



URGENZE –EMERGENZE FETALI

Docente: Monica Copelli

ASSISTENZ AL PARTO PODALICO

In caso di assistenza per via vaginale si deve porre estrema attenzione alla diagnosi di dilatazione completa, poiché, soprattutto nella varietà natiche, a causa della anomala pressione esercitata dalla parte presentata sul segmento uterino inferiore, si può anticipare la diagnosi di dilatazione completa, determinando così un intempestivo inizio del periodo espulsivo, che può avere conseguenze negative.

Predisponendosi all'assistenza controllare che siano rispettati i seguenti requisiti:

- 1) Varietà completa o natiche
- 2) Assenza di iperestensione della colonna vertebrale fetale
- 3) Assenza di giri di cordone ombelicale attorno al collo
- 4) Peso fetale non superiore a 4000 g
- 5) Presenza di un ostetrico esperto
- 6) Sala operatoria disponibile rapidamente



1. Le **presentazioni** podaliche possono essere:

- **Completa** (30-50%): quando il feto si presenta di natiche e piedi, con le gambe piegate
- **Incomplete**:
 - **varietà natiche** (50-70%): quando il feto si presenta con il podice e ha le gambe estese con i piedi davanti alla faccia;
 - **varietà piedi e ginocchia** (15%): le ginocchia o i piedi si presentano all'ingresso pelvico;
 - **varietà miste** (15%): quando all'ingresso pelvico si presenta un piede, un ginocchio, una natica ed un piede, ecc.



CONSIGLI TECNICI

- Membrane intatte più a lungo possibile...esse fungono da cuneo favorendo la dilatazione e prevenendo il prolasso di funicolo
- Ossitocina discutibile.....possibile intrappolamento testa fetale per contrazioni non fisiologiche
- Anestesista e pediatra presenti
- Evitare sforzi espulsivi prima che la dilatazione sia completa
- Non avere fretta nell'osservare la progressione del podice lungo il canale vaginale, iniziando antitempo le manovre per favorire l'estrazione degli arti.



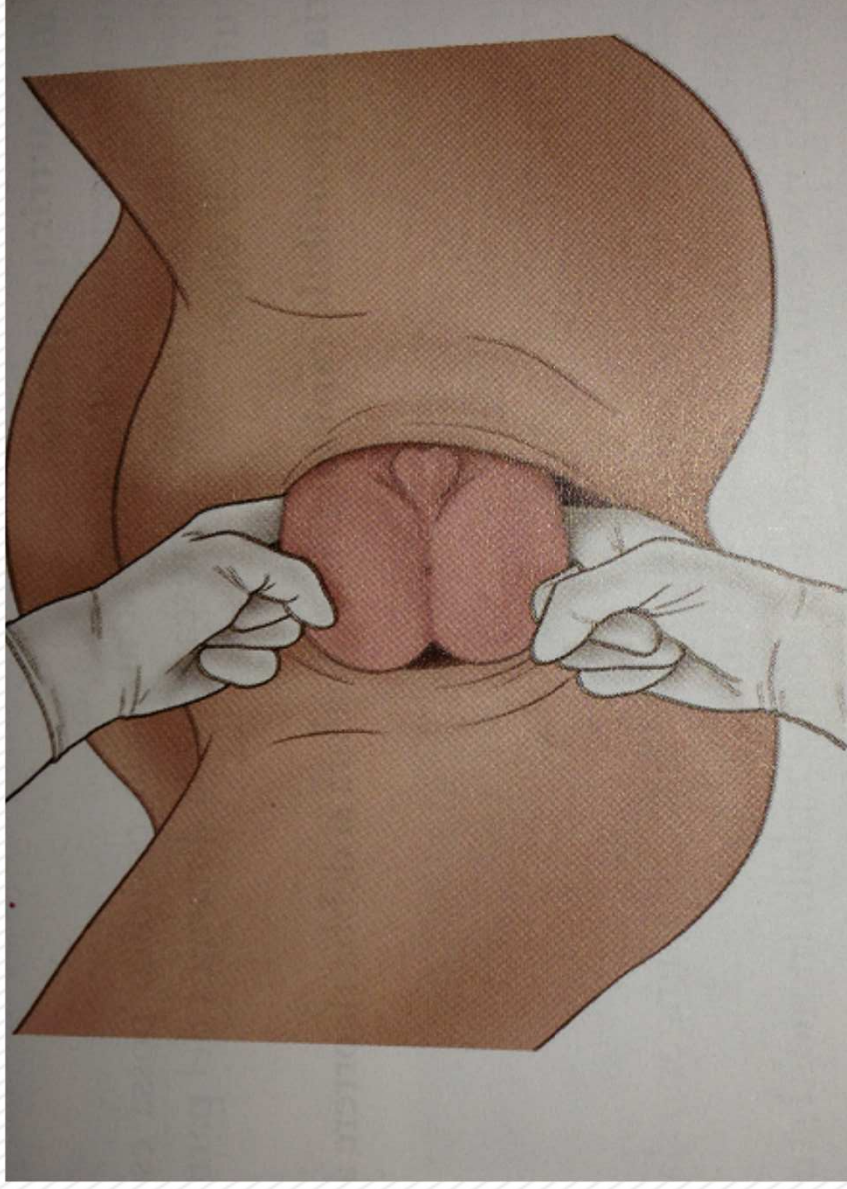


FIGURA 22.4

Presentazione podalica sacro anteriore destra: disimpegno delle natiche.



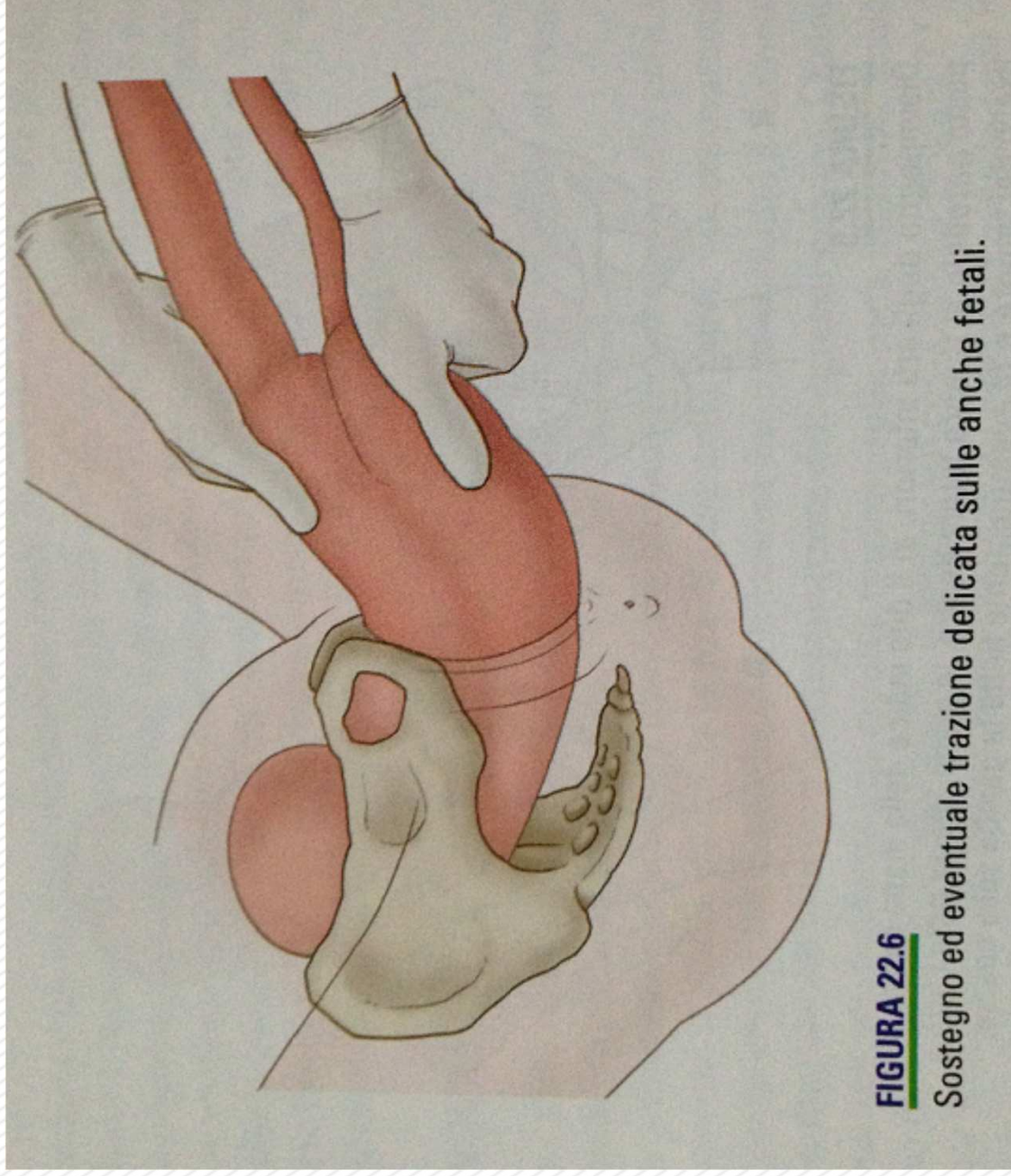
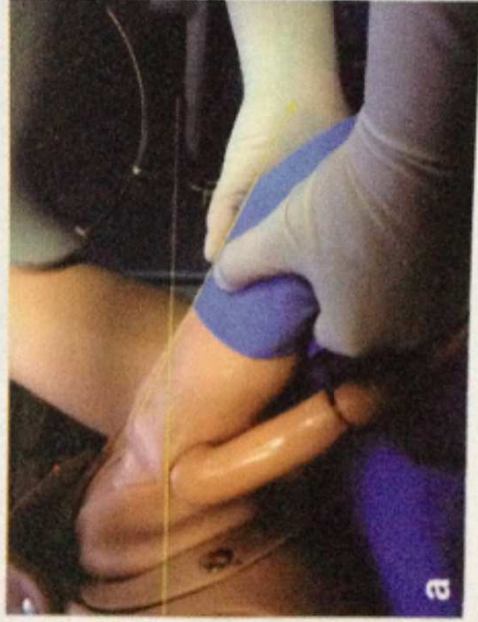


FIGURA 22.6

Sostegno ed eventuale trazione delicata sulle anche fetali.





a



b

FIGURA 22.7

Disimpegno delle spalle e delle braccia mediante trazione verso il basso (a). Evitare trazioni laterali (b).



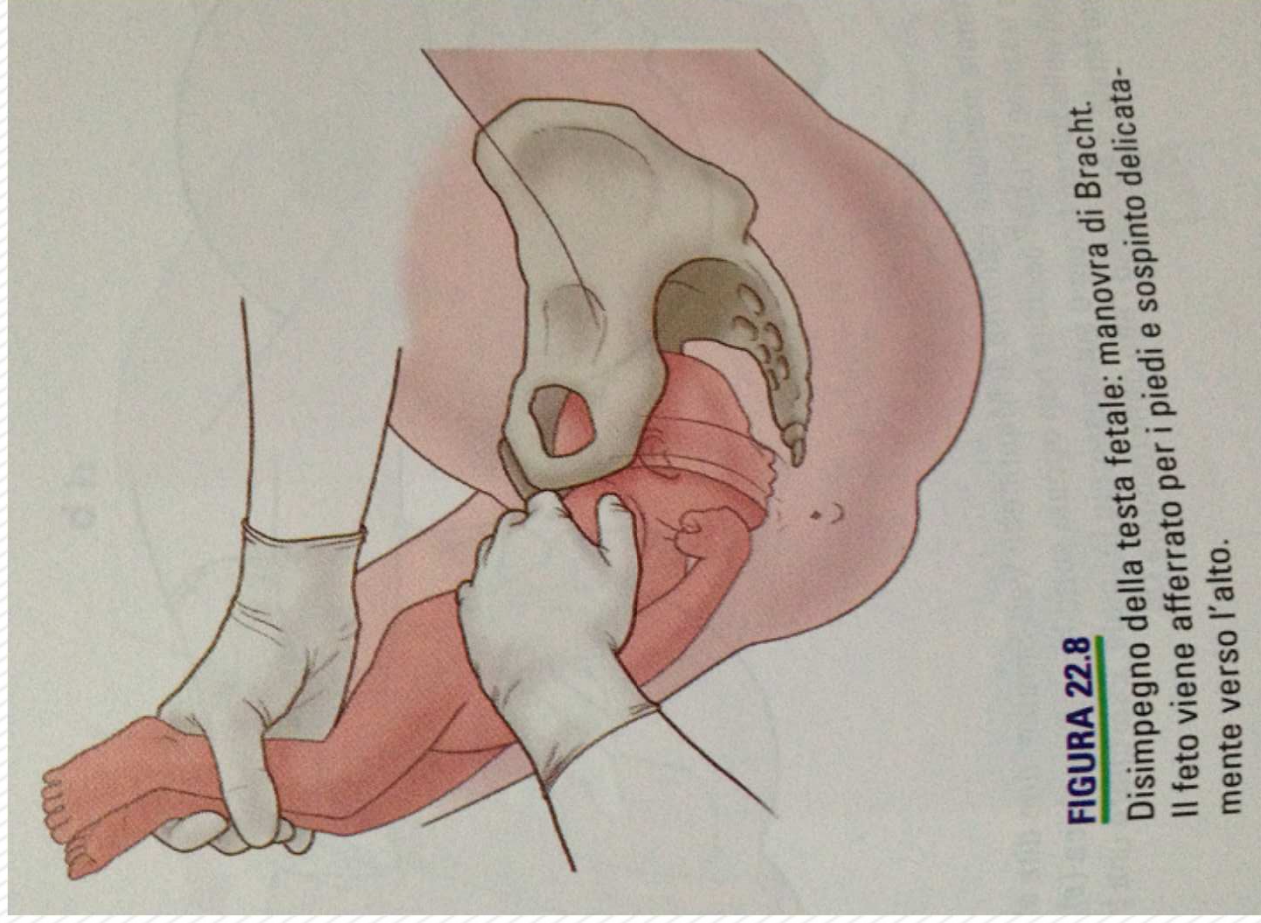


FIGURA 22.8

Disimpegno della testa fetale: manovra di Bracht.
Il feto viene afferrato per i piedi e sospinto delicatamente verso l'alto.



