

Domande frequenti - Controllo del dolore durante il travaglio



Che cosa si avverte durante il travaglio?

Quando sei incinta, potresti avvertire saltuariamente delle contrazioni dell'utero, dette contrazioni di Braxton Hicks. Quando entri in travaglio, tali contrazioni diventano regolari e più forti.

La contrazione può causare un dolore simile a quello mestruale e solitamente più vai avanti con il travaglio, più diventa forte. I dolori del travaglio variano da donna a donna.

Solitamente, il primo travaglio è il più lungo.

Nel caso in cui il travaglio sia fatto iniziare (indotto) o velocizzato tramite farmaci, le tue contrazioni potranno essere più dolorose.

La maggior parte delle donne utilizza svariati modi per sopportare il dolore.¹ Si consiglia di avere un atteggiamento aperto e di essere flessibile.

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissionato dal National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London

Come posso prepararmi al travaglio?

Per prepararti esistono dei corsi parto per genitori. Tali corsi sono tenuti da ostetriche e da altre organizzazioni che supportano chi sta per diventare genitore e chi sta per partorire. I corsi ti aiuteranno a comprendere cosa succede durante il travaglio e possono alleviare l'ansia.

Durante il corso parto, l'ostetrica ti illustrerà i metodi disponibili per controllare il dolore del travaglio. Se necessiti di maggiori informazioni sull'epidurale (un'iniezione praticata nella schiena per addormentare la metà inferiore del tuo corpo), l'ostetrica può farti parlare con un anestesista. Se non puoi frequentare il corso parto, puoi comunque chiedere alla tua ostetrica i metodi disponibili per controllare il dolore. Potrai poi discuterne con l'ostetrica di turno presente durante il travaglio.

Il luogo in cui scegli di partorire può influire sul dolore. Se partorisci in un posto in cui sei a tuo agio, potresti sentirti più rilassata e meno ansiosa per il travaglio². Per alcune donne questo significa partorire in casa, mentre altre sono rassicurate dal supporto offerto dall'ospedale o dal centro nascita. Molti ospedali cercano di rendere le sale parto accoglienti e incoraggiano le pazienti ad ascoltare la loro musica preferita per rilassarsi.

Se prevedi di partorire presso un ospedale o un centro nascita, può essere utile visitarlo per vedere di quali mezzi dispone.

Avere accanto un amico o il tuo partner durante il travaglio può esserti utile³. È importante comunicare al tuo partner le tue preoccupazioni e i tuoi desideri affinché ti aiuti a concentrarti durante il parto.

2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1994; 73: 547-554.

3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Article number: CD003766. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003766.

Quali semplici metodi posso utilizzare per affrontare le contrazioni?

- Respirare in modo calmo può aumentare l'afflusso di ossigeno ai muscoli e rendere quindi il dolore meno intenso. Inoltre, focalizzarsi sul respiro può farti avvertire meno le contrazioni.
- Può essere difficile rilassarsi quando senti dolore, quindi è utile esercitarsi prima di entrare in travaglio. Esistono svariati modi per imparare a rilassarsi.
- Un massaggio durante il travaglio può essere molto confortante e rassicurante.

In che modo una vasca da parto può aiutare durante il travaglio?

La ricerca ha dimostrato che il travaglio in acqua è meno doloroso e diminuisce la necessità dell'iniezione epidurale per ridurre il dolore.⁴

Esistono alcune perplessità sul fatto che, se l'acqua è troppo calda, il tuo bambino possa mostrare segni di sofferenza durante il travaglio ma gli studi hanno dimostrato che non esistono rischi maggiori per chi partorisce in acqua rispetto a chi partorisce fuori dall'acqua. L'ostetrica monitorerà continuamente i tuoi progressi e la salute del bambino.

Molti reparti di maternità sono dotati di vasche da parto ma queste possono non essere disponibili quando ne hai bisogno. Ti consigliamo di controllare la disponibilità con la tua ostetrica e di verificare se potrai utilizzarne una.

4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:[10.1002/14651858.CD000111.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3)]

Quali terapie complementari (senza farmaci) sono disponibili e quanto possono aiutare?

Alcuni studi suggeriscono che le terapie complementari aiutano le donne ad avere il controllo sul travaglio e a usare meno farmaci per ridurre il dolore.⁵ Se stai pensando di utilizzarli, è molto importante ricevere consigli da una persona preparata in tale terapia. I reparti di maternità che forniscono questi servizi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono molto pochi, pertanto dovresti trovare un terapeuta qualificato prima di entrare in travaglio.

