

PFA AZIENDALE ANNO 2022

CONTROLLO DEL DOLORE NEL TRAVAGLIO DEL PARTO

**Corso riservato a medici anestesisti, ginecologi, neonatologi,
ostetriche, infermieri UOSD Gestione Blocco Operatorio, UOC
Ostetricia Ginecologia, UOC TIN**

RESPONSABILE SCIENTIFICO

DOTT.SSA MARIA RIZZI

AULA BIBLIOTECA

PROGRAMMA

08.30 Registrazione

9.00-10.00

Il razionale del controllo del dolore in travaglio: tecniche di controllo del dolore e protocolli di farmacologia perimidollare :come iniziare e come mantenere

Prof.ssa Frigo

10.00-10.15

Casistica ostetrica della sala parto del P.O. di Pescara

Dott.ssa Machiavelli

10.15 – 10.45

Indicazioni all'analgesia perimidollare in travaglio di parto: la richiesta materna e le indicazioni mediche

Prof.ssa Frigo

10.45-11.00

Rischio ostetrico ed organizzazione dell'accesso alla sala parto

dott.ssa Scorpio

Coffe Break

11.15 – 12.00

- ***Gestione dell'analgesia: quando iniziare? Come cambia la dinamica del travaglio e il partogramma? Cosa cambia nella gestione ostetrica?***
- ***Gestione del 2° stadio del travaglio in corso di analgesia perimidollare.***
- ***Monitoraggio materno-fetale in corso di analgesia perimidollare***
- ***ctg: lettura ed interpretazione di tracciati***

prof.ssa Frigo

12.00 – 13.00

Discussione

Lunch

14.00-15.30

RIANIMAZIONE IN UTERO

deve nascere: che fare?

quanto tempo ho? PO o TC

complicanze ed effetti collaterali in corso di analgesia perimidollare

ho bucato: che fare.....

Prof.ssa Frigo

15.30-16.00

Il governo clinico della partoanalgesia

Prof.ssa Frigo, dott.ssa Rizzi

16:00-16:30

Presentazione protocollo di partoanalgesia del P.O. di Pescara

Dott.ssa Aromatario

16.30 – 19.00

Casi clinici simulati e debriefing

Valutazione finale

Docenti

Prof.ssa Maria Grazia Frigo

Responsabile Anestesia Ostetrica Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma

Autrice di numerose Linee Guida in ambito ostetrico per AGENAS Ministero della salute

Componente vari board scientifici nazionali

Dott.ssa Maria Rizzi

Responsabile UOSD di gestione del Blocco Operatorio Ospedale Spirito Santo Pescara

Dott.ssa Carla Aromatario

incarico AP Gestione anestesiologicala della paziente ostetrica e del paziente pediatrico UOSD di gestione del Blocco Operatorio Ospedale Spirito Ospedale Spirito Santo Pescara

Dott.ssa Gabriella Scorpio

Incarico AP Partoanalgesia e Parto in acqua UOC Ostetrica e ginecologia Ospedale Spirito Santo Pescara

Dott.ssa Caterina Machiavelli

Ostetrica UOC Ostetrica e ginecologia Ospedale Spirito Santo Pescara

OBIETTIVO GENERALE

Garantire l'offerta del servizio di partoanalgesia, LEA dal 2018, al P.O di Pescara, in quanto unico punto nascita di secondo livello in Abruzzo

OBIETTIVO SPECIFICO

Formazione di un team addestrato alla gestione delle emergenze ostetriche e della partoanalgesia

ABSTRACT

Gestione del dolore in travaglio

Il controllo del dolore nel parto è una tematica complessa inerente la nascita, evento quest'ultimo socialmente e culturalmente influenzato da diversi fattori che, quindi, non può essere affrontato con le sole conoscenze di tipo sanitario.

Sulla natura del dolore del parto, la definizione più calzante appare essere quella di Lowe che lo descrive come esperienza dolorosa, risultato di processi complessi e fattori multipli, fisiologici e psicosociali, sulla base di una interpretazione individuale della donna dello stimolo nocicettivo del travaglio. Già Melzack, fisiopatologo del dolore, noto per la teoria del gate control, nel 1984 descriveva il dolore del parto come l'esperienza più dolorosa che una donna possa sperimentare nella vita.