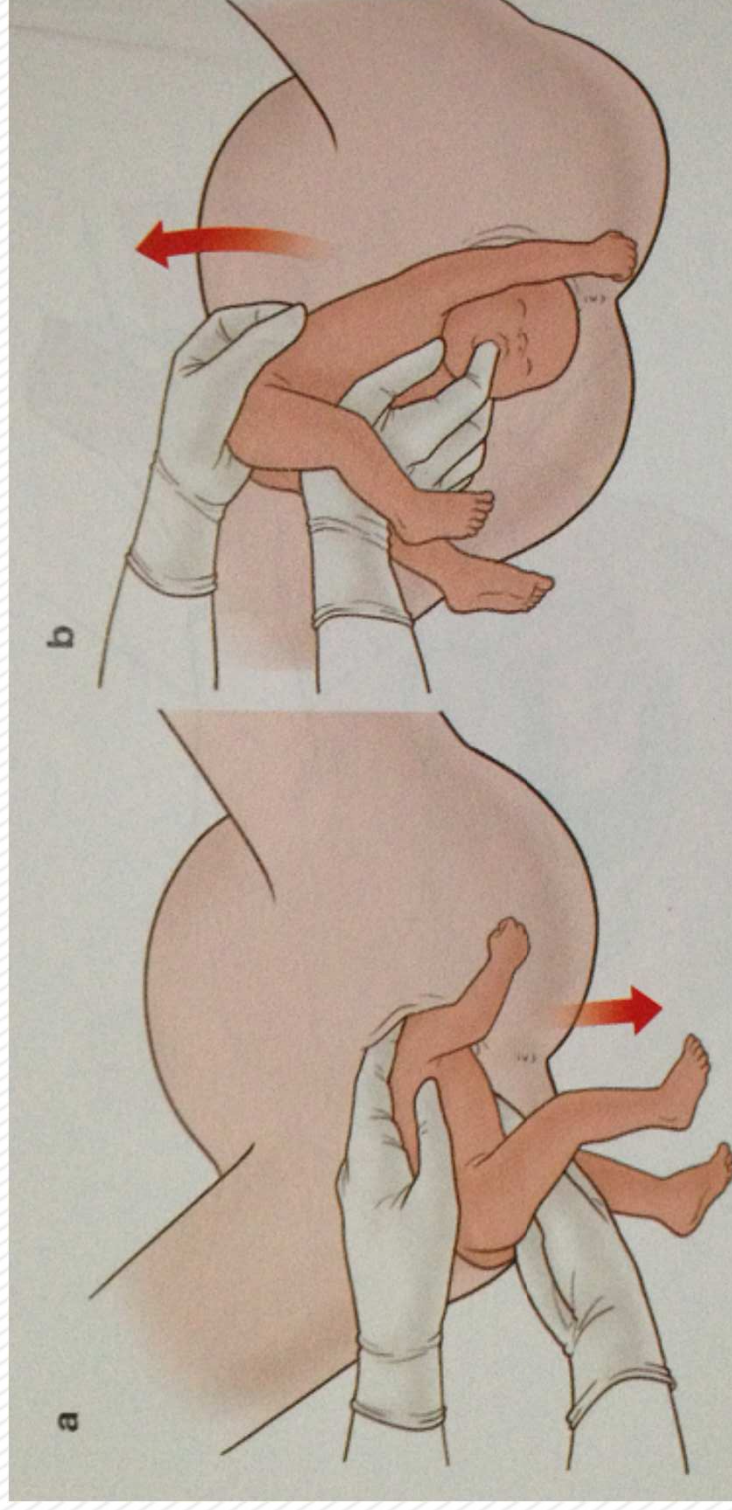


FIGURA 22.9

Disimpegno della testa fetale mediante manovra di Mauriceau Veit Smellie: due dita afferrano le spalle esercitando una lieve trazione finché l'occipite non appaia sotto la sinfisi pubica (a). Indice e medio dell'altra mano sono posti nella bocca fetale o sul massiccio facciale. Esercitare una trazione prima verso il basso, flettendo la testa fetale, e poi verso l'alto deflettendola (b).



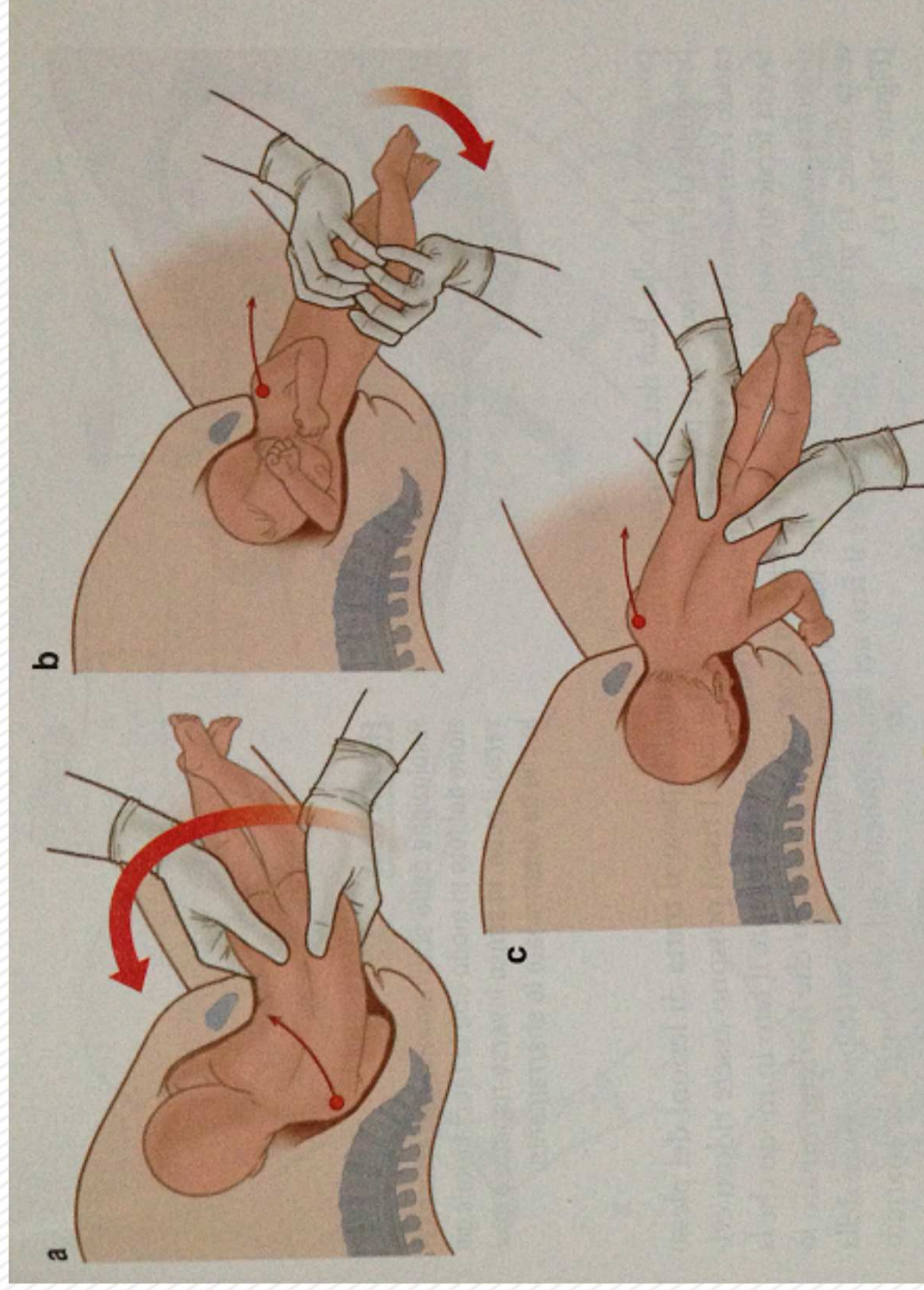


FIGURA 22.10

Manovra di Lovset per il disimpegno degli arti innalzati: il feto è spostato lateralmente in maniera da indurre lieve flessione laterale (a) successivamente è ruotato di 180° affinché la scapola posteriore diventi anteriore; si disimpegna così la spalla anteriore (b); il corpo fetale è quindi ruotato di 180 gradi in senso inverso, ponendo attenzione che la schiena resti orientata verso l'alto per rendere possibile il disimpegno della seconda spalla (c).

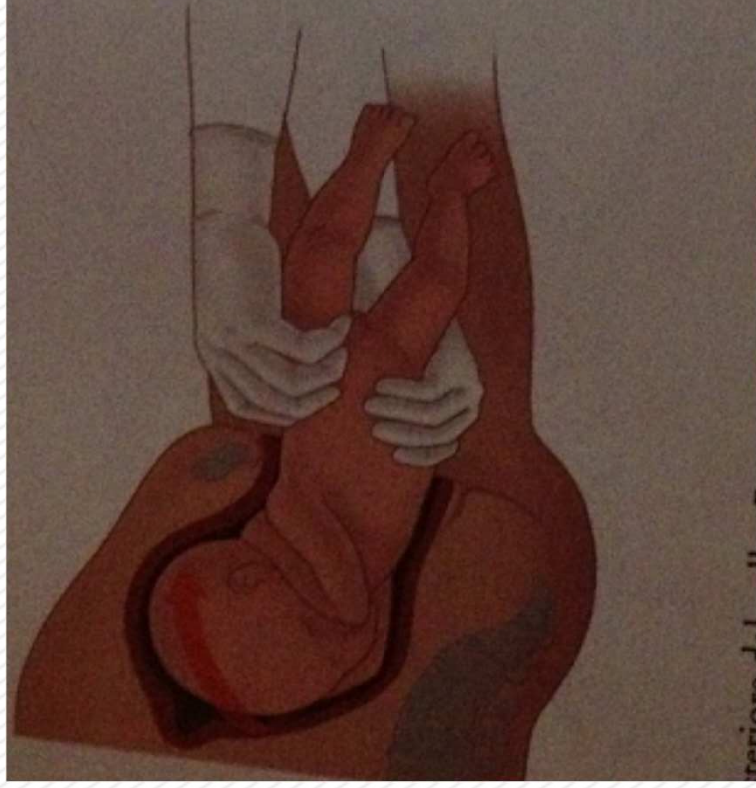


FIGURA 22.11

Risoluzione dello sbarramento dell'arto: rotazione del feto in modo che la faccia fetale giri verso il pube, in senso inverso rispetto a quello che ha determinato lo sbarramento.



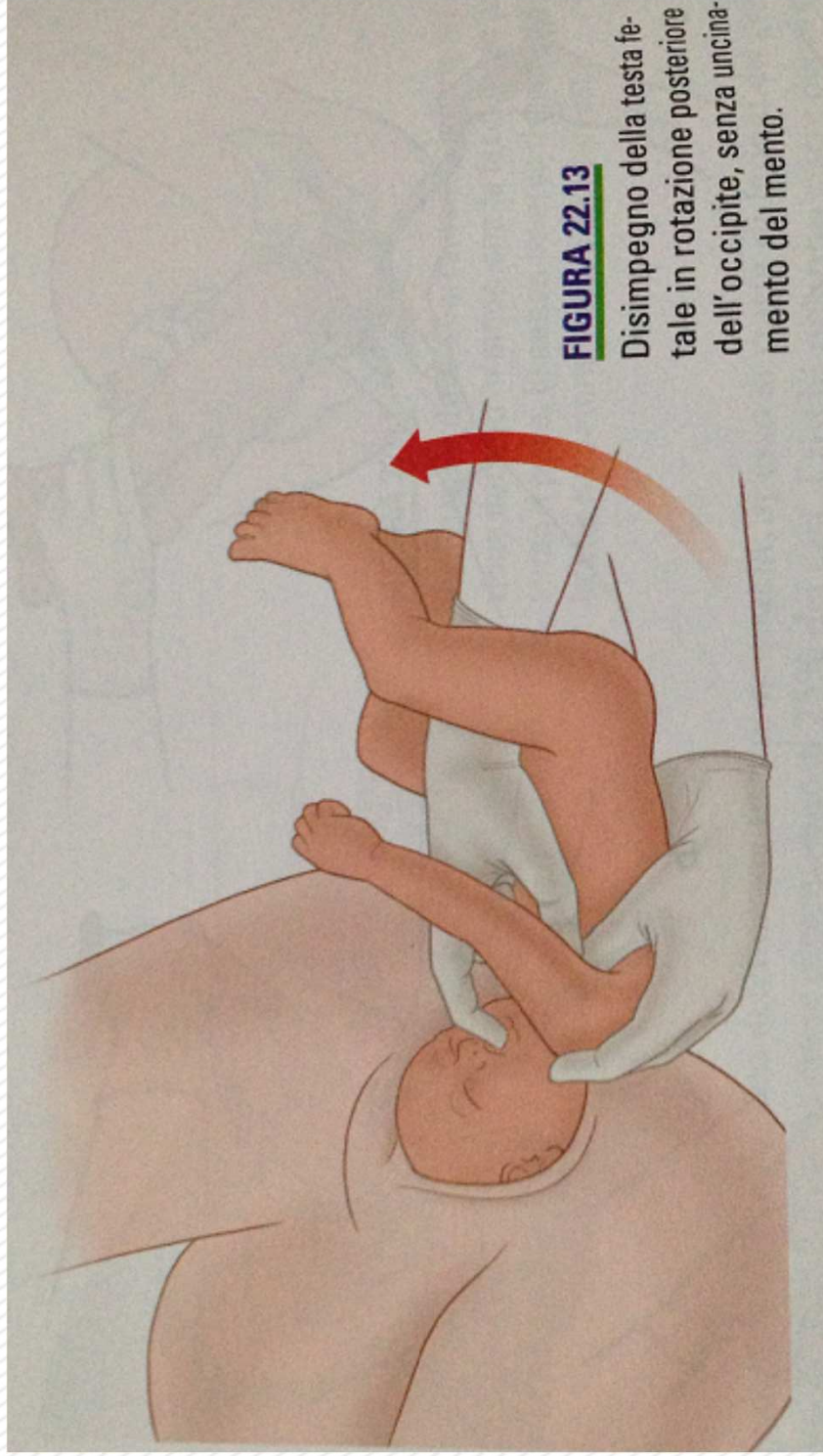


FIGURA 22.13

Disimpegno della testa fetale in rotazione posteriore dell'occipite, senza uncina-mento del mento.





