

# ASSISTENZA AL PARTO FISIOLÓGICO

## FINALITA'

- Fornire agli studenti le conoscenze necessarie per la realizzazione dell'assistenza alla partoriente e al feto/ neonato nel terzo stadio del travaglio (fase espulsiva e secondamento)
- Costituire uno strumento didattico per le ostetriche impegnate nell'insegnamento clinico in sala parto, che consenta loro di uniformare i comportamenti assistenziali e di insegnamento.

## OBIETTIVI

- Realizzare le tecniche assistenziali con pertinenza e abilità
- Erogare l'assistenza rispettando l'asepsi
- Impiegare correttamente le risorse a disposizione

## **IL MATERIALE PER L'ASSISTENZA**

- Cuffia
- Visiera
- Guanti sterili chirurgici
- Camice sterile
- Calzari
- Set contenente panni sterili per l'allestimento del carrello e del campo per l'assistenza
- Set contenente i ferri per l'assistenza al parto, garze piccole, tamponi grandi

## PER IL PARTO:

- 1 Ciotola
- 1 forbice retta
- 1 forbice curva
- 2 pinze ad anelli
- 2 Kocher
- 2 Klemmer
- 1 portaghi
- 1 pinza anatomica
- 1 pinza chirurgica

## LAVAGGIO E VESTIZIONE

Quando la parte presentata si intravede alla rima vulvare si dà inizio a questa fase, l'ostetrica può svolgere queste procedure tra una contrazione e l'altra.

- Indossare la cuffia
- Applicare la mascherina
- Posizionare la visiera protettiva

Dopo aver rimosso monili e anelli procedere al lavaggio delle mani e avambracci. Indossare il camice ( vedi allegato 1)



### MODALITA' DI PREPARAZIONE

- aprire il set della biancheria ed infilare la federa copri- carrello
- disporre la teleria
- aprire il set di assistenza, disporre per il disinfettante
- preparare
  - 1 pinza per la disinfezione
  - 2 Kocher
  - 1 forbice retta
  - la pinza ombelicale

## ***DISINFEZIONE DEI GENITALI ESTERNI***

Sono necessarie almeno 3 garze. Con una garza piegata a triangolo intrisa di Povidil Pirrodilone Iodio (Betadine) montata su pinza per la disinfezione si procede:

- dall'alto verso il basso dal centro verso l'esterno coscia destra, lasciando la regione anale per ultima
- si ripete l'operazione per la parte controlaterale
- con la terza garza si disinfetta la parte centrale e la regione anale.

## ***PREPARAZIONE DEL CAMPO STERILE***

Per quanto riguarda i parti che avvengono in posizione litotomica, dopo la disinfezione posizionare sotto il bacino della partorientente un telino sterile facendo attenzione a proteggere il dorso delle mani. Stendere un altro telino sul piano di appoggio situato davanti al lettino da parto. Se il parto si espleta in posizione alternativa, naturalmente, la preparazione del campo sterile verrà adattata alla posizione.

## ***ASSISTENZA AL PARTO***

È opportuno, nel riguardo dei bisogni fisici della donna, prediligere le posizioni alternative, come per il periodo dilatante, anche nella fase espulsiva, ad esempio la stazione eretta, accovacciata, seduta, rispetto a quella litotomica.

Se esistono le indicazioni a praticare l'episiotomia, l'anestesia locale viene eseguita quando il perineo è disteso, ovvero l'ostio vulvare è divaricato di 2/3 cm. La regione anatomica da infiltrare varia in base al tipo di episiotomia che verrà effettuata: episiotomia laterale destra (m. trasverso superficiale, m. bulbo cavernoso e a volte il m. trasverso profondo): si infiltra la zona in cui avverrà la sezione del perineo.

## **L'EPISIOTOMIA**

**Strumento impiegato:** forbice retta a punte smusse.

**Obiettivo:**

Dilatare l'introito vaginale per evitare eccessive sollecitazioni sul cranio fetale ed accelerare l'espletamento del parto

**Indicazioni:**

- Sofferenza fetale acuta
- Prematurità
- Parto operativo
- Distocia di spalla

Esistono evidenze scientifiche che dimostrano che l'episiotomia non è da attuare in maniera profilattica per la prevenzione delle lacerazioni perineali.

