



I.Fe.N. - ISTITUTO FEDERICO NAVARRO
Scuola di Orgonomia "Piero Borrelli"
Membro dell'International Federation of Orgonomic Colleges

**LA ANALGESIA EPIDURALE NEL TRAVAGLIO DI
PARTO: UNA INDAGINE SU INTERNET**

**Un contributo I.Fe.N. alla sessione sulla Prevenzione del
Simposio IFOC, Atene, ottobre 2004**

Dr. Cinzia Catullo

**Via Riviera di Chiaia, 276 – 80121 – Napoli, tel.081.2471173 web:
www.ifen.net E-mail: info@ifen.net**

PREMESSA

Recentemente in Italia si assiste ad un aumento indiscriminato di parti cesarei e ad un crescente utilizzo della anestesia epidurale a fini analgesici, non soltanto in caso di necessità, ma come normale routine all'interno del travaglio di parto (Vedi Appendice 1).

Il nostro Istituto ha assunto una posizione netta nei confronti della escalation di tali pratiche, posizione che si distingue nel panorama pressochè omogeneo di opinioni favorevoli.

La analgesia epidurale in quanto strumento antidolorifico, se svincolata da effettive esigenze, si inserisce all'interno di una logica di medicalizzazione del parto spinta all'estremo. La scelta di tale modalità non è coerente con il desiderio della coppia di vivere un "parto attivo", perché impedisce ai protagonisti dell'evento-nascita di attraversare il sentire.

Il sentire è in relazione al dolore, ma anche al piacere. Il piacere che la donna prova durante la fase espulsiva, cioè quando i dolori delle contrazioni cessano, viene in questo modo negato e, con esso, la possibilità – rara nella propria vita – di una esperienza profondamente bella.

L'analgesia epidurale blocca il dolore, ma blocca anche la sensazione fisica di piacere che la donna può sperimentare durante il parto, quando il bambino attraversa il canale uterino; tale piacere è lo stesso che si può sperimentare nell'orgasmo (*) o in stati di coscienza molto rari.

Inoltre il fatto di bloccare la sensibilità fisica impedisce una gestione attiva durante il travaglio e crea una dipendenza dal medico e dalla struttura.

Il dolore nel travaglio è l'unico dolore fisiologico e ha una propria specifica funzione all'interno delle diverse fasi del travaglio; ma non si deve confondere la componente dolorifica con la sofferenza o la violenza.

E' proprio questa la differenza: tra il dolore legato al sentire e la sofferenza dovuta all'estraneamento e alla violenza delle pratiche adottate, totalmente dissonanti rispetto alle esigenze di intimità, di ascolto, di partecipazione e di contatto legate alla nascita di un figlio.

Di fronte alla promessa di non sentire dolore è profondamente comprensibile che molte più donne si rivolgano a tali pratiche. Rispettiamo ogni scelta. Con questo articolo vogliamo però favorire uno spazio dedicato ad un "pensiero critico" che sia anche una comprensione più profonda di quello che sembra essere "il canto del pifferaio magico".

(*) W.Reich parla di "potenza orgastica" riferendosi al movimento vitale che obbedisce al Principio di Identità Funzionale che accomuna la cellula, l'essere umano, i fenomeni della natura e del cosmo.

1. La rassegna su Internet

Questo articolo si fonda su una rassegna effettuata in Internet tra l'1 marzo e il 30 maggio del 2004, con un duplice obiettivo:

- verificare la visibilità delle posizioni critiche nei confronti della analgesia epidurale nel travaglio di parto;
- analizzare le modalità argomentative delle posizioni ad essa favorevoli.

Per realizzare questi obiettivi, sono stati esaminati i siti in cui, nel periodo su indicato, si davano informazioni sull'argomento (vedi Appendice 2).

Per quanto riguarda il primo obiettivo, dall'indagine emerge l'assenza di opinioni contrarie; nell'arco dei due mesi in cui si è svolta questa ricerca, non sono state rinvenute voci dissidenti, con un'unica eccezione di cui vedremo a fine articolo. Nei siti internet apparsi cliccando la voce: "analgesia epidurale", il giudizio che ne viene dato è positivo e la stessa viene consigliata, o quanto meno, non sconsigliata, non soltanto laddove ce ne sia un effettivo e reale bisogno, ma in ogni caso.

Naturalmente non possiamo sapere se l'assenza di opinioni contrastanti sia dovuta alla scarsa visibilità di siti che ospitano enti, associazioni o singoli che esprimano un pensiero critico.

