

# PROCEDURE DI CONTROLLO DEL DOLORE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

*Maria Grazia Frigo*

**UOS Anestesia e Rianimazione in Ostetricia  
Ospedale S.Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma**



# **ANALGESIA PERIMIDOLLARE** **validita' e limiti**

**Attualmente è il metodo più efficace per il controllo del dolore nel travaglio del parto.**

**Nel nostro paese non è ancora popolare:**

- per motivi di ordine culturale,**
- di scarsa conoscenza della metodica,**
- per carenze organizzative.**



# **RICHIESTA DI PARTOANALGESIA**



**IN U.S.A. 60 %  
secondo le guidelines dell'A.S.A.**

**IN U.K.,Francia,Spagna 60 %**

**IN ITALIA 15 %**



## **CIAO Club Italiano Anestesisti Ostetrici**

*Segreteria c/o Triumph Congressi  
Via P. Petronia, 3 00136 Roma  
tel. 06.39727707 fax. 06.39735195*

[www.clubitalianoanestesistiostetrici.it](http://www.clubitalianoanestesistiostetrici.it)

[mariagrazia.frigo@fastwebnet.it](mailto:mariagrazia.frigo@fastwebnet.it)

[daniocell@libero.it](mailto:daniocell@libero.it)

Il Club Italiano Anestesisti Ostetrici è una Associazione Scientifica che si prefigge i seguenti scopi:

- Promuovere lo studio, l'aggiornamento e lo scambio di esperienze tra professionisti specialisti in anestesia che esercitano l'anestesia in ostetricia presso strutture pubbliche o private in Italia
  - Incoraggiare la ricerca scientifica nel campo dell'anestesia ostetrica
- Intrattenere relazioni con altre società scientifiche analoghe, in Italia e all'estero, al fine di facilitare gli scambi di esperienze, di aggiornamento e culturali riguardanti l'anestesia ostetrica tra diversi paesi.

Possono associarsi in qualità di soci ordinari, tutti i medici specialisti in anestesia e rianimazione che dedichino almeno il 40% della loro attività istituzionale alla anestesia in ostetricia.

Possono associarsi in qualità di soci affiliati, tutti i medici non specialisti in anestesia e le ostetriche che sono interessati alle problematiche dell'anestesia ostetrica.

