

**RACCOMANDAZIONI E BUONE
PRATICHE TECNICO PROFESSIONALI
PER L'ASSISTENZA
ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO
E AL NEONATO NEGLI INTERVENTI
DI COOPERAZIONE SANITARIA
INTERNAZIONALE**



La formazione del personale: aspetti ostetrici

G.Peruzzi 14 giugno 2017

Perché nel 2017 parlare di formazione del personale in campo ostetrico nei progetti di cooperazione?

Mig
pur
fat

e
forzi

er 2016

“M
the
the

present
ential for

et
,

TA
WI

Lee J



Morte materna

Morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal parto, indipendentemente dalla sua durata e dalla sede, per cause correlate o aggravate dallo stato gravidico o dall'assistenza ricevuta, escluse cause accidentali e incidentali

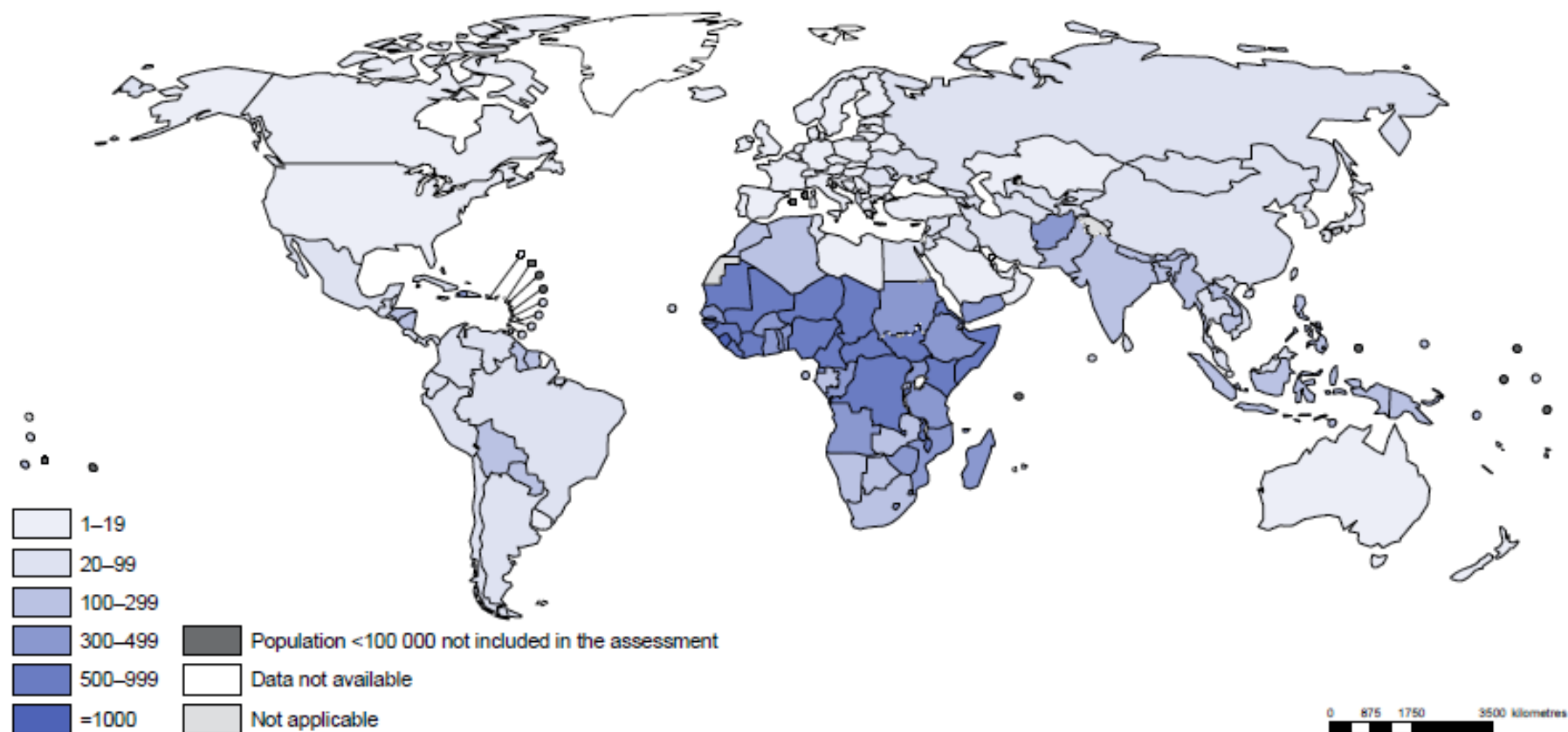
MMRatio= morti materne /100.000 nati vivi

MMRate= morti materne/100.000 donne dai 15 ai 49 anni

MM lifetime risk= probabilità di morire per cause legate alla gravidanza durante la vita riproduttiva di una donna

MMR nel mondo 216/100.000

Figure 1. Maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100 000 live births) 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

