

UNIVERSITATEA DE VEST

„VASILE GOLDIS ”

ARAD

REFERAT OBSTETRICA

TEMA: **DIRIJAREA TRAVALIULUI**

STUDENT ANUL III – MOASE

CURS DE ZI

LEBEDEV A. ELENA - CRISTINA

DIRIJAREA TRAVALIULUI

DEFINITIA TRAVALIULUI - aparitia contractiilor uterine dureroase (cel putin 2 in 15 minute) sistematizate insotita de stergerea si dilatatia colului(cel putin 2 cm).

Dilatatia progresa in mod normal cu 1 cm/ora la nulipare si 1,2 cm/ora la multipare

ATITUDINE INTRAPARTUM

- S -examinari cervicale
- R -asigurarea confortului
 - hidratare orala
 - mentinerea echilibrului HE prin PEV
 - schimbarea pozitiei parturientelor
- O - controlul durerii - analgezie parenterala
 - analgezie epidurala
- S - inregistrarea progresiunii travaliului in partograma
- S – starea membranelor
- S - monitorizarea cordului fetal
- O – pH scalp fetal
- O - amniotomie pentru scurtarea duratei travaliului
 - contraindicatiile amniotomiei sunt :
 - prezentatie mobila
 - dilatatia mai mica de 4 cm

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC

- batai anormale ale cordului fetal – suferinta fetala acuta/cronica (cu semnele lor clinice si paraclinice)
- sangerare
- prezentatia pelviana
- prezentatie transversala sau craniana deflectata

- malformatie congenital a cordului fetal cunoscuta
- IUGR
- patologii materno asociate ce contraindică travaliul (afecțiuni congenitale cord matern, DZ matern, LES matern etc)
- sarcină multiplă
- mare multipară
- oligoamnios
- sarcină prelungită cronologic
- lichid amniotic meconial

MANAGEMENTUL TRAVALIULUI

1 - monitorizarea stării mamei

S - TA, puls, temperatură, diureză

S - examen obstetrical complet în sala de nașteri

S - cateterizarea unei cai venoase

S - trebuie monitorizat caracterul contracțiilor uterine

S - trebuie monitorizată progresiunea dilatației

S - trebuie monitorizată progresiunea prezentației

S - trebuie monitorizată poziția fătului

R - se recomandă monitorizarea progresiunii travaliului prin examinări vaginale strict necesare , la 3 ore, cu respectarea normelor de asepsie și antisepsie)pentru a minimaliza riscul de corioamniotită).Examinarea vaginală se va repeta de câte ori o va impune starea mamei sau a fătului.

2 - monitorizarea stării fătului

S Va fi monitorizată frecvența cordului fetal la fiecare 15 minute, în special în timpul contracției și imediat după aceasta, la pacientele cu risc scăzut.

S Monitorizarea electronică continuă – în cazul sarcinilor cu risc crescut

AUGUMENTAREA TRAVALIULUI

FAZA I

Administrare de medicatie ocitocica

R - se recomanda sa se inceapa cu 1mUI/min(2 picaturi/min) si se creste cu 2 mUI/min (4picaturi /min) la fiecare 10 minute pana la obtinerea unor contractii uterine eficiente

R - optimizarea contractiilor uterine si scurtarea travaliului presupune

- RAM precoce

- TV din ora in ora

- diagnosticul precoce al lipsei de progresiune (dilatatia avanseaza cu mai putin de 1cm/ora)

- doze mari de ocitocina: se incepe cu 4mUI/min (8 picaturi/min) si se creste cu 4-6 mUI/min (8-12 picaturi/min) la fiecare 15 minute pana se obtin contractii uterine eficiente.

- aceasta atitudine activa scurteaza mult prima etapa a travaliului si reduce riscul de infectie materna si rata operatiilor cezariene.

S - lipsa de progresiune a fazei I (dilatatie sub 4 cm sau progresiunea dilatatiei cu mai putin de 1 cm/ora in prezenta contractiilor uterine eficiente) constituie abatere de la travaliul fiziologic si indicatie de terminare a nasterii prin operatie cezariana, daca distocia nu se corecteaza.

TRATAMENTUL LIPSEI DE PROGRESIUNE A TRAVALIULUI

1. Progresiunea dilatatiei cu mai putin de 1 cm pe ora, 2 ore consecutive impune management activ:

S - evaluare cervicala la 1 ora

S - evaluarea potentialelor cauze: CUD ineficiente intr-un interval de 2 ore

S - ruperea artificiala a membranelor (daca nu exista contraindicatii)

R - asigurarea unei analgezii adecvate

S - augumentare ocitocica

S -in timpul administrarii de medicatie ocitocica trebuie monitorizate clinic sau electronic permanent atat BCF cat si contractile uterine.

Hiperstimularea uterina este definita astfel:

- CUD ce dureaza mai mult de 90 secunde

Sau

- mai mult de 5 contractii/10 minute

Conduita in hiperstimularea uterina este:

R - schimbarea pozitiei mamei

R - administrare oxygen

S - diminuarea pina la oprire a PEV ocitocice pana la revenirea CUD la normal

R - la nevoie administrarea de medicatie antispastica musculotropa sau tocolitica

- adm.ritrodina sau tertbutalina sc.

S Operatia cezariana se va efectua in lipsa de progresiune pentru 2-4 ore cu dinamica uterina eficienta , obtinuta prin doza maxima ocitocica permisa A

S Terapia ocitocica in travaliu este contraindicata in urmatoarele situatii :

la marile multipare

uter cicatricial

membrane intacte

prezentatie pelviana, cu exceptia travaliului avansat

distocii materne sau fetale

placenta praevia.

2.Lipsa de progresiune a prezentatiei = coborarea prezentatiei cu mai putin de 1cm pe ora.

Atitudine activa ;

S Examinari cervicale la 15minute, pentru evaluarea coborarii si rotatiei fatului

S Evaluarea eficientei CUD

R Schimbarea pozitiei mamei si a pozitiei fatului

S Evaluarea echilibrului hidric

S Augmentarea ocitocica a fazei II este contraindicata

S Se va lua in calcul nasterea instrumentala sau cezariana, in functie de situatia locala ,
abilitatea obstetricianului si acordul pacientei.

BIBLIOGRAFIE

- 1.National Institute for Clinical Excellence, UK - Intrapartum Care Guideline,june 2006
- 2.Institute for Clinical Systems Improvement - Management of Labour.Bloomington, oct.2005
- 3.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UK - The Use of Electronic Fetal Monitoring Clinical Guideline , 2006
- 4.The Royal and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists - Intrapartum Fetal Surveillance Clinical Guidelines , 2006