

Università degli Studi di Ferrara
Corso di Laurea in Ostetricia

C.I. “ Patologia ostetrica e primo soccorso”

ROSARIA CAPPADONA

Il forcipe

**E' uno strumento metallico
formato da due branche tra
loro articolate
con il quale si afferra la parte
presentata del feto
e si esercitano su di essa le
opportune trazioni per estrarla
dal canale del parto**



L' Applicazione del Forcipe

è di

Competenza Medica



NOMENCLATURA

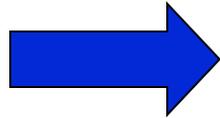
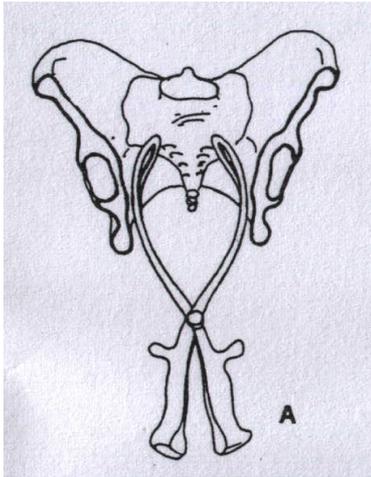
LIVELLO DELLA PARTE PRESENTATA

Applicazione Alta → Testa fetale non impegnata allo stretto superiore

Applicazione Media → (presentazione di vertice)
Circonferenza sotto-occipito-bregmatica impegnata allo stretto superiore, quindi la piccola fontanella è a livello delle spine ischiatiche

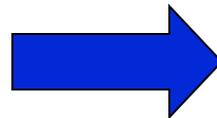
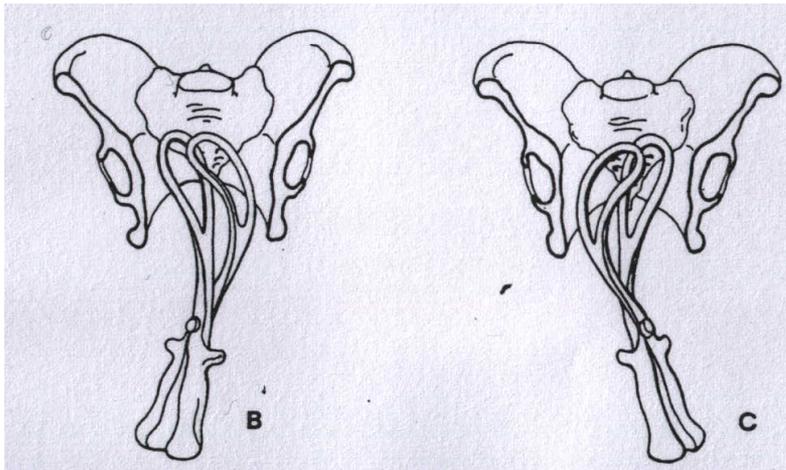
Applicazione Bassa → (presentazione di vertice)
Circonferenza sotto-occipito-bregmatica impegnata allo stretto medio, quindi la piccola fontanella affiora alla rima vulvare

BACINO



DIRETTA

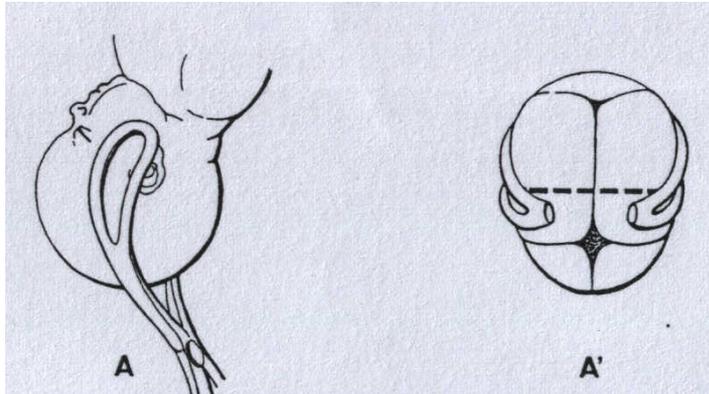
Diametro della curvatura cefalica del forcipe (seno) è parallelo ai diametri trasversi del bacino