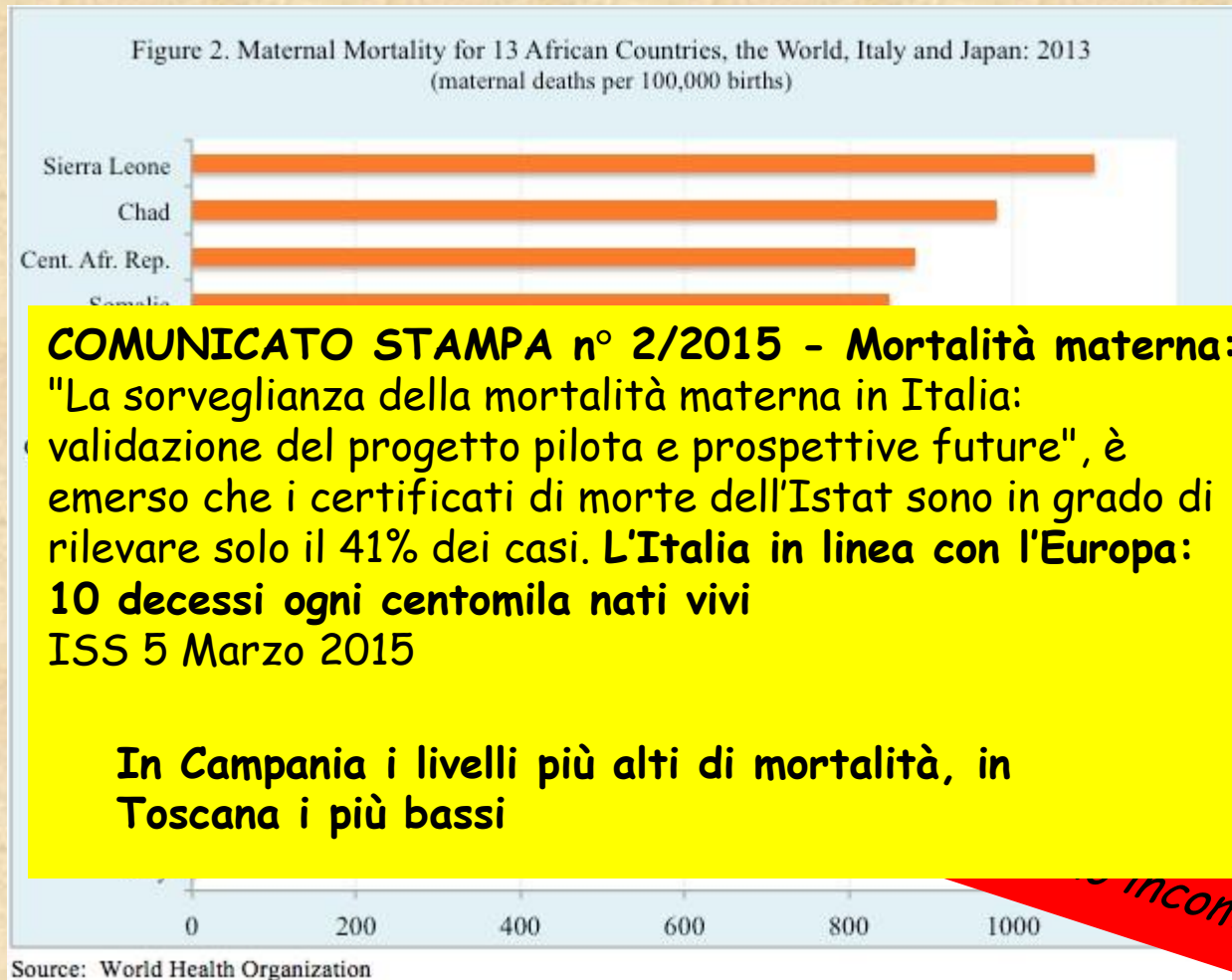
Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and
Information Systems (HSI)
World Health Organization

0 875 1750 3500 kilometres



© WHO 2015. All rights reserved.

