



IL DOLORE DEL PARTO: QUALE APPROCCIO?

Ostetriche Parma Dila, Fogli Morena e Naldi Enrico

E' ETICO CHE UNA DONNA SOPPORTI IL DOLORE DEL PARTO?

Da sempre, secondo l'accezione comune, il parto è stato associato a dolore e sofferenza e considerato un elemento essenziale del parto che, in quanto tale, non va rimosso; in questi ultimi anni, si sta allargando sempre più l'idea di un parto indolore.



L'analisi del problema e lo studio della letteratura ci hanno, in realtà, creato più dubbi di quanti n'abbiano risolto.

CONCETTI GENERALI SUL DOLORE

Analizzando il concetto del dolore come segnale d'allarme o come meccanismo di difesa dell'organismo, sorgono alcune perplessità. Effettivamente nel caso di tagli o bruciature, il dolore ha lo scopo di avvertirci di un pericolo esterno e conseguentemente, di proteggerci da un danno peggiore. Un primo sospetto compare quando constatiamo che certi dolori durano un po' troppo; se la loro unica funzione fosse di avvertirci di un pericolo esterno, di una lesione o di uno squilibrio interno, il messaggio sarebbe allora eccessivamente insistente.

Sicuramente il dolore è un'entità fisiologica e psicologica ben precisa e come tale va considerata e trattata. Dolore e stimolo, dolore e lesione non sono perciò strettamente correlati. Pur riconoscendo, nella maggior parte dei casi, una causa fisica evidente, il dolore dipende ed è fortemente influenzato da fattori psicologici.

Analizzando il problema da un altro punto di vista, possiamo affermare che il dolore, in quanto strumento a protezione del corpo, è strettamente connesso con la conoscenza dell'ambiente e dei suoi pericoli da un lato, e dal corpo e dei suoi limiti dall'altro.

L'aspetto sensoriale riflette la nostra capacità di analizzare la natura (bruciatura, puntura ecc.), la localizzazione, l'intensità e la durata dei messaggi nocicettivi che sono incanalati in un'area particolare del talamo, ed analizzati. Qui, a livello del nucleo medio, si crea inoltre una specie di distinzione che è interpretata come "piacevole" o "spiacevole". Una

doccia fredda, ad esempio, può essere interpretata in un senso o nell'altro, secondo la temperatura e l'umidità dell'ambiente, e non direttamente sulla base della temperatura dell'acqua. Anche una carezza può essere piacevole in alcune determinate condizioni, e spiacevole in altre, per quanto la sensazione tattile sia sempre la medesima. In genere le sensazioni piacevoli sono calmanti, mentre quelle spiacevoli danno agitazione.

Il dolore può così essere modificato dal talamo, ma non può mai, in condizioni ordinarie, essere piacevole; è solo il grado di spiacevolezza che può essere drasticamente diminuito. Come controparte, invece, la paura del dolore, e il timore dei suoi effetti aumentano l'intensità della sua percezione.

E' dunque evidente come non sempre esista una relazione tra l'intensità della stimolazione, la gravità della lesione e la sensazione avvertita dall'individuo. L'elemento emozionale rivela il carattere sgradevole, penoso, anche insopportabile della percezione dolorosa che può scatenare o aggravare comportamenti emotivi come l'ansia e la depressione.

IL DOLORE DEL PARTO

A differenza dall'uomo, la donna fa esperienze di dolore che sottolineano le tappe della sua maturazione psicologica e sessuale: il menarca, la mestruazione, la deflorazione ed infine il parto.

L'evoluzione psicologica della donna non è quindi separabile dall'esperienza dolore, che ha la sua massima espressione nel parto. Possiamo dunque affermare che il parto sia un evento fisiologicamente doloroso, ma le connotazioni negative d'insopportabilità che gli sono attribuite sono estremamente variabili e sensibili a diversi aspetti, sia di natura emotiva sia socioculturale.