INDIRETTA O OBLIQUA

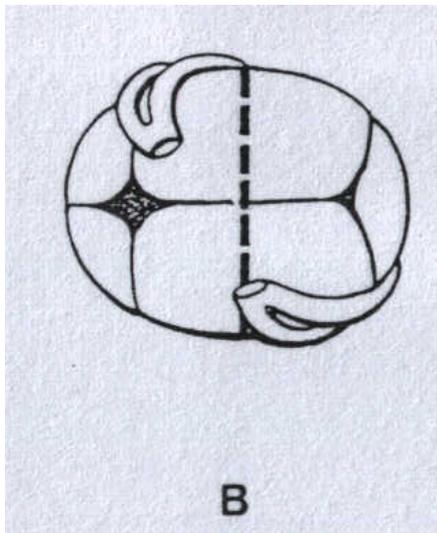
Il seno del forcipe è parallelo ad uno dei diametri obliqui del bacino

TESTA FETALE



SIMMETRICA

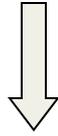
Il seno del forcipe è parallelo ai diametri trasversi della testa fetale



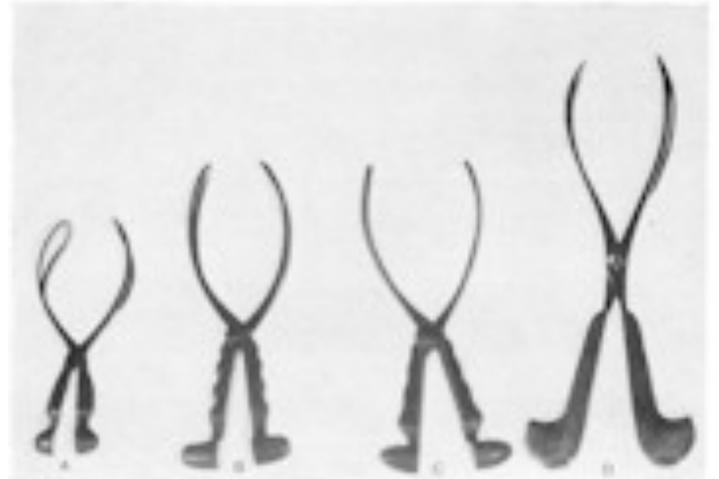
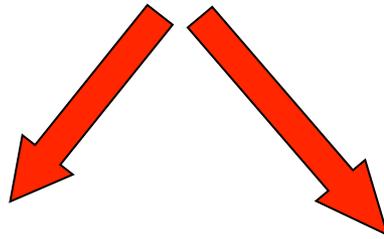
ASIMMETRICA

