

Assistenza Materno Infantile Post Catastrofe

ASSISTENZA A PARTO IMMINENTE IN AMBIENTE OSTILE
ASSISTENZA POST PARTUM MADRE E NEONATO IN ASSENZA DI
STRUTTURE E CARENZE IGIENICHE

PREMESSA (1)

«C'era una volta... la nascita. E solo in tempi molto molto più lontani sono nati gli ospedali.»

Verena Schmid

- Le principali strategie promosse per promuovere la salute materno-neonatale e ridurre la mortalità legata ai rischi intrapartum sono state:
 - 1) garantire l'accesso alle cure ostetriche a tutte le madri
 - 2) garantire la formazione (tra cui il monitoraggio della progressione del travaglio parto, il parto normale con tecnica asettica, la gestione attiva del terzo stadio del travaglio, la rianimazione neonatale e il rinvio appropriato per madri che richiedono interventi avanzati)

«Obstetric care in low-resource settings: What, who, and how to overcome challenges to scale up?»
G. Justus Hofmeyr, 2009

PREMESSA (2)

- Storicamente durante i disastri, naturali o artificiali, vi è la tendenza a concentrarsi sui bisogni della popolazione in generale e non specificamente sulle esigenze delle popolazioni speciali, come ad esempio in stato di gravidanza, parto, dopo il parto, donne che allattano e loro neonati.
- Durante una catastrofe, in condizioni di emergenza per la salute pubblica, potrebbe non essere possibile arrivare ad un ospedale.
- L'aumento dello stress può provocare un parto pretermine, rallentamento della crescita fetale, infezioni e altre situazioni ad alto rischio ostetrico

OBIETTIVO: UTILIZZARE LE PIÙ SICURE E POSSIBILI ALTERNATIVE



OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire assistenza prenatale: **individuare il rischio** attraverso un **triage ostetrico** preciso, allestire luoghi sicuri per la nascita e per la cura del neonato con requisiti fondamentali per minimizzare morbilità e mortalità materna e neonatale.

RISPOSTE ALL' EMERGENZA: STIMA DEL RISCHIO NELLA POPOLAZIONE COLPITA

- Quante donne in gravidanza risiedono nella zona? In che E.G?
- Qual è il rischio antenatale, intrapartum e postpartum delle donne presenti?
- Ci sono strutture ospedaliere adeguate, facilmente raggiungibili e disponibili nelle vicinanze?
- Come sarà il loro travaglio-parto?
- E' possibile allestire un luogo sicuro, intimo, pulito per la nascita?
- Sono facilmente reperibili kit per l'assistenza al parto, farmaci, liquidi, plasma?
- Quali interventi di cura/assistenza è prioritario programmare?
- Quante puerpere con neonati (< 28 gg) ci sono nella zona che hanno bisogno di beni di prima necessità e di assistenza/sostegno?

FRAMEWORK.... COSA FARE (2)

- Informare la popolazione delle unità sanitarie più vicino a loro.
- Diffondere la conoscenza tra la popolazione dei segnali di pericolo a cui prestare attenzione durante la gravidanza, il parto e post-parto (**sanguinamento, dolore, febbre persistente, perdite maleodoranti**) in modo che possano essere assistite in modo tempestivo.
- Provvedere alla fornitura di alimenti, di bottiglie di acqua e di integratori alle donne gravide e a quelle che allattano.
- Intensificare le attività per promuovere l'allattamento esclusivo al seno.
- Identificare e registrare le nascite nella zona, individuare i neonati con uno qualsiasi dei seguenti problemi: **termoregolazione carente, insufficienza respiratoria neonatale, basso peso alla nascita, prematurità.**
- Attivarsi per il trasferimento (STAM-STEN)

TRIAGE: STIMA DEL RISCHIO INDIVIDUALE

- Le condizioni anormali più comuni diagnosticate durante la gravidanza sono l'ipertensione/preclampsia, il ritardo di crescita intrauterino, il parto pretermine e il diabete.
- Le infezioni possono essere più gravi in donne in gravidanza a causa della immunosoppressione fisiologica che si verifica durante la gravidanza .
- Prendere informazioni sullo stato di salute, sul decorso della gravidanza, sui parti precedenti (storia ostetrico-ginecologica), EPP per avere una stima del rischio

1 trimestre
2 trimestre
3 trimestre

EPP: 12-15 w; 16 -27 w; 28 -40w



GRAVIDANZA FINO 24 SETTIMANE

CODICE ROSSO

- dolore addomino/pelvico severo
VNS > 8
- metrorragia grave (> flusso mestruale)
- alterazione parametri vitali
PA < 80/50 e FC < 50 o > 110. Oppure
pallore + sudorazione
algida + dispnea grave (vedi sopra)

CODICE GIALLO

- dolore addomino/pelvico (VNS 5/8)
oppure
contrazioni uterine ritmiche,
regolari, intense
- metrorragia media entità (come flusso mestruale)
- PA > 160/100
- perdita liquido amniotico + T° > 38C°

CODICE VERDE

- algie addomino-pelviche lievi (VNS ≤ 4)
- perdite ematiche lievi (< flusso mestruale)
- perdita liquido amniotico
- PA < 150/100
- con FC > 60 e < 90
- MAF assenti

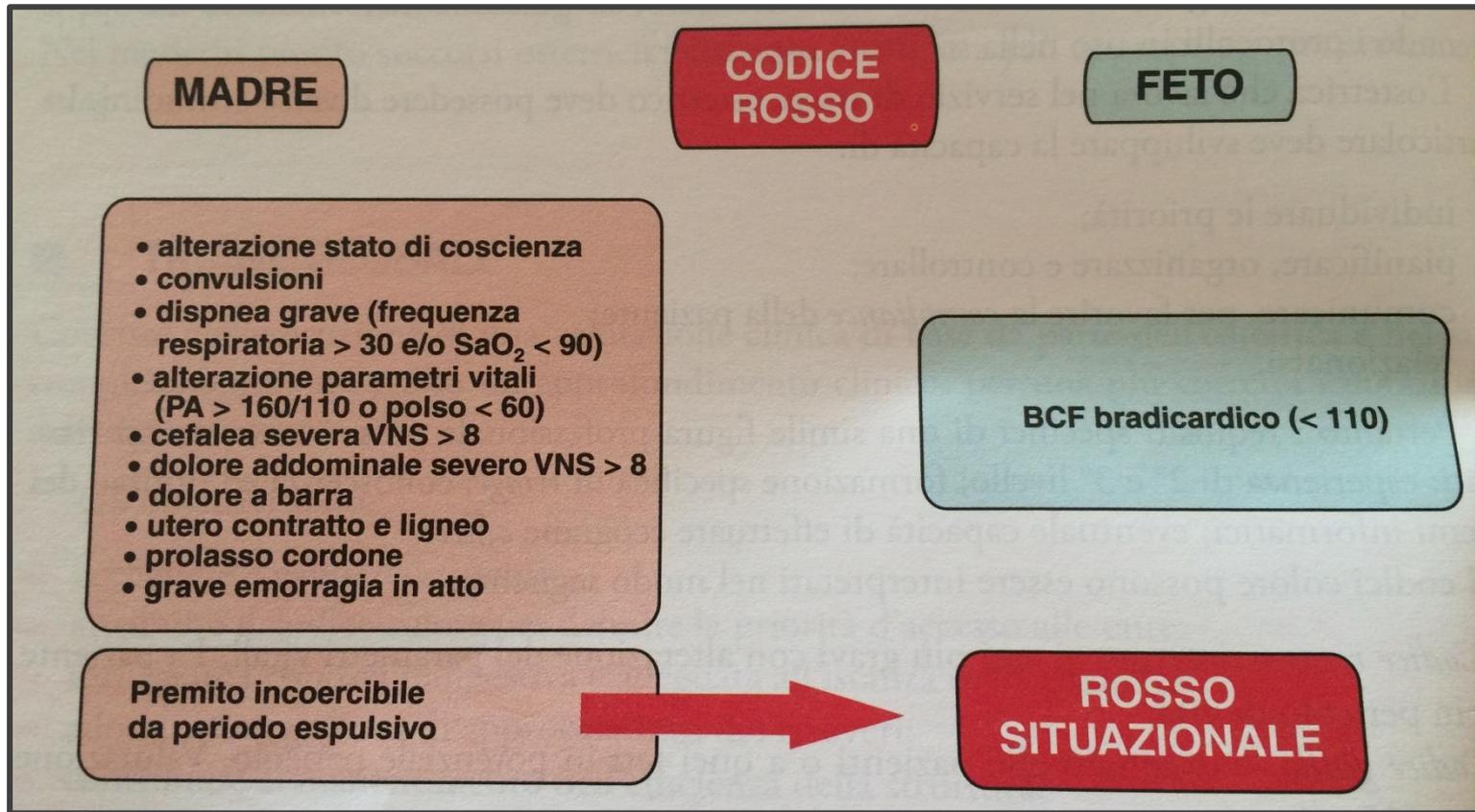
CODICE BIANCO

Richiesta di consulenza relativa allo stato gravidico, in presenza di condizioni generali nella norma