FIGURA 22.14

Disimpegno della testa fetale in
rotazione posteriore dell'occipite,
mediante la manovra di Prague.



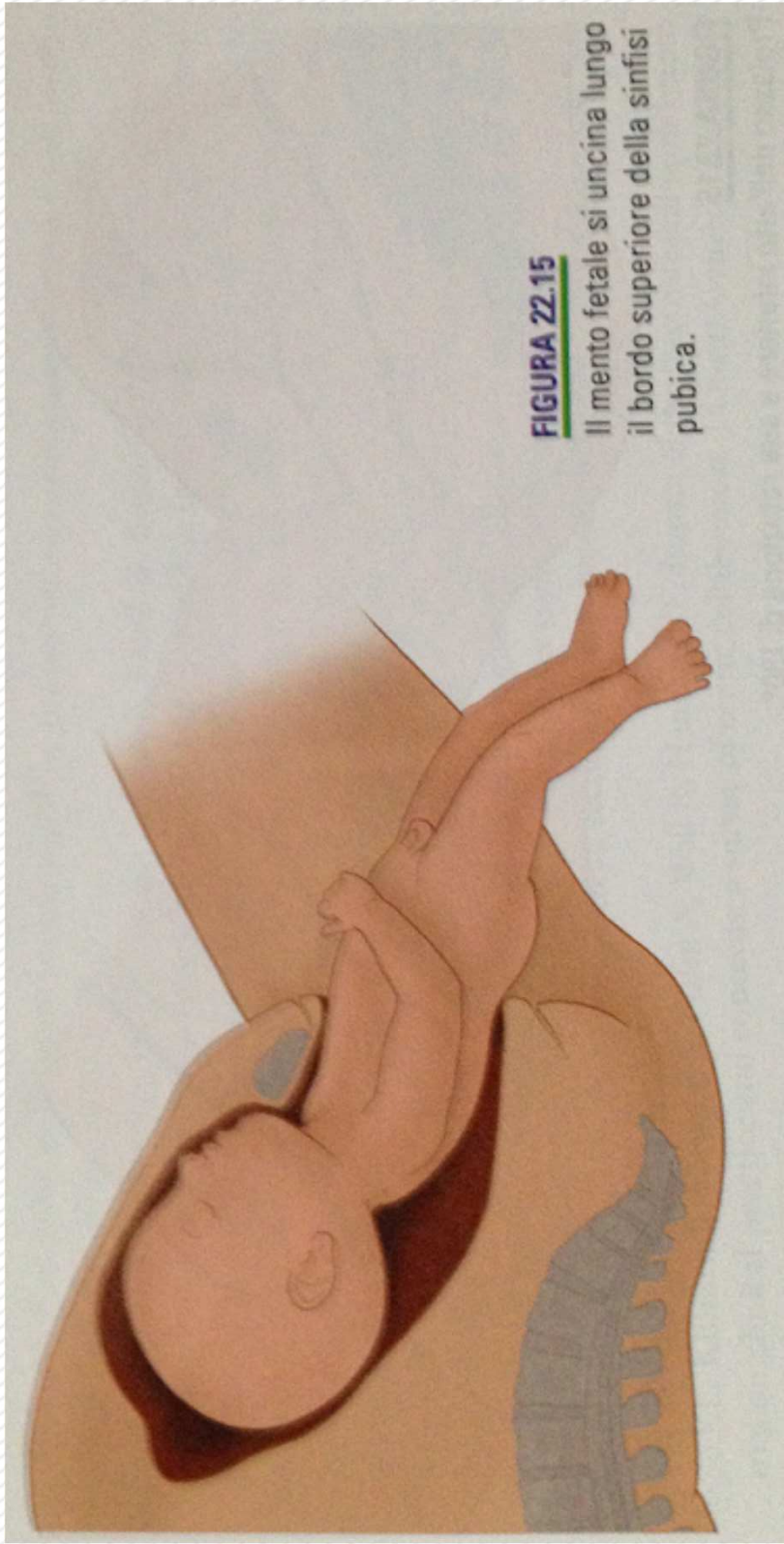
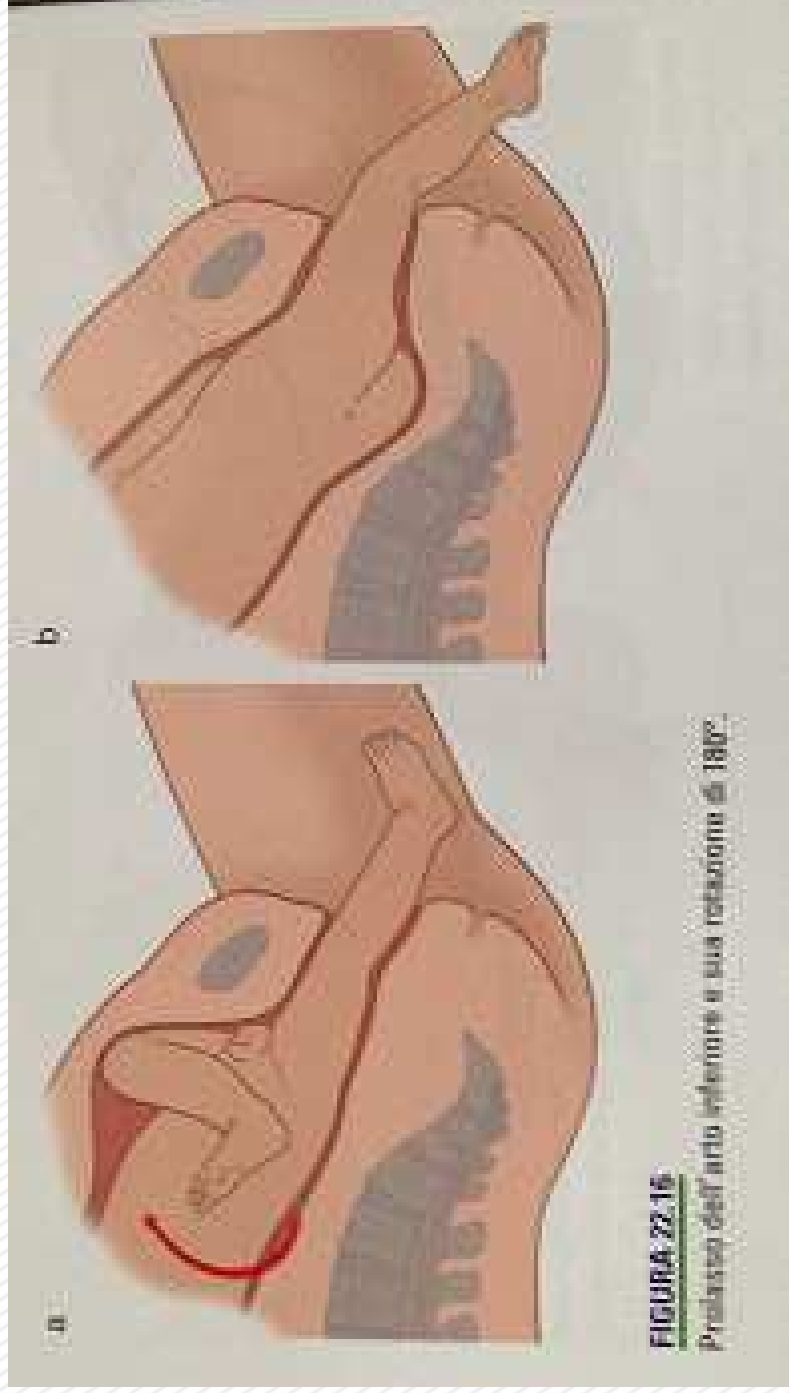


FIGURA 22.15

Il mento fetale si uncina lungo il bordo superiore della sinfisi pubica.





VENTOSA OSTETRICA

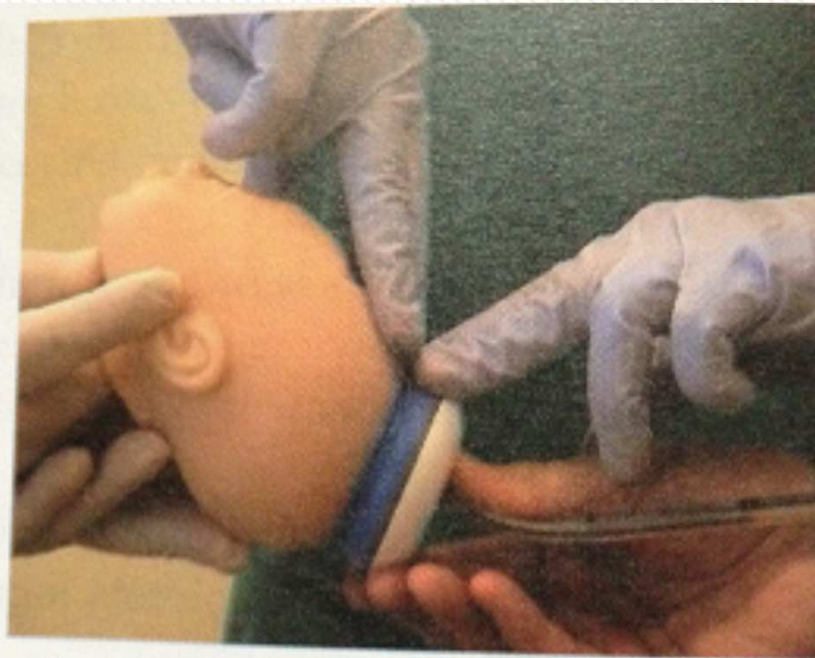


FIGURA 24.4

Corretto posizionamento della coppetta.



- a) la dilatazione cervicale deve essere completa;
- b) la presentazione deve essere cefalica;
- c) la testa fetale deve essere impegnata quindi il vertice deve essere al di sotto della linea che congiunge le spine ischiatiche oppure, mediante esplorazione vaginale, devono essere accessibili alla palpazione digitale i due terzi inferiori, o meno, della sinfisi pubica;
- d) si deve riconoscere la posizione della testa fetale individuando la sutura sagittale e la posizione della piccola fontanella;
- e) la vescica deve essere vuota;
- f) deve essere presente il pediatra o il neonatologo ed in ogni caso devono essere garantite le manovre di rianimazione neonatale;
- g) vi deve essere la possibilità organizzativa di eseguire un taglio cesareo di emergenza in caso di fallimento entro 15 minuti se l'indicazione è alterazioni del battito cardiaco fetale, entro 30 minuti se l'indicazione è arresto della progressione della PP;
- h) l'operatore deve avere una buona conoscenza della semeiotica e dei meccanismi del periodo espulsivo, della tecnica operativa e della gestione delle possibili complicanze;
- i) se l'operatore non ritiene di avere un'adeguata esperienza deve chiamare in affiancamento un collega più esperto;
- l) la paziente deve essere informata di quanto si intende fare e deve essere consenziente.





IL DECALOGO DI SICUREZZA NELL'APPLICAZIONE DELLA VENTOSA

- 1) Verificare tutte le condizioni permissive.
- 2) Applicare la coppetta della ventosa sul punto di flessione della testa fetale.
- 3) Escludere l'intrappolamento di tessuti materni prima di iniziare la trazione.
- 4) Il parto deve essere completato entro 15 minuti dall'applicazione della ventosa (il tempo medio necessario per applicare la ventosa in più di 400 parti è stato di 6 minuti).
- 5) Le trazioni devono essere concomitanti alla contrazione uterina ed alla spinta della donna.
- 6) La testa, non il tumore da parto, deve scendere ad ogni trazione.
- 7) Il parto deve essere espletato con 3 trazioni, una quarta può essere eseguita se la testa corona.
- 8) L'asse della trazione deve essere rivolto verso il basso fino al coronamento della testa a livello vulvare.
- 9) In caso di distacco della coppetta dalla testa fetale sono consentite fino a tre applicazioni, la terza applicazione deve essere eseguita da un operatore esperto.
- 10) Se il parto con ventosa fallisce a dispetto di un corretto posizionamento e di una corretta trazione, non applicare il forcipe.