- **Aromaterapia:** prevede l'utilizzo di oli essenziali concentrati per ridurre la paura, migliorare il tuo benessere e incoraggiarti.
- **Riflessologia:** si basa sull'idea che alcuni punti delle mani e dei piedi sono correlati a punti presenti nel resto del tuo corpo. Non sappiamo quanto possa funzionare ma può agire in modo simile all'agopuntura (vedi di seguito). Un riflessologo utilizza di solito punti di massaggio sui piedi correlati alle parti del tuo corpo in cui si avverte dolore durante il travaglio.
- **Ipnosi:** può distrarti dal dolore. È possibile imparare a ipnotizzarsi da soli (auto-ipnosi) e dovrai esercitarti in tal senso mentre sei incinta. Altrimenti, un ipnoterapeuta dovrà essere presente durante il travaglio.
- **Agopuntura:** prevede il posizionamento di aghi in alcuni punti del tuo corpo per aiutarti a ridurre il dolore. Il terapeuta dovrà essere presente durante il travaglio.

Altre terapie includono l'omeopatia (utilizzo di ingredienti molto diluiti per ridurre il dolore) e i rimedi erboristici (derivanti dalle piante).

5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Article number: CD003521. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Cos'è la TENS (Stimolazione elettrica nervosa transcutanea)?

- Una lieve corrente elettrica viene fatta passare attraverso quattro cuscinetti piatti applicati sulla tua schiena. Ciò crea una sensazione di formicolio. Puoi controllare da sola l'intensità della corrente.
- A volte è utile all'inizio del travaglio, in particolare per il mal di schiena. Se noleggi una macchina TENS, puoi iniziare a usarla a casa. In alcuni ospedali è previsto il prestito di tale macchina.
- Le macchine TENS non hanno effetti nocivi noti sul bambino.
- Anche se è possibile gestire il travaglio solo con l'aiuto della TENS, è più probabile che avrai bisogno di altri metodi per controllare il dolore man mano che il travaglio procede.

Cos'è l'Entonox (gas e aria) e come posso utilizzarlo?

L'Entonox è un gas composto al 50% da protossido d'azoto e al 50% da ossigeno. È conosciuto anche come **gas e aria**.

- L'Entonox viene inalato grazie a una maschera o a un boccaglio.
- Agisce in modo semplice e rapido e svanisce in pochi minuti.
- A volte può farti sentire confusa o farti avvertire un po' di nausea per un breve periodo di tempo.
- Non danneggia il tuo bambino e ti fornisce ulteriore ossigeno, il che è positivo sia per te che per il bambino.
- Non elimina completamente il dolore ma può esserti d'aiuto.
- Puoi usarlo in qualsiasi momento durante il travaglio.

Puoi controllare la quantità di Entonox che utilizzi **ma per ottenere l'effetto migliore è importante assumerlo al momento giusto**. Dovresti iniziare a inalare l'Entonox non appena senti arrivare una contrazione, per far sì che faccia pienamente effetto quando il dolore è più forte. Non devi utilizzarlo tra una contrazione e l'altra o per lunghi periodi, perché potrebbe farti avvertire delle vertigini o dei formicolii. In alcuni ospedali, possono essere aggiunte altre sostanze all'Entonox per renderlo più efficace ma queste potrebbero aumentare la sonnolenza.

Cosa sono gli oppioidi (morfina/petidina/diamorfina ecc)?

Gli oppioidi sono antidolorifici che agiscono tutti in modo simile. Gli oppioidi comunemente utilizzati nelle sale parto includono morfina, petidina e diamorfina (che è utilizzata sempre più spesso nel Regno Unito)⁷. Le ricerche hanno dimostrato che le donne alle quali viene praticata un'iniezione intramuscolare di diamorfina è più probabile che siano soddisfatte della loro analgesia (controllo del dolore) rispetto a quelle alle quali viene somministrata la petidina.⁸

Esempi di altri oppioidi includono meptid, fentanyl e remifentanyl.

- Solitamente l'ostetrica somministra gli oppioidi iniettandoli in un grande muscolo del braccio o della gamba.
- Spesso il sollievo del dolore è limitato. Comincerai ad avvertirne gli effetti dopo circa mezz'ora e potrebbero durare poche ore.
- Gli oppioidi sono meno efficaci nel lenire il dolore rispetto all'Entonox.
- Anche se il sollievo del dolore può essere limitato, alcune donne hanno riferito di essersi sentite più rilassate e meno preoccupate per il dolore.⁶
- Altre donne non sono state soddisfatte dell'effetto degli oppioidi sul loro dolore e hanno riferito di avere avuto un minor controllo della situazione.