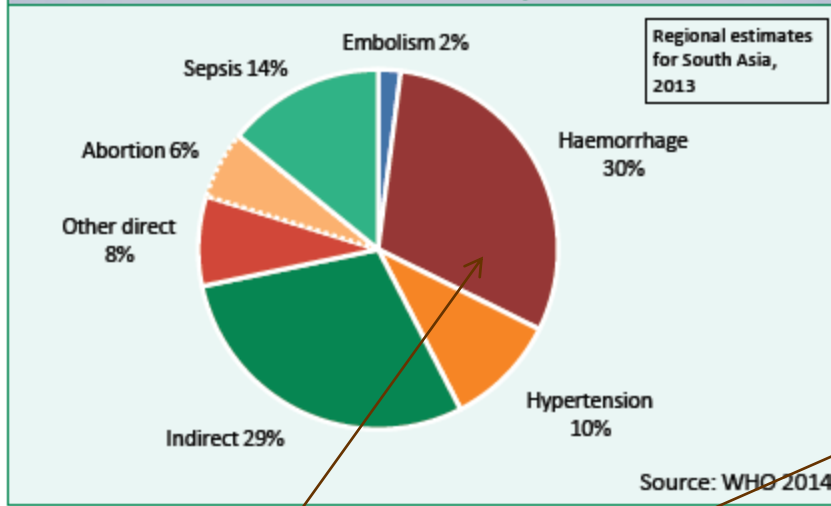
MMR nel mondo 216/100.000



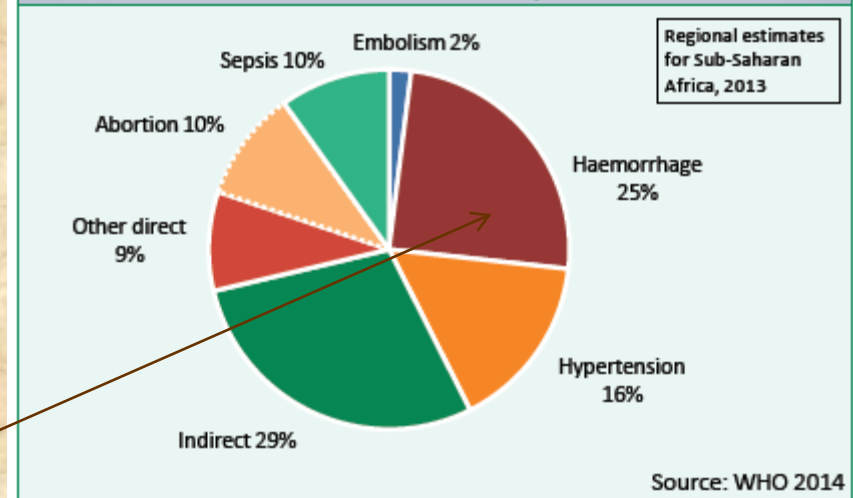
80%
scite
no in paesi
ti della
materna
ono o
incompleti

Perché muoiono le donne?