Epoca di vitalita'

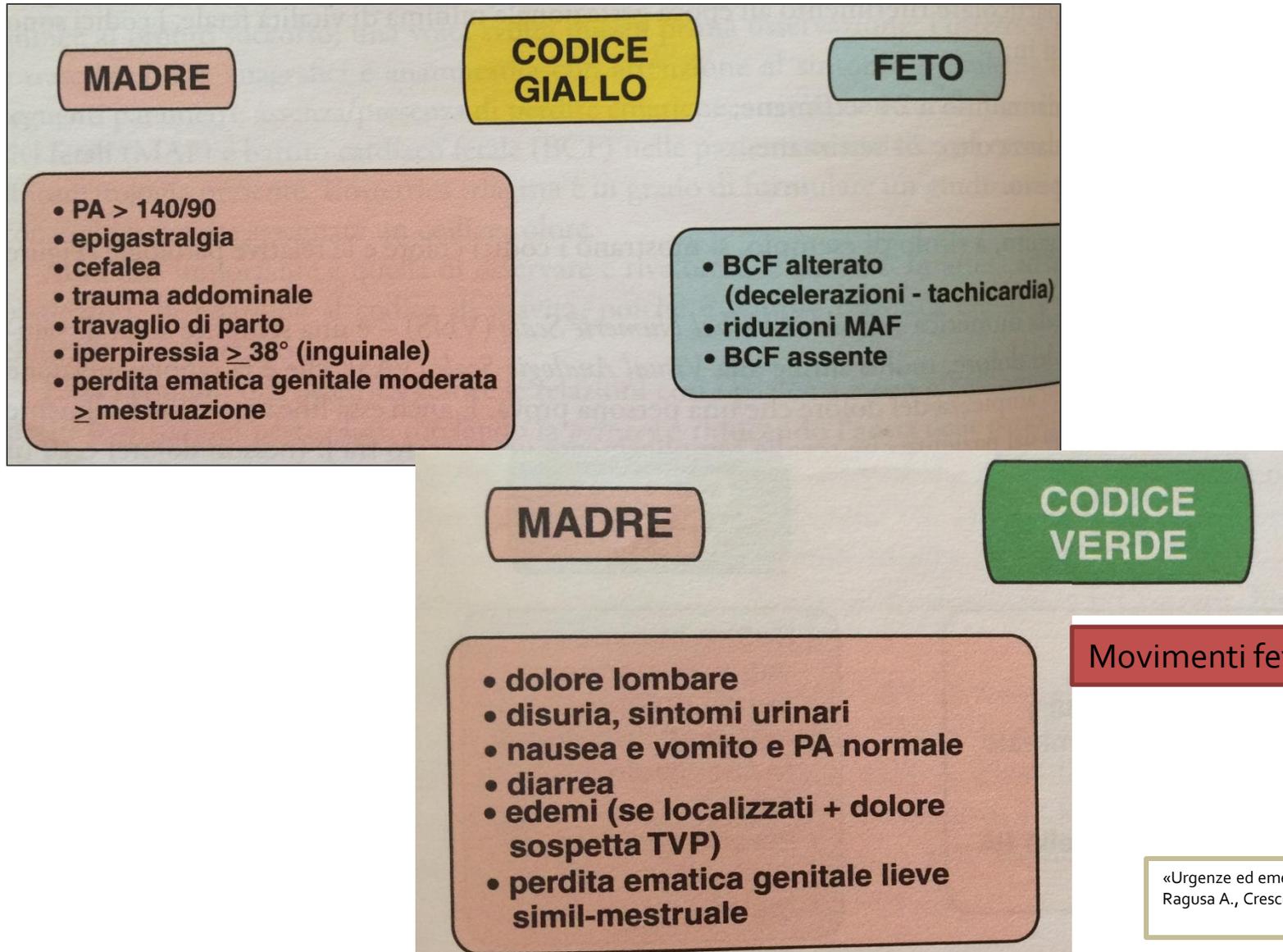
03.6.12		<-- inserisci um						10.3.13						EPP			SETT OGGI						12 + 6					
	UM	1	2	3	4	5	6	1	1	2	3	4	5	6	2	1	2	3	4	5	6	3	1	2	3	4	5	6
	3.6	4.6	5.6	6.6	7.6	8.6	9.6	10.6	11.6	12.6	13.6	14.6	15.6	16.6	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6	26.6	27.6	28.6	29.6	30.6
1 mese	4	1	2	3	4	5	6	5	1	2	3	4	5	6	6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
	1.7	2.7	3.7	4.7	5.7	6.7	7.7	8.7	9.7	10.7	11.7	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.7	18.7	19.7	20.7	21.7	22.7	23.7	24.7	25.7	26.7	27.7	28.7
2 mese	8	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	10	1	2	3	4	5	6	11	1	2	3	4	5	6
	29.7	30.7	31.7	1.8	2.8	3.8	4.8	5.8	6.8	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.8	13.8	14.8	15.8	16.8	17.8	18.8	19.8	20.8	21.8	22.8	23.8	24.8	25.8
3 mese	12	1	2	3	4	5	6	13	1	2	3	4	5	6	14	1	2	3	4	5	6	15	1	2	3	4	5	6
	26.8	27.8	28.8	29.8	30.8	31.8	1.9	2.9	3.9	4.9	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9	12.9	13.9	14.9	15.9	16.9	17.9	18.9	19.9	20.9	21.9	22.9
4 mese	16	1	2	3	4	5	6	17	1	2	3	4	5	6	18	1	2	3	4	5	6	19	1	2	3	4	5	6
	23.9	24.9	25.9	26.9	27.9	28.9	29.9	30.9	1.10	2.10	3.10	4.10	5.10	6.10	7.10	8.10	9.10	10.10	11.10	12.10	13.10	14.10	15.10	16.10	17.10	18.10	19.10	20.10
5 mese	20	1	2	3	4	5	6	21	1	2	3	4	5	6	22	1	2	3	4	5	6	23	1	2	3	4	5	6
	21.10	22.10	23.10	24.10	25.10	26.10	27.10	28.10	29.10	30.10	31.10	1.11	2.11	3.11	4.11	5.11	6.11	7.11	8.11	9.11	10.11	11.11	12.11	13.11	14.11	15.11	16.11	17.11
6 mese	24	1	2	3	4	5	6	25	1	2	3	4	5	6	26	1	2	3	4	5	6	27	1	2	3	4	5	6
	18.11	19.11	20.11	21.11	22.11	23.11	24.11	25.11	26.11	27.11	28.11	29.11	30.11	1.12	2.12	3.12	4.12	5.12	6.12	7.12	8.12	9.12	10.12	11.12	12.12	13.12	14.12	15.12
7 mese	28	1	2	3	4	5	6	29	1	2	3	4	5	6	30	1	2	3	4	5	6	31	1	2	3	4	5	6
	16.12	17.12	18.12	19.12	20.12	21.12	22.12	23.12	24.12	25.12	26.12	27.12	28.12	29.12	30.12	31.12	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1	11.1	12.1
8 mese	32	1	2	3	4	5	6	33	1	2	3	4	5	6	34	1	2	3	4	5	6	35	1	2	3	4	5	6
	13.1	14.1	15.1	16.1	17.1	18.1	19.1	20.1	21.1	22.1	23.1	24.1	25.1	26.1	27.1	28.1	29.1	30.1	31.1	1.2	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2	8.2	9.2
9 mese	36	1	2	3	4	5	6	37	1	2	3	4	5	6	38	1	2	3	4	5	6	39	1	2	3	4	5	6
	10.2	11.2	12.2	13.2	14.2	15.2	16.2	17.2	18.2	19.2	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	1.3	2.3	3.3	4.3	5.3	6.3	7.3	8.3	9.3
	40	1	2	3	4	5	6	41	1	2	3	4	5	6	42	1	2	3	4	5	6	43	1	2	3	4	5	6
	10.3	11.3	12.3	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.3	19.3	20.3	21.3	22.3	23.3	24.3	25.3	26.3	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	1.4	2.4	3.4	4.4	5.4	6.4

GRAVIDANZA OLTRE LE 23-24 W



Parametro/segno vitale	Aumento rispetto al normale	Diminuzione rispetto al normale
FR	+40-50%	
PA (misura tra contrazioni + shift utero)		5% Sist. / 20% Diast. (spt. 2° trim.)

GRAVIDANZA OLTRE LE 23-24 W



Domande: triage ostetrico

- Stabilire N° FIGLI
- Stabilire le settimane – Epp ?
- Cosa avverte?
- Ha avvertito i movimenti?
- Il feto e' singolo? cefalico?
- Perdite di sangue e/o liquido? Colore?
- Cosa avverte? Sente il premito?

