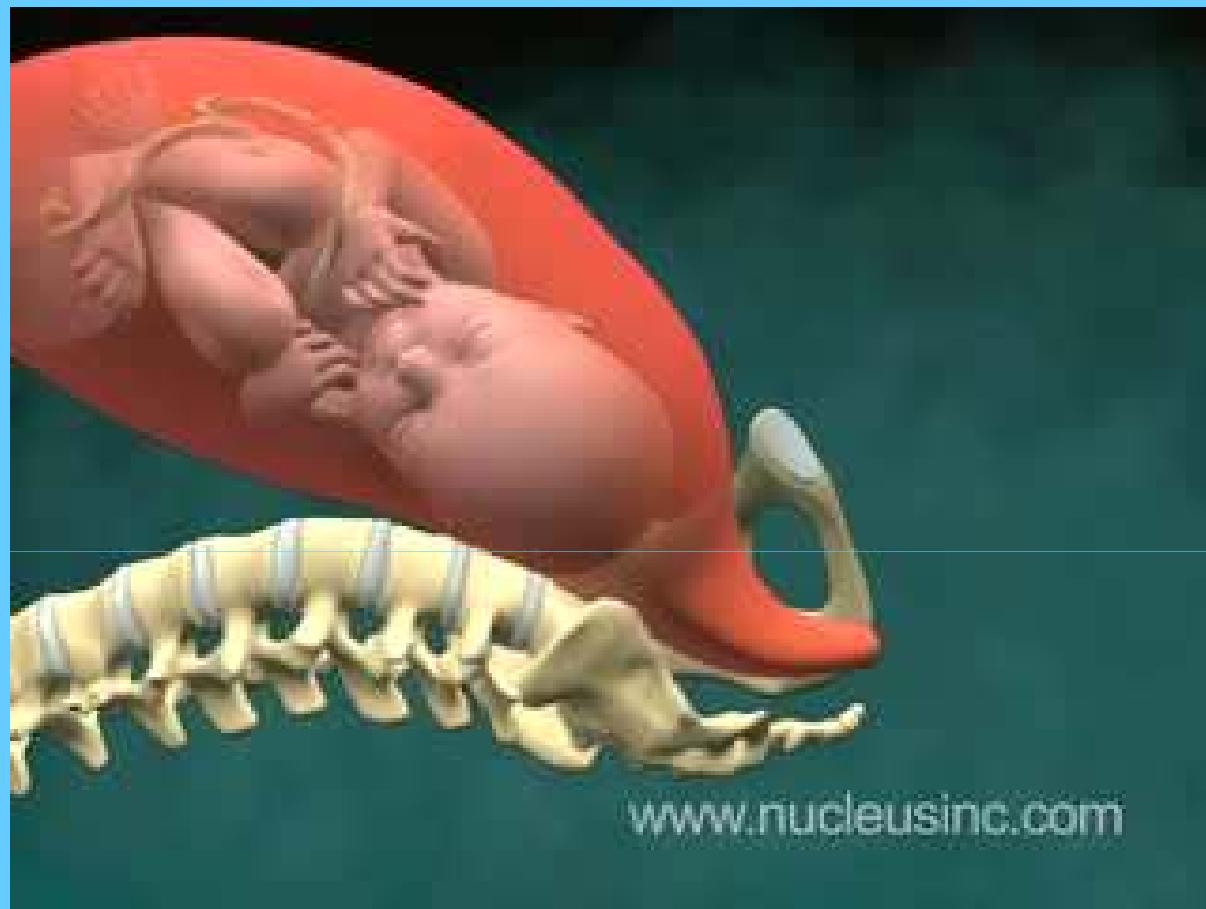
COMPITI DEI SOCCORITORI



- Rassicurarla che tutto è andato bene, che il bambino sta bene
- metterle il bambino in braccio, se possibile sul petto
- controllare un'eventuale emorragia vaginale (l'espulsione della placenta è sempre accompagnata da perdita di sangue, max 500ml)
- porre un assorbente igienico sulla vagina
- controllare parametri vitali anche della madre
- attacchi di brividi intensi, sensazione di freddo e tremori sono una reazione fisiologica normale nel post-partum

RICAPITOLANDO...

- Calma e sangue freddo (è un processo naturale!)
- il parto è imminente se ci sono contrazioni ogni 2-3 min., premiti irrefrenabili (stimolo a spingere), dilatazione completa (10 cm) e soprattutto presentazione del neonato all'ostio vulvare :
solo in tal caso, fermarsi per lasciar partorire .
- CALMA, DOLCEZZA, CALORE, IGIENE



www.nucleusinc.com

- Domande?

Casi:

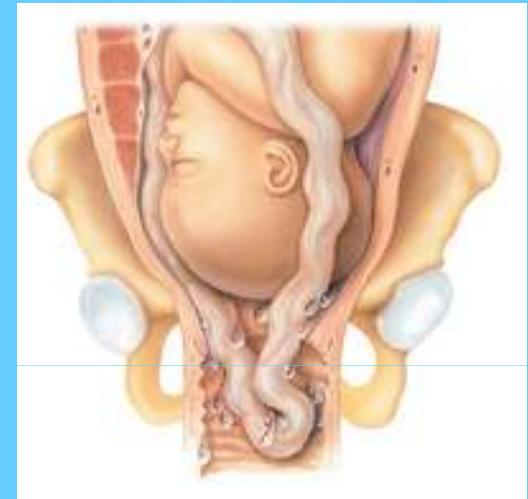
- 1) La paziente secondipara (secondo parto), a termine di gravidanza (37-40 wks) riferisce: contrazioni dolorose e regolari ogni 2-3 minuti, sensazione di premito e non riesce a reprimere la spinta.

Casi:

- 2) La paziente primipara (primo parto) è a 35 settimane, ha visto una grossa perdita di liquido (rottura delle acque) di colore verdognolo e sente le contrazioni ogni 10 o 15 minuti di media intensità.

Situazioni di estrema gravità:

- Emorragia vaginale
- Liquido amniotico verdognolo
- Prolasso del funicolo (cordone ombelicale)
- Alterazione parametri materni es. ipertensione arteriosa.



In tutti questi casi: valutazione parametri vitali, ABC, posizione di sicurezza sul fianco sinistro, ospedalizzazione della paziente.

**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE**

Ostetricia Benedetta Dini