Nel 2000 una dichiarazione congiunta dell'American Society of Anesthesiologists e l'American College of Obstetricians and Gynecologists, affermava che non ci sono altri casi, nei quali viene considerato accettabile che un individuo debba sopportare un dolore severo, senza trattamento, quando è possibile invece intervenire in modo sicuro sotto controllo medico. Nella medesima dichiarazione, la richiesta materna diventava una giustificazione sufficiente per alleviare il dolore durante il travaglio.

Nel 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel "Intrapartum Care for a positive childbirth experience" inserisce le strategie farmacologiche di controllo del dolore in travaglio come un diritto inalienabile della partoriente e riconferma tale posizione nel 2020 in occasione dell'aggiornamento correlato alla pandemia da COVID-19, affermando che tutte le donne hanno diritto ad un'esperienza positiva del loro percorso nascita a prescindere dal fatto che abbiano o meno in corso un'infezione da COVID-19.

Il parto è un evento cruciale nella vita di una donna e costituisce uno dei passaggi finali nella preparazione e nell'assunzione del ruolo di madre, facendo compiere un balzo in avanti verso la formazione dell'identità materna (Stern, 1999).

Negli ultimi anni si è assistito ad un cambiamento dei programmi di assistenza alla nascita, nel tentativo di superare la vecchia rappresentazione, culturalmente condivisa, che vede il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica, per arrivare a considerare il travaglio e l'evento nascita come esperienze complesse e cruciali a cui la donna ha diritto di partecipare in maniera serena e costruttiva, avendo la possibilità di controllare gli eventi e soprattutto il dolore da lei percepito.

La Commissione nazionale sui livelli essenziali di assistenza promuove il “controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale tramite procedure analgesiche” tra i livelli essenziali garantiti dal SSN, con l'obiettivo di "tutelare la scelta della donna perché durante il travaglio e il parto possa usufruire di un controllo efficace del dolore mediante le più appropriate procedure analgesiche attualmente disponibili nel massimo della sicurezza propria e del nascituro”.

Attualmente l'analgesia locoregionale perimidollare, con le sue differenti metodiche (epidurale, combinata epidurale/spinale) è considerata il metodo più efficace per combattere il dolore del travaglio e del parto. Questa, proprio per la sua modulabilità e flessibilità, concede la possibilità di adeguarsi non solo alle diverse fasi del travaglio ma alla donna stessa, alle sue caratteristiche e alle sue aspettative, permettendo di ottenere un'analgesia ottimale e pienamente soddisfacente, nel rispetto dell'andamento fisiologico del parto. La possibilità di un travaglio senza dolore, in cui la deambulazione è garantita così come l'assunzione di posizioni libere in travaglio, riduce sicuramente nella donna quel senso di “medicalizzazione” legato al ricovero in ospedale che comunque, nell'ultimo mezzo secolo, ha fatto decisamente crollare la mortalità materna e neonatale (Frigo, M.G., Celleno, D., Todde, C., Fusco, P.).

L'analgesia locoregionale perimidollare si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro, nonostante il controllo del dolore del travaglio possa venire erroneamente considerato come qualcosa di non necessario, se non un optional potenzialmente pericoloso. Il dolore del parto infatti di per sé può assumere effetti negativi quando sia molto intenso e prolungato, tanto che esistono delle situazioni abbastanza precise che possono essere considerate delle vere e proprie indicazioni all'analgesia epidurale. In particolare quest'ultima assume un ruolo importante quando si presentano le seguenti condizioni: presentazione occipito-posteriore, ipertensione indotta dalla gravidanza, prematurità, ritardo della crescita intrauterina,

travaglio prolungato, contrattilità uterina non coordinata, travaglio indotto, pregresso taglio cesareo, malattie cardiache, respiratorie o neurologiche e il diabete mellito della madre.

