

# ***IL PARTO A BORDO***

***cosa fare ?***

***Prof. Claudio Gustavino***

***Ost. Carmen Maltempo***

# ***Premessa***

***Il parto e il diventare genitore sono tra gli eventi più intensi e profondi della vita di una persona e ha ramificazioni a tutti i livelli.***

***Ogni persona che si avvicina all'evento nascita è portatrice di un preciso bagaglio socio-culturale !***

## ***REQUISITI PER L'ASSISTENZA AL PARTO IMPROVVISO***

- *Conoscenza dei meccanismi del parto*
- *Attenta sorveglianza durante e dopo*
- *Doti psicologiche di calma e tranquillità*
- *Fare buon uso di ogni dote Umana per stabilire un rapporto positivo*

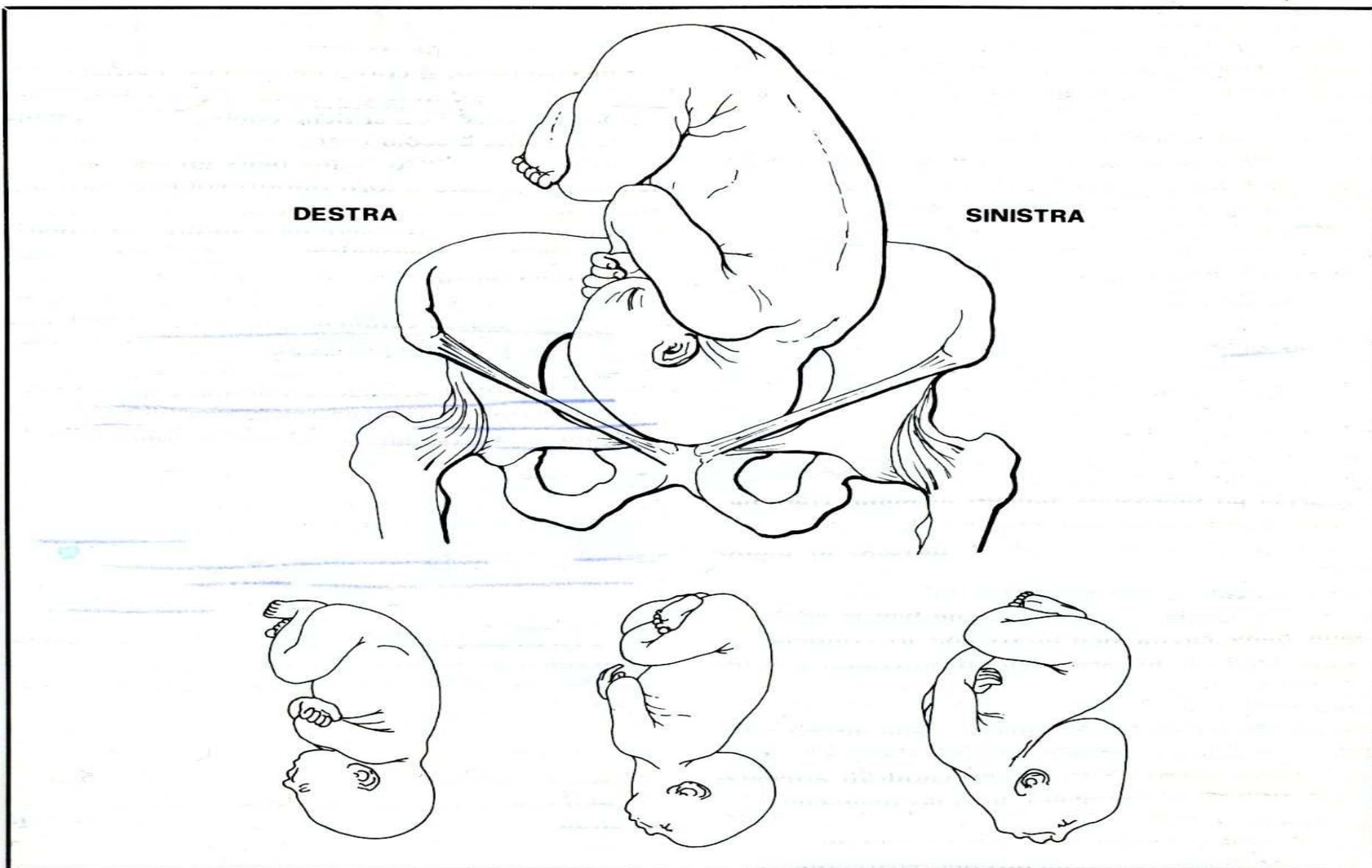
# ***Canale del Parto***

*..canale rigido ed inestensibile (piccolo bacino)*

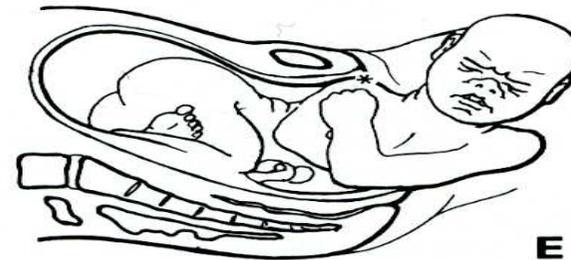
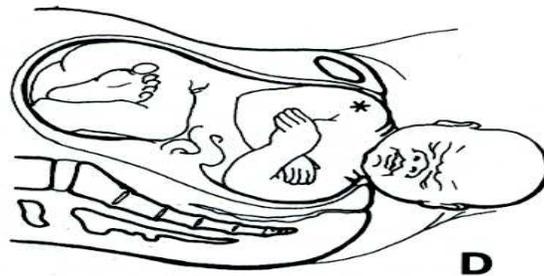
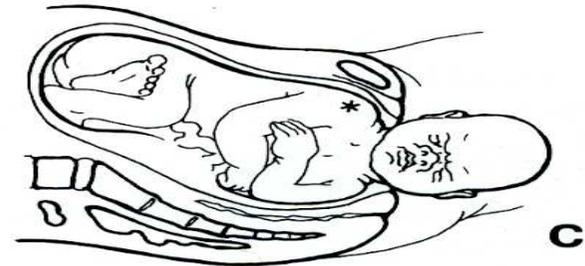
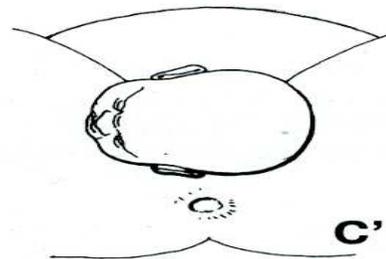
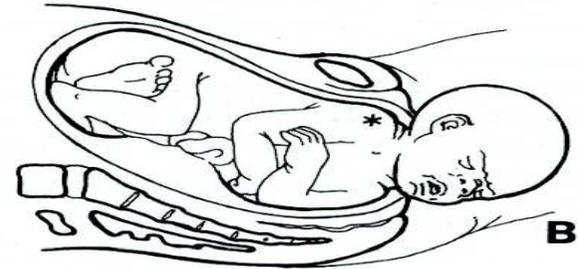
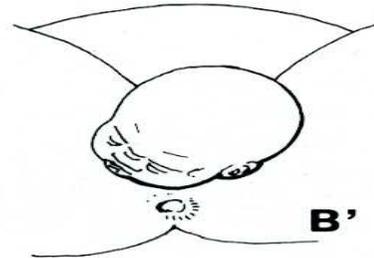
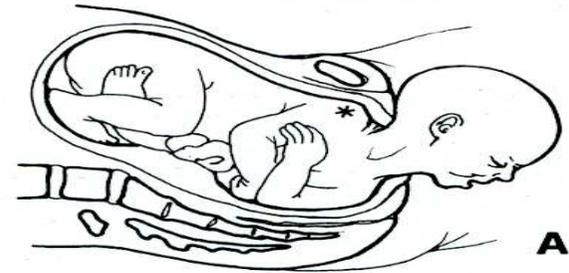
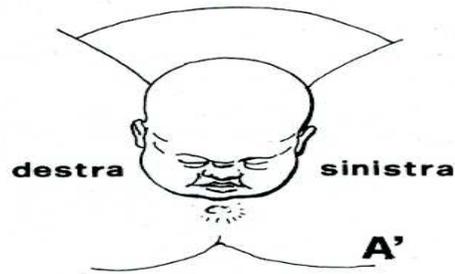
***pertanto***

- *Il corpo fetale è obbligato ad attraversare il canale con modalità particolari di adattamento, superando ogni ostacolo, incontrando la minore resistenza*
