


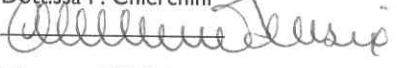

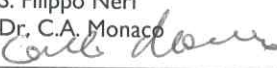

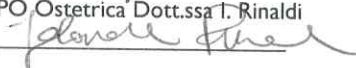
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. I di 33



## INDICE

1. INTRODUZIONE	2
2. SCOPO E OBIETTIVO	2
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5. RESPONSABILITÀ	3
6. MODALITÀ OPERATIVE	3
7. INDICATORI	11
8. ALLEGATI	11
9. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	11
10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	13
11. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	13

REV.	DATA	Caus. modifica	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
I	16/11/2019	Redazione documento aziendale	GdL	Direttore UOC SPRM Dott.ssa M. Quintili  F.O. Risk Management UOC SPRM Dott.ssa S. Greghini 	Direttore Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini  Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA Santo Spirito Dr. M. Bosco  Direttore UOC Anestesia e Rianimazione S. Filippo Neri Dr. C.A. Monaco  Direttore Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dr. P. Saccucci  PO Ostetrica Dott.ssa I. Rinaldi  Data 21/11/2019

## Componenti Gruppo di Lavoro:

Dott. Francesca Lolli UOC Anestesia e Rianimazione S.Filippo Neri  
 Dott. Roberta Mauro UOC Anestesia e Rianimazione S.Filippo Neri  
 Dott. Anna Rita Fioriti UOC Anestesia e Rianimazione S.Spirito  
 Luciana Moschettini Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia S.Filippo Neri  
 Sarah D'Angelo Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia S.Filippo Neri  
 Giuliana De Luca CPSE Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia S. Spirito  
 Antonella Rossetti CPSO Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia S.Spirito  
 Laura Boldrini Infermiera UOC Ostetrica e Ginecologia S.Filippo Neri  
 Dott. Marina Marceca UOC Ostetrica e Ginecologia S.Filippo Neri  
 Dott. Gabriella Fatigante UOC Ostetrica e Ginecologia S.Spirito  
 Dott. Aldebrando Bossi UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management  
 Dott.ssa Stefania Greghini UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 2 di 33

## I. INTRODUZIONE

La **partoanalgesia** o **analgesia epidurale** è una tecnica che consente una riduzione del dolore che si presenta naturalmente durante il travaglio di parto, mediante l'utilizzo di farmaci analgesici e anestetici, iniettati vicino all'emergenza delle radici nervose interessate dal dolore in corso di travaglio.

Il controllo efficace del dolore, senza interferire con la naturalità del parto spontaneo, garantisce sicurezza per la donna e per il bambino.

Le tecniche utilizzate non comportano, infatti, una eccessiva "medicalizzazione" del parto, ma servono ad "accompagnare" la donna in questo momento tanto particolare della vita, senza toglierle la partecipazione alla nascita del suo bambino.

La maggior parte delle donne affronta serenamente il dolore del travaglio di parto, gestendo senza problemi l'ansia e la paura spesso correlate con questo evento.

Per altre donne, invece, il dolore può rappresentare una difficoltà importante che impedisce di vivere il parto in modo sereno, destabilizzando la donna sia fisicamente che emotivamente.

La riduzione del dolore, in presenza di sensibilità cutanea e motilità conservate, consentono alla donna di collaborare al meglio con l'ostetrica, partorendo attivamente ed in modo naturale.

Sicurezza ed efficacia nella gestione di una partoanalgesia richiedono livelli ottimali di integrazione professionale con tutte le figure coinvolte, nel rispetto e nella condivisione di un ben definito percorso clinico-organizzativo.



## 2. SCOPO E OBIETTIVO

Obiettivo della procedura è la definizione di un percorso ottimale a cui sottoporre la donna gravida che richieda partoanalgesia, definendo il ruolo degli operatori sanitari coinvolti ed i protocolli attuativi della stessa partoanalgesia, in modo da garantire omogeneità di comportamenti fra i membri dell'equipe, salvaguardare la sicurezza della paziente e la qualità dell'intervento.

Nella applicazione della procedura di partoanalgesia, è considerato obiettivo di primaria importanza **non interferire con l'evoluzione del travaglio e l'andamento del parto**, limitando qualunque intervento al controllo della sensibilità dolorifica, senza ridurre la sensibilità propriocettiva o profonda (pressoria, vibratoria, di posizione, discriminativa), né quella esteroceettiva o superficiale né, tantomeno, inducendo ipotensione secondaria.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è destinata al personale afferente al Dipartimento materno-infantile dei Presidi Ospedalieri Santo Spirito e San Filippo Neri della ASL Roma I.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 3 di 33

#### 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

LMWH	Eparina a basso peso molecolare
AL	Anestetico Locale
PA	Pressione Arteriosa
FC	Frequenza cardiaca
EV	Endovena

#### 5. RESPONSABILITÀ

Nello svolgimento delle attività previste da questa procedura si identificano le responsabilità indicate nella sottostante tabella “Matrice delle Responsabilità”.

##### 5.1 Matrice delle Responsabilità

Attività \ Figure responsabili	Medico Anestesista	Ostetrica	Medico Ginecologo	Infermiere
Visita ambulatoriale	R	I	I	-
Ricovero	-	C	R	-
Compilazione Check list	R*	R*	-	R*
Esecuzione partoanalgesia	R	C	-	C
Monitoraggio benessere materno	R*	R*	R*	R*
Monitoraggio benessere fetale	-	R*	R*	-
Rimozione catetere	R	C	C	C

R = Responsabile    R\* = Responsabile per ambito di competenza    C = Coinvolto    I = Informato



#### 6. MODALITÀ OPERATIVE

Le modalità di svolgimento della partoanalgesia comprendono l'informazione su questa opportunità, la visita ambulatoriale, l'esecuzione della partoanalgesia e la gestione del travaglio in donne sottoposte a partoanalgesia.

##### 6.1 Informazione sulla partoanalgesia

Alle gestanti, per una scelta libera, consapevole e responsabile, verranno fornite informazioni adeguate e complete sulle metodiche di analgesia e sulle tecniche di supporto, farmacologico e non, per il controllo del dolore. Tali informazioni comprendono le indicazioni, i possibili benefici per la madre e per il feto, le controindicazioni, nonché le eventuali complicanze. Le donne verranno altresì informate del fatto che il ricorso ad un'analgesia farmacologica può modificare l'andamento temporale della curva di dilatazione/discesa



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 4 di 33

della testa fetale, rispetto a quello di riferimento attuale (*curva di Friedman/Zhang*) senza comunque alterare la dinamica del parto.

Le donne che desiderano ricevere informazioni sulla partoanalgesia possono consultare **l'opuscolo informativo** distribuito presso gli Ambulatori Anestesiologici, i blocchi parto ed i reparti di Ostetricia degli ospedali S. Filippo Neri e S. Spirito.

Ulteriori informazioni vengono fornite periodicamente durante l'incontro con il medico Anestesista nell'ambito dei **corsi di accompagnamento alla nascita**, organizzati all'interno della ASL Roma I sia al S. Filippo Neri, sia al S. Spirito. I corsi vengono pianificati con cadenza mensile in collaborazione con le équipe ospedaliere di ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi e psicologi e coinvolgono anche i Consultori Familiari della ASL Roma I.

## 6.2 Visita ambulatoriale

Tutte le donne gravide che desiderano richiedere la partoanalgesia al momento del travaglio devono essere sottoposte anticipatamente a visita anestesiologica in ambulatorio.

Nel caso di gravidanza fisiologica la visita andrà effettuata dopo la 35<sup>a</sup> settimana di età gestazionale, in caso di patologie gestazionali o concomitanti, invece, a partire dalla 30<sup>a</sup> settimana. La prenotazione della visita può essere effettuata presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) del S. Filippo Neri e del S. Spirito o telefonicamente, tramite i numeri indicati sull'opuscolo informativo ed il sito internet aziendale. La prestazione viene erogata in regime ambulatoriale presso gli ambulatori di anestesia, previo pagamento del corrispondente ticket.



La visita prevede, oltre ad un colloquio informativo, anche la compilazione della **scheda di partoanalgesia** (ALLEGATO 1) e la firma del **consenso informato** (ALLEGATO 2).

La donna dovrà esibire all'anestesista i referti degli accertamenti laboratoristici eseguiti in gravidanza, in particolare ECG, esame emocromocitometrico, prove di coagulazione e chimica di base, eseguiti in data non anteriore a 30 giorni, oltre ad eventuali indagini disponibili relative a patologie croniche o concomitanti. L'anestesista si riserva di indicare ulteriori approfondimenti diagnostici eventualmente ritenuti necessari dopo la visita.

Alla donna viene rilasciato un attestato relativo alla visita effettuata, con il nulla osta e/o le indicazioni terapeutiche da seguire, mentre la cartella di partoanalgesia ed il consenso vengono depositati in un apposito raccoglitore dedicato, custodito al blocco parto. Al momento del ricovero, in corso di travaglio, la cartella di parto analgesia viene allegata alla cartella clinica della donna dall'ostetrica o dall'anestesista di turno, che prende visione del referto e delle prescrizioni in esso contenute.

## 6.3 Partoanalgesia

Il responsabile della procedura clinica anestesiologica, per quanto riguarda le competenze specifiche e per tutta la durata della stessa, è lo specialista in Anestesia e Rianimazione.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 5 di 33

Ginecologo ed Ostetrica, responsabili dell'andamento del travaglio e del parto in relazione alle proprie competenze, possono avvalersi, ove lo reputino necessario e qualora presenti, della collaborazione di personale infermieristico specificatamente istruito nel monitoraggio della partoriente, comunque definito nell'ambito di procedure e protocolli specifici, elaborati secondo EBM (Evidence Based Medicine), codificati, condivisi e validati.