# Andamento Parti 1975-2010

anno Ospedale Fatebenefratelli- Isola Tiberina-Roma

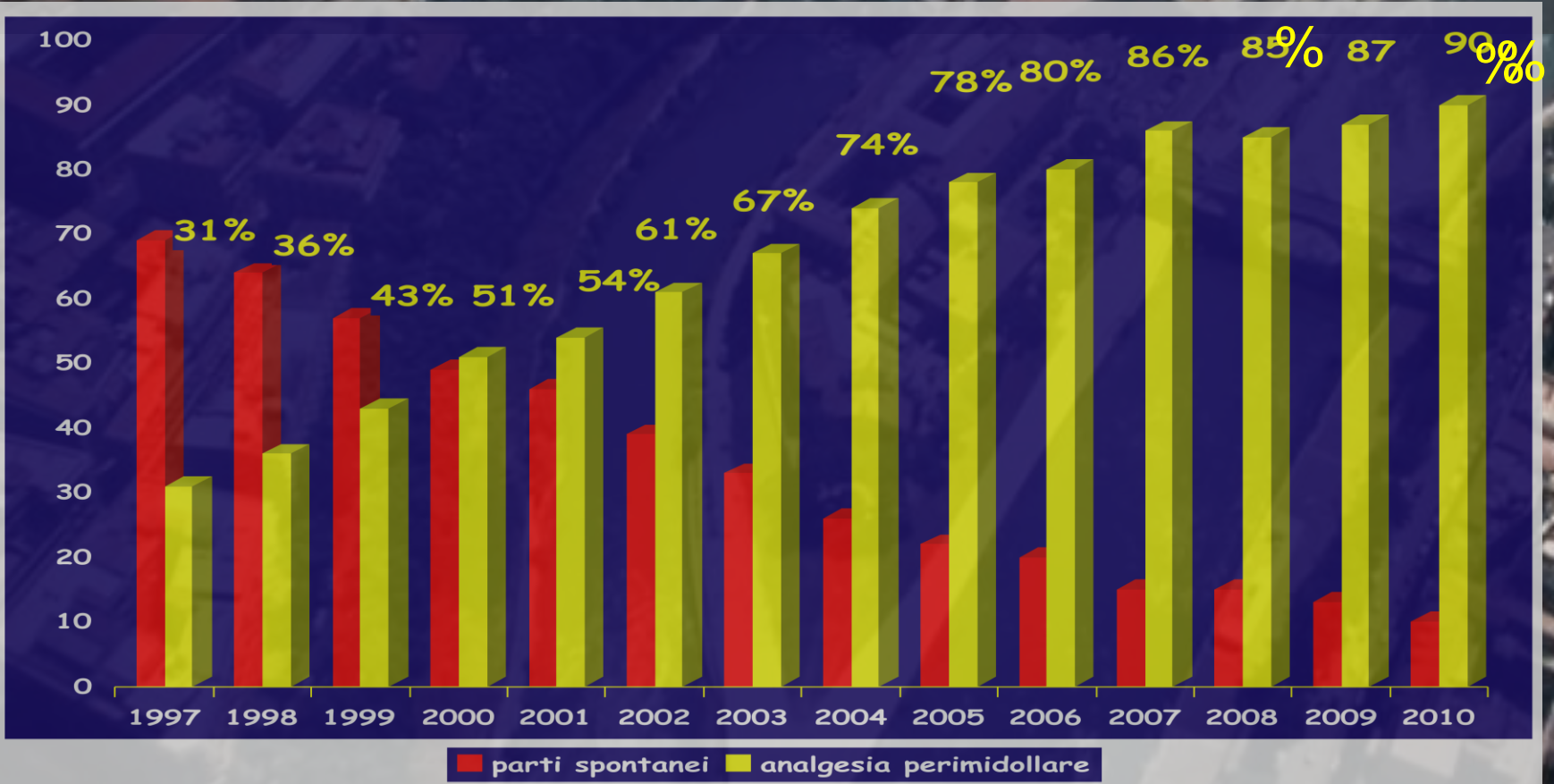


*numero parti totali=102.494*



# ANALGESIA IN TRAVAGLIO 1997-2010

Ospedale Fatebenefratelli- Isola Tiberina-Roma



*Tot. parti in analgesia = 26.358*

# PERCHE'?

PER SODDISFARE LA  
RICHIESTA "EGOISTICA"  
DELLA MAMMA CHE NON  
VUOLE SOFFRIRE ?

Per attenuare la risposta  
biologica al dolore, dannosa  
per l'intero organismo  
specie se già alterato nei  
suoi equilibri





***L'analgesia perimidollare  
apporta  
sicuri benefici  
alla madre e al nascituro***

Il controllo del dolore del travaglio viene talvolta erroneamente considerato come qualcosa di non necessario, se non un optional potenzialmente pericoloso ma il dolore del parto, di per sé, **può assumere effetti negativi quando sia molto intenso e/o molto prolungato.**



# BENEFICI

- eccellente controllo del dolore
- riduzione del consumo di ossigeno
- riduzione dell'iperventilazione
- riduzione dell'increzione di catecolamine e di ormoni dello stress
- miglioramento del circolo placentare
- riduzione dell'ansia
- madri più rilassate e cooperanti

- riflessi da quelli materni
- migliorata circolazione placentare come risultato della vasodilatazione
- ridotta acidosi metabolica
- ridotto consumo di ossigeno
- miglioramento dell'ossigenazione pre-nascita

M  
A  
T  
E  
R  
N  
I



N  
A  
S  
C  
I  
T  
U  
R  
O



# Requisiti dell'analgesia nel parto

## ***Efficacia:***

contrazioni uterine percepite ma non dolorose

## ***Sicurezza materno-fetale:***

bassissimi dosaggi di farmaci

## ***Flessibilità:***

modulabile in base allo stadio del travaglio

## ***Rispetto:***

non influenza negativamente la dinamica del travaglio e del parto e l'outcome neonatale

**ATTUALMENTE L'ANALGESIA CON LE TECNICHE PERIMIDOLLARI  
E' L'UNICA  
CHE RISPETTA TALI CRITERI  
CON IL PIU' BASSO  
RAPPORTO RISCHIO- BENEFICIO**



## Da iniziali consensi per opzioni terapeutiche:

2010

- Travagli lunghi e particolarmente dolorosi
- Presentazione occipito-posteriore
- Contrattilità uterina non coordinata
- Ipertensione
- Anticipazione dell'anestesia nei travagli a rischio di TC
- Condizioni psicologiche particolari (MIF, scarsa collaborazione della partorientente)
- Travaglio indotto