**Quando:**

Il momento ideale per eseguirla è quando con difficoltà si introduce il dito indice e medio della mano sinistra a destra del rafe mediano orientando le dita verso la tuberosità ischiatica.

Sezionare con la forbice la zona inclusa tra le due dita, partendo dal centro della commessura vulvare posteriore e dirigendo poi lo strumento verso la tuberosità ischiatica di destra.

È molto importante il modo di impugnare la forbice, le cui branche vanno sempre tenute esattamente ad angolo retto nei confronti dei tessuti.

Praticare un taglio netto della cute , della vagina e del muscolo.

Durante tale intervento può essere necessario tamponare con una medicazione per visualizzare le strutture anatomiche che potrebbero essere imbrattate di sangue.

La perineotomia deve essere effettuata durante l'acme della contrazione in quanto la partoriente avverte meno il dolore, soprattutto quando non è stata effettuata l'anestesia locale.

Nella pratica clinica esistono 2 metodi per assistere il periodo espulsivo da parte dell'ostetrica:

- ✓ Assistenza del periodo espulsivo con **PROTEZIONE DEL PERINEO**
- ✓ Assistenza del periodo espulsivo con **APPROCCIO "GIU' LE MANI"**

## **PROTEZIONE DEL PERINEO**

### **ESPULSIONE DELLA TESTA FETALE**

Per la protezione del perineo ci si pone alla destra della donna e ci si prepara a proteggere il perineo durante la fuoriuscita della testa fetale e precisamente quando questa è "incoronata" cioè quando la massima circonferenza ha raggiunto l'ostio vulvare.

La cosiddetta protezione del perineo consiste nel favorire un lento e graduale disimpegno della parte presentata attraverso l'azione combinata delle mani.

La mano destra per sostenere i muscoli perineali e la sinistra per modulare l'espulsione della testa, in modo da ridurre le sollecitazioni meccaniche alle quali sono sottoposti i muscoli perineali.

Essa non deve essere portata all'eccesso poiché un disimpegno troppo prolungato può provocare oltre a fenomeni di sofferenza fetale, anche lesioni meccaniche da prolungata compressione della testa.

**Scopo:** prevenire lacerazioni delle parti molli.

#### **Tecnica di protezione del perineo:**

la mano destra: si pone il palmo della mano destra sulla regione perineale, facendo in modo che l'apertura fra il pollice e l'indice divaricati, coincida con la commessura vulvare posteriore e si effettua una pressione sulla stessa; può essere necessario, se esiste una certa difficoltà di disimpegno della faccia, esercitare una spinta verso l'alto agendo sul mento fetale (manovra di Rigten).

Secondo una vecchia regola ostetrica il perineo dovrebbe essere alleggerito spostando in avanti i muscoli laterali; questo concetto è da associare ad un modo di dire frequente mente usato dalle ostetriche e cioè "dare stoffa al perineo".

**La mano sinistra:** ha la funzione di regolare la velocità di espulsione della testa. Le dita della mano sinistra vengono contemporaneamente appoggiate sulla testa fetale e precisamente a livello delle ossa parietali.

## ***MOVIMENTO DI RESTITUZIONE O ROTAZIONE ESTERNA***

Ottenuto il disimpegno della testa fetale, si invita la donna a compiere una lunga ispirazione; nel frattempo l'ostetrica pulisce il viso del neonato.

Durante questi secondi avviene la **rotazione esterna o restituzione** (la spalla si viene a trovare sotto il pube - quindi sul diametro antero- posteriore del bacino).

Tale movimento viene facilitato dalla partecipazione attiva dell'ostetrica in concomitanza con la contrazione uterina.

Per assecondare l'impegno della spalla anteriore si procede:

in caso di indice della presentazione in posizione OISA

MANO SINISTRA: il palmo della mano viene a trovarsi a piatto sulla faccia fetale precisamente a livello della guancia che offre per la rotazione.