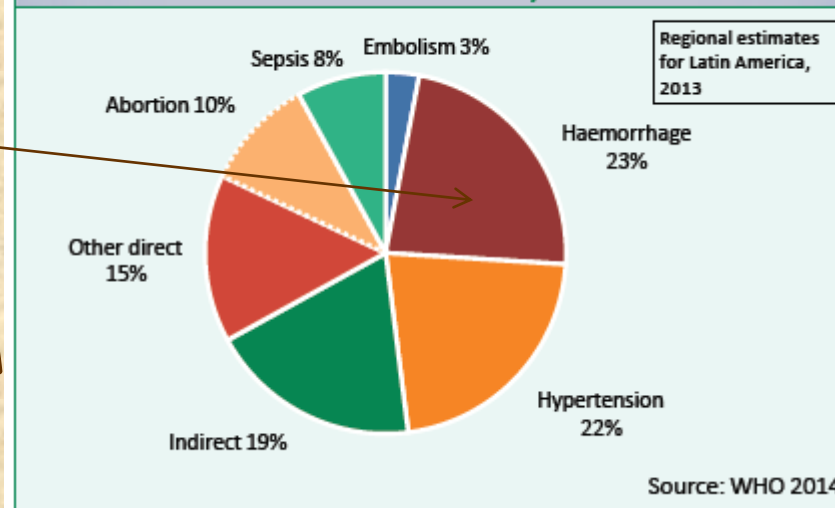
Causes of maternal deaths, 2013



Causes of maternal deaths, 2013



Causes of maternal deaths, 2013

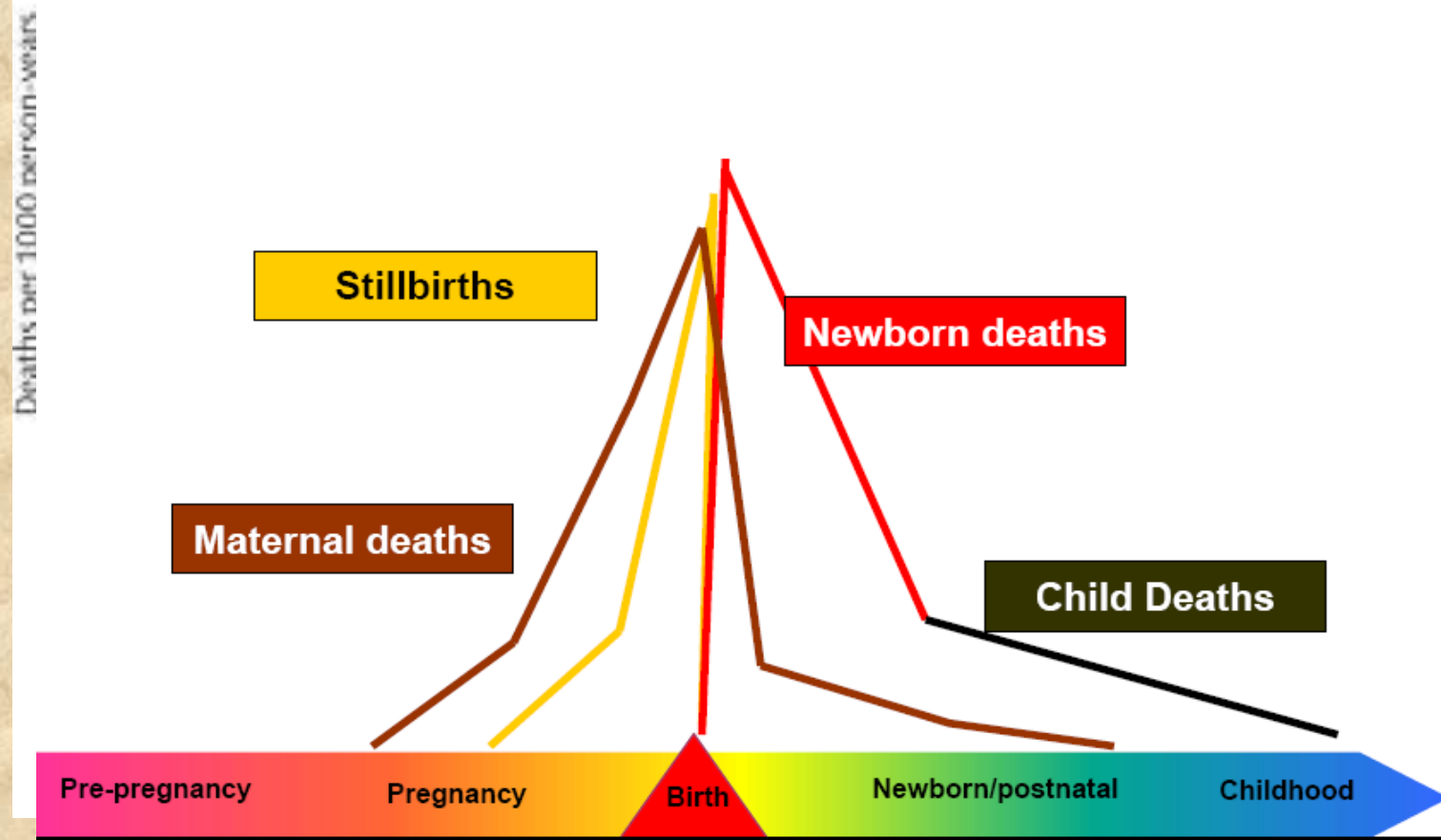


Emorragia

80% post partum

Quando muoiono le donne?

Risk of mortality peaks around birth



Dove muoiono le donne



40% prima di
entrare in contatto
con l'ospedale



la strada per l'ospedale



15% subito
dopo il parto

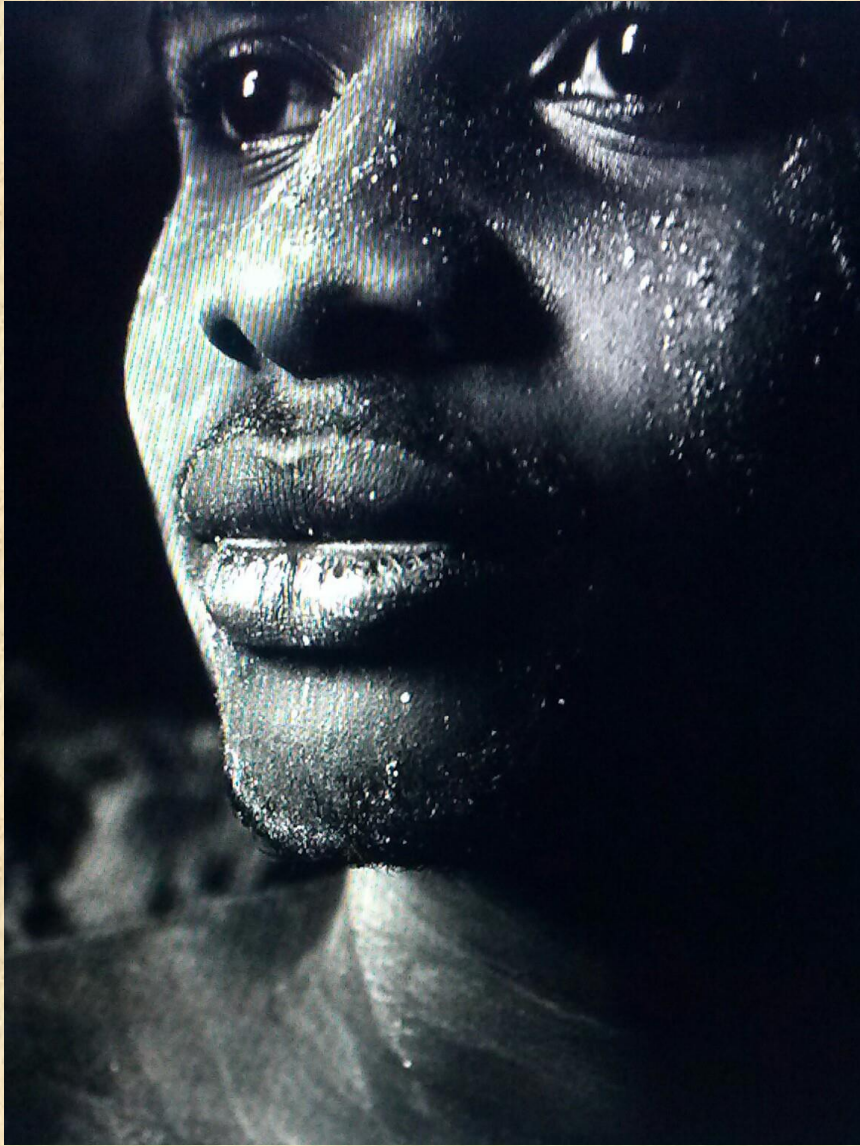
**Ancora 60 milioni di donne
partoriscono a casa!**



Il resto in ospedale (37%)

Morbilità materna

Ogni allontanamento soggettivo od oggettivo da uno stato di benessere fisico o psichico durante la gravidanza, parto, post partum.