- *La testa fetale potrà penetrare e progredire nel canale soltanto assumendo un atteggiamento che la metta in grado di confrontare, con i diametri pelvici i suoi diametri più favorevoli – atteggiamento di flessione forzata.*

# ***L'ingresso pelvico in presentazione di vertice ed altre modificazioni atteggiamento fetale***



# SEQUENZA DEL MECCANISMO DEL PARTO PER IL VERTICE



**la progressione nel canale del parto e  
l'espulsione del feto sono rese possibili..**

## **Contrazioni uterine**

- *involontaria, peristaltica, intermittente*
- *diventa DOLOROSA durante il TRAVAGLIO*
- *vi è una pausa fra una contrazione e l'altra durante la quale riprende il FLUSSO EMATICO della parete uterina*

# **COME CAPIAMO QUANDO UNA DONNA E' REALMENTE IN TRAVAGLIO ?**

## **IN ASSENZA DI VISITA OSTETRICA**

### **VERO TRAVAGLIO**

- *Contrazioni sono avvertite solamente dolorose*
- *Frequenza regolare e ravvicinata (circa 5 in 10 minuti)*
- *Durata almeno 30 secondi o più*
- *Perdita dai genitali di una piccola quantità di sangue (marcatatura)*
- *La RPM non necessariamente è indice di travaglio*