COTATION	0	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	>=6
Durée des contractions	< 1 mn	1 mn	> 1 mn
Intervalle entre les contractions	> 5 mn	3 à 5 mn	< 3 mn
perte des eaux	non	récente	> 1h

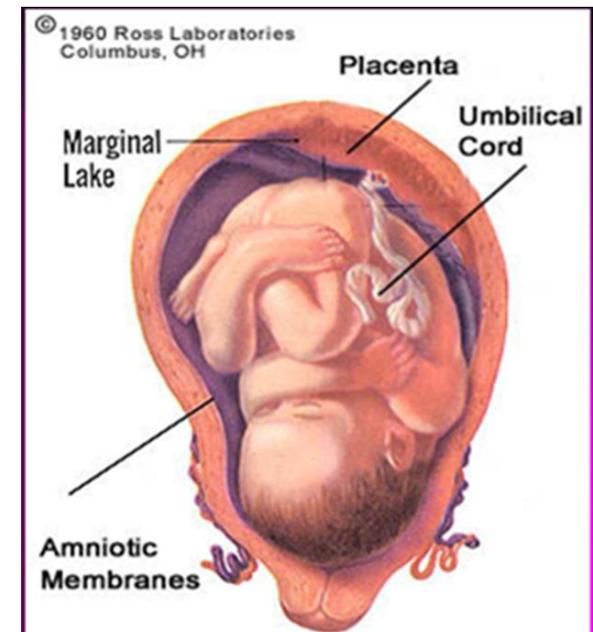
Prenatal care questions

ABCDE:

- Amniotic fluid leakage?
- Bleeding vaginally?
- Contractions?
- Dysuria/Pain?
- Edema?
- Fetal movement?

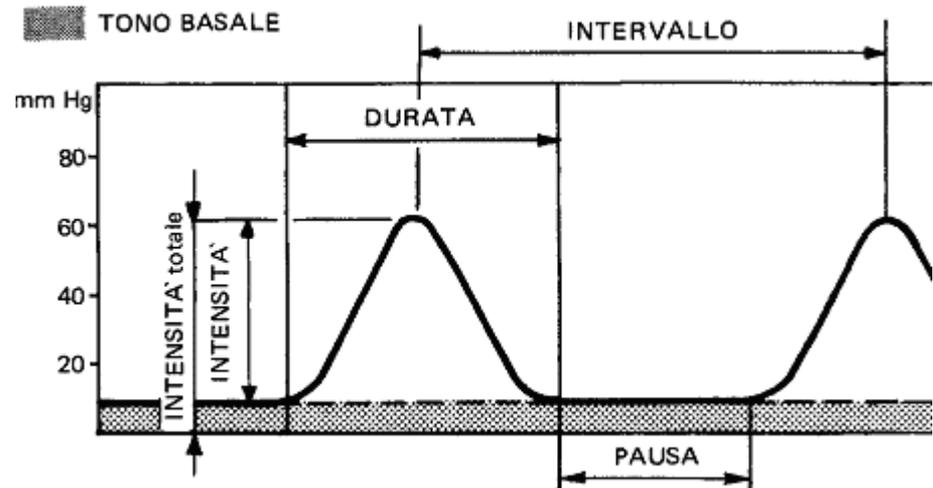
➤ **Riconoscimento** utilizzando solo la semeiotica non strumentale:

- ✓ Ispezione e palpazione genitali ed addome
- ✓ Analisi della tipologia del dolore riferito dalla donna



CONTRAZIONE UTERINA:

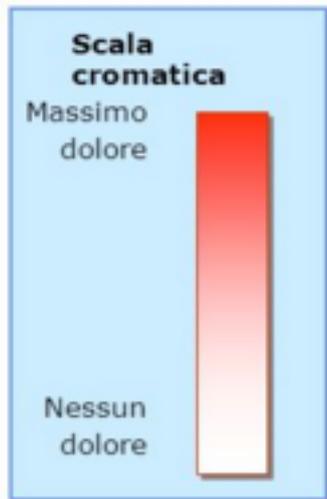
- E' involontaria, intermittente e può essere percepita più o meno dolorosa a seconda della fase del travaglio e della capacità di coping della donna.
- Alla palpazione addominale, si apprezza un aumento della consistenza dell'utero.
- La durata della contrazione varia dai 15-20 secondi all'inizio del travaglio, fino a 60-70 secondi alla fine del periodo dilatante ed in periodo espulsivo.
- Ogni contrazione comprende tre fasi.
 - **INCREMENTO**
 - **ACME**
 - **FASE DI DECREMENTO.**



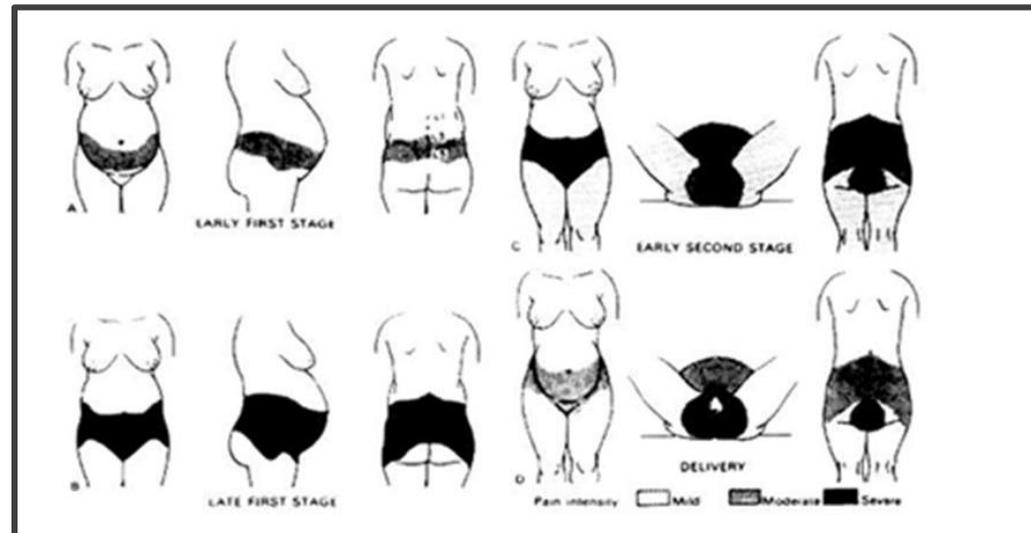
TRAVAGLIO DI PARTO

Nel decorso clinico del parto si distinguono 4 periodi che in ordine cronologico sono:

- PRODROMICO
- DILATANTE (nullipara 8-12 h; pluripara 6-8 h)
- ESPULSIVO
- DEL SECONDAMENTO