1996

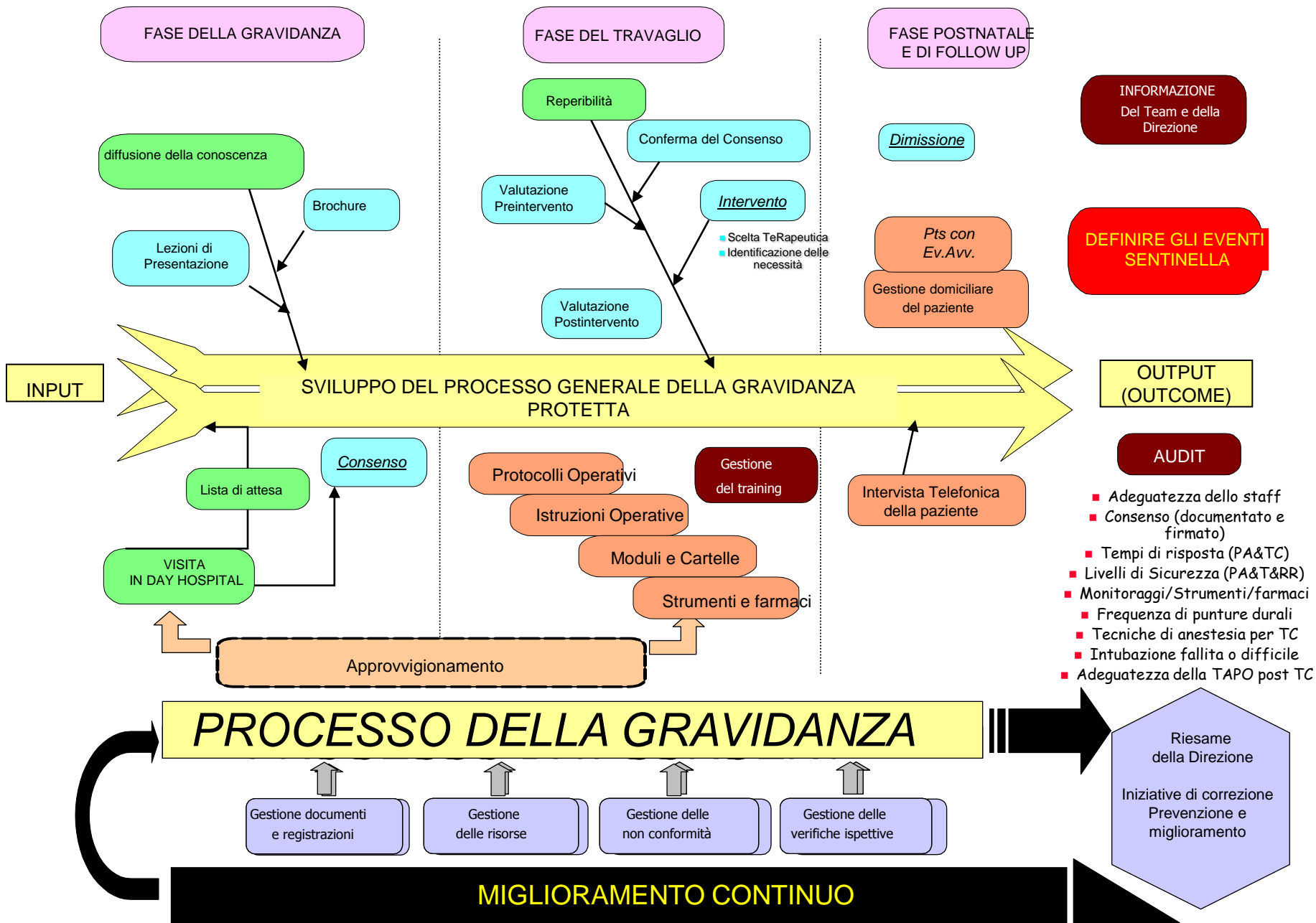
1985



***“La richiesta materna é una giustificazione sufficiente per la riduzione del dolore nel travaglio... Non esistono altre circostanze in cui sia considerato accettabile per una persona sperimentare un dolore severo, se suscettibile di intervento sicuro, sotto controllo medico”***

***American College of Obstetricians and Gynecologists (1992)***



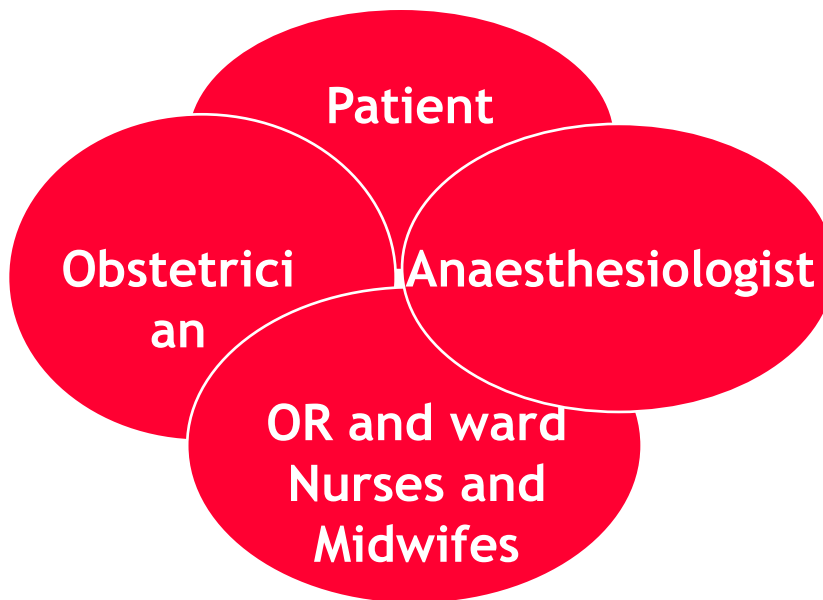




# LA CREAZIONE DEL TEAM DI ANALGESIA ANESTESIA OSTETRICA

Fase multidisciplinare  
e multispecialistica  
Presa in carico  
multispecialistica  
Continuità delle cure.

Informazione e Preparazione  
Gestione dello stress  
Analgesia  
Mobilizzazione  
Monitoraggio



The Labor  
collaborative group

# Team

Il trattamento del dolore del travaglio richiede una forte motivazione e una enorme cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale

---

- Ogni team di trattamento del dolore da parto DEVE essere aggiustato in accordo **alle condizioni e alle necessità locali**
- Quando una struttura (ospedale, sezione, clinica o equivalenti) decide di introdurre una unità di cura che si occupi del dolore nel travaglio, DEVE essere formato un team in grado **di rendere possibile una efficace implementazione.**
- Nel team DEVE esistere una persona nominata alla quale sia affidata **la responsabilità globale dell'organizzazione.**
- In ogni Sala Travaglio, tutti i professionisti presenti, medici, ostetriche ed infermieri, sono **responsabili** delle cure erogate, **ivi compreso il trattamento del dolore.**

# Staff training

Tutti i componenti dello staff della Partoanalgesia devono effettuare regolari e ripetuti periodi di training.