### **VISITA OSTETRICA (ogni 2 ore circa)**

- **Collo appianato e dilatazione di almeno un centimetro**

***IL DOLORE AVVERTITO IN CIASCUNA DONNA E'  
SOGGETTIVO !***

***Il supporto durante il travaglio..  
Il lavoro più difficile..***

***..le ore che precedono il Parto sono  
fondamentali e influenzano notevolmente  
l'evento Nascita..***

***nonostante il contesto “non previsto”  
non dimentichiamo mai di..***

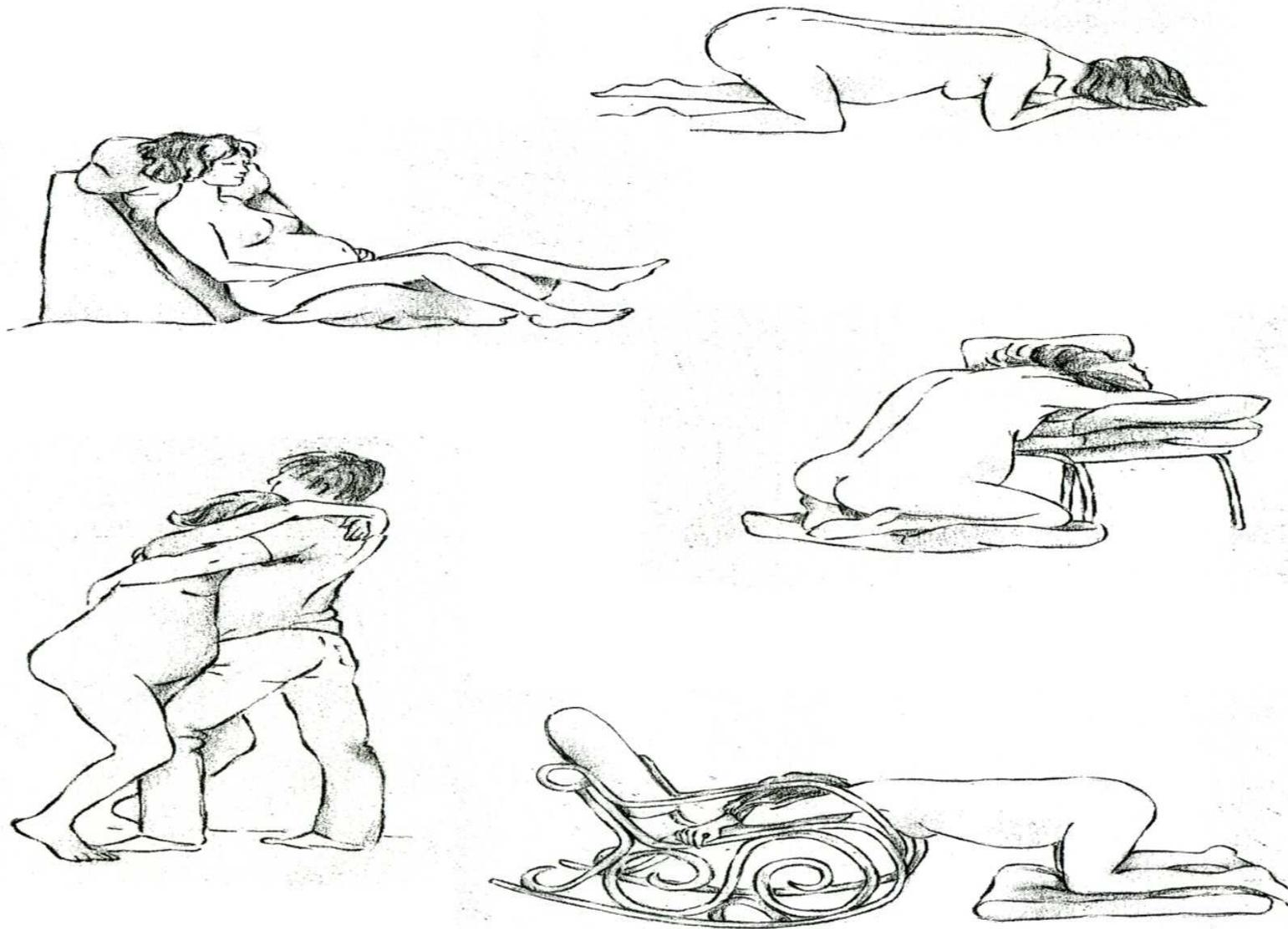
***Sostenere, Rassicurare, Tranquillizzare e  
Assecondare i Bisogni della donna***

# ***Naturalmente e facilmente***

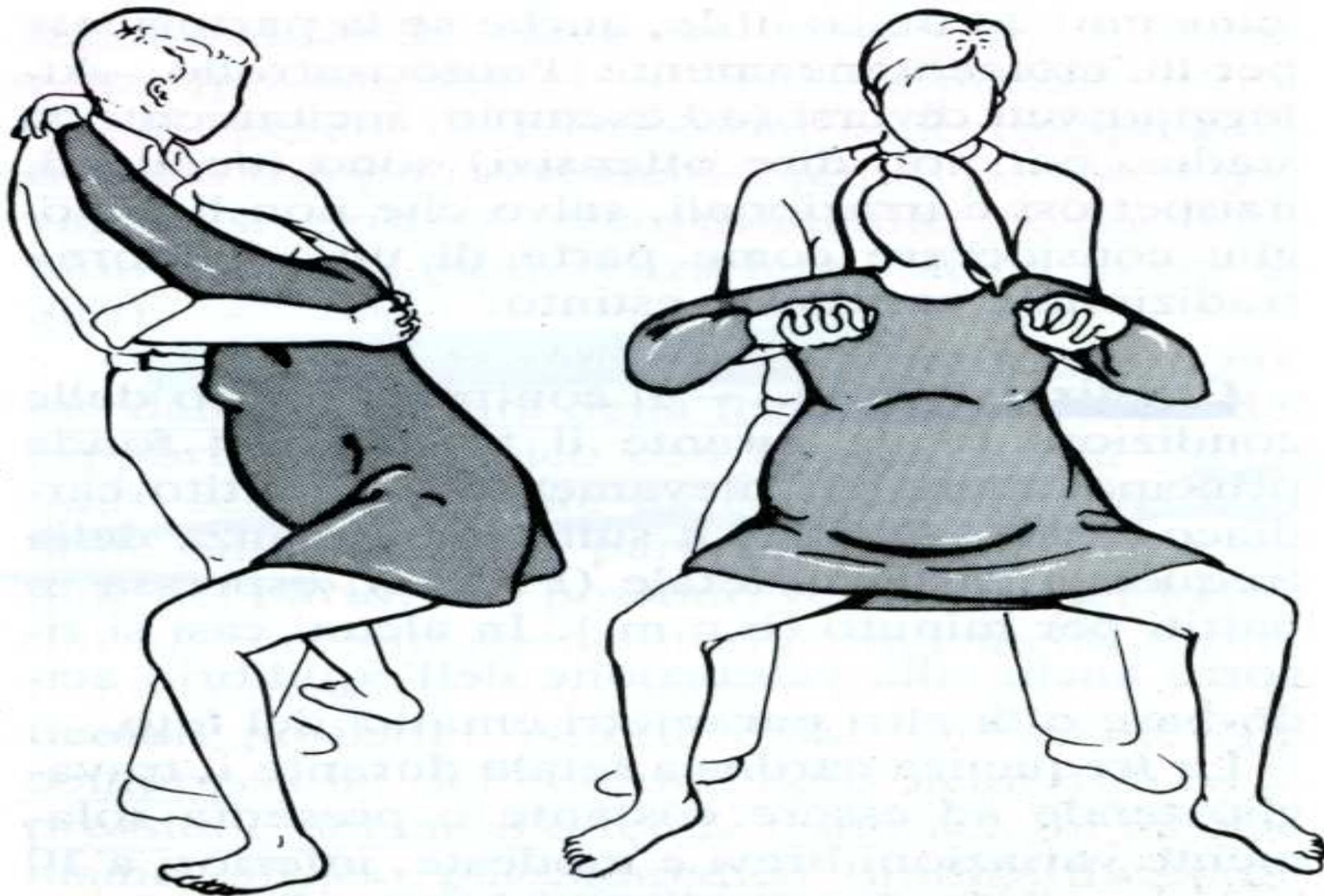
***..si disporrà favorevolmente verso l'ambiente  
circostante e le persone  
che accoglieranno il suo bambino..***

