

Nu, deoarece analgezicele opioide (Morfina, Petidina, Meperidina, Diamorfina, Fentanil ș.a.) administrate sistemic provoacă greață, vome, prurit, somnolență, confuzie, depresie respiratorie (în funcție de dozele) însoțită de desaturare înregistrată între contracții; întârzie golirea gastrică ce rezultă în sporirea volumului conținutului gastric. În cazul Meperidinei metabolismii activi posedă proprietăți proconvulsivante.

Nu, deoarece analgezicele opioide traversează bariera hemato-placentară și, astfel, sporesc riscul depresiei respiratorii la nou născut. Analgezicele opioide ce se comportă ca alcalii, ajunse în mediul acid al circulației fetale, circulă în formă ionizată, ce rezultă în sporirea concentrației fetale și, respectiv, accentuiază efectele adverse, în mod special, în cazul copiilor născuți în acidoză marcată. Depresia respiratorie a nou-născutului este potențată de imaturitatea centrului respirator și de concentrația sporită a opioidului circulant în formă liberă, grație concentrației reduse a proteinelor plasmatiche. Depresia respiratorie la rândul său rezultă într-un scor Apgar mai mic, saturații oxigenice reduse și presiuni mai mare ale CO₂ seric.

Nu, deoarece grație efectelor respiratorii ale opioizilor atât parturienta, cât și nou-născutul, impune monitorizare mai complexă atât în timpul nașterii cât și după, precum sporește și necesitatea în administrare de O₂.

Nu, deoarece nici metoda inhalatorie de analgezie prin utilizarea de Entonox (care reprezintă amestecul de Protoxid de Azot și Oxigen), agenți halogenați nu asigură efectul analgezic dorit, ba mai mult ca atât, cele din urmă impun anumite cerințe de dotare și organizare a sălii de naștere pentru conformitate.

Sunt mult prea multe de "NU" pentru această metodă de analgezie, și, timp în care există alternative, nu pare logică rutina de utilizare a metodei date.



Baltaga Ruslan

DUREREA ÎN TRAVALIUL DIN VIZIUNEA MAMEI ȘI A FĂTULUI

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Catedra Anestezilogie și Reanimatologie nr. 1 “Valeriu Ghereg”

Modul în care este exprimată durerea în naștere este o reflectare a circumstanțelor lor emoționale, motivaționale, cognitive, sociale și culturale ale individului [1]. Multe femei, în special nulipare, apreciază durerea în travaliu ca fiind foarte severă sau intolerabilă [2]. Durerea în travaliu și naștere variază în rândul femeilor, iar fiecare naștere a unei femei individuale poate fi destul de diferită. De exemplu, o prezentare normală a fătului (de exemplu, occipital posterior) este asociată cu o durere mai severă și poate fi prezentă într-o singură sarcină, dar nu în următoarea.

Colegiul American de obstetricieni și ginecologi (ACOG) notează că nu există o altă situație în care se consideră acceptabil ca un individ suferind de o durere severă, să fie supus unei calmări ușoare a durerii, în timp ce se află sub îngrijire medicală (3).

Efectele adverse ale durerii în naștere pot cuprinde creșterea consumului de oxigen, hiperventilația cu hipocarbă și alcaloză respiratorie secundară, creșterea acidității gastrice, lipoliza, creșterea rezistenței vasculare periferice, a debitului cardiac, a tensiunii arteriale, scăderea perfuziei placentare, activitate necoordonată a uterului, efecte psihologice postpartum, cum ar fi tulburarea de stres post-traumatic – toate fiind cu efecte negative atât asupra mamei cât și asupra fătului [4].

Din Recomandările ACOG pentru analgezia nașterii reiesecă: Analgezia neuraxială nu sporește rata cezarienelor; Opioidul este asociat cu efecte adverse pentru mamă, făt și nou-născut cu precădere depre respiratorie; Anestezia spinală, CSE, sau generală sunt disponibile pentru cezariană urgentă (în lipsa cateterului ei dural); Trombocytopenia este o contra-indicație relativă pentru blocadă neuroaxială; În absența contra-indicațiilor medicale, solicitarea mamei este o indicație medicală suficientă pentru analgezia nașterii; Analgezia/anestezia Epidurală și spinală sunt considerate acceptabile la un pacient cu un număr de trombocite $\geq 80,000$ / microliter cu condiția că nivelul trombocitelor este stabil, nu este o altă coagulopatie congenitală sau dobândită, funcția trombocitelor este normă și pacientul nu primește medicație antiplachetară sau anticoagulantă.

Bibliografie.

1. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J ObstetGynecol 2002; 186:S16.
2. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. Acta Anaesthesiol Scand 1995; 39:60.
3. Goetzl LM, ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 36, July 2002. Obstetric analgesia and anesthesia. ObstetGynecol 2002; 100:177.
4. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. ObstetGynecol 2017; 129:e73.
5. Plante L., Gaiser R., et al. Obstetric Analgesia and Anesthesia Guidelines. ObstetGynecol; April 2017 - Volume 129 - Issue 4 - p e73–e89).