



Croce Rossa Italiana

1° corso istruttori PSTI Liguria 2009

Tesi finale

“Il parto prematuro-fisiologico”

Candidato:
Alessio Riitano

Introduzione

Una delle emergenze più emozionanti e complesse su cui può essere chiamato ad intervenire un Volontario del Soccorso è il parto; questa situazione, sebbene nella grande parte dei casi non patologica, sottopone sia la partoriente che l'equipaggio a stress, emozioni forti e lascia sicuramente un segno nella vita del soccorritore.

Durante un parto le cose da fare sono tante e devono essere effettuate velocemente, a volte contemporaneamente e con sicurezza, ma nonostante ciò il parto in sé lascia un profondo senso di impotenza nel soccorritore, comunque costretto ad aspettare i tempi della natura e della fisiologia umana.

Durante questo tipo di servizio sembrerà di non avere abbastanza mani ed abbastanza occhi, il numero delle persone da soccorrere raddoppia (ed in qualche caso con padri emotivi triplica) il vano sanitario si fa rovente, lo spazio ed i materiali sembrano non bastare mai e l'ospedale sembra scappare allontanandosi dall'ambulanza.

In questa situazione i protocolli non bastano, per questo motivo durante la stesura di questa tesi ho cercato di dare ampio spazio agli accorgimenti pratici che possono facilitare il compito del soccorritore, emersi dall'esperienza di servizio dei medici e volontari che ho intervistato e dal sottoscritto.

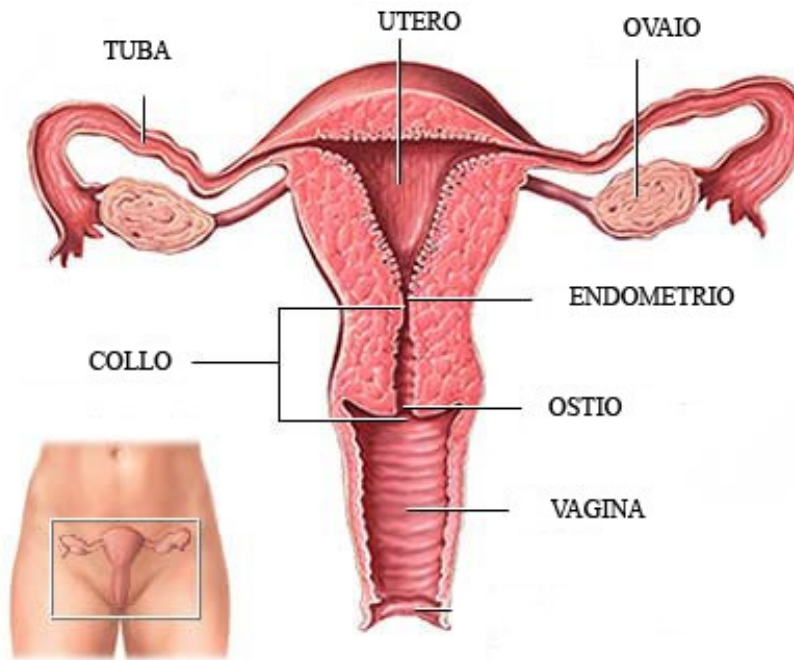
Alessio Riitano

Cenni di anatomia

La gravidanza ed il parto sono processi fisiologici che vanno a coinvolgere una moltitudine di organi del sistema riproduttivo femminile.

Gli organi direttamente coinvolti sono utero, canale vaginale e numerose ossa del bacino. Alcuni organi si neo-formano (come la placenta) o modificano la loro funzione (ovaie) per consentire la formazione, la vita intrauterina ed il travaglio di parto del nascituro.

Utero, tuba ed ovaio



L'utero è un organo impari che ha sede nella piccola pelvi, dietro alla vescica e davanti al retto. Ha la forma di una pera, con la punta rivolta verso il basso e la concavità verso l'alto.

La punta si apre nel canale vaginale sporgendosi con una parte chiamata collo.

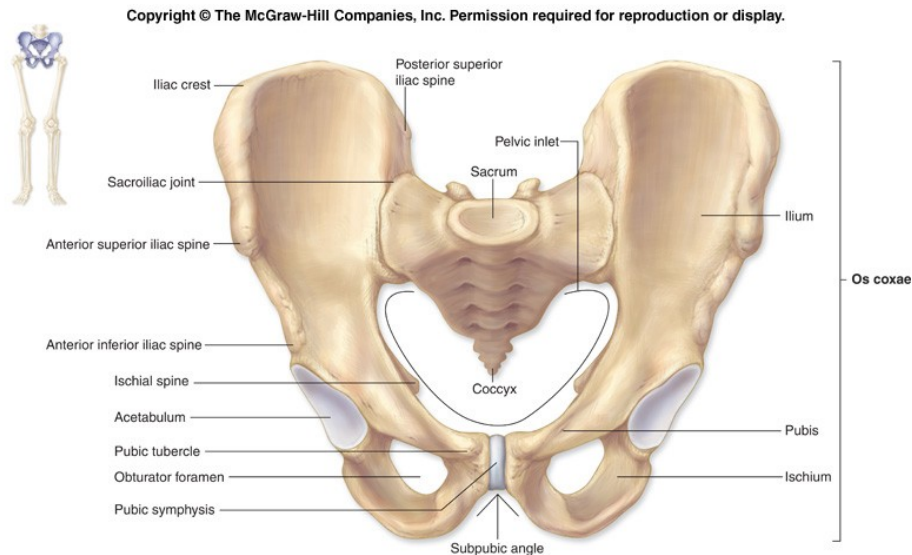
Il fondo invece riceve lo sbocco delle tube ed è posto superiormente. Nella nullipara l'utero ha una lunghezza di 6-7 cm e pesa circa 40-50g; mentre nella multipara questi valori aumentano, fino a raggiungere i propri valori massimi durante la gravidanza.