Rapporto fra Mortalità e Morbilità materna

1 a 20

Per ogni donna che
muore 20
hanno seri problemi e a
volte postumi
invalidanti

Fistola ostetrica più di 7500 nuovi casi l'anno
Nei paesi fragili complica 4 gravidanze su 1000

La lotta per la salute materna DEVE partire
dalla comunità, dalle infrastrutture e
dalle strutture sanitarie

Con
CONTINUITÀ DI CURA

Cosa sarebbe bene fare

Formazione

Supervisione

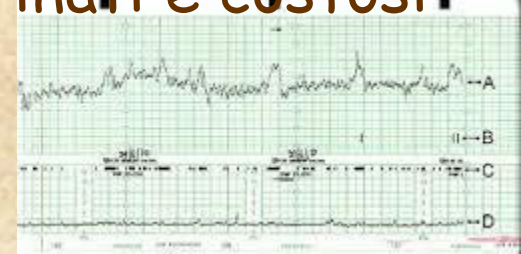
Supporto

A tutti i livelli

Cosa siamo abituati ad utilizzare



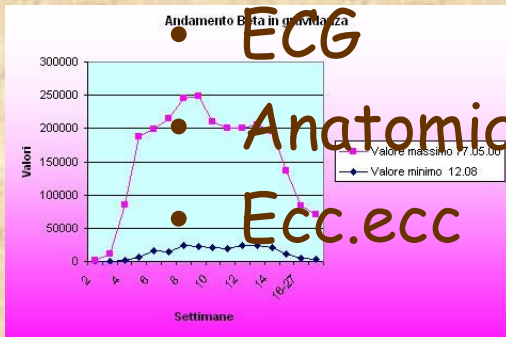
- Esami emato-chimici anche super raffinati e costosi.
- Ultrasuoni (ecografia)
- Cardiotocografia
- Farmaci super raffinati (e costosi)
- Specialisti
- TAC, Risonanza



• ECG

• Anatomia Patologica

• Ecc.ecc



Cosa abbiamo nei paesi "fragili"

- La parola (anamnesi)
- Le mani (palpazione, percussione, ispezione)
- Esami emato-chimici semplici
- Strumenti semplici (stetoscopio, sfigmomanometro, bilancia, metro)
- Ecografo (?!?!)
- Cartelle antenatali
- Partogramma
- Registri



Cause principali di morte in gravidanza

1) *Emorragia*

*Antepartum : placenta previa
distacco di placenta*

*Postpartum : atonia uterina
problemi con il
secondamento
lacerazioni*

2) *Parto prolungato (+ di 12 h) e/o ostruito*

(sproporzione feto pelvica, presentazioni anomale)

3) *Sepsi puerperale*

4) *Complicazioni post aborto (emorragia e sepsi)*

5) *Pre.eclampsia severa-eclampsia*

6) *Rottura di utero*

7) *Gravidanza extrauterina*

MDOC

Major direct
obstetric
complications

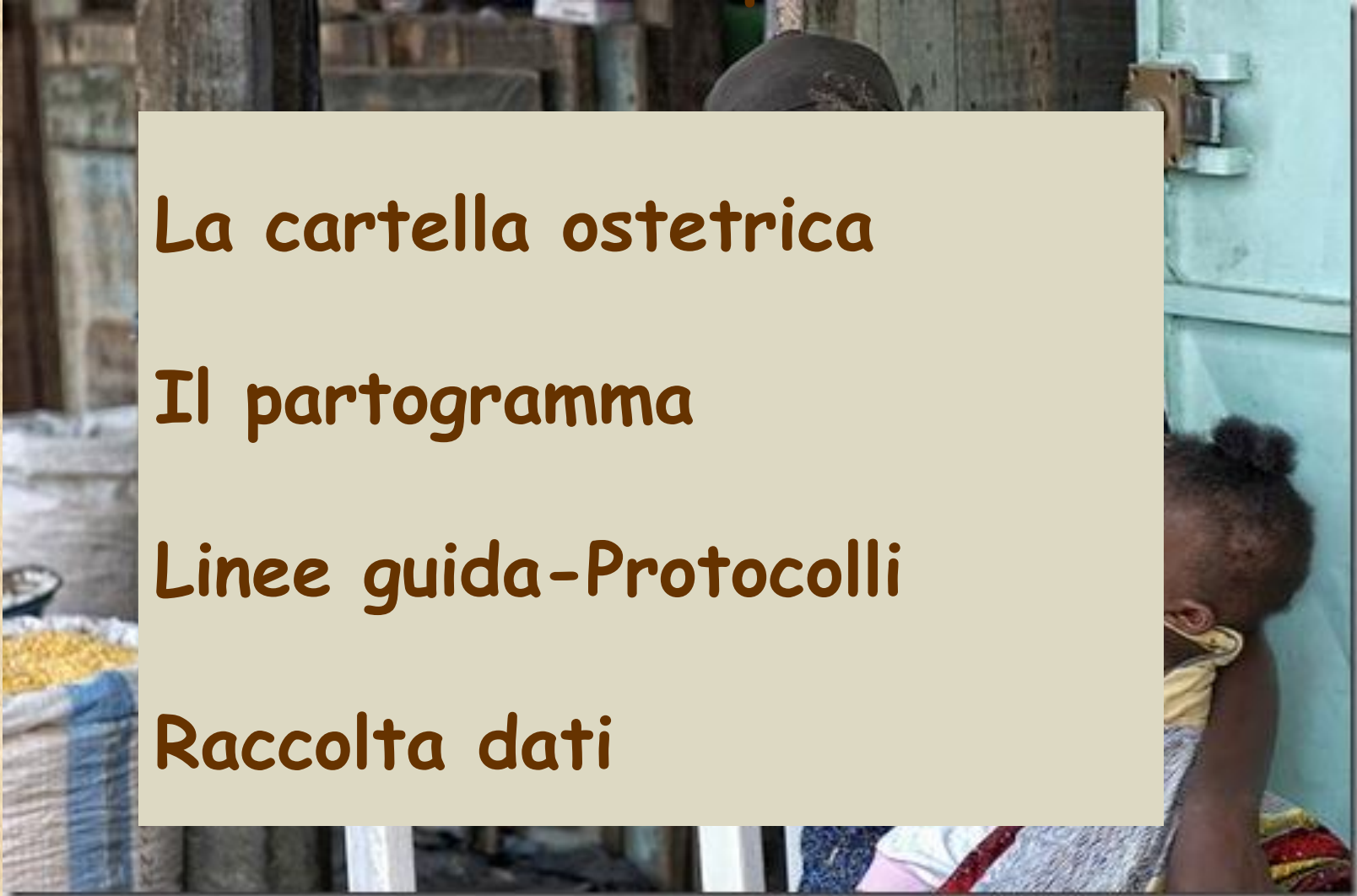
Interventi di provata efficacia che abbiamo ovunque