L'essere umano è l'unico, fra tutti gli animali, a controllare la propria sessualità; ed è stata questa probabilmente la molla che lo ha portato così in alto nella scala evolutiva. Mai come ora sesso e riproduzione sono stati così lontani: l'età media per avere un figlio si è notevolmente elevata a causa dell'ingresso della donna nel mondo del lavoro, della cultura, del potere; il numero dei figli è drasticamente diminuito mentre il loro peso nell'ambito della famiglia è aumentato.

L'aumento della cultura ed il conseguente allontanamento dalla natura, la paura e la previsione del dolore hanno creato una tensione protettiva che sul corpo si traduce in aumento della tensione muscolare che, a sua volta, determina una resistenza dolorosa alla fuoriuscita del bambino.

Inoltre accanto alle resistenze di natura socioculturale, agiscono fattori emotivi in grado di influenzare, spesso negativamente, il rapporto parto – dolore.

E' dimostrato come il parto di un figlio illegittimo, il rifiuto del bambino concepito in circostanze moralmente e socialmente inaccettabili, o ancora il rifiuto inconscio del ruolo e delle responsabilità di madre, possano far vivere il travaglio carico di significati negativi, in modo punitivo e rendere quest'esperienza particolarmente dolorosa, prolungata ed intensa.

Secondo le attribuzioni di senso, il dolore del parto può essere vissuto come esperienza positiva o negativa: se è assimilato ad altri dolori intensi derivanti per lo più da gravi malattie, è ovvia la tendenza a sopprimere un "dolore inutile" che nulla porta alla persona se non un'assurda sofferenza.

Quando invece è riconosciuto come dolore particolare, sintomo dell'insorgenza di una situazione fisiologica è possibile intuire una valenza positiva per la persona che lo attraversa.

Il dolore del parto è, infatti, ciò che permette alla donna di accorgersi che la gravidanza è terminata, che il corpo si sta aprendo per la nascita.

L'intensità crescente del dolore segnala l'avvicinarsi del parto, permette alle donne di controllare ciò che accade.

Si può affermare paradossalmente, che il dolore del parto è, per le donne, "uno strumento di controllo del proprio parto", inteso come una "consapevolezza" di ciò che accade dentro di se. (*)

La valenza positiva del dolore del parto è quindi legata alla conoscenza, alla consapevolezza ed alla percezione di se; ma non tutti i processi di conoscenza sono piacevoli, spesso la consapevolezza è accompagnata dal dolore.

Il dolore del parto mette in luce ciò che sta accadendo dentro di se, a conoscere le parti forti di se e le risorse inaspettate che solo la reale esperienza di essersi sentite ai limiti delle proprie capacità, di credere davvero di "non farcela più" possono mettere in luce.

*Accogliere il dolore non subire il dolore: l'accoglienza implica un atteggiamento attivo, uno scegliere di attraversare l'esperienza del parto nella sua interezza. (**)*

Studi anatomico-antropologici sembrano suggerire che la sofferenza del parto abbia avuto origine solo ad un certo punto dell'evoluzione della specie umana, in rapporto all'assunzione della stazione eretta, con il cambiamento dell'asse del corpo e del bacino e che sia fisiologicamente legata allo stiramento di strutture nervose localizzate a livello della cervice e del SUI, all'ischemia delle cellule muscolari dell'utero ed alla compressione delle strutture del pavimento pelvico.

Per contro la metafora biblica "*Tu, donna, partorirai con grande dolore*" sembra suggerire che la sofferenza sia legata ad una nuova forma di consapevolezza acquisita dai nostri progenitori, cioè che essa abbia un'origine cognitiva e culturale. E' interessante, in particolar modo, il fatto che alcune traduzioni bibliche riportano la parola tristezza (sofor) anziché dolore, suggerendo l'idea di una sofferenza più legata ad una condizione psicologica ed esistenziale che alla pura e semplice presenza del dolore.

D'altro canto, una teoria psicologica indica, nel dolore, il mezzo che aiuta la donna a separarsi dal bambino, a spezzare il cordone ombelicale che li lega non solo metaforicamente, ad accettare ed a desiderare questa separazione. Il dolore è, probabilmente, il mezzo con cui la natura costringe la donna a lasciare uscire il piccolo dall'utero verso il mondo esterno e ne facilita i processi d'attaccamento dopo la nascita. (***)

Il parto rappresenta l'esperienza dolorosa più importante nella vita di una donna e, secondo tutte le statistiche, le donne riferiscono un'intensità superiore a quell'attesa.