Possono essere sottoposte a partoanalgesia tutte le donne in travaglio che ne facciano richiesta e per cui non sussistano controindicazioni.

Le tecniche neuroassiali rappresentano il metodo migliore per ottenere un'analgesia in corso di travaglio di parto e sono rappresentate da:

- *Analgesia subaracnoidea o spinale (single-shot)*
- *Analgesia epidurale*
- *Analgesia combinata spino-peridurale (CSE)*

Nel caso in cui, per le condizioni cliniche e/o ostetriche della paziente sia controindicato il posizionamento del catetere epidurale, se possibile, l'anestesista, valuterà l'opportunità di effettuare un'analgesia spinale single-shot, per un seppur breve soddisfacimento delle richieste di analgesia della paziente.

Al momento del ricovero l'ostetrica controlla se la donna ha eseguito la visita in ambulatorio, inserisce nella cartella clinica la documentazione rilasciata (vedi paragrafo b) e pre-allerta l'anestesista di guardia. All'inizio della fase attiva del travaglio, qualora la donna richieda partoanalgesia, l'ostetrica avvisa il ginecologo di guardia che compila il modulo di richiesta per partoanalgesia (ALLEGATO 7) e lo inoltra all'anestesista.

Qualora la donna non abbia effettuato la visita anestesiologica, ma faccia comunque richiesta di partoanalgesia, l'ostetrica contatterà, previo assenso del medico ginecologo, l'anestesista di guardia, in modo che l'eventuale valutazione anestesiologica e la firma del consenso vengano effettuate prima dell'inizio della fase attiva del travaglio.

Il parere negativo dato dall'anestesista in fase di valutazione preliminare è vincolante, a meno che non si siano modificate le condizioni cliniche della paziente.



Qualunque variazione rispetto alla valutazione preliminare e a quanto indicato nel Protocollo Aziendale dovrà essere motivata e riportata per iscritto in cartella clinica, provvedendo ad informare adeguatamente la paziente e a sottoscrivere il consenso informato.

Ricevuta la richiesta di partoanalgesia e valutata la situazione ostetrica, l'anestesista provvederà ad iniziare la procedura entro 30-60 minuti, a meno di altre attività cliniche o urgenze in atto, che potrebbero ritardare il posizionamento del catetere epidurale e l'inizio della partoanalgesia stessa.

La comunicazione precoce, da parte dell'ostetrica, di una richiesta di partoanalgesia, può consentire un'ottimizzazione dei tempi, rispetto alle attività in carico all'anestesista presente di guardia.

Per l'espletamento di qualunque attività correlata con la partoanalgesia l'anestesista si avvale della collaborazione del personale ostetrico ed infermieristico eventualmente presente, che provvederà alla



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 6 di 33

preparazione della donna e al monitoraggio materno e fetale secondo quanto indicato nell'ALLEGATO 4 (check list).

Per la procedura di posizionamento del catetere peridurale viene utilizzato il materiale contenuto nello spazio anestesiologico dedicato nel carrello presente in sala parto. Il controllo del materiale del carrello è a carico dell'infermiere/ostetrica di turno presso la sala parto.

Viste le peculiarità e la variabilità del dolore in travaglio di parto, qualunque trattamento di tipo neuroassiale, dalla tecnica scelta, alla concentrazione e dosaggio di farmaco da utilizzare, andrà messo in relazione alla specifica situazione ostetrica di ogni paziente.

In particolare sarà cura dell'anestesista acquisire le seguenti informazioni:



- *parità della gravida (primipara vs pluripara);*
- *settimana di gestazione;*
- *travaglio indotto o spontaneo;*
- *integrità o meno delle membrane;*
- *caratteristiche del collo uterino (appianamento/consistenza);*
- *cm di dilatazione del collo uterino;*
- *livello della testa fetale rispetto allo stretto superiore, medio o inferiore;*
- *posizione della testa fetale (occipite anteriore o posteriore);*
- *intensità del dolore (VAS) in relazione alla situazione ostetrica (per poter stabilire la soglia del dolore e/o evidenziare un travaglio distocico, qualora il dolore sia sproporzionato rispetto alla situazione ostetrica).*

Qualunque scelta terapeutica venga intrapresa dall'anestesista in seguito a queste valutazioni, dovrà avere come obiettivo principale quello di influenzare il meno possibile l'andamento del travaglio e in particolare:

- *adattare l'analgesia alle varie fasi del travaglio;*
- *evitare l'ipotensione secondaria al blocco delle fibre B simpatiche pregangliari, tramite l'utilizzo di farmaci a basse concentrazioni;*
- *favorire la deambulazione, non interferendo con la sensibilità propriocettiva, e considerandola sempre un indicatore di analgesia ben condotta;*
- *salvaguardare la sensibilità;*
- *evidenziare o non nascondere un dolore di significato patologico;*
- *evitare di interferire con la percezione della spinta, influenzando il riflesso di Ferguson e la fisiologica secrezione di ossitocina endogena.*

Una partoanalgesia che rispetti queste prerogative non potrà mai essere causa di distocia, mentre qualunque difficoltà nel controllo del dolore o la richiesta di somministrazioni ravvicinate potrebbe essere considerato come un indicatore indiretto di distocia o di dolore patologico e pertanto necessitare di una valutazione più approfondita da parte del personale sanitario.

La partoanalgesia deve venire registrata sulla scheda **SDO** con il **codice 03.91**.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 7 di 33

## 6.4 Complicanze

Prima di iniziare la partoanalgesia è compito dell'anestesista accertarsi di avere a disposizione tutto il materiale necessario alla gestione delle possibili complicanze.

I farmaci e il defibrillatore per la gestione di eventi maggiori sono presenti nella sala parto attigua alle sale travaglio.

L'anestesista deve sempre registrare in cartella clinica eventuali complicanze avvenute in corso di partoanalgesia ed i provvedimenti intrapresi.

- **Gestione lesione accidentale dura madre**

Qualora durante il posizionamento del catetere peridurale si verificasse una **lesione accidentale della dura madre** per mezzo dell'ago o dello stesso catetere si dovrà procedere come da protocollo inserito negli ALLEGATI 5 e 6.

Qualora la lesione sia solo sospetta la donna dovrà essere comunque monitorizzata utilizzando la scheda in ALLEGATO 6. In caso di cefalea da puntura durale, sulla scheda **SDO** per la classificazione di malattie andrà segnalato il **codice 349.0.3.2.2**

Copia della documentazione inclusa in cartella verrà conservata ai fini della valutazione dell'indicatore *"percentuale di complicanze legate alle tecniche usate sul totale delle procedure eseguite"*.

Per la gestione delle altre complicanze si rimanda all'*Allegato 10*.

## 6.5 Rimozione catetere peridurale



La rimozione del catetere peridurale verrà eseguita, dopo almeno 2 ore dal parto, dall'anestesista o, su indicazione specifica e dopo averne concordato tempi e modalità, dall'infermiere o dal ginecologo, riportando sulla cartella clinica l'ora della rimozione.

Nel caso in cui si sia verificata, o si sospetti, una lesione accidentale della dura madre, vedere l'**ALLEGATO 5** per i tempi di rimozione.

Se la puerpera deve iniziare dopo il parto una profilassi con eparina a basso peso molecolare (LMWH), rimuovere il catetere entro le 2 ore, segnalando al reparto per iscritto l'ora in cui sarà possibile provvedere alla somministrazione della profilassi: dopo almeno 4 ore, nel caso di posizionamento atraumatico del cateterino, dopo 24 ore se il posizionamento è stato traumatico o ripetuto. Nel caso di pazienti ad elevato rischio trombo-embolico, la donna dovrebbe indossare le calze elasto-compressive fino al momento in cui avviene la somministrazione della profilassi, essere mobilizzata precocemente e mantenere un'adeguata idratazione.

Al momento della rimozione del catetere l'anestesista verifica la completa regressione del blocco sensitivo-motorio, la mancanza di sanguinamento o arrossamento della cute nella zona di inserzione. Qualora per qualsiasi motivo si sospettasse la presenza di ematomi o di altre lesioni occupanti spazio a livello perimedollare dovrà essere intrapreso l'opportuno percorso diagnostico (compresa RMN) entro **6 ore**.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 8 di 33

## 6.6 Gestione del travaglio in donne sottoposte a partoanalgesia

### 6.6.1 Norme comportamentali

Le donne con cui si rapporta l'anestesista in sala parto non sono, nella maggior parte dei casi, "pazienti", bensì "partorienti", cioè donne sane gravide che si aspettano di partorire senza alcun problema e, possibilmente, senza dover ricorrere ad una eccessiva medicalizzazione. La nascita di un bambino è un evento ricco di implicazioni psicologiche ed emotive per la donna e per i familiari che la circondano, pertanto l'anestesista si trova ad operare in un ambiente particolare in cui il fine ultimo non è la guarigione dalla malattia, bensì un evento lieto. Per questo motivo sono di fondamentale importanza i rapporti interpersonali con la partoriente ed il marito che, in ogni fase del travaglio, osservano il comportamento degli operatori sanitari in qualunque avvenimento, anche avverso ed improvviso.



A tal fine, è innanzitutto di prioritaria importanza la **sicurezza** della partoriente a cui dovrà essere effettuata l'analgesia epidurale. Pertanto:

- prendere sempre preventivamente visione della scheda effettuata in occasione della visita ambulatoriale ed archiviata al blocco parto;
- effettuare le manovre di posizionamento del catetere epidurale in sterilità, indossando cappello e mascherina;
- garantire una presenza continua, per quanto possibile, nell'area blocco parto, con una pronta risposta alle chiamate;
- compilare la cartella di partoanalgesia, l'eventuale cartellino di anestesia e qualunque altro documento ufficiale in maniera tempestiva, attenta e completa;
- Firmare sempre qualunque prescrizione o consulenza, verificando che le disposizioni diagnostiche e terapeutiche siano state ben comprese dai collaboratori;
- attenersi in maniera scrupolosa a quanto previsto nelle procedure in uso ed approvate dai responsabili del Servizio e dalla Direzione Sanitaria per l'esecuzione di qualunque manovra.