La cartella ostetrica

Il partogramma

Linee guida-Protocolli

Raccolta dati



La cartella ostetrica



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

FICHA PRÉ-NATAL

UNIDADE SANITÁRIA _____

Nome _____

Data de Emissão Processo / NID _____

B. I. (Nº ARQ., DATA) _____

Data nasc. / Estado / sexo / Raça _____

Profissão _____

LOCAL DE TRABALHO _____

Naturalidade _____

Residência/Telef. _____

Filiação _____

Gesta ☐	Abortos ☐	Nados vivos ☐
	Nados mortos ☐	Vivos actuais ☐

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Partos anteriores com forceps ou ventosa ***

Complicações hemorrágicas em mais de 2 partos? ***

Remoção manual da placenta em mais de 2 partos? ***

Nº de cesarianas (No último Parto? Sim / Não) ***

Primigesta com altura inferior a 1,5 metros? ***

Primigesta com idade inferior a 16 anos? ***

Idade superior a 35 anos **

Teve 6 ou mais partos **

Última gravidez: Nado morto? **

ou R. N. falecido durante a 1ª semana? **

Teve 2 ou mais abortos? 2 ou mais nados mortos? **

Teve R. N. com mais de 4 kilos? **

Teve T. A. alta ou edemas nas gestações anteriores? **

Teve convulsões nas gestações anteriores? **

Teve convulsões na ausência de gravidez? *

Tem muita fome, sede e urina muito? *

Tem disúria e polaquúria? *

Tem tosse e expectoração há mais de três semanas *

Tem tuberculose e está em tratamento? *

***** Cuidados de Saúde Terceários**
Planear parto no H. Central ou Provincial

**** Cuidados de Saúde Secundários**
Enviar à consulta de Obstetria de Hospital Geral ou Rural

*** Cuidados de Saúde Primários**
Enviar à consulta do médico ou técnico de medicina do Centro de Saúde

Análises: - V. D. R. L. Negativo ☐ Positivo ☐ * Data ____/____/____

Hemoglobina (se menos de 8 gr. %) _____ * Data ____/____/____

Grupo sanguíneo (primigestas) ☐ Se Rh negativo ☐ **

CASOS A ENVIAR DE IMEDIATO A CONSULTA MÉDICA OU A EVACUAR PARA O HOSPITAL RURAL; GERAL OU PROVINCIAL

- Hemorragias evidentes e abundantes, (no 3º trimestre não fazer toque, pois pode ser placenta prévia)
- Cefaleias fortes, perturbações da visão, dor epigástrica forte, ou convulsões no 3º trimestre (pré-eclâmpsia; eclâmpsia)
- Dor abdominal aguda e violenta (apendicite aguda, ou rotura uterina, etc.)
- Rotura da bolsa de águas com mais de 24 horas.