L'utero è proprio l'organo deputato a ricevere ed ospitare per tutta la gravidanza il prodotto del concepimento.

E' composto da diversi strati di muscolatura liscia molto spessa e robusta, in quanto dovrà variare le proprie dimensioni per accogliere un feto anche di 50cm e pesante anche oltre 3Kg. Inoltre la muscolatura è responsabile delle intense contrazioni che porteranno al parto.

A partire dagli angoli laterali del fondo si dipartono le due tube uterine, ovvero i canali attraversati dalla cellula uovo fecondata. Le due tube terminano in corrispondenza delle ovaie, l'ovaio è l'organo che porta a maturazione le singole cellule uovo e le espelle per farle fecondare, svolge una importante funzione in quanto regola il ciclo mestruale e non solo tramite la produzione di numerosi ormoni. Tramite questi ormoni l'ovaio svolge una importante funzione durante la gravidanza.

Bacino

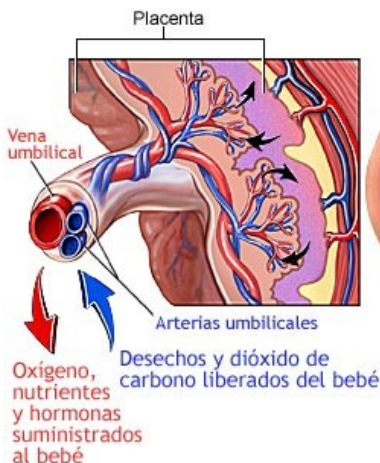


Il bacino è un complesso di ossa saldate tra loro, inferiormente serve per articolare le gambe al tronco e superiormente riceve l'innesto della colonna vertebrale. Inoltre svolge la funzione di contenimento degli organi addominali.

Il bacino femminile ha forma differente rispetto a quello maschile proprio in quanto al termine della gravidanza deve lasciar passare il feto, cosa impossibile in un bacino maschile a causa dei ristretti diametri. Nonostante la diversa forma il feto non passa automaticamente il bacino ma deve compiere due torsioni per superare gli ostacoli muscolo-scheletrici posti. Una complicanza comune in caso di bacini troppo stretti è che la spalla del feto non riesca a passare e pertanto il feto non riesca ad uscire senza l'intervento di personale sanitario che provvederà con apposite manovre.

Placenta

La placenta è un organo che si forma durante la gravidanza e che non è fisiologicamente presente nell'organismo materno al di fuori di essa.



È un organo adeso alla superficie interna dell'utero e svolge la funzione di scambio con l'organismo materno dei nutrienti utili al feto e delle scorie da eliminare.

La placenta inoltre ha un importante ruolo di filtro, impedendo a sostanze oltre una certa dimensione di passare, escludendo così una buona parte di patogeni o sostanze dannose per il feto.

Il ruolo di scambio della placenta è dato dal fittissimo intreccio di vasi che la compone e che si interseca con un'altrettanto fitta rete vascolare materna che attraversa appositamente la parete

uterina. Proprio tramite questi vasi e questi contatti la placenta invia le scorie al sistema vascolare materno e ne riceve in cambio ossigeno e nutrimento tramite i quali il feto sopravvive senza respirare e senza svolgere le funzioni fisiologiche tipiche della vita extrauterina.

La fisiologia del parto

Il parto è l'evento che pone termine alla gravidanza ed avviene fisiologicamente tra la 36° e la 42° settimana di gestazione.

Le settimane vengono contate a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione, a causa dell'impossibilità di stabilire il giorno esatto dell'ovulazione.

Nel caso il parto avvenga prima della 36° settimana viene indicato come parto pretermine, oltre la 42° settimana viene indicato come parto post-termine.

Il travaglio di parto viene suddiviso in quattro fasi distinte anche se parzialmente sovrapposte nella loro successione, queste sono: fase prodromica, fase dilatante, fase espulsiva, fase del secondamento.

Nella cultura anglosassone e quindi in molti manuali la fase dilatante e la fase espulsiva possono essere considerate una unica.

Il travaglio fisiologico totale può durare fino a 16 ore nella donna nullipara e circa la metà nella donna pluripara, normalmente però i tempi medi sono molto abbreviati.