---

## ■ Il training deve includere:

- ✓ Fisiologia e patofisiologia del dolore
- ✓ Farmacologia del dolore
- ✓ Tutti i metodi di trattamento localmente disponibili
- ✓ I metodi di monitoraggio del dolore
- ✓ Lo sviluppo e l'utilizzo dei documenti per la valutazione e il trattamento del dolore.

## ■ Il Training deve enfatizzare l'importanza dell'approccio e della cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale



# Per una analgesia sicura

---

- **Risorse umane esperte e team esperto**
  - **Protocolli e linee guida, audit**
  - **Informazione coinvolgimento del team e delle partorienti (corsi di preparazione al parto, carta dei servizi, depliant, posters)**
  - **Formazione continua**
  - **Questionario preparto**
  - **Consenso informato (art. 31 del codice di deontologia medica, 1998)**
  - **Valutazione anestesiológica**
-

**ANESTESISTA RESPONSABILE** (esperto in Anestesia Ostetrica).

Obiettivi: Organizzare il servizio mantenendone e migliorandone la qualità, facendosi responsabile di:

- **COMPONENTI DEL TEAM**

- Obiettivi: applicare le strategie e le operatività decise dal Team:

- • **Mantenere elevati i livelli di Clinical Competence.**

- *Ogni componente del Team deve avere esperienza di:*

- cateterizzazione peridurale (almeno 100 cateterizzazioni in pazienti adulti)

- gestione del paziente postoperato con catetere peridurale e in trattamento

- con anestetici locali ed oppioidi

**INGEGNIERE DI SISTEMA:** Elemento attivo nella creazione di un ambiente pronto alle modifiche e al Miglioramento continuo della Qualità

Obiettivi: mantenere e migliorare la qualità della erogazione delle cure

- Organizzare le attività del Team attraverso una adeguata analisi di processo della Partoanalgesia.
- Definire i rapporti con i componenti dei processi di supporto
- Definire con l'Anestesista responsabile il Panel di Indicatori (Processo, Struttura e risultato).
- Creare i report personali per i componenti del Team
- Creare il feedback per i Dipartimento Ostetrico-Neonatale

