

L'uso dell'analgesia in travaglio di parto. Un' esperienza e alcune considerazioni

Ost. Giorgio Giuliani (Pisa)

La richiesta, in numero sempre crescente, da parte delle donne, di metodi di analgesia in travaglio di parto ci porta a meditare in maniera molto seria su come sta cambiando il modo di partorire. In molti paesi europei (Inghilterra, Francia, Germania), la pratica dell'analgesia in travaglio di parto è in opera da molti anni. Noi ci siamo affacciati a queste metodiche con circa 20 anni di ritardo.

Nel nostro reparto abbiamo intervistato alcune donne che sono ricorse a questo metodo per il controllo del dolore: molte di loro riferivano che l'analgesia esclude soltanto l'aspetto più stressante del travaglio e del parto, lasciando inalterato il lato emozionale. Abbiamo così concluso che il dolore del travaglio e del parto non è per tutte compagno naturale della procreazione.

Lasciando da parte quello che ognuno di noi pensa delle metodiche di analgesia in travaglio di parto, (spesso si esprimono giudizi senza ben conoscere la materia), bisogna saper trovare la nostra collocazione come ostetriche/I nell'assistenza alla donna che decide di partorire con l'aiuto di questa metodica. Nella nostra realtà l'ostetrica ricopre un ruolo fondamentale, sia per la donna che deve decidere, sia per quella che ha deciso la partoanalgesia, essendo, in questo caso, il punto di riferimento per l'anestesista che dovrà somministrare i farmaci nelle varie fasi del travaglio.

Proverò a fare una passeggiata nel dolore, cercando di inquadrarlo da vari punti di vista e di rapportarlo, in alcuni casi, al dolore del travaglio cercando di capire il collegamento che può esistere tra emotività e dolore, per poi passare alla sua sedazione con vari metodi di analgesia.

Fisiologia del dolore

Possiamo affermare che oltre ai 5 sensi classici (udito, tatto, gusto, olfatto e vista), considerati primari, ne esistono anche altri: ad esempio il senso della pressione, del dolore, del caldo, del freddo, della posizione, del movimento, dell'equilibrio; a questi va aggiunta la cenestesi, che è un complesso di sensazioni mal definibili nascenti dal funzionamento dei vari organi del corpo, le cui terminazioni nervo-

se segnalano, in certi casi, la fame nello stomaco, la sete nella gola. Un tipico esempio è il senso di riempimento dello stomaco, del retto e della vescica. I sensi che informano il cervello sul mondo circostante e sullo stato dell'organismo sono, quindi, una decina. Un senso del tutto particolare è quello del dolore, che può essere trasmesso da fibre nervose di differente calibro. Il dolore rapido è trasmesso da fibre più grosse (avvolte da una guaina mielinica) che il cervello interpreta come dolore acuto; ed il dolore lento, trasmesso da fibre più piccole (quasi prive di mielina), che provocano la sensazione del dolore bruciante. Quindi gli impulsi raccolti in diverse fibre nervose, in seguito ad un unico stimolo, viaggiano a velocità diverse, perché le fibre che compongono il nervo sono di calibro diverso.