Andiamo ad analizzare le caratteristiche di ogni fase:

Periodo prodromico:

Può durare fino ad 8 ore nella nullipara e la metà circa in caso contrario.

E' caratterizzato da contrazioni uterine percepite dalla donna come fastidi o lieve dolore nella zona lombare, questo viene comunemente detto dolore a cintura per la forma della zona colpita. In questa fase la cervice uterina si prepara al parto, modificando la propria conformazione ed assottigliandosi, in preparazione della dilatazione seguente.

Periodo dilatante:

Può durare fino a 4 ore nella nullipara e la metà circa in caso contrario.

In questa fase si ha una dilatazione del collo dell'utero con contrazioni sempre più frequenti e prolungate, il dolore a cintura è accentuato con il progredire della fase.

La dilatazione che si viene a creare andrà a formare il canale del parto, formando un canale continuo composto da utero e vagina.

Periodo espulsivo:

Può durare fino ad 1 ora nella nullipara, anche meno della metà in caso di pluripara.

Questa fase inizia con la completa dilatazione del collo dell'utero e la rottura delle membrane ed ha termine con la completa espulsione del feto.

La procedura di fuoriuscita del feto è automatica ed inarrestabile, si ha con energiche contrazioni uterine che forzano il feto nel canale del parto fino all'esterno.

La madre sente in questa fase l'esigenza di collaborare alle spinte tramite i muscoli addominali, la collaborazione attiva diminuisce la sensazione di dolore provata.

A livello fetale questa fase corrisponde all'impegno del canale del parto e a due fasi di rotazione che consentono di superare alla testa ed alle spalle gli ostacoli muscolari ed ossei anatomici della madre.

Periodo del secondamento:

Questa fase ha identica durata nella primipara o nella pluripara, e può durare da pochi minuti fino ad 1 ora. In quest'ultimo caso si può parlare di placenta ritenuta.

In questa fase inizia la contrazione dell'utero, la placenta si stacca e viene espulsa, le contrazioni uterine calano nettamente di intensità e dolore ma continuano per contrarre l'utero fino a formare il cosiddetto “globo di sicurezza” per bloccare l'emorragia.

Il distacco della placenta è un meccanismo molto delicato che può portare ad emorragie gravi ed anche mortali per la madre. Fisiologicamente si ha una emorragia di 200-300 ml data la lacerazione dei vasi al distacco della placenta.

Una volta avvenuto il distacco l'utero si contrae formando un “globo di sicurezza” ovvero contrae tonicamente la muscolatura strozzando così i vasi ed arrestando l'emorragia.

Il principale segno esteriore è la discesa e la perdita di turgore del cordone ombelicale ed ovviamente l'espulsione della placenta.

Approccio del volontario alla donna gravida

Per quanto riguarda l'intervento di un volontario il metodo di approccio può cambiare radicalmente a seconda di vari fattori, ce ne sono però altri invariabili: l'assistenza psicologica da portare alla donna gravida ed al padre del bambino e una particolare attenzione alla privacy da porre in tutti gli interventi; data poi la delicatezza del tipo di intervento, il consenso informato risulta fondamentale.

La priorità del volontario è quella di riconoscere se il parto è imminente o meno; nella seconda ipotesi è fattibile un trasporto all'ospedale più vicino; in caso di parto imminente la procedura cambia radicalmente e sarà necessario predisporre l'attrezzatura per far partorire sul posto o in ambulanza la donna.

Le prime informazioni necessarie sono la settimana di gravidanza della donna, se è già avvenuta la rottura delle membrane, frequenza durata e ritmo delle contrazioni. E' utile per il volontario chiedere in che struttura è seguita la gravidanza per ottimizzare le comunicazioni con la centrale operativa.

In caso la settimana di gravidanza fosse compresa tra la 36° e la 42°, la rottura delle membrane sia avvenuta e le contrazioni siano regolari e distanziate di pochi minuti una dall'altra il parto potrebbe essere imminente.

Il discriminante principale che un volontario deve considerare è la visibilità del bambino attraverso il canale del parto, questa condizione indica che la fase espulsiva è cominciata. Nel caso la parte visibile del bambino non sia la testa (riconoscibile per la presenza dei capelli) ma ad esempio le natiche, un arto o una spalla è necessario esortare la donna a trattenersi dallo spingere ed effettuare un trasporto di emergenza al più vicino ospedale. E' importante comunicare questa situazione alla centrale, che potrà pre-allertare il reparto di ostetricia ed eventualmente predisporre un rendez-vous con l'automedica.

In caso la parte visibile del bambino sia la testa invece è possibile assistere al parto in loco o in ambulanza, tratterò questo caso in estenso più avanti.

Se invece il bambino non è visibile, è necessario comunque il trasporto di emergenza all'ospedale nel caso si verifichino una o più delle seguenti condizioni:

- emorragie vaginali
- rottura delle membrane
- presenza di contrazioni regolari sia a termine di gestazione che non.

