

INDUZIONE AL PARTO

La soddisfazione delle donne sottoposte ad induzione: lo studio multicentrico

Il momento del parto rappresenta una esperienza emozionale unica nella vita della donna. Accanto alla corretta procedura clinica/terapeutica, una componente fondamentale dell'assistenza ostetrica è senza dubbio la soddisfazione della donna.



FABIO PARAZZINI
Professore ordinario settore disciplinare MED/40 Ginecologia ed Ostetricia, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano

UNA BUONA INFORMAZIONE ed assistenza sono fondamentali per la soddisfazione della donna. Recentemente Aogoi ha condotto una ampia indagine sulla soddisfazione della donna in sala parto (Scambia et al. 2020). Tale indagine tuttavia non ha indagato in dettaglio l'impatto della medicalizzazione del parto sulla soddisfazione. Una condizione associata alla medicalizzazione è l'induzione del parto. Con l'aumentare dell'età materna e della patologia materno-fetale osservata negli ultimi anni, si è reso necessario effettuare un'induzione medica del travaglio in una proporzione sempre maggiore di gravidanze.

Per indagare anche questo aspetto della soddisfazione della donna al momento del parto Aogoi ha promosso uno studio osservazionale trasversale multicentrico che ha avuto l'obiettivo proprio di valutare il grado di soddisfazione dell'esperienza induzione del travaglio e parto di puerpere mediante un questionario (Mauri PA, Pilloni E, Stillavato S, Ragusa A, Masturzo B, Trojano G, Piteri G, Pegurri G, Ricci ED, Teodoro MC, Guardalà F, Messina A, Svelato A, Parazzini F, Iurlaro E, Viora E. *Role of mode of induction and delivery and women's satisfaction after induction of labour at term: An observational study.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Jul;286:47-51).

Ammissibili allo studio erano tutte le donne che avevano partorito durante il periodo di studio un bambino sano e che sono state sottoposte ad induzione del travaglio di parto per gravidanza oltre il termine (si è scelto di limitare il criterio di ingresso alle sole gravidanze oltre il termine al fine di rendere il più possibile omogeneo il gruppo in studio).

Specificamente sono state incluse donne che soddisfavano contemporaneamente i seguenti criteri:

- età uguale o superiore a 18 anni;
- in grado di comprendere la lingua italiana scritta;
- che sono state sottoposte ad induzione del travaglio per gravidanza oltre il termine;

- che hanno partorito durante il periodo di studio un bambino sano;
- che hanno firmato il consenso informato.

Dopo aver ottenuto il consenso informato, la donna, durante la sua permanenza in ospedale dopo il parto, è stata invitata da un operatore sanitario opportunamente addestrato a compilare un questionario di soddisfazione in modo anonimo. Il questionario è stato riconsegnato dalla donna sempre in modo anonimo in una cassetta dedicata al momento delle dimissioni.

Il questionario era composto da due sezioni di domande:

Sezione I. caratteristiche socio-demografiche della donna: età, anamnesi ostetrica (parti spontanei, parti operativi), informazioni relative al travaglio e parto (tipo di induzione, tempi).

Sezione II. *Italian Birth Satisfaction Scale-Revised* (I-BSS-R) è un questionario validato per misurare la soddisfazione della donna al parto che è la traduzione tradotto in lingua italiana (Nespoli et al, 2018) dello strumento BSS-R sviluppato nel Regno Unito (Hollins Martin and Martin, 2014).

Esso è uno strumento psicometrico multidimensionale robusto, valido e affidabile per misurare la soddisfazione della donna al parto. Esso presenta 10 items che misurano tre fattori: qualità della "care", attributi personali della donna e stress vissuto durante il parto. Questi items vengono valutati con una scala che va da 0 a 4, dove 0 corrisponde al disaccordo massimo e il 4 al massimo accordo.

Lo svolgimento dello studio prevedeva un unico tempo, ossia quello della compilazione del questionario.

Sono entrate in studio un totale di 300 donne: di queste, 63 sono state indotte con misoprostolo orale, 130 con prostaglandine vaginali e 107 con palloncino Cook con (20 donne) o senza (87 donne) misoprostolo.

Considerando la serie totali, l'età materna media

era di 33,4 anni (SD 5,2). Un totale di 213 (71,2%) donne erano nullipare e 35 (11,7%) hanno riportato uno o più travagli indotti in precedenti gravidanze.

Un totale di 217 (72,3%) donne hanno partorito con taglio cesareo. Tra le 274 (91,3%) donne che hanno ricevuto uno o più metodi di controllo del dolore, il metodo più comune era l'analgia epidurale (249 donne, 90,9%). Le caratteristiche basali, la modalità di somministrazione e il controllo del dolore erano comparabili nei tre gruppi con l'eccezione della parità, le donne indotte con farmaci orali erano più frequentemente parae.

