

Informativa sulla parto analgesia

Il parto è un'esperienza dolorosa, spesso molto intensa, che può trasformare un evento così importante in un ricordo negativo. Il controllo del dolore ha un ruolo importante nell'umanizzazione del parto, regalando alla partoriente un'esperienza positiva e soddisfacente. Il dolore è un fenomeno soggettivo che dipende da molteplici fattori: la reazione al dolore è influenzata dall'ambiente e la presenza, durante il travaglio, di sostegno fornito da un familiare, o anche dall'operatore sanitario, può ridurre le richieste di trattamento antidolorifico. Il dolore aumenta di intensità fino al suo culmine che è la fase espulsiva; è causato, nella fase dilatante, dalla dilatazione del collo uterino e dalle contrazioni dell'utero e nella fase espulsiva, dalla distensione del perineo, il cui dolore si somma al precedente.

Tale dolore, anche se *"naturale"* ha delle implicazioni negative sulla madre e sul feto che in genere sono ben compensate se non sono presenti patologie materne o fetali: la reazione allo stress determina la produzione di ormoni come le catecolamine e il cortisolo, che provocano vasocostrizione e aumento del lavoro cardiaco, aumento del metabolismo e della richiesta di ossigeno, e riduzione del flusso placentare e anche conseguenze sul tono uterino.

Il dolore durante il travaglio del parto e le sue conseguenze, possono essere alleviati con diversi metodi, sia naturali che farmacologici. Nella nostra struttura si preferisce l'opzione dell'analgesia neurassiale.

La parto analgesia è una procedura invasiva perimidollare, che può essere effettuata con varie tecniche: la peridurale, la spinale e la spino-peridurale. In tutti i casi la tecnica è eseguita sterilmente a livello della colonna vertebrale lombare, necessita della collaborazione della gravida, che deve mantenere la posizione seduta o laterale per il tempo necessario alla sua esecuzione: nella posizione seduta, più frequentemente da noi usata, la donna sarà seduta sul bordo del lettino, con i piedi poggiati su uno sgabello, con una persona davanti che la sorregge, le braccia rilasciate che non poggiano, le spalle rilasciate in basso, la schiena inarcata in avanti, il collo flesso col capo sostenuto dalla persona davanti a lei; nella posizione laterale, preferibilmente sul fianco sinistro, avrà la schiena inarcata, le gambe flesse verso il petto e le braccia che tengono le gambe, e il collo e la testa flesse in avanti verso il petto. L'anestesista palperà la zona lombare alla ricerca dello spazio intervertebrale più accessibile, poi in tenuta sterile, disinfetterà 3 volte una vasta zona di cute intorno al punto di inserzione, dopo qualche minuto rimuoverà il disinfettante, eseguirà l'anestesia locale, ne attenderà l'effetto, ed inserirà un ago a punta smussa (meno traumatico), nello spazio prescelto, lentamente, fino ad arrivare nello spazio epidurale; quindi posizionerà un catetere, morbido e flessibile, all'interno dello spazio stesso e provvederà al suo fissaggio sulla cute mediante una medicazione e cerotto. Ciò consente di avere un accesso allo spazio peridurale attraverso cui effettuare un'analgesia continua o a boli intermittenti o tramite una pompa infusoriale. Il catetere peridurale viene rimosso due ore dopo il parto in condizioni fisiologiche. Se la paziente giunge in fase avanzata del travaglio senza analgesia, in fase espulsiva si può eseguire un'analgesia spinale in bolo unico, tramite un ago sottile, come per il taglio cesareo ma con dosaggi estremamente più bassi. È prevista anche la tecnica spino-peridurale o *"combinata"*, che associa le due tecniche insieme, prima si pratica il bolo in subaracnoidea e poi si posiziona il catetere peridurale. Nel nostro ospedale la tecnica più eseguita è quella peridurale.

La donna può richiedere la parto analgesia in qualsiasi momento del travaglio di parto, anche in fasi iniziali, perché il posizionamento precoce non aumenta l'incidenza di parti operativi e/o tagli cesarei, anzi è consigliato, perché i bassissimi dosaggi di farmaci usati sono più efficaci nelle fasi iniziali del travaglio e la donna riesce a mantenere più facilmente la posizione necessaria all'effettuazione della tecnica. Qualora venga richiesta in fase tardiva la tecnica potrebbe essere meno efficace e di più difficile esecuzione. L'attuale

tecnica di parto analgesia rispetta la fisiologia del travaglio di parto, mantiene tutte le sensazioni come le contrazioni uterine e la capacità motoria, consentendo di assumere tutte le posizioni necessarie al travaglio e di partecipare attivamente allo stesso e anche di poter deambulare accompagnata da una persona di sua fiducia (marito, compagno, ...), dopo che l'ostetrica ha verificato il mantenimento della completa sensibilità e motilità degli arti inferiori.