In ogni caso, data la particolarità e delicatezza della condizione della donna, è sempre meglio effettuare un trasporto, anche non in urgenza per un controllo; se la donna ha chiamato l'ambulanza infatti deve aver percepito un disagio di qualsiasi tipo.

Trasporto di donna gravida

A causa delle particolari modificazioni fisiologiche che occorrono durante il parto è necessario adottare una particolare accortezza nel trasporto della donna incinta, infatti le aumentate dimensioni e peso dell'utero possono gravare sulla vena cava inferiore, nella zona addominale portando ad una diminuzione importante del ritorno venoso al cuore. Questa condizione, denominata “sindrome della vena cava” è molto pericolosa per la vita della madre dato che la porterà presto in stato di shock, e per la vita del feto; infatti per cercare di aumentare il ritorno venoso al proprio cuore l'organismo materno vasocostringerà le arterie che mantengono in vita il feto interrompendo la fornitura del nutrimento necessario e dell'ossigeno.

Per evitare la sindrome della vena cava la donna gravida si dispone naturalmente ed automaticamente con il fianco destro sollevato dalla barella. E' necessario aiutarla ponendo uno spessore sotto il fianco sollevato (coperta o lenzuoli arrotolati) a cui lei possa appoggiarsi o disponendola in PLS tassativamente sinistra se necessario.

La posizione della donna deve essere tale da consentirvi di poter monitorare costantemente i parametri, sia tramite saturimetro sia tramite sfigmomanometro, ed effettuare le corrette valutazioni sulla coscienza.

Ricordate che la donna trasportata in gravidanza necessita di un sostegno psicologico importante e che va incoraggiata a mantenere la tranquillità.

Un consiglio pratico è quello di non farla iperventilare tramite respirazioni troppo rapide, ma forzarla ad assumere una respirazione profonda e regolare. L'iperventilazione aumenterebbe l'agitazione della donna peggiorandone rapidamente la situazione psicofisica. Sincronizzate la respirazione in modo che l'espiazione cada durante la contrazione, questo accorgimento diminuirà il dolore provato dalla donna.

Un ulteriore consiglio è quello di non dare la mano alla donna se ha le contrazioni, bensì farle stringere le sponde della barella (che sono poste appositamente ad una distanza utile), voi potrete mantenere il contatto ponendole una mano sulle spalle o sul dorso della mano ed eviterete la possibilità che durante una contrazione la donna rischi di ferirvi.

Parto in ambulanza

Molte volte all'arrivo dei soccorritori o durante il trasporto il parto diventa imminente ed è possibile vedere la testa del bambino attraverso il canale del parto, in questa situazione è necessario cambiare protocollo in “Stay and play” ovvero approntare il necessario per far partorire la donna in loco. La prima cosa da evitare è farsi prendere dall'agitazione oppure voler strafare: il parto è un processo fisiologico praticamente automatico quando non presenta complicazioni e molte di queste richiedono comunque l'intervento di un medico; la cosa migliore da fare quindi è calmarsi e lasciare che la natura faccia il suo corso con i suoi tempi, il ruolo del volontario è quello di “assistere” al parto e non quello di intervenire.

La seconda cosa da evitare è di fare un parto in movimento, nonostante si desideri arrivare in ospedale il più in fretta possibile, in questo caso è necessario fermare l'ambulanza ed avvertire la centrale, verrà inviata una automedica non appena possibile.

Terza cosa importante, preparazione: è necessario preparare una serie di attrezzature per essere pronti ad affrontare tutti i casi possibili; dal confronto con alcuni volontari della mia sede e con medici della C.O. 118 Genova e Savona sono emersi alcuni consigli pratici:

- Lenzuola: non sono mai abbastanza, vedremo in seguito il numero minimo indispensabile.
- Soluzione Fisiologica: servirà tiepida e comunque ne servirà in abbondanza, quindi preparatela vicino alle bocchette del riscaldamento: è la fonte di calore più rapida ed efficiente che avete.
- Kit parto: ricordate di tagliare le fascette che lo sigillano. Più avanti verrà trattato il contenuto del kit.
- Barella: per garantirvi un buono spazio di manovra potrebbe essere necessario spostarla lievemente verso il centro dell'ambulanza, ma non eccessivamente per non ridurre la superficie calpestabile.
- Accendere il riscaldamento del mezzo: sia madre che bambino hanno bisogno di una temperatura elevata, il volontario in divisa deve percepirla come eccessiva.
- Privacy: lo spazio in ambulanza è molto poco, però non è consigliato aprire i portelloni e rischiare una esposizione non desiderata della donna ai passanti.
- Come penultima operazione mettersi le protezioni (camice, occhiali e mascherina), queste sono importanti in quanto è certo che si verrà a contatto con i fluidi corporei della donna ed in moltissimi casi questi potranno schizzare sporcando ed esponendo ad eventuali contagi il volontario.
- Ultima operazione è l'utilizzo dei guanti sterili, questa operazione va effettuata quando tutto il resto è pronto per non sporcare i guanti sterili, dopo averli indossati non si dovrà più toccare nulla che non sia correlato con il bambino.