TABELLA 25.2

FATTORI PREDISPONENTI LA DISTOCIA DI SPALLA

Identificabili prima della gravidanza

- Megalosomia (della madre) alla nascita
- Bassa statura (<150 cm nella etnia caucasica)
- Anomalie pelviche
- Diabete (anche gestazionale pregresso)
- Obesità
- Multiparità
- Età avanzata (> 40 anni)
- Precedente macrosomia
- Precedente distocia di spalla

Identificabili sicuramente in gravidanza

- Diabete gestazionale
- Gravidanza oltre termine

Identificabili in gravidanza entro le possibilità dell'ecografia e/o della clinica

- Macrosomia fetale
- Tumori del tronco e del collo, anasarca, microcefalia, anencefalia

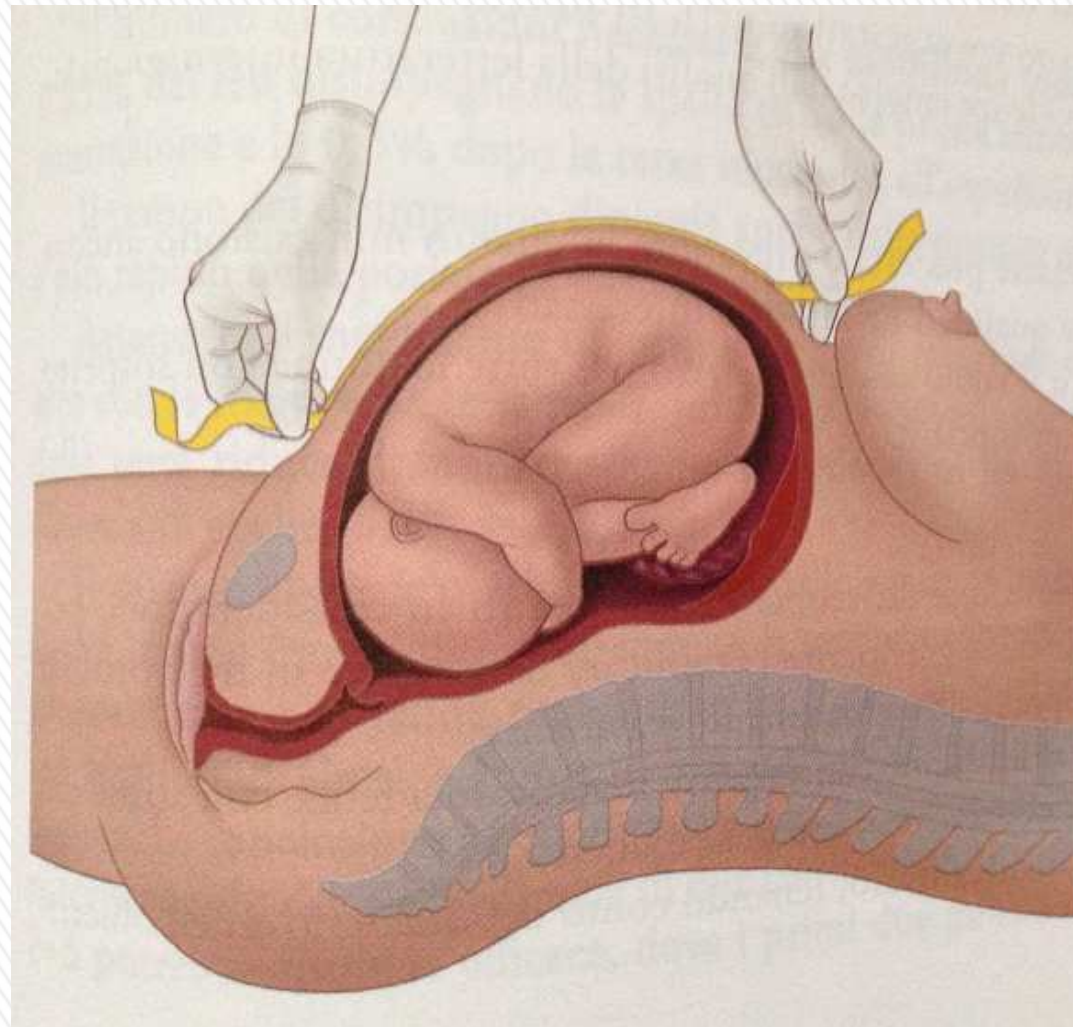
Identificabili in travaglio

- Primo stadio del travaglio prolungato (dilatazione cervicale < 0.5 cm/ora)
- Arresto secondario della dilatazione oltre gli 8 cm (>4 ore nelle nullipare, >2 ore nelle pluripare)
- Mancata progressione della parte presentata
- Accavallamento non riducibile delle ossa parietali della testa fetale
- Parto operativo vaginale / manovre di Kristeller
- Posizioni occipito-posteriori o deflessione cefalica

(Modificata da: Beer E, et al. Archivio di ostetricia e ginecologia, Fasc. 1/1994)

DISTOCIA DI SPALLE





- VESCICA VUOTA
- POSIZIONE SUPINA DELLA PAZIENTE
- MISURA IN CM
- NASTRO VA POSTO LUNGO L'ASSE LONGITUDINALE DELL'UTERO DAL MARGINE SUPERIORE DELLA SINFISI AL FONDO



TABELLA 25.5

CORRELAZIONE TRA LUNGHEZZA SINFISI/FONDO (CM) E PESO FETALE CORRISPONDENTE IN GRAMMI

Centimetri	Grammi	Centimetri	Grammi
24	671	37	2911
25	793	38	3126
26	925	39	3345
27	1067	40	3567
28	1218	41	3792
29	1379	42	4019
30	1547	43	4248
31	1723	44	4480
32	1906	45	4712
33	2096	46	4946
34	2292	47	5180
35	2943	48	5416
36	2700		

DIAGNOSI

Il sospetto si pone in presenza di uno o più dei seguenti segni clinici:

- Difficoltà nel disimpegno della bocca e del mento
- Testa fetale resta adesa alla vulva e talvolta si retrae «segno della tartaruga»
- Ostacolata restituzione della testa fetale

La diagnosi vera e propria è posta alla mancata espulsione delle spalle dopo almeno due contrazioni



Il ph fetale
cade di 0.14 unità al
minuto durante il parto
del tronco fetale.

- **Il peso fetale non ha valore assoluto come fattore predittivo di distocia. La maggior parte dei feti con peso >4500 gr. non va incontro a DISTOCIA DI SPALLA.**
- **Il 50-60% di DISTOCIA DI SPALLA si verifica in feti con peso inferiore a 4000 gr.**



Tempo del disimpegno testa/spalle

- **Intervallo medio** tra il disimpegno dell'estremo cefalico e il disimpegno totale del feto è stato di 88 ± 61 secondi

- 92 ± 63 secondi nelle **nullipare**



gruppogeo
gruppo gestioni emergenze obstetriche
www.gruppogestioniemergenzeobstetriche.it

- 83 ± 59 secondi nelle **pluripare**

($P=0.03$)

J Matern Fetal Neonatal Med 2011; 24: 799 – 803.

SAPER ATTENDERE

Attendere restituzione e rotazione esterna
spontanea riduce incidenza di frattura di
clavicole (0.3 vs 2%) e di distocia di spalle (0.2%
vs 3%)



Livello di Evidenza III

- Il report sulla distocia di spalla del RCOG riporta che il 47% dei bambini è morto entro 5 minuti della mancata espulsione delle spalle.
- è importante, quindi, controllare il problema con efficienza, ma anche con attenzione: efficienza in modo da evitare acidosi e ipossia, attenzione per evitare traumi inutili.



Procedure preliminari

“Chiamare in aiuto tutte le persone disponibili”

U. Nicolini

- Un ostetrico esperto, dovrebbe essere disponibile in sala parto durante il periodo espulsivo quando esiste un rischio noto di distocia di spalla.
- Tuttavia, è riconosciuto che non tutti i casi possono essere anticipati e quindi tutti gli operatori dovrebbero essere pronti e conoscere le tecniche da utilizzare in caso di distocia di spalla.

Livello di Evidenza IV

- Far cessare le spinte volontarie della madre
- Evitare trazioni eccessive o violente
- Chiamare aiuto
- Allertare pediatra e anestesista
- Svuotare la vescica
- Non effettuare m. di Kristeller
- Una persona deve annotare i tempi e i modi degli interventi
- Praticare o ampliare l'episiotomia se la press. Sovrapubica e la m. di Mc. Roberts non hanno avuto successo
- Evidenze provenienti dagli studi su cadaveri suggeriscono che le trazioni laterali e verso il basso causano più probabilmente avulsioni del nervo e quindi dovrebbero essere evitate nella gestione della distocia di spalla.

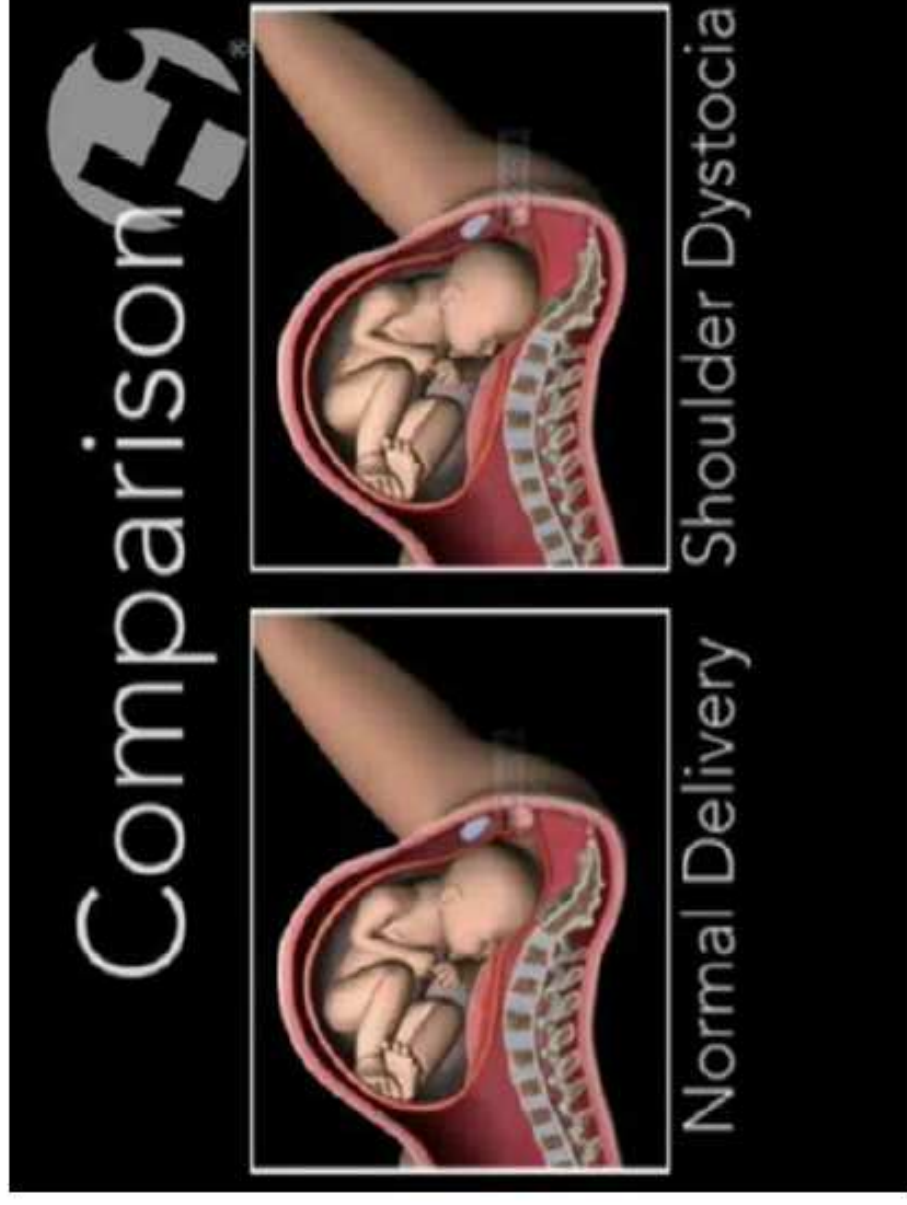


gruppogeo
gruppo per la gestione delle emergenze



NON SPINGERE E NON TIRARE

- ❖ La manovra di Kristeller, in assenza di altre manovre ostetriche si associa al 77% di complicazioni ostetriche e a danno neurologico ed ortopedico del feto.
- ❖ L'eccessiva trazione e i movimenti rotazionali applicati sulla testa fetale devono essere evitati.



gruppogeo

Gruppo per la prevenzione e la cura delle malattie ginecologiche e ostetriche

www.gruppogeoriparatriche.it

Am J Obstet Gynecol 1987; 156:334

Tirare non serve...anzi



©1994 Evidence Technologies, Inc.
All Rights Reserved.
For Demonstration purposes only.
Unauthorized use is strictly prohibited.

Routine traction in an axial direction can be used to diagnose shoulder dystocia but any other traction should be avoided.

Routine traction is defined as 'that traction required for delivery of the shoulders in a normal vaginal delivery where there is no difficulty with the shoulders'. Axial traction is traction in line with the fetal spine i.e. without lateral deviation.



gruppogeo

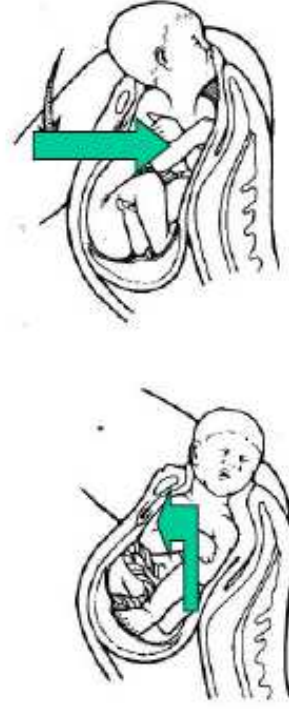
gruppo per la gestione delle emergenze

www.gruppogeo.it

Cosa fare

Manovra di Mc Roberts

NOTA: Ciascuna delle seguenti manovre dovrebbe durare fino a 30 secondi prima di passare alla manovra seguente.