I benefici attualmente accertati per la madre in seguito ad analgesia epidurale sono: eccellente controllo del dolore, riduzione del consumo di ossigeno, riduzione dell'iperventilazione, controllo dell'acidosi metabolica, riduzione dell'increzione di catecolamine e di ormoni da stress, miglioramento del circolo placentare, riduzione dell'ansia e cosa molto importante madri più rilassate e cooperanti.

Di riflesso, anche il neonato trae benefici dall'analgesia epidurale in relazione a quelli materni suddetti, nello specifico si riscontrano: ridotta acidosi metabolica, migliorata circolazione placentare come risultato della vasodilatazione, riduzione del consumo di O₂ e miglioramento dell'ossigenazione (Celleno, D., Veneziani, A., Frigo, M.G.).

Nonostante questi benefici, si continua a discutere se l'analgesia possa essere in qualche modo responsabile, o meglio, corresponsabile di modificazioni della dinamica del travaglio ed al suo espletamento fisiologico, e le informazioni desunte dalla letteratura scientifica al riguardo si rilevano spesso inconclusive. Risulta comunque un miglior controllo del dolore delle tecniche perimidollari rispetto ad altre metodiche, oltre ad una maggiore soddisfazione materna e ad un migliore outcome neonatale e non si evidenzia aumento dell'incidenza di taglio cesareo, ma per contro, un lieve incremento dell'incidenza di parti operativi vaginali.

Per quanto riguarda l'influenza sulla durata del I° e del II° stadio del travaglio, nella letteratura più recente non viene confermato quanto riportato negli anni '90, su un presunto allungamento della fase dilatante mentre è dimostrata ed universalmente accettata una tendenza all'allungamento del periodo di transizione tra I° e II° stadio.

Infine per ciò che concerne l'utilizzo della tecnica combinata spino-epidurale in travaglio di parto sembra, invece, da più fonti accertata, una minore influenza sulla dinamica del travaglio stesso che si traduce in una minor durata del I stadio rispetto alla tecnica epidurale e ad un minor ricorso all'utilizzo di ossitocina (Frigo, M.G., Celleno, D., Todde, C., Fusco, P.).

Negli ultimi venti anni si è visto un continuo aumento di interesse sia da parte medica che da parte delle partorienti nei riguardi dell'analgesia per il parto. Come precedentemente sottolineato circa la metà delle donne negli Stati Uniti ed in Francia

fanno ricorso a questa tecnica. In Italia la percentuale è ancora estremamente bassa; tale resistenza è da attribuire a diversi fattori, primi tra tutti quelli di ordine culturale che vedono, in un paese cattolico, il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica. Accanto a questo va segnalata la scarsa informazione che c'è intorno a questa tecnica e, in molte realtà, la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24.

Attualmente la moderna anesthesiologia offre alla donna la possibilità di controllare il proprio dolore durante il travaglio ed il parto mediante l'analgisia loco regionale, consentendo allo stesso tempo un parto spontaneo e fisiologico.

Oggi sembra esserci una forte spinta dell'utenza, probabilmente attribuibile alla maggiore informazione su questo problema e alla maggiore conoscenza delle tecniche per il parto indolore, tanto che anche la politica si è accorta di questa esigenza da parte delle donne di scegliere di vivere l'esperienza parto nella sua completezza, scevra da dolore.

Tutto ciò dimostra come l'analgisia epidurale sia passata dall'essere opzione terapeutica in determinate circostanze, quali travagli lunghi e particolarmente dolorosi, presentazione occipito-posteriore, contrattilità uterina non coordinata, ipertensione, anticipazione dell'anestesia in travagli a rischio di taglio cesareo, condizioni psicologiche particolari, travaglio indotto, ad una libera scelta della donna, che vuole vivere il momento probabilmente più importante della sua vita con piena partecipazione e coinvolgimento, in piena serenità. Quest'ultimo concetto è ribadito dal Comitato Nazionale Bioetica

L'analgisia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto.