***asseconderà il movimento e le posizioni a lei  
utili per tollerare e accogliere meglio il dolore***

# **LA DONNA PUO' MUOVERSI !**



# ***LA DONNA PUO' MUOVERSI !***



# ***CONTROLLO CLINICO DELLE CONDIZIONI FETALI***

## ***L'ATTIVITA' CONTRATTILE DEL MIOMETRIO***

***Riduce il flusso ematico utero-placentare e,  
quindi lo scambio feto-placentare,  
determinando transitorie condizioni di  
ipossia-fetale***

# **CONTROLLO CLINICO DELLE CONDIZIONI FETALI**

## **RILEVAMENTO DEL BATTITO CARDIACO FETALE(BCF) E SORVEGLIANZA DELLA FREQUENZA CARDIACA FETALE**

- *F.C.F. basale: normalmente compresa fra 120 e 160 b.p.m.*
- *F.C.F. basale - maggiore di 160 b.p.m. : tachicardia  
(modesta tachicardia è fisiologica nei nati pre-termine)*
- *F.C.F. basale – minore di 120 b.p.m. : bradicardia  
- **GRAVE** – qualora scenda al di sotto dei 100 b.p.m.*

# **CONTROLLO CLINICO DELLE CONDIZIONI FETALI**

## **AUSCULTAZIONE attraverso l'ausilio**

- **STETOSCOPIO OSTETRICO**
- **RILEVATORI AD ULTRASUONI**

### **in corrispondenza**

- **DORSO FETALE**  
- più comunemente – focolaio di massima intensità - presentazione di vertice - :
- **QUADRANTI INFERIORI DELL' ADDOME (Manovre di Leopold)**

**OGNI 15 / 20 MINUTI AL TERMINE DELLA CONTRAZIONE UTERINA PER  
ALMENO UN MINUTO**

***Possibili.. URGENZE IN TRAVAGLIO  
PROLASSO DEL CORDONE***

***Presenza del cordone ombelicale davanti alla  
parte presentata***

***Situazione grave per la possibile compressione  
ed interruzione del flusso ematico e  
conseguente ipossia fetale***

***A volte si instaura insidiosamente a volte  
compare all'improvviso***

# ***Con la speranza di non apprezzarlo mai..***

- *Il funicolo fuoriesce dalla vulva*
- *Apprezzamento del funicolo in vagina come massa irregolare fornita di **pulsazione diversa da quella materna***
- *Presenza di bradicardia fetale prolungata*

# ***Trattamento d'urgenza***

- ***Disporre la donna in posizione di Trendelenburg***
- ***Somministrare O2 alla donna***
- ***Con una mano in vagina tenere sollevata la parte presentata al di fuori della pelvi per evitare la compressione del cordone***
- ***In alternativa, si può distendere la vescica introducendo soluzione fisiologica attraverso il catetere (500/700ml)***
- ***Non cercare di riposizionare il funicolo***

# ***Il Parto è imminente..***

## ***IN PRIMIS***

***Il primo compito per chi assisterà al parto***

***Tranquillizzare se stesso***

***“non farsi prendere dal panico”***

- ***Organizzarsi mentalmente su ciò che deve fare***
- ***Individuare il luogo dove avverrà il parto***
- ***Riscaldare la stanza***
- ***Rispettare l'intimità della donna – evitare la presenza di altri spettatori se non con funzioni specifiche se non quella del compagno e/o familiari .***

# ***IL PERIODO ESPULSIVO***

- ***Inizia quando la dilatazione cervicale è completa***
- ***Contrazioni intense e ravvicinate***
- ***Attivazione del riflesso di spinta all'insorgere delle contrazioni che induce la donna a spingere volontariamente - Spinte volontarie in cocomitanza delle contrazioni***
- ***Sollecitazione meccanica delle parti molli***
- ***Durata : circa 1 ora NELLE NULLIPARE***  
***20 / 30 minuti NELLE PLURIPARE***

# ***LA REGOLA FONDAMENTALE***

***Astenersi da interventismi inutili e/o addirittura pericolosi, limitandosi alla pura e semplice assistenza attraverso il miglior uso possibile degli scarsi materiali a disposizione***

## **ASSISTENZA AL PARTO**

### ***IMPROVVISO E IMPREVISTO al di fuori dell'ospedale***

- *Detersione delle mani acqua e sapone se possibile con soluzione disinfettante disponibile*
- *Detersione con acqua e sapone e disinfezione dei genitali esterni*
- *Telini sterili o panni puliti posizionati sotto il bacino*
- *Al di sotto del bacino un ripiano per accogliere il neonato*