Durante la fase di preparazione dei materiali e dei volontari si effettua la preparazione della partoriente:

- La donna va disposta in posizione ginecologica, quindi con le gambe divaricate, flesse a puntare i talloni contro la barella. La posizione dello schienale va decisa in base alle sue esigenze, in ogni caso mai totalmente sdraiata per favorire la spinta dei muscoli addominali e per evitare la sindrome della vena cava.
- Disporre le lenzuola (piegate in maniera adatta) come segue:
 - uno su ogni coscia
 - uno sull'addome a formare un tetto agli organi genitali
 - due o tre lenzuola a sollevare le natiche, di questi almeno due dovranno sporgere fino alla verticale delle cosce.
 - Uno o due appoggiati sopra i precedenti verranno usati per accogliere il neonato o per pulire la donna durante il parto in caso defecasse. Tenete comunque almeno altre due lenzuola pronte in caso servano.
 - Uno o due serviranno al volontario che fa assistenza in caso di vomito della partoriente.
 - Ne servirà almeno un altro per effettuare una prima pulizia del neonato.
- Preparare una coperta da dare alla partoriente dopo o durante il parto.
- Preparare il telino termico apposito per mantenere la temperatura del neonato. Il telino termico va preparato ma non ancora aperta la busta che ne garantisce la sterilità.

A questo punto i volontari dovrebbero essere preparati così come la partoriente e si passa alla fase operativa.

Il volontario che sta facendo assistenza psicologica deve continuare a mantenere controllata la respirazione della donna, mantenerla calma e collaborante in modo che le spinte siano coordinate con le contrazioni ed effettuare le valutazioni dei parametri della partoriente, eventualmente mediante l'uso di saturimetro e sfigmomanometro. In ogni caso una perdita di coscienza interrompe il protocollo e comporta il trasporto in codice rosso al P.S. più vicino dopo comunicazione con la centrale. In parecchi casi si possono verificare casi di semplice lipotimia (quindi senza perdita di coscienza) o sincopi (perdita di coscienza momentanea) che devono comunque allarmare ma non interrompono il parto.

Durante il parto la partoriente potrebbe vomitare o defecare, in entrambi i casi è compito del volontario che fa assistenza il ripulire la donna per evitare contaminazioni del bambino e/o dell'operatore che sta assistendo al parto.

Il soccorritore che si è preparato con camice, guanti sterili ed occhialini non deve fare nulla, ed evitare di toccare qualsiasi cosa non sia correlata con il bambino, disponendosi ad aspettare l'uscita del neonato.

L'uscita del neonato può sembrare un processo lento e faticoso, in nessun caso si deve essere tentati di favorirla tirando o effettuando manovre di qualsiasi tipo con il neonato, questo potrebbe causare lesioni anche gravissime. L'uscita del neonato va semplicemente accompagnata disponendo le mani a culla in modo che il neonato vi si adagi naturalmente uscendo dall'orifizio vaginale, il corpo del neonato va sostenuto in tutte le fasi ma senza effettuare pressioni in quanto le ossa non sono completamente formate, in particolare sono presenti le fontanelle a livello del cranio e le articolazioni sono ancora in grande parte cartilaginee.

Entro 30 secondi dal parto è necessario effettuare una serie di manovre ed alcune valutazioni che sono molto importanti per apprezzare l'effettiva situazione. Queste manovre si riassumono con l'acronimo mnemonico: PARATA e sono:

- **Posizione:** porre il neonato supino, su un piano rigido con la testa in posizione neutra. Molto importante è mantenere il bambino in linea con la vagina materna, non alzarlo o abbassarlo eccessivamente prima di aver clampato il cordone:
 - Un sollevamento del neonato porterebbe a un riversamento del sangue verso la placenta portando il neonato in ipovolemia, shock ed infine morte.
 - Un abbassamento eccessivo invece porterebbe una eccessiva quantità di sangue verso il neonato, aumentando la pressione sanguigna fino a causare danni alle fragili strutture non ancora pronte a sostenere una pressione eccessiva.

La posizione quindi risulta fondamentale per la vita del neonato, ovviamente dopo le manovre successive sarà possibile muoverlo, non sarà necessario effettuare tutto il trasporto in quella posizione.