Le informazioni sull'induzione e sul controllo del dolore sono state considerate "molto adeguate/adequate" rispettivamente dal 95,5% (95% CI 92,6%-97,5%) e dall'87,0% (95% CI 82,8%-90,5%) delle donne. La durata dell'induzione è stata giudicata "lunga/troppo lunga" dal 56,1% (95% CI 50,4%-61,7%) delle donne: i valori corrispondenti erano 38,1% (95% CI 26,8%-50,5%), 57,1% (95% CI 48,4%-65,6%) e 65,4% (95% CI 56,0%-74,0%) per le donne che erano state indotte rispettivamente con farmaco orale, vaginale e palloncino di Cook (p=0,01).

Alle donne è stato anche chiesto della loro esperienza di induzione, travaglio e parto e del loro atteggiamento nei confronti dell'induzione in una gravidanza successiva (Tabella 1). Le proporzioni di risposta positiva a queste domande erano diverse tra le modalità di induzione, ma dopo aver considerato l'età, la parità, il controllo del dolore e la modalità del parto non è stata osservata alcuna differenza significativa con l'eccezione dell'esperienza del travaglio e del parto. Al contrario, includendo nel modello età, parità, controllo del dolore e modalità della IOL, le donne che hanno avuto un parto vaginale hanno espresso una maggiore soddisfazione per la loro esperienza.

Considerando le serie totali, il punteggio medio BSS-R a 10 item era 24,2 (SD 5,9) e i punteggi me-



di per lo stress sperimentato durante il travaglio, la qualità dell'assistenza fornita e le sottoscale degli attributi personali della donna erano 7,2 (SD 3,5), 12,8 (SD 1,9) e 4,2 (SD 2,0), rispettivamente. Considerando i potenziali fattori confondenti (rispettivamente età, parità, controllo del dolore e modalità di erogazione o modalità della induzione), il punteggio BSS-R aggiustato medio era più alto tra le donne sottoposte ad induzione con farmaci orali rispetto a farmaci vaginali ($p=0,005$) o Cook palloncino ($p=0,001$) e tra le donne che hanno partorito spontaneamente rispetto a quelle che hanno partorito con taglio cesareo ($p<0,0001$). Considerando le tre sottoscale (stress BSS durante il travaglio, qualità delle cure BSS e attributi delle donne BSS), le donne sottoposte ad induzione con farmaci orali hanno riportato punteggi medi più elevati, con significatività statistica nel-

la sottoscala stress e attributi e nessuna differenza nella qualità -area di cura. Tutte le sottoscale erano significativamente diverse per modalità del parto. Gli stessi risultati sono emersi dall'analisi multivariata.

Infine, alle donne è stato chiesto "Cosa pensi sia importante per un metodo di induzione?": il 47,3% (95% CI 41,7%-53,0%) delle donne ha risposto "dovrebbe rendere l'induzione il più indolore possibile", il 47,0% (95% CI 41,4%-52,7%) "dovrebbe indurre il travaglio rapidamente", 44,3% (95% CI 38,8%-50,0%) "dovrebbe essere sicuro per il bambino; Il 26,0% (95% CI 21,3%-31,2%) "dovrebbe richiedere meno visite interne" e il 16,3% (95% CI 12,5%-20,8%) "dovrebbe permettere di muoversi liberamente".

I risultati generali di questo studio mostrano che le donne sottoposte ad induzione in questa popolazione riportano un livello di soddisfazione dell'induzione, del travaglio e del parto di circa il 75%. L'induzione è stata considerata "troppo lunga/lunga" da circa il 55% delle donne e un atteggiamento positivo nei confronti dell'induzione in una successiva gravidanza è stato riportato dal 55% delle donne.

Questi risultati sono coerenti con studi pubblicati in precedenza (Hamoda et al 2005; Ho et al 1997; Saxena et al 2006; Arvidsson et al 2005; Vimala et al 2004; Nassar et al 2007). Ad esempio, in uno studio randomizzato che confrontava il misoprostolo sublinguale con quello vaginale per l'induzione del travaglio a termine (Nassar et al 2007), "la soddisfazione era significativamente più alta nel gruppo sublinguale rispetto a quello vaginale.

Il livello generale di soddisfazione in sala parto osservato in questo studio sembra essere inferiore a quanto precedentemente riportato tra le donne italiane. Secondo un recente ampio studio (Scambia et al. 2020) in questa popolazione il tasso di soddisfazione era superiore al 90%.

Nella nostra serie, è stato riportato un tasso di soddisfazione di circa l'85% nelle donne che hanno partorito per via vaginale. In altre parole, il fallimento dell'induzione rappresentava una determinante di minore soddisfazione. Quest'ultima osservazione è stata riportata in altre popolazioni (Shetty et al 2005).