Il secondo obiettivo della rassegna è stato di tipo qualitativo: esaminare come i diversi enti favorevoli alla analgesia del travaglio argomentino le proprie tesi attraverso i propri siti.

In ognuno di questi siti le ragioni a favore vengono saldamente appoggiate alla letteratura scientifica emergente; tale letteratura scientifica, grazie alle statistiche e alle ricerche fin'ora effettuate, è in grado di legittimare l'utilizzo della analgesia epidurale nel travaglio di parto. In generale, l'impianto con il quale si viene a costruire l'informazione è il seguente:

- che cos'è l'analgesia epidurale;
- come viene effettuata;
- quali sono i benefici;
- quali sono indicazioni e controindicazioni;
- quali sono i rischi.

Seguono dati, statistiche, ricerche e bibliografia di supporto.

La modalità argomentativa, così apparentemente "oggettiva" e scientificamente fondata, mostra – ad una analisi più approfondita – alcune "zone d'ombra"; infatti, la suddivisione tra la parte riguardante i benefici prospettati e quella in cui si elencano i rischi, crea l'impressione di una coerenza ben lontana dalla verità.

Andando a creare dei collegamenti tra le sezioni in cui si parla dei benefici e quelle in cui si evidenziano i rischi, infatti, vediamo che emergono delle contraddizioni non facilmente sanabili, contraddizioni che abbiamo ritenuto proficuo evidenziare.

2. Rischi e benefici della analgesia epidurale in una prospettiva critica; confronti e contraddizioni.

La prima contraddizione riguarda quelli che potremmo definire i “benefici aggiunti” prospettati dal vasto partito dei favorevoli (sarà un caso che tale partito vanta una considerevole parte di anestesisti?). In queste sezioni, viene enfatizzata la componente di stress legata al dolore nel travaglio, non solo psicologico, ma anche fisiologico per la partoriente e per il feto. Infatti viene detto che le contrazioni uterine, oltre a generare dolore, A) modificano “la risposta del cuore della partoriente che deve aumentare il suo lavoro per aumentare il flusso di sangue all'utero”; B) creano la tendenza da parte della partoriente ad iperventilare (aumentare la velocità della respirazione).

La conclusione a cui arriva il partito dei favorevoli è la seguente: poichè queste risposte possono avere effetti negativi sul feto attraverso una alterazione del flusso ematico placentare e del trasporto di ossigeno, l'analgesia, bloccando lo stimolo dolorifico responsabile dello stress, migliora anche la ventilazione materna e quindi l'ossigenazione fetale.

Nella parte riguardante i rischi legati all'utilizzo di anestetici locali, però viene detto che questi – anche se eccezionalmente – possono causare *il blocco parziale di alcuni muscoli respiratori, rendendo di conseguenza più difficoltosa la respirazione stessa*. Naturalmente, anche a questo problema, viene ricordato, la medicina può porre rimedio: con la somministrazione di ossigeno!

Anche per quanto riguarda l'assoluta innocuità dell'anestetico per il nascituro emergono incongruenze: occasionalmente, si avverte, entro 10-15 minuti dall'inizio di una epidurale, si possono osservare delle variazioni del battito fetale (rallentamenti o alterazione della variabilità temporale).

La contraddizione tra i benefici promessi e i rischi connessi è evidente. Proseguendo nella nostra operazione di connessione dei vari aspetti legati alla analgesia nel travaglio, noi abbiamo constatato la facilità con la quale vengono sostenuti i supposti benefici, senza però metterli in relazione con i reali rischi.

In questo tentativo di ampliare la funzionalità della analgesia nel travaglio da parto, i sostenitori adottano argomentazioni estratte dalle documentazioni scientifiche che ormai da più di cinquant'anni sono alla base delle Metodologie di preparazione al parto. La nostra scuola sostiene da tempo l'importanza di una valida prevenzione prenatale anche per creare le condizioni adatte ad un travaglio in cui gli inconvenienti citati possano facilmente ridursi, se non tranquillamente scomparire. Infatti il lavoro sulla respirazione, condotto correttamente durante la gravidanza, risponde tra le altre cose, alla necessità di rendere ottimale l'ossigenazione materno-fetale in tutto il periodo gestazionale e di preparare efficacemente la donna, con l'aiuto del

compagno, ad attraversare anche le condizioni di stress legate al travaglio. E questo, lo ripetiamo, *senza la necessità* di bloccare il sentire legato alle diverse fasi del travaglio.

Per questo ci sentiamo di affermare che la anestesia *non può essere utilizzata come un telecomando per risolvere* i problemi di respirazione e irrorazione sanguigna durante il parto in condizioni non patologiche.