Da diversi studi sull'esperienza della nascita emergono sei variabili significative, delle quali tre incidono positivamente sulla soddisfazione:

- *Il sostegno dell'ostetrica e la sua sensibilità nel rispondere ai bisogni della partoriente,*
- *Le aspettative positive per la nascita,*
- *Il sentirsi coinvolti e partecipi, l'essere soggetti attivi nel controllo, del dolore*

e tre interferiscono invece con la soddisfazione:

- *la lunghezza del parto*
- *il dolore, quando non riesce ad essere gestito*
- *gli interventi ostetrici (taglio cesareo, ventosa ostetrica, forcipe, episiotomia)*

ESISTONO METODI DI CONTROLLO DEL DOLORE DEL PARTO SICURI, EFFICACI E SODDISFACENTI PER LA DONNA?

Volendo, in questa sede, analizzare molte delle metodiche di controllo del dolore nel parto, abbiamo effettuato, sulle maggiori banche dati cui avevamo accesso (Medline, Cochrane ecc.), una ricerca sulla relazione tra i diversi metodi di controllo del dolore del parto, le loro complicanze gli esiti alla nascita. sulla mamma ed il bambino, il grado di accettabilità della donna.

Le metodiche di controllo del dolore che abbiamo preso in considerazione sono state principalmente:

- Il sostegno emotivo e la continuità dell'assistenza durante il travaglio ed il parto
- Tecniche di analgesia farmacologia ed in particolare l'uso della analgesia peridurale in travaglio e l'uso di analgesici (oppioidi per via parenterale)
- Tecniche non farmacologiche di controllo del dolore

METODICHE FARMACOLOGICHE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

ANALGESIA PERIDURALE

Da questa prima analisi, emerge come l'utilizzo d'analgesia o anestesia epidurale, sia una pratica molto diffusa, tanto che, in alcuni Paesi, è utilizzata per il 75% delle donne. Sebbene sia una metodica relativamente semplice e complessivamente gradita alle utenti, non è priva di rischi ed effetti collaterali, quali un aumento della durata della durata del travaglio, in particolare del secondo stadio o la necessità di un maggior ricorso alla somministrazione di ossitocina ed un incremento di parti operativi.

DERIVATI DELL'OPPIO

Sono utilizzati per il trattamento di dolori di forte intensità .

Usati in travaglio di parto possono indurre depressione respiratoria neonatale. Meno efficaci della peridurale nella sedazione del dolore, gli oppioidi si associano sovente ad insoddisfazione della donna.

La tabella 1 mette a confronto l'uso della peridurale e l'uso degli oppioidi nel travaglio di parto.

		Studi/pazienti	Risultati
Dolore	1° stadio del travaglio	6/2031	Su una scala 0/100, in media 40 più basso con l'epidurale
	2° stadio del travaglio	5/1062	Su una scala 0/100, in media 29 più basso con l'epidurale
	Insoddisfazione dell'utente	5/1581	15% con l'epidurale 43% con gli oppioidi
Durata	1° stadio del travaglio	5/1079	in media 42 minuti più lungo con l'epidurale
	2° stadio del travaglio	6/1190	in media 14 minuti più lungo con l'epidurale

Uso di farmaci	Uso di ossitocina dopo analgesia	4/1001	45 min. con l'epidurale 32 % con gli oppioidi (via parenterale)
Altri sintomi	Temperatura > 38 °C	2/1371	23% con l'epidurale 5 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Ipotensione	3/1684	37 % con l'epidurale 32 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Nausea	5/835	7 % - 6 % differenza non significativa
Parto	Parto strumentale	9/2319	15 % con l'epidurale 9 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Parto strumentale per distocia	2/211	12 % - 17 % differenza non significativa
Esiti neonatali	Apgar < 7 al 1° minuto	6/2015	1 % con l'epidurale 2 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Apgar < 7 al 5° minuto	7/2176	4 % con l'epidurale 7 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Basso pH nell'arteria ombelicale	6/2034	14 % con l'epidurale 17 % con gli oppioidi (via parenterale)
	Grave asfissia (pH art. ombelicale < 6.99)	5/1715	< 1% differenza non significativa
	Anomalia della FCF o emissione di meconio intrapartum	3/1126	19 % - 20 % differenza non significativa
	Necessità di utilizzare naloxone nel neonato	2/815	1 % con l'epidurale 3 % con gli oppioidi (via parenterale)