**AZIENDA OSPEDALIERA ASL5 : Team Analgesia Ostetrica**

*MANUALE DELLA QUALITÀ: PAZIENTE in TRAVAGLIO DI PARTO*

Rev. 0/2004

Data 5 luglio 2004

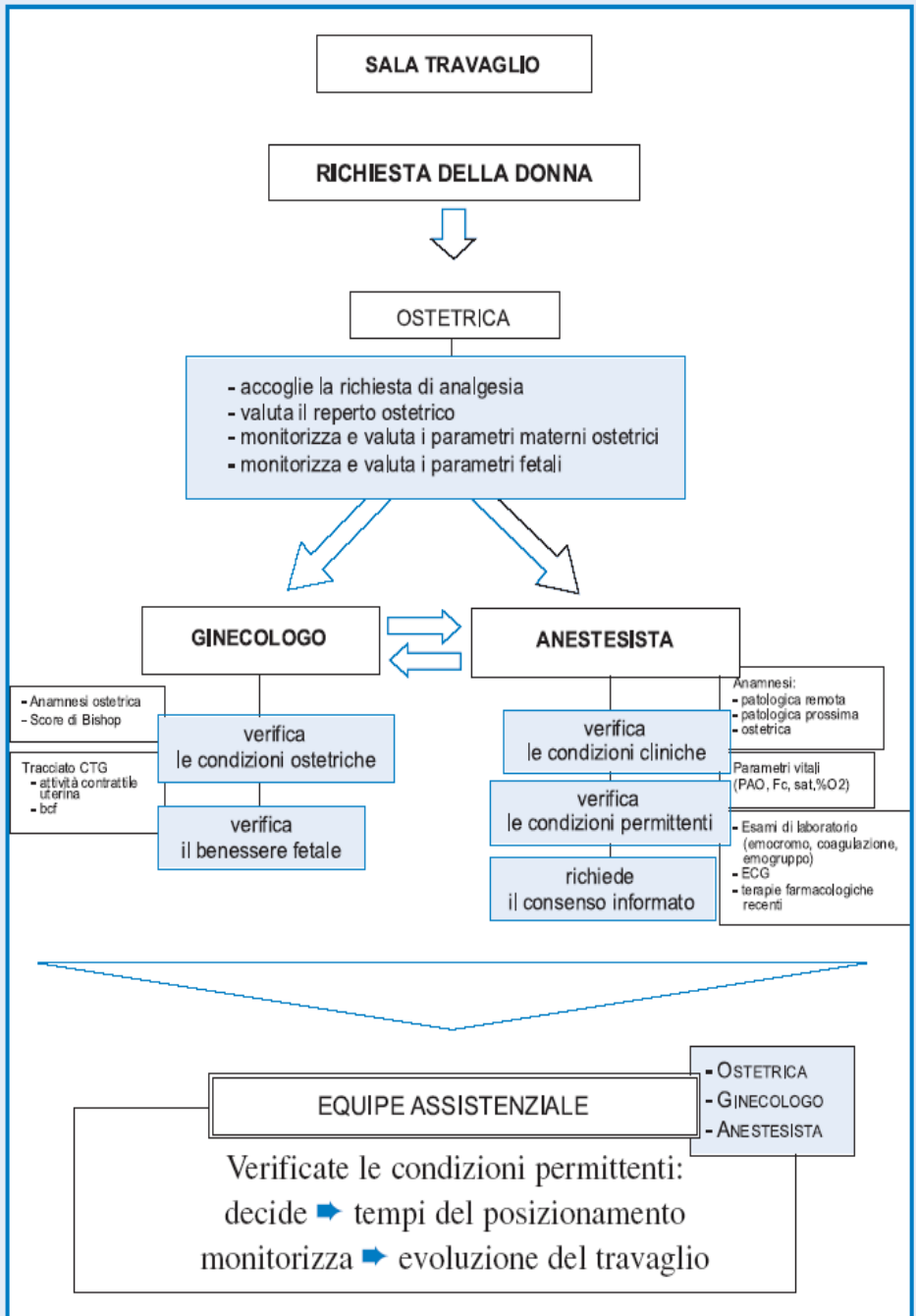
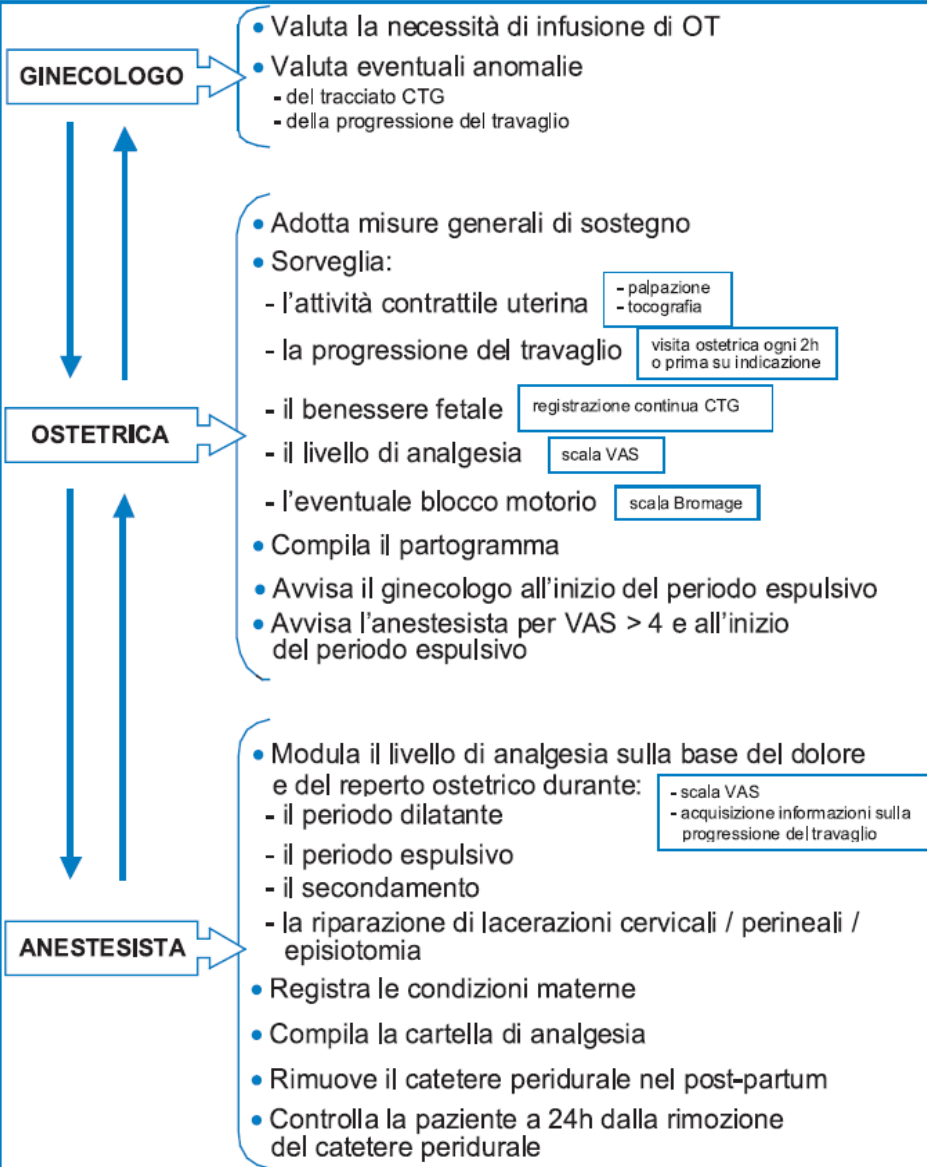
Pagina 2