6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.

7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.

8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDvIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.

Quali sono gli effetti collaterali degli oppioidi (morfina/diamorfina/petidina)?

- Possono dare sonnolenza.
- Possono farti venire la nausea ma solitamente viene somministrato un farmaco anti-nausea per arrestarla.
- Ritardano lo svuotamento dello stomaco, il che può rappresentare un problema se necessiti di un'anestesia generale.
- Possono rallentare il respiro. Se ciò accade, ti sarà somministrato dell'ossigeno tramite una maschera facciale e ti saranno monitorati i livelli di ossigeno.
- Possono ritardare il primo respiro del bambino, al quale però potrà essere praticata un'iniezione per aiutarlo in tal senso.
- Possono rendere il bambino sonnolento e ciò potrebbe voler dire che non potrà alimentarsi come dovrebbe (soprattutto se viene utilizzata la petidina).
- Se ti vengono somministrati degli oppioidi appena prima di far nascere il tuo bambino, l'effetto sul bambino sarà molto limitato.

Cos'è l'analgesia endovenosa controllata dal paziente (PCIA)?

Gli oppioidi possono anche essere iniettati direttamente in vena per un effetto più rapido, utilizzando una pompetta che puoi controllare tu stessa premendo un pulsante a essa collegato. La PCIA è disponibile in alcuni ospedali nel caso in cui non sia disponibile l'epidurale (un'iniezione praticata nella schiena per addormentare la parte inferiore del tuo corpo) o tu non desideri utilizzarla.

La PCIA ti consente di somministrarti piccole dosi di oppioidi quando senti di averne bisogno e di controllare le quantità che utilizzi. Per ragioni di sicurezza, la PCIA pone dei limiti sulla frequenza con cui puoi fare uso degli oppioidi. Tuttavia, se utilizzi la PCIA per molto tempo, alcuni oppioidi possono accumularsi nel tuo corpo, il che può aumentare gli effetti collaterali degli oppioidi su di te e sul bambino.

In qualche reparto di maternità, ti può essere offerta la possibilità di utilizzare una PCIA con un oppioide chiamato remifentanil^{9,10}. L'organismo metabolizza il remifentanil molto velocemente, quindi gli effetti di ogni dose sono di breve durata. Quest'oppioide agisce in modo considerevole sul dolore ma è molto probabile che rallenti il tuo respiro, pertanto la tua respirazione dovrà essere attentamente monitorata. Circa una donna su cento che utilizza la PCIA con remifentanil può dover interromperne l'utilizzo perché il suo respiro rallenta troppo.¹¹ Raramente, il rallentamento eccessivo della respirazione può diventare un problema serio.¹²

La PCIA con remifentanil ha un impatto molto blando sul bambino.

9 Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanil and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.

10 Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75-82

12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013;

FAQ's for pain relief in labour 2013_1_ITA -ed

68: 231-235.

Cos'è l'epidurale?

Le epidurali rappresentano il metodo più complicato per controllare il dolore e sono somministrate da un anestesista. Un anestesista è un medico istruito specificamente per lenire il dolore e per somministrare i farmaci che ti fanno addormentare. Il dolore durante gli interventi chirurgici può essere controllato tramite anestesia generale, epidurale o spinale. Per maggiori informazioni su questi tipi di anestesia per parti cesarei, fare riferimento alla sezione “Domande frequenti sui parti cesarei”.

Alcune informazioni sulle epidurali:

- Le epidurali sono il metodo più efficace per lenire il dolore.
- Per eseguire un'epidurale, l'anestesista introduce un ago nella parte inferiore della schiena e lo utilizza per posizionare un catetere epidurale (un tubo molto sottile) vicino ai nervi della spina dorsale. Quando si toglie l'ago, il catetere epidurale viene lasciato in questa posizione, in modo da poterti somministrare degli antidolorifici durante il travaglio. Gli antidolorifici possono essere costituiti da un anestetico locale per addormentare i nervi, piccole dosi di oppioidi o una miscela di entrambi.
- L'epidurale comincia ad attenuare il dolore dopo 40 minuti (incluso il tempo necessario per posizionare il catetere epidurale e affinché gli antidolorifici comincino a fare effetto).
- L'epidurale non dovrebbe farti sentire sonnolenta né provocarti nausea.
- L'utilizzo dell'epidurale aumenta la possibilità che l'ostetrica debba utilizzare una ventosa (applicata sulla testa del bambino) o un forcipe per far nascere il bambino.
- L'epidurale può venire generalmente integrata per alleviare il dolore quando è necessario utilizzare una ventosa, un forcipe o eseguire un taglio cesareo.
- L'epidurale non avrà praticamente alcun effetto sul bambino.