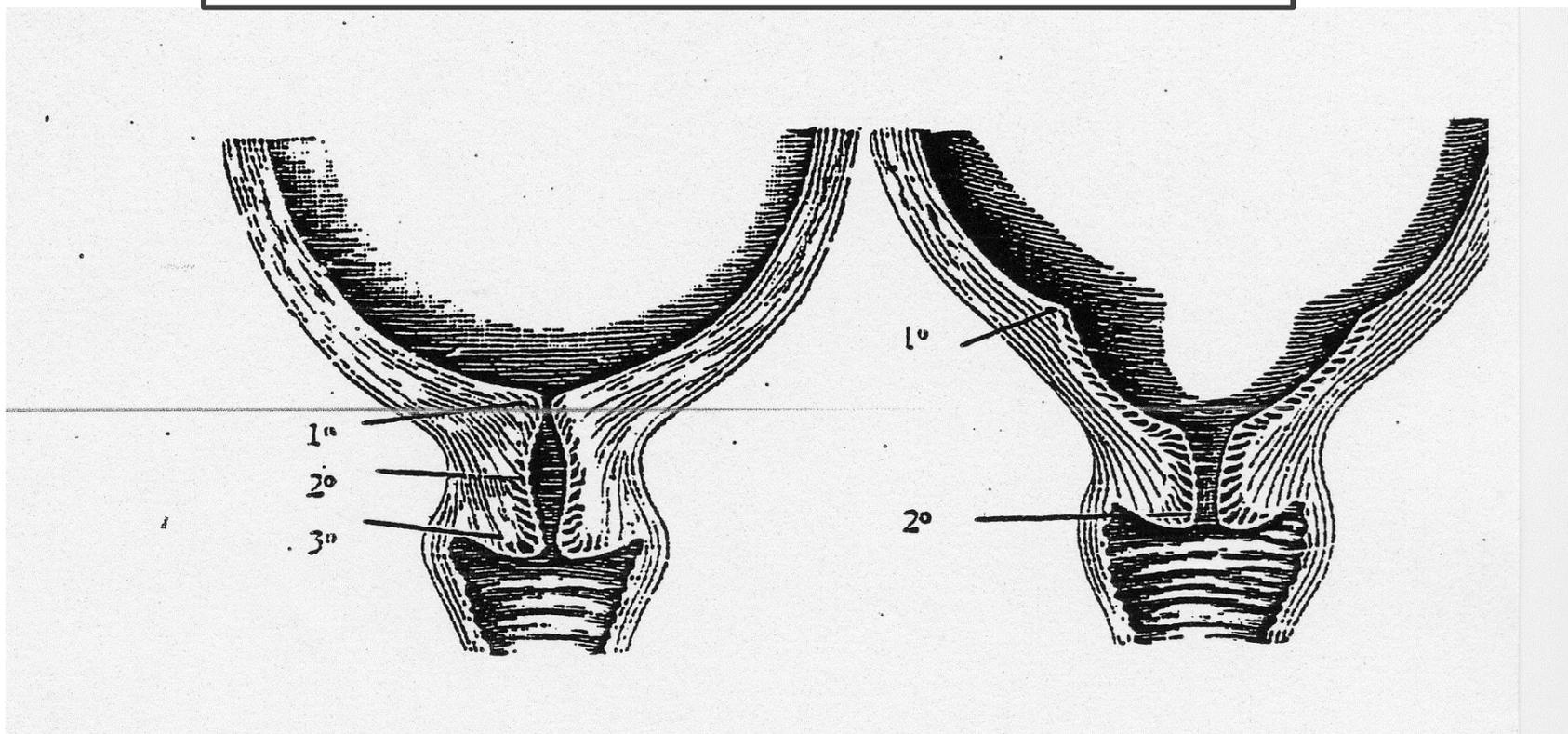
↑ Non accettabile
Accettabile



Modificazioni del collo dell'utero

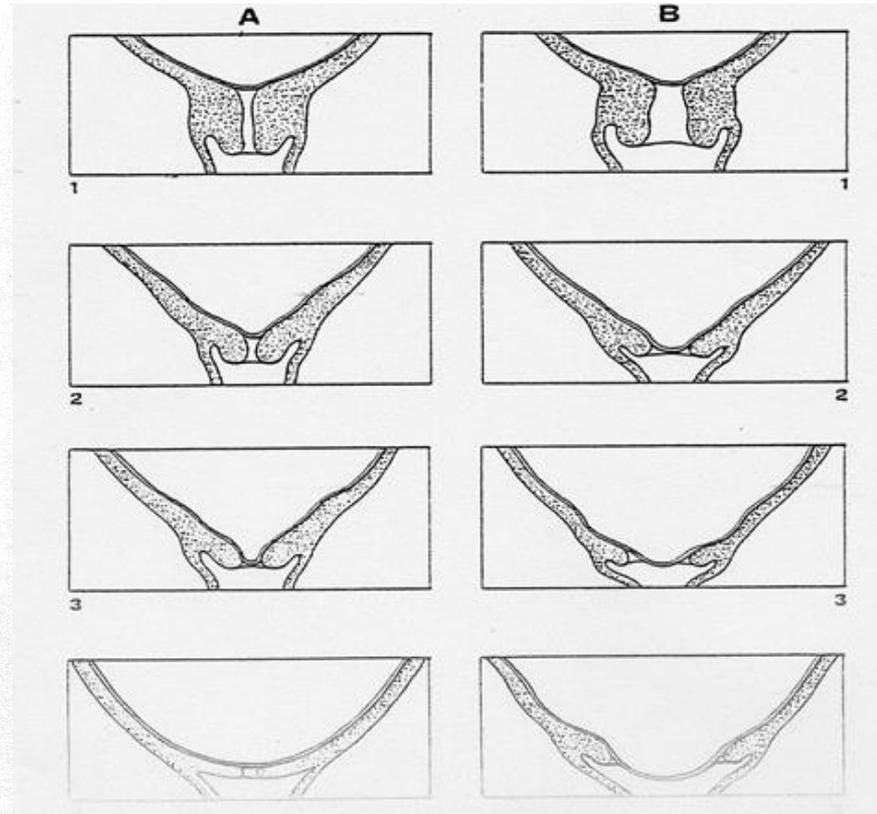
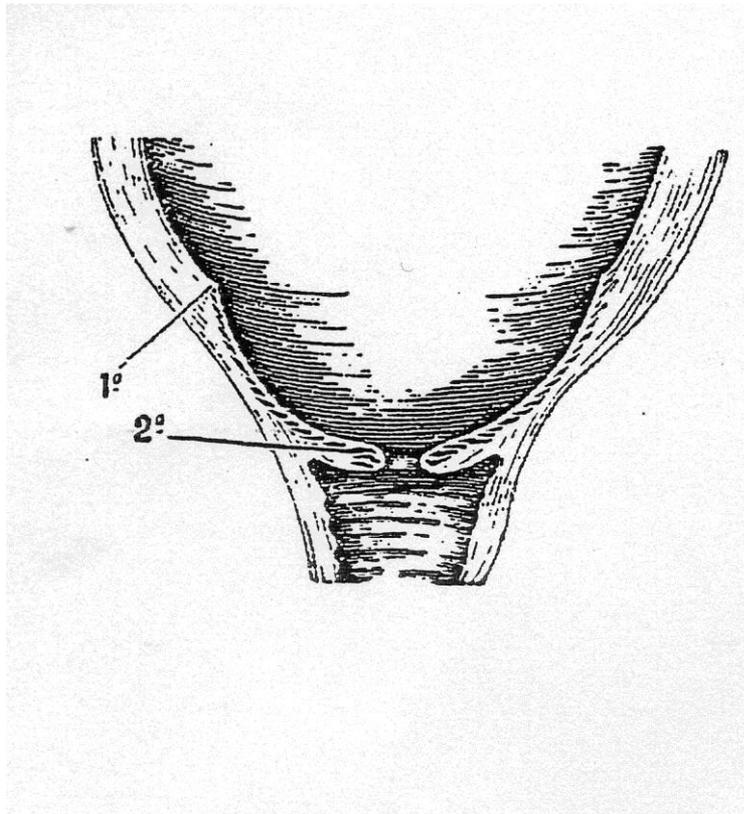
Appianamento

PERIODO PRODROMICO



Modificazioni del collo Dilatazione

PERIODO DILATANTE



	2013-15	Cod. Verde	Cod. Giallo	Cod. Rosso
Patologia ostetrica				
Avvenuto parto	17	2	7	8 (45%)
Parto in fase espulsiva	5		4	1 (20%)
Travaglio in atto	17		9	8 (45%)
Rottura prematura membrane	2		1	1
Parto distocico	0			
Metrorragia in gravidanza	1		1	
Minore O/G	4		2	2
Sospetta GE	0			
Minaccia d' aborto/Aborto	3		3	
Eclampsia	0			
	49			
Neonato				
Stimolazione tattile	3/22			
PBLS (VPPi, MCE)	1/22			
ALS (IOT, farmaci, accesso venoso)	0			
Pretermine	3/22			
Decesso	0			
	22			



IL PARTO PRECIPITOSO

Il parto precipitoso è caratterizzato da una rapidissima dilatazione del collo dell'utero (anche superiore a 5 cm/ora) e da una progressione, proporzionalmente accelerata, della parte presentata nel canale del parto. È circa tre volte più frequente nelle pluripare che nelle nullipare.

TEMPI DEL PARTO

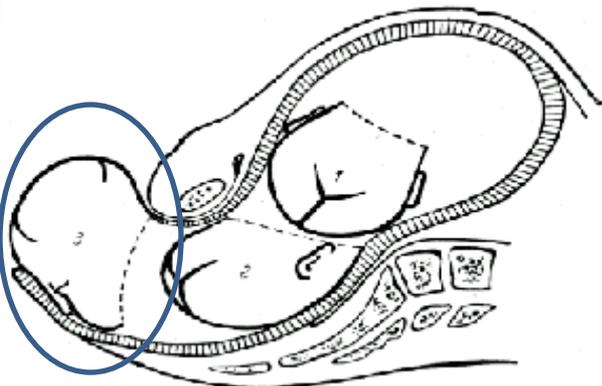
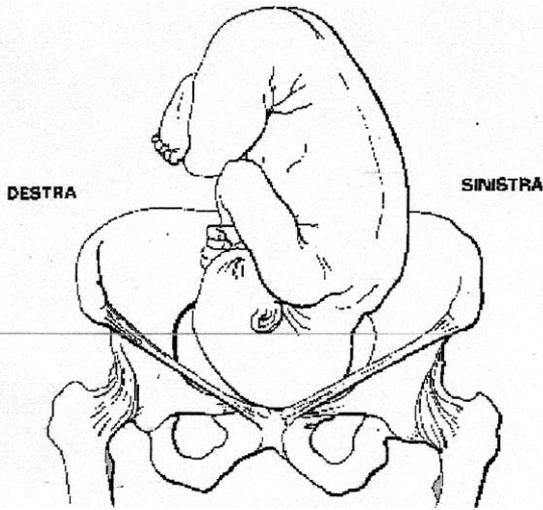


Fig. 2

la riduzione e impegno della parte presentata,

la progressione,

la rotazione interna,

disimpegno della parte presentata,

restituzione o rotazione esterna,

espulsione totale del feto.

