

Fondamentali dell'analggesia e dell'anestesia in ostetricia

A. Tesnière, T. Rackelboom, A. Mignon

La Francia è uno dei paesi europei più fecondi, con più di 800 000 nascite ogni anno. Non è, tuttavia, meno interessata da problemi di salute pubblica in rapporto con l'età crescente delle donne gravide: l'aumento del tasso di cesarei (più del 20%), un tasso crescente di prematurità (più 15% in 10 anni) e un tasso di mortalità materna costante (10 su 100 000 nascite), in particolare in relazione con le emorragie del post-partum. Queste constatazioni hanno condotto ai piani nazionali detti «Piani perinatalità» (il primo risale al 1994), volti a riorganizzare l'offerta delle cure in rete. Una conseguenza di questi piani successivi è stata quella di raggruppare l'attività ostetrica su un numero ridotto di maternità nel nostro paese (meno di 600). Nello stesso tempo, l'attività degli anestesisti-rianimatori in queste maternità ha continuato a svilupparsi, come testimonia in particolare il tasso più elevato al mondo di ricorso all'analggesia peridurale per la prova del travaglio. Queste equipe dedicate all'ostetricia realizzano una visita sistematica al termine della gravidanza, permettono di definire i rischi anestetici e di informare sui vantaggi e sugli svantaggi delle differenti tecniche di anestesia e di analgesia per il travaglio, il cesareo od ogni atto complementare, considerando le importanti modificazioni fisiologiche legate alla gravidanza e al parto. Infine, queste equipe gestiscono anche le complicanze del periodo del peri-partum in collaborazione stretta con gli ostetrici e i pediatri. In questo capitolo è affrontato l'insieme di questi punti fondamentali.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Anestesia ostetrica; Analgesia ostetrica; Rachianestesia; Rachiperidurale combinata; Cesareo; Parto; Perinatalità; Neonato

Struttura dell'articolo

■ Alcune cifre e organizzazione	1
Nascite, tipo di parto, tipo di anestesia, strutture e reti	1
Mortalità materna	2
■ Modificazioni fisiologiche della gravidanza	4
Modificazioni ormonali	4
Modificazioni metaboliche	4
Modificazioni emodinamiche	4
Modificazioni respiratorie	5
Alterazioni della coagulazione	5
Modificazioni della funzione digestiva	6
Modificazioni del sistema nervoso centrale	6
Fisiopatologia del dolore ostetrico	6
Modificazioni della farmacocinetica dei farmaci	6
Modificazioni della risposta agli agenti anestetici	7
Impatto di queste modificazioni sulla gestione anestetica	7
■ Tipi di anestesia e conseguenze materne e fetali	7
■ Analgesia del travaglio, i principi fondamentali	8
Anestesia e analgesia perimidollari	8
Analgesia per via parenterale	10
Analgesia per inalazione	12
Altri analgesici sistemici e tecniche non farmacologiche	12

■ Anestesia per cesareo	13
Principi generali	13
Scelta della tecnica di anestesia in funzione del grado di urgenza	13
Riabilitazione postoperatoria dopo cesareo	14
■ Ruolo degli anestesisti-rianimatori nel controllo della morbi-mortalità materna	15

■ Alcune cifre e organizzazione

Nascite, tipo di parto, tipo di anestesia, strutture e reti

Vanno innanzitutto qui ricordati alcuni dati riguardanti la perinatalità prima di prendere in considerazione i fondamentali dell'anestesia e dell'analggesia nella pratica ostetrica. La Francia realizza regolarmente delle indagini perinatali, su un periodo di 1 settimana, in genere nel mese di ottobre, revisionando l'attività dell'insieme delle maternità del territorio, per estrapolarne delle cifre probabilmente molto realistiche sulle pratiche^[1]. L'ultima indagine di perinatalità disponibile è quella del 2003 (i dati dell'indagine 2010 sono in corso di elaborazione). Queste

Tabella 1.Evoluzione delle pratiche (secondo le indagini nazionali perinatali 1998 e 2003)^[1].

