

Il trauma in gravidanza

Dott.ssa Ost . M. Patanella

*U. O . OSTETRICA E GINECOLOGIA
DIRETTORE DOTT . ANTONIO MAIORANA.
ARNAS OSPEDALI CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI
PALERMO*



Congresso Nazionale

GESTIONE DEL TRAUMA DI INTERESSE CHIRURGICO

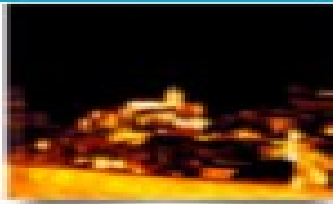
Gestione integrata del trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva

31 maggio - 1 giugno 2023

Ex Convento dei Padri Riformati
Petràlia Sottana (PA)

Presidenti del Congresso: *Giovanni Di Lorenzo - Giovanni Ciaccio*

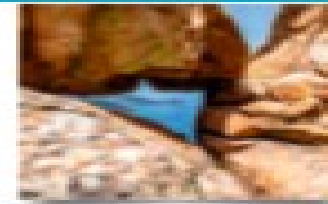
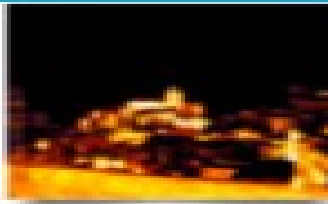




!!! Bisogna ricordare che il trattamento ottimale per il feto dipende dal trattamento ottimale per la madre !!!

Conoscere le modificazioni che avvengono in gravidanza permettono di avere esiti favorevoli





Il corpo della donna in gravidanza va incontro a molteplici modificazioni a carico di tutto il suo corpo.

UTERO

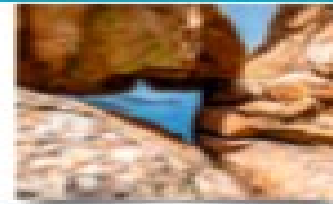
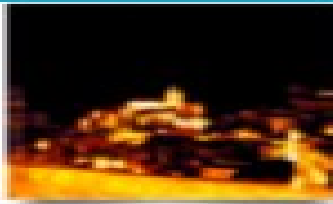
**VOLUME
EMATICO**

**SISTEMA
RESPIRATORIO**

**SISTEMA
CARDIOVASCO
LARE**

**APPARATO
GRASTROINTE
STINALE**

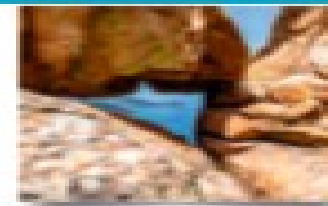
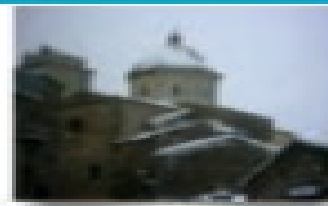
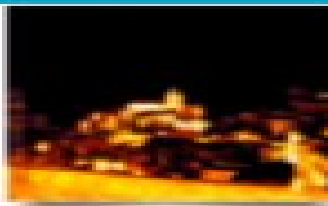
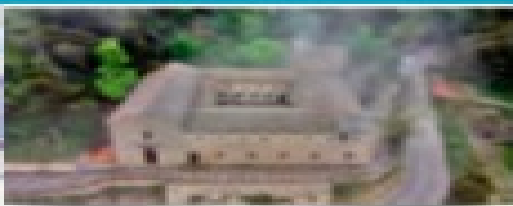
**COMPRESSION
E DELLA VENA
CAVA**