Il seno del forcipe è parallelo ad un diametro obliquo della testa fetale

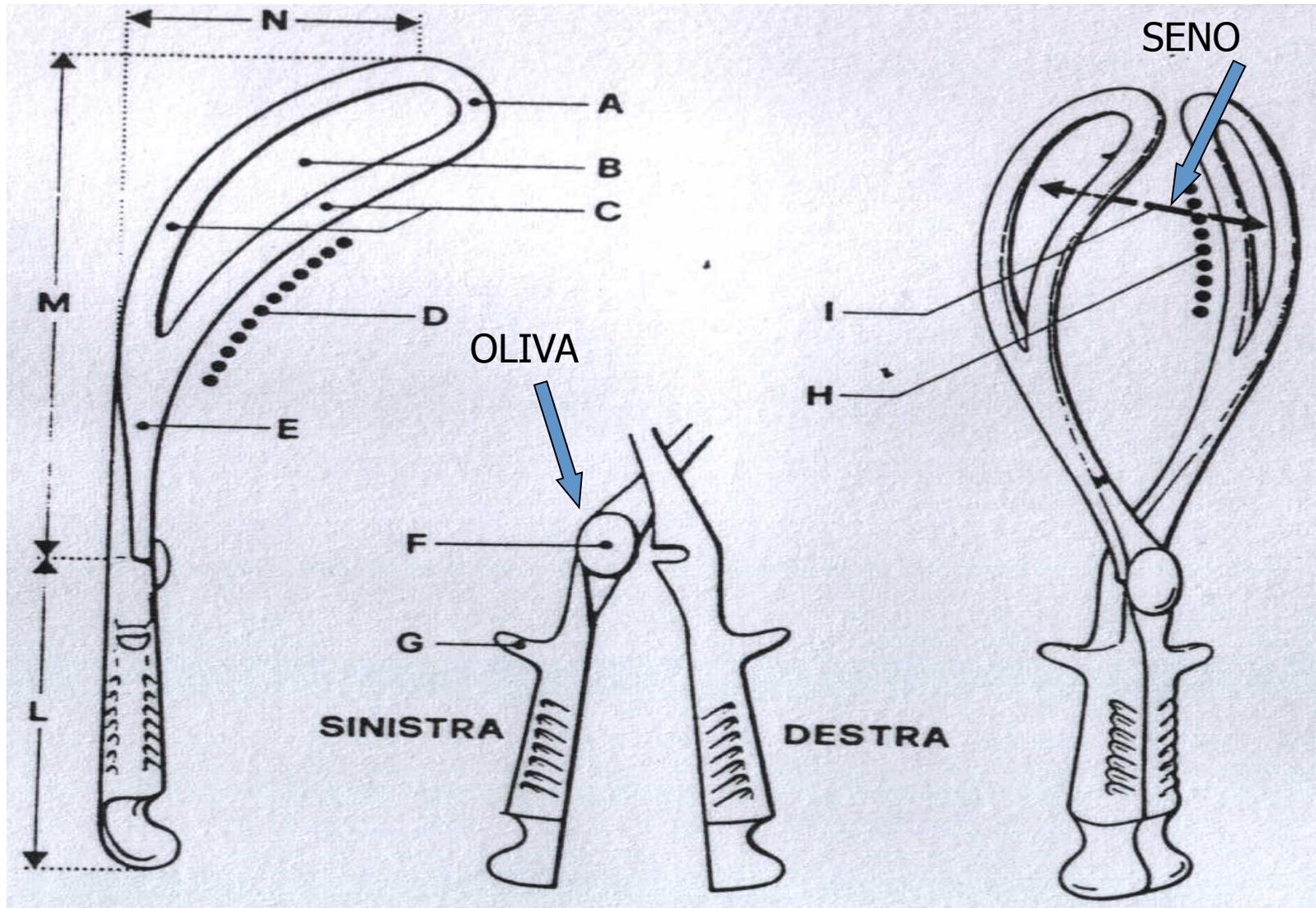
In Passato



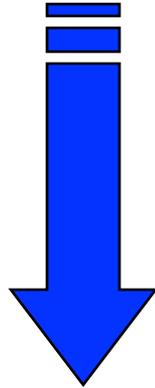
erano disponibili
una gran varietà di modelli



FORCIPE DI NAEEGELE



CONDIZIONI PERMITTENTI



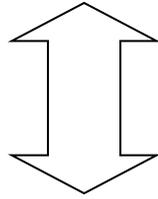
Per una corretta applicazione
devono essere

TUTTE CONTEMPORANEAMENTE

presenti

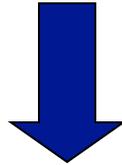
- ✓ *Assenza di ostacoli meccanici all'espletamento del parto*
- ✓ *Dilatazione completa della bocca uterina*
- ✓ *Sacco amniotico rotto*
- ✓ *Presentazione cefalica di vertice*

VITALITA' del FETO



In caso di feto morto
è possibile usare metodiche meno
traumatiche
per i tessuti materni

ATTUALI INDICAZIONI

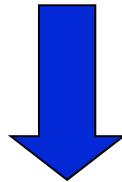


Sofferenza Fetale Acuta

quando la testa fetale

(in atteggiamento di flessione → presentazione di vertice)

ha compiuto la rotazione interna e si trova impegnata allo stretto medio



APPLICAZIONE BASSA

ATTUALMENTE

Non sono più consentite le
applicazioni alte

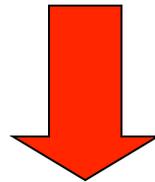
CLINICAMENTE...

