

Urgenza nella donna gravida

A cura di Stefano Stipa¹



¹ Medico

1. Urgenza nella donna gravida

Obiettivi Formativi:

- 1) Assistenza al parto;**
- 2) Primo Soccorso alla donna gravida e al neonato.**

La gravidanza è quella condizione biologica della donna che dura dal giorno del concepimento al parto, circa cioè nove mesi.

Il bambino in fase di sviluppo viene definito FETO.

I nove mesi di gravidanza vengono suddivisi in tre trimestri.

Durante il primo trimestre, il feto si forma. Poiché il feto rimane abbastanza piccolo, durante questo periodo lo sviluppo uterino è ridotto.

Dopo il terzo mese l'utero cresce rapidamente raggiungendo l'ombelico entro il quinto mese e l'epigastrio (addome superiore) al settimo. Altre variazioni che interessano il corpo della donna in questo periodo comprendono un aumento del volume ematico, nonché un aumento della gittata e della frequenza cardiaca. Di solito la pressione arteriosa risulta leggermente ridotta e si verifica un rallentamento della digestione. Un altro cambiamento degno di nota è un aumento notevole della vascolarizzazione (sangue e vasi sanguigni) dell'utero e delle strutture a esso correlate.

A volte si possono verificare interruzioni di gravidanza nei primi tre mesi, si parla allora di ABORTO SPONTANEO. L'aborto spontaneo può essere causato da numerosi fattori tra i quali malformazioni dell'utero, fibromi, rosolia ecc.

Le donne che hanno in corso un aborto spontaneo presentano generalmente:

- Dolori addominali con crampi, non dissimili da quelli associati alla prima fase del travaglio.
- Emorragia moderata o grave.
- Talvolta emissione di frammenti di tessuto e di sangue dalla vagina.

Esistono casi in cui l'aborto può avvenire anche durante il secondo trimestre di gravidanza, oggi tuttavia le possibilità di rianimazione di tali neonati sono notevolmente migliorate consentendone la sopravvivenza già a 24/25 settimane.

PARTO PREMATURO

Per definizione un neonato viene detto prematuro quando viene partorito prima della 38° settimana di gestazione ossia che non ha ancora raggiunto la completa maturazione anatomica e funzionale degli apparati, con un peso corporeo inferiore ai 2500 gr.

GRAVIDANZA EXTRA-UTERINA

Gravidanza in cui l'embrione si impianta al di fuori della normale sede uterina. Nella maggior parte dei casi, l'impianto avviene a livello delle tube. Sono presenti i segni caratteristici della gravidanza accompagnati da forti dolori addominali, contrattura della parete addominale, grave emorragia che può portare a shock. La terapia è chirurgica con resezione parziale o totale della tuba interessata.

TRAVAGLIO

Il travaglio comprende l'intero processo del parto. E' suddiviso in tre periodi:

- Primo periodo- Prodromico: inizia con le contrazioni sempre più vicine e regolari.
- Secondo periodo- Dilatante: c'è una progressiva dilatazione del collo dell'utero e il neonato entra nel canale del parto restandovi fino alla nascita.

- Terzo periodo/ Espulsivo: comincia con la nascita del bambino e termina con il Secondamento (consiste nell'espulsione della placenta con la parte del cordone ombelicale ad essa collegato, la membrana del sacco amniotico e parte dei tessuti di rivestimento dell'utero. Nella maggior parte dei casi la placenta viene espulsa nell'arco di una ventina di minuti.

SINTOMI

Quando il feto comincia a muoversi e la cervice si dilata, generalmente si verifica la rottura del sacco amniotico con la conseguente emissione di liquidi acquosi misti a sangue. Le contrazioni dell'utero sono poi la causa delle normali DOGLIE. La maggior parte delle donne accusa l'inizio delle doglie sotto forma di un dolore in corrispondenza della parte inferiore della schiena. Man mano che il travaglio progredisce, il dolore diventa più evidente nell'addome inferiore crescendo d'intensità. I dolori si presentano a intervalli regolari di 2-3 minuti e durano dai 30 secondi al minuto. Quando i muscoli si rilassano, i dolori diminuiscono.

COME INTERVENIRE SULLA MADRE

- Riscaldare il più possibile l'ambulanza se si è molto distanti dall'ospedale
- Assistere psicologicamente la donna, assicurarsi che sia in una posizione comoda
- Assecondare l'espulsione del neonato sorreggendogli la testa. **NON CERCARE DI ACCELERARE L'EVENTO TIRANDOLO.** Quando è visibile l'intero capo, continuare a sostenere la testa con una mano e con l'altra ripulite la bocca e il naso.
- Massaggiare il basso ventre della donna dopo l'espulsione per facilitare l'emostasi.
- Portare la donna immediatamente all'ospedale.