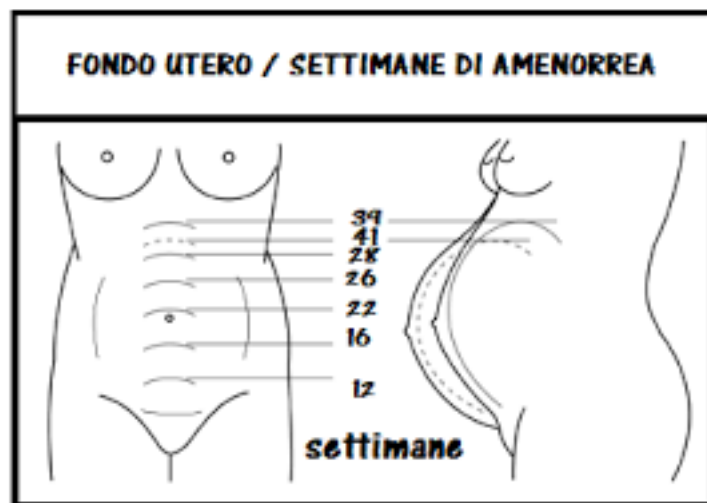
COMPRESSIONE DELLA VENA CAVA INFERIORE

Spostamento manuale dell'utero verso sinistra da parte di uno dei soccorritori

Compressione della vena cava → diminuzione del sangue al lato destro del cuore → minore ossigenazione (cuore destro) e volume di battito (cuore sinistro) → ipotensione materna → minore ossigenazione della placenta → ipossia fetale → sofferenza fetale.

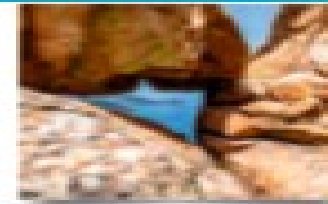
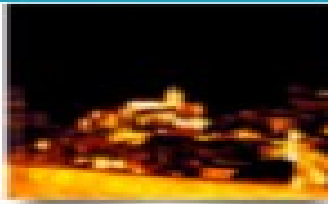


DETERMINARE LE SETTIMANE DI GESTAZIONE DALL'UTERO



- I TRIM.: utero intrapelvico, feto ben protetto dai traumi non pelvici
- II TRIM.: utero addominale, con innalzamento del fondo di circa 4 cm al mese
 - III TRIM.: Utero particolarmente esposto ai traumi addominali con le pareti che si assottigliano e rischio di distacco di placenta

ATTENZIONE: l'utero è all'altezza dell'ombelico intorno alla 22ma ws,(il feto pesa circa 250 grammi.)



CONSEGUENZE DEL TRAUMA SUL FETO

PRIME WS



Resistente ai traumi

PRIMO TRIM.

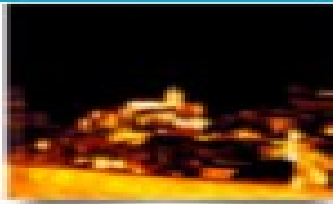


Possibile rottura dei villi coriali (parte embrionale della placenta) con possibile aborto spontaneo.

SECONDO E
TERZO TRIM.



Si possono avere conseguenze dirette sul feto. Soprattutto nelle ultime settimane in cui il rapporto tra LA e feto si riduce

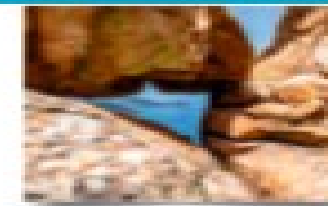
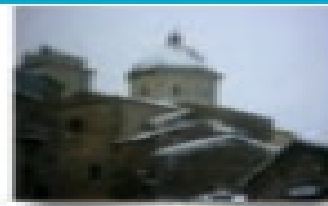
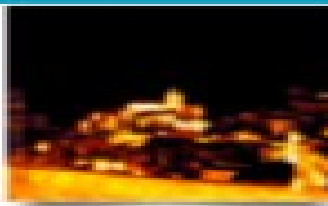
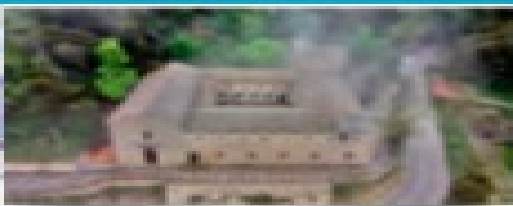