	1998	2003	p
Numero di nascite (dati INED)	740 000	760 300	
Campioni degli studi (1 settimana in Francia metropolitana + DOM)	13 980	15 378	
Età materna			
<30 anni (%)	55%	52%	<0,001
≥30 anni (%)	45%	48%	
Gravidanze multiple	1,6% G 3,3% N	1,7% G 3,5% N	
Prematurità	6,8%	7,2%	
Cesarei	17,5%	20,2%	<0,001
Cesarei prima dell'inizio del travaglio	9,2%	12,5%	<0,001
- primipare	19,6%	23,3%	
- multipare e uteri cicatriziali	63,6%	64,6%	
Cesarei durante il travaglio	8,3%	7,7%	
Estrazioni strumentali	12,5%	11,1%	
Anestesia (% di donne)			<0,001
Analgesia peridurale	58,0%	62,6%	
Rachianestesia	8,5%	12,3%	
Anestesia generale	2,6%	1,7%	
Nessuna	29,5%	22,5%	

INED: Istituto nazionale degli studi demografici; DOM: dipartimento d'oltremare; G: gravidanza; N: nascita.

indagini permettono di definire lo stato attuale e di individuare le tendenze significative nel corso del tempo. I principali risultati sono presentati nella **Tabella 1**^[1].

Meritano di essere rilevati alcuni punti chiave:

- conferma della ripresa della natalità nel corso degli ultimi 10 anni nel nostro paese (760 000 nascite nel 2003, 821 000 nel 2009);
- proseguimento della politica di ristrutturazione dell'offerta di cure che porta alla chiusura di un numero importante di piccole maternità a basso livello di attività: la Francia aveva, al 1° gennaio 2010, 589 maternità (di cui 386 per il settore pubblico e 203 per il settore privato);
- aumento continuo dell'età materna media (29,5 anni) e dell'età materna al primo figlio (27,5 anni);
- stabilità del numero di gravidanze multiple, che è aumentato negli ultimi dieci anni a causa dell'aumento dell'età materna e del ricorso alla procreazione medica assistita e ai trattamenti induttori dell'ovulazione (>1,7%). La stima del numero di bambini provenienti da gravidanze multiple è passata da circa 21 000 nel 1996-1997 a 33 000 nel 2001, ossia un incremento del 50%. Con un tasso di prematurità di circa il 50%, questi 12 000 bambini provenienti da gravidanze multiple sono all'origine di 6 000 prematuri supplementari in 5 anni, ossia la metà dell'aumento delle nascite premature;
- persistenza di un tasso importante di prematurità (7%) e di ipotrofia (peso alla nascita <2 500 g) (più dell'8%). In effetti, la prematurità in Francia è fortemente aumentata nel corso degli ultimi dieci anni. Da una stima di 44 000 bambini prematuri di cui 8 800 grandi prematuri nel 1995, si è passati a 56 000 prematuri di cui 11 200 grandi prematuri nel 2001, ossia 12 000 prematuri e 2 400 grandi prematuri più che nel 1995 (incremento relativo superiore al 20%);
- aumento del tasso di cesarei, principalmente programmati o prima del travaglio, che passa dal 17,5% al 20,2% delle nascite; questa tendenza mondiale ha continuato a confermarsi dopo l'indagine del 2003;
- proseguimento della generalizzazione del ritorno all'analgia per il travaglio (peridurale per il 63% dei parti), ruolo crescente della rachianestesia per il cesareo e riduzione del ricorso all'anestesia generale.

Nel 1991, Maryse Palot et al. riferivano un tasso di analgesia peridurale (APD) del 37% per il parto per vie naturali^[2], e questa percentuale passava al 51% nell'indagine «3 giorni di anestesia in Francia» condotta nel 1996^[3]. L'indagine perinatale del 2003 riporta un tasso del 63% di anestesie peridurali per il parto nel nostro paese. Questi dati confermano la nostra posizione unica nella generalizzazione dell'accesso all'ALR per il parto rispetto ai paesi paragonabili al nostro negli stessi periodi (Stati Uniti e Regno Unito 50%, Germania 40%, Svezia 30%, Paesi Bassi 10%)^[4-6]. I dati a proposito delle tecniche di anestesia per cesareo dimostrano, dal canto loro, una generalizzazione delle tecniche di ALR, per il cesareo in corso di travaglio come per quello programmato. Mentre l'indagine «3 giorni» indicava un ricorso all'anestesia generale per il cesareo programmato nel 20% dei casi e nel 30% per il cesareo in corso di travaglio, questa pratica ha continuato a diminuire con la generalizzazione dell'APD come tecnica di elezione per il cesareo in corso di travaglio e, soprattutto, con lo sviluppo della rachianestesia per il cesareo programmato.