Vi sono diversi fattori che influiscono sulla decisione di applicare il forcipe:

☞ Realtà Assistenziale:

-Tempo necessario per allestire la sala operatoria (ad es. anestesista reperibile a domicilio)

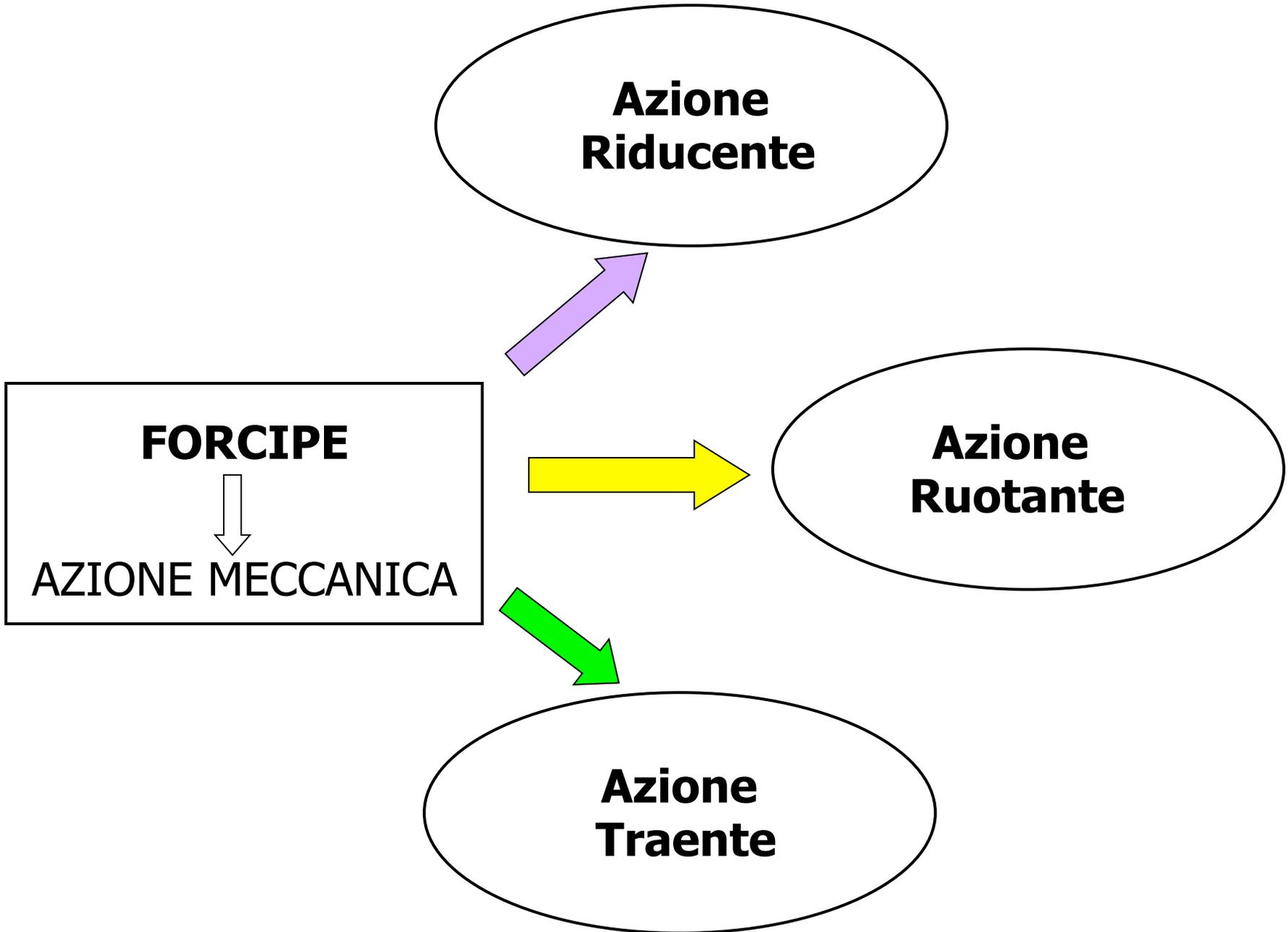
☞ Parità della paziente



La decisione deve essere presa:

☞ Nel rispetto delle indicazioni e delle condizioni permettenti

☞ Considerando alcuni “fattori pratici” che assumono importanza fondamentale

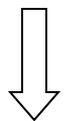


**Azione
Riducente**

**Azione
Ruotante**

**Azione
Traente**

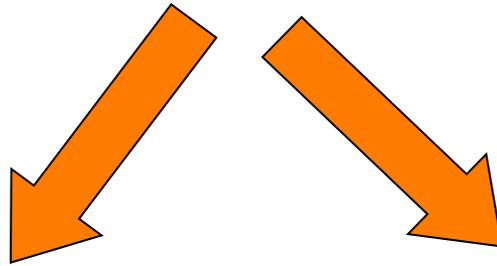
FORCIPE



AZIONE MECCANICA

APPLICAZIONE

Nella Presentazione di Vertice



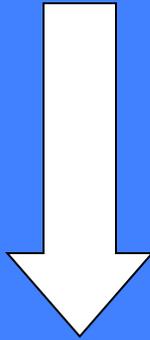
I° TEMPO

**Applicazione
del Forcipe**

II° TEMPO

**Trazione ed
Estrazione della
Testa Fetale**

I° TEMPO



**Applicazione
del Forcipe**

Si introduce per prima la **Branca Sinistra** (**Branca con** **l'oliva**)

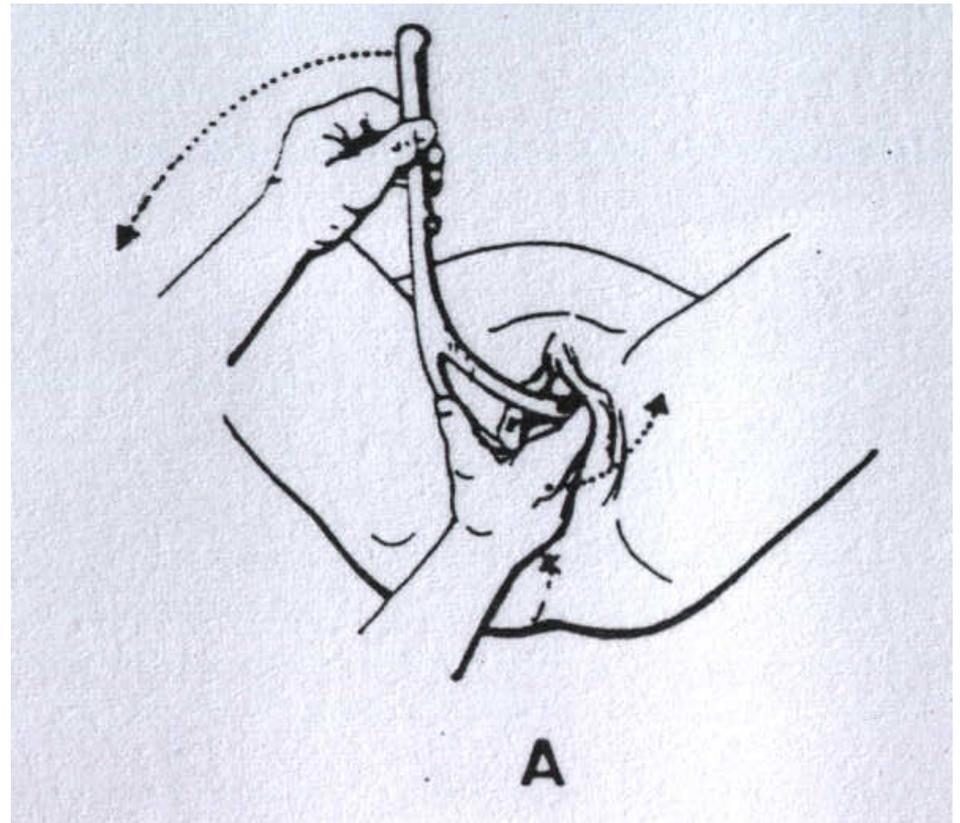
Eseguire un' ampia episiotomia
(anche bilaterale)

Afferrandola come una penna

(in modo che la curvatura
pelvica sia rivolta verso il
pube)

Con la mano sinistra la si
introduce nell' emisezione
sinistra dell' anello vulvare
usando come guida 3 o 4 dita
della mano destra