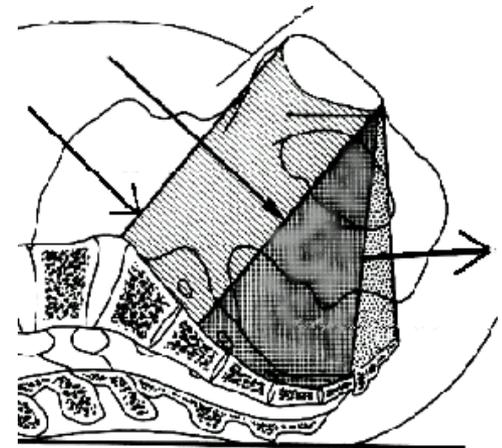
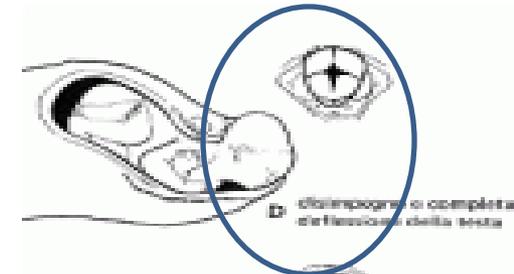


Figura 1: Il canale del parto



D disimpegno o completa deflessione della testa



rotazione esterna o impegno delle spalle



F disimpegno della spalla anteriore



G disimpegno della spalla posteriore

LA COMUNICAZIONE NEL TEAM

- «Una **comunicazione** verbale e non verbale appropriata **tra gli operatori e con la donna** è considerata uno degli elementi costitutivi di buona pratica tanto quanto la competenza professionale»

“Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2005”

- Le parole degli operatori condizionano il buon esito del caso in quanto hanno delle importanti ricadute su:

- chi fa che cosa (organizzazione)
- cosa si deve fare (assistenza)
- i comportamenti della donna (collaborazione)
- i vissuti della donna

Per qualsiasi dubbio, segnale di devianza è fondamentale chiedere aiuto!



Una buona comunicazione comprende la corretta descrizione dell'evento ed è capacità di soluzione del caso!

COMPORTAMENTO: SAPER ESSERE

- In qualunque situazione è comunque estremamente importante riuscire a **mantenere la calma** più assoluta (tono di voce - la partoriente- la coppia sarà spaventata).
- Mantenere un buon grado di **self-control** da parte dell'operatore, servirà ad infondere calma e quindi un più elevato grado di collaborazione.
- **Coinvolgere il partner** (se disponibile è una risorsa) in alcuni aspetti del parto (aiutare la donna ad assumere posizioni, procurare oggetti, strumenti, panni, acqua...)



COMUNICARE COMPETENZA E PADRONANZA

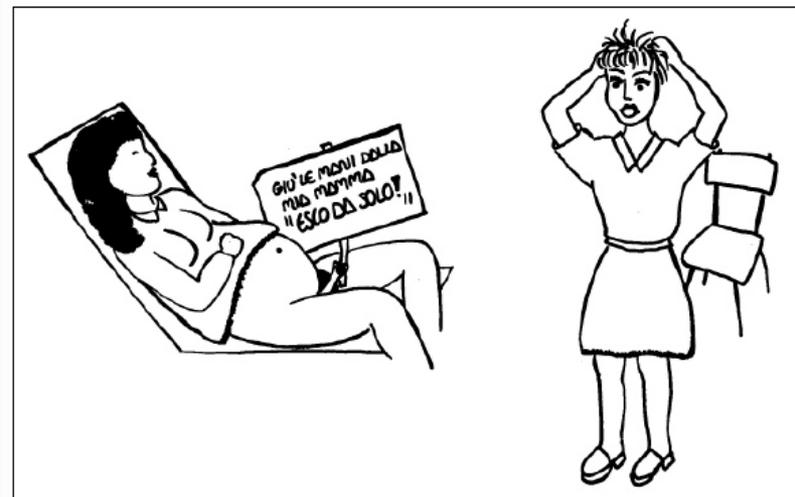


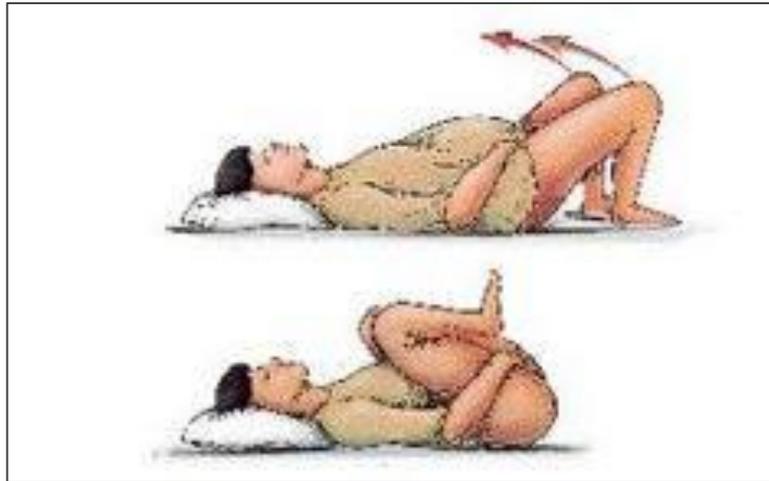
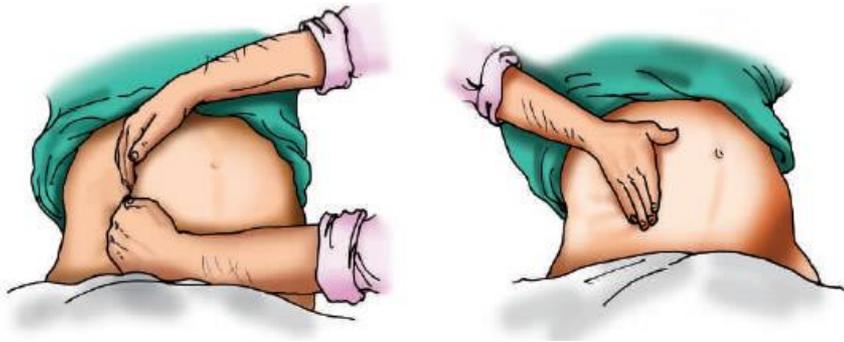
CHI FA CHE COSA NEL TEAM

- 1 operatore → comunica con la madre: la rassicura la aiuta a mantenere la calma
- 2 operatore → si occupa dell'assistenza al parto e al secondamento
- 3 operatore → cerca di reperire materiale (teli puliti, coperte, asciugamani, acqua in assenza utilizzare vestiti della madre) e presta assistenza al neonato, una volta avvenuta l'espulsione



...NIENTE PANICO!





- 1) AMBIENTE
- 2) POSIZIONE (SUPINA/LATERALE)
- 3) IGIENE MANI E GENITALI
- 4) ASSISTERE IL NEONATO
- 5) ASSISTERE IL SECONDAMENTO
- 6) IL CORDONE OMBELICALE

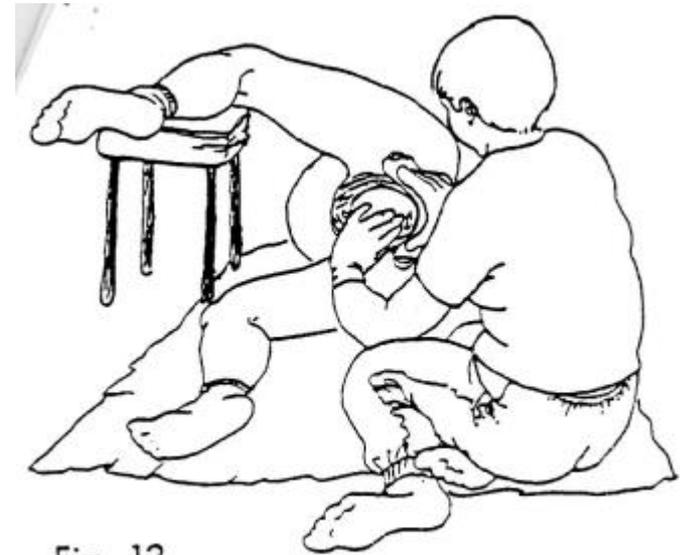


Fig. 13

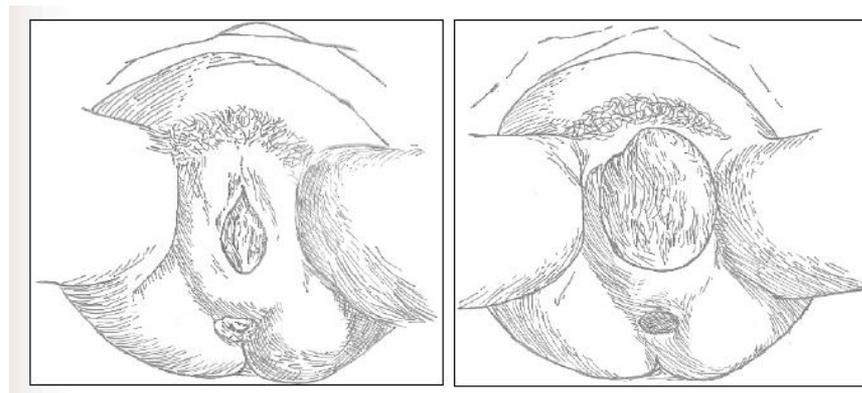
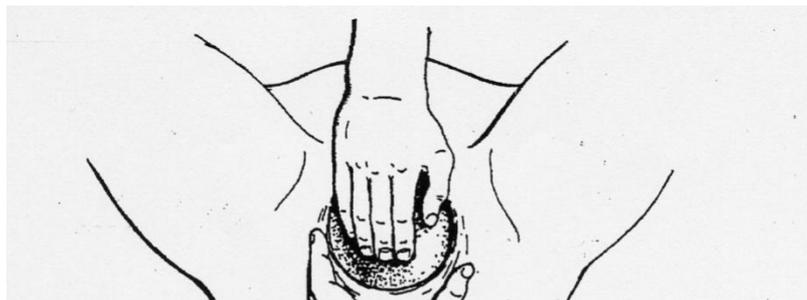
Stage 2: Birth

① Presentation of head



Obiettivo dell'assistenza:

- a) evitare lesioni alle parti molli materne
- b) favorire una nascita non traumatica del neonato



Stage 2: Birth

① Presentation of head



Asciugare e pulire il volto – pulire da materiale fecale!!!