VALUTAZIONE RAPIDA DEL TRAUMA

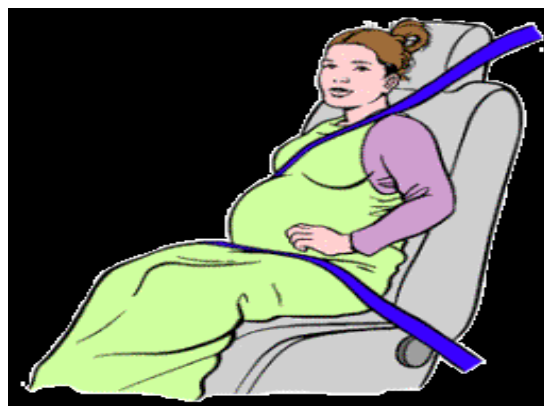
RICORDARSI DELLE MODIFICAZIONI FISILOGICHE CHE INFLUENZANO LA VALUTAZIONE

OBIETTIVO:
Stabilizzare la
madre

- **A (AIRWAY):** > rischio inalazione per l'aumentato tempo di svuotamento gastrico e l'ipotono dello sfintere esofageo
- **B (BRATHING):** Ventilazione difficoltosa, soprattutto nel III trim., per la ridotta escursione diaframmatica
- **C (CIRCULATION):** Mancato riconoscimento precoce dell'emorragia da distacco di placenta. Bisogna porre particolare attenzione al **DOLORE**, più è copioso il distacco maggiore sarà il dolore.
 - **D (DISABILITY):** Preeclampsia ed eclampsia



CAUSE DEL TRAUMA IN GRAVIDANZA



Applicazione corretta delle cinture di sicurezza in auto per donne gravide

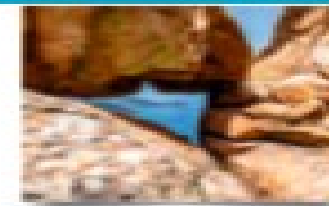
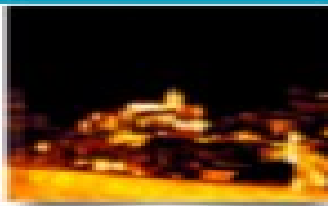
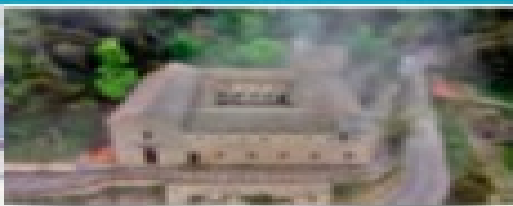
INCIDENTE STRADALE

- 65-70% traumi in gravidanza.
 - 1° causa di morte.
- > probabilità di lesioni interne con emorragia non controllabile e segni clinici modesti

TRAUMI PENETRATIVI DELL'ADDOME

- Alta mortalità del feto in caso di arma da fuoco (70%), poiché l'utero protegge gli organi interni, che si riduce al 40% in caso di arma da taglio





VIOLENZA DOMESTICA

Si stima che 1 donna su 10 sia vittima di violenza domestica. I traumi principali sono al viso e al collo



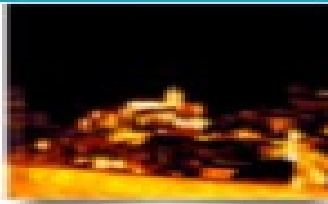
CADUTE

Rischio maggiore nel III tr.
I traumi pelvici possono provocare distacco della placenta

USTIONI

Mortalità e morbilità nelle gravide non differiscono dalle donne non gravide.
Estese ustioni possono però ripercuotersi sul benessere fetale per l'instabilità della termoregolazione e la perdita di liquidi con shock ipovolemico





CONSEGUENZE DEL TRAUMA

DISTACCO DI PLACENTA

- Incidenza > 50%
- MEF nel 50-70%



- Sanguinamento dai GE
- Alterazione FCF o sua assenza
 - Contrazioni uterine
 - Ipovolemia materna
- Alterazione della coagulazione



