

Area	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza in ginecologia e ostetricia	Gestione della distocia di spalla	Struttura

Riferimento normativo: DGR 135 del 25/02/2008

Razionale

La distocia di spalla è un evento raro, imprevedibile con conseguenze che possono essere gravi sia per la madre che per il feto indipendentemente dal corretto trattamento. Le spalle non escono spontaneamente dopo la fuoriuscita della testa del feto e sono necessarie ulteriori manovre ostetriche dopo il fallimento della leggera trazione che viene abitualmente esercitata sulla testa fetale per il disimpegno delle spalle. La testa si disimpegna spontaneamente ma rimane incollata alla vulva, deprimendo il perineo (segno della tartaruga). È causata dall'impatto della spalla anteriore contro la sinfisi pubica materna (distocia bassa) o dall'impatto della spalla posteriore contro il promontorio sacrale (distocia alta).

Requisiti minimi

Prevenzione

- taglio cesareo quando:
 - la stima ecografica del peso fetale è eccedente a 5000gr nella gestante non diabetica e 4500gr in quella diabetica;
 - In caso di pregressa distocia di spalla con esiti materno-feto-neonatali.
- attenta individuazione dei fattori di rischio antepartum ascrivibili al complesso "DOPE" (Diabete, Obesità, Protrazione, Eccessivo incremento ponderale) e intra-partum (prolungamento primo stadio del travaglio, arresto secondario della parte presentata, prolungamento secondo stadio del travaglio, impiego di ossitocina per accelerazione del travaglio, parto strumentale) da parte di tutte le figure professionali coinvolte (medici e ostetriche) sia al momento della presa in carico della donna che nel corso del travaglio;
- corretta diagnosi di travaglio e inizio del periodo espulsivo, atte a riconoscere eventuali anomalie, evitando una sottostima o sovrastima delle stesse;
- corretta compilazione del partogramma;
- rispetto dei tempi e dei fenomeni fisiologici del parto con un'assistenza corretta, mirata a evitare interventismi che possono rivelarsi inappropriati;
- favorire il corretto posizionamento fetale nel canale del parto anche attraverso l'incoraggiamento alla libertà di movimento della donna in tutte le fasi del travaglio-parto;
- prevedere il periodico aggiornamento di tutto il personale operante nell'area parto che tenga conto delle prove di efficacia disponibili e preveda test di simulazione.

Trattamento

Per quanto riguarda il trattamento è necessario effettuare le manovre come indicate nel poster realizzato dalla Regione Toscana (vedi allegato).

È inoltre necessario:

- una condivisione di un protocollo specifico per la gestione della distocia di spalla che sia coerente con le indicazioni riportate nel poster della Regione Toscana;
- un'adeguata e comprovata preparazione e un comprovato aggiornamento di coloro che realizzano le manovre. La rarità dell'evento non favorisce un'esperienza pratica personale dei singoli operatori pertanto rimane centrale il ruolo dell'aggiornamento e delle simulazioni periodiche;
- l'assunzione da parte di un componente del team del compito di indicare il trascorrere del tempo;
- la valutazione continua della situazione clinica sia in termini di efficacia risolutiva delle distinte manovre, sia in termini di benessere materno che fetale;
- un'organizzazione che preveda:
 - l'attivazione del ginecologo con maggiore esperienza presente nel presidio, dell'anestesista, del pediatra/neonatologo;
 - la presenza del poster in tutte le sale travaglio-parto per ricordare in modo sintetico la tipologia e sequenzialità delle manovre da effettuare;
- la presenza di una scheda di registrazione (vedi allegato) di descrizione sintetica del caso, uguale per tutti i punti nascita, che è parte integrante della documentazione clinica;
- la comunicazione continua ed efficace con la donna e il partner.



Aspetti medico-legali

- Accurata compilazione della cartella clinica.

La documentazione del travaglio deve tener traccia:

- orario di fuoriuscita della testa;
- direzione verso cui la testa ruota dopo la restituzione;
- tempi e sequenzialità delle manovre effettuate;
- orario di fuoriuscita del corpo fetale;
- documentazione condizioni fetali (EGA- Apgar etc);
- composizione dello staff e orario di arrivo delle singole figure;
- modalità del parto se spontaneo o strumentale e se strumentale specificare l'indicazione;
- se effettuata episiotomia;
- le manovre devono essere effettuate dal medico, se presente, e non dall'ostetrica.

Educazione sanitaria

Fornire informazioni ai genitori circa le manovre che stanno per essere effettuate specificando la figura professionale che le eseguirà.

Attuazione

Adozione delle azioni previste dalla pratica nei reparti. In particolare:

- presenza del poster in tutte le sale travaglio-parto di ausilio a ricordare le manovre da effettuare in caso di distocia di spalla (vedi allegato);
- piano di formazione e aggiornamento delle equipe;
- documentazione clinica appropriata;
- presenza di un sistema di analisi dei casi di distocia di spalla con relativi alert report.

Si auspica la messa a punto di procedura aziendale che preveda l'uso della scheda di registrazione (vedi allegato) come strumento di gestione dell'evento, la presenza di un orologio e di un "event manager" ovvero di una persona che gestisca i tempi delle manovre.

Valutazione

I Livello

- presenza del poster (vedi allegato) in tutte le sale travaglio-parto di ausilio a ricordare le manovre da effettuare in caso di distocia di spalla;
- presenza di documento aziendale di adozione della pratica;
- n. operatori equipe sala parto formati/numero totale operatori per anno (standard 70%);
- presenza del piano di formazione e aggiornamento delle equipe di sala parto che preveda anche l'uso della scheda di registrazione (vedi allegato);
- documentazione clinica adeguatamente compilata (compliance 70% rilevata su tutti i casi di distocia);
- presenza di un sistema di analisi dei casi di distocia di spalla rilevati con relativi alert report;
- numero di schede di registrazione (vedi allegato) per la distocia compilate/numero di distocie di spalla (standard 90%).

