

●

Cardaniuc Corina, Chesov Ion
ANALGEZIA EPIDURALĂ PENTRU NAȘTEREA VAGINALĂ – ARGUMENTE PRO
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Moldova

Analgezia epidurală este utilizată pe scară largă ca metodă de ameliorare a durerii în timpul travaliului. Dintre toate beneficiile epiduralei, creșterea confortului în timpul travaliului este ceea ce atrage cel mai mult gravidele și parturientele. Dovezile care susțin că analgezia epidurală este mai eficace în reducerea durerii în timpul travaliului comparativ cu metodele non-epidurale sunt de calitate slabă. În plus, există motive de îngrijorare cu privire la efectele adverse nedorite asupra mamei, fătului și nou-născutului. Efectele nedorite tind să fie mai mari la doze mai mari de medicamente utilizate, la un interval mai lung în care medicamentul este în acțiune și în caz de imaturitate sau suferință fetală. Astfel, pe lângă argumente pro, ca orice procedură medicală, epidurala are și argumente contra.

Reviul sistematic efectuat de Anim-Somuah, M., Smyth, R.M., & Jones, L. (2011) a evidențiat că epidurala cauzează hipotensiune maternă care duce la administrarea adițională de medicamente, utilizarea oxitocinei pentru accelerarea nașterii, naștere asistată mai frecvent prin aplicarea ventuzei obstetricale sau a forcepsului, retenție maternă de urină, febră maternă care poate duce la proceduri invazive la nou-născut pentru a exclude un proces infecțios, perioada II a nașterii prelungită, incidență crescută a operației cezariene. Lacerările genitale (cervicale, vaginale sau perineale) sunt mai frecvente la parturientele cu analgezie epidurală, din cauza necesității crescute de aplicare a ventuzei sau a forcepsului obstetrical.

Analgezia epidurală în naștere implică o utilizare mai largă a intervențiilor pentru monitorizarea și tratamentul efectelor adverse, iar parturientele rămân în pat, atașate la aceste echipamente. Epidurala implică de asemenea monitorizare electronică fetală continuă, linii intravenoase, măsurarea frecventă a TA și administrarea medicamentelor contra pruritului. În aproximativ 10% din cazuri, epidurala asigură o diminuare parțială a durerii. Aproximativ 1% din parturientele care beneficiază de analgezie epidurală, dezvoltă cefalee severă după naștere, care poate persista zile sau chiar săptămâni. Durerea de spate are o incidență de două ori mai mare la femeile care au avut epidurală în travaliu. În cazuri rare, complicațiile pot include amorteală reziduală, cauzată de leziuni ale nervilor la locul injectării și, cel mai grav, leziuni cerebrale sau chiar deces.

În unele cazuri, complicațiile epiduralei pot cauza efecte adverse asupra nou-născutului, inclusiv complicații neuro-comportamentale pe termen scurt, cum ar fi iritabilitatea, capacitatea scăzută de urmărire vizuală și scăderea capacității de reacție.

Ghidurile cele mai recente sugerează că, în absența contraindicațiilor medicale, solicitarea maternă este o indicație suficientă pentru analgezia epidurală în timpul travaliului. Ținând cont de cele expuse, însă, fiecare gravidă ar trebui să înțeleagă alternativele, avantajele, dezavantajele și riscurile implicate înainte de a decide dacă va solicita sau nu o epidurală în timpul nașterii.

Bibliografie:

1. Williams Obstetrics Twenty-Second Ed. Cunningham, F. Gary, et al, McGraw Hill Professional, 2005
2. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4
4. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review) Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

●

Svetlan Plămădeală
DE CE NU MI-AȘ DORI SĂ FIU ANALGIZATĂ SISTEMIC ÎN TIMPUL NAȘTERII?
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Anesteziologie și Reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg”*

Deși durerea în naștere este una dintre cele mai intense dureri pe care au enunțat-o generații de femei, există un șir de NU-uri la capitolul analgeziei sistemice.

Nu, deoarece toate preparatele analgezice utilizate în scop analgezic la naștere se folosesc ”off label”, ce-ar însemna ca FDA nu a acceptat aceste preparate în scopul analgezării nașterii.

Nu, deoarece în mai bine de 2/3 de cazuri de nașteri analgizate cu opioizi administrați sistemic durerile persistă, intensitatea variind de la medie la înaltă și de cele mai dese ori efectul reziduă mai degrabă la sedare vs analgezie.

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 reiesesc: 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).