



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero Universitaria
Arcispedale S. Anna - Ferrara

IL LAVORO DI EQUIPE IN SALA PARTO

Il Ginecologo

Cristina Banzi

IL LAVORO DI EQUIPE IN SALA PARTO

Il Ginecologo

Ruolo del Ginecologo

Soddisfazione materna in assenza di complicanze

Numerose variabili

FISIOLOGIA    PATOLOGIA




CRITICITA'

ANALGESIA IN TRAVAGLIO - BENEFICI

PER LA MADRE

- Controllo del dolore
- Ridotto consumo di ossigeno
- Riduzione iperventilazione
- Controllo acidosi metabolica
- Ridotta increzione ormoni da stress
- Miglioramento circolo placentare
- Riduzione ansia
- Rilassamento e cooperazione

PER IL FETO riflessi da quelli materni

- Ridotta acidosi metabolica
- Migliore circolazione placentare per vasodilatazione
- Ridotto consumo di ossigeno
- Miglioramento dell'ossigenazione

ACOG - PARTOANALGESIA

in assenza di controindicazioni, la richiesta materna è un'indicazione medica sufficiente al trattamento del dolore in travaglio di parto ...

.....la scelta deve essere condivisa tra
Ginecologo, Anestesista, Paziente e Personale
ostetrico..

PARTOANALGESIA ACOG. ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Number 36, July 2002. Int J Gynaecol Obstet 2002 Sep;
ACOG committee opinions Obstet Gyn 2004, 2006

INDICAZIONI MEDICHE

- Ipertensione indotta dalla gravidanza
- Diabete , malattie cardiache, respiratorie,oculistiche,ecc.
- Travaglio / parto di prova in progresso TC (VBAC)
- Prematurità, restrizione della crescita fetale
- Travaglio indotto
- Travaglio prolungato, presentazione occipito-posteriore
- Contrattilità uterina non coordinata, distocia dinamica
- Secondamento manuale

EFFETTO DELLA PARTOANALGESIA

DURATA DEL TRAVAGLIO

TAGLIO CESAREO- PARTO OPERATIVO

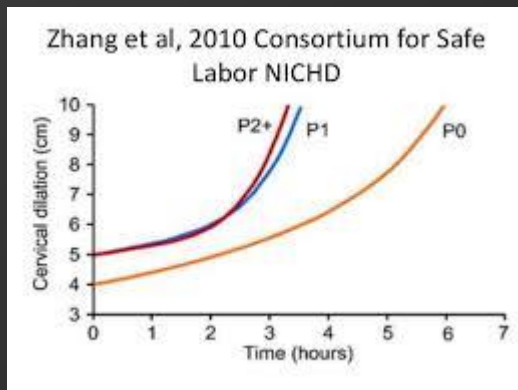
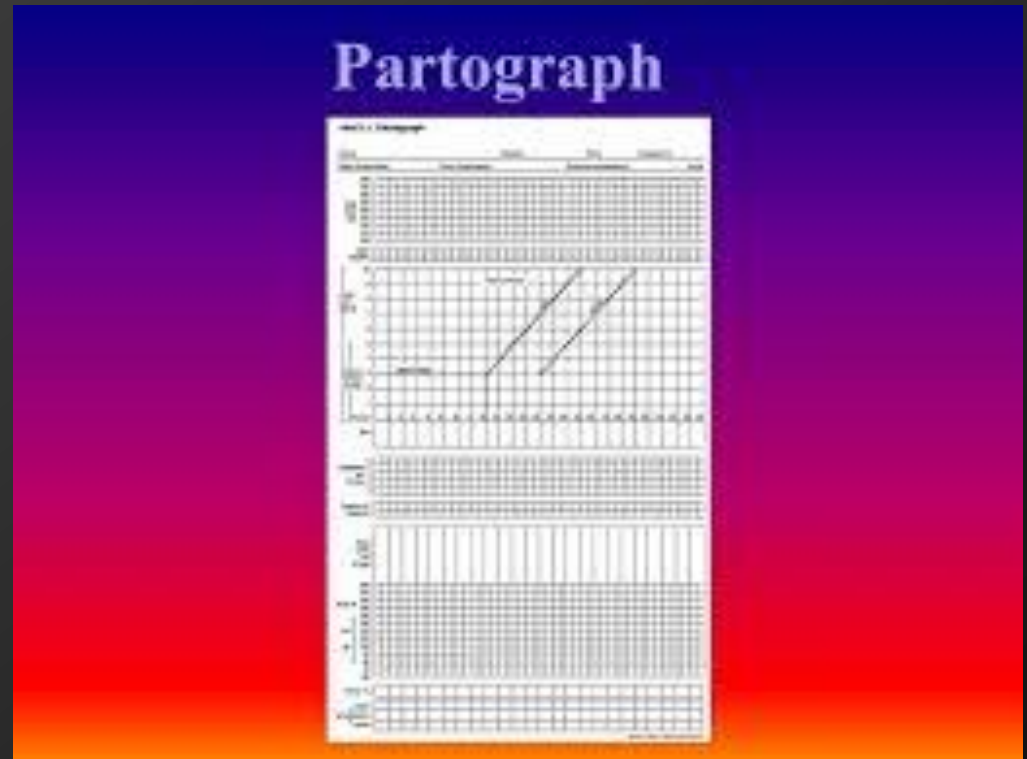
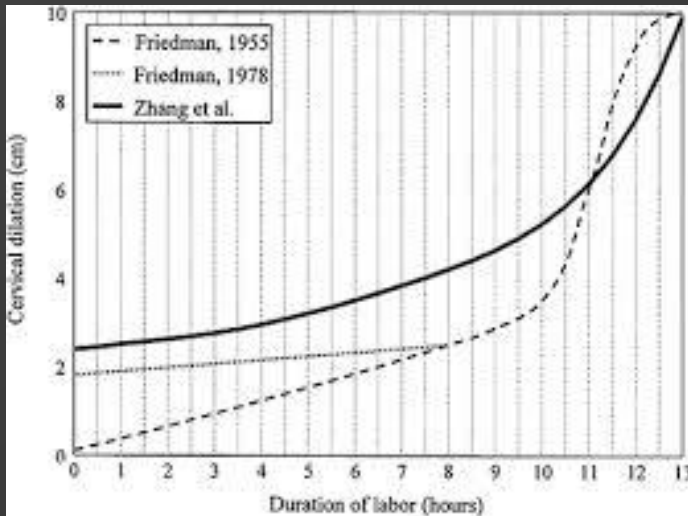
OSSITOCINA