Facendo compiere al manico
un arco di cerchio dall' alto
verso il basso

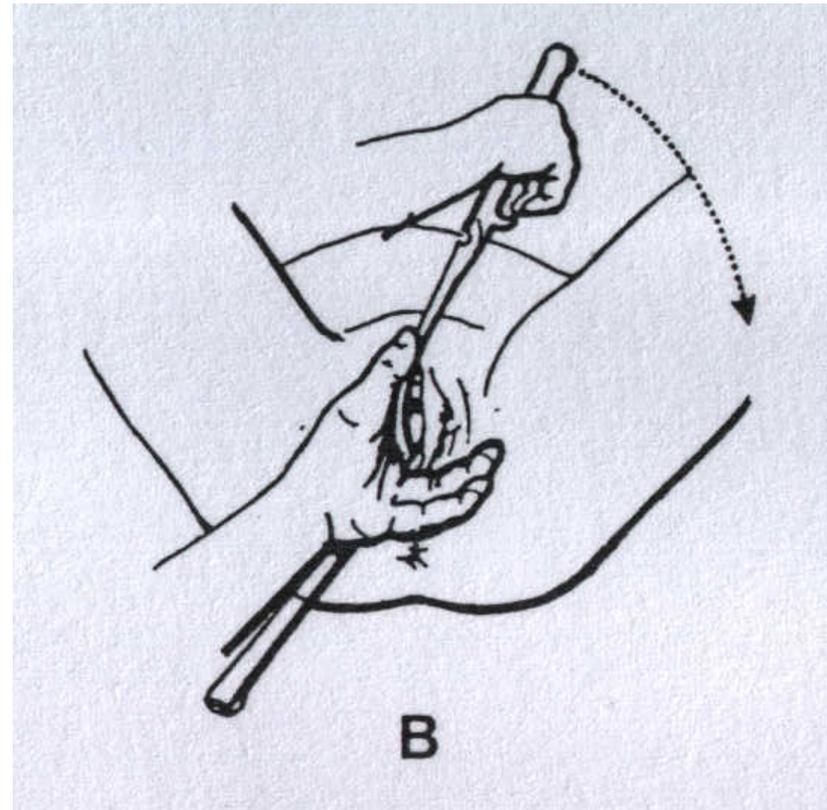




**Si affida il manico che fuoriesce dai genitali
ad un assistente**

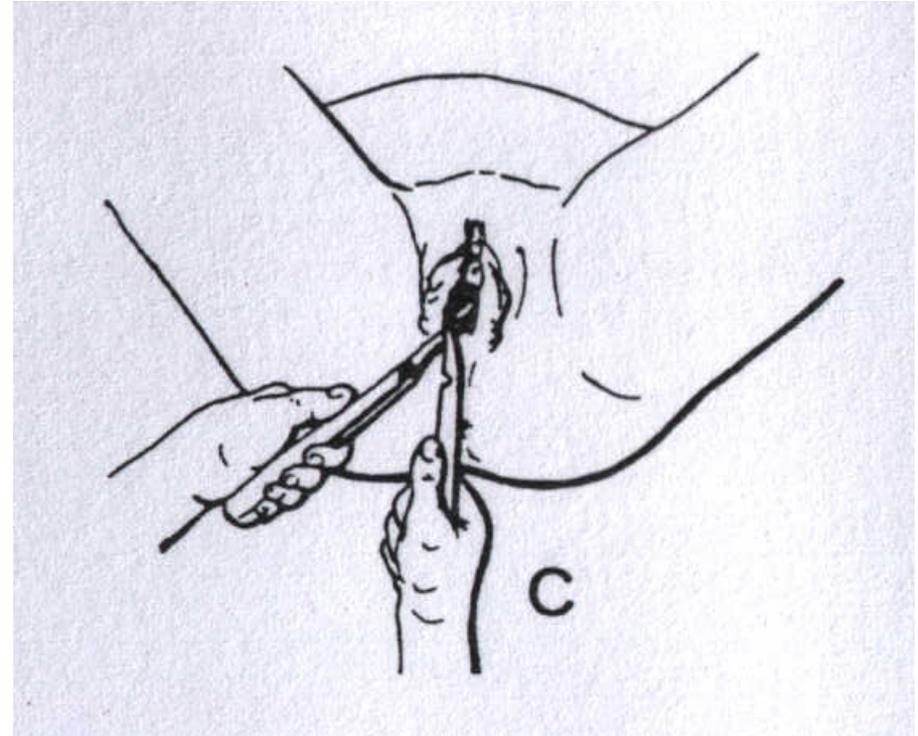
**Si introduce la Branca
Destra**

Invertendo le mani



Si articolano le due
branche

Tirando leggermente
i manici verso il
basso per facilitare
l'incastro

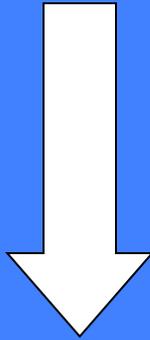




Si colloca un panno ripiegato tra i manici
Si effettua una esplorazione vaginale
per verificare il posizionamento delle branche
e la non inclusione di tessuti materni

Si effettua una “**trazione di prova**” con la mano
sinistra mentre con la mano destra si controlla lo
slittamento delle cucchiaie e la reazione della testa
alla trazione

II° TEMPO



**Trazione ed
estrazione della
testa fetale**



Le trazioni devono essere **intermittenti e sincrone**
con le contrazioni uterine e gli sforzi espulsivi
della donna (se ci sono)

In caso contrario devono essere eseguite
manovre di kristeller