- **Asciugare:** Il neonato è stato immerso nel liquido amniotico per tutti i nove mesi, si presenterà al parto quindi bagnato e sporco di tessuti mucosi. Un corpo bagnato però scambia calore in maniera molto più veloce di un corpo asciutto quindi il nostro neonato andrà asciugato per evitare una ipotermia che si instaurerebbe entro pochi minuti e porterebbe gravi conseguenze per la vita del neonato.
L'asciugatura deve essere fatta con delicatezza, usando un lenzuolo pulito o possibilmente sterile e rifinita tramite garze, non eccedete con lo sfregamento e non esercitate pressione eccessiva soprattutto a livello della testa dove sono presenti le fontanelle.
- **Riscaldare:** Il neonato ha trascorso la vita intrauterina alla temperatura corporea della madre, non ha ancora pronte le difese ed i meccanismi termoregolatori che gli permettano di resistere ad una temperatura ambientale, pertanto è necessario fornire esternamente tutto il calore possibile. Il riscaldamento dell'ambulanza dovrebbe già essere stato acceso al massimo ed i finestrini chiusi. Avvolgere quindi il bambino in un lenzuolo, ponendo attenzione a fasciare anche la testa lasciando scoperto solo il viso. Usare come secondo strato il telino termico ed infine un secondo lenzuolo. La fasciatura non deve essere costringente, cosa che potrebbe ostacolare la respirazione del neonato, ed inoltre deve lasciarci la possibilità di scoprire rapidamente il neonato per poterlo valutare o effettuare delle manovre.
- **Aspirazione:** Come abbiamo detto il bambino è stato immerso nel liquido amniotico fino alla nascita, pertanto avrà probabilmente naso e bocca sporchi e da aspirare per favorire la respirazione ed evitare ingestioni pericolose.
Nel kit parto è presente una apposita pompetta a bocca, tramite la quale potrete aspirare in sicurezza, ponete il capo apposito nella vostra bocca ed introducete per pochi millimetri l'altro prima nella bocca e poi in entrambe le narici del neonato aspirando delicatamente. E' assolutamente sconsigliato utilizzare l'aspiratore dell'ambulanza su di un neonato, visti i danni che può provocare una aspirazione troppo violenta quale può essere quella di un apparecchio progettato per essere utilizzato sugli adulti. Non introdurre la parte aspirante per più di pochi millimetri nella bocca o nelle narici del neonato in quanto le strutture più

profonde possono essere gravemente danneggiate dall'aspirazione o dal passaggio di un oggetto.

L'aspirazione va effettuata sempre prima nella bocca e poi nel naso, infatti se fosse aspirato prima il naso il bambino rischierebbe di inspirare il materiale che si trova a livello della bocca.

E' necessario notare se il liquido amniotico e/o quello aspirato presentino delle colorazioni particolari verdastre, marroni (meconio) o sanguigne o si discostino da quella trasparente/lattescente che è fisiologica. In questi casi effettuare un trasporto di emergenza (proseguendo comunque il protocollo).

- **Tattile:** Il bambino a questo punto dovrebbe aver iniziato a piangere o tentare di farlo, se così non fosse o comunque i tentativi siano deboli è possibile stimolare il pianto del bambino picchiando o sfregando delicatamente le piante dei piedi con il pollice, oppure ancora sfregando la schiena con una mano. Queste manovre devono essere decise ma non traumatiche e devono durare pochi secondi; se entro una decina di secondi il bambino non respira ancora è necessario passare alla ventilazione assistita. In ogni caso effettuare il punto finale del protocollo.
- **Assessment (valutazione):** il neonato va valutato in maniera differente dall'adulto, infatti la valutazione è molto semplice ma deve essere fatta ogni 30 secondi e con un singolo colpo d'occhio "fotografando" l'istante in cui si fa la valutazione. Bisogna quindi valutare se è presente il pianto, la presenza di tono muscolare ed il colore della cute. La valutazione è indicata come ultimo punto ma va effettuata durante il resto delle operazioni, svolgendola contemporaneamente alle azioni che si fanno sul neonato.
 - Il pianto deve essere marcato ed energico, ci indica che la respirazione del bambino è buona; un pianto debole non sempre è indice di problemi però potrebbe essere causato da una respirazione non sufficiente. In caso di pianto assente è necessario iniziare la rianimazione cardio-polmonare.
 - Il tono muscolare si valuta controllando che il bambino muova energicamente tutti gli arti ed abbia una postura "tonica", ovvero mantenga gli arti sollevati. In caso di tono muscolare scarso o assente gli arti saranno completamente lasciati cadere o comunque mossi con poca energia. Se il tono muscolare è assente o comunque troppo debole è necessario iniziare la rianimazione cardio-polmonare.
 - Il colore della cute è importante soprattutto in riferimento alla cianosi; una cianosi poco marcata alle estremità può essere fisiologica, mentre una cianosi al tronco o al volto deve sempre far sospettare dei problemi. In questo caso è necessario somministrare ossigeno a flusso libero; questo può essere fatto ponendo a poca distanza dal naso del neonato il tubo di mandata dell'ossigeno di una mascherina.In caso queste valutazioni siano positive il bambino risulta in buone condizioni. In caso siano negative è necessario somministrare ossigeno e/o iniziare la rianimazione cardio-polmonare neonatale.

Finita questa fase dobbiamo occuparci del cordone ombelicale. Infatti a questo punto il bambino avrà iniziato a respirare autonomamente ed il cordone avrà perso turgore ed avrà iniziato a "scendere".