EPISIOTOMIA-LACERAZIONI VAGINO PERINEALI

COMPLICANZE-EFFETTI COLLATERALI

CONTROLLO ADEGUATO DEL DOLORE

CURVE CERVICOMETRICHE



La curva cervicometrica di Friedman e il significato della fase latente

- La dilatazione della cervice è frequente a termine di gravidanza, prima del travaglio
- Il travaglio attivo viene definito da dilatazione $> 3-5$ cm con contrazioni regolari
- Dilatazione $< 3-5$ cm e contrazioni anche se regolari e dolorose (non importa quanto) non indicano necessariamente travaglio attivo
- La durata della fase latente non influisce sulla probabilità di una regolare evoluzione della fase attiva

VARIABILI

Alcuni parametri ostetrici si sono modificati negli anni :

- Aumento BMI materno
- Aumento del peso alla nascita
- Aumentato uso di ossitocina in travaglio
- Induzione del travaglio
- Riduzione dei parti operativi vaginali (51% casistica Friedman vs 13% casistica Zhang)
- L'introduzione dell'analgesia peri-midollare in travaglio (8% Friedman vs 48% Zhang)

DURATA DEL TRAVAGLIO

Zhang J et al. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2002 st. retrospettivo – 1329 nullipare

durata fase attiva periodo dilatante 2.5 h – 5.5 h

esiste una variabilità individuale rispetto ai criteri della curva di Friedman originale

distocie dinamiche

condotta ostetrica

PARTOANALGESIA -DURATA DEL TRAVAGLIO

DONNE IN ANALGESIA EPIDURALE VS NON TRATTATE

AUMENTO medio II stadio 15,2 MINUTI

Liu EHC et al. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review. BMJ 2004 - Metanalisi 7 RCT – 2962 nullipare .