La seconda contraddizione riguarda l'elemento della sensibilità. Infatti si vuole sostenere che l'analgesia epidurale determina la scomparsa del dolore dovuto alle contrazioni uterine, lasciando inalterate tutte le altre sensibilità compresa quelle delle contrazioni: tali contrazioni – si dice - vengono avvertite solo come sensazione di indurimento della pancia e non più accompagnate dal dolore. Pertanto, al momento del parto e della fase espulsiva, l'epidurale non ridurrebbe la capacità di spingere adeguatamente.

Leggiamo: “Il parto avviene quindi con la sua piena ed attiva partecipazione e senza alcuna percezione dolorosa”.

Però, in un altro punto dello stesso articolo (citaz. In Appendice) si legge:

“Unico problema relativo può essere una minore capacità della donna di spingere che può portare, anche se raramente, all'uso della ventosa”.

E' importante sottolineare che tale dicitura è stata estratta dalle Linee guida della Regione Lazio per il parto cesareo ella Sezione “Rapporti tra analgesia epidurale e distocia”.

E' riconosciuto ufficialmente che la analgesia aumenta il rischio di utilizzo della ventosa.

Per quanto riguarda poi il rallentamento e l'indebolimento della funzionalità uterina leggiamo:

“Sulla base dei dati della letteratura medica più recente, l'analgesia epidurale non aumenta il rischio di taglio cesareo. Sicuramente può allungare la durata del travaglio di circa 60 minuti quando confrontata ad altre tecniche di analgesia (somministrazione endovenosa di farmaci analgesici)”.

Dalla confrontazione delle due sezioni lette congiuntamente e fondate su posizioni ufficiali, possiamo evincere che esistono sufficienti elementi scientifici per affermare che l'epidurale riduce la capacità di partecipazione della donna, sia durante la fase di dilatazione sia durante quella di espulsione.

Per quanto riguarda la letteratura sui rischi, esistono numerosi studi effettuati in America durante le passate due decadi (*American College of Obstetricians and Gynecologists, 1996, Sachs e colleghi, 1999, Chestnut, 1999, MacArthur e colleghi, 1992, Thorp e Breed-love, 1996, Robinson e associati, 1999, Sharma e Leveno, 2000 etc.*) sui seguenti temi:

- *il nesso tra l'utilizzo della analgesia epidurale e la significativa escalation di cesarei;*
- *il prolungamento della prima parte del travaglio ed l'incremento dell'uso di ossitocina al fine di stimolare le contrazioni uterine;*
- *l'incremento di complicazioni immediate e nel lungo termine.*

Di particolare rilevanza sono le indagine effettuate con le primipare.

Ritornando alla nostra rassegna, la terza contraddizione rilevata riguarda l'affermazione che l'analgesia epidurale non compromette in nessun caso l'assoluta naturalità dell'evento. Però, nel citare gli effetti collaterali e le complicanze, emerge nettamente la necessità di intervenire con risposte farmacologiche ad effetti iatrogeni.

Un esempio? Frequentemente si osservano prurito (conseguenza dell'uso di alcuni farmaci per controllare il dolore) e riduzione della pressione arteriosa (che deve pertanto essere continuamente monitorata). Anche qui, si specifica che quando il prurito assume "forme insistenti" può essere trattato adeguatamente con farmaci specifici.

L'altra complicanza, ancora più grave, è l'iniezione in una vena. Le vene localizzate nello spazio peridurale aumentano di volume durante la gravidanza. Questo fa sì che l'anestetico vi possa essere iniettato accidentalmente. Che problemi ci sono? Al fine di prevenire quello che viene definito il "fastidioso" inconveniente, si somministrerà nello spazio peridurale una dose test di farmaco per verificare la eventuale comparsa di segni clinici indiretti di una accidentale somministrazione in una vena.

Non ultimo, gli effetti collaterali spesso osservati sono il mal di schiena e il mal di testa (quest'ultimo si manifesta in genere a distanza di 24-48 ore dal parto. Tipicamente e' un mal di testa che si esacerba assumendo la stazione eretta). Anche il mal di testa – comunque - puo' essere controllato con "semplici" analgesici o "evitando la stazione eretta" (ricordiamo che uno dei più tipici elementi del parto naturale, è che la donna, subito dopo aver partorito, ritorna nella maggior parte dei casi ad una assoluta normalità, e può tranquillamente alzarsi e muoversi senza problemi). Uno degli inconvenienti più gravi è rappresentato dal mal di schiena sulla cui severità esistono indagini effettuate in America (MacArthur C.,1997)

Ma quello che ci preme evidenziare è che, nonostante le assicurazioni dei favorevoli, la analgesia epidurale *non stabilisce affatto condizioni di assoluta naturalità*, perché comporta una serie di manipolazioni, accorgimenti, interventi farmacologici a catena, che con la naturalità *non hanno niente a che vedere*. Si tratta al contrario di procedure che richiamano in tutto e per tutto le operazioni necessarie in *risposta a condizioni patologiche e niente affatto naturali*.