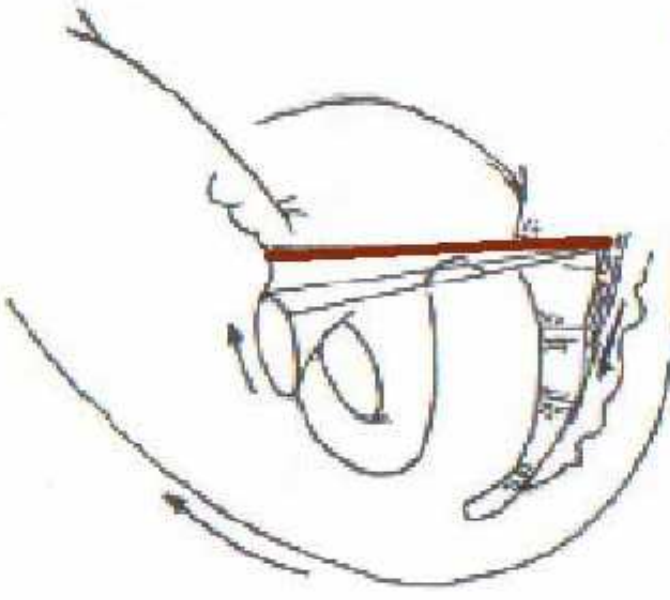
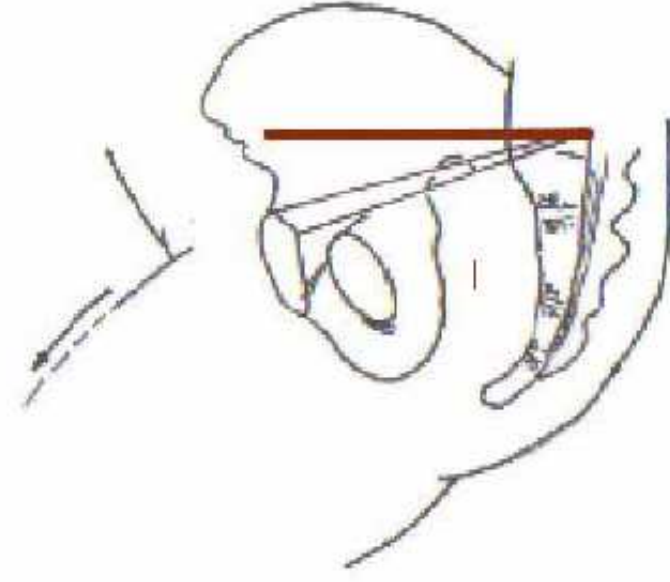


gruppogeo

gruppo per la gestione delle emergenze

www.gruppogeo.org/prodotto/it/it

Manovra di McRoberts : studi con pelvimetria a raggi X



- ✓ Nessun aumento nelle dimensioni pelviche .
- ✓ Diminuisce l'angolo dell'inclinazione pelvica $P=0.001$
- ✓ Appiattisce il sacro $P= 0.04\%$
- ✓ Tende a liberare la spalla anteriore incastrata



gruppogeo

prova gestore - energia salute

www.gruppogeoenergia.it

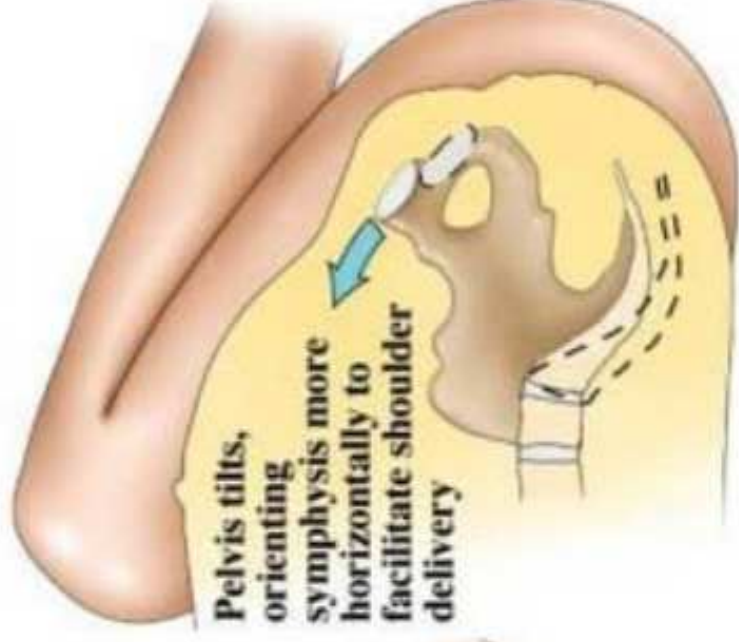
Gherman et al Obstet Gynecol 95:43 ,2000

Manovra di McRoberts

Before McRoberts Positioning



McRoberts Position



Manovra di McRoberts

Grado B

Livello di Evidenza IV

- La manovra di McRoberts è il singolo intervento più efficace, con tassi segnalati di successo più alti del 50%.
- Inoltre ha un basso tasso di complicanze e quindi dovrebbe essere impiegata in primo luogo.

- La pressione suprapubica può essere impiegata insieme alla manovra del McRoberts per migliorare i tassi di successo.
- La pressione suprapubica riduce il diametro bisacromiale e ruota la spalla anteriore nel diametro pelvico obliquo.
- La spalla è allora libera slittare sotto la simphisi pubica dello con l'aiuto di una normale trazione.



Cosa fare

Pressione sovrapubica



Figure 2. Suprapubic pressure. The Mazzanti technique.



Figure 3. Suprapubic pressure. The Rubin technique.

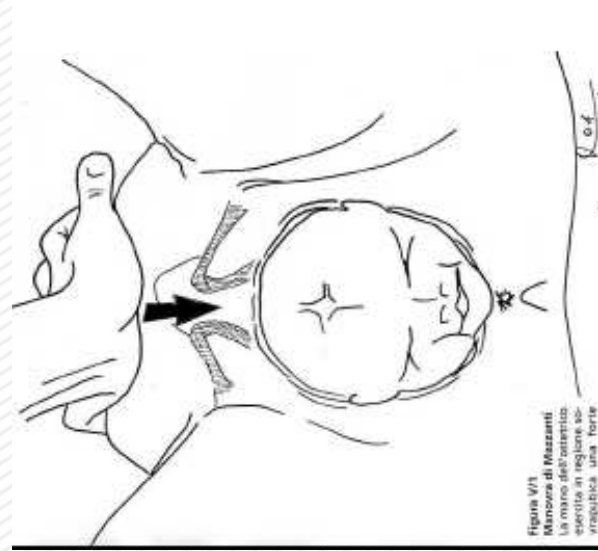
Tecnica di Mazzanti: direzione posteriore

Tecnica di Rubin: direzione laterale

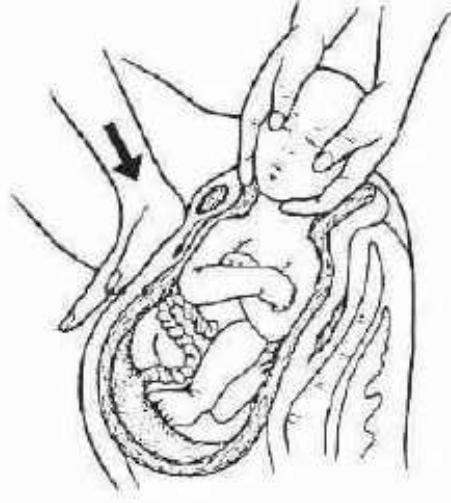


gruppogeo
Pronto soccorso emergenza obstetrica

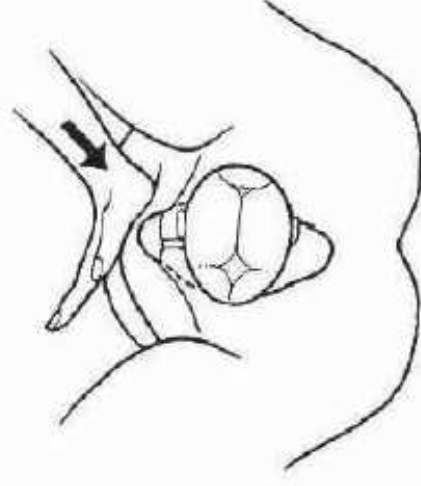
www.gruppogeoemergency.it



Frontal pressure (Mazzanti 1959)



Lateral pressure (Rubin 1964)



gruppogeo

www.gruppogeo.it

L'Episiotomia?

An episiotomy is not always necessary.



gruppogeo

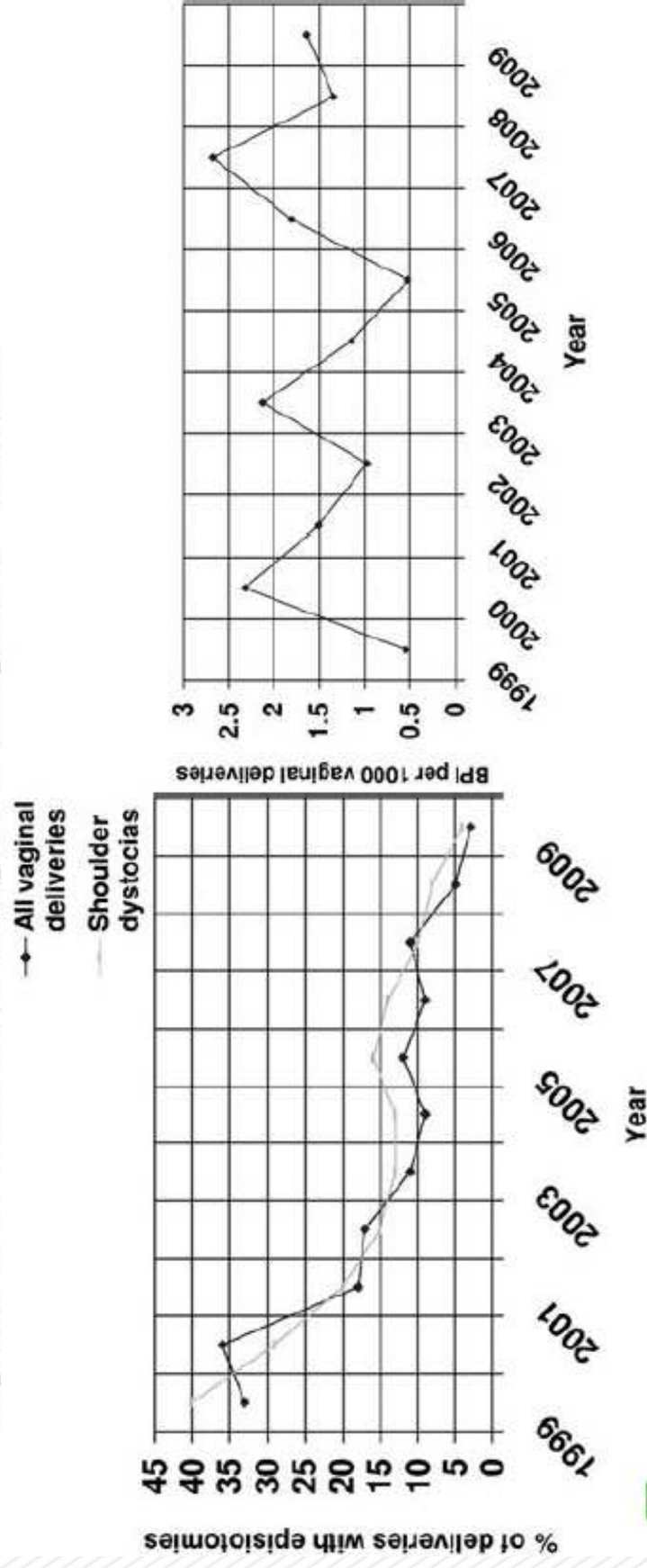
Centro per la Medicina Materna

www.gruppogeo.com/it/it.html

Am J Obstet Gynecol 2004;191:911-6.

L'Episiotomia?

- L'esecuzione dell'episiotomia è stata associata con l'aumento di quasi 7 volte del tasso del trauma perineale severo, senza aver dimostrato alcun beneficio nella riduzione della prevalenza di depressione neonatale o ingiurie del plesso brachiale



gruppogeo
gruppo gestione servizi sanitari
www.gruppogeoassistentia.it

Am J Obstet Gynecol 2011;205:217.e1-3.

Am J Obstet Gynecol 2004;191:911-6.

Le manovre avanzate (secondo livello) dovrebbero essere usate se la manovra di McRoberts e la pressione suprapubica falliscono. la scelta da fare è fra all-fours-position (carponi) e manipolazioni interne.

Poiché non ci sono vantaggi tra:

- Disimpegno del braccio posteriore e
- Manovre interne di rotazione

il giudizio e l'esperienza clinica devono essere usati per decidere il loro ordine.



gruppogeo
gruppo gestisce emergenze ostetriche

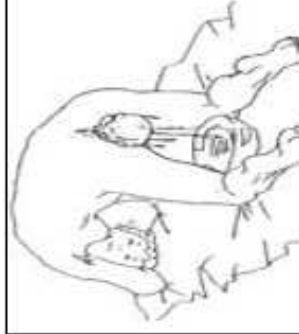
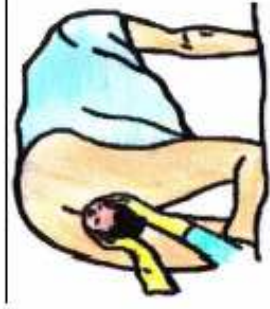
www.gruppogestisceemergenzeostetriche.it

livello di Evidenza III

ALL-FOURS-POSITION (CARPONI)

Consiste nel disporre la paziente adagiata sulle mani e sulle ginocchia

- La paziente è invitata a ruotare dalla sua posizione attuale alla “*CARPONI*”.
- Spesso, la spalla si disimpegnerà durante l'atto di rotazione.
- In più, le forze gravitazionali possono aiutare nel disimpegno delle spalle fetali.



gruppo geo

Gruppo Editoriale L'Espresso | L'Espresso | L'Espresso

www.gruppoeditorialel'espresso.it

Manovre interne



Manovra di avvistamento (Rubin II)



Figure 6. Rubin rotational maneuver (reverse Woods screw maneuver).