Questi tre fattori sono importantissimi, infatti clampare un cordone di un bambino che non respira

autonomamente significa interrompergli il flusso d'ossigeno, mentre clampare e tagliare un cordone ancora turgido e pulsante significa rischiare schizzi di sangue ed emorragie nonostante le clamp, dato che non sempre le pinzette di plastica in dotazione hanno una chiusura abbastanza resistente. Ricordate che una emorragia del neonato è sempre grave e necessita di immediato trasporto al più vicino P.S. anche nel caso in cui questa sia stata di lieve entità.

Il clampaggio del cordone è possibile anche per personale volontario, mentre il taglio dovrebbe essere riservato a personale medico tranne in situazioni che mettano a repentaglio la vita del bambino o della madre, ad esempio è possibile tagliare il cordone per un volontario anche se il bambino non ha iniziato a respirare ed il cordone è turgido, nel caso il cordone sia avvolto intorno al collo del bambino durante la fase espulsiva e quindi minacci danni molto più gravi in caso non venga tagliato.

Per clampare il cordone sono disponibili all'interno del kit parto due pinzette di plastica, queste vanno poste rispettivamente ad una spanna scarsa dal neonato ed il più vicino possibile alla vagina materna. Nel caso sia necessario effettuare il taglio del cordone, questo va fatto tra le due clamp in modo che vi sia emostasi.

La clamp posta vicino allo sbocco della vagina materna verrà utilizzata per accorgersi del distacco della placenta e quindi della discesa del cordone.

Una volta clampato il cordone la regola della posizione non è più necessaria, il bambino può essere sollevato o abbassato, ovviamente senza porre traumi al cordone; se fosse necessario allontanare il bambino dal corpo materno (ad esempio per iniziare la rianimazione) è possibile tagliare il cordone.

Una volta clampato e tagliato il cordone è necessario segnare l'ora di fine del parto.

Se il cordone è stato tagliato ed il bambino è in buone condizioni è consigliato affidarlo alla madre, eventualmente anche per il trasporto se non intervengono fattori successivi. Il solo fatto di prendere il bambino in braccio ed eventualmente attaccarlo al seno scatenerà una serie di fattori positivi per i prossimi accadimenti, che pertanto saranno facilitati. Inoltre la collaborazione della madre aumenterà enormemente dato che verrà placata la sua sensazione di ansia.

Ma il nostro lavoro non è ancora terminato, infatti mentre un volontario assiste al parto, effettua PARATA e clamp il cordone l'altro deve prestare assistenza psicologica alla madre in maniera da non farla agitare e deve spiegarle cosa sta succedendo, infatti per almeno 30 secondi lei non potrà vedere il bambino e se questo non inizia a piangere ovviamente non lo sentirà nemmeno. Questa situazione è molto stressante per la madre, che cercherà in tutti i modi di ottenere il bambino, noi però dobbiamo effettuare le importantissime manovre appena indicate e pertanto dobbiamo convincerla ad aspettare; il modo migliore è ovviamente spiegarle passo passo le manovre che stiamo attuando.

Nel caso il bambino necessiti di rianimazione è fondamentale l'aiuto del secondo volontario, che deve impedire alla madre di ostacolare le manovre, continuando l'assistenza psicologica.

In tutto questo non dimentichiamoci del padre che se in ambulanza si troverà di fianco all'autista e pertanto avrà assistito in maniera incompleta al parto necessitando di ulteriori informazioni. Padri molto apprensivi potrebbero creare disturbo all'autista ed ai volontari oppure perdere i sensi, necessitando di attenzione.

A questo punto inizia la fase di secondamento, la madre deve espellere la placenta ed il cordone residuo.

La placenta come abbiamo visto è un organo ricchissimo di vasi, ed alcuni di questi verranno lacerati durante il distacco, pertanto questa fase è a fortissimo rischio di emorragie, che possono essere anche fatali per la madre.

Normalmente durante il distacco si verifica una perdita di 200-300 ml di sangue, che si arresta automaticamente. Un versamento più importante è ovviamente anomalo e comporta il trasporto al più vicino P.S. in urgenza.

La fuoriuscita della placenta è accompagnata da ulteriori contrazioni, che però sono di intensità minore di quelle del parto e dovrebbero creare molto meno dolore alla donna.

Anche se sembra che la procedura sia lunga e la placenta faticata a fuoriuscire, non va assolutamente tirato il cordone ombelicale, questa manovra può portare a gravi danni ed emorragie anche fatali.

Una volta fuoriuscita la placenta dobbiamo conservarla in un contenitore per farla analizzare al personale medico. Un buon contenitore per la placenta è un sacchetto di plastica o una bacinella, in caso non abbiate nulla a vostra disposizione ricordate che all'interno del kit amputazioni è disponibile il sacco reimpianto arti che è un contenitore adatto anche in questo caso.

Per tamponare l'emorragia della madre utilizzare assorbenti igienici oppure garze, senza introdurre nulla all'interno della vagina.

L'emorragia dei vasi uterini viene naturalmente arrestata dalla contrazione dell'utero, che forma un vero e proprio globo, detto "globo di sicurezza", questa contrazione energetica strozza i vasi che irrorationavano la placenta, fermando l'emorragia; nel caso la placenta non si sia distaccata completamente questo non è possibile quindi una grande quantità di sangue fuoriuscirà mettendo a rischio la vita della donna.

