

Emergenza parto in struttura non protetta: cosa fare?

Autori: Marina Pinna – Giacomo Robello

Solo raramente il parto all'esterno di una struttura ospedaliera rappresenta un'urgenza. L'insieme dei fenomeni che hanno lo scopo di espellere il feto ed i suoi annessi dall'utero, costituisce il travaglio di parto o, più semplicemente, il parto. Il feto, che normalmente si trova nella cavità uterina in situazione longitudinale con la testa in basso, dovrà percorrere, spinto dalle contrazioni uterine, un canale molle costituito da:

- o Segmento inferiore uterino
- o Collo dell'utero
- o Vagina e muscoli perineali
- o Vulva

A sua volta il canale molle é parzialmente contornato da una cintura ossea pressoché rigida formata dalla pelvi; tale cintura costituisce il canale osseo .

I fattori che determinano il parto sono:

- o IL CANALE
- o IL CORPO MOBILE
- o LA FORZA

Il corpo mobile (FETO) attraversa il canale (Pelvi e parti molli) sotto l'azione della forza (CONTRAZIONI UTERINE). La contrazione uterina é involontaria, intermittente e dolorosa; la durata delle contrazioni varia da un minimo di 20 secondi (inizio travaglio) fino ad un massimo di 70 secondi (travaglio avanzato) con una pausa di circa 10-3 minuti. L'interazione dei tre fattori descritti determina una serie di modificazioni a carico dell'organismo materno, dei rapporti tra feto (corpo mobile) e canale da parto, dell'organismo fetale.

E' utile ricordare che il meccanismo che scatena il parto è riconducibile ad una serie di fattori, tra cui:

- Scomparsa del blocco progestinico locale (a livello dell'area placentare) sull'attività contrattile dell'utero.
- Aumento della liberazione di ossitocina per riflesso utero-ipotalamico scatenato dalla distensione delle fibre uterine
- Messa in circolo di prostaglandine, la cui azione ossitocica è ora ben dimostrata.
- L'azione di corticosteroidi e il ruolo del cortisone sono ugualmente probabili.

Ricordate: Il soccorritore non partorisce; sono le mamme che fanno la gran parte del lavoro. Il compito del soccorritore è quello di aiutare la madre durante il parto.

Ricordando il parto "normale": la progressione é il tempo nel quale la parte presentata avanza lungo il canale del parto sotto l'azione della forza; la progressione avviene quando la dilatazione é completa. La rotazione interna, é il fenomeno attraverso il quale la parte presentata compie un ottavo di giro ponendo l'occipite in rapporto con la sinfisi pubica. Il disimpegno della parte presentata é il tempo nel quale essa, sotto l'azione della forza, supera il piano perineale e l'anello vulvare ed esce al di fuori del canale del parto.

Strumentario del soccorritore : guanti chirurgici sterili, lenzuola, garze sterili, polpetta con bulbo di gomma per aspirare il materiale presente nella bocca e nelle narici del piccolo, tre pinze ombelicali per il cordone (il doppio se parto gemellare), cerotto , forbici chirurgiche, coperta pe avvolgere il nascituro. Sarà necessario raccogliere la placenta in un contenitore di plastica (per essere analizzata in ospedale)

Valutazione iniziale della madre: Non agitare la madre con un comportamento non professionale. Chiedere il nome, la data del presunto parto e se si tratta della prima gravidanza . Informazioni utili sono:

- Se si tratta della prima gravidanza: generalmente il travaglio dura 16 – 17 ore; questo tempo è molto più breve a ogni nascita successiva
- Da quanto tempo sono presenti dolori ed il loro intervallo. Attenzione alla rottura delle acque o perdite ematiche.

Controllate: se vi è presentazione ; ispezione visiva allo scopo di controllare se è presente un rigonfiamento dall'apertura vaginale o se il bambino comincia ad essere visibile.

Le contrazioni uterine; tutte le contrazioni uterine dovranno essere cronometrate (annotando la durata e la frequenza). Più la nascita si avvicina, più l'utero e i tessuti adiacenti si contraggono.

Ricordate: se la madre ha doglie ogni due minuti, la nascita è molto vicina. Se il bambino è visibile a ogni contrazione, non procedete al trasporto prima che il piccolo sia nato.