Ramsey e colleghi sostengono che questa manovra deve essere effettuata prima della manovra di Woods, perché generalmente la spalla anteriore è parzialmente visibile in caso di distocia



gruppogeo
gruppo geo: un gruppo medico

www.gruppogeo.net/assistenza/

La mano è inserita in vagina, la pressione digitale è applicata alla frazione posteriore della spalla spingendola verso il torace fetale. Ciò ruota le spalle in avanti nel diametro obliquo, più favorevole al disimpegno dell'arto

J Reprod Med 2000; 45: 85 – 8

Manovra di avvistamento (Rubin II)

Rotazione del diametro bisacromiale

Per via vaginale:

Pressione dorsale per far ruotare il diametro bisacromiale verso il diametro obliquo del bacino
(Seconda manovra di Rubin e autori vari)



gruppogeo
Gruppo Geo

www.gruppogeo.com

Disimpegno o abbassamento dell'arto posteriore

Manovra Jacquimier

Approccio ventrale

Inserire una mano nella porzione posteriore della vagina e ruotare ventralmente il braccio nella direzione della spalla anteriore o farlo flettere applicando la pressione sulla fossa antecubitale

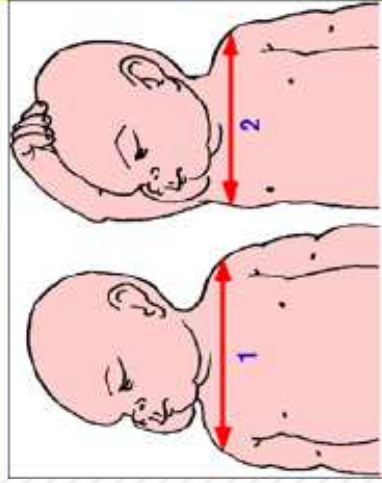
Questa manovra di rotazione tuttavia, può essere difficile da effettuare quando la spalla anteriore è incuneata strettamente sotto la sinfisi pubica. Può quindi essere necessario spingere il feto verso l'alto per facilitare la rotazione.

Sostituendo il diametro bisacromiale con il diametro axilloacromiale o acromio/toracico il, disimpegno del braccio posteriore determina una riduzione del 20% nel diametro della spalla.

Per effettuare il disimpegno del braccio fetale posteriore, la pressione dovrebbe essere applicata vicino alla fossa antecubitale, flettendo così l'avambraccio anteriormente. Il braccio successivamente è tratto verso l'esterno, sopra il torace fetale e disimpegnato dal perineo.

Talvolta è necessario Ruotare il tronco fetale per portare il braccio posteriore anteriormente.

Afferrare e tirare direttamente il braccio fetale, così come l'applicazione della pressione sulla zona mediana dell'omero dovrebbero essere Evitati, perché così è più facile determinare una frattura ossea.



réduction du diamètre bi-acromial (1) en diamètre acromio-thoracique (2) par abaissement d'un des 2 bras



gruppogeo

gruppogeo@gruppogeo.it
www.gruppogeo.it



Disimpegno o abbassamento dell'arto posteriore

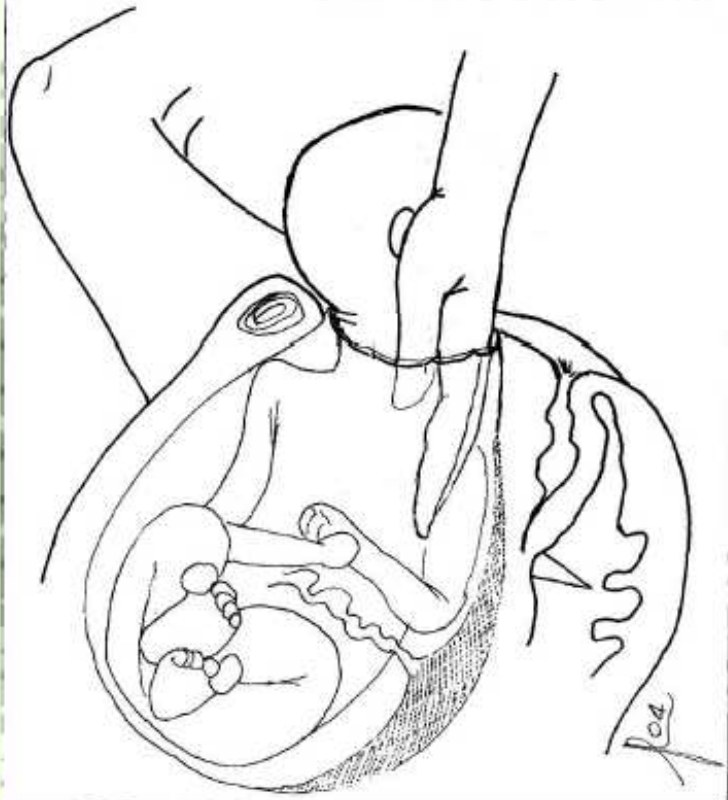


Figura V/19 - Manovra di Jacquemier - Approccio ventrale 1
L'ostetrico inserisce la mano in vagina, scegliendo quella che in atteggiamento intermedio fra pronazione e supinazione presenta il palmo rivolto verso la superficie addominale del feto.

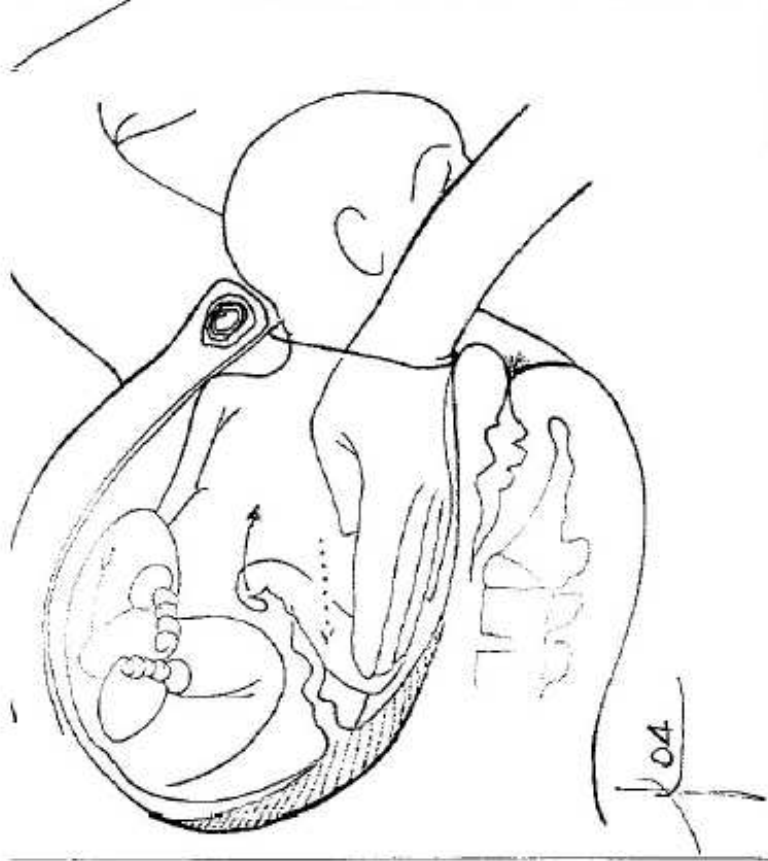


Figura V/20 - Manovra di Jacquemier - Approccio ventrale 2
La mano dell'ostetrico raggiunge il gomito del braccio posteriore del feto ed agisce in modo da far flettere l'umbraccio sul braccio premendo, se necessario, con uno o due dita nelle pieghe del gomito.