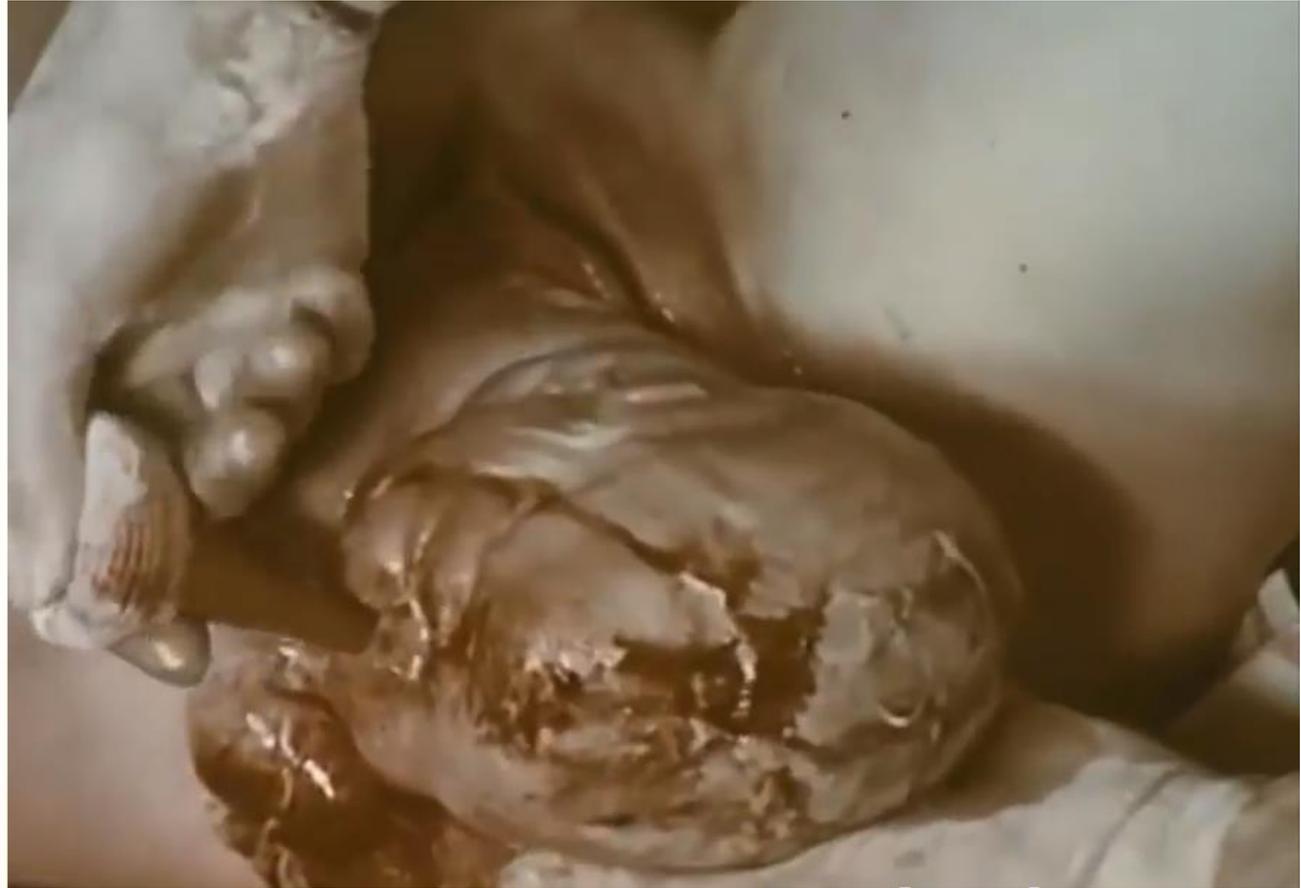
Stage 2: Birth

① Presentation of head



Stage 2: Birth

- ② Rotation and delivery of anterior shoulder





③ Delivery of posterior shoulder







Liberate il neonato dal cordone ombelicale adagiandolo su di un piano (anche sul panno posto orizzontalmente sotto le natiche possibilmente pulito!)

Il neonato è scivoloso!

IGIENE NEL PARTO PRECIPITOSO

- La STERILITA' e l'ASEPSI sono marginali.
- Non sono necessarie visite: la parte presentata affiora alla rima vulvare ed è visibile → membrane.
- E' bene però prestare attenzione:
 - Pulizia delle mani di chi assiste
 - Pulizia dei genitali (può bastare un po' d'acqua)
 - Evitare la contaminazione del canale del parto e del neonato con il materiale fecale materno
 - Chi assiste dovrebbe usare (dove possibile) guanti sterili
 - In mancanza di guanti, interporre tra le mani ed il perineo e/o il neonato della teleria (lenzuola od altro) o in mancanza di questi gli indumenti (i più leggeri) della madre;



IL NEONATO

Le prime cure da prestare al neonato:

- 1) ASSISTENZA RESPIRATORIA - valutare la pervietà delle vie aeree Airway:
 - aspirare, con aspiramuco/sondino o peretta di gomma, il materiale presente nelle prime vie aeree – naso/bocca- ripetere se necessario – non in profondità’;
 - Se non disponibile aspiratore, asportarlo con un dito introdotto delicatamente in bocca al neonato, asciugare bene il volto ed eventualmente massaggiare il torace simulando la spremitura avvenuta nel canale del parto.
 - Mantenere il neonato in posizione di decubito laterale
 - Se non respira entro circa un minuto procedere con la rianimazione





La legatura e la recisione del cordone non devono essere la priorità!

IL NEONATO

2) MANTENIMENTO DI UNA ADEGUATA TEMPERATURA CORPOREA:

- Asciugare bene il neonato (anche e soprattutto la testa), con panni asciutti e puliti, se possibile.
- Avvolgerlo in altri panni asciutti o quanto altro gli impedisca di disperdere calore.

Molto efficace a questo scopo è affidare il neonato alla madre, adagiandolo sul suo petto, pelle a pelle, coperti entrambi con panni asciutti/coperte.

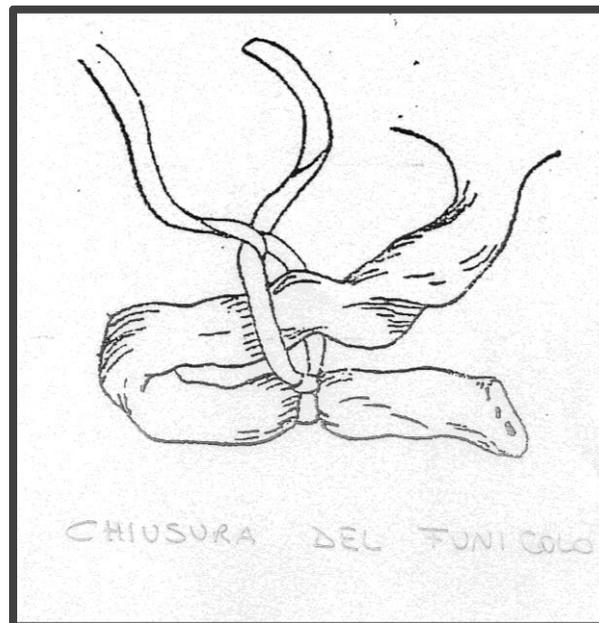
3) VALUTARE IL BENESSERE NEONATALE (Vivo e Vitale)