Per quanto riguarda i rapporti con la partoriente:

- identificarla al momento del primo incontro, presentarsi e qualificarsi con cognome, nome e ruolo, rivolgendosi sempre con cortesia e dando del Lei;
- verificare sempre che la donna abbia correttamente recepito le informazioni ricevute al corso pre-parto e durante la visita ambulatoriale ed abbia firmato il consenso informato;
- spiegare sempre ciò che viene fatto, utilizzando un linguaggio semplice, chiaro ed adeguato al livello socio culturale. Sia la donna, sia il marito possono non essere in grado d'interpretare correttamente eventuali procedure ordinarie, rischiando di allarmarsi;
- mettersi dalla parte di chi sta in qualche modo "subendo" (anche se consenziente), un'"invasione" all'interno del proprio corpo con aghi, siringhe, monitoraggi, cannule e visite, ponendo sempre particolare attenzione al rispetto della persona;



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 9 di 33

- *mantenere sempre un contatto verbale amichevole e di rassicurazione con la partoriente ed eventuali familiari presenti, che devono comunque essere invitati ad uscire durante l'esecuzione del blocco neuroassiale.*

Nei rapporti con i colleghi ed i collaboratori, ricordarsi che:

- *Il ginecologo, insieme all'ostetrica, sono i responsabili dell'andamento del travaglio e del parto. L'analgesia epidurale, anche se insistentemente richiesta dalla donna, può essere eseguita solo previa valutazione da parte di ostetrica e ginecologo, decidendo insieme il timing ottimale per la procedura.*
- *Non modificare mai alcuna procedura o linea guida anestesiologiche per fretta o pressione psicologica dei colleghi: la partoriente ha diritto agli stessi standard di sicurezza in tutti i casi, specialmente nelle emergenze!*
- *In caso di controversie o decisioni terapeutiche tali da modificare l'andamento del travaglio (es. conversione in TC), evitare sempre la discussione alla presenza della partoriente e dei familiari.*

#### **6.6.2 Idratazione e alimentazione**

Dopo il posizionamento del catetere peridurale, sentito il parere dell'ostetrica e del ginecologo, le gravide dovrebbero essere incoraggiate a mantenere l'idratazione per os. Nel caso ci sia basso rischio di taglio cesareo la donna può consumare anche una dieta leggera senza grassi.

#### **6.6.3 Mobilizzazione**

Durante il travaglio le gravide dovrebbero essere incoraggiate a muoversi, camminare e ad assumere le posizioni indicate dall'ostetrica. L'analgesia loco regionale condotta con basse concentrazioni di anestetico, in assenza di controindicazioni ostetriche, non preclude la deambulazione, dopo che l'anestesista ha verificato la capacità di deambulare e di mantenere l'equilibrio della donna (ALLEGATO 4).



#### **6.6.4 Gestione della seconda fase del travaglio e del parto**

Al raggiungimento della dilatazione completa, i dosaggi dei farmaci normalmente utilizzati non sono in grado di abolire il riflesso di spinta. In questa fase del travaglio è pertanto controindicato somministrare farmaci ad elevata concentrazione, che potrebbero causare la perdita di sensibilità della partoriente.

Qualora le circostanze lo richiedano, l'anestesista potrà essere presente al momento del parto.

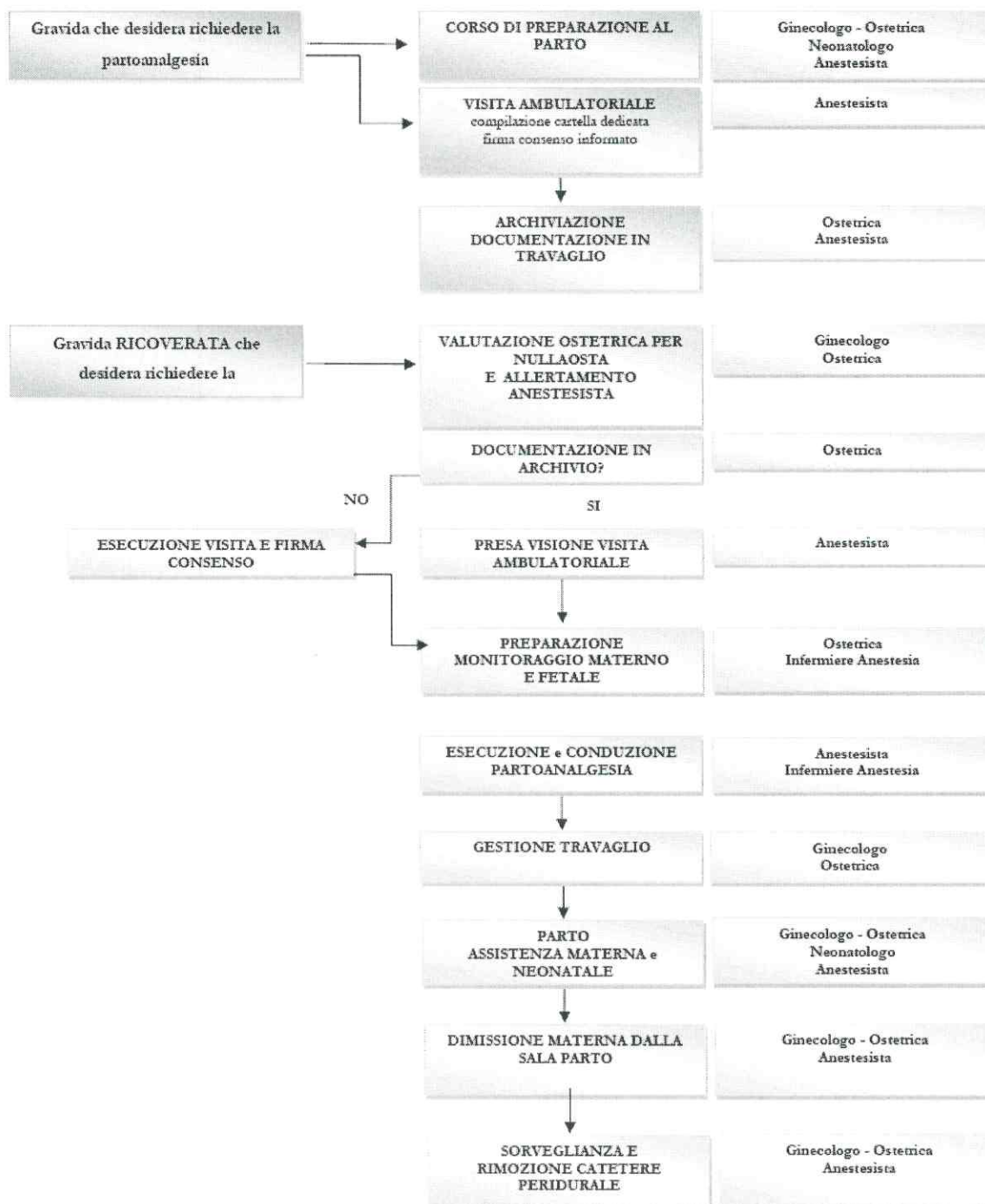
Dopo l'espletamento del parto, il catetere peridurale può essere utilizzato dall'anestesista per garantire un'adeguata copertura antalgica in corso di riparazioni chirurgiche perineali, episiorrafia o revisione della cavità uterina.

Il giorno successivo al parto verrà consegnato alla donna il questionario di gradimento (ALLEGATO 9), che dovrà essere compilato e riconsegnato all'anestesista prima della dimissione.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	
	Procedura per la partoanalgesia	10 B - 11 B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 10 di 33

## Flow Chart

### FLOW CHART PERCORSO GRAVIDA PER PARTOANALGESIA





 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 11 di 33

## 7. INDICATORI

Per la verifica di applicazione della presente procedura si utilizzano i seguenti indicatori:

- % di donne sottoposte a parto analgesia durante il travaglio ed il parto vaginale sul totale delle donne viste in ambulatorio, che hanno chiesto di essere sottoposte alla procedura;
- % di complicanze legate alle tecniche usate sul totale delle procedure eseguite;
- % di donne preventivamente visitate presso gli ambulatori di anestesia sul totale delle donne sottoposte a procedura



La relazione semestrale sarà completata con la valutazione del gradimento della qualità percepita dall'utenza come dedotto dall'analisi dei questionari di gradimento somministrati alle donne nel semestre precedente, per completare la suddetta valutazione congiunta e ottenere un miglioramento continuo della qualità.