Posizionamento: La posizione migliore è quella ginecologica o in alternativa quella che le circostanze permettano. Effettuare un lavaggio antisettico della zona pubica ed eventuale tricotomia. Dirigere il c'ordinamento tra contrazioni e respirazione: all'inizio della contrazione farla inspirare, bloccare la respirazione, ed aiutarla a spingere.

Assistenza al periodo espulsivo: una volta raggiunta la dilatazione completa con impegno profondo della testa fetale, la donna avvertirà la sensazione di spinta volontaria ed incontenibile. Una volta che si è verificato visivamente che affiora il cuoio capelluto fetale, è necessario invitare la donna ad assumere una posizione semiseduta con le gambe flesse sulle cosce e le cosce modicamente flesse sull'addome e divaricate. Si disinfettano i genitali esterni, la zona perianale e la radice delle cosce, si dispongono i teli o similari sotto i glutei ed altri per delimitare e proteggere il campo dove dovrà avvenire il parto. Durante questo periodo si inviterà la donna ad esercitare, durante la contrazione, prolungati sforzi espulsivi a glottide chiusa dopo aver eseguito una profonda inspirazione. Durante la pausa tra una contrazione e l'altra sollecitare una corretta respirazione. Ad un certo punto il perineo comincia a distendersi, l'introito si trasforma in una fessura estesa e circolare. Qualora l'estremo cefalico raggiunge la vulva, avremo il coronamento della testa fetale; a questo punto bisogna prestare una corretta assistenza volta alla protezione perineale e facilitante la rotazione esterna ed il disimpegno delle spalle. La protezione perineale consiste nel favorire un lento ma graduale disimpegno della parte presentata sostenendo contemporaneamente i tessuti perineali. Il corretto controllo delle spinte è importante, al momento dell'espulsione, l'eventuale rapido affiorare della testa può essere regolato e controllato anche dalla donna stessa compiendo atti respiratori poco profondi e rapidi. L'assistente porrà la mano sinistra sulla parte superiore della vulva in modo da graduare il movimento espulsivo della testa, il palmo della mano destra coperto da una garza verrà posto contro il perineo posteriore per consentire una migliore presa dei tessuti. Con l'azione combinata delle due mani si controlla la lenta fuoriuscita della testa. Avvenuto il completo disimpegno della testa si invita la donna a non spingere per alcuni secondi, nel frattempo si aspirano le mucosità dalla bocca fetale (soprattutto se il liquido è tinto di

meconio) con un sondino piccolo. Assisteremo in questi istanti al fenomeno di rotazione esterna o restituzione ovvero una leggera rotazione della testa fetale che viene pertanto a guardare la coscia materna di destra, quindi la spalla anteriore si impegna sotto il pube. Si invita allora la donna a spingere nuovamente in coincidenza alla contrazione, afferrando contemporaneamente con le mani a piatto sui temporali fetali, la testa del bambino abbassandola con dolcezza verso il perineo posteriore. Si impegna così la spalla anteriore sotto la sinfisi pubica (si noterà l'acromion fetale), successivamente si solleva la testa fetale verso la sinfisi disimpegnando in tal modo la spalla posteriore; il resto del corpo fetale viene ora espulso rapidamente e senza difficoltà. Il neonato viene quindi adagiato su un telino asciutto, si provvede all'ulteriore aspirazione del cavo orale e delle narici per brevi periodi senza esercitare pressione negativa troppo violenta. Viene quindi tagliato il cordone ombelicale ponendo due pinze(kocher) sul funicolo e tagliando in mezzo (in alternative se non disponibili pinze, si possono utilizzare una corda robusta o similari . Tutte queste manovre devono essere eseguite in modo da evitare al massimo ogni perdita di calore fetale. E' bene quindi asciugare delicatamente il neonato con un panno caldo e successivamente porlo sull'addome materno "pelle pelle" avvolgendo madre bambino con una coperta. Assistenza al secondamento: avvenuta l'espulsione del feto si controlla se esiste una perdita di sangue dovuta a lacerazioni della parti molli materne e si attende l'espulsione spontanea della placenta. Il controllo della perdita ematica é la misura assistenziale più importante in questo periodo. Il distacco e l'espulsione spontanea della placenta avvengono in un periodo di tempo compreso tra 5 minuti e 1 ora, a meno che non intervengano un'emorragia o altri motivi che giustifichino un intervento attivo. Bisogna astenersi rigorosamente da qualunque trazione sul funicolo e da qualunque pressione sull'utero al fine di accelerare il secondamento, prima che siano evidenti i segni del distacco placentare.