La cartella ostetrica

Data provável do parto _____/_____/_____

Piperazina _____ 1ª dose ____/____/____
 Vacina A. Tetânica: (5º mês)
 Mebendazol _____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____
 (7º mês) (Puerperio)

22

OBSERVAÇÕES DA MATERNIDADE

Data do parto ____/____/____ Aborto ☐ Nado morto ☐ Nado vivo ☐
 Tipo de parto _____ Se distócico porquê? _____
 Duração do trabalho de parto na Maternidade _____ Apresentação _____
 Recém nascido: sexo _____ Peso ao nascer _____ Perímetro cefálico _____
 Anomalias _____ Reanimado? _____
 Peso do R. N. à data da alta _____ Alimentação do R. N.: materna, mista, artificial? (sublinhe)
 Profilaxia ocular _____ BCG _____
 Puerpério: normal, febril, hemorragias, (sublinhe) _____ Estado do períneo _____
 Maternidade _____ Data da Alta _____ de _____ de _____
 Assinatura _____

Partogramma

E' un foglietto, serve per seguire il travaglio, identificare un problema, un rallentamento, trasferire, intervenire.

Non perdere tempo!

Tempo →

Name	Gravida	Para	Hospital number
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours
200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 Fetal heart rate			
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Cervix (cm) [Plot X] Hours Descent of head [Plot O] Hours Time			
5 4 3 2 1 Contractions per 10 mins			
5 4 3 2 1 Oxytocin U/L dropalmin			
5 4 3 2 1 Drugs given and IV fluids			
180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 Pulse ● and BP ▲ ▼			
38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Temp °C			
protein acetone volume Urine			

feto

Dilatazione
Discesa p.p

Contrazioni

Farmaci

Condizioni
materne

Perchè non perdere tempo?

- Travaglio troppo lungo → esaurimento dell'utero → inerzia → emorragia → **morte**
- Travaglio troppo lungo → parto ostruito → sepsi/rottura d'utero → **morte**
- Rottura delle membrane → troppo tempo → sepsi → **morte**

Linee guida



MINISTRY OF HEALTH
P. O. Box 84 Kigali
www.moh.gov.rw

GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Ministry of Health



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

NORMES DE LA ZONE DE SANTE RELATIVES AUX
INTERVENTIONS INTEGREES DE SANTE DE LA MERE,
DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



VOLUME 1

SOINS OBSTETRICAUX
ESSENTIELS

REPÚBLICA
MINISTÉRIO
DE LA SAÚDE
DIVISÃO DE LA SAÚDE



SOINS ESSENTIELS
MANUEL TECHNIQUE

USAID/SEN
Fév



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao
Recém-nascido e às principais Complicações
Obstétricas e Neonatais



Maputo, Agosto de 2011



INTERNAL, NEWBORN, CHILD
HEALTH (RMNCAH)
FRAMEWORK

Ministry of Health
Kenya
31, 2016

Protocolli



Hospital da Missão Católica do Chiulo

Hemorragia pós-partum

Antes de chamar o médico ou na espera do médico

- Avaliar os sinais vitais
- Algaliar
- Canalizar 2 veias
- Remover os restos placentários
- 1 amp.de Ocitocina diretamente na veia
- Soro 500 ml com 2 amp.de ocitocina rápido
- Noutra veia 500 ml de soro Ringer rápido
- 4 comprimidos de Cytotec por via rectal

Profilaxia da hemorragia pós-parto imediata

Oxitocina i.m. 10 U.I (1 amp) 1 minuto após o nascimento do bebé, antes da dequitação. Precisa-se excluir a presença de gêmeos.

Devono partire da linee guida validate e riconosciute

Vanno studiati e ritagliati sulla situazione in cui andranno utilizzati

Vanno presentati, condivisi, discussi con coloro che lo utilizzeranno, ed eventualmente modificati

Devono essere accettati da tutti

La formazione deve essere fatta in modo più capillare possibile partendo dalla periferia, valorizzando le figure locali e considerando che secondo il livello sono diverse le cose da condividere e/o insegnare.



A livello della
comunità, nei
villaggi....



Formazione
di
operatori
di base



Formazione
ostetriche
tradizionali



che....

Sappiano parlare con le donne

Sappiano consigliare quando è meglio iniziare una gravidanza

Sappiano riconoscere quali sono i bisogni e le necessità di una gravida

Sappiano riconoscere i segnali di pericolo in gravidanza

Sappiano consigliare quando è meglio rivolgersi ad un centro di salute.

Sappiano consigliare il luogo del parto.

Sappiano riconoscere quando attivarsi durante il parto.

12 14:05



A livello delle strutture sanitarie periferiche

Formazione di personale capace di:

- Riconoscere fattori di rischio preesistenti o al loro insorgere (clinica antenatale, partogramma...)
- Usare antibiotici e anticonvulsivanti (x sepsi e preeclampsie)
- Fare il trattamento attivo del secondamento (prevenzione emorragie)
- Fare una revisione cavità uterina (ritenzione di placenta, aborto)
- Assistere il neonato
- Fare attenzione alle norme igieniche (prevenzione sepsi) Fare pianificazione familiare
- Tenere un registro delle attività

BEmONC

Creare le condizioni perché sia possibile fare un trasferimento

A livello ospedaliero, punto di arrivo

Formazione di personale capace di:

- Seguire e assistere al parto una gravidanza a rischio
- Assistere e seguire i neonati a rischio
- Sia in grado di eseguire gli interventi ostetrici d'emergenza e anche di decidere quando (taglio cesareo)
- Tenere un registro delle attività

CEmONC



Come impostare la formazione?