## 8. ALLEGATI

- Allegato 1: Cartella di partoanalgesia
- Allegato 2: Consenso informato all'analgesia nel travaglio di parto
- Allegato 3: Indicazioni e controindicazioni alla partoanalgesia
- Allegato 4 e 4/bis: Protocollo di partoanalgesia e Check list
- Allegato 5: Protocollo per la gestione della lesione accidentale della dura madre e della cefalea post puntura durale
- Allegato 6: Scheda di sorveglianza della cefalea post puntura durale
- Allegato 7: Modulo richiesta parto analgesia
- Allegato 8: Procedura per taglio cesareo in corso di partoanalgesia
- Allegato 9: Questionario per la valutazione soggettiva
- Allegato 10: Gestione delle complicanze in corso di partoanalgesia



## 9. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. Cochrane Library 2018 Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A.
2. SNLG-ISS Linea guida 19 "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" Pubblicato gennaio 2012
3. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE clinical guideline 55 "Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth" Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health - Issued September 2007
4. Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) – Information for Mothers [www.oaa-anaes.ac.uk](http://www.oaa-anaes.ac.uk)

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
	<p>Procedura per la partoanalgesia</p>	<p>10 B - 11 B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 12 di 33</p>

5. Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery N Engl J Med 2003; 348 (4); 319-32
6. Kotaska AJ, Klein MC Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births: a critical look at the external validity of randomized trials. Am J Obstet Gynecol. 2006 Mar; 194(3):809-14
7. Parpaglioni R, Frigo MG, Lemma A Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor Anesthesiology 2005; 103(6): 1233-37
8. Polley LS, Columb MO, Naughton NN Relative analgesic potencies of levobupivacaine and ropivacaine in epidural analgesia for labor Anesthesiology 2003; 99: 1354-8
9. Thurlow JA, Laxton CH, Dick A Remifentanyl by patient- controlled analgesia compared with intramuscular meperidine for pain relief in labour Br J Anaesth 2002; 88: 374-8
10. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC Executive summary: regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). Reg Anesth Pain Med. 2010 JanFeb; 35(1):102-5.
11. Breivik H, Bang U, Jalonen J Nordic guidelines for neuraxial blocks in disturbed haemostasis from the Scandinavian Society of Anaest. and Intensive Care Medicine. Acta Anaesthesiol Scand. 2010 Jan; 54(1):16-41.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium Green-top Guideline n° 37 November 2009 [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk)
13. Marley-Forster PK, Reid DW, Vandeberghe H A comparison of patient-controlled analgesia fentanyl and alfentanil for labour analgesia Can J Anaesth 2000; 47: 113-9
14. Capogna G. Epidural Labor Analgesia: childbirth without Pain. Springer Ed. 2015
15. SIAARTI. Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio "Anestesia ed Analgesia in Ostetricia" della SIAARTI. Maggio 2015
16. Parpaglioni R, et al. Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor. Anesthesiology 2005; 103 (6): 1233-37.
17. A. Brizzi et al: La parto analgesia. Da: manuale di ALR Terapias del dolore acuto e cronico. Pagg.151-167. Mediprint S.r.l. 2008.
18. Capogna G, Camorcia M G. Columb CO. Minimum doses of fentanyl and sufentanil for epidural analgesia in the first stage of labor. Anesth Analg 2003; 96 1178-1182.
19. Current Anaesthesia & Critical Care vol15; 2004; pp 239-246.
20. Capogna, Celleno, Zagrillo: Analgesia e Anestesia epidurale per il parto. Mosby Year Book Doyma Italia.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 13 di 33



21. Guglielmo: Effetti dell'analgesia epidurale sul flusso uteroplacentare e sull'attività uterine. [www.cevs.net/anaparto/flusssoap.htm](http://www.cevs.net/anaparto/flusssoap.htm).
22. Celleno, Gollo, Uskok: Analgesia, anestesia, terapia intensiva in ostetricia. Edizioni Minerva medica. 2006.
23. Salvatore Felis, Maria Grazia Frigo, Gloria D'Alessandro, Simone Ferrero. Emergenze ed urgenze in ostetricia e ginecologia.cic (2018).

## **10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA**

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

## **11. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI**

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 14 di 33

**ALLEGATO 1- MO 10 B - 11 B PRO 02**



## CARTELLA DI PARTOANALGESIA

Data visita		Cognome		Nome	
Età	Data nascita		Luogo nascita		
Residenza					Tel.
Ginecologo curante					
Gravidanza n°	Parità	Settimana grav.		Data presunta parto	
Peso (Kg)	h (cm)	BMI	Mallampati	PA /	
Valutazione colonna vertebrale:					

### ANAMNESI OSTETRICO-ANESTESIOLOGICA

Andamento gravidanza:	
Farmaci assunti:	
Allergie:	
Precedenti interventi chirurgici:	
Patologie d'interesse anestesiologico:	
Esami ed ECG:	
ASA	È possibile effettuare epidurale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Timbro e Firma dell'anestesista rianimatore	





 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 15 di 33

PARTOANALGESIA				
<b>Data:</b>	<b>Ora posizionamento catetere:</b>		<b>Anestesista:</b>	
<b>Tecnica:</b>	epidurale <input type="checkbox"/>	spinale <input type="checkbox"/>		combinata <input type="checkbox"/>
<b>Posizione paziente:</b>	seduta <input type="checkbox"/>	laterale dx <input type="checkbox"/>		laterale sn <input type="checkbox"/>
<b>Interspazio:</b>	L1-L2 <input type="checkbox"/>	L2-L3 <input type="checkbox"/>	L3-L4 <input type="checkbox"/>	L4-L5 <input type="checkbox"/>
<b>Approccio:</b>	mediano <input type="checkbox"/>		paramediano dx <input type="checkbox"/>	paramediano sn <input type="checkbox"/>
<b>Mandrino:</b>	gassoso <input type="checkbox"/>		liquido <input type="checkbox"/>	
<b>Ago:</b>	Tuohy <input type="checkbox"/> G 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>		..... <input type="checkbox"/>	catetere: G 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>
<b>Spazio epidurale:</b>	a.....cm dalla cute		catetere inserito per: .....cm	
<b>Dose test:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		farmaco:.....quantità:.....	
<b>Note/Complicanze:</b>				

	h.	h.	h.	h.	h.
<b>Dilatazione</b>					
<b>Testa</b>					
<b>Contrazioni</b>					
<b>Farmaco</b>					
<b>PA</b>					
<b>Fc</b>					
<b>Ossitocina</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>VAS</b>					

<b>Ora parto:</b>	<b>Fisiologico:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Strumentale:</b> forcipe <input type="checkbox"/> ventosa <input type="checkbox"/>
<b>Episiotomia:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sutura episiotomia:</b> farmaco:.....quantità:.....	
<b>Complicanze materne:</b>		
<b>Complicanze neonatali:</b>		
<b>Note:</b>		
<b>Rimozione catetere:</b>	<b>data:</b> / /	<b>Ore:</b> _____ <b>Firma anestesista:</b>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 16 di 33

## ALLEGATO 2- MO 10 B - 11 B PRO 02

### CONSENSO ALL'ANALGESIA NEUROASSIALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stata esaurientemente informata dal  
 Dott. \_\_\_\_\_ sulla analgesia epidurale per il travaglio di parto cui sarò sottoposta

☐ **su mia richiesta**

☐ **su indicazione del ginecologo Dott. \_\_\_\_\_**

Dichiaro di essere stata informata che l'analgesia neuroassiale è considerata oggi una tecnica sicura ed efficace per il controllo del dolore del travaglio, ma che essa, come tutte le pratiche sanitarie, non è esente da effetti collaterali e complicazioni, alcune molto rare, di cui sono stata comunque edotta e che ho ben compreso. Mi sono state fornite, infatti, informazioni complete circa i più frequenti effetti collaterali (parestesie, brividi, febbre, prurito, ipotensione, lombalgia, ritenzione urinaria, vomito e nausea) e le più frequenti complicanze (cefalea da puntura accidentale della dura madre, analgesia incompleta o asimmetrica, ematoma epidurale, infezione epidurale, ascesso spinale, reazioni allergiche, danno neurologico transitorio, danno neurologico permanente, cardiotoxicità e/o neurotossicità da riassorbimento degli anestetici locali, bradicardia fetale, anestesia spinale totale con arresto respiratorio e cardiaco).

Dichiaro inoltre di avere ricevuto l'opuscolo informativo predisposto dal servizio di Anestesia e Rianimazione nel quale sono descritti obiettivi, modalità di esecuzione, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, complicanze e regole comportamentali dell'analgesia epidurale per il parto

☐ **in sede di colloquio preliminare**

☐ **prima dell'esecuzione della procedura**

Sono stata informata che, valutata la mia condizione specifica, è emerso che posso essere esposta ai seguenti rischi aggiuntivi: \_\_\_\_\_

Sono stata altresì informata che, al momento del travaglio, dovranno essere confermate le condizioni cliniche di idoneità e che l'analgesia epidurale potrebbe non essere effettuata per variazioni del mio stato di salute, a causa di situazioni ostetriche particolari o per motivi organizzativi, tali da non garantire un'adeguata assistenza.

Accetto anche che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata, qualora lo dovesse ritenere necessario. Preso atto di quanto sopra, acconsento all'esecuzione di analgesia epidurale.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma della paziente

Firma del medico anestesista

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela (in caso di minore), verificata la loro identità

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>10 B - 11 B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 17 di 33</p>
	<p>Procedura per la partoanalgesia</p>	

**ALLEGATO 3- MO 10 B - 11 B PRO 02**

## **INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTOANALGESIA**

### **Indicazioni mediche ed ostetriche al posizionamento precoce del catetere peridurale**

- Obesità materna (BMI > 30)
- Preeclampsia /Ipertensione cronica e/o gestazionale
- Malattie cardiovascolari e respiratorie
- Travaglio indotto o stimolato
- Macrosomia fetale o presentazioni anomale
- Rischio elevato di taglio cesareo urgente in corso di travaglio in paziente con vie aeree difficili

### **Controindicazioni all'esecuzione di parto analgesia con tecniche perimidollari**



- Rifiuto materno
- Coagulopatia: PT<50%, PTT>50 sec, PLT < 100.000
- Somministrazione di eparina a basso peso molecolare:
  - ✓ nelle 12 ore precedenti se dosi profilattiche (fino a nadroparina 80 U/Kg die - esempio seleparina 0.4 mL = 5700 U; enoxaparina 0.4 mL 4000U/die)
  - ✓ fino a 12-24 ore prima, se dosi superiori
- Anticoagulanti orali non interrotti almeno 7 gg prima, con INR > 1,3
- Infezione della cute e/o dei tessuti circostanti il sito di puntura
- Presenza di tatuaggi nella zona lombare nel sito di puntura senza aree di cute libera
- Ipovolemia non corretta
- Aumento della pressione intracranica

### **Esami ematochimici necessari prima dell'esecuzione di parto analgesia:**

- Decorso fisiologico della gravidanza, non patologie concomitanti, non diatesi emorragica: emocromo con conta piastrinica non superiore ai 30 giorni;
- patologie gravidiche o croniche che possano implicare modifiche dell'assetto coagulativo: emocromo, INR, aPTT ratio, fibrinogeno prima della procedura.