COME INTERVENIRE SUL NEONATO

- Rendere pervie le vie aeree (naso e bocca) utilizzando dei tamponi di garza sterile o un aspiratore, liberandole da muco e sangue.
- Tenerlo con la testa leggermente più in basso del corpo, in modo da consentirgli di espellere altro eventuale muco dalla gola, aspirando nuovamente.
- Controllare che il bambino stia respirando. Generalmente una volta aperte le vie aeree, il bambino respira da solo.
- Mantenete il neonato al caldo prima di iniziare a pinzare e tagliare il cordone.
- Legare il cordone ombelicale utilizzando due pinze sterili (o dello spago sterilizzato). Applicare una pinza a una distanza di 20/25 cm. bambino. Posizionate la seconda pinza ad una distanza di 7/8 cm. più vicina al bambino.
- Tagliate il cordone tra le due pinze utilizzando forbici chirurgiche sterili. Non togliere mai le pinze dal cordone una volta che il cordone è stato reciso. (N.B: la sezione del cordone ombelicale è un atto estremamente delicato, da eseguirsi con accuratezza. Il soccorritore deve pertanto limitarsi alla legatura del funicolo, lasciando tale manovra al personale specializzato cui affiderà il neonato. Fanno ovviamente eccezione gli stati di comprovata necessità, come la norma di legge. Avvolgere il neonato in veli di alluminio per tenerlo il più caldo possibile.



Urgenze nel Neonato e nel Bambino

Per definizione la medicina inserisce nella categoria pediatrica tutti i soggetti fino ai 12/13 anni.

E' possibile tuttavia fare un'ulteriore classificazione:

- Neonato: dalla nascita ad un mese
- Lattante: tra il uno mese e il uno anno
- Pediatrico: dal 1 anno a 12/13 anni

PRINCIPALI URGENZE PEDIATRICHE

1) CONVULSIONI: Contrazioni brusche e involontarie più o meno rapide, accompagnate, a volte, da perdita di coscienza. Da un punto di vista qualitativo si differenziano in:

- C.toniche: quando la contrazione è prolungata nel tempo con irrigidimento della muscolatura
- C.cloniche: si ha invece un succedersi rapido di contrazioni e rilasciamenti muscolari.

Molto frequenti nei bambini sono le convulsioni febbrili generalizzate (che interessano tutto il corpo), che si verificano nel corso di un accesso febbrile, durante la fase di aumento rapido della temperatura. Nei casi più gravi le convulsioni possono essere accompagnate da arresto del respiro e cianosi (colorazione bluastra della cute e delle mucose dovuta ad una scarsa ossigenazione del sangue capillare). A volte le convulsioni possono essere definite anche traumatiche a seguito di un trauma cranico.

2) EPILESSIA: è forse la condizione più nota in grado di causare crisi convulsive con caratteristiche varie (sensitive, psichiche, motorie neurovegetative). E' una sindrome caratterizzata da alterazioni dell'attività bioelettrica del cervello. Queste crisi non costituiscono una malattia in sé, bensì un segno di un difetto, di una lesione o di una patologia sottostante. Le cause più comuni possono essere traumi cerebrali, difetti cerebrali congeniti, cisti, cicatrici ecc.

3) INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI: Questi possono comprendere pezzi di cibo, giocattolini, vomito e liquidi che si accumulano in gola ecc. Tali fattori possono causare un'ostruzione parziale o completa delle alte vie respiratorie.

SEGNI

Rumori respiratori insoliti, eccessi di tosse incontrollata e continua, cambiamento del colore della cute che può variare dal rosso paonazzo al bluastro come segno di cianosi. A volte, nel caso di un paziente cosciente, potrebbe essere utile indurlo a continuare a tossire nella speranza che tale azione sblocchi ed espella il corpo estraneo. Nel caso di perdita di coscienza **NON CERCARE DI EFFETTUARE UNA RIMOZIONE CON LE DITA SE NON SI VEDE IL CORPO ESTRANEO.**

4) AVVELENAMENTO: I bambini sono spesso vittime di avvelenamento accidentale, derivante frequentemente dall'ingestione di prodotti per l'igiene casalinga o di farmaci, ma anche per l'inalazione di vapori tossici o irritanti ovvero per contatto cutaneo. Le sostanze tossiche possono provocare nel bambino cosciente difficoltà respiratorie con tosse secca e insistente o una forma di dispnea accentuata (fame d'aria) fino all'arresto respiratorio. Inoltre possono determinare l'insorgenza di condizioni pericolose per la sopravvivenza a carico del sistema circolatorio e del sistema nervoso. Le vie respiratorie e il tratto gastrointestinale possono essere ustionati da sostanze corrosive ingerite.

Il bambino si può presentare anche già in stato di coma (il paziente non risponde e non reagisce agli stimoli per perdita della coscienza, della motilità spontanea e della sensibilità).

Esistono diversi tipi di coma:

-1° grado/ LIEVE- il soggetto è sonnolento, non presenta alterazioni delle funzioni vegetative, alla stimolazione verbale o dolorosa risponde in modo coordinato.

-2° grado/ INTERMEDIO - il soggetto non risponde più se non agli stimoli dolorosi intensi con movimenti automatici di difesa, i riflessi sono assenti-3° grado/ PROFONDO O IRREVERSIBILE- i riflessi sono del tutto scomparsi, completa mancanza di risposte "non c'è possibilità di ritorno".

Bibliografia:

Aa. Vv. (2004) *Scenari di Soccorso, Manuale formativo per il Volontario Soccorritore 118*, Torino, Anpas Piemonte.
Franci A. (2002) *P-BLS: il supporto vitale di base Pediatrico*, Firenze, Anpas Toscana.