Cosa sono le anestesie spinali e le spinali-epidurali combinate (CSE)?

Le epidurali agiscono abbastanza lentamente, specialmente se somministrate tardi durante il travaglio. L'anestesia spinale consiste nella somministrazione di antidolorifici direttamente nella sacca di fluido che circonda i nervi della schiena, facendoli agire più rapidamente.

Diversamente dall'epidurale, si tratta di un'iniezione praticata una sola volta senza l'utilizzo di un catetere. Nel caso in cui contemporaneamente sia posizionato un catetere epidurale, allora si tratta di una spinale-epidurale combinata.

In alcuni ospedali, una spinale-epidurale combinata viene praticata a quasi tutte le donne che vogliono alleviare considerevolmente il dolore al posto di un'epidurale. In altri, una spinale-epidurale combinata è utilizzata solo per un numero limitato di donne.

L'epidurale può essere praticata a chiunque?

L'epidurale può essere praticata alla maggior parte delle persone ma alcuni problemi medici (come la spina bifida, un precedente intervento alla schiena o problemi di coagulazione del sangue) possono non renderla idonea. Il modo migliore per scoprirlo è farlo prima dell'inizio del travaglio. Se hai un travaglio complicato o lungo, la tua levatrice o la tua ostetrica ti suggerirà un'epidurale per aiutare te e il tuo bambino.

Se sei in sovrappeso, un'epidurale può essere più difficoltosa e può richiedere più tempo per essere eseguita. Una volta praticata, potrai trarne tutti i benefici.

Qual è la procedura utilizzata per inserire un'epidurale?

Innanzitutto, si inserisce una cannula (un sottile tubicino di plastica) in una vena della mano o del braccio, oltre a una flebo (fluido endovenoso). Talvolta, durante il travaglio, occorre utilizzare una flebo anche per altri motivi, quali la somministrazione di farmaci per accelerare il travaglio o per compensare un'eventuale perdita di liquidi in caso di vomito. L'ostetrica ti chiederà di rannicchiarti su un fianco o di sederti piegandoti in avanti, dopodiché l'anestesista ti pulisce la schiena con un antisettico. A questo punto, l'anestesista inietta un anestetico locale per alleviare il dolore provocato dall'inserimento dell'epidurale. Il catetere epidurale viene inserito nella schiena, in prossimità dei nervi nella spina dorsale. L'anestesista deve prestare attenzione a non forare la sacca di liquido che circonda il midollo spinale, in quanto ciò potrebbe provocarti una cefalea in seguito. È importante rimanere immobili durante l'inserimento dell'epidurale, ma una volta fissato il catetere epidurale, puoi muoverti liberamente. Attraverso il catetere epidurale verranno somministrati gli antidolorifici.

Quanto impiega un'epidurale per fare effetto?

Solitamente, occorrono circa 20 minuti per preparare l'epidurale e 20 minuti perché inizi a rilasciare antidolorifici. Quando l'epidurale inizia a fare effetto, l'ostetrica ti misura la pressione sanguigna con regolarità. L'anestesista controlla solitamente che gli antidolorifici dell'epidurale stiano agendo sui nervi giusti mettendoti un cubetto di ghiaccio o uno spray freddo sulla pancia e sulle gambe e chiedendoti quanto freddo percepisci. A volte, l'epidurale non funziona correttamente al primo tentativo e l'anestesista deve regolarla o addirittura rimuoverle il catetere dell'epidurale e riposizionarlo.

Che cosa si può fare perché l'epidurale continui a funzionare dopo l'inserimento?

Durante il travaglio, è possibile somministrare dosi supplementari di antidolorifici attraverso il catetere epidurale sotto forma di iniezione rapida (un rabbocco), di flusso lento e costante utilizzando una pompa, oppure con una pompa per analgesia epidurale controllata dal paziente (PCEA). Con l'analgesia epidurale controllata dal paziente, puoi auto-somministrarti dosi di antidolorifico quando ne hai bisogno premendo un pulsante collegato alla pompa. In ogni ospedale sono solitamente disponibili uno o due di questi metodi per garantire l'azione continua dell'analgesia epidurale.