Zhang G1, Feng Y.Effect of epidural analgesia on the duration of labor stages and delivery outcome. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. 2012 – 328 nullipare

ANALGESIA EPIDURALE E DURATA DEL TRAVAGLIO

tempo di inizio

- 3 cm (inizio travaglio) 5,9 ore
- 4-5 cm (travaglio attivo) 6,6 ore

Ohel G et al. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of caesarean section? A randomized trial. Am J Obstet Gynecol, 2006. RCT 449 nullipare

ANALGESIA EPIDURALE E DURATA DEL TRAVAGLIO

- Aumento della velocità di dilatazione subito dopo induzione dell'epidurale
- Graduale andamento della dilatazione cervicale
- Aumento della durata II stadio

Frigo M.G. Celleno D. Impatto dell'analgesia perimidollare sulla dinamica del travaglio. Studio su 200 partogrammi. Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Vol. LXXXIII. **2007**

ANALGESIA EPIDURALE E DURATA DEL TRAVAGLIO

NICE Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth.
Clinical Guideline. December 2014.

- I stadio : invariato
- II stadio : aumentato

INDIPENDENTEMENTE dalla dilatazione della
cervice uterina

Tempo di transizione

American College of Obstetrician and Gynecology del 2002 - ACOG

Definizione : tempo che intercorre tra la dilatazione completa e l'inizio delle spinte

E' necessario poter stabilire quando si ha realmente il passaggio tra il I e il II stadio del travaglio

Termina la discesa fisiologica della testa

Spingere solo se la parte presentata sia > 0 o la donna avverte il premito (+2/+3)

Stato dell'arte (2018)

- **Obstetric Anesthesia Digest. 38(1):47–48, MAR 2018**

Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial

X. Shen; Y. Li; S. Xu; N. Wang; S. Fan; X. Qin; C. Zhou; P.E. Hess

- **Obstetrics & Gynecology. 131(4):742, APR 2018**

Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial

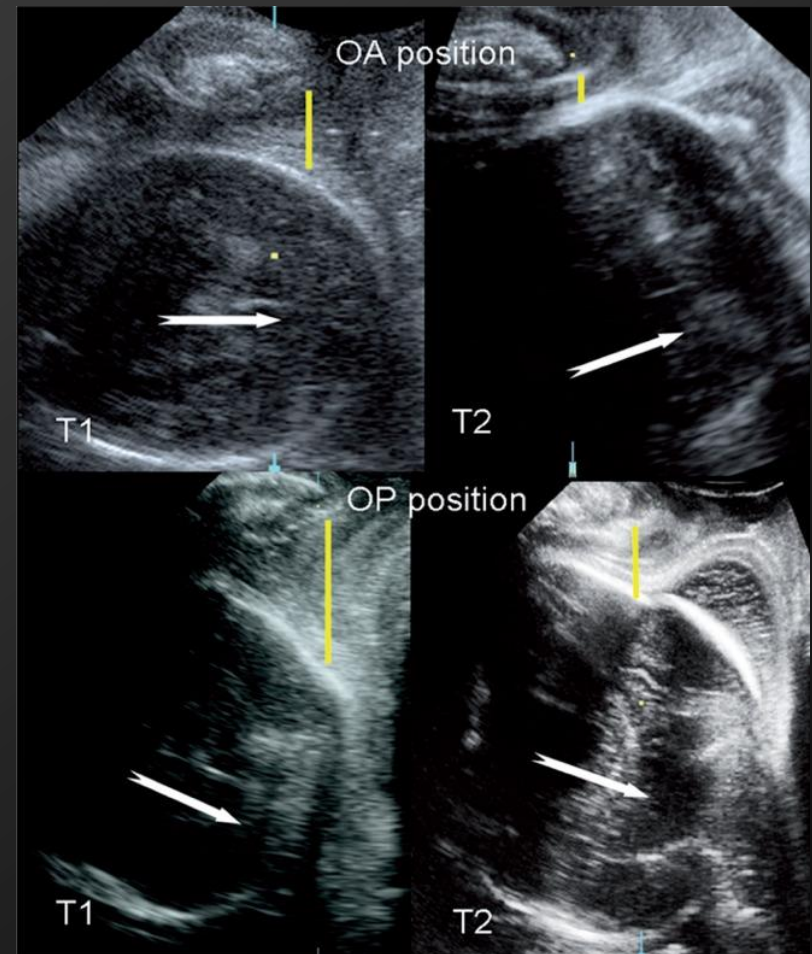
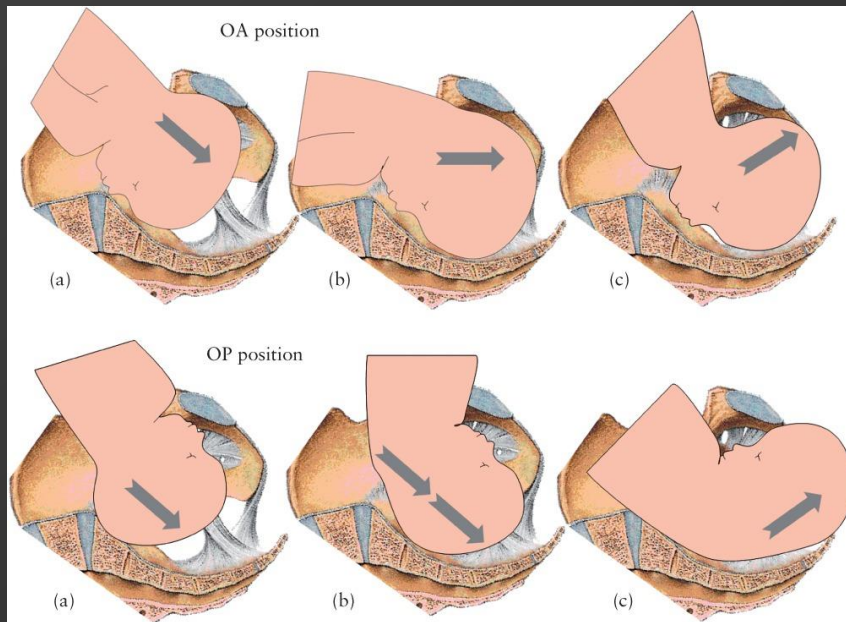
Jessica L. Illuzzi; Jessica T. Greenberg; Peter A. Mancini