Monitoraggio
base(eco-
ctg)
per 48 ore

ROTTURA D'UTERO

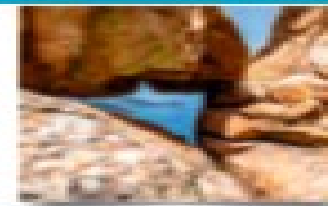
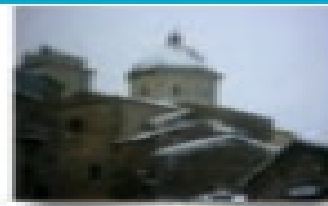
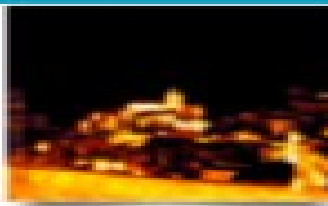
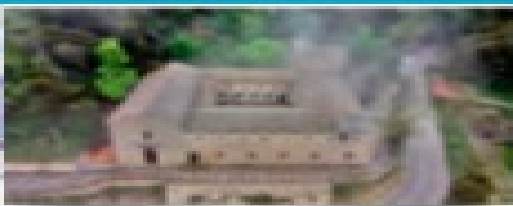
- Incidenza 0,6%
- MEF nel 70%
- Morte materna nel 25%



- Dolori acuti all'addome
- Perdite ematiche dai GE
- Ipotensione e tachicardia
- Utero atonico se il feto si trova in addome



Stabilizzazione
materna e LPT
urgente



MINACCIA DI ROTTURA D'UTERO



- Paziente ansiosa
- FC >80 bpm
- Alla palpazione utero contratto
- Sofferenza fetale



Monitoraggio

PROM: rottura prematura delle membrane



- Perdite di liquido dai GE
- Possibili perdite ematiche
 - Pressione pelvica



Controllo presso l'U.O. di Ost Gin

HMF: emorragia materno fetale

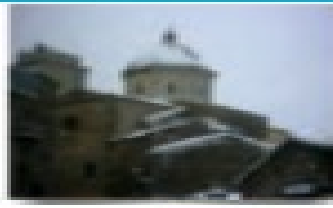
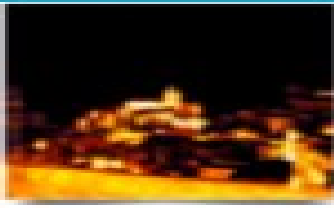
- Dopo un trauma rischio aumentato di 5 volte



- Alloimmunizzazione
- Anemia ed ittero fetale



Trattamento antenatale presso U.O.

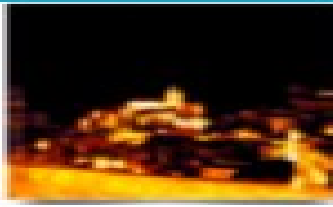


IL TRAUMA E IL PARTO

Una possibile conseguenza del trauma è il parto imminente

PARTO A TERMINE: dalla 37ma settimana

PARTO PRETERMINE o PREMATURO: prima 37ma settimana



IL TRAUMA E IL PARTO

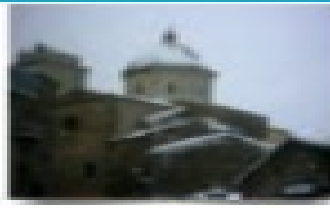
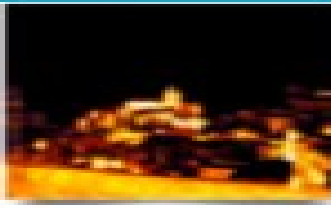
SEGNI PREMONITORI:

- Presenza di contrazioni
- Fuoriuscita del tappo mucoso con possibili perdite ematiche
- Rottura delle membrane

CONTRAZIONI



- PERIODO DILATANTE: ogni 5 minuti con durata di 30-60 secondi
- PERIODO ESPULSIVO: ogni 2-3 minuti con durata di 30-60 secondi, sensazione di spinta, possibile distensione della ona perineale



PERIODO DILATANTE:

- In questa fase in cui le contrazioni sono regolari,
- Se non è presente il premito



COSA FARE:

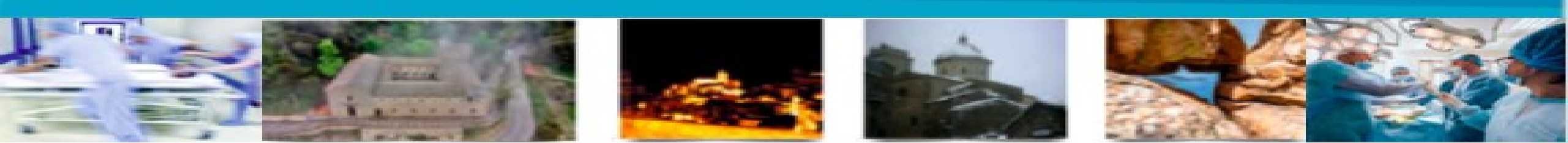
- Restare calmi,
- annotare la frequenza e la durata di ogni contrazione ,
- trasportare la paziente al primo punto nascita ,
- monitorare la situazione, e mantenere un costante contatto con l'ospedale di riferimento.