Tab.1 analgesia epidurale ed analgesia con oppioidi per via parenterale in travaglio a confronto

Quale il rapporto tra "padri in attesa e peridurale?"

Un'intervista fatta a 17 coppie ha puntualizzato essenzialmente due sentimenti principali provati dai partners

1. "La sto perdendo!" prima dell'esecuzione della peridurale
2. "E' ritornata!" dopo l'esecuzione

I corsi di preparazione alla nascita che forniscono alle donne strumenti su come rispondere al dolore e allo sfinimento del travaglio, forniscono informazioni sugli effetti dell'analgesia peridurale, dovrebbero comprendere la presenza dei padri. Gli uomini dovrebbero ricevere informazioni ed essere preparati ai cambiamenti delle loro partners di cui saranno sostenitori e testimoni durante l'esperienza della nascita.

Essere consapevoli che questi cambiamenti sono risposte normali agli effetti del travaglio, può ridurre il loro livello di ansia nonché il senso di frustrazione e di inutilità.

L'ostetrica è il maggior supporto anche per i padri in attesa, con la sua costante presenza spiega cosa sta succedendo ed include il padre nel fornire assistenza offrendo alla coppia un supporto continuo.

PROTOSSIDO D'AZOTO

Scoperto nel 1799 dal chimico inglese Hunphry Davy, il gas di ossido di nitro, o protossido d'azoto, è un anestetico generale che, in alcune realtà, è ampiamente utilizzato come analgesico durante il travaglio di parto. Consente di conservare la coscienza e la cooperazione della donna, di non alterarne la dinamica uterina e di non compromettere l'ossigenazione materna e fetale.

L'anestesia con protossido d'azoto non provoca alcun effetto collaterale, sebbene siano descritti casi di depressione respiratoria neonatale transitoria. Rimangono ancora da definire completamente gli effetti dell'esposizione passiva del personale sanitario ai gas anestetici.

INIEZIONE INTRACUTANEA DI ACQUA STERILE

Strategia molto usata nei paesi scandinavi (l'RCT cui si fa riferimento è svedese) per alleviare il dolore, in particolare il dolore alla schiena. Gli RCT hanno evidenziato che le donne che hanno ricevuto, utilizzando una siringa da insulina con acqua sterile che produce un evidente gonfiore, in 4 punti nel basso schiena, due sulle fossette di Venere e due a circa tre dita di distanza dai precedenti verso il basso, dopo una iniziale sensazione di pizzicore/bruciore, hanno avuto un incredibile sollievo dal dolore. La prima iniezione si è quindi dimostrata estremamente efficace e a volte la sua durata è arrivata fino a due ore.

METODICHE NON FARMACOLOGICHE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

TENS

La TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) è un metodo abbastanza diffuso per il trattamento di una grande varietà di dolori acuti e cronici ed in Canada è ampiamente utilizzato per le donne in travaglio.

A fronte di una completa assenza di effetti negativi, non è stato possibile dimostrare alcuna differenza di punteggio tra l'intensità o l'alleviamento del dolore, mettendo a confronto, con l'uso della TENS, anche la capacità di controllo del travaglio di parto. E' altresì dimostrato un uso addizionale di analgesici tradizionali nei travagli in cui si usa la TENS.