Di 5

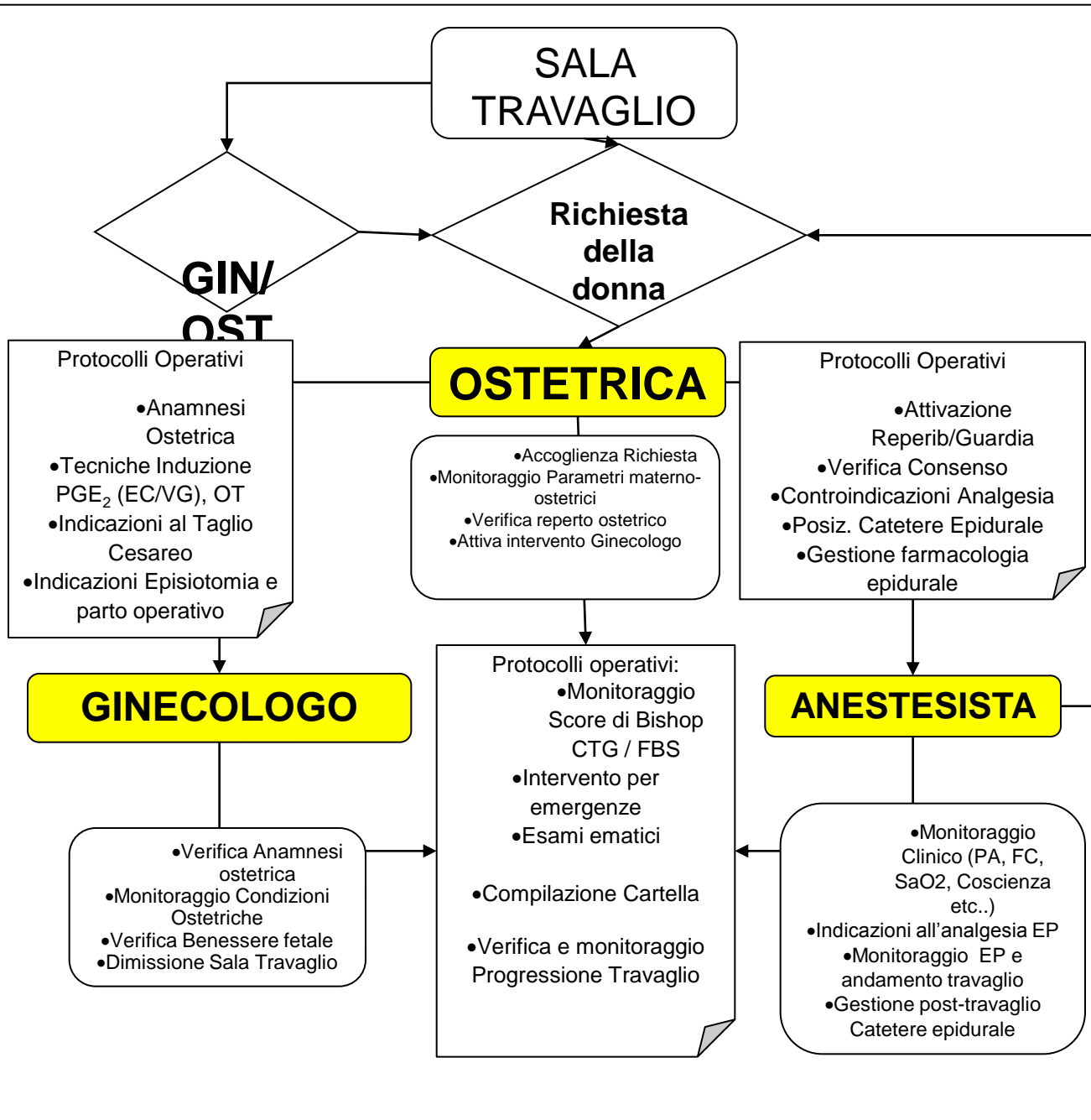
**Standard Minimi per il Team Anestesiologico in Analgesia Ostetrica**

# Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico

## Linee guida nazionali di riferimento



Team Analgesia Ostetrica  
**MANUALE DELLA QUALITÀ:**  
**PAZIENTE in TRAVAGLIO DI PARTO**



■ **GINECOLOGO**

Valuta le necessità di Induzione, OT, episiotomia, secondamento  
 Verifica le condizioni ostetriche  
 Verifica il benessere fetale (CTG)

■ **OSTETRICA**

Valuta le necessità di OT  
 Verifica l'attività contrattile uterina, la progressione del travaglio, il benessere fetale (CTG) e le condizioni ostetriche  
 Sorveglia il livello di dolore e di blocco motorio  
 Rapporto con ginecologo e anestesista per fase espulsiva  
 Compila il partogramma (con AN)

■ **ANESTESISTA**

Prepara la Pts alla PA  
 Decide i tempi dell'intervento analgesico  
 Controlla le condizioni materne  
 Verifica la corretta analgesia, i tempi, la cartella di analgesia.  
 Rimuove il catetere epidurale e controlla il postpartum  
 Compila il partogramma (con OST)

**A**

L'analgesia peridurale in travaglio deve essere eseguita da anestesisti con esperienza in campo ostetrico per i maggiori rischi di esecuzione sulla paziente gravida. Il suo impiego si giustifica solo se accompagnato ad una minima percentuale di complicanze sia materne che fetali.

La scelta della modalità di somministrazione dell'analgesia peridurale in travaglio dipende dalle risorse disponibili e dall'esperienza dell'anestesista.