Dopo 5 minuti dalla somministrazione dei farmaci si inizia a sentire meno dolore, ma è in circa 15-20 minuti che l'effetto analgesico raggiunge la sua massima efficacia.

La parto analgesia è tecnica efficace e sicura, ma come tutte le pratiche mediche necessita di un'informazione accurata e comprensibile, e oltre alla lettura e comprensione di questo opuscolo è necessario che la donna interessata alla parto analgesia partecipi dapprima ad un incontro con l'anestesista per ulteriori spiegazioni e chiarimenti insieme alle altre donne, e poi, se decisa, si sottoponga alla visita anestesiológica firmando la comprensione dell'informativa e successivamente un suo primo consenso alla tecnica. Al momento del ricovero per il parto la donna firmerà il consenso definitivo, o potrà anche scegliere di non essere sottoposta alla tecnica.

L'indicazione principale alla partoanalgesia è la richiesta della paziente; vi sono condizioni cliniche in cui il ginecologo potrà consigliarla particolarmente.

Vi sono poi condizioni in cui tale tecnica è controindicata:

Controindicazioni alla parto analgesia

- Rifiuto materno
- Alterazioni della coagulazione del sangue: INR ≥ 1.4 , Ratio PTT ≥ 1.4 ;
- Riduzione delle piastrine < 70000
- Somministrazione di eparina a basso peso molecolare a dose profilattica < 12 h;
- Somministrazione di eparina a basso peso molecolare a dose terapeutica < 24 h;
- Qualsiasi anticoagulante orale (controindicati in gravidanza)
- Qualsiasi antiaggregante che non sia l'aspirina
- Associazione antiaggreganti ed eparina a basso peso molecolare
- Infezione della cute e/o dei tessuti circostanti il sito di puntura
- Infezione sistemica
- Presenza di tatuaggi nella zona lombare nel sito di puntura senza aree di cute libera
- Ipovolemia (perdita di liquidi) non corretta
- Aumento della pressione intracranica (il pericolo non è nella epidurale ma nel rischio della puntura della dura madre; nell'ipertensione endocranica idiopatica è indicata)
- Nelle cardiopatie in cui è controindicato il parto naturale
- Nelle patologie neuromuscolari con notevole compromissione della forza muscolare non è controindicata, ma vanno mantenute concentrazioni basse per evitare il blocco neuromuscolare ed è preferibile l'epidurale a boli richiesti dalla paziente

Qualora, per qualsiasi motivo, il posizionamento si dimostrasse particolarmente difficoltoso, la procedura potrebbe anche essere sospesa, dopo alcuni tentativi.

La tecnica è efficace in oltre il 95% dei casi (quasi il 99%); vi sono dei rari casi in cui l'analgesia è insufficiente:

- Analgesia incompleta: spesso quando la testa del feto fa pressione sul sacro; necessita di boli più concentrati
- Analgesia a macchia di leopardo: si risolve con i successivi boli
- Analgesia monolaterale: da eccessiva introduzione del catetere, che va ritirato di almeno 1 cm. Raramente è necessario ripetere la procedura

Si può verificare che l'anestesista al momento di dover praticare la parto analgesia sia impegnato in altra urgenza, per cui il posizionamento potrebbe essere posticipato.