# **MATERIALE OCCORRENTE**

- *Due pinze tipo Kocher*
- *Un paio di forbici preferibilmente curve per recidere il cordone ombelicale*
- *Morsetti di plastica monouso (cord clamp) per il clampaggio definitivo del moncone del cordone*  
*- 1-2 cm dalla cute periombelicale -*
- *Un paio di forbici a punte smusse per l'eventuale episiotomia*
- *un aspira-muchi – strumenti monouso di plastica*

# ***L' ASSISTENZA AL PARTO***

***Controllare il progredire della testa del feto ed eventualmente durante la progressione, esercitare una pressione sul perineo (contropressione) con la mano a piatto sul perineo, per rallentare il disimpegno della parte presentata , qualora i tessuti sembrano sottoposti ad una tensione eccessiva.***

# ***L'ASSISTENZA AL PARTO***

***Le spinte saranno volontarie da parte della Donna che, dovrà essere***

- ***aiutata nella coordinazione delle spinte con l'inizio dell'attività contrattile***
- ***Incoraggiata a concentrarsi nello sforzo e a rilasciare i muscoli perineali attraverso una respirazione lenta e regolare fra una contrazione e l'altra***

***Atteggiamento UTILE soprattutto quando la Donna perde momentaneamente e fisiologicamente l'autocontrollo.***

# ***La distensione del perineo è massima in questa fase***

*Utile la pressione col palmo della mano sul perineo, dalla regione sacrococcigea verso l'alto, in concomitanza con la progressione della testa fetale, per proteggere la muscolatura del perineo*

# **FUORIUSCITA DELLA PARTE PRESENTATA**

## ***controllare visivamente o con le dita***

- *Che non siano presenti giri di funicolo attorno al collo*
- *Allentarli dolcemente per consentire il passaggio del bambino (evitare di interrompere la circolazione materno-fetale – solo se i giri di funicolo sono serrati e molto stretti clampare e recidere il cordone)*
- *Detergere con un panno pulito le palpebre e la bocca – liberare le vie respiratorie – il neonato può respirare –*

***E' NECESSARIO NON AVERE FRETTA INVITARE LA DONNA  
AD ATTUARE RESPIRAZIONI PROFONDE PER OSSIGENARE  
ANCORA IL PROPRIO BAMBINO***

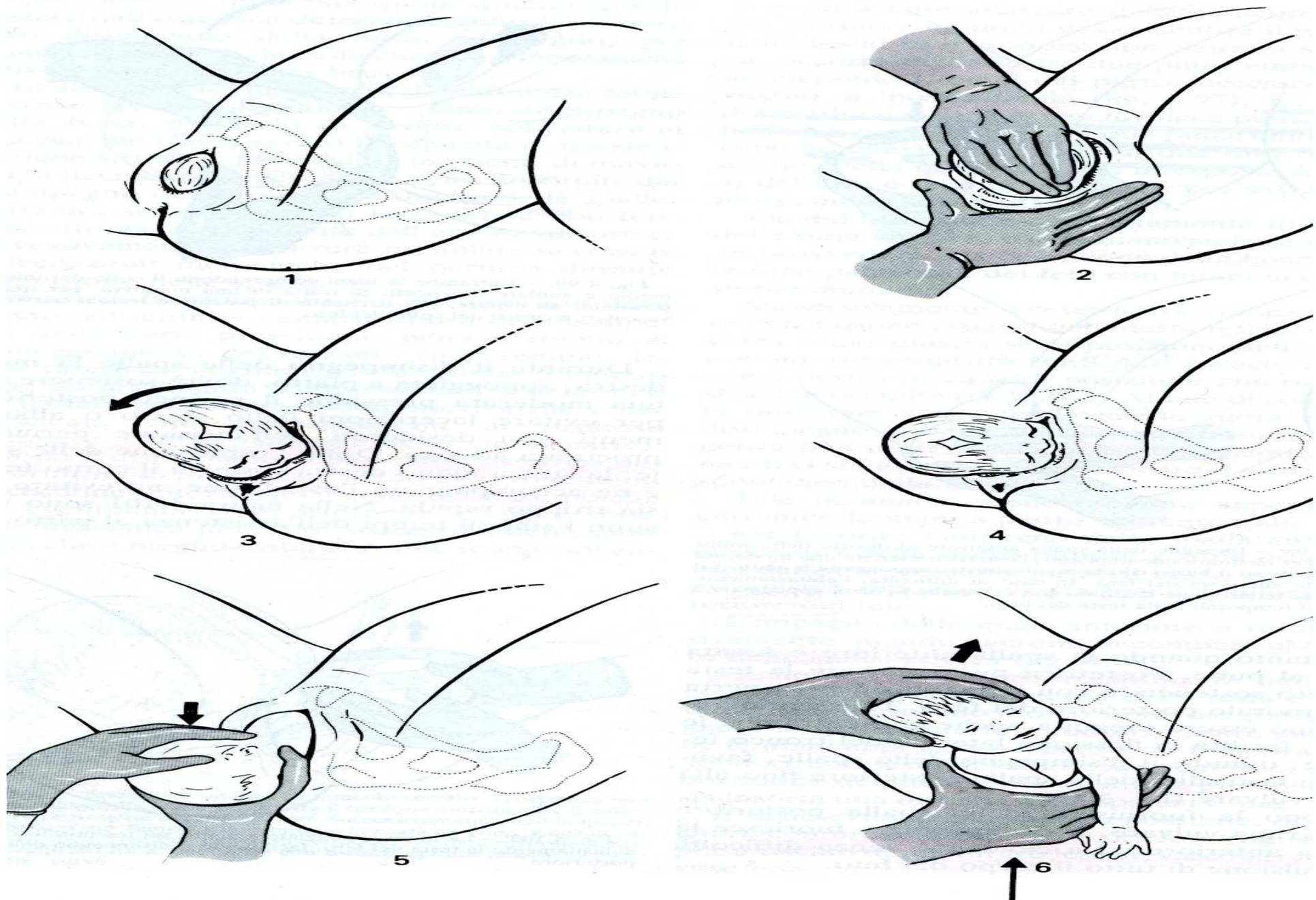
***E all'insorgere di una nuova contrazione riorganizzarsi per la spinta***