- **Journal of Ultrasound**

Ultrasonographic evaluation of the second stage of labor. Predictive parameters for a successful vaginal delivery with or without neuraxial analgesia: a pilot study

C.Pizzicaroli, C.Montagnoli, I.Simonelli, M.G.Frigo, H.Valensise et al

Ecografia translabiale nel II stadio



Ultrasonographic evaluation of the second stage of labor. Predictive parameters for a successful vaginal delivery with or without neuraxial analgesia: a pilot study

C.Pizzicaroli, C.Montagnoli, I.Simonelli, M.G.Frigo, H.Valensise et al

- **Obiettivo:** progressione e rotazione della testa nel II stadio analgesia epidurale vs no analgesia
- **Metodo :** parametri ecografici translabiali :angolo di progressione , distanza sinfisi –testa fetale, angolo di rotazione
- **Risultati :** nelle pz in analgesia durata aumentata del II stadio, valori angolo progressione maggiori, valori angolo di rotazione minori
- **Conclusioni:**l'analgesia perimidollare aumenta la durata del secondo stadio, influenza l'iniziale discesa e rotazione della testa ma non incide sulla tipologia del parto (PS vs PO vs TC)

Raccomandazioni ACOG

L'American College of Obstetricians and Gynecologists raccomanda da alcuni anni di non considerare prolungata la II fase del travaglio in pazienti in analgesia perimidollare prima di 2 ore nelle pluripare e 3 ore nelle nullipare (1 e 2 ore rispettivamente nelle pazienti non in AE)

Partoanalgesia e taglio cesareo

- Dati contrastanti fino al 2004
- **Cochrane Review 2005** The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4 21 RCT – 6664 pz RR 1.07 **RR Taglio cesareo 1,07**
- CR Cambic et al. Labour analgesia and obstetric outcomes. **British journal of Anaesthesia** – 2010
- **NICE** – Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth – December 2014

**L'ANALGESIA EPIDURALE NON INCIDE IN MODO
STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVO SUL RISCHIO DI TAGLIO
CESAREO**

Partoanalgesia e parto operativo

analgesia epidurale vs donne non trattate

AUMENTO parti operativi 9% vs 3%

Decca L et al. Labor course and delivery in epidural analgesia: a case-control study. J Matern Fetal Neonatal Med 2004 – 207 pz

AUMENTO parti operativi RR 1,38 ; nessuna differenza esito neonatale

Anim-Somuah M et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, 21 RCT – 6664 pz

Partoanalgesia e parto operativo

analgesia epidurale vs donne non trattate

Nullipare 12,3% vs 4,7%

Pluripare 8,2% vs 1,3%



Bakhamees H et al. Does epidural increase the incidence of caesarean delivery or instrumental labor in Saudi populations? Middle East J Anesthesiol 2007. RCT – 861 pz