MANO DESTRA: rimane per la protezione del perineo a piatto a livello della commissura vulvare.

Si fa ruotare delicatamente verso l'indice di posizione , in modo da permettere alla spalla anteriore di confrontarsi con il diametro antero- posteriore e sotto la sinfisi pubica.

Poiché non sempre attraverso l'ispezione è possibile individuare il senso della rotazione esterna (microsomia fetale, inerzia uterina ect..) è molto importante evitare trazioni scorrette sulla testa fetale, fare preventivamente diagnosi di posizione durante l'esplorazione vaginale.

Assecondare la manovra di rotazione quando il feto ha iniziato spontaneamente la stessa.

## ***IMPEGNO DELLA SPALLA ANTERIORE***

Avvenuta la rotazione esterna è possibile rilevare i seguenti segni clinici:

- la spalla anteriore si pone sotto la sinfisi pubica
- l'occipite fetale è rivolto verso la coscia di sin. o di dx. a seconda dell'indice di posizione.

Si invita la donna a compiere un'energica spinta. Nel frattempo la mano destra rimane nella posizione di protezione del perineo e il dito indice e medio della mano sinistra, una volta divaricati, vengono posti sulle branche mandibolari, il palmo della mano viene a trovarsi a piatto sulla faccia fetale. Si abbassa la testa verso il perineo fino a quando è evidente l'articolazione scapolo- omerale. Il disimpegno della spalla anteriore è completato quando è fuoriuscito metà dell'omero fetale.

## CONSIGLI

Questa fase del disimpegno deve essere completata prima di procedere con il disimpegno della spalla posteriore, questo per evitare di far leva sulla clavicola e provocare una frattura della stessa.

Se la spalla anteriore non compare sotto la sinfisi pubica, incitare la donna a spingere più energicamente.

È fondamentale far coincidere l'espulsione delle spalle con valide contrazioni uterine.

**Sono vietate le trazioni** in particolare se avvengono nel senso opposto rispetto alla rotazione esterna effettuata dal feto, in quanto possono verificarsi complicanze quali la paralisi del plesso brachiale.

È frequente, che nel disimpegno della spalla anteriore, interferisca il funicolo (intorno al collo o a bandoliera). In questo caso è opportuno allentarlo, infilando un dito tra di esso e il collo o la spalla, al fine di facilitare la fuoriuscita della spalla stessa. **Qualora fosse particolarmente stretto**, è necessario camparlo con due kocher e poi reciderlo, procedendo prontamente all'estrazione del feto.

### ***DISIMPEGNO DELLA SPALLA POSTERIORE E DEL CORPO FETALE***

Avvenuto il disimpegno della spalla anteriore, segue il disimpegno della spalla posteriore e delle restanti parti del corpo fetale.

**Funzione della mano sinistra:** sorreggere la testa fetale.

Una volta aperta, si appoggia il palmo a livello della regione parietale della testa fetale, l'apertura che si viene a trovare tra il pollice e le restanti dita e che è a contatto con il collo del feto, viene adattata rispetto alle dimensioni del collo.

**Funzione della mano destra:** protezione del perineo. Anche in questo caso la funzione della mano è di proteggere la regione perianale da eventuali lacerazioni che si possono verificare durante la fuoriuscita della spalla posteriore.

#### **Tecnica del disimpegno della spalla posteriore e delle restanti parti**

Posizionare la mano destra sul perineo, la mano sinistra sostiene il feto. In contemporanea con la protezione del perineo procedere con la mano sinistra all'estrazione graduale e delicata della spalla posteriore, al fine di prevenire lesioni delle parti molli. Ciò ha particolare valore se il perineo è integro. In questo caso, al fine di evitare lacerazioni, si suggerisce alla donna di non spingere energicamente, anzi, talvolta in caso di premito particolarmente intenso, le si consiglia di rilassarsi e di adottare una respirazione superficiale (toracica). Il disimpegno della spalla posteriore in questo caso si verificherà per l'azione dell'ostetrica.