Ricevendo un urto piuttosto forte si può avvertire l'immediata sensazione di dolore acuto, l'attimo dopo il dolore sembra essere scomparso, per ricomparire, l'istante successivo, più sordo e più forte di prima. Questo dimostra che il segnale nervoso, suscitato da un unico stimolo algogeno, raggiunge il midollo spinale e poi la parte sensitiva della corteccia, come un fascio di impulsi separati nel tempo e nello spazio. Sulla pelle è possibile localizzare dei punti, che stimolati in certi modi, danno sensazioni dolorose per la presenza di fibre nervose molto sottili. Il dolore è una sensazione la cui origine non è solamente cutanea. Molte sensazioni possono divenire dolorose quando raggiungono un certo grado di intensità: la luce abbagliante fa male agli occhi, un suono troppo forte fa male all'orecchio, un alimento troppo piccante fa male alla lingua. È da notare come uno stesso stimolo, in condizioni diverse, può divenire doloroso: un liquido tiepido ingerito, a cose normali ben tollerato, può divenire algogeno in presenza di un'esofagite; se la mucosa gastrica è sana, stimoli chimici anche intensi non evocano dolore, ma se la mucosa è infiammata modesti stimoli possono risultare algogeni. Questo suggerisce che l'infiammazione gioca un importante ruolo nella genesi del dolore, inducendo una sensibilizzazione a stimoli normalmente non dolorosi. Il dolore ha un significato molto ampio: può essere riferito ad un dolore fisico, causato da agenti esterni od interni, o ad un dolore psichico, causato, per esempio, dalla morte di una persona cara. I due tipi di dolore, che sembrano essere completamente differenti, mostrano, peraltro, vari punti di contatto, in cui è presente " un comportamento doloroso". Benché gli individui abbiano una soglia dolorifica pressoché uniforme, molto variabile è invece la loro tolleranza al dolore, sia in rapporto alla zona stimolata, sia riguardo a fattori propriamente psichici. Il dolore quindi dipende dall'importanza del trauma, dalla ricchezza delle diramazioni nervose nella regione colpita, ma anche dal momento, per così dire, psicologico in cui esso avviene. Molto spesso la percezione del dolore viene modificata dall'interpretazione che ad essa viene data, cioè l'intensità del

dolore non è sempre proporzionale allo stimolo. Ognuno di noi ha ben sopportato o quasi inavvertito un dolore nella foga di una competizione sportiva o nell'emozione di un grave incidente, ma ricorda molto bene il mal di denti. Per quanto riguarda il dolore da motivazione organica, le ferite superficiali sono più dolorose di quelle profonde, perché la pelle è più ricca di terminazioni nervose. Gli organi interni possono essere tagliati o bruciati senza avvertire il minimo dolore ma, se si ammalano, possono provocare sintomi dolorosi che non sempre fungono da campanello di allarme. Basta pensare al violento dolore dell'infarto del miocardio, che non è certamente un sintomo di salvaguardia, ma deve essere sedato con ogni mezzo. Nel caso di Ca del fegato, in cui la sofferenza insorge, molte volte, troppo tardi per servire come utile avvertimento e non cessa una volta che l'avvertimento è stato dato. La definizione del dolore come sintomo protettivo va un po' ridimensionata, perché può non essere presente anche in situazioni gravi, o risultare inadeguata. Una difesa molto semplice deriva dall'esperienza che determina dei riflessi protettivi. Se un uomo è vicino ad una stufa calda e per caso la tocca con una mano, il suo braccio fa allontanare la mano prima che egli abbia percepito il minimo dolore, senza che egli abbia il tempo di pensare e quindi di voler fare quel movimento. Un bambino di due anni, prima di ritirare la mano deve avvertire dolore, perché non ha esperienza sufficiente in merito. Il concetto del dolore come entità fisica, vale a dire misurabile in termini di intensità dello stimolo o della risposta ad esso, non può essere applicato in tutte le situazioni. Il dolore è una percezione nella quale essere percepito significa, più che per gli altri sensi essere sentito, è un prodotto della coscienza il cui elemento essenziale è la consapevolezza. La percezione del dolore, quindi, non è mai priva di un elemento emotivo ed è proprio questo elemento che ne rende difficile la valutazione sia da parte di chi soffre sia da parte di chi osserva. Lo stesso si può dire del piacere, ossia della percezione che nasce durante la soddisfazione di un bisogno e che coinvolge tutti i sensi. Piacere e dolore sono percepiti come contrapposizioni, ma spesso è solo questione di grado. La sensazione di piacere che si prova, quando siamo infreddoliti ad avvicinarci ad una stufa, può divenire dolorosa se ci avviciniamo troppo. Tornando al dolore, possiamo affermare che esso coinvolge profondamente il soggetto dal lato emotivo, spesso sviluppa ansia, paura e depressione. Tali disturbi si evidenziano tramite alterazioni comportamentali e verbali. Sono da tenere in considerazione anche altri fattori psicologici come l'anticipazione del dolore, vissuta come prospettiva futura di un dolore più forte. L'anticipazione all'aggravarsi del dolore può portare come conseguenza a comportamenti disorganizzati ed isterici ed a strategie improprie per fronteggiare l'evento futuro. L'anticipazione può essere molto precoce, addirittura alla sola vista, da parte della gestante, della sala