Posizionare una pinza (Kocher) sul funicolo a livello della rima vulvare, la sua progressiva discesa sarà un segno della caduta della placenta nel segmento uterino inferiore, a questo punto si può invitare la donna ad esercitare uno sforzo espulsivo; la placenta affiora ben presto dalla rima vulvare e, solo ora, una leggera trazione sul funicolo ne favorisce la fuoriuscita dai genitali. La placenta viene ora afferrata con le due mani e ruotata ripetutamente su se stessa in modo da attorcigliare le membrane e favorirne l'estrazione. Il secondamento é accompagnato da una discreta perdita ematica (200-300cc). Assistenza al post-partum: il post-partum é il periodo di 2 ore che segue l'espulsione della placenta, in questo intervallo di tempo é obbligatorio sorvegliare le condizioni della puerpera potendo verificarsi complicanze soprattutto di carattere emorragico. E' necessario controllare la contrattura dell'utero (formazione del globo di sicurezza) ponendo una mano a taglio a livello dell'ombelico, controllare PA e FC. Nel corso del post-partum molte donne sono soggette ad attacchi di brivido intenso, accompagnati talvolta da sensazione di freddo e di disagio. Tale reazione viene comunemente definita "brivido fisiologico" che non é seguito da elevazione significativa della temperatura e che sembra sia dovuta alla dispersione di calore e di energia verificatosi durante il travaglio ed il parto ed al passaggio di piccole quantità di liquido amniotico nel circolo materno. Il brivido fisiologico non necessita di alcun trattamento salvo quello di coprire la donna per cercare di ridurre il fastidio e di poche parole che la rassicurino sulla normalità ed innocuità del fenomeno.

Episiotomia: l'episiotomia consiste in un piccolo intervento chirurgico, generalmente eseguito con le forbici, che ha lo scopo di ampliare l'orifizio vaginale al fine di facilitare il passaggio del feto. Viene praticato nell'ultimo periodo del travaglio e riparato mediante alcuni punti di sutura. Premesso che in Italia l'incidenza media di tale pratica si aggira intorno al 70 per cento dei parti, va specificato che negli ultimi anni sono comparsi numerosi studi tendenti a

dimostrare che questa prassi si è estesa in tutto il mondo empiricamente, senza il suffragio di ricerche cliniche che ne dimostrassero la reale utilità. Sempre da questi studi emerge che l'episiotomia potrebbe essere riservata a non più del 25-30 per cento dei parti, limitandone l'uso a casi selezionati. Motivi per eseguire un'episiotomia andrebbero ricercati nelle pazienti con genitali esterni angusti o particolarmente rigidi o in presenza di feti particolarmente sviluppati, nei parti strumentali, dove, per esempio, l'utilizzo della ventosa rende meno agevole la difesa del perineo, e ogni qualvolta vi siano segni di sofferenza fetale e la conseguente necessità di accelerare il parto. Nel passato la principale motivazione a favore dell'episiotomia era legata alla convinzione che tale prassi diminuisse il rischio del prolasso genitale. In realtà molti studiosi affermano che altri sono i fattori legati al parto che possono creare le condizioni favorevoli all'instaurarsi del prolasso genitale.

Accantonato tale presupposto, che aveva senza dubbio sul piano culturale, un ruolo di notevole importanza, un altro aspetto citato spesso a favore dell'episiotomia era quello di evitare lacerazioni spontanee più difficili da riparare e potenzialmente responsabili, in futuro, di fastidi o dolore durante l'attività sessuale. Però, anche su questo, dalle ricerche prima citate non emerge alcuna conferma, anche se è vero che le donne che partoriscono senza episiotomia hanno maggiori probabilità di avere lesioni spontanee a carico della parete vaginale anteriore. Non è invece chiarito se, dovendo comunque eseguire un'episiotomia, sia meglio praticare un taglio mediano o uno laterale o paramediano. In genere, si ritiene che il vantaggio dell'episiotomia paramediana o laterale, sia quello di evitare danni allo sfintere anale o al retto e di offrire un maggiore spazio all'introito vaginale. Però su questo punto mancano dati precisi che consentano orientamenti definitivi.