Dopo ogni dose aggiuntiva di epidurale, l'ostetrica ti misurerà la pressione sanguigna con regolarità, proprio come subito dopo l'inserimento dell'epidurale.

Che cos'è un'epidurale mobile?

Un'epidurale mobile consente di ridurre il dolore del travaglio senza però intorpidire eccessivamente le gambe o la parte inferiore del corpo. Poiché non è possibile regolare con precisione l'epidurale, se desideri mantenere un certo livello di sensibilità durante il parto, hai più probabilità di provare fastidio anche durante il travaglio.

L'epidurale avrà conseguenze sul mio bambino?

L'epidurale non dovrebbe influire negativamente sulla condizione del neonato al momento del parto,¹³ al contrario: questi neonati sono meno inclini ad avere acido nel sangue.¹⁴ L'epidurale non complica in alcun modo l'allattamento al seno.¹⁵

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Article number: CD000331. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

14 Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109: 1344-1353.

15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.

Come si utilizza un'epidurale per tenere sotto controllo il dolore durante un'operazione?

Se occorre eseguire un taglio cesareo, l'epidurale sostituisce spesso l'anestesia generale. Attraverso il catetere epidurale si inietta un potente anestetico locale per intorpidire efficacemente la parte inferiore del corpo in vista dell'operazione. Rispetto a un anestetico generale, l'epidurale è più sicura sia per te che per il tuo bambino. A volte, l'epidurale potrebbe non essere sufficientemente efficace per un cesareo, e questo problema si verifica in una persona ogni 20. In tal caso, può essere necessario somministrare anche un altro anestetico, come un'anestesia spinale o generale.

Se hai bisogno di un taglio cesareo ma non è ancora stata inserita un'epidurale, si utilizza spesso un'anestesia spinale ma con una dose di anestetico locale superiore rispetto a quella utilizzata per l'anestesia spinale durante il travaglio.

Per maggiori informazioni sugli anestetici epidurali e spinali per un parto cesareo, ti rimandiamo alle domande frequenti della sezione "Cesareo".

La somministrazione di un'epidurale aumenta le probabilità di avere bisogno di un parto cesareo o di soffrire di mal di schiena in seguito?

L'epidurale non aumenta le probabilità di avere bisogno di un parto cesareo, né tanto meno di soffrire di mal di schiena a lungo termine.

Il mal di schiena è un disturbo comune durante la gravidanza e continua spesso anche dopo il parto. Dopo un'epidurale, potresti avere un punto dolente al tatto nella schiena che, raramente, potrebbe durare per diversi mesi, ma ciò non aumenta il rischio di soffrire di mal di schiena a lungo termine.^{13,16}

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Article number: CD000331. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

16 Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. British Medical Journal 1996; 312: 1384-1388.

Quali sono i rischi legati all'epidurale?

- Il numero di donne che possono soffrire di cefalea con un'epidurale è compreso tra 1:100 e 1:200 (link).
- Un danno permanente ai nervi dovuto a un'epidurale è molto raro (link alle FAQ dei danni ai nervi), circa 1:24.000.
- L'epidurale potrebbe non essere sufficientemente efficace nel ridurre il dolore del travaglio: circa 1 donna su 8 potrebbe dover utilizzare altri metodi per alleviare il dolore.
- Con l'epidurale, aumentano le probabilità di utilizzo di un forcipe durante il parto.
- Il secondo stadio del travaglio (quando la cervice è completamente dilatata) è infatti più lungo con l'epidurale, ed è più probabile dover ricorrere a farmaci (ossitocina) per potenziare le contrazioni.
- È più probabile un abbassamento della pressione sanguigna.
- Potresti sentirti le gambe deboli sotto l'effetto dell'epidurale.
- Avrai difficoltà a urinare. Dovrai probabilmente utilizzare un catetere vescicale (un tubicino inserito nella vescica) per drenare l'urina.
- Potresti provare prurito.

- Potresti sviluppare una febbre.

In che modo un'epidurale può provocare il mal di testa?

In circa una donna su 100 a cui viene somministrata l'epidurale, la sacca di liquido che circonda il midollo spinale viene perforata dall'ago dell'epidurale (la cosiddetta "rachicentesi"). Quando ciò avviene, è possibile soffrire di un forte mal di testa (cefalea) che può durare giorni o settimane, se non trattato adeguatamente. Qualora sviluppassi un forte mal di testa, l'anestesista dovrebbe parlarti e consigliarti quale trattamento utilizzare (per maggiori informazioni, consulta il nostro opuscolo "Cefalea post-rachicentesi").