Inoltre, i risultati «mediocri», almeno preoccupanti nel settore della prematurità (incidenza in aumento) e della morbimortalità perinatale, sono stati all'origine in Francia di una vasta riflessione medica e, poi, politica, conducendo alla realizzazione di misure raggruppate in un Piano perinatalità. Il primo di questi piani è stato istituito nel 1994 e mirava a migliorare la gestione delle mamme e dei loro bambini, più particolarmente i prematuri, grandi ed estremi (<32 e <28 settimane di amenorrea [SA], rispettivamente). I primi obiettivi di questo piano erano volti a ridurre per il 2000 la mortalità materna del 30%, di abbassare la mortalità perinatale di almeno il 20%, di ridurre il numero di bambini di basso peso alla nascita del 25% e di dimezzare il numero di donne poco o non seguite durante la gravidanza. La principale conseguenza di questo piano è stata la creazione di reti di cure (più di 40), che gerarchizzano le maternità in tre tipi principali, in funzione del livello di cure neonatali (**Tabella 2**). Così, la gestione globale, in particolare del prematuro trasferito in utero (TIU) con sua madre, ha potuto essere migliorata con la creazione di bacini di nascita e di organizzazione delle cure. Questa organizzazione dell'offerta di cure si è associata anche a un raggruppamento di numerosi centri, il cui volume di parti e di interventi è aumentato. Le piccole strutture (che effettuavano meno di 500 parti) sono, in gran parte, scomparse. Questo è probabilmente un buon punto, poiché era noto che alcune tra esse non disponevano più di mezzi per assicurare delle cure di qualità ottimale^[7]. Viceversa, è oggi denunciata allo stesso tempo da alcuni professionisti e da alcuni pazienti un'«ipermedicalizzazione» della gravidanza, portando alla riflessione di una gestione meno «aggressiva» per le gravidanze a basso rischio in case di maternità in prossimità immediata di strutture con dotazioni tecniche. Sono stati ottenuti dei primi risultati, in particolare in termini di mortalità perinatale, ma dei progressi sostanziali sono ancora attesi e reclamati dall'ultima versione del piano (attualmente, versione 2005-2010).

Mortalità materna

Tutte le indagini ben condotte nei paesi industrializzati indicano che la mortalità materna si stabilizza intorno a 10-15 casi per 100 000 parti^[8-13]. Poiché questi eventi sono fortunatamente molto rari, delle variazioni minime intorno a questo tasso possono riflettere delle fluttuazioni legate al caso. Malgrado ciò, la mortalità materna, dopo aver conosciuto una diminuzione costante molto significativa, ha smesso di diminuire o, addirittura, aumenta in alcuni paesi^[14], con due constatazioni importanti: il ruolo preponderante delle cause indirette non ostetriche di morte^[15] (la gravidanza aggrava una patologia; per esempio, scompenso di cardiopatia durante la gravidanza) e l'aumento delle popolazioni a rischio (donne «più anziane», obese, minoranze sociali)^[13,16]. La mortalità per emorragia resta preoccupante; essa aumenta, per esempio, in Inghilterra nell'ultima indagine triennale e rimane, purtroppo, ancora la prima causa di morte materna in Francia, probabilmente evitabile in più del 90% dei casi secondo il Comitato nazionale di revisione dei casi^[12,17].

La mortalità materna direttamente imputabile all'anestesia (**Tabella 3**) è la settima causa di morte materna negli ultimi dati americani basati sul 1991-1997^[18] e la nona nell'ultima indagine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2757005>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2757005>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)