Fuoriuscita l'anca posteriore, la mano destra andrà ad afferrare le estremità (piedi). L'espulsione del tronco e degli arti superiori può essere resa difficoltosa dalla presenza di giri di funicolo. In questo caso bisogna sostenere il feto per i piedi con la mano destra e procedere a liberarlo dai giri con la mano sinistra.

Si depone il neonato sul piano inferiore del lettino da parto.

## ***APPROCCIO "GIU' LE MANI"***

### ***ESPULSIONE DELLA TESTA***

Il perineo non viene toccato, se non per valutare la discesa della parte presentata. L'ostetrica asseconda un periodo espulsivo del tutto spontaneo, osserva la lenta fase dell'incoronamento lasciando che la donna spinga in modo naturale, senza forzarla a spingere trattenendo l'aria (manovra di Valsalva).

Nel momento in cui la parte presentata si incorona invita la partoriente a respirare e ad aspettare la contrazione successiva.

Al momento del disimpegno della testa con la mano destra si limita a "frenare" la fuoriuscita mediandone la velocità, per evitare traumatismi ai tessuti materni.

### ***MOVIMENTO DI RESTITUZIONE O ROTAZIONE ESTERNA***

Avvenuto il disimpegno della testa, si invita la donna ad attendere la contrazione successiva, durante la quale avverrà in modo spontaneo il movimento di restituzione, in tal modo il diametro bisacromiale si allineerà con il diametro antero-posteriore del bacino e la spalla anteriore si porterà sotto la sinfisi pubica.

Durante questa fase l'ostetrica non deve fare nulla se non in caso di difficoltà alla rotazione spontanea. In quel caso, una volta che il feto ha accennato il lato in cui ruoterà, deve assecondare la rotazione con entrambe le mani sui parietali della testa fetale.

### ***IMPEGNO DELLA SPALLA ANTERIORE***

Avvenuta la rotazione, in genere durante la medesima contrazione, la spalla anteriore si abbassa ponendosi sotto la sinfisi pubica, l'ostetrica può delicatamente assecondare questo movimento con la mano destra.

Il disimpegno della spalla anteriore è completato quando è fuoriuscito metà omero fetale.

Se nel disimpegno della spalla anteriore interferisce il funicolo, allentarlo, infilando un dito tra di esso e il collo o la spalla, al fine di facilitare la fuoriuscita della spalla stessa.



## ***DISIMPEGNO DELLA SPALLA POSTERIORE***

Avvenuto il disimpegno della spalla anteriore, segue il disimpegno della spalla posteriore e delle restanti parti del corpo fetale.

Tenendo entrambe le mani sulla testa fetale si assecondano sia il movimento di impegno della spalla anteriore che di disimpegno della spalla posteriore e si accoglie tra le mani il resto del corpo del neonato.

Il neonato viene asciugato e posizionato sul ventre materno.

## ***CLAMPAGGIO E RECISIONE DEL FUNICULO***

Dopo la nascita si procede al clampaggio del funicolo che consiste nella chiusura con Pinze Kocher del funicolo. Può essere:

- ✓ **Precoce:** nel primo minuto dopo la nascita, nel caso sia necessario affidare tempestivamente il neonato alle prime cure o in caso di donazione SCO;
- ✓ **Tardivo:** la chiusura avviene alla cessazione delle pulsazioni del cordone, nei restanti casi.

### **Tecnica di recisione del funicolo:**

- 1° tempo - separazione del neonato dalla madre si utilizzano in questo caso due pinze Kocher ed un paio di forbici curve a punte smusse (onfalotome). Si posiziona la prima Kocher, accertandosi della perfetta chiusura, e a circa 2 cm. da questa si applica l'altra, con le forbici si seziona il funicolo compreso in questo spazio. La manovra prevede l'utilizzo di entrambe le mani: la mano destra recide il cordone e la sinistra protegge per eventuali imbrattamenti.
- 2° tempo - applicazione della pinza ombelicale sull'addome del neonato dopo aver separato il neonato il funicolo viene ulteriormente tagliato per formare il "moncone ombelicale". Per l'esecuzione di questa procedura si utilizza un'apposita pinza detta "cord clamp" o pinza ombelicale, risulta di essere di materiale plastico e ha lo scopo di chiudere ermeticamente il cordone (l'apertura di questa può avvenire solo mediante l'uso di una specifica pinza).