Le varie modalità di induzione del travaglio oggi disponibili possono essere associate a differenti livelli di soddisfazione. Le modalità meno invasive (ad esempio che richiedano un minor numero di visite vaginali) o che garantiscano tempi al par-

to minori possono favorire una buona esperienza e migliorare la soddisfazione (Taylor-Clarke et al 2012 Shetty et al al 2005). Ad esempio, come già indicato, uno studio ha mostrato come la via orale sia associate ad una maggior soddisfazione della donna (Nassar et al. 2007). Questo dato è stato confermato in questo studio: la proporzione di donne soddisfatte/molto soddisfatte era più alta tra quelle che avevano avuto l'induzione orale. Questo risultato è stato confermato dai risultati del questionario I-BSS-R.

In conclusione, questo studio mostra che la modalità di parto è associata a un più alto tasso di soddisfazione tra le donne indotte. Considerando la modalità di induzione, i farmaci orali sono associati a un più alto livello di soddisfazione. Il controllo del dolore e l'induzione rapida sono le caratteristiche dell'induzione più apprezzate dalle donne.

BIBLIOGRAFIA

Arvidsson C, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Nov 1;123(1):87-91. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.02.019. PMID: 16260342.

Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. BJOG. 2005 Aug;112(8):1102-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00638.x. PMID: 16045525.

Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. Obstet Gynecol. 1997 Nov;90(5):735-8. doi: 10.1016/S0029-7844(97)00419-5. PMID: 9351755.

Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 2014 Jun;30(6):610-9. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.006. Epub 2013 Oct 24. PMID: 24252712.

Nassar AH, Awwad J, Khalil AM, Abu-Musa A, Mehio G, Usta IM. A randomised comparison of patient satisfaction with vaginal and sublingual misoprostol for induction of labour at term. BJOG. 2007 Oct;114(10):1215-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01492.x. PMID: 17877674.

Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., Fumagalli, S., 2018. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. Ann. Ist. Super. Sanità 54, 340-347. <https://doi.org/10.4415/AN.N.18.04.11>

Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008 Feb;48(1):101-6. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00809.x. PMID: 18275580.

Scambia G, Viora E, Colacurci N, Longhi C. Patient-reported experience of delivery: A national survey in Italy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 Jan;244:197-198.

Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—a questionnaire-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Nov 1;123(1):56-61

Taylor-Clarke M, Wahba J, Touqmatchi D, Rowland C, Baithun M, Akmal S. Induction of labour: women's satisfaction in the inpatient and outpatient settings Arch Dis Child Fetal Neonatal (2012) A92 Ed 2012;97(Suppl 1):A1-A125

Vimala N, Mittal S, Kumar S, Dadhwal V, Sharma Y. A randomized comparison of sublingual and vaginal misoprostol for cervical priming before suction termination of first-trimester pregnancy. Contraception. 2004 Aug;70(2):117-20. doi: 10.1016/j.contraception.2004.02.017. PMID: 15288215.

TABELLA 2
Opinione delle donne in merito alle informazioni sull'induzione, il controllo del dolore e la durata dell'induzione

	Totale No=300 (%)	Modalità della induzione			P*	Modalità del parto		P**
		Orale No=63 (21.0%)	Vaginale No=130 (43.3%)	COOK No=107 (35.7%)		Parto vaginale No=217 (73.3%)	Taglio cesareo No=79 (26.7%)	
Come valuta l'esperienza della induzione?								
Adeguata/molto adeguata	218 (73.4)	55 (87.3)	92 (72.4)	71 (66.4)		177 (81.9)	38 (48.7)	
Inadeguata/molto inadeguata	70 (23.6)	8 (12.7)	30 (23.6)	32 (29.9)		33 (15.3)	37 (47.4)	
Non so	9 (3.0)	-	5 (3.9)	4 (3.7)	0.51	6 (2.8)	3 (3.9)	<0.0001
Come valuta la sua esperienza del travaglio e del parto?								
Adeguata/molto adeguata	225 (76.0)	55 (87.3)	98 (77.8)	72 (67.3)		181 (84.2)	41 (52.6)	
Inadeguata/molto inadeguata	62 (21.0)	6 (9.5)	24 (19.0)	32 (29.9)		31 (14.4)	31 (39.7)	
Non so	9 (3.0)	2 (3.2)	4 (3.2)	3 (2.8)	0.40	3 (1.4)	6 (7.7)	0.0001
Valuterebbe positivamente una induzione in una gravidanza successiva?								
Absolutamente sì/sì	167 (56.6)	49 (77.8)	66 (52.8)	52 (48.6)		136 (63.3)	28 (36.4)	
Ne sì ne no	88 (26.8)	10 (15.9)	41 (32.8)	37 (34.6)		59 (27.4)	29 (37.7)	
No/Absolutamente no	40 (13.6)	4 (6.3)	18 (14.4)	18 (16.8)	0.05	20 (9.3)	20 (26.0)	0.009

* Aggiustato per età, parità, controllo del dolore, modalità del parto

** Aggiustato per età, parità, controllo del dolore