IMMERSIONE IN ACQUA DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO ED IL PARTO

Secondo l'ostetrica "naturale" l'immersione della gestante in una vasca con acqua calda, potrebbe aiutare il rilassamento, alleviare il dolore ed aumentare l'elasticità del canale del parto. Una revisione sistematica della Cochrane, ha considerato tutti gli studi randomizzati controllati che hanno messo a confronto ogni tipo di bagno che permetta l'immersione dell'addome in acqua con la non immersione durante la gravidanza, il travaglio ed il parto. Confronti tra l'immersione e la non immersione prima del travaglio o durante il secondo stadio del travaglio, non sono ancora disponibili mentre, non sono emerse differenze statisticamente significative tra l'immersione e la non immersione in acqua nel determinare la riduzione del dolore, l'intensità e la durata del primo stadio del travaglio, il liquido tinto di meconio ed i traumi perineali. Gli esiti neonatali come il punteggio Apgar, il pH dell'arteria ombelicale ed i tassi di infezione neonatale, non hanno dimostrato differenze particolari, tranne una tendenza verso conclusioni più favorevoli nel gruppo di non immersione.

AROMATERAPIA

Uno studio osservazionale su 8058 donne in travaglio, la più grande ricerca sull'uso dell'aromaterapia in travaglio, che ha utilizzato dieci oli essenziali somministrati alle partecipanti per via inalatoria o transcutanea, ha dimostrato che due oli essenziali (salvia e camomilla), sono efficaci nell'alleviare il dolore. L'evidenza che emerge da questo studio suggerisce che l'aromaterapia può essere efficace nel ridurre l'ansia materna, la paura e/o il dolore durante il parto e l'utilizzo di analgesici tradizionali.

SOSTEGNO EMOTIVO, FATTORI PSICOLOGICI NELLA GESTIONE DEL DOLORE DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

Dall'esame accurato della letteratura abbiamo rilevato come l'unica vera alternativa all'analgesia farmacologica nei travagli fisiologici sia il sostegno emotivo.

Se si protegge la fisiologia del parto si permette ai meccanismi endogeni di difesa di dispiegare al meglio le loro possibili azioni: conosciamo abbastanza bene le beta-endorfine, la cui liberazione si accresce in accordo con lo stress fisiologico e psicologico della donna. Esse innalzano la soglia del dolore e aumentano le possibilità che, nella donna in uno stato di coscienza particolare, possano prendere il sopravvento comportamenti istintivi che la portano ad assumere posizioni e movimenti che facilitano la progressione del travaglio. Dopo il parto l'alto livello di endorfine, sia nella madre sia nel neonato, permette di acuire la sensibilità al contatto reciproco, facilitando l'innamoramento fra i due. La sua mancata liberazione potrebbe interferire nello svolgersi della relazione iniziale tra madre e bambino.

L'efficacia del sostegno emotivo, per la riduzione del dolore del travaglio, è oggi ampiamente dimostrata.

Una revisione sistematica Cochrane, ha considerato 13 studi randomizzati controllati, e dimostra come la presenza continua di una persona di supporto, adeguatamente preparata accanto alla donna, riduca la somministrazione di analgesici in travaglio, i parti operativi vaginali, i tagli cesarei ed il punteggio Apgar inferiore a 7 a 5 minuti.

Il supporto continuo è stato inoltre associato ad una lieve riduzione della lunghezza del travaglio e ad un miglioramento della qualità dell'esperienza della nascita.

Il sostegno emotivo si potrebbe tradurre anche come relazione di fiducia fra genitori e professionisti, relazione fondamentale anche per fare delle scelte informate riguardo l'assistenza.

Uno studio considera che, se vissuto in maniera traumatizzante, lo stress del parto può avere caratteristiche simili a quelle da incidente stradale e può manifestarsi con incubi, paura ed ansietà, facilità ai sobbalzi e maggior sensibilità a voler rimuovere le situazioni che possano loro ricordare l'esperienza del parto.

Le donne più a rischio di vivere il parto come un trauma non avevano avuto il sostegno del partner durante il travaglio oppure la loro gravidanza non era stata programmata. Come è vissuto il travaglio risulta essere molto importante; Le donne che hanno sentito di avere uno scarso controllo del processo della nascita e alti livelli di paura durante il travaglio sono risultate anche essere particolarmente a rischio di stress post-traumatico da parto.