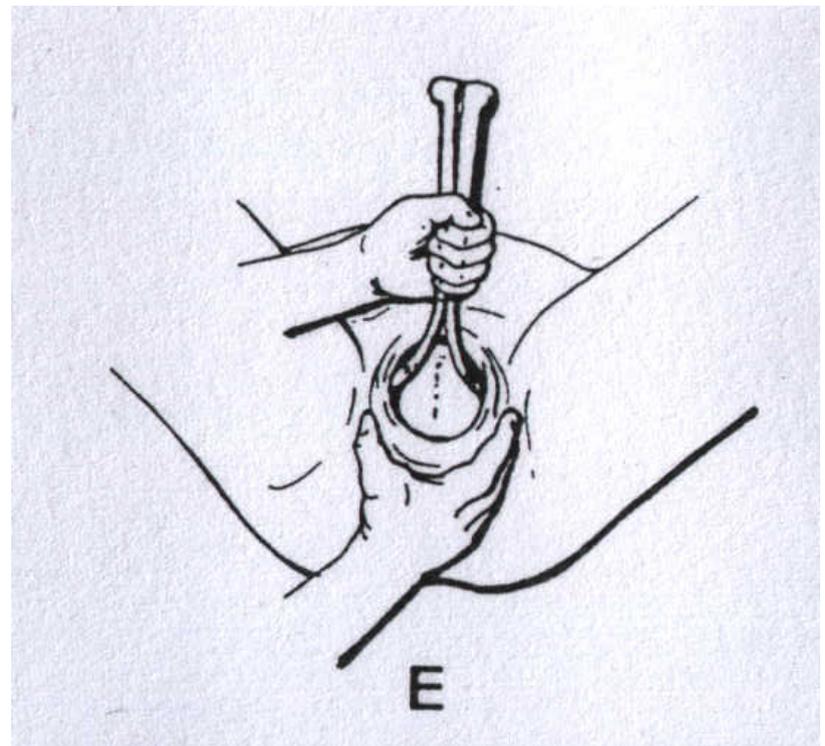
La direzione delle trazioni deve essere il più possibile
simile a quella della progressione fisiologica della
testa fetale

Inizialmente verso il basso e posteriormente

Quando la testa affiora alla rima vulvare la trazione è verso il basso

Quando l'occipite è impegnato sotto la sinfisi pubica la trazione è in basso e verso l'avanti

In questo momento il medico (lasciando il forcipe con una mano) o l'ostetrica iniziano il sostegno del perineo e praticano un'ampia episiotomia (se non già eseguita)





Quando la testa ha raggiunto il massimo grado
di incoronazione

Si disarticola il forcipe

(allontanando prima la branca destra poi la sinistra)

Si procede al disimpegno della testa e delle spalle

MANAGEMENT

**ALGORITMO
DELL' APPLICAZIONE
E DEL FORCIPE**

INTRAPARTUM

Il medico decide l' applicazione del forcipe, quindi:

- ☞ Verifica la presenza delle condizioni permettenti
- ☞ Informa la paziente della metodica che andrà ad applicare e delle condizioni che l' hanno resa necessaria