Si consiglia l'impiego delle più basse concentrazioni di anestetico locale in grado di fornire un'adeguata analgesia.

**B**

L'analgesia peridurale si è dimostrata efficace nel controllo del dolore in travaglio e non dannosa per il feto/neonato.

In assenza di controindicazioni cliniche, la richiesta della donna rappresenta indicazione sufficiente all'esecuzione dell'analgesia peridurale.

**B**

L'organizzazione di un piano di assistenza per il supporto e il controllo del dolore in travaglio di parto deve tenere conto dei bisogni e della situazione clinica della persona assistita oltre che delle risorse/vincoli presenti nella singola struttura/situazione nella quale avviene il parto.

**A**

Compilare in modo corretto e completo la cartella al fine di consentire la comprensione del caso clinico e del progetto assistenziale.

Assistenza alla gravidanza  
e al parto fisiologico

Linee guida nazionali  
di riferimento

prodotto nell'ambito del  
Programma Nazionale  
Linee Guida-PNLG,  
dall'ASSR e ISS

# ANALGESIA PERIDURALE NEL TRAVAGLIO DI PARTO

## Requisiti di un servizio di anestesia per l'analgisia nel parto spontaneo

### ORGANIZZAZIONE

- Servizio attivo tutti i giorni 24 / 24 ore
- Anestesista presente in sede 24 / 24 ore
- Risposta sollecita alla richiesta di analgesia della donna

### STRUTTURA

- Standard di sicurezza della sala parto/travaglio sovrapponibili a quelli della sala operatoria
- Immediata disponibilità della sala operatoria in caso di necessità

### PERSONALE RICHIESTO

- Anestesista esperto in campo ostetrico
- Ostetrica per l'assistenza al travaglio e al parto
- Ginecologo per la valutazione del travaglio, del parto e di eventuali emergenze ostetriche
- Neonatologo eventualmente disponibile al momento del parto

## Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico

Linee guida nazionali di riferimento

- 
- ◆ **Struttura**  
ciò che uso ovvero ho a disposizione
  - ◆ **Processo**  
Ciò che faccio ovvero come lo faccio
  - ◆ **Esito**  
Quali sono i risultati del mio operato
-

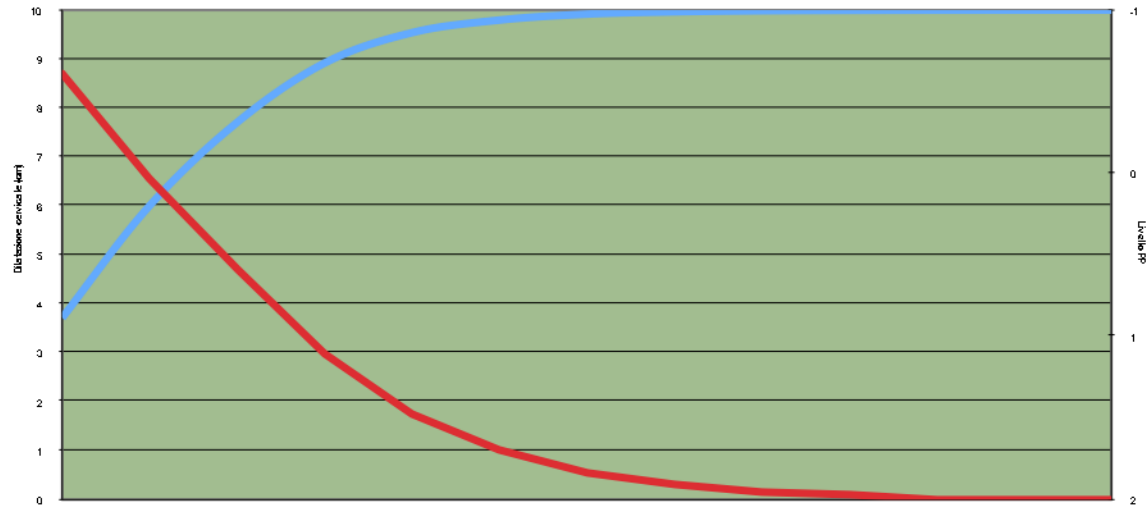
# EFFETTI DELLA PARTOANALGESIA SULL' ATTIVITA' UTERINA

L'influenza della partoanalgesia sulla progressione del travaglio è oggetto di numerose discussioni, particolarmente tra anestesisti e ginecologi.

- difficoltà di confrontare tra loro risultati legati a tecniche anestesologiche e gestioni ostetriche molto differenti
- impossibilità di realizzare degli studi prospettici completamente randomizzati.