travaglio; per fare un esempio, basta pensare al bambino che si mette a piangere ed evidenzia fenomeni comportamentali simili a quelli successivi ad un evento doloroso alla sola vista del medico che potenzialmente, con una iniezione, gli può provocare dolore. Esiste un notevole intrigo tra dolore ed emotività a tal punto che quest'ultima può far comparire il dolore senza che, per questo fatto, esista una spiegazione organica. La cosiddetta "Sindrome della Covata" (caratterizzata dalle doglie del parto nel partner maschile al momento della nascita del figlio), è una sindrome rarissima nella cultura occidentale, ma è stata descritta come fenomeno sistematico in alcune tribù Africane.

L'argomento dolore è quanto mai importante in travaglio di parto, dove la variabilità della tolleranza e della risposta ad esso sono particolarmente evidenti e valutabili.

La gestante in base al suo bagaglio culturale, religioso, alla sua motivazione, alla sua soglia del dolore, alla paura e l'ansia che spesso le viene creata intorno o per qualunque altro motivo, deve decidere come affrontare il travaglio affinché quest'ultimo non sia per lei un trauma.

Il travaglio è uno degli eventi più importanti per la donna, se è vissuto in modo traumatico può creare problemi psicologici che possono coinvolgere l'intera famiglia.

Questo, purtroppo, alcune volte è il risultato di tecnici e professionisti che assistono con distacco, per loro solo lavoro salariato, routine, fatica.

È da tenere presente che per molte coppie giovani, al momento del ricovero, l'ospedale è un ambiente alieno, poco familiare associato all'idea di malattia e morte, di cui spesso non hanno avuto nessuna esperienza precedente. Avere la fiducia della donna riduce la sua sensazione di debolezza ed aumenta la capacità di tollerare il travaglio. Possiamo affermare che troppo spesso, in ospedale, un processo normale e fisiologico viene inutilmente medicalizzato, intervenendo più per determinare l'utilità della propria presenza che non per una reale situazione clinica.

La scienza moderna ha eliminato gli orrori medievali del parto. Il travaglio difficile non è più destinato a concludersi in tragedia, ma con il processo tecnologico, il parto senza complicazioni è stato trascurato. Non siamo contrari ai progressi della conoscenza scientifica ma sappiamo che il parto nella maggior parte dei casi, è un processo naturale, quindi vorremmo un parto "intelligente", intervenendo solo quando è necessario e non quando conviene. Siamo perfettamente a conoscenza dei dolori del parto, il parto non è "Soft", il parto è "Hard." Sappiamo bene che alcune donne motivano e riescono a controllare i dolori del travaglio, vivendo un'esperienza unica, mentre altre non vi riescono e chiedono l'analgesia durante il travaglio. Siamo contro il dolore, ma bisogna distinguere il "Dolore" dalla "Sofferenza".

Trasmissione dello stimolo doloroso

Qualunque sia lo stimolo doloroso, esso viaggia lungo i nervi sensoriali, verso la radice gangliare dorsale del relativo nervo spinale e nel corno posteriore del midollo spinale; **questo è il primo neurone.**

Il secondo neurone parte dal corno posteriore del midollo spinale ed arriva al talamo tramite il midollo allungato, il ponte ed il cervello medio.

Il terzo neurone parte dal talamo ed arriva alla parte sensitiva della corteccia.