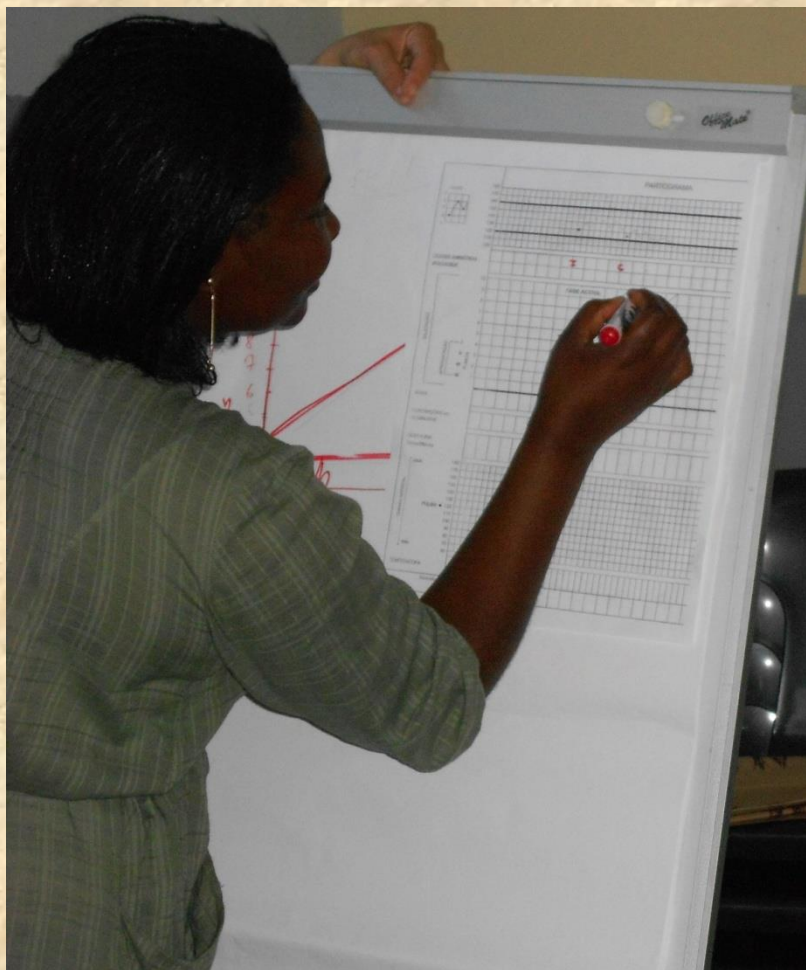
Lezioni frontali ??



Nelle scuole??



Formando i formatori??



Finanziando corsi di formazione??



República de Angola
Ministério da Saúde

Emergências
hemorrágicas
do pós-parto

Ondjiva 2016



UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDICINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTOLOGIE DE DAKAR

CENTRE D'EXCELLENCE AFRICAÏN POUR LA SANTE DE
LA MÈRE ET DE L'ENFANT
CEA-SAMEF
Site web : www.ucad.sn

CHU LE DANTEC/ CSO
08 au 13 Août 2015

Thème: SOINS OBSTETRICaux ET NEONATals D'URGENCE

Montant
50.000 Frs CFA

Inscriptions
Lieu : Secrétariat CEA-SAMEF

Effectif
Nombre de places limité.

COMPÉTENCES EN SOINS OBSTETRICaux ET NEONATals D'URGENCE :

1. VENTOUSE OBSTETRICALE
2. ACCOUCHEMENT DU SIEGE
3. VERSION PAR MANOEUVRES INTERNES
4. GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)
5. DEUVIRANCE ARTIFICIELLE
6. HEMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIAT
7. PERINEORRAPHIE
8. REANIMATION MATERIELLE
9. REANIMATION NEONATALE
10. PARTOGRAMME
11. ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE

Equipe de formateurs:

- o Pr Marie Edouard Faye Diémé
- o Pr Serigne Modou Kane Gabye
- o Dr Abdoul Aziz Diouf
- o Dr Mariétou Thiam Coulibaly

RENSEIGNEMENTS

Responsable Pédagogique : medfame@yahoo.fr Tel: 77 645 18 16

Directeur du Centre : ceo@ce-samef.sn

Directeur-Adjoint du Centre : ousmane.7.maliya@ce-samef.sn

Responsable Suivi-Evaluation : rouhane5@gmail.com

Assistante de Direction : ce-samef@ucad-edu.sn Tel: 77 503 16 84 ou 70 932 11 91

On the job??



On the job?



On the job?



On the job?





Lavorare insieme

In ogni caso : bisogna entrare in punta di piedi, osservare, chiedere, capire i diversi ruoli, l'organizzazione, i mezzi, le abitudini, informarsi sulle tradizioni, avere tanta pazienza, non sottovalutare mai le conoscenze "mediche" dei locali, (l'ostetricia è "diversa")

Dobbiamo lavorare con loro, non imporci, dobbiamo condividere e cercare di valorizzare al meglio le risorse umane e strumentali locali.



*Grazie
e ...
buon lavoro*

*Che le tue
mani
aiutino il volo
ma non si permettano
MAI
di sostituire le ali.
H. Camara*