

CONTRIBUTI / EMORRAGIA  
POST PARTUM

06

CONTRIBUTI

sostanzialmente su un lavoro pubblicato su *Lancet* nel 1989 da *Bullough* (12). Sebbene si tratti di uno studio dichiarato randomizzato gli autori stessi nelle conclusioni scrivono che i risultati non favorevoli all'attaccamento al seno precoce per la prevenzione dell'Epp sono validi solo nel contesto in cui è stato realizzato e cioè nel Malawi. Infatti ritengono che una politica di precoce allattamento gestito da ostetriche professionali probabilmente avrebbe un risultato positivo. Infatti nello studio del Malawi gli autori scrivono che l'accuratezza della registrazione dei dati clinici fatta dalle levatrici tradizionali senza diploma ostetrico ma che tradizionalmente assistono i parti nei villaggi e che spesso sono analfabete è molto lacunosa ed imprecisa. In tutte le donne era stato fatto un clampaggio del cordone ritardato di almeno 3 minuti e non era stata fatta la profilassi ossitocica dell'EPP ma non vi erano dati circa l'eventuale utilizzo di ossitocici vegetali legati a tradizioni popolari. Infine non vi era la certezza che le levatrici tradizionali avessero ben compreso come fare la randomizzazione. Esiste invece uno studio di coorte e per tale motivo non utilizzato per le raccomandazioni pubblicato su *Midwifery* che dimostra l'efficacia dello skin to skin e dell'allattamento precoce entro 30' dalla nascita nella protezione dall'EPP sia nelle donne a basso rischio che in quelle ad alto rischio (13).

L'indagine realizzata da un gruppo di ostetriche australiane ha coinvolto oltre 7.548 donne dimostrando l'efficacia in tutte dell'immediato attacco del neonato al seno nel ridurre l'Epp ed in modo maggiore in quelle a basso rischio. La spiegazione si basa sullo stimolo che la suzione del capezzolo determina nella produzione di ossitocina endogena.

Gran parte degli studi pubblicati ed utilizzati per la stesura di linee guida e raccomandazioni si concludono auspicando nuove e più approfondite indagini che non sempre per motivi economici o etici possono essere realizzate.

Per concludere citiamo Ivan Cavicchi: *"In medicina una cosa è vera non se è semplicemente conforme all'evidenza scientifica che la giustifica, ma solo se produce un risultato. Qualsiasi evidenza in medicina formalmente vera ma che non produca il risultato atteso, da un punto di vista pragmatico, non può essere considerata vera"* (14).



**MARIA GRAZIA FRIGO**  
Uo Anestesia e TI Ostetrica  
Ospedale Fatebenefratelli  
Isola Tiberina, Roma

“**L'analgisia perimidollare si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro nonostante il controllo del dolore del travaglio possa venire da alcuni, erroneamente considerato come qualcosa di non necessario, se non un optional potenzialmente pericoloso**”

# 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.

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.

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.

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.

La Commissione nazionale sui livelli essenziali di assistenza (dicembre 2017) 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'analgisia 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'analgisia ottimale e pienamente soddisfacente, nel rispetto dell'andamento fisiologico del par-

to. 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. L'analgisia perimidollare si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro nonostante il controllo del dolore del travaglio possa venire da alcuni, 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'analgisia epidurale. In particolare quest'ultima assume un ruolo importante quando si presentano le seguenti condizioni: ipertensione indotta dalla gravidanza, prematurità, ritardo della crescita intrauterina, travaglio prolungato, contrattilità uterina non coordinata, travaglio indotto, Tolac, Mef, malattie cardiache, respiratorie o neurologiche e il diabete mellito della madre.

I benefici attualmente accertati per la madre in seguito ad analgesia perimidollare sono: eccellente controllo del dolore, riduzione del consumo di ossigeno, riduzione dell'iperventilazione, controllo dell'acidosi metabolica, riduzione dell'increscione 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'analgisia 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 O<sub>2</sub> e miglioramento dell'ossigenazione.

Nonostante questi benefici, si continua a discutere se l'analgisia 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.