PERIODO ESPULSIVO

- INIZIA QUANDO LA DILATAZIONE CERVICALE E' COMPLETA ed E' PRESENTE IL PREMIO (la madre sente necessità di spingere)
- IL corpo fetale ENTRA NEL CANALE DEL PARTO E affiora alla rima vulvare.
- CONTRAZIONI INTENSE E PROLUNGATE.
- DURATA MEDIA: 1 ORA circa NULLIPARA / ½ ORA circa nella PLURIPARA (nelle pluripare più frequenti parti precipitosi)





DURANTE LA FASE ESPULSIVA

Evitare il trasporto se :

- 1)vi è presentazione di parti del feto fuori dalla vagina,
- 2)vi sono contrazioni ogni 3-4 min, impulso irrefrenabile a spingere .

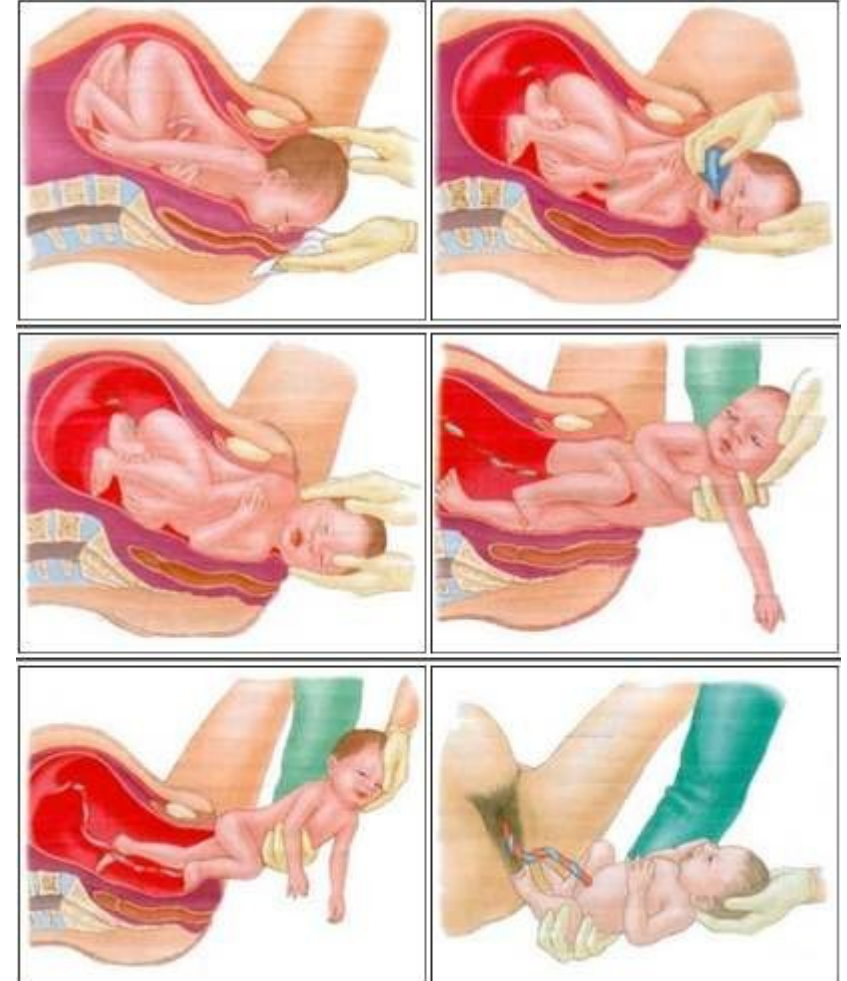
• Proseguire con il trasporto se :

- 1) non vi è presenza della testa del bambino all'introito vaginale,
- 2) la paziente riesce a trattenere il bisogno di spingere.