La trasmissione degli impulsi nervosi viene effettuata od inibita da sostanze chiamate neurotrasmettitori, che sono di tipo eccitatorio od inibitorio. Questi interagiscono per mantenere l'equilibrio della percezione del dolore.

Un neurotrasmettitore eccitatorio è l'acetilcolina, uno inibitorio è l'encefalina. Il talamo, l'ipotalamo e parte della corteccia cerebrale, costituiscono il sistema limbico, che collega i sistemi endocrino e nervoso autonomo e regola alcune funzioni viscerali. Alcune emozioni originano in questo sistema che ha un'importante ruolo nella regolazione del dolore. Nella radice dorsale del midollo spinale esiste una sostanza gelatinosa, che nella **teoria del controllo dell'ingresso** (gate control), viene paragonata ad un cancello. Gli impulsi dolorosi possono essere sufficientemente forti da aprire il cancello e salire lungo il tratto sensitivo, o il cancello può essere richiuso da uno stimolo competitivo, come nel caso dell'ustione dall'applicazione locale di freddo. Gli oppiacei endogeni giocano un importante ruolo nella percezione del dolore e sono evidenziabili in vari punti del sistema nervoso centrale. L'organismo produce delle sostanze simili agli oppiacei che inducano un'analgesia naturale; le più comuni sono le endorfine e le encefaline.

Dolore in travaglio di parto

Il dolore in travaglio di parto è causato dalle contrazioni uterine, dalla dilatazione cervicale e nelle ultime fasi del primo stadio e durante il secondo dalla distensione della vagina, vulva e perineo. Questi stimoli dolorosi sono trasmessi mediante i nervi toracici, lombari e sacrali. L'innervazione dell'utero deriva dagli ultimi due nervi toracici (T11 T12), attraverso il plesso paracervicale; questi nervi trasmettono il dolore durante la fase prodromica e dilatante, verso la fine di quest'ultima, sono coinvolti anche T10 ed L1. Il nervo pudendo conduce gli impulsi nervosi dovuti alla distensione del pavimento pelvico verso i nervi sacrali S2, S3, S4.

I fattori che influiscono sulla intensità del dolore sono i seguenti:

- L'aumentato peso fetale, che può creare difficoltà nella progressione e nella distensione del pavimento pelvico.
- Le presentazioni occipito-posteriori, sia in rotazione lunga (3/8 di cerchio), sia in rotazione corta (rotazione sacrale dell'occipite), daranno maggiore dolore perché, nel primo caso il meccanismo di rotazione interna sarà più lungo, quindi lo sarà anche il

travaglio, nel secondo ci sarà una maggiore sollecitazione del pavimento pelvico.

- Le contrazioni di durata ed intensità non idonee.
- La rapidità della dilatazione del canale cervicale.
- La parità (una nullipara rispetto ad una pluripara avrà un travaglio di parto più lungo).

Tutti questi fattori possono rendere il travaglio di parto più doloroso.

I fattori di amplificazione del dolore sono:

La paura, l'ansia e non meno importante, **la sfiducia della gestante nei confronti della struttura e degli operatori.**

Una gestante correttamente informata e sostenuta nel suo modo di vivere il travaglio, sarà senz'altro in grado di rispondere meglio alle sollecitazioni psicologiche che questo evento comporta.

La paura, l'ansia ed il dolore, possono causare alterazioni di tipo endocrino, cardiovascolare, respiratorio e metabolico.

La paura e l'ansia amplificano la percezione dolorosa. Aumenta la produzione di catecolamine, cortisolo, ACTH e Betaendorfina.

Adrenalina e Cortisolo agiscono sull'utero inibendone in parte l'attività contrattile, con la possibilità di ipocinesia e quindi di allungamento del travaglio.

La paura, l'ansia ed il dolore causano alla partoriente iperventilazione durante la contrazione.

La conseguenza è la diminuzione della PACO₂ ed aumento del PH, quindi una alcalosi respiratoria.