# L'ASSISTENZA AL PARTO

- *Assecondare la naturale **ROTAZIONE** per facilitare l'impegno della spalla anteriore sotto la sinfisi pubica, esercitando una modica pressione verso il basso.*
- *Accompagnamento della testa fetale verso l'alto – **disimpegno della spalla posteriore** al di sopra del perineo – la mano destra protegge nuovamente il perineo.*
- *Assecondamento della fuoriuscita del tronco, delle anche e delle gambe sollevando gradatamente il bambino al di fuori del canale del parto – la mano destra sostiene il perineo e la mano sinistra sostiene e modera l'espulsione del feto.*

***L'ASSISTENZA AL PARTO E'  
DETERMINATA DALL' AZIONE  
ARMONICA E COMBINATA  
DELLE DUE MANI***

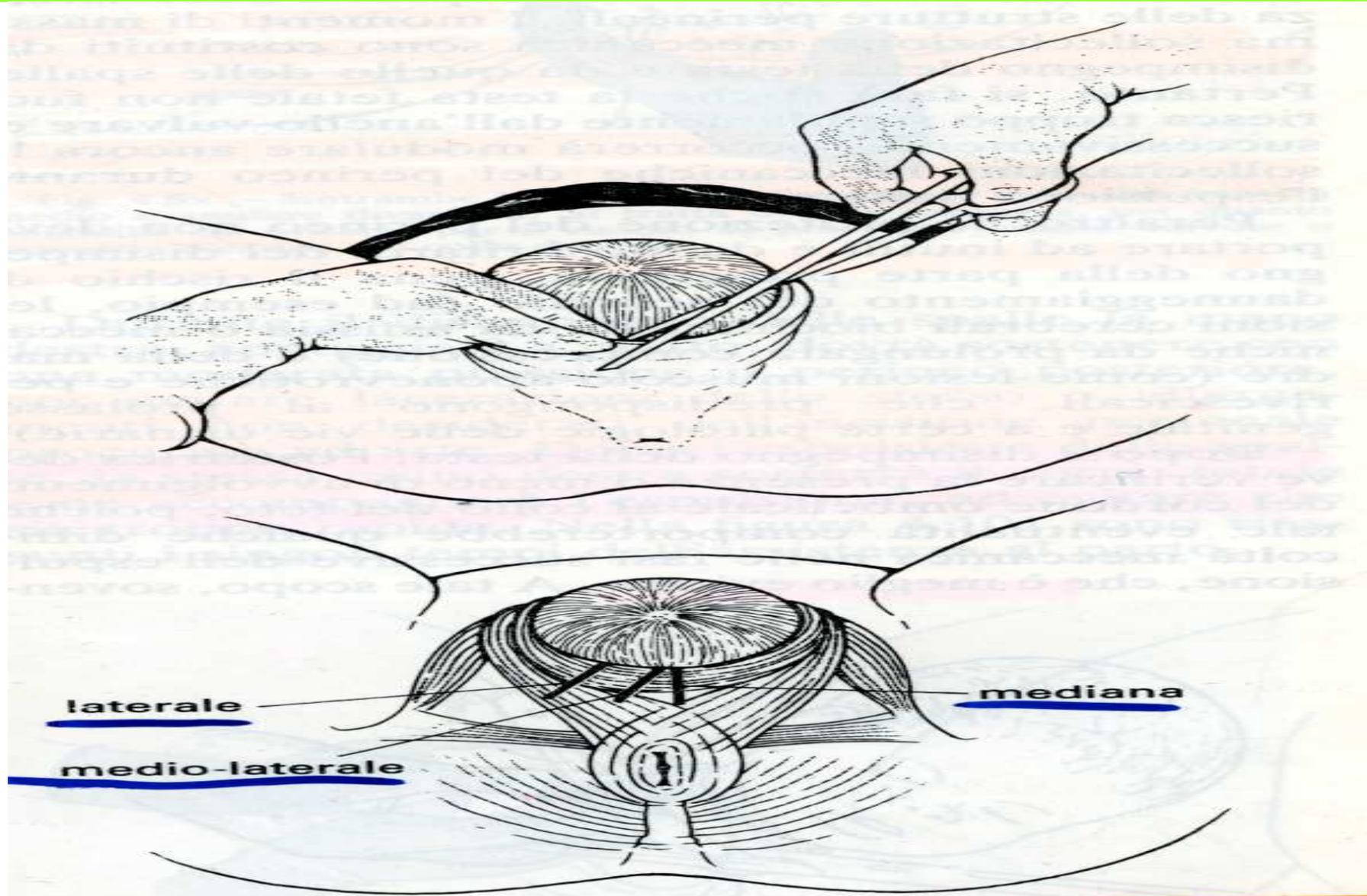
# Assistenza al Parto



**MANOVRA DA EVITARE - RISCHIO DI PROCURARE LESIONI NERVOSE O VASCOLARI A CARICO DEL COLLO**



# *L'eventuale episiotomia*



# L'ASSISTENZA AL PARTO

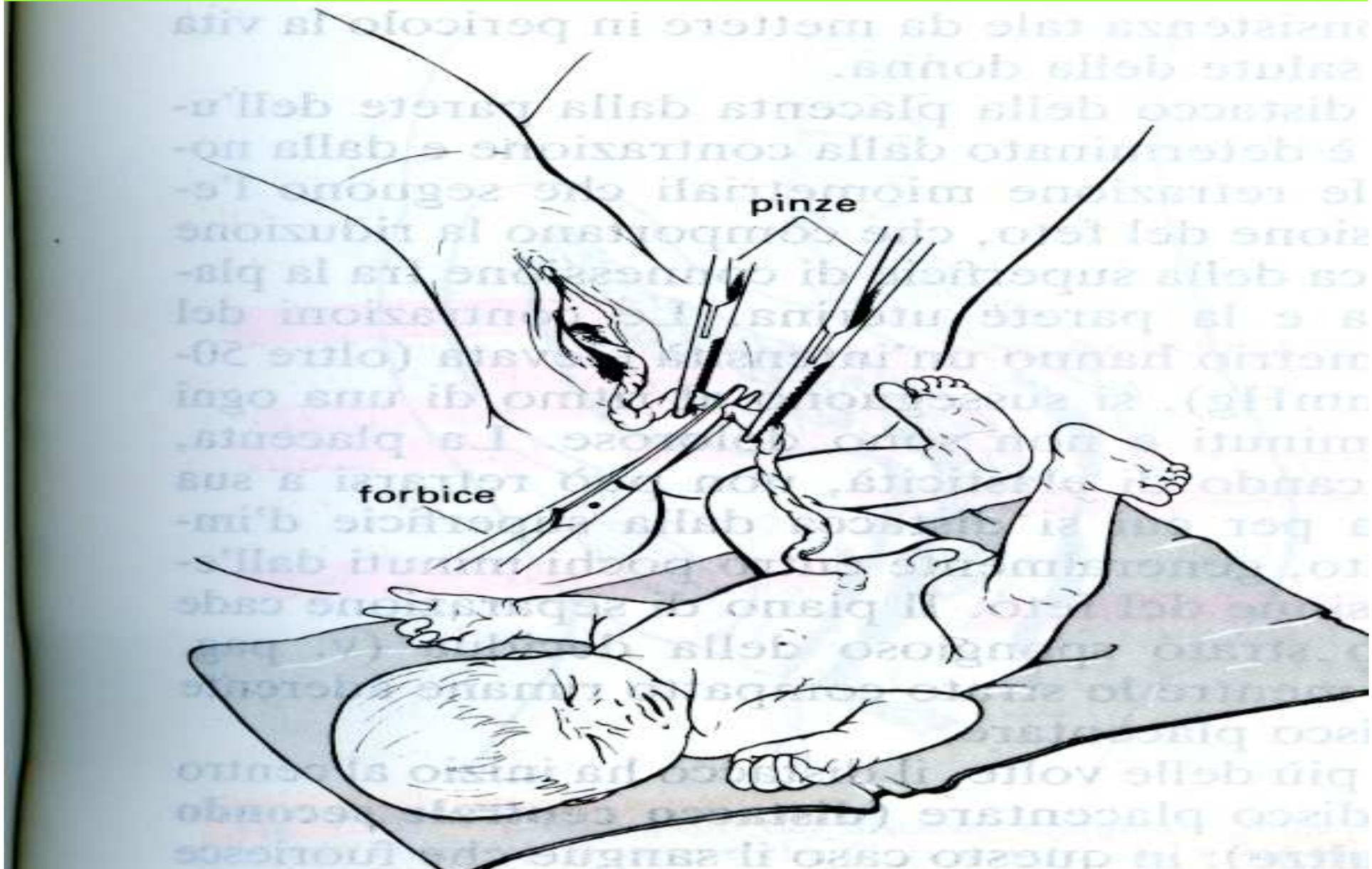
- **Adagiare il bambino su un ripiano morbido, possibilmente più basso rispetto al piano materno circa 30 cm;**
- **favorire l'inizio di una respirazione valida - posizione prona e decliva (con la faccia rivolta verso il basso rispetto al corpo) per favorire il drenaggio e l'espulsione spontanea del liquido amniotico dalle vie aeree superiori, completando quello che la compressione del torace nel canale del parto ha iniziato;**
- **Un neonato sano provvederà spontaneamente all'espulsione del liquido dalle vie aeree superiori con i primi atti respiratori e tossendo;**
- **Impedire il raffreddamento – asciugatura rapida con panni caldi;**
- **Rapida valutazione delle condizioni del neonato entro 60 secondi dalla nascita e dopo 5 minuti dalla stessa (Punteggio di Apgar);**
- **Eventuale aspirazione delle vie aeree - DELICATA - evitando traumatismi mucose;**
- **Recisione del cordone entro 60 secondi circa od anche più in neonato sano.**

# ***Se necessario sarà utile !***

## ***Stimolazione del primo atto respiratorio***

- ***Massaggiando la schiena del neonato***  
***e/o***
- ***Stimolando la pianta dei piedi con delicati colpetti col dorso della mano***