APGAR score components

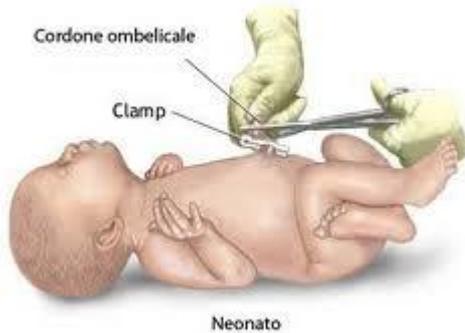
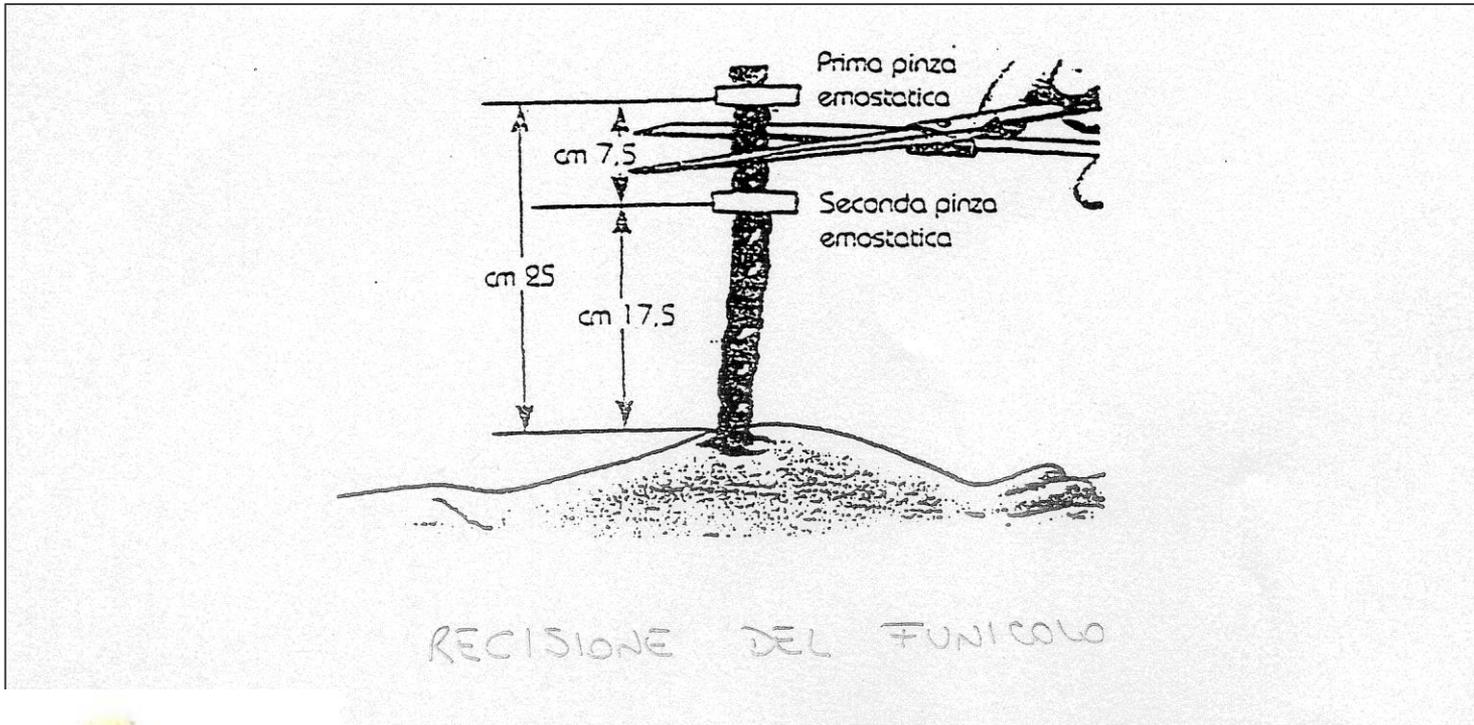
- Skin color: blue or pink
- Tone (muscle): some flexion or active
- Heart rate: below 100 or over 100
- Irritability (response to stimulation): none, grimace or cry
- Respirations: irregular or good

IL CORDONE OMBELICALE

- Non bisogna avere fretta di tagliarlo!
 - Il bambino può stare sul ventre materno anche con il cordone ancora collegato alla placenta, se è sufficientemente lungo.
 - La legatura e la successiva recisione possono essere eseguita tranquillamente dopo il secondamento.



Recisione del funicolo



cord-clamp

Nell' antichità:

- Antica Roma: Dopo aver tagliato il cordone ombelicale lo si doveva cospargere di sale; quindi doveva essere ricoperto con un pezzo di stoffa imbevuta di olio fermato da una fascia che girava intorno alla vita.
- Dal Medioevo le levatrici utilizzarono le forbici, portate sempre appese ai loro grembiuli, che diventarono così il simbolo del loro mestiere.
- Durante l'operazione si tagliava il cordone, prima a quattro dita dal ventre neonatale e lo si annodava, poi prima di tagliarlo dalla madre, lo si annodava una seconda volta, aveva smesso di pulsare.
- Ecco cosa consiglia Trotula, una donna sapientissima, che visse nel Medioevo: «Recidere il cordone ombelicale più attentamente ai maschietti» .

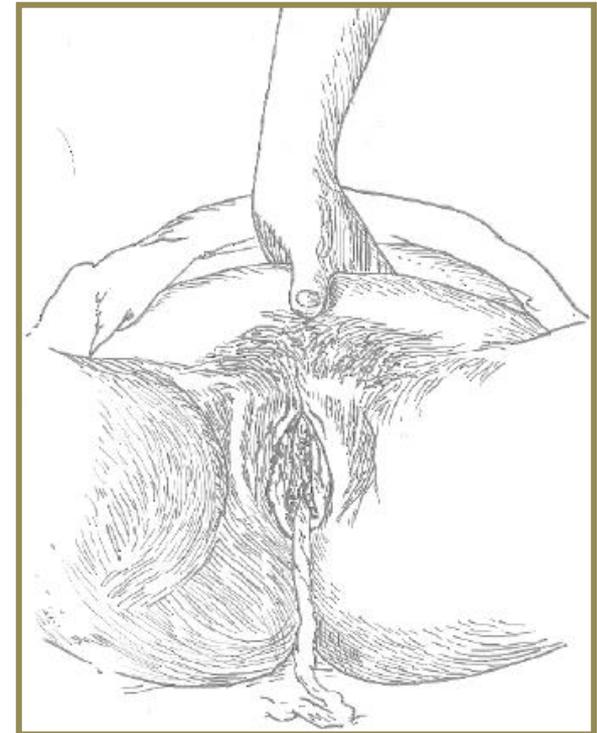


IL SECONDAMENTO

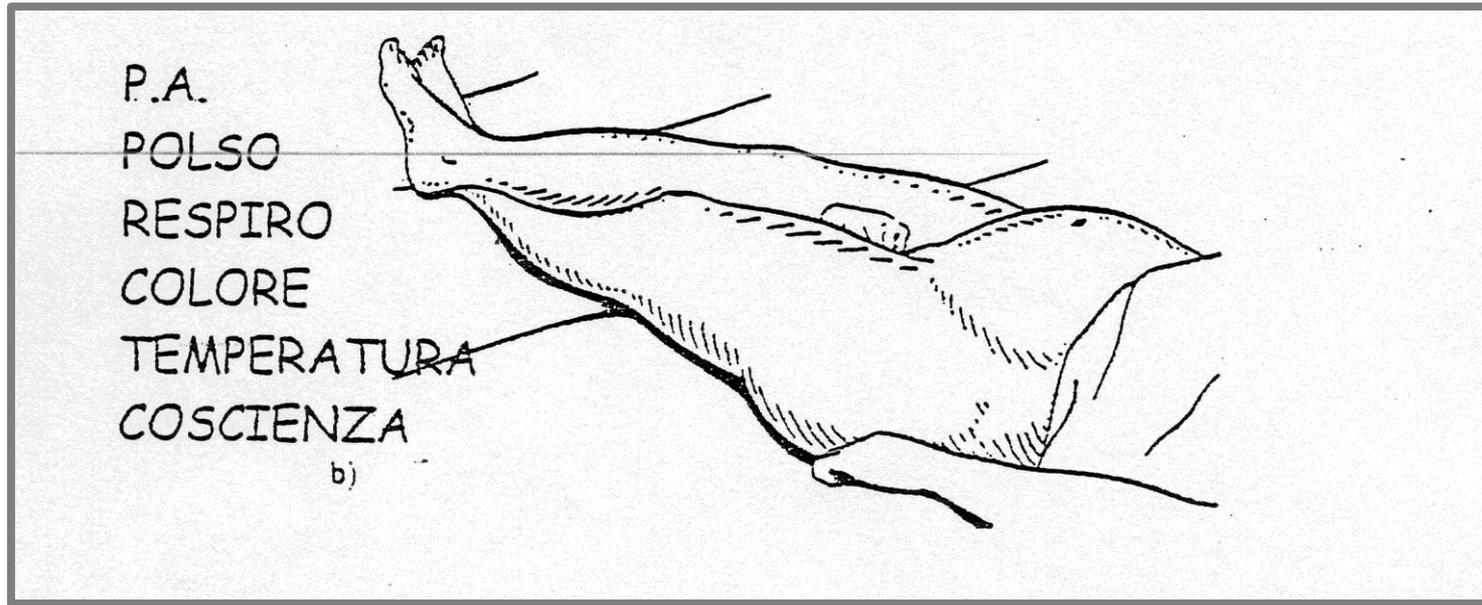
- Non compiere alcuna manovra per accelerarlo (trazioni sul funicolo, spremitura dell'utero..).
- Lasciare che avvenga attraverso i meccanismi fisiologici.
- Intervenire solo se la perdita ematica materna diventa eccessiva ($>$ a 500ml), esercitando un **delicato** massaggio sul fondo dell'utero (dopo il parto si trova più o meno all'altezza dell'ombelico)

Quando la madre si è tranquillizzata e si è proceduto al clampaggio del cordone ombelicale si può invitare la mamma ad allattare al seno il neonato.