La diminuzione della PACO₂ determina, nel tempo, una vasocostrizione periferica, con la possibilità, in un feto a rischio, di ipossia ed acidosi. Causa inoltre una diminuzione dello stimolo alla respirazione; più precisamente si assiste ad una iperventilazione materna durante la contrazione ed una ipoventilazione nella fase di riposo.

La PAO₂ diminuisce in media del 25%, se si va oltre, si possono avere degli effetti negativi sul feto, rilevabili a volte, sotto forma di decelerazioni tardive. Si ha inoltre uno spostamento verso sinistra della curva di dissociazione dell'emoglobina materna con diminuzione della cessione di ossigeno al feto.

L'esecuzione dell'analgesia, con eliminazione del dolore e quindi dei suoi effetti, fa sì che si abbia una PACO₂ costante.

Durante il travaglio sia per le contrazioni uterine sia per l'increzione delle catecolamine, si assiste ad una diminuzione degli scambi materno-fetali.

Queste alterazioni possono essere ben tollerate da un feto sano, poiché negli spazi intervillosi si ha una riserva di ossigeno tale da mantenere una adeguata ossigenazione anche in caso di una transitoria ipoperfusione placentare.

Un eccesso od un difetto dell'attività contrattile uterina possono causare l'instaurarsi di un travaglio di parto distocico, una ipossia ed una acidosi fetale con complicanze perinatali gravi, specialmente in un feto a rischio.

Tecniche di analgesia

L'analgesia inalatoria

.L'avvento dell'analgesia peridurale ha praticamente relegato ad un ruolo secondario l'uso di analgesici inalatori.

Resta comunque la possibilità di ricorrere a questo tipo di analgesia che è efficace, e presenta il vantaggio di avere effetti di breve durata e senza alcun effetto per il neonato.

Tale agente si chiama "Entonox." Nel Regno Unito è disponibile e può essere usato dall'ostetrica o senza la supervisione medica.

L'Entonox è una miscela in parti uguali di protossido di azoto ed ossigeno, inodore ed incolore. Alla bombola è collegato un erogatore con una valvola che si apre durante l'inspirazione. La donna si autogestisce nell'assunzione di tale medicamento all'inizio di ogni contrazione. Fornisce analgesia entro 20" ed il suo effetto massimo si ottiene entro 40-45", quindi la donna avverte un dolore come una iniziale contrazione, ben tollerabile, L'Entonox viene facilmente eliminato dai polmoni materni, non ci sono effetti sul feto. Un inconveniente per la donna è che, se ne respira troppo, si addormenta, ma siccome, per regolamento tassativo, l'erogatore del gas sulla faccia lo regge da sola, le cadrà di mano e si riprenderà subito.

La stimolazione elettrica transcutanea: TENS

Si ritiene che agisca interrompendo la trasmissione del dolore lungo le fibre sensitive. Esistono ancora dei dubbi sulla stimolazione alla produzione di oppiacei endogeni.

Gli elettrodi vengono posizionati sul dorso della gestante in zone cutanee conosciute come dermatomeri, situate superficialmente alle terminazioni nervose dei nervi toracici, lombari e sacrali (T10-L1-S1-S4). L'apparecchiatura viene comandata dalla donna stessa, che dovrebbe familiarizzare con essa durante la gravidanza. Viene attivata premendo un pulsante. La corrente può essere a bassa frequenza ed intermittente (pulsata) o ad alta frequenza (continua).

Pare che la TENS a bassa frequenza, stimoli la messa in circolo di oppiacei endogeni, mentre quella ad alta frequenza, chiuda il cancello al dolore (Gate control).

Quando il dolore in travaglio si intensifica, la donna regola la corrente da bassa ad alta frequenza.

L'efficacia maggiore è nelle fasi iniziali del travaglio; dal momento che non esistono effetti residui, rimane la possibilità di ricevere altre forme di analgesia.