# ***Il clampaggio e la recisione del cordone ombelicale e..un CALDO BENVENUTO !***



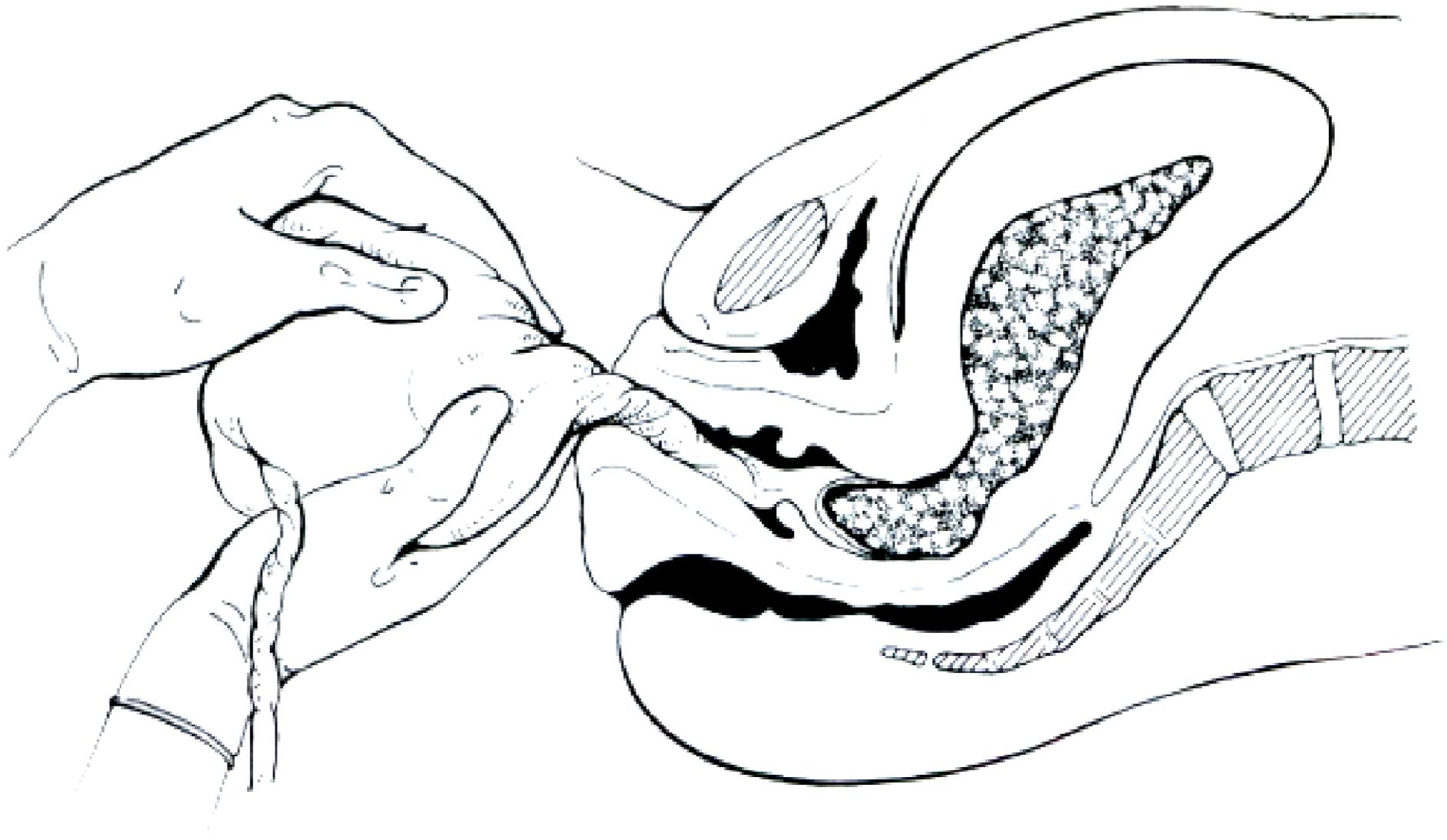
# ***attendere il SECONDAMENTO***

- *Distacco della placenta*
- *Passaggio della placenta in vagina*
- *Completa espulsione all'esterno della placenta*

## **PERIODO PARTICOLARMENTE DELICATO**

- *Tale periodo dura di solito 20 min , la durata fisiologica può estendersi sino a 1 ora*
- *Il distacco della placenta lascia un'ampia ferita all'interno della superficie dell'utero, ferita che ha la tendenza a un sanguinamento profuso*
- *primo tempo si ha emostasi meccanica muscolare(15/20 minuti)*
- *secondo tempo si ha un'emostasi definitiva per normali processi coagulativi del sangue*
- *Una modesta emorragia è da considerarsi fisiologica*

***..deve essere raccolta avvolgendola su se stessa attorcigliando le membrane amniocoriali a spirale formando un cordone favorendo la caduta verso il basso per gravità e con essa il distacco delle membrane***



# **ATTENTA SORVEGLIANZA NEL DOPO: Post Partum**

Il periodo di tempo di due ore che segue all'espulsione della  
placenta

In queste ore vi è un rischio emorragico elevato  
OCCORRE

- *controllare la perdita ematica*
- *condizioni generali (polso, temperatura, pressione)*
- **TACHICARDIA** deve sempre essere considerata come segno precoce di una perdita di sangue eccessiva;
- **contrazione e retrazione dell'utero;**
- **Tendente al rilassamento – l'utero può essere massaggiato delicatamente** per favorire e stimolare una rinnovata contrazione;
- *Somministrazione di farmaci uterotonici subito dopo il secondamento*
- *Non dimentichiamo che lo stimolo suzionale provoca l'emissione in circolo di ossitocina, favorendo il mantenimento di una buona contrazione uterina !*

# **Conclusioni..**

***Ciascuna madre è istintiva e ha in se un proprio modo di reagire al dolore, non c'è nulla di schematico..***

***alcune vogliono attenzione e consolazione, altre hanno solo bisogno della tua discreta presenza.***

***Nessun comportamento e atteggiamento è uguale all'altro, è necessario trovare in ciascuna situazione un ruolo adeguato alle necessità di quella Donna.***

***Dobbiamo essere attenti e consapevoli osservatrici, accompagnare la madre attraverso questo passaggio unico della sua vita e cogliere in lei i bisogni, ascoltare, capire il linguaggio attraverso gli occhi, i gesti ..e sarà lei sempre..un' insegnante nuova della nostra vita.***

***Grazie per l'attenzione!***