La cord clamp si posiziona circa a 2 cm. dall'addome del neonato e il cordone viene chiuso tra le due branche. È consigliabile accertarsi dell'avvenuta chiusura, per l'asportazione del rimante cordone si usano le forbici onfalotome.

## ***ASSISTENZA AL SECONDAMENTO***

Una volta nato il bambino, si procede alla preparazione per il secondamento; in attesa si prelevano i campioni di sangue del funicolo per la determinazione del gruppo e del fattore Rh ( toxo funicolo se ricettiva) e si prepara la terapia da somministrare dopo la fuoriuscita della placenta.

Di solito il secondamento avviene 5/10 minuti dopo il parto, comunque se non sussistono emorragie si può attendere anche un'ora prima di intervenire attivamente. Pertanto durante la fase di attesa non fare nulla se non controllare le perdite ematiche (fisiologiche nella misura di 200-300 cc di quantità), e il tempo trascorso.

La diagnosi di distacco fisiologico di placenta avviene attraverso l'interpretazione di due segni clinici:

### SEGNI FUNICOLARI:

- ✓ **SEGNO DI AHSFIELD** - allungamento del cordone ombelicale. Tecnica: pinzare con un Kocher il cordone vicino alla rima vulvare e controllare se tale strumento si sposta verso il basso. La placenta è completamente staccata quando la pinza Kocher dista dalla vulva almeno 10 cm.
- ✓ **SEGNO DI KUSTNER** - tecnica: si fa pressione con la punta delle dita al di sopra della sinfisi pubica, se il cordone ombelicale si retrae significa che la placenta non si è ancora staccata.

### SEGNI UTERINI:

- ✓ **PERDITA EMATICA** - è presente una modica quantità quando si è verificato un distacco della placenta secondo **Duncan** (distacco marginale), in pratica essa anticipa il secondamento. Qualora il distacco placentare avviene secondo **Schulze** (distacco centrale) il sangue si nota successivamente).
- ✓ **SEGNO DI SCHRODER** - l'utero risulta contratto e spinto verso l'alto (2/3 cm oltre la linea ombelicale). Tecnica: appoggiare il palmo della mano destra sull'utero e rilevarne la sua consistenza e il livello raggiunto.

Fatta diagnosi di avvenuto distacco fisiologico della placenta ci si appresta ad **una assistenza ostetrica attiva:**

- Attorcigliare attorno al dito indice della mano destra il funicolo;

- Porgere la mano sinistra in prossimità della commessura vulvare posteriore facendole assumere una certa concavità che servirà ad accogliere meglio la placenta (senza toccare i margini esterni);
- Invitare la donna a compiere sforzi espulsivi e, contemporaneamente, esercitare una modica trazione sul funicolo.
- Comparsa la placenta per i 2/3, si lascia il cordone e la si ruota in senso orario con entrambe le mani; in tal modo le membrane si attorcigliano, fanno spessore ed escono completamente;
- Se compare prima la faccia materna, le membrane vanno rivoltate su di essa prima di ruotarla;
- Avvenuto il secondamento si valuta la perdita ematica;
- Segue il controllo degli annessi ovarici: l'integrità dei cotiledoni, delle membrane, l'inserzione del funicolo, il decorso del numero dei vasi, presenza o meno di nodi veri, falsi, etc..
- Segue la misurazione e rilevazione del peso della placenta (peso regolare 1/6 del peso del neonato);
- Somministrazione di uterotonici (nella nostra U.O. generalmente si somministra ossitocina 10 UI in 500 cc di Fisiologica);
- Ispezione dei genitali per eventuali suture di lacerazioni o episiorrafia;
- Pulizia dei genitali esterni.