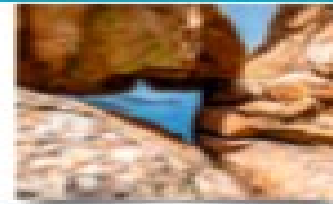
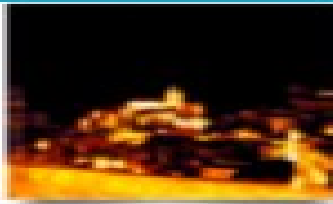
Il trasporto della partoriente in ogni fase del travaglio deve avvenire utilizzando la posizione di sicurezza: **fianco sinistro**

ASSISTENZA:

- L'operatore deve avere mani pulite e DPI
- Nel momento in cui appare il bambino iniziare a sostenergli la testa e poi tutto il corpo (attenzione il bimbo è **scivoloso!**) ;
- pulire la bocca ed il naso del neonato (solo se ci sono tante secrezioni);
- non tirare il bambino né il cordone
- non spingere sul ventre della madre ;
- se il cordone ombelicale è arrotolato intorno al collo del bambino, farglielo scivolare al di sopra della testa per distenderlo e scioglierlo;
- non percuotere il bambino se non piange subito.



Ricordarsi di annotare l'orario del parto!



IL TRAUMA E IL PARTO

Nel 95% dei casi il feto si presenta in posizione CEFALICA.
Se all'imbocco della vagina fuoriesce una parte diversa dalla testa è possibile che sia in posizione PODALICA (5%)

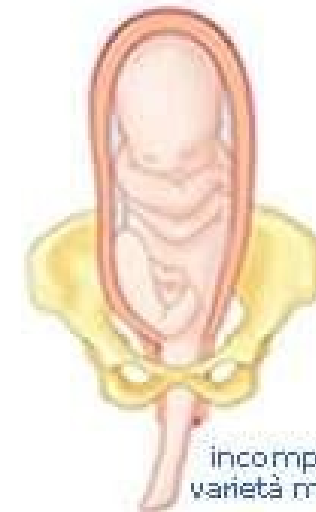
- CHIEDERE ALLA PZ DI NON SPINGERE
- NON TIRARE O TRAZIONARE LE PARTI FETALI
 - POSIZIONARE LA PAZIENTE SUL FIANCO SINISTRO
 - TENERE I CONTATTI COL PUNTO NASCITA



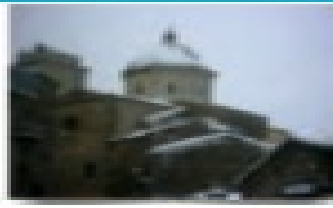
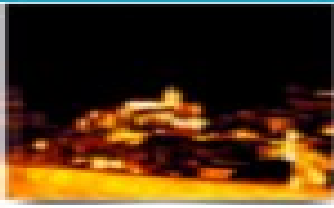
completa



incompleta
varietà natiche



incompleta
varietà mista



IL TRAUMA E IL PARTO

Dopo il parto avviene l'espulsione della placenta e degli annessi:
IL SECONDAMENTO

Può durare tra i 5 e i 30 minuti.
È accompagnata da perdite ematiche
dell'ematoma retroplacentare



SCHEMA FARMACOLOGICO

Subito dopo l'espulsione del feto

Somministrare 10 ui di **ossitocina** im/.

→ 10ui in flebo 100 ml/h

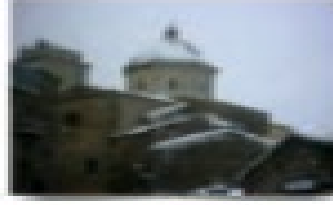
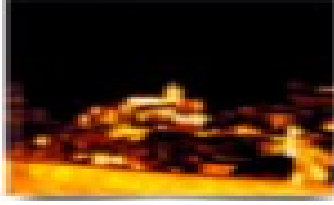


SE perdite ematiche abbondanti

Somministrare due fiale di **metilergometrina (methergin)** im.