Non solo: se non possiamo parlare di “naturalità”, che per noi è assolutamente tutt’altro, e se dobbiamo riconoscere nelle condizioni stesse di esecuzione la similitudine con una vera e propria operazione, *ancor meno si può parlare di parto attivo*. La partoriente, con la analgesia epidurale, si trova anzi in uno stato di passività, in uno stato in cui dipende totalmente dalla perizia dell’anestesista e dei medici. Ricordiamo che una delle complicanze possibili nella epidurale è l’immissione di liquidi della dura madre: si tratta di un tipo di intervento in cui è estremamente importante la perizia dell’anestesista.

Per parto naturale ed attivo – lo ricordiamo – si intende una situazione di intimità, profondità, contatto e sensibilità, in cui sono l’uomo e la donna a gestire la nascita, servendosi dell’aiuto esterno dell’ostetrica e del ginecologo, che assecondano il processo, senza intervenire se non per favorire le risorse della donna stessa e per prevenire eventuali problemi.

Possiamo concludere affermando che la analgesia epidurale elimina il dolore nel travaglio, ma non che ne permette il naturale svolgimento

Naturalmente la nostra posizione non è indiscriminatamente “contro”. In alcune circostanze, l’analgesia epidurale può dimostrarsi vantaggiosa: primo tra tutti in caso di parto cesareo, in cui la madre, grazie al fatto di rimanere sveglia, ha la possibilità di vedere subito il proprio figlio e di accoglierlo appena. Nel caso di diabete, ipertensione, grave miopia con precedente distacco di retina, l’analgesia epidurale può essere richiesta dal ginecologo stesso per ridurre alcuni dei rischi associati a queste malattie.

3. Braibanti, una voce “dissidente”. Infine, poiché nella nostra ricerca abbiamo incontrato un’unica voce “critica” – nel panorama di totale schieramento “pro-anestesia”, riteniamo di riportarla per intero. Si tratta di una dichiarazione del Dr. Lorenzo Braibanti, un nome illustre nel campo della ginecologia, rilasciata nel corso di una intervista di qualche anno fa, che riportiamo integralmente.

D.L'ostetricia di oggi si stia concentrando in modo particolare per migliorare gli effetti dell'anestesia epidurale, perché a quanto risulta dalle statistiche un numero piuttosto consistente di donne chiede di partorire in analgesia...

R.L. 'anestesia epidurale è stata un passo in avanti nella medicina, nella chirurgia, e in pratica è stata resa possibile dalla scoperta biochimica dei derivati della procaina. La procaina è una sostanza anestetica che serve per le anestesi di superficie, per le anestesi che bloccano il decorso dei nervi, è un'anestesia ideale, perché l'anestesia generale in realtà toglie il dolore ma non toglie lo stress dell'operazione. Ciò premesso è evidente che per la donna il danno dell'insulto traumatico non è molto grave; per esempio nel cesareo è minore se fa un'anestesia epidurale che se fa quella generale, e in più ha dei vantaggi, come il fatto che può vivere il parto. Il problema si sposta invece all'uso dell'anestesia epidurale nel travaglio di parto, cioè per un parto fisiologico.

Proprio nell'anno che venne a Roma per la prima volta Leboyer, era il 1976, venne a distanza di pochi mesi il più grande anestesista americano, Bonica. Era venuto in Italia a propagandare l'anestesia epidurale e mi ricordo bene quando disse: "Mi strapperei i capelli pensando che ci sono ancora delle donne italiane che partoriscono con dolore, perché da me le donne partoriscono completamente senza dolore, grazie all'epidurale". A distanza di circa due anni, Bonica ritornò in Europa e fece il giro di tutte le città in cui era passato, Roma compresa, raccomandando di non usare più il metodo da lui indicato per il travaglio di parto. Per quali ragioni? Primo perché era, statisticamente parlando, aumentato in maniera non accettabile il bisogno dell'intervento dell'arte, vale a dire l'ostetricia estrattiva, forcipe o ventosa e spatole di Thierry, e la necessità dei cesarei, perché ad un livello molte volte subliminale si erano constatati dei danni cerebrali nei bambini...Non vorrei adesso qui entrare in un discorso filosofico, se è giusta o no l'anestesia alla donna; il vantaggio è di fronte a un avvenimento che dà shock: il parto per sua natura non dà shock, il parto non è andare sotto un'automobile, il parto non è neppure andare sotto i ferri chirurgici, un cambiamento brusco. La donna si è preparata dal punto di vista fisico attraverso la produzione di sostanze apposite per il parto nei lunghi mesi. Tutto questo rende dal punto di vista teorico e filosofico sbagliato intervenire, perché è molto meglio fare quelle cose che possono aumentare le endorfine che la donna ha dentro di sé...allora dovremmo indagare realmente, e in questo senso parlava anche Bonica, su quali sono le cose che impediscono alla madre di sfruttare a pieno tutte quelle infinite quantità di endorfine che la natura ha preparato per lei." (www.mariliazappala.it).