Il dolore del travaglio è una complessa interazione di molteplici fattori fisiologici e psicologici ed anche estremamente soggettivo; gli studi suggeriscono che un approccio centrato sulla donna deve includere diverse strategie farmacologiche e non per la gestione del dolore.

Uno studio randomizzato ha preso in esame il parere delle donne riguardo i fattori che contribuiscono ad una positiva esperienza del parto, valutato attraverso la

somministrazione di un questionario a 615 mamme al quale risposero 412. I punti fondamentali riconosciuti dalle donne furono:

- Il supporto
- Il controllo attivo del dolore
- Alleviamento del dolore
- La partecipazione ai corsi di preparazione al parto.

Lo studio conclude che molte donne sono in grado di identificare i fattori più importanti che possono contribuire ad avere una positiva esperienza del parto e sostiene come fondamentale il ruolo dell'ostetrica nell'identificazione di questi fattori, nel supportare ed appoggiare le donne e nel comprendere i loro bisogni individuali.

Il travaglio delle donne che hanno ricevuto un sostegno continuo risulta essere durato 2.8 ore in meno che nelle donne che non avevano ricevuto questo trattamento.

Le donne che avevano ricevuto sostegno emotivo hanno avuto il doppio di possibilità di avere un parto spontaneo per via vaginale e meno possibilità di dover fare uso di forcipe o di taglio cesareo rispetto alle donne del gruppo di controllo.

Il decorso post-partum migliore sia per la madre sia per il neonato valutato in base alle caratteristiche fisiche ed emozionali del gruppo che ha ricevuto sostegno continuo ed ha avuto una minore incidenza di febbre materna, di degenza neonatale superiore alle 48 ore, un minor numero di casi di sepsi neonatale, così come uno minor numero di neonati trasferiti in terapia intensiva e meno ansietà e dolore durante il travaglio ed il parto e più alti livelli di "bonding".

La ricerca scientifica che si è occupata del tema "sostegno durante il travaglio" ha messo in evidenza i seguenti punti:

- meno richiesta di analgesici durante il travaglio
- maggiore auto-gratificazione rispetto all'esperienza parto
- durata dell'allattamento superiore a sei settimane
- minori difficoltà di accudimento del neonato e nella relazione madre-neonato
- diminuzione di relazioni insoddisfacenti tra ostetrica e partner della donna

Il parto è un evento sempre più importante nella vita della donna e della coppia e qualunque metodo si utilizzi per il contenimento del dolore, l'elemento più significativo è rappresentato dalla qualità della presenza degli operatori che partecipano alla nascita. Riteniamo importante che vengano proposte alla donna più opportunità di quelle attualmente offerte dalla realtà italiana.

Dare alla coppia più opportunità di scelta è importante per consentire una scelta responsabile. Inoltre, quando si realizzano progetti e linee guida riguardanti il percorso nascita ed trattamento del dolore del parto, è fondamentale che, oltre agli operatori, siano interpellate le donne ed i loro compagni.

La nascita, senza aiuti farmacologici, ha molti benefici sulla madre e sul bambino; il sostegno emotivo è il metodo più sicuro ed economico tra i più efficaci nel controllo del dolore.

E' l'ostetrica/o il professionista formato a prestare attenzione non solo alla donna ma anche all'ambiente ed alle modalità di sostegno durante la gravidanza, il parto ed il puerperio.

BIBLIOGRAFIA

- Il dolore
J.M Besson **1996** Garzanti
- The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes.
Walker N.C., O'Brien B.; Clin. Nurs Res **1999** May;8(2):119-34
- Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised control trial
Martensson L., Wallin G.; Br. J. Obstet. Gynaecol. 1999 Jul.; 106(7): 633 - 7
- Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour
Cochrane review
- Immersion in water in pregnancy, labour and birth
Cochrane review 02 june 1997
- Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation does not relieve labour pain: updated systematic review
Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology 1997; sept:195-205
- A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis
Katryn D. S., Berkowitz G., Marshall C.; ***** 1999
- The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study
Burns E., Blamey C, Ersser S. J., Lloyd A. J., Barnetson L.; *****