Purtroppo la tecnica neurassiale prevede degli effetti collaterali legate ai farmaci usati, e delle complicanze legate alla tecnica stessa:

Effetti collaterali:

- Bradicardia e ipotensione materna: in genere sono dovute alla compressione dell'utero sui grossi vasi che portano sangue al cuore, perché difficilmente possono essere causati dai bassi dosaggi anestetici usati; comunque sono rapidamente corrette con opportune manovre ed in genere senza bisogno di farmaci
- Brivido: presente nel 20% delle partorienti; con la parto analgesia può essere più precoce; in genere è tollerabile e comunque può essere trattato farmacologicamente
- Parestesie; possono comparire all'entrata del catetere e se persistono si deve ritirare il catetere di qualche millimetro
- Prurito: legato all'uso degli oppiacei, in genere al volto: non è allergia, tende a scomparire e se fastidioso può essere trattato
- Variazioni del Battito Cardiaco Fatale: si possono verificare all'inizio della procedura, ma non sono patologiche; se lo fossero vi sarebbe un'altra causa
- Ritenzione urinaria post-partum: può verificarsi, ma regredisce rapidamente

Complicanze:

- Complicanze ostetriche: l'incidenza di Tagli Cesarei è sovrapponibile a quella delle donne senza parto analgesia, ed anche i parti operativi non aumentano se ben condotta; la prima fase del travaglio ha una durata invariata e solo la fase espulsiva può ritardare di qualche minuto senza alcuna implicazione
- Aspirazione di sangue dall'ago o dal catetere
 - Frequente, comunque non > 10%:
 - Se dall'ago si ripete la puntura in un'altra zona
 - Se fuoriesce dal catetere in genere si risolve e raramente si deve ripetere puntura
- Dolore nella zona di inserzione: si può verificare se la tecnica si è rivelata difficile, ma è di scarso rilievo
- Lombalgia post-partum: frequente nelle gravide; non è in genere correlata alla partoanalgesia
- Allergia: rara se la paziente non ha mai presentato allergia ai farmaci usati: oppiacei e anestetici locali; più spesso può essere dovuta a farmaci che si usano anche nel parto senza analgesia, come l'ossitocina
- Tossicità da anestetici locali: molto rara nelle tecniche neurassiali: può essere dovuta all'iniezione dell'anestetico in un vaso (prevenuta dall'aspirazione che si effettua ad ogni bolo) o al riassorbimento di dosi eccessive di anestetico (le basse dosi e i volumi usati sono

nettamente al di sotto della dose tossica); è evenienza ripetiamo rarissima, ma richiede il pronto riconoscimento ed il trattamento immediato, anche intensivo

- Lesioni neurologiche non legate alla tecnica: nel post-partum possono presentarsi sintomi da riferire a sofferenza di un nervo in genere non legata alla tecnica, ma al parto per compressione da parte del feto sui nervi o per la posizione assunta nella fase espulsiva; sono riferite agli arti inferiori e scompaiono nel giro di giorni o anche settimane;
- Lesioni neurologiche legate alla tecnica: hanno un'incidenza bassissima:
 - Lesioni transitorie che si risolvono entro i 6 mesi: 0,01-0,02%
 - Lesioni permanenti: (0,0003-0,0012%),
 - Ematoma spinale: 0,0006%
 - Infezioni: 0,0007%
- Puntura della dura madre: è un'evenienza che si verifica in circa l'1% dei casi: la dura madre circonda il liquor che a sua volta circonda il midollo; la tecnica epidurale prevede l'iniezione dei farmaci nello spazio all'esterno di questa membrana, mentre la subaracnoidea nel liquor; l'ago che si utilizza nella subaracnoidea è molto sottile, mentre l'ago per l'epidurale e lo stesso catetere sono più grandi, per cui se accidentalmente si buca la dura madre si possono verificare 2 complicazioni:
 - La spinale totale, perché i farmaci vengono iniettati direttamente nel liquor con eccessiva anestesia che va trattata tempestivamente con supporti alla circolazione ed alla respirazione: evenienza rara e prevenuta da varie prove che si effettuano dopo il posizionamento del catetere
 - La cefalea legata alla uscita del liquor dal foro fatto nella dura madre: nel 15% dei casi questa cefalea è molto forte e costringe a letto, a praticare un bendaggio dell'addome, ad una buona idratazione e a terapia con antidolorifici; compare dopo un paio di giorni e scompare entro 1 settimana; in casi rarissimi, se persiste è necessaria una iniezione nello spazio peridurale del sangue della paziente per permettere la rapida cicatrizzazione e chiusura del foro nella dura madre; molte cefalee post-partum non sono legate alla puntura, ma sono comuni cefalee; come conseguenza della cefalea, come evenienza rarissima può verificarsi la trombosi di una cerebrale, che va prevenuta, diagnosticata e trattata tempestivamente

Nell'allegato vi sono tutte le ulteriori informazioni per intraprendere il percorso della parto analgesia