Nel sito dove viene riportata l'intervista, si conclude con una breve nota biografica, in cui, tra le altre cose si dice: "La sua visione dell'ostetricia, come la sua visione della medicina, vede integrati gli aspetti biologico, psicologico e sociale. Ciò significa, per Braibanti, andare a riscoprire, a ri-conoscere, quelle leggi biologiche e fisiologiche che governano le tappe fondamentali della vita: la gravidanza, la nascita, l'ingresso del bambino nel mondo. Significa intervenire con l'arte medica solo quando comprendere e rafforzare la fisiologia non è sufficiente perché veramente la situazione è sconfinata dal campo della fisiologia".

Ci sembra significativo concludere con queste parole, che accomunano idealmente tre “grandi vecchi” della medicina, ma anche tre persone profondamente umane che si sono occupate di medicina: Federico Navarro, Federico Leboyer e Lorenzo Braibanti.

Appendice 1

SCHEDA INFORMATIVA

LA ANALGESIA EPIDURALE NEL TRAVAGLIO DI PARTO

CHE COS'E'

E' la somministrazione di una anestesia parziale durante il travaglio di parto al fine di bloccare i dolori legati alle contrazioni uterine.

COME VIENE EFFETTUATA

Consiste nell'introduzione, tramite ago, di un sondino nello spazio peridurale (al centro della schiena in corrispondenza del margine superiore delle ossa iliache), attraverso il quale vengono somministrati i farmaci anestetici, preceduta da una anestesia locale eseguita nella stessa sede. L'analgisia viene in genere somministrata quando la dilatazione della cervice uterina di circa 3-4 cm, con la parte fetale presentata in via di impegno o impegnata ed in presenza di valide e ritmiche contrazioni uterine. Questo perché una somministrazione dell'anestetico prima di tale periodo di travaglio può seriamente compromettere la dilatazione, bloccando le contrazioni uterine.

Appendice 2

Elenco dei siti:

i siti apparsi digitando “analgisia epidurale nel travaglio di parto” sono stati 430. Per ragioni di spazio, non li riportiamo in Appendice, mentre per la consultazione gli elenchi sono disponibili presso la Sede Ifen di Roma

BIBLIOGRAFIA

Chestnut D.H., Epidural analgesia and the incidence of cesarean section: time for another close look, *Anesthesiology*,87/472,1997

Chestnut D.H., McGrath J.M, Vincent R.D, Jr. Penning D.H., Choi WW., Bates J.N., Mc Farland C., “Doas eary administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneus labor?2 *Anesthesiology* 80/1201, 1994

Linee guida Regione Lazio per il parto cesareo, Rapporti tra analgesia epidurale e distocia, Raccomandazioni n. 2.6 pag.14.

MacArthur C., Lewis M., Knox E.G., Investigation of long term problems after obstetric epidural anaesthesia, *BMJ* 304/1279,1992

MacArthur A.J, MacArthur C., Weeks S.K., Is epidural anaesthesia in labour associated with cronic low back pain A prospective cohort study, *Anesth Analg* 85:1066,1997

MacArthur C., Lewis M., Knox E.G. Epidural Anaesthesia and long term backache afther childbirth, *BMJ*, 1990

Oh. J., Camann W., Severe, acute reaction after epidural blood patch, *Anesth Analg* 87, 1998

Palkar N.V. and collegues, Accidental total spinal block/ a complication of an epidural test dose, *Can J Anaesth* 39, 1992

Sachs B.P., Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the cesarean delivery rate, *Neng J Med* 340/54,1999

Sharma S.K., Epidural analgesia during labor and and maternal fever, *Curr Opin Anesthesiology* 13, 2000

Thorp J.A., Breedlove G, Epidural analgesia in labor/an evaluation of risks and benefits, *Birth* 23/63,1996