Questo provoca la liberazione di ossitocina endogena facilitando il secondamento e prevenendo le emorragie del post-partum mantenendo contratto l'utero.



Come stimare la perdita ematica



TAMPONAMENTO DEI GENITALI E DECUBITO DI FRITSH

In assenza di sacca graduata e di panni da pesare: il sangue che si raccoglie e riempie la nicchia che si forma tra cosce e vulva è di circa 500 ml.

Di fronte ad un'abbondante perdita ematica, cercare di capire la reale provenienza: lacerazioni del canale del parto??

Solitamente il sangue che proviene dalla cavità uterina ha un colore più scuro!

EMORRAGIA POST-PARTUM

- in caso di perdita ematica superiore a 500 cc prima del secondamento:
 - incannulare una vena
 - verificare che la vescica sia vuota
 - massaggiare l'utero qualora non sia contratto.
- in caso di perdita ematica superiore 500cc a secondamento avvenuto:
 - infondere liquidi in proporzione all'entità della perdita,
 - somministrare Syntocinon fino ad un massimo di 30 unità, se disponibile Nalador 1 fiala e.v.
 - massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli.



COSA E' IMPORTANTE SEGNALARE

- **Registrazione gli eventi del parto:**
 - Luogo - dove è avvenuto il parto (Comune/indirizzo)
 - Ora e data
 - Presentazione della parte presentata, membrane, colore del liquido.
 - Secondamento (dopo quanto tempo dal parto, perdita ematica...)
- **Identificazione della madre (nome, cognome...) e del neonato (sesso, nome, paternità...), recisione cordone**
- **Valutazione**
 - Condizioni della mamma (parametri vitali)
 - Condizioni del neonato (vitalità, indice di Apgar)
 - Caratteristiche del secondamento (controllare sommariamente la placenta, le membrane -n°/integrità-)

NELLA BORSA OSTETRICA: ASSISTENZA PARTO DOMICILIO

Per la madre

- 1 Strumentario:
 - 1.1 Termometro;
 - 1.2 Stetoscopio e sonicaid (con batterie di ricambio);
 - 1.3 Fonendoscopio e sfigmomanometro;
 - 1.4 Laccio emostatico.

2 Ferri chirurgici:

- 2.1 1 kocher;
- 2.2 1 paio forbici rette a punte smusse;
- 2.3 1 ciotola per disinfettante;
- 2.4 1 portabatuffoli
- 2.5 2 pinze ad anelli;
- 2.6 1 portaghi;
- 2.7 1 pinza anatomica.

3 Materiale monouso:

- 3.1 Guanti di lattice sterili di misure diverse;
- 3.2 Guanti non sterili;
- 3.3 garze sterili;
- 3.4 telini sterili
- 3.5 sacchetti graduati o bacinella per la valutazione della perdita ematica;
- 3.6 aghi cannula n 16G - 18G - 21G;
- 3.7 butterfly n 18G - 21G;
- 3.8 siringhe da 5 e 10 cc.;
- 3.9 cateteri monouso;
- 3.10 cerotto;
- 3.11 deflussori per infusione.
- 3.12 tampone vaginale
- 3.13 uncino per amniorexi

Per il neonato

- Cannula di Taccani o aspiramuco monouso;
- provette per prelievo funicolare;
- cord-clamp o elasticini sterili;
- foglio termostatico per trasferimento;
- ambu pediatrico (n 1), con reservoir , (preferibile);
- sondino morbido (6-8-10 CH);
- cartine per test di screening neonatali;
- lancette;
- capillari.
- modulistica CEDAP e attestato di nascita
- agenda della salute

4 Farmaci:

- 4.1 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- 4.2 1000 ml soluzione glucosata al 5%
- 4.3 necessario per profilassi oculare;
- 4.4 Ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- 4.5 Metergolina (Methergin 1 scatola);
- 4.6 Flebocortid fiale
- 4.7 Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- 4.8 Disinfettante (Betadine, Citrosil o altro)
- 4.9 Valium fiale
- 4.10 Fili per sutura.

PUERPERIO - madre

- Durante il puerperio è fondamentale:
 - il monitoraggio dei parametri vitali,
 - la valutazione del sanguinamento uterino (lochiazioni)
 - la valutazione dei segni di infezione (utero mammelle sutura)
- E' necessario fornire alle madri un'adeguata nutrizione, idratazione e comfort (le donne devono essere assistite perché a loro volta assistono e nutrono e si prendono cura dei loro bambini).
- E' raccomandato l'allattamento esclusivo al seno.
- Se predominante è opportuno tornare all'allattamento al seno esclusivo per prevenire le infezioni associate a carenza di servizi igienico-sanitari e risorse (interruzione della fornitura di acqua potabile).
- Aumentato rischio di depressione post-partum e disturbo post traumatico da stress.

PUERPERIO - NEONATO

La salute del neonato è strettamente legata alla salute materna

- 80 % dei neonati classificati come sani

FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE DEL NEONATO:

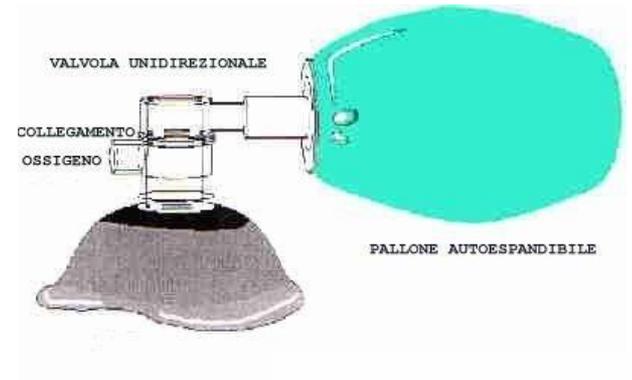
- Epoca gestazionale < 37 w
- Gravidanza gemellare
- Presentazione podalica
- Infezioni contratte in gravidanza
- Feto SGA
- Feto macrosoma
- Rottura pretermine delle membrane
-

→ TRASFERIRE LA GRAVIDA/NEONATO



TRASFERIMENTO NEONATALE

- basso peso alla nascita (<2500 g)
- distress respiratorio
- convulsioni
- ipotermia
- grave pallore
- ittero entro le prime 24 ore
- gravi anomalie congenite
- incapacità di urinare o feci entro 24 ore
- neonato soporoso o molto irritabile
- incapacità di suzione - denutrizione



Puerperio - neonato

Neonato sano?

Rapida misura per la salute dei neonati: nato a termine da gravidanza normodecorsa

Apgar > 7 al 5', peso > 2500 e < 4000, assenza di malformazioni visibili

- **SEGNI DI NORMALITA' CLINICA** comprendono la pelle rosa, la temperatura corporea superiore a 37 ° C, da 30 a 60 respiri / min, pianto occasionale, passaggio delle feci e nelle urine entro 24 ore, frequenza cardiaca di 100 a 160 battiti / min.
- La maggior parte dei neonati perdono fino al 10% del loro peso nei primi giorni dopo la nascita e dovrebbero recuperare il peso alla nascita a 2 settimane dal parto.
- I neonati devono ricevere assistenza qualificata il più presto possibile per attuare interventi di prevenzione, quali la profilassi oculare, la somministrazione di vitamina K e le vaccinazioni → raccomandata visita pediatra entro 24 ore dal parto.

CONCLUSIONI

Le donne in gravidanza, le neo-mamme e i loro neonati costituiscono popolazioni vulnerabili e quindi meritano una pianificazione pre-catastrofe per garantire il trasferimento c/o il punto nascita più vicino o per allestire rifugi temporanei adeguatamente attrezzati (requisiti STOP).

E' necessario uno sforzo coordinato tra gli ospedali, l'assistenza extraospedaliera e le comunità per affrontare l'emergenza perché nella maggior parte dei casi è necessario garantire cure qualificate.

La valutazione per stimare il rischio (triage) è sempre dinamico.

I Kit nascita dovrebbero essere sempre disponibili (contenenti l'essenziale - non necessaria la tecnologia)

E' fondamentale «la presenza umana incoraggiante», ed è fondamentale quanto la conoscenza e l'abilità.

<https://www.youtube.com/watch?v=zjMpY9q3duw>

Domande?



GRAZIE