Acido tranexamico nel dosaggio di 1gr
in 100 ml di Fisiologica e.v.

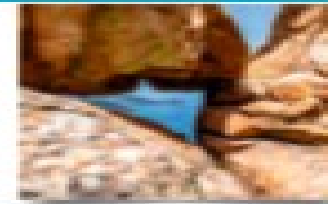
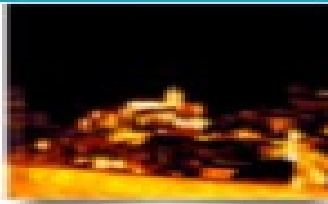




ASSISTENZA AL NEONATO

IL NEONATO E' A RISCHIO DI IPOTERMIA : HA BISOGNO DI CALORE

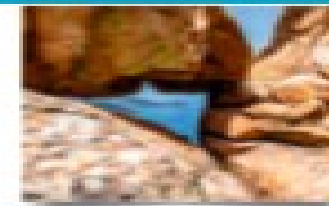
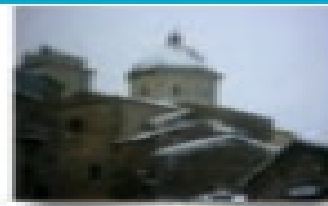
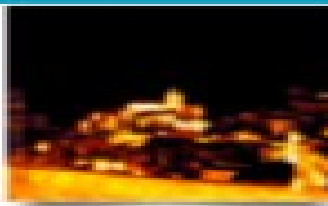
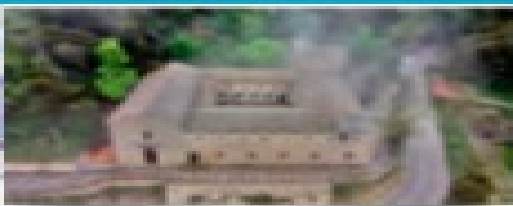
- ❖ Non c'è nessuna fretta di tagliare il cordone
- ❖ Asciugare il bambino, avvolgerlo in un telo pulito e coprire con un telo termico
- ❖ Pulire la bocca ed il naso
- ❖ Clampare il cordone quando ha smesso di pulsare (circa dopo 3 minuti):
mettere una pinza a circa 5cm dall'addome del bambino e l'altra pinza dopo 10cm dalla prima,



ASSISTENZA ALLA MADRE



- Rassicurarla(tutto è andato bene,il bambino sta bene...)
- Metterle il bambino in braccio, se possibile sul petto ed attaccarlo al seno
- Controllare un'eventuale emorragia vaginale (l'espulsione della placenta è sempre accompagnata da perdita di sangue max 500ml)
- Porre un assorbente igienico sulla vagina
- Controllare parametri vitali anche della madre
- Attacchi di brividi intensi, sensazione di freddo e tremori sono una reazione fisiologica normale nel post-partum

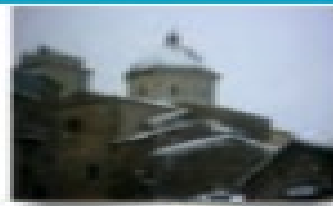
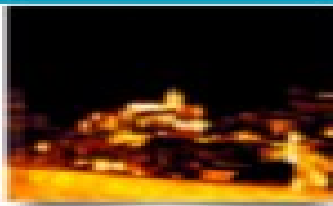
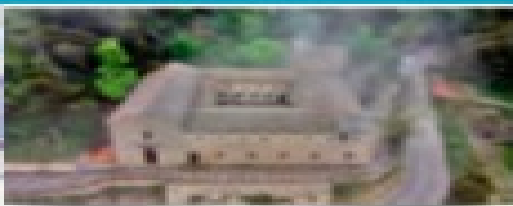


MODELLI ORGANIZZATIVI CON L'OSTETRICA



In Valle d'Aosta quando si riceve una chiamata di una gravida, l'ambulanza carica un'ostetrica del punto nascita Beuaregard in modo che sia sempre garantita la presenza di personale qualificato nel caso di travagli imminenti.

POTREBBE ESSERE UN'IDEA ATTUARLO ANCHE IN SICILIA???



*GRAZIE PER
L'ATTENZIONE*