REGRESSIONE NON LINEARE  
CON CURVA DI TIPO  
LOGISTICO CHE FA  
RIFERIMENTO  
ALL'EQUAZIONE

$$y = C / 1 + e^{(a + bx)}$$



doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01568.x

*J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2011

## Rebuilding the labor curve during neuraxial analgesia

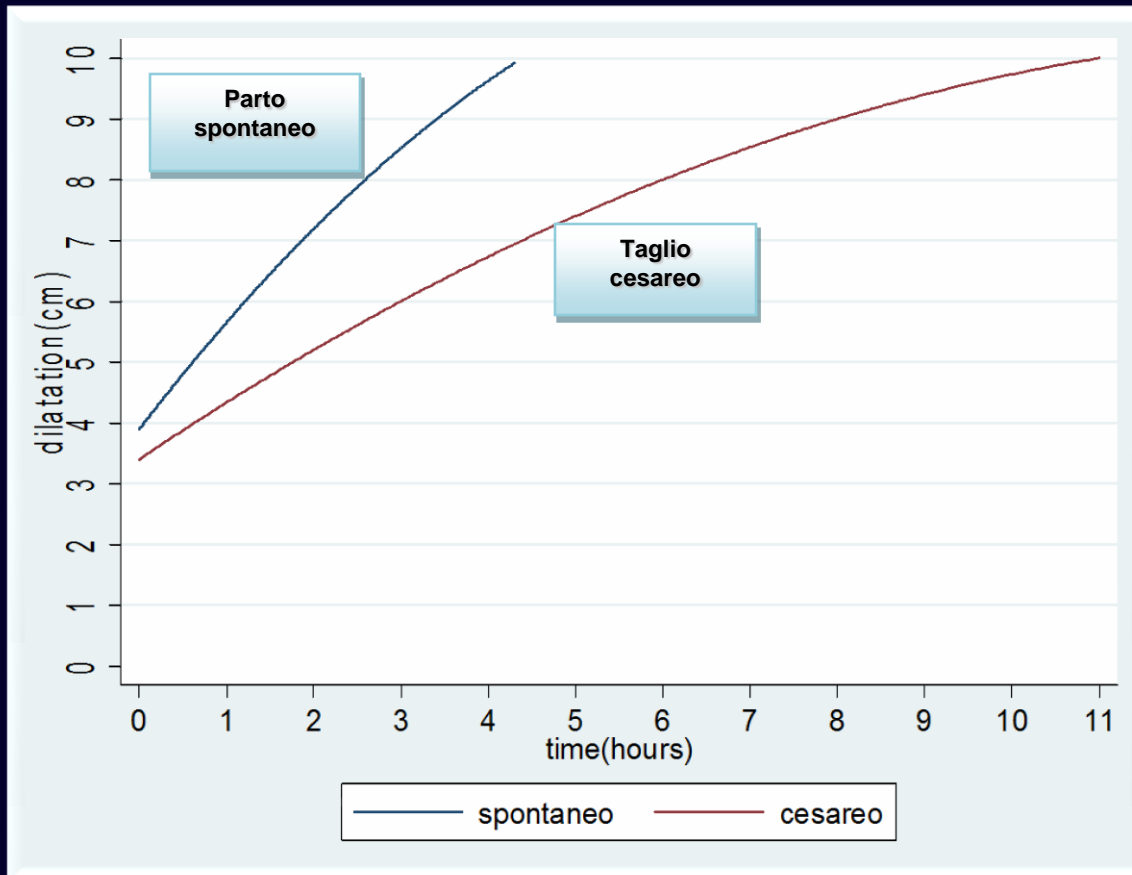
Maria Grazia Frigo<sup>1</sup>, Giovanni Larciprete<sup>2</sup>, Federica Rossi<sup>4</sup>, Paolo Fusco<sup>2</sup>,  
Cristina Todde<sup>1</sup>, Sheba Jarvis<sup>5</sup>, Valentina Panetta<sup>3</sup> and Danilo Celleno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Intensive Care Unit and Anesthesiology, and <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, and <sup>3</sup>SeSMIT, Medical Statistics and Information Technology, AFaR, Fatebenefratelli Association for Research, Fatebenefratelli Hospital, Isola Tiberina, and <sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, 'Sapienza' University, Rome, Italy; and <sup>5</sup>Imperial College School of Medicine, Hammersmith Hospital, London, UK

Frigo MG, Todde C, Celleno D et al Rebuilding the labour curve during neuraxial analgesia *J Obstet Gynecol Res* 2011 Jun 16 doi :10.1111/j1477-0756



# Confronto andamento del PARTO SPONTANEO con il TAGLIO CESAREO



**PS 85%**

**TC 11%**

**PO 4%**

# *Indicazioni per il TC e per i PO*

## **INDICAZIONI al taglio cesareo**

Mancato impegno della PP

Mancata progressione

Iniziale distacco di placenta

Iniziale sofferenza fetale

Prolasso di funicolo

## **INDICAZIONI applicazione ventosa**

Ipocinesia uterina

Mancata rotazione e progressione

Decelerazioni variabili ripetute

CTG non rassicurante

## **INDICAZIONI**

**Applicazione forcipe**

Sofferenza fetale ed esaurimento forze propulsive

***PS 85%***

***TC 11%***

***PO 4%***

# Conclusioni

*Il concetto di “medicalizzazione” su cui tanto si dibatte, non è dato dalla presenza o meno di analgesia. Abbiamo avuto la necessità di poter descrivere nuovamente le curve del partogramma, per assicurare una corretta assistenza ostetrica nei travagli in analgesia o peri-midollare e per non correre il rischio di un eccessivo interventismo*





**PERCHE'  
PARTORIRE SENZA DOLORE ?**



## **"La terapia del dolore: orientamenti bioetici"**

30 marzo 2001

*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.*



Grazie per  
l'attenzione