### **Posizionamento e rimozione del catetere peridurale nelle pazienti sottoposte a trattamento con eparina a basso peso molecolare (LMWH):**

- POSIZIONAMENTO:
  - ✓ in caso di profilassi attendere 12 ore dall'ultima somministrazione
  - ✓ in caso di dosi superiori, attendere 24 ore dall'ultima somministrazione
  - ✓ non posizionare catetere peridurale se somministrazione concomitante di antiaggreganti
- RIMOZIONE
  - ✓ la somministrazione di LMWH riprende dopo almeno 4 ore dalla rimozione del catetere peridurale se posizionamento atraumatico, 24 ore in caso di sanguinamento o posizionamento ripetuto.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 18 di 33

#### ALLEGATO 4- MO 10 B - 11 B PRO 02

## PROTOCOLLO PER PARTOANALGESIA

### PREPARAZIONE DELLA DONNA



- Visita ostetrica con diagnosi di travaglio iniziato.
- Compilazione del modulo di richiesta di parto analgesia (*Allegato 7*) da parte del ginecologo.
- Monitoraggio cardiotocografico, prima di qualsiasi manovra anestesiologica.
- Controllo e registrazione della pressione arteriosa materna basale da parte dell'ostetrica.
- Posizionamento di accesso venoso adeguato (ago-cannula 18 G), possibilmente sulla mano dx.
- Controllo e predisposizione dei materiali (tavolo servitore, sgabello, teleria, kit epidurale, etc.) e dei farmaci necessari per l'esecuzione del blocco.
- Far urinare la partorienti poco prima del posizionamento del catetere epidurale.

### POSIZIONAMENTO CATETERE EPIDURALE

L'anestesista:

- controlla la scheda del videat anestesiologico ed il consenso informato;
- chiede al ginecologo/ostetrica un aggiornamento circa la situazione ostetrica (dilatazione e posizione della testa fetale) e trascrive i dati sulla scheda anestesiologica;
- invita il marito ad uscire dalla stanza durante l'esecuzione del blocco;
- informa la donna di quanto sta per fare e spiega quale posizione dovrà assumere;
- posiziona la partorienti seduta o in decubito laterale sinistro (a seconda della preferenza dell'operatore) ed individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4;
- si prepara in rigorosa asepsi (berretto, mascherina, lavaggio mani e guanti sterili);
- disinfetta la zona lombare e posiziona il telino sterile in modo da poter controllare asetticamente nuovamente il posizionamento della donna;
- mentre il disinfettante agisce, prepara i materiali sul servitore sterile precedentemente allestito: il set da peridurale con ago di Tuohy 16-18 G, la siringa da 5 ml per l'anestesia locale con Lidocaina 2%, l'ago rosa per aspirare i farmaci e la siringa da 2.5 ml per il test di aspirazione;
- individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4 ed infila cute, sottocute e legamenti con Lidocaina 2%;
- introduce l'ago di Tuohy fino ad individuare lo spazio epidurale con la tecnica della perdita di resistenza;
- introduce il catetere e lo posiziona in modo tale da lasciarlo per 2-3 cm nello spazio epidurale;
- esegue il test di aspirazione prima dell'inserimento del filtro antibatterico per almeno 20 secondi con la siringa da 2.5 ml e lo ripete qualora ci siano dei dubbi;
- fissa il catetere con gli appositi cerotti ed esegue la medicazione in asepsi;
- lascia passare 5 minuti dalla somministrazione della dose test prima di iniettare la dose analgesica;
- dopo la somministrazione della dose analgesica, spiega alla gravida ciò che è stato fatto e la fa stendere in decubito laterale (preferibile il sinistro) e con il busto sollevato di circa 30 gradi, la informa circa la durata prevista dell'analgesia e il tempo di comparsa dei primi effetti.
- In caso di sospetto di puntura durale, chiedere alla donna se avverte formicolii/parestesie agli arti inferiori o blocco motorio immediato;
- Chiede alla donna se avverte particolari sensazioni come caldo improvviso, ronzii, gusto metallico in bocca, parestesie periorali per escludere eventuali iniezioni intravascolari.



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>10 B - 11 B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 19 di 33</p>
	<p>Procedura per la partoanalgesia</p>	

### **POSIZIONAMENTO CATETERE SPINOPERIDURALE (CSE)**

L'anestesista:



- controlla la scheda del videat anestesilogico ed il consenso informato
- chiede al ginecologo/ ostetrica un aggiornamento circa la situazione ostetrica (dilatazione e posizione della testa fetale) e trascrive i dati sulla scheda anestesilogica;
- invita il marito ad uscire dalla stanza durante l'esecuzione del blocco;
- informa la donna di quanto sta per fare e spiega quale posizione dovrà assumere;
- posiziona la paziente seduta o in decubito laterale sinistro (a seconda della preferenza dell'operatore) ed individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4;
- si prepara in rigorosa asepsi (berretto, mascherina, lavaggio mani e guanti sterili);
- disinfetta la zona lombare e posiziona il telino sterile in modo da poter controllare asetticamente nuovamente il posizionamento della donna;
- mentre il disinfettante agisce, prepara i materiali sul servitore sterile precedentemente allestito: il set da spino-peridurale con ago di Tuohy 16-18 G e l'ago Whitacre 26 G, una siringa da 5 ml per anestesia locale con Lidocaina 2 %, una siringa da 2,5 ml per il test di aspirazione, una siringa da insulina, una siringa da 10 ml, una siringa da 5 ml;
- individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4 ed infiltra cute, sottocute e legamenti con Lidocaina 2%;
- introduce l' ago di Tuohy con tecnica LOR sino allo spazio epidurale ;
- introduce l' ago 26 G 119 mm dentro l'ago di Tuohy fino a perforare la dura madre e sfila il mandrino dell'ago Whitacre e si accerta della fuoriuscita di Liquor cefalorachidiano;
- inietta Sufentanil 2,5 mcg e Ropivacaina 0,04 % 2 mg (diluiti in soluzione fisiologica, vol. tot. 5 ml)
- rimuove ago di Whitacre;
- inserisce il caterino e lo posiziona in modo che rimanga per 3-4 cm nello spazio epidurale;
- esegue il test di aspirazione prima dell' inserimento del filtro antibatterico per almeno 20 secondi con la siringa da 2,5 ml e lo ripete qualora ci siano dei dubbi;
- fissa il catetere con gli appositi cerotti ed esegue la medicazione in asepsi;
- dopo la procedura, spiega alla gravida ciò che è stato fatto e la fa stendere in decubito laterale sinistro e con il busto sollevato di circa 30 gradi, la informa circa la durata prevista dell'analgesia;
- dopo 10' riconrolla l'analgesia, i parametri materni, eventuali effetti collaterali, il BCF e testa se la partoriente può deambulare.

### **ANESTESIA SPINALE SINGLE SHOT**

L'anestesista:

- controlla la scheda del videat anestesilogico ed il consenso informato;
- chiede al ginecologo/ ostetrica un aggiornamento circa la situazione ostetrica (dilatazione e posizione della testa fetale) e trascrive i dati sulla scheda anestesilogica;
- invita il marito ad uscire dalla stanza durante l'esecuzione del blocco;
- informa la donna di quanto sta per fare e spiega quale posizione dovrà assumere;
- posiziona la paziente seduta o in decubito laterale sinistro (a seconda della preferenza dell'operatore) ed individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4;
- si prepara in rigorosa asepsi ( berretto, mascherina, lavaggio mani e guanti sterili);
- disinfetta la zona lombare e posiziona il telino sterile in modo da poter controllare asetticamente nuovamente il posizionamento della donna;
- mentre il disinfettante agisce, prepara i materiali sul servitore sterile precedentemente allestito: ago Whitacre 25-27 G, una siringa da 5 ml per AL con Lidocaina 2 %, una siringa da 2,5 ml;



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 20 di 33

- individua lo spazio tra L2-L3 o L3-L4 ed infiltra cute, sottocute e legamenti con Lidocaina 2%;
- introduce l'ago Whitacre 25-27 G fino a perforare la dura madre;
- sfilta il mandrino dell'ago Whitacre e si accerta della fuoriuscita di Liquor cefalorachidiano;
- inietta Sufentanil 2,5 mcg e Ropivacaina 0,04 % 2 mg (diluiti in soluzione fisiologica, vol. tot. 5 ml)
- rimuove ago di Whitacre;
- posiziona cerotto di medicazione nel punto di iniezione- dopo la procedura, spiega alla gravida ciò che è stato fatto e la fa stendere in decubito laterale sinistro e con il busto sollevato di circa 30 gradi, la informa circa la durata prevista dell'analgesia;
- dopo 10' ricontrolla l'analgesia, i parametri materni, gli eventuali effetti collaterali, il BCF e testa se la partoriente può deambulare.