L'analgesia peridurale

Uno degli aspetti più positivi di questa tecnica è legato al fatto che è possibile,

grazie anche all'uso di associazioni farmacologiche, ottenere un blocco selettivo delle fibre nervose di diametro più piccolo, deputate alla trasmissione degli impulsi nocicettivi, senza raggiungere il blocco delle più grosse fibre nervose motorie. Sarà possibile, se ben condotta, ottenere un adeguato livello analgesico, senza alterare la conduzione motoria non alterando la normale dinamica del parto.

La gestante potrà avere il suo travaglio anche camminando, se lo richiede, e se le condizioni lo permettono.

Per motivi medico legali sarebbe bene evitare di ottenere il consenso informato a travaglio iniziato, questo andrebbe ottenuto durante i corsi di preparazione al parto. Il medico anestesista, al momento, darà ulteriori chiarimenti sui farmaci che verranno adoperati sui loro benefici ed effetti collaterali.

Dopo la valutazione da parte del medico del rischio - beneficio, con il consenso della gestante si procederà all'analgesia peridurale od altro tipo di analgesia scelto.

Il travaglio verrà seguito, se fisiologico dall'ostetrica/o, se patologico dal medico ginecologo e dall'ostetrica/o. In entrambi i casi il medico anestesista sarà costantemente informato del suo decorso per la decisione sulla quantità e qualità dei farmaci da somministrare.

Controllando il dolore materno si riduce la secrezione di catecolamine, con i vantaggi sopracitati.

Riducendo il dolore si riduce l'iperventilazione e quindi l'alcalosi respiratoria responsabile di una ipoperfusione utero-placentare.

La gestante è in grado di partecipare attivamente a tutte le fasi del travaglio.

Il catetere peridurale può essere usato per un'eventuale anestesia in caso di taglio cesareo.

In caso di taglio cesareo in peridurale è ridotta la possibilità di polmoniti ab ingestis.

È da preferire, in caso di T.C, a quella generale nelle gestosi EPH, diabete, feto small for date.

È consigliata nell'espletamento del parto per via naturale in caso di gestosi (elimina gli effetti nocivi delle catecolamine); è inoltre da considerare come possa facilitare il tempestivo intervento strumentale al momento che se ne presenti la necessità, e cioè qualora insorgesse una patologia.

Rappresenta una valida scelta nei T.C di elezione o dove sia concesso il tempo necessario per il suo posizionamento (circa ? h).

Come tutte le tecniche è chiaro che debbano essere considerati anche i possibili svantaggi: in effetti in alcuni casi si può osservare una riduzione nella progressione del travaglio, il più delle volte transitoria, per cui più frequentemente è necessario ricorrere all'uso di ossitocina.

In caso di puntura accidentale della dura madre è possibile riscontrare cefalea ortostatica, che regredisce dopo trattamento medico.

Essendo le fibre del sistema nervoso autonomo di piccolo calibro, saranno particolarmente sensibili a questi farmaci, con la possibilità di avere un blocco simpatico, al quale può far seguito una vasodilatazione periferica agli arti inferiori con riduzione del ritorno venoso e ipotensione arteriosa materna, correggibile con l'introduzione venosa di cristalloidi.

La difficoltà alla minzione, può essere evitata permettendo la deambulazione e quindi lo svuotamento della vescica, direttamente in bagno. Nei casi limite è necessario il catetere.

Le principali controindicazioni alle metodiche di analgesia loco regionale sono essenzialmente rappresentate dalla presenza di deficit emocoagulativi.

Nella nostra U.O., sostanzialmente, l'analgesia peridurale si è dimostrata una tecnica molto sicura. Come tutte le pratiche mediche deve essere ben condotta e non può essere improvvisata: richiede personale esperto, che lavora in equipe con le ostetriche ed i medici ginecologi.

Se queste regole vengono rispettate, i rischi sono certamente ridotti al minimo.