gruppo geo
gruppo geo - gruppo geo - gruppo geo

www.gruppo-geo.it

Disimpegno o abbassamento dell'arto posteriore

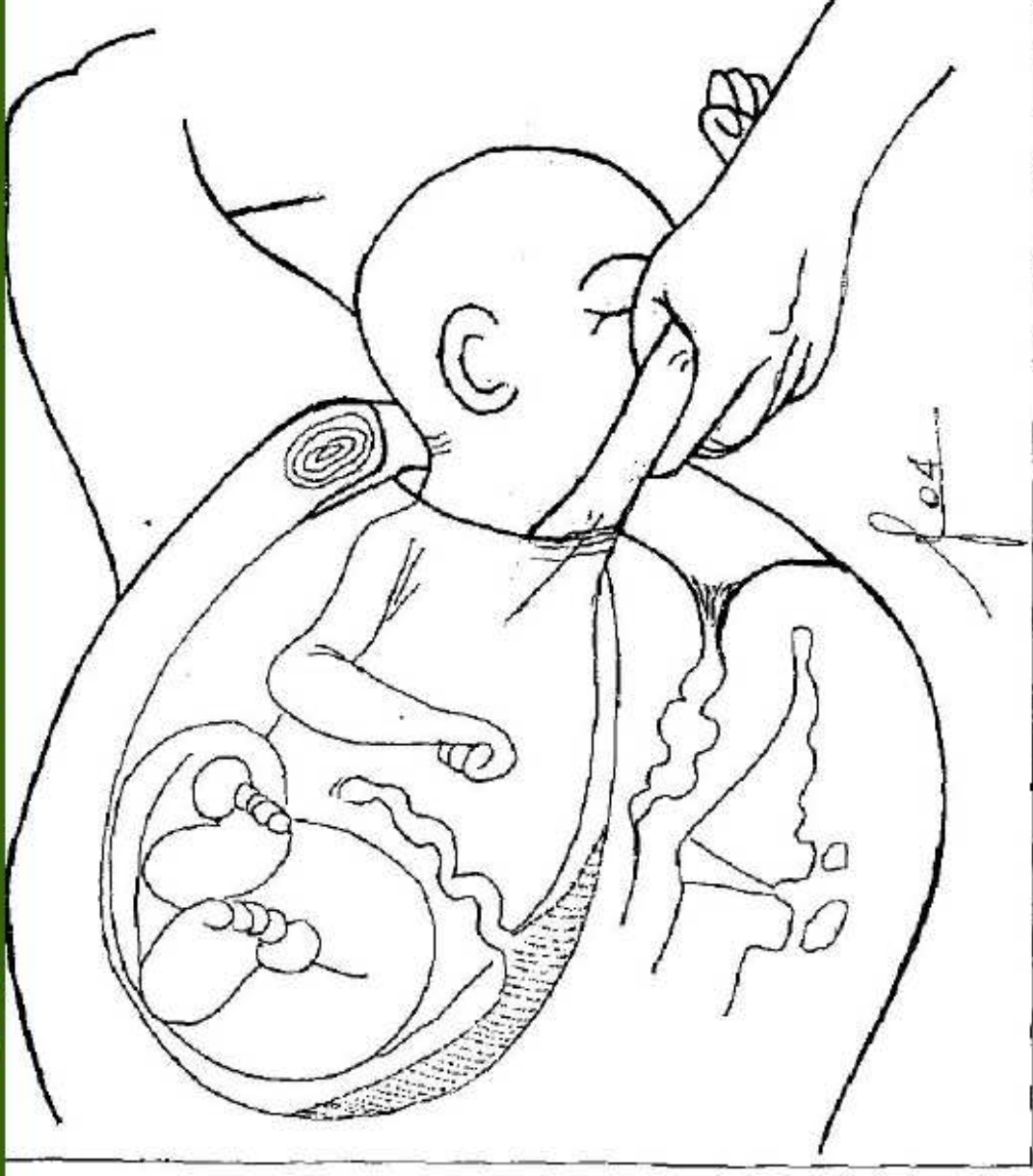


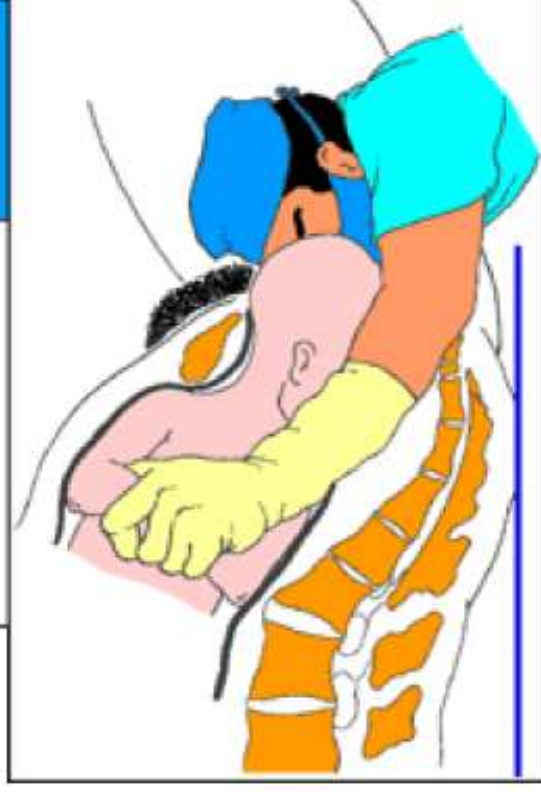
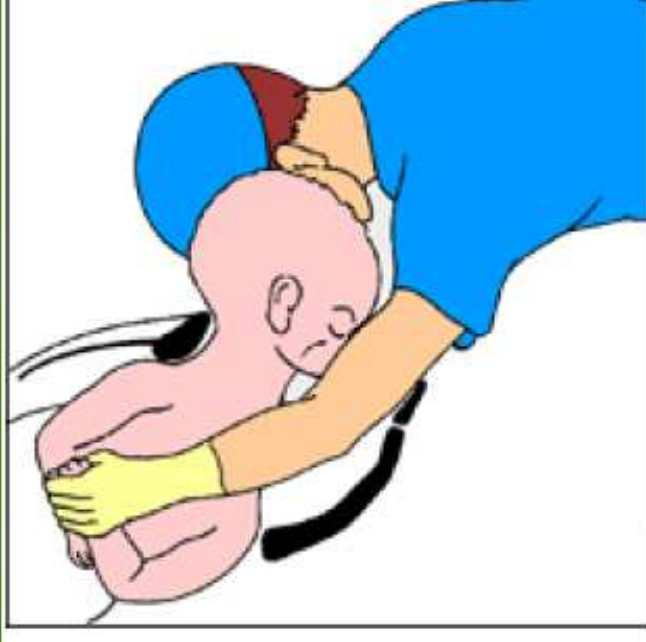
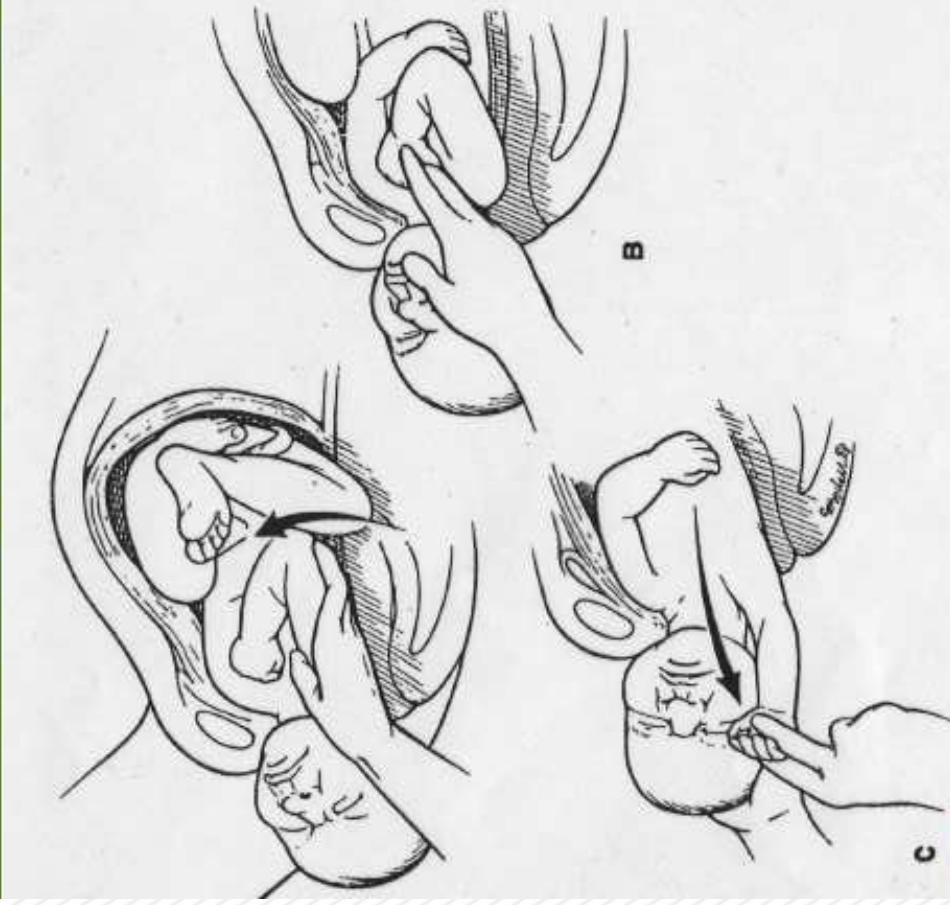
Figura V/23 - Manovra di Jacquemier - Approccio ventrale 5
il braccio fetale posteriore è stato portato all'esterno.



gruppogeo
gruppo geo

www.gruppogeo.it

Disimpegno o abbassamento dell'arto posteriore

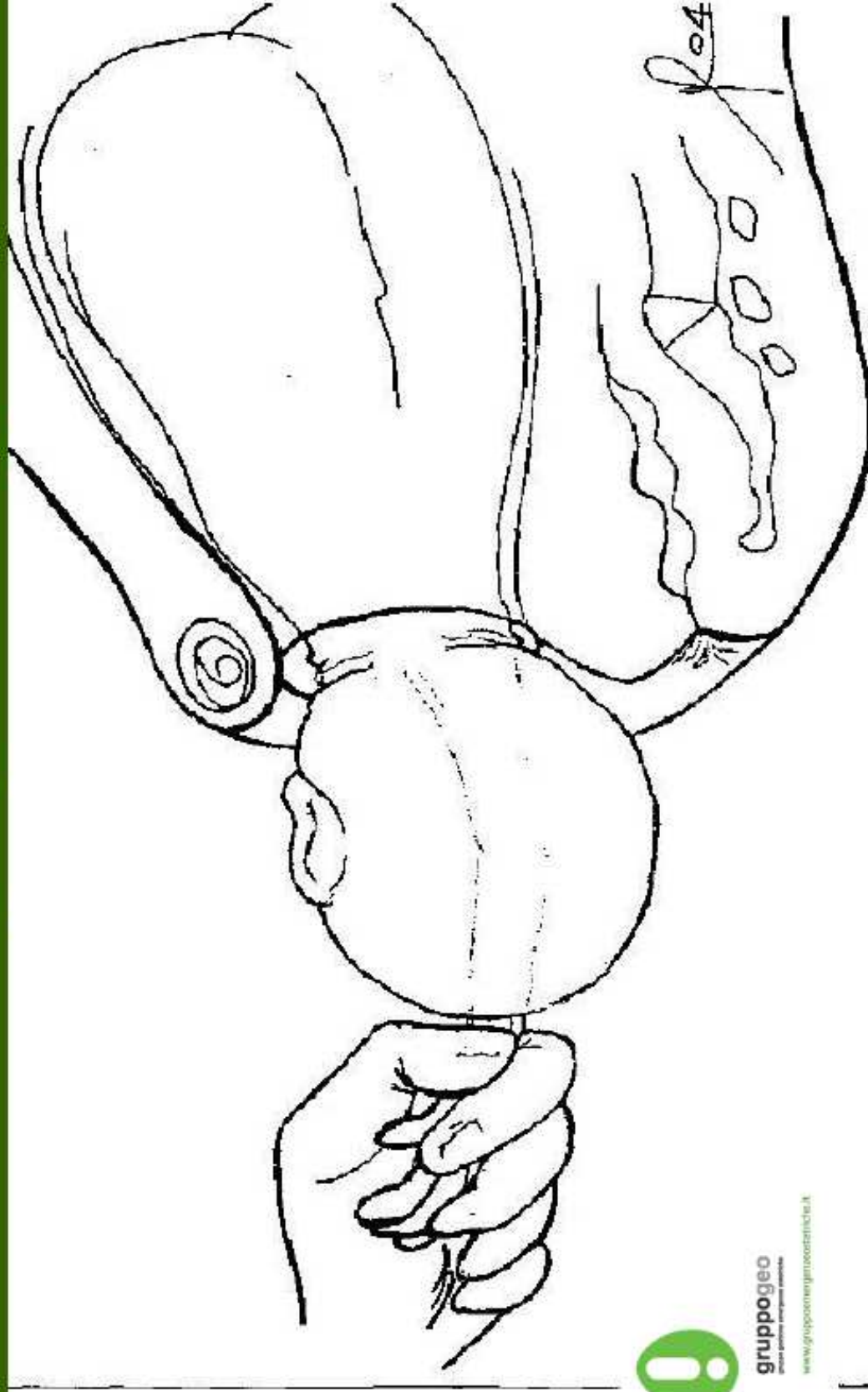


gruppogeo

gruppo per la gestione delle emergenze

www.gruppogeo.gruppogeo.it

MANOVRA DI JACQUEMIER: approccio ventrale



gruppogeo

Gruppo Editoriale L'Espresso

www.gruppogeoeditore.it

Figura V/27 - Manovra di Jacquemier - Approccio dorsale A

Il braccio fetale è stato portato all'esterno. Notare che l'ostetrico ha cambiato la mano operatrice.

MANOVRA DI JACQUEMIER: approccio dorsale

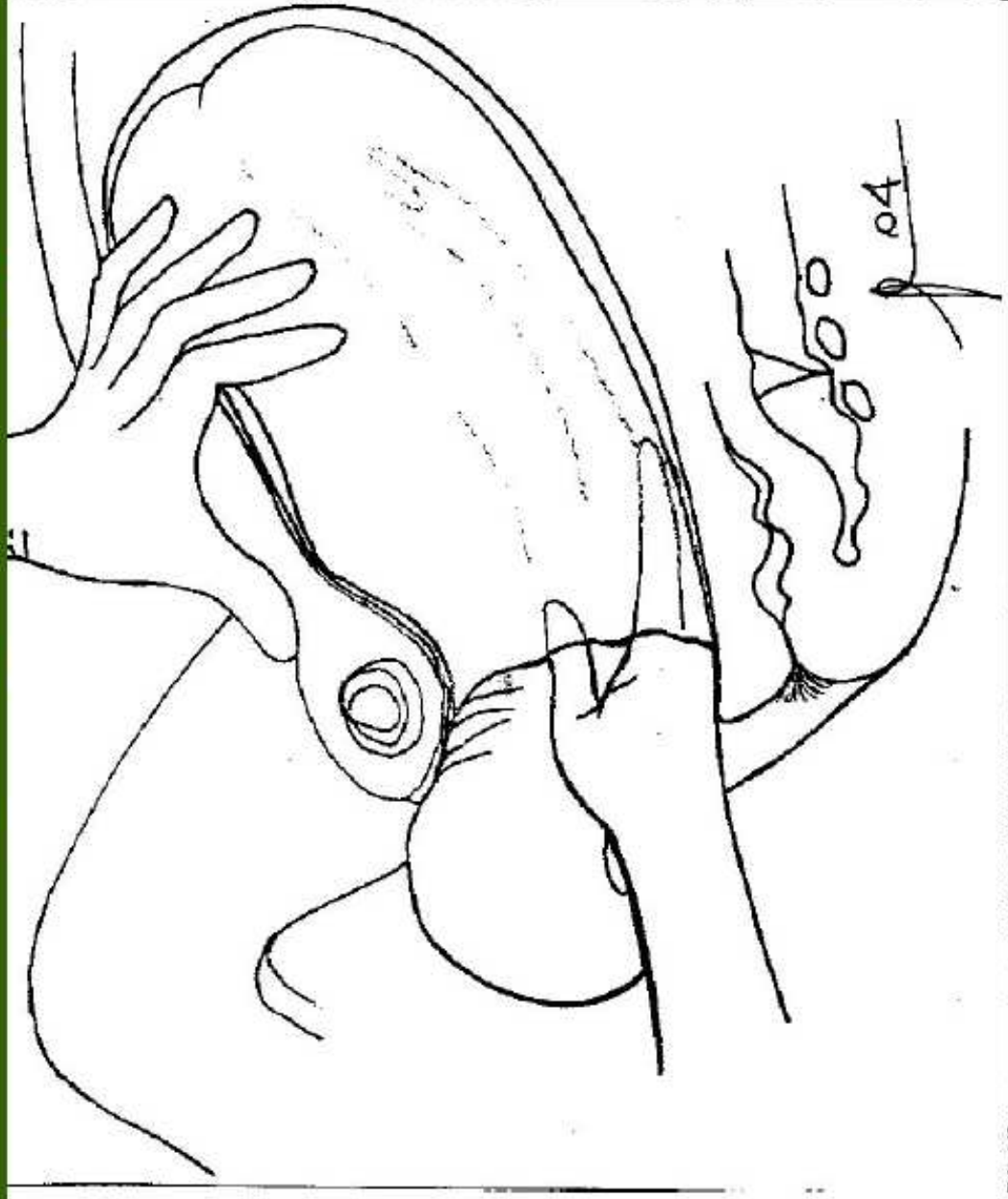


Figura V/24 - Manovra di Jacquemier - Approccio dorsale 1

L'ostetrico con la mano esterna spinge la spalla fetale anteriore verso l'eminenza illeo-pettinea più prossima. Con la mano interna (quella che in atteggiamento intermedio fra pronazione e supinazione presenta il palmo rivolto verso il dorso del feto) inizia a spingere il braccio posteriore del feto verso il piano ventrale del tronco fetale.