Pertanto, fermo restando che l'episiotomia riduce, sia pure di poco, i tempi del periodo espulsivo, non sembra però che tale vantaggio sia sufficiente per giustificare un uso routinario di tale prassi, che andrebbe invece riservata a casi selezionati. Rimane comunque indubbio che, anche in presenza di questo orientamento, il numero delle partorienti che dovranno usufruire dell'episiotomia non sarà comunque irrilevante. E' infine corretto precisare che tale intervento non crea le dimensioni e le ripercussioni che l'immaginario collettivo gli ha attribuito: questa però non è una buona ragione per praticarlo se non è necessario.

Il nascituro e l'indice di APGAR: E' un metodo che per prima ha proposto Virginia Apgar (anestesista statunitense) nel 1953 per assegnare un giudizio sulle condizioni di vitalità del neonato, che possa essere semplice e convenzionalmente quantificabile.

Tale metodo prende in considerazione cinque parametri di vitalità del neonato (cuore, respiro, tono muscolare, riflessi e colorito cutaneo) assegnando a ciascuno di loro un punteggio che va da 0 a 2, in due precisi momenti cronologici che sono il 1° ed il 5° minuto di vita. Può in taluni casi essere ripetuto al 10°, 15° e 20° minuto.

Il punteggio ottimale è di 10, ma vengono considerati normali dal punto di vista dell'immediato adattamento postnatale i neonati che riportano un punteggio di 7,8 oppure 9.

Viene definita sofferenza neonatale una condizione alla nascita in cui il punteggio di Apgar sia inferiore o uguale a 6 al quinto minuto di vita.

Generalmente il punteggio attribuito al primo minuto è sempre inferiore a quello del quinto minuto, poiché in tale momento il neonato risente maggiormente del trauma del parto, espletato per via naturale o con taglio cesareo. D'altro canto un punteggio seppur basso alla nascita può rapidamente normalizzarsi, grazie all'intervento del neonatologo.

Come prendersi cura del neonato: posizionare il neonato sul letto o superficie soffice e tenerlo il più possibile all'altezza della vagina della madre. Importante è: liberare le vie aeree, utilizzando un tampone di garza, tenere il bambino girato su un fianco, con la testa leggermente più in basso del corpo e quindi (aspirare) e pulire bocca e naso, controllare se il bambino respira autonomamente, mantenere il bambino caldo, pinzare il cordone ombelicale

Attenzione: non legare pinze o tagliate il cordone di un bambino che non respiri da solo a meno che ciò non sia necessario per slegare il cordone dal collo del piccolo durante il parto o dobbiate effettuare una respirazione cardiopolmonare sul neonato.

Se non avete a disposizione pinze o strumenti per legare il cordone ombelicale, potrete ritardare questa operazione, sempre che il neonato possa essere trasportato in ospedale nel giro di 30 minuti

Schema per l'attribuzione del punteggio di Apgar

Segni clinici	0	1	2
Attività cardiaca	assente	inferiore a 100/minuto	superiore a 100/minuto
Attività respiratoria	assente	debole irregolare	vigorosa con pianto
Tono muscolare	assente	debole	normale atteggiamento inflessione delle estremità
Eccitabilità dei riflessi	assente	scarsa	pianto vivace, tosse o starnuto
Colorito	cianotico o pallido	tronco roseo, estremità cianotiche	completamente roseo

SIGO LINEE GUIDA (LDG) PER TRAVAGLIO DI PARTO

1. Le LDG per definizione sono portate ad esprimere concetti di ordine abbastanza generico ed enunciazione di principi che sono perlopiù facilmente condivisibili. Lo scopo è quello di migliorare l'approvazione delle cure ed il conseguimento di risultati positivi in termini di salute.