Con questa visione più ampia il ricorrere alla sedazione del dolore del parto non si porrebbe come alternativa al parto naturale, ma come mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare con la sedazione del dolore un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento.

La realizzazione di tale progetto richiede una mobilitazione su vari piani.

Quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture nelle sue varie componenti: non esiste infatti, per questo tipo di assistenza alcun incentivo di natura economica né per le Aziende ospedaliere né per gli Anestesisti. I servizi come numero di personale coprono le attività essenziali, laddove sarebbe necessario per realizzare un'analgesia 24 ore su 24 un servizio di Anestesia Ostetrica a tempo pieno.

L'anestesia ostetrica non è particolarmente popolare tra gli anestesisti per il carico di stress, chiamate notturne e rischi che ad essa è legato, inoltre l'anestesista ostetrico fa parte, di un team e il suo lavoro richiede un'integrazione tra figure diverse. Inoltre la specialità impone di comunicare con "partorienti", cioè speciali pazienti che sono in uno stato emotivo molto particolare.

L'anestesista ostetrico è chiamato ad un lavoro di gruppo multidisciplinare perché un servizio di anestesia ostetrica deve provvedere ad una vasta gamma di servizi e non deve essere semplicemente un "servizio epidurali" dove l'anestesista venga visto come un dispenser di punture sulla schiena.

L'anestesista ostetrico ha, all'interno del team perinatale, compiti tecnici, di formazione e di informazione. I compiti tecnici sono rappresentati dalle competenze che l'anestesista ha nell'ambito del servizio e sono i seguenti:

- anestesia per tutti gli interventi chirurgici
- analgesia per il travaglio ed il parto
- analgesia post-operatoria
- attività di consulenza all'interno del dipartimento
- attività di consulenza ambulatoriale e perioperatoria
- intervento nelle emergenze
- co-interessamento nelle pazienti ad alto rischio

Attualmente l'analgesia locoregionale è il metodo più efficace per combattere il dolore del travaglio e del parto.

Sebbene il controllo del dolore del travaglio possa venire ancora considerato come qualcosa di "non necessario", l'analgesia in realtà si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro. In effetti, il dolore del parto può assumere di per sé effetti negativi quando sia molto intenso e prolungato. Esistono inoltre, come già precedentemente accennato, situazioni abbastanza precise che possono essere considerate delle vere e proprie indicazioni all'analgesia durante il travaglio

Della analgesia per il travaglio di parto va sottolineata e “sfruttata” la modulabilità e flessibilità, la possibilità cioè di adeguarsi non solo alle diverse fasi del travaglio, caratterizzate ciascuna da un dolore con connotazioni peculiari, ma di adeguarsi alla donna stessa, alle sue caratteristiche e alle sue aspettative, che le.....

L’epidurale nel travaglio è stata associata a vari eventi avversi legati alla dinamica del parto, al suo espletamento e/o all’outcome neonatale ma le informazioni disponibili al riguardo sono spesso inconclusive.

Gli studi sull’impatto dell’ AE in ospedali ove prima tale tecnica non era eseguita non hanno dimostrato alcuna variazione significativa del tasso di tagli cesarei 3-5. Gli studi retrospettivi hanno un’intrinseca difficoltà di dimostrare una relazione causa-effetto tra intervento ed outcome, e nel caso specifico tra epidurale e TC. Gli studi prospettici randomizzati in doppio cieco, rappresentano il “gold standard” per stabilire una causa effetto tra epidurale e incidenza di TC, sono difficili da realizzare anche perché data l’ottima qualità analgesia che questa tecnica è in grado di fornire, non è eticamente corretto fare rinunciare ad essa un gruppo di controllo. Vi è quindi di base una difficoltà nella selezione della letteratura da analizzare anche perché sono numerose le variabili associate in gioco. L’analisi della letteratura arriva a conclusioni in parte sovrapponibili e in parte diverse: non si può ancora definire con certezza se l’analgesia peridurale aumenti o meno l’incidenza di parti strumentali.

Dato importante per la morbilità materna e neonatale ad essi associabile, non vi è variazione di outcome.