### MONITORAGGIO

- Monitoraggio cardiocografico continuo per almeno 30 minuti dopo iniezione dose analgesica e poi ad intervalli prestabiliti da ginecologo ed ostetrica;
- controllo di PA e Fc materna, subito dopo l'iniezione della dose analgesica e dopo ogni bolo;
- valutazione del livello di analgesia e di eventuali effetti collaterali dopo 10 minuti dal bolo iniziale;
- valutazione periodica del livello di analgesia (VAS), del Livello termico (superiore ed inferiore) e del blocco motorio (scala di Bromage modificata estesa);
- dopo 4-6 ore controllare la temperatura materna;
- dopo circa 30 min dall'inizio della partoanalgesia la donna può deambulare (o mettersi seduta) se accompagnata e se:
  - ✓ *non sussistono controindicazioni ostetriche*
  - ✓ *non è presente blocco motorio (valutazione con scala Bromage + step test) o*
  - ✓ *non c'è ipotensione ortostatica (attendere 10 min seduta sul letto)*
  - ✓ *non sono presenti deficit di equilibrio (test di Romberg)*

### IDRATAZIONE



La donna dovrebbe assumere piccole quantità di liquidi chiari zuccherati (1-2 bicchieri/ora) durante il travaglio. Se presenti nausea/vomito, garantire idratazione ev. Controllare periodicamente diuresi per evitare il globo vescicale.

### PRECAUZIONI

- Ossitocina: sospendere l'infusione prima dell'inserimento del catetere peridurale e riprenderla dopo circa 30 min dal primo bolo (per minimizzare il rischio di ipertono uterino).
- Non lasciare mai la donna in posizione completamente supina (elevato rischio ipotensione materna e sofferenza fetale).

### RIMOZIONE DEL CATETERE EPIDURALE

Il catetere viene rimosso dopo almeno 2 ore dal posizionamento, previa valutazione della regressione del blocco sensitivo motorio, di eventuali segni di sanguinamento, dolenzia o infiammazione che andranno opportunamente indagati nelle 6 ore successive.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 21 di 33

FARMACI per ANALGESIA EPIDURALE					
Dilatazione (cm)	Posizione testa	dose iniziale (farmaco e dose)	Vol (ml)	dose successiva (farmaco e dose)	Vol (ml)
2-3	-2 / -1	✓ Sufentanyl 5-10 µg Fentanyl 50 µg	5 -10	✓ Ropivacaina 0.10% ✓ L-bupivacaina 0,0625 %	10-15 10-15
3-5	-1	✓ Ropivacaina 0.10% ✓ L-bupivacaina 0.0625 % + Fentanyl 50 µg oppure Sufentanyl 10 µg	15-20	✓ Ropivacaina 0.15-0.2 % ✓ L-bupivacaina 0.0625 %	15- 20
3	-2 / -1	Inf. continua L-bupivacaina 0.0625 % + Sufentanyl 0.5 µg /ml a 10 ml/ora Bolo da 10 ml. <i>Lock out time:</i> 30 min.			
>6		✓ Ropivacaina 0.15% ✓ L-bupivacaina 0.1-0.125%	15-20 10-15	✓ Ropivacaina 0.20% ✓ L-bupivacaina 0.125%	10 10-15
completa	-1 / 0	✓ Ropivacaina 0.20% ✓ L-bupivacaina 0.125%	10-15 12-15		
episiorrafia		✓ Lidocaina/mepivacaina 1-2% ✓ L -bupivacaina 0,25-0,5%	5-10		



Nella donna secondi-gravida o multipara, visti i differenti meccanismi di dilatazione e di discesa della testa fetale, è possibile iniziare la partoanalgesia con percentuali più alte di anestetico locale fin dalle fasi iniziali (Ropivacaina 0.20% o L-bupivacaina 0.125%), senza interferire sulla dinamica del travaglio. In alternativa alla tecnica epidurale classica è possibile utilizzare un'**analgesia combinata spinale-epidurale**, tecnica che prevede l'iniezione intratecale dei farmaci per un rapido avvio della partoanalgesia e il posizionamento del cateterino epidurale, utilizzato poi per tutta la durata del travaglio. Questa tecnica è particolarmente indicata in caso di distress materno severo, indipendentemente dal grado di dilatazione cervicale.

FARMACI per ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE
Ropivacaina 0,04% 2 mg o L-bupivacaina 2mg/2,5+ Fentanyl 20 µ o sufentanyl 2,5 µ (volume tot. 4-5 ml) in spinale
Proseguire con protocollo farmacologico come per analgesia epidurale (primo bolo dopo 60')

Durante le fasi finali del periodo dilatante (dilatazione > 6-7 cm), specie nella pluripara, in alternativa al posizionamento tardivo di un catetere peridurale, può essere utilizzata un'**analgesia subaracnoidea single shot**.

Tale tecnica permette, in alcuni casi, di risolvere la fase espulsiva sbloccando un travaglio indotto che procede con difficoltà.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	
	Procedura per la partoanalgesia	I0 B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 22 di 33

FARMACI per ANALGESIA SPINALE					
Dilatazione (cm)	Posizione testa	dose iniziale (farmaco e dose)	Vol (ml)	dose successiva (farmaco e dose)	Vol (ml)
>6-7		✓ sufentanyl 2,5-5 µg ✓ fentanyl 15 µg (0,3)ml ✓ L-bupivacaina 0.5 % 2,5 mg	4-5 ml	/	/

## SITUAZIONI PARTICOLARI

### 1. Analgesia nella presentazione occipito - posteriore

La presentazione fetale *occipito-posteriore* è frequentemente associata a:

- ✓ travaglio prolungato
- ✓ maggiore durata del II stadio
- ✓ dolore lombo-sacrale che non recede dopo le usuali dosi di soluzioni analgesiche epidurali
- ✓ parto operativo e/o episiotomia

In questo tipo di presentazione è indicato l'utilizzo di Ropivacaina 0,2% in un volume di 10-20 ml. La somministrazione di concentrazioni più elevate di anestetico locale può determinare un transitorio ipotono muscolare perineale.

### 2. Analgesia nel travaglio indotto

Il travaglio indotto con Ossitocina è caratterizzato da:

- ✓ dolore molto intenso fin dalle fasi iniziali;
- ✓ richiesta precoce di analgesia e maggior consumo orario di anestetico locale, con un dolore difficilmente trattabile con le concentrazioni usate per il travaglio spontaneo;
- ✓ maggiore frequenza di parti operativi.

### 3. Analgesia epidurale nel travaglio distocico

Il travaglio distocico è caratterizzato da:



- ✓ dolore elevato anche in fase latente, di intensità aumentata;
- ✓ durata maggiore;
- ✓ maggiore richiesta di rifornimenti epidurali;
- ✓ maggiore frequenza di parti operativi;

### 4. Anestesia per il parto strumentale

Non appena il ginecologo decide di intervenire e lo comunica all'anestesista, la soluzione anestetica deve essere tempestivamente somministrata per:

- ✓ prevenire il dolore perineale;
- ✓ facilitare la distensione del perineo;
- ✓ prevenire il dolore dell'eventuale episiorrafia o riparazioni chirurgiche perineali;
- ✓ facilitare l'applicazione della ventosa/forcipe.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 23 di 33

**ALLEGATO 5- MO 10 B - 11 B PRO 02**

## **PROTOCOLLO PER LA SORVEGLIANZA E LA GESTIONE DELLA LESIONE ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE E DELLA CEFALEA POST PUNTURA DURALE**

### **Lesione con ago:**



- evitare fuoriuscita di liquor, re-iniettare eventuale liquor raccolto nella siringa nuovamente nello spazio sub aracnoideo e iniettare soluzione fisiologica 10 ml
- inserire il catetere epidurale attraverso il buco nella dura fino allo spazio sub aracnoideo e continuare analgesia / anestesia attraverso il catetere intratecale evitando contaminazioni;
- lasciare il catetere in sede chiuso per un totale di 24 ore dal posizionamento senza infusioni. Prima di sfilarlo, iniettare 3-5 ml (8-10 ml) di soluzione fisiologica evitando contaminazioni;
- se il catetere peridurale non viene inserito nello spazio subaracnoideo, dopo il parto considerare infusione continua di soluzione fisiologica con elastomero 7 ml/h per 48 ore.

### **Durante il travaglio:**

- avvertire la donna dell'avvenuta lesione, della possibile insorgenza di cefalea e spiegare l'atteggiamento da tenere per le 48-72 ore successive;
- mantenere idratazione;
- avvertire il ginecologo e l'ostetrica dell'opportunità di minimizzare al massimo il periodo di spinta attiva (aumenta la perdita di liquor);
- compilare la scheda di sorveglianza;

### **Dopo il parto:**

- Il responsabile della lesione deve segnalare l'evento in cartella tramite consulenza, indicando le prescrizioni per le prime 48 ore. La situazione della paziente deve essere trasmessa in consegna ai colleghi di guardia, in modo che la paziente venga seguita nei giorni successivi, chiudendo la consulenza prima della dimissione;
- controllare ogni giorno la donna compilando la scheda di sorveglianza (ALLEGATO 6). Dopo 48 ore ripetere la consulenza con le nuove prescrizioni;
- verificare che le prescrizioni vengano attuate dal reparto, mantenere supporto psicologico, evitando assolutamente messaggi contraddittori;
- invitare la donna a mantenere il riposo a letto per 48-72 ore possibilmente in posizione supina o prona (posizioni antalgiche) e istruire la donna concordando l'eventuale possibilità di riprendere la posizione eretta per allattamento / alimentazione / bagno;
- la posizione prona, spesso poco confortevole nel post partum, aumenta la pressione addominale trasmessa allo spazio epidurale e può ridurre l'intensità della cefalea;
- mantenere idratazione per os, non serve utilizzare liquidi ev;
- analgesici per 5 giorni:
  - ✓ **ibuprofene 600 mg x os - 3 /die**
  - ✓ **paracetamolo+caffeina 1 bustina x os - 3 /die**
  - ✓ **se non disponibile/non sopportata caffeina: paracetamolo 1 g ev 3 /die**
- protettore gastrico fino alla dimissione;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 24 di 33

- considerare tromboprolifassi con LMWH fino alla dimissione, a partire da 6 ore dopo la rimozione del catetere peridurale, se allettamento superiore a 7 giorni.