Peraltro le LDG senza il supporto di indicazioni più precise rispetto alla condotta clinica da tenere nelle diverse situazioni (PROCEDURE) sarebbero di ben poca efficacia.

Le Procedure peraltro per poter ottenere un consenso condiviso devono basarsi quanto più possibile su evidenze della letteratura (trials randomizzati, vaste metanalisi) tali da consentire una forte raccomandazione.

LINEE GUIDA PER IL TRAVAGLIO E PARTO IN CONDIZIONI DI FISIOLOGIA

1. La nascita è un momento felice che coinvolge la madre, il padre ed il nato. Rappresenta un momento di forte aggregazione per tutta la famiglia. Al fine di non turbare questo momento felice è necessario assicurare il massimo della privacy alla donna, offrendo e garantendo la possibilità di avere accanto a sé, ove lo desidera, un parente od altra

persona a lei gradita. Le procedure opportuno e/o necessarie per una corretta assistenza alla nascita devono essere applicate nel più pieno rispetto della donna e della naturalità del parto.

2. Al fine di assicurare con il più ampio margine possibile che la nascita sia veramente un'esperienza felice è assolutamente necessario che venga garantito un livello ottimale di sicurezza ed adeguata assistenza, in ogni circostanza che dovesse verificarsi, sia alla madre che al bambino.

3. Per conseguire il risultato indicato al punto precedente, anche allo scopo di identificare la sede più opportuna per il parto, è strettamente necessario valutare con precisione, in base a dati clinici e/o strumentali eventuali condizioni di aumentato rischio materno e/o feto-neonatale che possono indirizzare le scelte in modo diverso. Si ritiene opportuno che la informazione relativa ai rischi tenga conto non solo dei rischi specifici ma anche dei rischi impliciti legati al processo riproduttivo umano.

4. Il counselling rispetto alla scelta della sede del parto deve essere informativo e non direttivo evitando di turbare, fatto salve motivate ragioni, la scelta della donna e/o della famiglia.

5. Le figure professionali principalmente coinvolte nella tutela della salute della gestante, della partoriente e del feto/neonato sono rappresentate dall'Ostetrica e dal Ginecologo opportunamente integrate dal Neonatologo.

Una stretta collaborazione, nel rispetto delle singole professionalità e di quanto indicato dalle vigenti norme, tra questi Operatori è da ritenersi condizione fondamentale al fine di conseguire l'obiettivo di salute che ci si propone in relazione alla nascita.

PROCEDURE

Poiché il mandato riguarda le linee di guida e relative procedure al travaglio ed al parto normali appare necessario definire con sufficiente chiarezza cosa si deve intendere per NORMALITÀ.

Si definisce come presuntivamente NORMALE un travaglio di parto spontaneamente insorto in una gestante con età gestazionale compresa tra 37 e 41 settimane compiute, gravidanza singola, presentazione di vertice, condizioni cliniche materne normali, anamnesi ostetrica negativa, accrescimento fetale nei limiti di norma.

In vista della limitazione alle sole procedure necessarie per un travaglio e parto previsti normali ed eutocici si forniscono indicazioni relative alle PROCEDURE che possono trovare applicazione in tali casi. Resterà peraltro necessario, in seguito, elaborare e fornire LDG e PROCEDURE relative a gravidanza ed a parti gravati da complicazioni.

Ricordiamo:

1. Caratteristiche ambientali, di arredamento ed apparecchiature

Esse sono chiaramente descritte nell'ambito dei requisiti minimi definiti dalla Società Italiana di Medicina Perinatale e riportati in numerosi documenti delle autorità sanitarie sia Nazionali che Regionali per cui si rimanda a queste indicazioni.

2. Posizione della partoriente durante il travaglio ed il parto

In mancanza di precise evidenze di eventuali vantaggi o svantaggi di una posizione rispetto ad un'altra, si ritiene di raccomandare che sia lasciata libera scelta alla donna rispetto alla posizione da assumere e cioè quella che essa stessa ritiene più confortevole. Il counselling a questo riguardo deve essere informativo (libertà di scelta) e non direttivo (questa posizione è la migliore). **Da evitare la posizione supina al fine di non incorrere**

nella sindrome della vena cava inferiore.