II Livello

- n. operatori equipe sala parto formati/numero totale operatori per anno (standard 80%);
- documentazione clinica adeguatamente compilata (compliance 80% rilevata su tutti i casi di distocia);
- numero di schede di registrazione per la distocia compilate/numero di distocie di spalla (standard 100%).

III Livello

- Informatizzazione della schede di registrazione;
- n. operatori equipe sala parto formati/ numero totale operatori per anno (standard 90%);
- documentazione clinica adeguatamente compilata (compliance 90% rilevata su tutti i casi di distocia);
- numero di schede di registrazione (vedi allegato) per la distocia compilate/numero di distocie di spalla (standard 100%).



- 1) ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder Dystocia Practice Bulletin n° 40, November 2002. Reaffirmed 2015. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1045-1050
- 2) ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Neonatal Brachial Plexus Palsy. Neonatal Brachial Plexus Palsy. 2014 Executive summary: *Obstet Gynecol* 2014; 123:902-4
- 3) ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal Macrosomia Practice Bulletin n°173, november 2016. *Obstet Gynecol* 2016; 128(5):1191-1192
- 4) Beer E, Manginate G, Pecorari D: *Distocia di spalle* CIC Edizioni Internazionali Roma, 2006
- 5) Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(3): 657-72
- 6) Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetrics maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 (6): 1732-39
- 7) O'Leary JA: *Shoulder dystocia and birth injury*. Mc Graw-Hill INC, 1991
- 8) O'Leary JA, Pollack NB. McRoberts maneuver for shoulder dystocia: a survey. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 35(2): 129-31
- 9) RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder Dystocia. Green-top Guideline n°. 42 March 2012



GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana

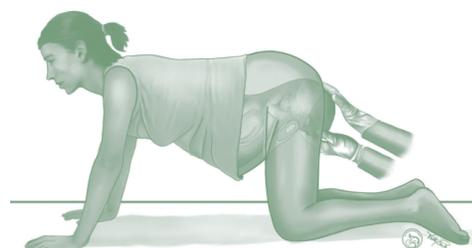


REGIONE TOSCANA
GRC
Gestione Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

1. **Chiamare aiuto HELP**
(collega ostetrica, medico, team neonatologico, anestesista)



- 2a **Parto in posizione libera**
Manovra di GASKIN
(Carponi)



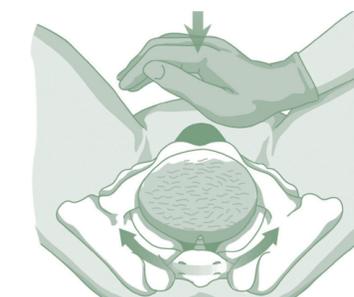
Dopo 30''

- 2b **Parto in posizione litotomica**
Manovra di Mc ROBERT'S
(Iperflessione cosce su addome)



Dopo 30''

3. **Pressione Sovrapubica**



Dopo 30''

6. **Manovra di JACQUEMIER**



Dopo 30''

5. **Manovra di WOODS**



Dopo 30''

4. **Manovra di RUBIN**



Eventuale episiotomia
GINECOLOGO

- EVITARE TRAZIONI
- DISSUADERE DALLO SPINGERE
- ASSICURARE ACCESSO VENOSO
- EVENTUALE SVUOTAMENTO VESCICALE

DISTOCIA DI SPALLA

Scheda di registrazione

Azienda USL

Nord Ovest AOUP U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
 Centro AOUC P.O.
 Sud Est AOUS Direttore

Cognome e nome Data di nascita / /

INIZIO
TRAVAGLIO
ATTIVO

Data / / Ora :

Spontaneo
 Indotto
 Supplementazione

INIZIO
PERIODO
ESPULSIVO

Data / / Ora :

CTG patologico

PARTO

Data / / Ora :

Spontaneo
 Strumentale
.....
 Partoanalgesia
 Episiotomia

Peso kg Altezza cm Incremento ponderale kg EG

Orario fuoriuscita della testa Ora :

Orario fuoriuscita del corpo fetale Ora :

Direzione verso cui la testa ruota dopo la restituzione dx sx

Quale spalla si disimpegna per prima ant post

Manovre effettuate

Manovra di GASKIN :
 Manovra di Mc ROBERT'S :
 Pressione Sovrapubica :
 Manovra di JACQUEMIER :
 Manovra di WOODS :
 Manovra di RUBIN :

Composizione dello staff

Medico di guardia Seconda Ostetrica
 Medico reperibile Infermiere
 Prima Ostetrica Anestesista

Data / / Firma segnalatore

DISTOCIA DI SPALLA

Guida alla corretta compilazione della cartella clinica

- Orario fuoriuscita della testa
- Orario fuoriuscita del corpo fetale
- Direzione verso cui la testa ruota dopo la restituzione
- Tempi e sequenzialità delle manovre effettuate
- Documentazione delle condizioni neonatali e fetali
(EGA, Apgar, Presenza di fratture/riduzione dei movimenti del braccio)
- Composizione dello staff e orario di arrivo delle singole figure
- Modalità del parto se spontaneo o strumentale
e se strumentale specificare l'indicazione
- Quale spalla si disimpegna per prima (anteriore o posteriore)
- Se effettuata episiotomia
- Informazioni date ai parenti relativamente all'accaduto