Partoanalgesia e ossitocina

The Cochrane Library Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries

Conclusioni degli Autori

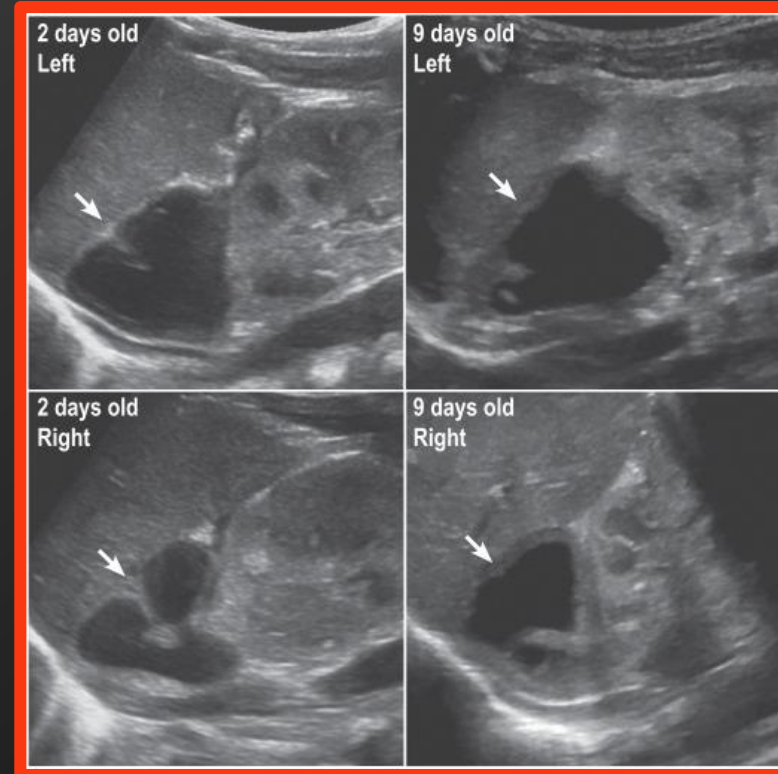
AUGMENTATION vs PLACEBO

No differenze statisticamente significative

- Parto operativo, taglio cesareo
- Emorragia post partum
- Morbidità , mortalità neonatale

CASO CLINICO 1

- Primigravida , pakistana, 21 aa
- Barriera linguistica , non accompagnata
- Gravidanza non screenata
- Presa in carico a 36 settimane
- Ricovero in travaglio di parto stadio I avanzato
- Reazione emotiva abnorme nello stadio II , opposizione al disimpegno della testa, ecc.
- A 24 h dal parto diagnosi di emorragia severa bilaterale delle ghiandole surrenali nel neonato con esiti permanenti (terapia sostitutiva)



Endocrinol Diabetes metab, feb 2018

Caso clinico 2

- Primigravida, 34 aa, italiana, fisioterapista
- Gravidanza seguita, con decorso fisiologico, rifiuto percorso PA
- Insorgenza spontanea del travaglio, assistenza ostetrica one to one, manifesta difficoltà a gestire il dolore
- Contattato partoanalgesista , disponibile ad eseguire l'analgisia
- Rifiuto assoluto da parte della gravida a sottoporsi all'analgisia , attacco di panico in fase espulsiva.
- Taglio cesareo emergente in anestesia generale, estrazione difficoltosa del feto per la profondità dell'impegno della parte presentata
- Neonato vivo e vitale
- Estensione della breccia uterina , emorragia , incarceramento dell'uretere durante la riparazione

Conclusioni

- La partoanalgesia consente l'eliminazione del dolore del travaglio di parto, mantenendo vigile la coscienza e la collaborazione della partoriente, consentendo inoltre una discreta mobilità
- La durata del I stadio del travaglio non viene influenzata significativamente dalla peridurale, mentre si assiste ad un aumento della durata del II stadio .
- La partoanalgesia non aumenta il rischio di taglio cesareo mentre c'è un lieve aumento del rischio di parto operativo
- Il trattamento del dolore in travaglio va affrontato sempre in modo completo, basandosi anche sull'utilizzo di presidi non farmacologici, quali la continuità dell'assistenza alla donna e l'utilizzo di misure generali di sollievo dal dolore (scelta della posizione da assumere, ambiente familiare, immersione in acqua...)

Conclusioni

- Forte interdisciplinarieta'
- Umanizzazione dell'assistenza
- Possibilità di scelta
- Minimizzare l'insorgenza di eventi avversi

grazie