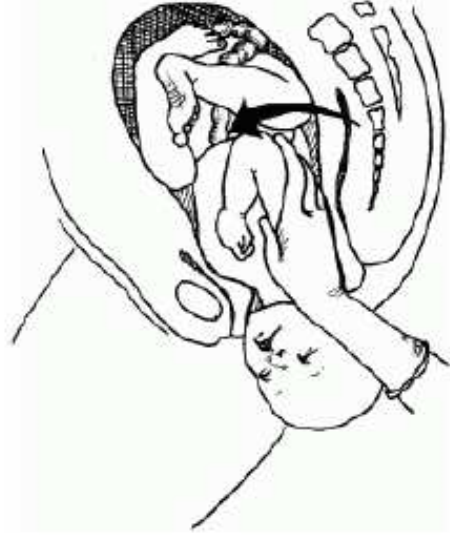
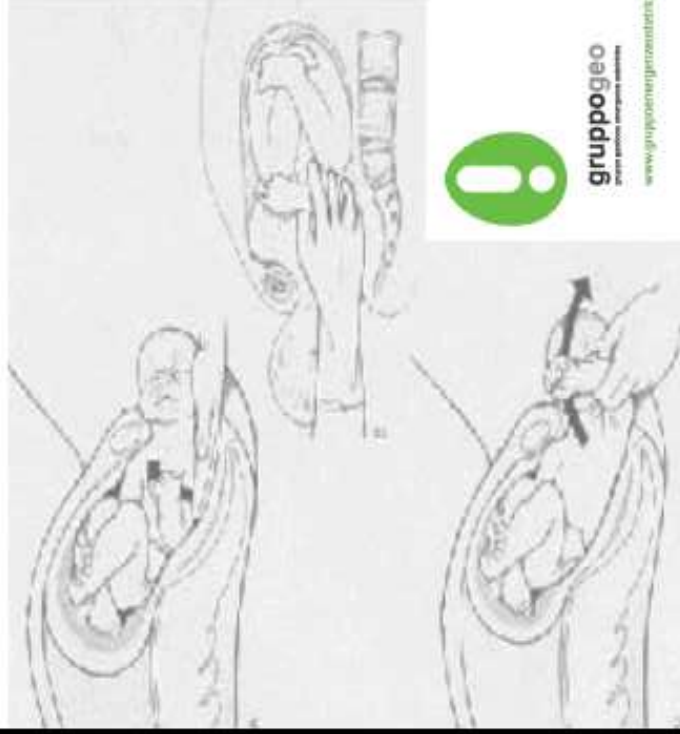


gruppogeo

www.gruppogeo.it

Disimpegno del braccio posteriore

- Il disimpegno del braccio posteriore ha un alto tasso di complicazioni: 12% di fratture omerali in una serie.
- alcuni autori sono favorevoli a questa manovra, specialmente in madri obese.



gruppo geo
gruppo geo
www.gruppo geo.it

Livello di Evidenza III

Manovra di Zavanelli

livello di Evidenza III



gruppogeo

GRUPPO PEDIATRA UNIVERSITÀ DI TORINO

www.gruppogeo.unina.it



Figure 10. The Zavanelli maneuver. Flexion of the head with constant upward pressure on the vertex.

Il riposizionamento dell'estremo cefalico nella pelvi e la seguente esecuzione del TC sono stati descritti, ma i tassi di successo variano al variare dei lavori.

- La manovra di Zavanelli potrebbe essere più adatta per risolvere i casi di distocia bilaterale della spalla, dove entrambe spalle si impattano su sull'ingresso pelvico, anteriormente sopra la simfisi pubica e posteriormente sul promontorio sacrale.
- tuttavia la sicurezza materna di questa procedura è sconosciuta, e questo dovrebbe essere considerato, sapendo che una proporzione elevata dei feti ha un grado di ipossia-acidosi irreversibile in questa fase.

Complicanze materne



- Lacerazioni vagino-perineali di III-IV grado

- Lacerazione cervico-vaginali

- Emorragie del post-partum

- Ematomi del canale del parto

- Atonia uterina post-partum

- Infezioni pelviche post-partum

- Trauma psicologico materno

- Rottura d'utero

- Separazione della sinfisi pubica con dislocamento del ramo destro del pube e neuropatia transitoria materna.

Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 657 – 72.

Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 334 – 6

Complicanze fetali

- GRAVE IPOSSIA → MORTE FETALE
- LESIONI DEL PLESSO BRACHIALE → PARALISI OSTETRICA
- FRATTURA DELLA CLAVICOLA
- FRATTURA DELL'OMERO
- POSSIBILE L'ANOSSIA CEREBRALE FETALE



gruppogeo
pronto soccorso emergenza ostetrica
www.gruppomergenzaostetrica.it

*Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 657 – 72.
Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 334 – 6*

Come difendersi

- Un operatore deve annotare con precisione i tempi e le modalità di intervento
- Le manovre devono essere dettagliate compresi gli eventuali cambi di posizione materna
- Se è stata usata una trazione molto elevata sulla testa fetale questa deve essere descritta insieme alla causa che la ha determinata (per es paura della morte fetale o del danno neurologico o perché le altre manovre non avevano sortito l'effetto desiderato...)
- Se non è stata usata una trazione molto elevata sulla cartella non deve esserci menzione di ciò
- Tutte le manovre rotazionali devono essere applicate alle spalle fetali, non sulla testa...
- Far eseguire un'elettromiografia al neonato subito dopo la nascita
- Inviare la placenta e il funicolo all'esame istologico
- **Per essere condannati non basta la presenza della lesione, si deve dimostrare che vi è stata assistenza sotto gli standard.**



Come difendersi

E' importante registrare all'interno della cartella:

- Il tempo di disimpegno della testa e del corpo
- posizione della spalla anteriore al momento della distocia
- Le manovre eseguite, la loro tempistica e la sequenza
- esame materno perineale e vaginale
- perdita di sangue stimata
- il personale presente e il tempo del loro arrivo
- le condizioni generali del bambino (punteggio Apgar) e la misurazione dei valori acido-base nel cordone ombelicale alla nascita
- la valutazione neonatale del bambino.

È particolarmente importante documentare la posizione della testa fetale al parto, questo facilita identificazione della spalla anteriore e posteriore durante il parto.



gruppo geo

Gruppo Emergency Obstetric and Gynecological

www.gruppoemergencyobstetriche.it



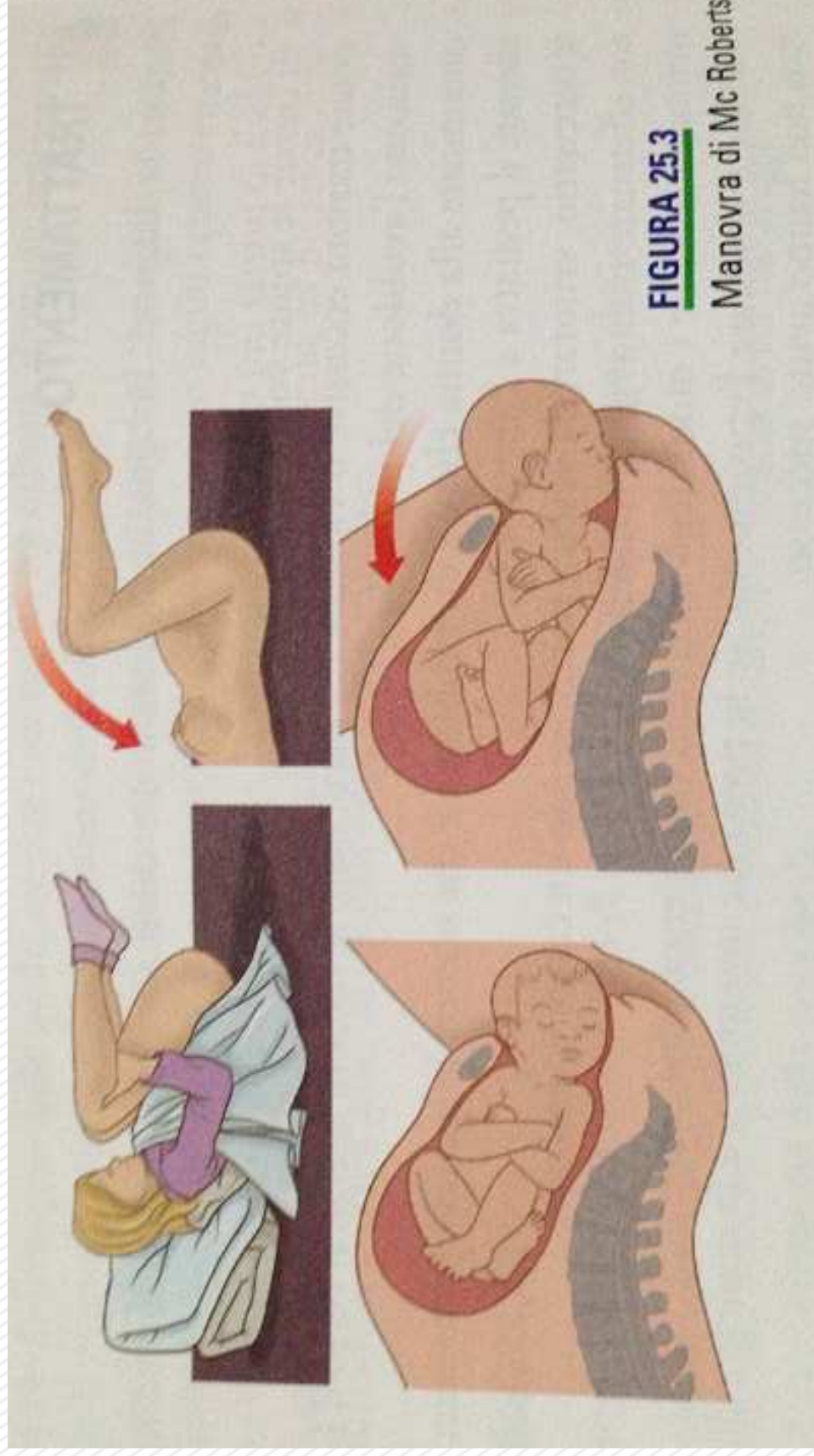
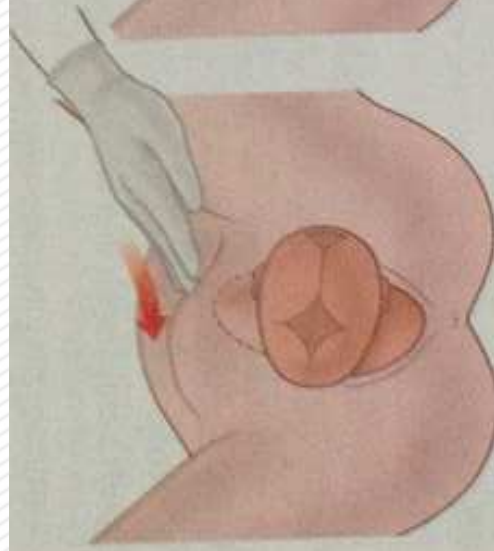
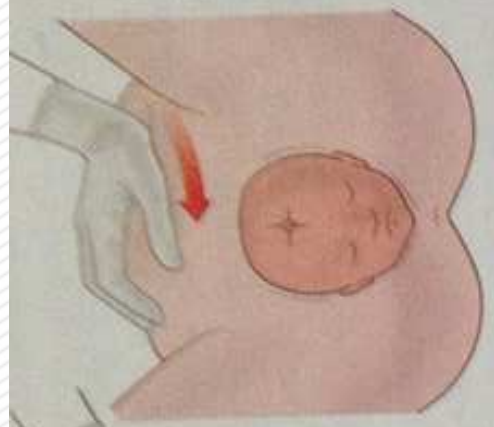


FIGURA 25.3
Manovra di Mc Roberts

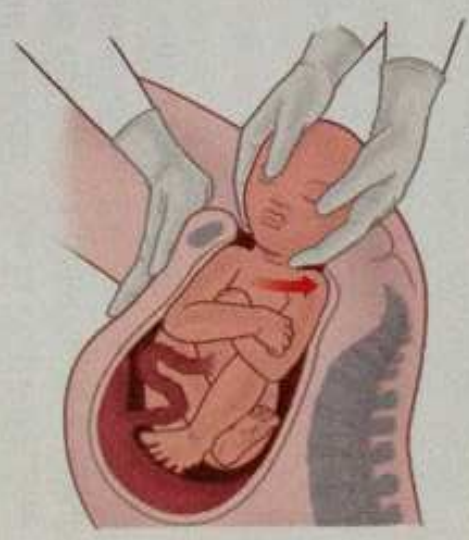




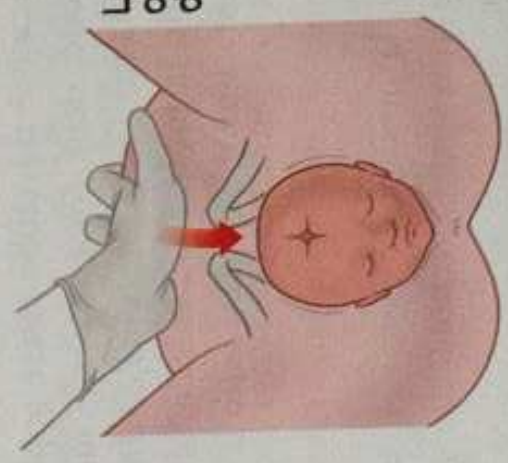
tecnic di Rubin 1
scorretta



tecnic di Rubin 1
corretta



tecnic di Mazzanti
scorretta



tecnic di Mazzanti
corretta

La pressione è esercitata
oltre il margine superiore
della sinfisi

FIGURA 25.4

Pressione sovrapubica effettuata in modo scorretto e corretto nelle varianti Rubin e Mazzanti.

SPECIFICITÀ

Algoritmo per l'assistenza alla distocia delle spalle (Gyneco Aogoi, 2008)

- Far cessare le spinte volontarie della partoriente
- Cessare subito le trazioni e le Kristeller
- Chiamare aiuto
- Allertare pediatra e anestesista
- Svuotare la vescica
- Una persona deve annotare i tempi e i modi degli interventi

Approccio in tre passi

Primo passo: Applicazione combinata della manovra di McRoberts e della pressione sovrapubica

Secondo passo: Seconda manovra di Rubin, Manovra di Jacquemier approccio dorsale e ventrale, disimpegno dell'arto posteriore contro ruotato dorsalmente

Terzo passo: Manovra di Zavarelli (cesareo)