### Caratteristiche della cefalea post puntura durale

La cefalea è il sintomo più importante che compare dopo accidentale puntura della dura durante l'esecuzione dell'analgesia epidurale.

Fattori favorevoli la puntura durale sono:

- *difficoltà tecnica per ridotta percezione nell'attraversamento del legamento giallo (modificazioni della consistenza nella gravida a termine);*
- *rapidità di esecuzione del blocco in "condizioni d'urgenza" (durante le fasi di assenza dalle contrazioni);*
- *ridotta collaborazione della donna (donna sofferente ed agitata);*
- *obesità e/o presenza di edema sottocutaneo e dei tessuti molli;*
- *utilizzo di mandrino gassoso versus mandrino liquido;*
- *scarsa esperienza dell'anestesista;*
- *stanchezza nel lavoro notturno.*

### Sintomi

- Nel 90% dei casi la cefalea compare entro la 3<sup>a</sup> giornata dalla puntura durale. Molto raramente si manifesta più tardivamente, tra il 5° e il 14 giorno. Altrettanto raramente può comparire immediatamente dopo la puntura;
- la cefalea si risolve di solito spontaneamente nei 2-3 giorni successivi, e si prolunga raramente per periodi superiori ad una settimana;
- i sintomi classici sono:
  - ✓ cefalea frontale e/o occipitale con irradiazione al collo e alle spalle;
  - ✓ dolore esacerbato dai movimenti della testa e dall'assunzione della posizione eretta;
  - ✓ dolore attenuato e in posizione sdraiata;
  - ✓ non sempre presenti: nausea, vomito, perdita dell'udito, ronzii, vertigini, parestesie del cuoio capelluto e dolori degli arti superiori ed inferiori;
  - ✓ Estremamente rari: disturbi della visione, diplopia e cecità corticale.



In assenza di cefalea posturale, la diagnosi di puntura durale deve essere posta in dubbio e devono essere escluse innanzitutto eventuali altre patologie intracraniche o da rialzo pressorio, come nelle donne a rischio di eclampsia.

La cefalea post partum rappresenta una condizione abbastanza frequente, che colpisce circa il 40% delle partorienti. Cefalea aspecifica, muscolo-tensiva, da sinusite, emicrania, cefalea da farmaci impongono un'attenta valutazione diagnostica di tipo differenziale.







 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 26 di 33

## ALLEGATO 7

# RICHIESTA DI PARTOANALGESIA

Si richiede **PARTOANALGESIA** per la paziente: \_\_\_\_\_

Nata il: \_\_\_\_\_ gravida \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_ settimana di gestazione

Ha effettuato videat anestesiologico: si ☐ no ☐

### Notizie sulla gestazione e sul feto:

Travaglio attivo in corso da \_\_\_\_\_ ore Dilatazione: \_\_\_\_\_

Posizione testa: \_\_\_\_\_ Contrazioni: \_\_\_\_\_

Sofferenza fetale: NO ☐

SI ☐

→ ☐ liquido tinto

→ ☐ decelerazioni BCF

Accrescimento fetale: ☐ normale

☐ ritardato

☐ arresto

Oligo o polidramnios: ☐

Rottura membrane: ☐ da \_\_\_\_\_ ore

Segni di gestosi: ☐

Segni di preeclampsia: ☐



Stimolazione con Prostaglandina: ☐

Ossitocina in corso: ☐

Data     /     /     Ore: \_\_\_\_\_

Il Ginecologo, Dott.

\_\_\_\_\_

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 27 di 33

**ALLEGATO 8- MO 10 B - 11 B PRO 02**

## **ISTRUZIONI PER TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTOANALGESIA**

### **1. Controlli pre-intervento:**

- compilazione del cartellino di anestesia, verifica dell'avvenuta firma del consenso ad anestesia e del consenso a trasfusione;
- controllo del funzionamento della via periferica: se non ben funzionante, sostituzione (almeno 18 G con rubinetto a 3 vie);

### **2. Riduzione acidità gastrica e profilassi anti-nausea:**

- soluzione fisiologica 100 ml + **ranitidina** 2 fl (100 mg) oppure 50 mg e.v. in bolo;
- **citrato di Na** 30 ml per os ;
- eventualmente: **metoclopramide** 10 mg e.v. o similare;

### **3. Pre-riempimento:**

- 1000 ringer lattato da iniziare tempestivamente in sala travaglio e da continuare fino al momento dell'ingresso in sala operatoria;

### **4. Farmaci**

- **naropina 0,75%** (10-15 ml) a boli successivi, fino a blocco anestetico adeguato (t4-t6);
- se emergenza: **lidocaina 2%** a boli ripetuti da 5 ml;

### **5. Monitoraggio materno**

- controllo di sensibilità e motilità all'ingresso in sala operatoria;
- NIBP (ogni 1' prima dell'estrazione - ogni 3' dopo l'estrazione), ECG, SpO<sub>2</sub>;



### **6. Posizione sul letto operatorio**

- posizionamento supino della paziente con cuneo sotto il fianco destro e dislocamento dell'utero a sinistra;
- arti inferiori sollevati di  $\simeq 30^\circ$  mentre si instaura il blocco e tronco sollevato di  $\simeq 20^\circ$ ;

### **7. Correzione dell'ipotensione**

- Infusione di **efedrina** 1mg/minuto o efedrina a boli e.v.;
- Infusione di colloidali e cristalloidi

### **8. Inizio intervento: a blocco stabilizzato**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 28 di 33

**ALLEGATO 9- MO 10 B - 11 B PRO 02**



## ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO: QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA

*Le saremmo molto grati se potesse rispondere in modo dettagliato al seguente questionario.  
 Le informazioni raccolte sono da considerarsi riservate e saranno per noi di grande aiuto per poter continuamente migliorare la nostra attività. Qualora il questionario non venga ritirato dagli anestesisti, La preghiamo gentilmente di consegnarlo alle ostetriche al momento della dimissione.  
 Il questionario è anonimo.  
 Grazie*

Età	Stato civile	Nazionalità
Professione	Titolo studio	
Tipo di parto: <input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> strumentale <input type="checkbox"/> taglio cesareo urgente		

1. **Come giudica la sua esperienza di "parto indolore"?**
  - ☐ decisamente positiva
  - ☐ abbastanza soddisfacente
  - ☐ negativa
2. **L'analgesia epidurale durante il parto è stata all'altezza delle sue aspettative?**
  - ☐ sì
  - ☐ sì, ma solo in parte
  - ☐ no
 Perché?.....
3. **Aveva programmato in anticipo di effettuare l'analgesia in travaglio di parto?**
  - ☐ sì
  - ☐ no
4. **Se sì, cosa l'ha portata a questa decisione?**
  - ☐ informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto
  - ☐ letture o approfondimenti individuali
  - ☐ esperienza positiva di conoscenti e/o parenti
  - ☐ il colloquio preliminare con l'anestesista
  - ☐ altro (specificare).....
5. **Se non aveva programmato in anticipo l'epidurale in travaglio di parto, era però informata del fatto che presso l'ospedale S. Filippo Neri fosse possibile effettuare il parto in analgesia?**
  - ☐ sì
  - ☐ no
6. **Che cosa l'ha fatta poi decidere di effettuare l'analgesia epidurale?**
  - ☐ consiglio da parte dell'ostetrica o del ginecologo all'inizio del travaglio
  - ☐ dolore insopportabile
  - ☐ altro (specificare).....
7. **La procedura di posizionamento del catetere peridurale è stata:**
  - ☐ per niente dolorosa
  - ☐ abbastanza dolorosa
  - ☐ molto dolorosa
8. **L'assistenza che le è stata prestata durante il parto da parte dell'anestesista è stato all'altezza delle sue aspettative?**



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>10 B - 11 B PRO 02 Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 29 di 33</p>
<p>Procedura per la partoanalgesia</p>		

☐ sì                                      ☐ no                                      ☐ solo in parte  
 Perché?.....

**9. L'informazione sulla partoanalgesia fornita dal medico anestesista in sede di visita preliminare, è stata esauriente?**

☐ sì                                      ☐ no                                      ☐ solo in parte

**10. La partoanalgesia ha reso la sua esperienza del parto ugualmente completa ed appagante, oppure l'ha in qualche modo sminuita?**

☐ ugualmente partecipe                                      ☐ meno partecipe

**11. Durante la partoanalgesia ha potuto:**

☐ recarsi in bagno                                      ☐ mangiare e/o bere  
☐ dormire                                      ☐ muoversi liberamente

**12. Ha accusato malesseri oppure ha lamentato dolori dopo la partoanalgesia?**

☐ no  
☐ sì, malessere.....  
☐ sì, cefalea.....  
☐ sì, dolore alla schiena.....  
☐ sì, nausea e vomito.....  
☐ altro.....

**13. Se dovesse partorire nuovamente, richiederebbe ancora la partoanalgesia?**

☐ sì                                      ☐ no  
 Perché?.....

**14. Se ha giudicato positiva questa esperienza, la consiglierebbe ad amiche o/o parenti?**

☐ sì                                      ☐ no  
 Perché?.....

**15. Ha riscontrato problemi o difficoltà organizzative per la prenotazione della visita preliminare?**

☐ no                                      ☐ sì (specificare).....

**16. Le è stato facile ottenere le informazioni di carattere pratico da Lei richieste relativamente alla partoanalgesia (opuscolo informativo, sito internet, informazioni telefoniche)?**

☐ sì                                      ☐ no (specificare).....

Note e suggerimenti:



.....

.....

.....

.....