Alcune osservazioni personali

I fenomeni del parto che si svolgono all'interno dei periodi sono documentati da tempo sui trattati di ostetricia con tempi ben precisi, per quanto riguarda il periodo prodromico, dilatante, espulsivo e del secondamento.

Questi tempi, nel parto in analgesia peridurale, cambiano, quindi vanno rivisti: in effetti questi trattati sono stati scritti, quasi tutti, prima dell'avvento dell'analgesia peridurale;

Uno dei fenomeni meccanici più importanti per l'espletamento del parto è la rotazione interna.

È vero che i farmaci analgesici (naropina) possono leggermente inibire la contrazione riflessa del pavimento pelvico, allungando la rotazione interna, rispetto al travaglio tradizionale, è anche vero che il feto, in genere, non ne risente in maniera sostanziale.

Non è giustificato quando la fase espulsiva è più lunga, optare per l'espletamento del parto con la manovra di Kristeller o con la ventosa ostetrica, se non esistono validi motivi. Viene spesso commesso l'errore di valutazione di quando portare la gestante in sala parto, dove cominciano le fregole. Quando si portano le donne in sala parto e la testa non ha ancora ruotato, il pigiare sulla pancia diventa manovra di routine, più per "sofferenza degli operatori", che non per una reale sofferenza fetale. La manovra di Kristeller, oltre che essere dolorosa per la donna non

è priva di rischi, se l'occipite è in posteriore e la testa non ha ancora rotato, ne sollecita la rotazione verso il sacro, per la ridotta tonicità del pavimento pelvico, data dal farmaco analgesico, che non contrasta la forte spinta data da sopra. In questo modo la testa prende la strada più breve (rotazione sacrale dello occipite), che risulterà, nell'immediato futuro, più lunga e traumatica per i tessuti molli, data la maggior sollecitazione che questa posizione comporta, al momento del disimpegno.

Non abbiamo comunque osservato modificazioni, complessivamente, del tempo necessario all'espletamento del parto.

Il probabile allungamento del tempo di rotazione interna, è compensato da quello acquistato nella fase dilatante. Dopo il posizionamento della peridurale la dilatazione del canale cervicale, spesso procede più spedita. Localmente il reperto della bocca uterina si modifica in senso positivo; nelle nullipare, la dilatazione della cervice, può aumentare anche di tre, quattro centimetri l'ora. Tutto questo è possibile perché inibendo il dolore, avremo meno catecolamine in circolo, con il ripristino delle modificazioni endocrine, respiratorie e metaboliche, l'utero si contrarrà più regolarmente con maggior produzione di lavoro. (Adrenalina e Cortisolo, inibiscono l'attività uterina). Abbiamo acquistato tempo nella dilatazione del canale cervicale, possiamo aspettare di più nella fase di rotazione interna.

Il parere dei Neonatologi è favorevole al parto in analgesia peridurale; la preferiscono, in caso di taglio cesareo, a quella generale, perché evita il passaggio di farmaci anestetici dalla madre al feto.

Conclusioni

Dall'esame della letteratura prodotta fino ad oggi, riferita all'analgesia in travaglio di parto, è emerso che quella peridurale è il metodo più sicuro ed efficace, pur rimanendo abbastanza invasivo e non scevro da effetti collaterali, anche se minimi. È una scelta che dovrebbe essere consentita a tutte le donne creando in tutte le strutture servizi adeguati, gratuiti e qualificati per il benessere e la sicurezza di tutti.

Bibliografia

- Manuale di Ostetricia e Ginecologia - Pescetto, De Cecco, Pecorari.
- Manuale dell'Ostetrica di Myles a cura di V.R. Bennett e L.K. Brown.
- Metodi di analgesia in travaglio di parto a cura di: G. Giuliani, M. Masoni; F. Lunardi, B. Meucci.
- Capire e trattare il dolore a cura di: P.F. Mannaioni, M. Maresca, G.P.
- Novelli, P. Procacci, M. Zoppi.