Bibliografia

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Article number: CD003766. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:[10.1002/14651858.CD000111.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3)]
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Article number: CD003521. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.
7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.
8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDvIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.
9. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanyl and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.
10. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanyl. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75–82
12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanyl for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.
13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Article number: CD000331. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
14. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1344-135310A.
15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.
16. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
17. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
18. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
19. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
20. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
21. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.

22. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105: 394-399.
23. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.
24. Major complications of central neuraxial block: Report on the 3rd National Audit project of the Royal College of anaesthetist. 2009. RCOA

Queste Domande frequenti (FAQ) sono state compilate dall'Information for Mothers Subcommittee della Obstetric Anaesthetists' Association.

Il sottocomitato è composto da:

Dott.ssa Makani Purva (presidentessa)

Dott. Ian Wrench (segretario)

Sig.ra Shaheen Chaudhry (rappresentante dei consumatori)

Dott.ssa Mary Mushambi (specialista anestesista)

Dott.ssa Claire Candelier (rappresentante del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

Gail Johnson (rappresentante del Royal College of Midwives)

Dott.ssa Hilary Swales (specialista anestesista)

Sig.ra Smriti Singh (membro profano)

Desideriamo ringraziare i membri del sottomitato precedente per il loro lavoro in occasione delle precedenti edizioni.

- Sul nostro sito web sono disponibili informazioni sull'anestesia per il parto cesareo, nonché diverse traduzioni e schede informative in svariate lingue.
- Puoi inoltre trovare informazioni sul controllo del dolore durante il travaglio sul sito web del National Childbirth Trust all'indirizzo www.nct.org.uk o sul sito del Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) all'indirizzo www.infochoice.org.
- Con la collaborazione del Royal College of Anaesthetists, abbiamo compilato ulteriori informazioni sull'epidurale, tra cui "Cefalea dopo un'anestesia spinale o epidurale" e "Danni ai nervi associati a un'iniezione spinale o epidurale". È possibile scaricare questi documenti da www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf o www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf.

Segretariato OAA

Telefono: + 44 020 76318883

Indirizzo e-mail: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Sito Internet: www.labourpains.com

© Obstetric Anaesthetists' Association 2013

4^a edizione, luglio 2013

Siamo riconoscenti all'associazione benefica Translators Without Borders
per la traduzione di questo documento.



Rischi legati all'anestesia spinale o epidurale per alleviare il dolore del travaglio		
Tipo di rischio	Con che frequenza si verifica?	Quanto è comune?
Prurito	Una donna su 3-10, a seconda del farmaco e della dose utilizzati	Comune
Abbassamento significativo della pressione sanguigna	Una donna su 50	Occasionale
Efficacia insufficiente a ridurre il dolore del travaglio con conseguente necessità di utilizzare altri metodi per alleviare il dolore	Una donna su 8-10	Comune
Efficacia insufficiente per un parto cesareo con conseguente necessità di sottoporsi a un'anestesia generale	Una donna su 20	Occasionale
Forte mal di testa (cefalea)	Una donna su 100 (epidurale) Una donna su 500 (spinale)	Insolito
Danni ai nervi (zona insensibile su una gamba o su un piede, gamba debole)	Temporaneo: una donna su 1.000-2.000	Piuttosto raro
Effetti di durata superiore ai 6 mesi	Permanente: una donna su 24.000	Raro
Meningite	Una donna su 100.000	Molto raro
Ascesso (infezione) nella spina dorsale dove è stato inserito l'ago per l'anestesia spinale o epidurale	Una donna su 50.000	Molto raro
Ematoma (coagulo) nella spina dorsale dove è stato inserito l'ago per l'anestesia spinale o epidurale	Una donna su 168.000	Molto raro
Ascesso o ematoma con conseguente lesione grave tra cui la paralisi (paraplegia)	Una donna su 100.000	Molto raro

Una grande quantità di anestetico locale iniettata accidentalmente in una vena nella spina dorsale	Una donna su 100.000	Molto raro
Una grande quantità di anestetico locale iniettata accidentalmente nel liquido spinale, con potenziale difficoltà a respirare e, molto raramente, perdita di sensi	Una donna su 2.000	Piuttosto raro

Le informazioni disponibili nei documenti pubblicati non forniscono cifre accurate per tutti questi rischi. Le cifre sopraindicate sono stime e potrebbero variare da ospedale a ospedale.