3. Controllo del benessere fetale

Il controllo del benessere fetale deve essere garantito. Le evidenze sembrano indicare praticabile anche la auscultazione intermittente quando però il rapporto partoriente/ostetrica è 1:1.

La cardiocotografia può essere praticata in modo continuo o intermittente in relazione alle condizioni cliniche e ad eventuale caratteristica dell'admission test (Cardiocotografia per 20 minuti con presenza di frequenza di base normale, variabilità Classe 2 ACOG, presenza di accelerazioni, assenza di decelerazioni). Le caratteristiche tintoriali del liquido amniotico (in caso di membrane rotte) vanno osservate ed annotate.

I criteri suggeriti per l'interpretazione della CTG sono quelli indicati dall'ACOG 1997 (Int. J. Gynec. Obst. 51 65 1995, Am. J. Obst. Gynaec. 177 1385 1997).

4. Amniorexi

Non esiste evidenza per raccomandare l'impiego routinario della amniorexi precoce (Cochrane Review 17 3 1997).

5. Il partogramma

Il corretto e diligente impiego e compilazione del partogramma rappresenta un cardine fondamentale per valutare oggettivamente il procedere fisiologico del parto.

La deviazione dalla normalità dei parametri di valutazione (dilatazione, livello della parte presentata, posizione della parte presentata, caratteristiche tintoriali del liquido amniotico) possono rappresentare indicazioni ad interventi o procedure più complesse.

6. Clisma evacuativo

Non esiste evidenza che l'impiego routinario del clisma evacuativo sia giustificato o raccomandabile.

Esso va pertanto effettuato secondo giudizio clinico.

7. Tricotomia

Non esiste evidenza che la tricotomia completa di routine sia giustificata o raccomandabile. Essa va pertanto effettuata a giudizio clinico.

8. Episiotomia

Non esiste evidenza che la episiotomia di routine sia giustificata o raccomandabile.

Essa deve venire praticata a giudizio clinico. Non vi sono evidenze tali da far preferire la episiotomia mediana rispetto alla paramediana. Va comunque praticata previa anestesia locale.

9. Secondamento

Il management attivo del secondamento si è dimostrato in condizione di ridurre la perdita ematica, la frequenza di emorragie post-partum, e la anemia materna. Esso può quindi essere raccomandabile tenendo conto che gli alcaloidi della segale cornuta possono provocare alla donna vomito ed innalzamento della pressione (Cochrane Review 18 3 1997).

12. Rottura prematura delle membrane

La rottura prematura delle membrane può configurare il rischio di infezioni materne e/o

feto neonatali.

È raccomandabile l'esecuzione di un esame batteriologico del secreto vaginale e la applicazione di chemioprophilassi con lo scopo di prevenire soprattutto la infezione di streptococco di gruppo B (ACOG Int. J. Gynec. Obst. 42 55 1993).

13. Travaglio disfunzionale

Come sopra indicato il corretto impiego del partogramma pone in condizione di identificare con tempestività le deviazioni dalla norma del travaglio di parto per quanto riguarda progressione della dilatazione e discesa della parte presentata che può esprimersi in un rallentamento o in una accelerazione.

In caso di rallentamento (dilatazione inferiore 1cm/ora) in assenza di controindicazioni trova indicazione la stimolazione farmacologica della cinesi uterina con l'impiego di oitocina, eventualmente associata ad amniorexi strumentale.

Se dopo 2 ore dall'inizio della perfusione non si nota una normalizzazione dell'andamento del travaglio altre procedure o interventi vanno presi in considerazione.

Bibliografia essenziale

- Quaderni dell'Infermiere "Ostetricia" M.Cantarelli W.Neri M. Ottone C.Vetre - ED. Masson
- Quaderni dell'Infermiere "Ginecologia" M.Cantarelli W.Neri M. Ottone C.Vetre - ED. Masson
- Tempo Medico (n. 691 del 1 febbraio 2001)
- <http://www.sigo.it/lineeguida2.html>
- <http://www.cidimu.it/home/art.asp?spec=ped&id=858>
- <http://www.ilmiobaby.com/nascita/apgar.htm>