L' ostetrica:

- ☞ Pone la paziente in posizione litotomica sul lettino ginecologico
- ☞ Effettua un' accurata disinfezione dei genitali
- ☞ Svuota la vescica mediante cateterismo vescicale

Il medico ripete un' accurata esplorazione vaginale per confermare posizione e livello della parte presentata; e pratica un' ampia episiotomia, anche bilaterale

L' ostetrica si pone alla sinistra del medico e gli porge: la branca sinistra (quella con l' oliva), la branca destra e un telino sterile ripiegato

Il medico applica il forcipe ed inizia le trazioni

Al momento opportuno l' ostetrica inizia il sostegno del perineo fino al completo disimpegno della testa

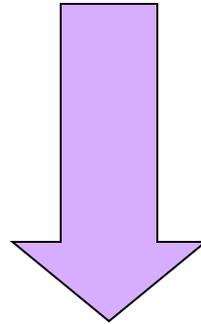
L'ostetrica poi:

- ☞ Disimpegna le spalle e completa l'estrazione del corpo fetale
- ☞ Recide il funicolo
- ☞ Affida prontamente il neonato alle cure del pediatra

Medico e ostetrica:

Eseguono un'accuratissima ispezione del canale del parto e procedono alla sutura delle eventuali lacerazioni

POST-PARTUM



L'ostetrica effettua una stretta sorveglianza della paziente

Rilevazione dei parametri vitali:

- ☞ Sfera neuro-sensoriale e colorito
- ☞ Frequenza cardiaca
- ☞ Pressione arteriosa e temperatura

Il primo controllo va effettuato all' uscita dalla sala parto
I successivi ogni 15-20 minuti

L' ostetrica decide di aumentare o diminuire la frequenza
delle misurazioni in relazione al valore dei
parametri rilevati

Verifica della formazione e del mantenimento del globo di sicurezza mediante palpazione addominale

L' utero deve risultare involuto e presentarsi al di sotto
dell' ombelicale trasversa

I controlli vanno effettuati ogni 15-20 minuti
con possibilità di ravvicinarli o diradarli in relazione al
grado di contrattura uterina e all' entità delle perdite
ematiche

Controllo quantitativo delle perdite ematiche

Consente la valutazione dell' emostasi uterina

Si esegue ogni volta che si verifica il globo di sicurezza

Ispezione dei genitali esterni:

- ☞ Emostasi della ferita episiotomica
- ☞ Eventuali ematomi a cielo chiuso

Si effettua durante ogni controllo delle perdite ematiche

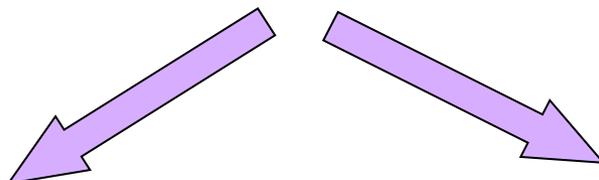
Controllo della minzione spontanea

PUERPERIO

- ☞ Controllo dei parametri vitali
- ☞ Controllo dell' involuzione uterina e dei lochi
- ☞ Ispezione dei genitali esterni e controllo della ferita episiotomica
- ☞ Controllo della minzione spontanea
- ☞ Controllo della defecazione

RISCHI E PROGNOSE

Le lesioni possono riguardare:



MADRE:

- ☞ Contusioni multiple
- ☞ Lacerazioni vagino-perineali
- ☞ Lacerazioni della bocca uterina
- ☞ Gravi lesioni della vescica e del retto (nell' eventualità che il forcipe perda presa durante una trazione e scivoli urtando con forza i tessuti materni)

FETO:

- ☞ Ecchimosi e piccole abrasioni facciali
- ☞ Traumatismi delle parti molli del viso
- ☞ Traumatismi dei tessuti encefalici ed emorragie intracraniche
- ☞ Infossamenti delle ossa craniche
- ☞ Paresi da compressione delle strutture nervose



BIBLIOGRAFIA :

Ragusa, Crescini “Urgenze ed emergenze in sala parto” ed
Piccin 2016

Pescetto, P. et. al. “Manuale di Ginecologia e Ostetricia”
Società Editrice Universo, 2011

www.apog.it