Normalmente la formazione del globo di sicurezza è facilitata da un massaggio circolare dell'utero da parte della madre o del personale presente e dall'attaccamento del neonato al capezzolo, queste operazioni se possibile vanno eseguite in ogni caso, per favorire la formazione del globo e scongiurare eventuali emorragie, inoltre la suzione del capezzolo ha un effetto calmante su neonato e madre, favorendo così l'aspetto psicologico.

Una volta fuoriuscita la placenta è possibile far abbandonare la posizione ginecologica e porre la donna in posizione supina o semiseduta a seconda della preferenza, è inoltre importante segnare l'ora di fine secondamento, da comunicare al personale sanitario.

Contenuto del Kit Parto

Dati gli elementi che abbiamo visto il kit parto dovrà contenere almeno:

- 2 clamp per il cordone
- 1 pompetta a bocca per l'aspirazione
- 1 paio di guanti sterili
- camice
- occhiali protettivi
- garze sterili
- soluzione fisiologica
- telino termico pediatrico
- sacchetto placenta
- forbici

Parto prematuro

Per parto prematuro si intende l'inizio di un travaglio prima della 36° settimana di gestazione oppure il peso del feto viene stimato al di sotto dei 2,5Kg.

Il parto prematuro può essere anche indotto per esigenze terapeutiche ad esempio in caso di un feto troppo grosso e pesante oppure in caso di vari rischi connessi alla gravidanza.

Genericamente le condizioni della madre in caso di parto pretermine naturale sono comparabili con quelle di un parto a termine. Invece le condizioni del feto variano a seconda del grado di prematurità, ovviamente un feto nato alla 34° settimana di gestazione non potrà essere formato quanto uno nato alla 36°.

Normalmente un parto prematuro ha un decorso molto più rapido anche se la donna è primipara, questo non deve lasciare impreparati i soccorritori che dovranno indirizzare le proprie energie verso il neonato, senza trascurare l'indifferente sforzo da destinare al supporto psicologico alla partoriente. In questo caso il supporto psicologico è fondamentale e si sviluppa non solo nel gestire il parto ma anche nell'aiutare la donna nelle fasi immediatamente successive senza poterle comunque affidare il bambino nel caso necessiti di trattamenti.

Per quanto riguarda l'anatomia del neonato prematuro, è possibile notare che il corpo risulta molto più piccolo e che la proporzione testa-corpo è a favore di quest'ultima.

Il neonato prematuro è soggetto a maggiori rischi rispetto al neonato a termine; il principale è il rischio di ipotermia, infatti il neonato prematuro ha una capacità termogenetica minore del neonato a termine.

Per quanto riguarda il trattamento del neonato prematuro, le uniche differenze si rilevano in quanto deve essere tenuta in maggiore considerazione la temperatura, devono essere continuamente valutate ed eventualmente aspirate le vie aeree, inoltre deve essere somministrato ossigeno.

Il neonato prematuro è maggiormente esposto a patologie polmonari e ad infezioni dato il minore sviluppo dell'apparato respiratorio e del sistema immunitario.

Un parto prematuro è in ogni caso da considerarsi una urgenza da trasportare al più vicino P.S. indicato dalla C.O. in quanto potrebbe essere necessario portarlo non alla struttura più vicina ma a quella più attrezzata per le urgenze pediatriche.

Bibliografia

- “Manuale per la formazione del volontario del soccorso CRI”, Dott. G. Di Domenico
- “Ginecologia ed ostetricia”, T.Wierdis, C. Romanini ISBN 88-7711-419-3
- “Emergenze e Urgenze in Ostetricia e Ginecologia”, M. Guana, R. E. Roascio ISBN 88-386-2944-7
- “Pronto soccorso e interventi di emergenza”, D.Limmer, M.F. O'Keefe ISBN 88-386-3904-3

Note per il Copyright

Questa opera viene rilasciata sotto licenza Creative Commons Attribuzione-Non commerciale- Condividi allo stesso modo.

Questo vuol dire che è possibile riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare quest'opera. E' altresì possibile la modifica di quest'opera.

Alle seguenti condizioni:

- Attribuzione. Devi attribuire la paternità dell'opera nei modi indicati dall'autore o da chi ti ha dato l'opera in licenza e in modo tale da non suggerire che essi avallino te o il modo in cui tu usi l'opera.
- Non commerciale. Non puoi usare quest'opera per fini commerciali.
- Condividi allo stesso modo. Se alteri o trasformi quest'opera, o se la usi per crearne un'altra, puoi distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.
- Ogni volta che usi o distribuisce quest'opera, devi farlo secondo i termini di questa licenza, che va comunicata con chiarezza.
- In ogni caso, puoi concordare col titolare dei diritti utilizzi di quest'opera non consentiti da questa licenza.
- Questa licenza lascia impregiudicati i diritti morali.

Il contratto di licenza integrale è consultabile presso:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/legalcode>