Data

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>10 B - 11 B PRO 02</b> Rev. n. 1 del 16/11/2019 Pag. 30 di 33

## ALLEGATO 10- MO 10 B - 11 B PRO 02

### GESTIONE DELLE COMPLICANZE IN CORSO DI PARTOANALGESIA

#### 1. Aspirazione di sangue

- È l'inconveniente più frequente (3-11%) durante l'esecuzione dell'analgesia epidurale;
- la fuoriuscita di sangue dall'ago impone la sua estrazione e la puntura in un altro spazio;
- la presenza di una minima quantità di sangue nel catetere epidurale che scompare con l'iniezione di qualche ml di soluzione fisiologica e non si ripresenta dopo 20-30 secondi deconnettendo la siringa dal catetere posto in posizione declive, non controindica la prosecuzione dell'epidurale;
- se è stato incannulato un vaso col catetere ed il reflusso di sangue si ripresenta dopo 2 tentativi di "lavaggio" con fisiologica, è necessario cambiare spazio;
- se anche alla puntura in uno spazio differente si dovesse ripetere l'aspirazione di sangue nel catetere epidurale, è prudente abbandonare la tecnica.

#### 2. Parestesie

- sono frequenti in corso di partoanalgesia, soprattutto al momento dell'inserimento del catetere nello spazio epidurale;
- sono solitamente percepite a livello sacrale e agli arti inferiori, si esauriscono rapidamente e non necessitano di alcun provvedimento;
- se persistenti e fastidiose, è opportuna la rimozione del catetere ed il suo posizionamento in un altro spazio.

#### 3. Ipotensione materna



Viene definita ipotensione un abbassamento della pressione arteriosa sistolica al di sotto dei 100 mm Hg o una riduzione del 20-30% della pressione sistolica media. Se non è riconducibile ad un effetto farmacologico collaterale della peridurale, la causa principale è la compressione della vena cava inferiore materna. Il trattamento prevede:

- dislocamento uterino: posizionamento sul fianco sinistro o con un cuscino sotto la natica destra;
- somministrazione di ossigeno in maschera;
- se possibile, posizionamento in Trendelenburg della gravida;
- infusione rapida di 500 ml di cristalloidi/colloidi;
- se persistente, Efedrina 25 mg in 10 ml di Fisiologica: boli di 2,5-5 mg (1-2 ml);
- attento monitoraggio cardiotocografico fetale;

#### 4. Variazioni del battito cardiaco fetale

Il 30% delle donne, entro 10-20 minuti dall'inizio di una epidurale, cioè quando avvertirà i benefici di questa procedura, potrà presentare alcune variazioni del battito fetale. Tali variazioni sono solitamente di breve durata (3-10 minuti) e del tutto benigne. Qualora si presentino alterazioni più gravi e persistenti del ritmo cardiaco (esempio bradicardia) dovrà essere ricercata una causa ostetrica.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	<b>I0 B - II B PRO 02</b> Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 31 di 33

## 5. Brivido

È una complicanza frequente (fino al 20%) ma benigna nelle donne in travaglio, che si manifesta più precocemente nelle donne con epidurale. La somministrazione di Fentanile (50γ) per via epidurale nella prima somministrazione contribuisce a prevenire questa complicanza.

## 6. Ritenzione urinaria

Un ritardo minzionale o una franca ritenzione urinaria può essere osservato dopo anestesia epidurale, quale effetto degli oppioidi somministrati, anche a basse dosi, per via intratecale o epidurale, non è solitamente necessario alcun provvedimento.

## 7. Tossicità cardiovascolare e/o neurologica da anestetici locali

Questo tipo di complicanza è dovuta ad una iniezione endovenosa accidentale di anestetico locale e all'errata esecuzione del blocco. In una paziente sveglia e non sedata, i primi segni di tossicità sul SNC consistono in una sonnolenza progressiva, pesantezza alla testa, turbe dell'equilibrio, percezione di sapore metallico, turbe psichiche, parestesie buccali e linguali. Onde evitare questa complicanza è opportuno:

- Il preventivo posizionamento di ago-cannula in vena prima di iniziare qualsiasi blocco;
- avere a immediata disposizione farmaci e presidi per la rianimazione cardio-polmonare;
- aspirare prima di iniettare qualunque farmaco, ogni qual volta si inserisca un ago o un catetere, per accertarsi di non aver punto inavvertitamente un vaso sanguigno;



I provvedimenti da adottare alla comparsa dei sintomi consistono in:

- *interruzione dell'iniezione di anestetico locale;*
- *valutazione della presenza o meno di segni di blocco;*
- *se la sintomatologia è minima è comunque prudente abbandonare la tecnica, somministrare ossigeno e sostenere le funzioni vitali;*
- *in caso di convulsioni o perdita di coscienza è ovvio il ricorso alla rianimazione cardiopolmonare;*
- *eventuale taglio cesareo.*
- *Per l'arresto cardiaco da anestetici locali vedi il protocollo Aziendale "Sicurezza in Anestesia Locoregionale"*

## 8. Blocco epidurale insoddisfacente

### a) Analgesia incompleta

- L'utilizzo di soluzioni molto diluite di anestetico locale, può essere insufficiente a bloccare le fibre sacrali;
- non è opportuna la somministrazione di una seconda dose a breve distanza, ma può essere utile aggiungere 50 γ di Fentanile all'anestetico locale;
- se compare dopo un primo momento di buona analgesia, può essere un campanello d'allarme circa l'assunzione di una posizione anomala da parte del feto.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 32 di 33

#### **b) Analgesia monolaterale**

- È dovuta ad errato posizionamento del catetere, che deve essere ritirato di 1-2 cm con somministrazione di una dose supplementare di anestetico locale a maggiore concentrazione, posizionando la donna gravida sul fianco “scoperto” dall’analgesia;
- qualora non sufficiente, può essere indicato un nuovo posizionamento del catetere.

#### **c) Altre cause:**

- Dislocazione iniziale e/o migrazione e/o insufficiente lunghezza di inserimento del catetere;
- obesità con BMI > 30, donne molto basse e/o alte, durata del travaglio oltre le 6 ore, disturbi muscolo-scheletrici precedenti l’analgesia epidurale.

### **9. Spinale totale**

L’impiego sistematico della dose test, l’aspirazione prima di ogni iniezione di anestetico locale, la somministrazione lenta e a dosi frazionate della dose totale di anestetico locale può evitare l’insorgenza di questa complicanza. Qualora, tuttavia, si verificasse sono opportuni:

- *un’attenta e scrupolosa sorveglianza della gravida con monitoraggio delle funzioni vitali;*
- *dislocazione uterino e somministrazione di ossigeno;*
- *attento monitoraggio cardiocografico continuo;*
- *reintegro volemico con colloid 500 ml e.v. rapidi;*
- *Efedrina 25 mg in 10 ml di Fisiologica: boli di 2,5-5 mg (1-2 ml) fino a correzione dell’ipotensione;*
- *assistenza respiratoria fino all’intubazione oro tracheale;*
- *eventuale taglio cesareo.*

In caso di cateterizzazione dello spazio subaracnoideo con il catetere epidurale è opportuno:

- inserire e lasciare il catetere nello spazio subaracnoideo per circa 2-3 cm;
- gestire il parto in analgesia subaracnoidea;
- lasciare il catetere nello spazio subaracnoideo per 24-36 ore (in condizioni di meticolosa asepsi), in quanto riduce l’incidenza e/o la gravità della cefalea post puntura durale.

La rimozione dell’ago o del catetere ed il successivo riposizionamento dello stesso in altro spazio può comportare un possibile passaggio di analgesico, in quantità non valutabile, dallo spazio epidurale a quello subaracnoideo e sarebbe pertanto da evitare.



La rimozione dell’ago o del catetere dallo spazio epidurale, con abbandono della tecnica richiede poi il successivo trattamento della cefalea post puntura durale, come da *Allegato 5*.

### **10. Lombalgia post-partum**

Il dolore a livello della regione lombare o sacroiliaca colpisce oltre il 50% delle pazienti a termine di gravidanza, soprattutto nelle pluripare o nelle donne con anamnesi positiva prima della gravidanza.

Come ampiamente dimostrato dalla letteratura, l’epidurale in travaglio di parto non causa né aggrava un eventuale dolore lombare preesistente.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Area Interdipartimentale Anestesiologica ASL Roma I	 REGIONE LAZIO
	Procedura per la partoanalgesia	IO B - II B PRO 02 Rev. n. I del 16/11/2019 Pag. 33 di 33

- La comparsa, nel post-partum, di un dolore limitato alla sede della puntura, di durata inferiore a 3-4 giorni, può essere attribuito a ripetuti tentativi nel reperimento dello spazio epidurale, soprattutto in donne in cui l'identificazione dei reperi sia risultata difficile.
- Una lombalgia di durata superiore alle 6 settimane deve essere ricondotta a cause differenti, quali ernia del disco, flogosi dell'articolazione sacroiliaca, etc.
- In caso di prolungato blocco motorio dovuto ad analgesia epidurale, una lombalgia prolungata in assenza di anamnesi positiva, potrebbe essere correlata all'assunzione di posture materne anomale ed eccessive sollecitazioni sulle vertebre e sui legamenti sacroiliaci in corso di travaglio.

## 11. Lesioni neurologiche

Qualunque segnalazione relativa a sospetti deficit neurologici dopo un parto in epidurale deve essere prese in seria considerazione e prontamente valutata. Nella maggior parte dei casi le eventuali complicanze neurologiche non sono correlate all'analgesia epidurale, ma sono riconducibili a cause ostetriche, quali compressione da parte della testa del feto su strutture nervose pelviche, delle arterie nutritive spinali della pelvi o da posizione litotimica eccessiva.

Dal punto di vista clinico si possono spesso riscontrare una debolezza transitoria di uno o entrambi gli arti inferiori o l'intorpidimento lungo il decorso di una singola radice nervosa (cutaneo-laterale della coscia, l'otturatore, il femorale e il peroneo comune).

È sempre indicata una valutazione neurologica specialistica, anche se i sintomi recedono spontaneamente dopo alcuni giorni o settimane.