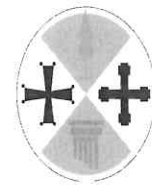




**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
*Reggio Calabria*



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

## LINEE GUIDA E PROCEDURE PER PARTO IN ANALGESIA



S ERVIZIO  
S ANITARIO  
R EGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

## Indice

|   |    |
|---|----|
| Obiettivo e campo di applicazione .....   | 3  |
| Settori e personale coinvolto.....  | 3  |
| Terminologia e abbreviazioni.....   | 3  |
| Responsabilità e autorità .....   | 3  |
| Descrizione delle attività e diagramma di flusso .....  | 4  |
| Diagramma di flusso .....   | 8  |
| Allegati .....  | 9  |
| Materiali, dispositivi e attrezzature .....   | 9  |
| Modalità e fasi di applicazione .....   | 9  |
| Verifica di applicazione: indicatori, tempistica di valutazione e registrazione.....                                | 9  |
| Rintracciabilità e custodia.....  | 10 |
| Criteri e tempistica delle revisioni .....  | 10 |
| Riferimenti legislativi e bibliografici.....  | 11 |
| AII. 1 CARTELLA DI PARTOANALGESIA.....  | 12 |
| AII. 2 CONSENSO ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO .....   | 14 |
| AII. 3 INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTOANALGESIA .....  | 15 |
| AII. 4 ROTOCOLLO PER PARTOANALGESIA.....  | 16 |
| AII. 5 SORVEGLIANZA E GESTIONE DELLA LESIONE ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE E DELLA CEFALEA POST PUNTURA DURALE ..... | 20 |
| AII. 6 SCHEDA DI SORVEGLIANZA CEFALEA POST PUNTURA DURALE.....  | 21 |
| AII. 7 RICHIESTA DI PARTOANALGESIA .....  | 22 |
| AII. 8 PROCEDURA PER TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTOANALGESIA.....   | 23 |
| AII. 9 QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO.....                         | 24 |

## Obiettivo e campo di applicazione

Obiettivo della procedura è la definizione del percorso della donna gravida che richiede partoanalgesia, il ruolo degli operatori sanitari coinvolti e i protocolli attuativi della stessa partoanalgesia, garantendo omogeneità di comportamenti fra i membri dell'equipe per salvaguardare la sicurezza della paziente e la qualità dell'intervento.

Vengono inoltre definiti nella procedura alcuni indicatori, ai fini delle valutazioni di qualità, efficacia e sicurezza, in modo da poter raccogliere dati specifici di attività, monitorando l'applicazione della procedura, in linea con quanto predisposto dal Ministero della Salute.

## Settori e personale coinvolto

- ✓ Personale afferente al Dipartimento materno-infantile del G.O.M.
- ✓ Pazienti gravide con indicazione a partoanalgesia

## Terminologia e abbreviazioni

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

## Responsabilità e autorità

Nello svolgimento delle attività previste da questa procedura si identificano le seguenti responsabilità:

| Attività                       | Figure responsabili | Medico Anestesista | Ostetrica | Medico Ginecologo | Infermiere |
|--------------------------------|---------------------|--------------------|-----------|-------------------|------------|
| Visita ambulatoriale           |                     | R                  | I         | I                 |            |
| Ricovero                       |                     |                    | C         | R                 |            |
| Esecuzione partoanalgesia      |                     | R                  | C         |                   | C          |
| Monitoraggio benessere materno |                     | R                  | R         | R                 | R          |
| Monitoraggio benessere fetale  |                     |                    | R         | R                 |            |
| Rimozione catetere             |                     | R                  | C         |                   | C          |

Legenda delle relazioni:

R= Responsabilità generale dell'espletamento della fase    C= Collaborazione alla realizzazione della fase    I= Informazione

## Descrizione delle attività e diagramma di flusso

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.

### a. Visita ambulatoriale

Tutte le donne gravide che desiderano richiedere la partoanalgesia al momento del travaglio devono essere sottoposte anticipatamente a visita anestesiologicala in ambulatorio. Nel caso di gravidanza fisiologica la visita andrà effettuata dopo la 34<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 viene effettuata presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) e la prestazione viene erogata in regime ambulatoriale presso l'ambulatorio di anestesia, previo pagamento del corrispondente ticket. La visita prevede, oltre ad un colloquio informativo, anche la compilazione della cartella 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 rilasciata copia del referto della visita 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. Al momento del ricovero, in corso di travaglio, la cartella di partoanalgesia viene allegata alla cartella clinica della donna, dal ginecologo di turno, che la consegna all'anestesista che prende visione del referto e delle prescrizioni in esso contenute.

### b. 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 che desiderano ricevere informazioni sulla partoanalgesia possono consultare la brochure informativa distribuita presso gli ambulatori del Dipartimento materno-infantile ed il reparto di ostetricia e ginecologia. Ulteriori informazioni vengono fornite ai corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati sia presso il Dipartimento materno-infantile, sia dai consultori familiari in collaborazione con le équipes ospedaliere, finalizzati a garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

### c. Partoanalgesia

E' presente una guardia anestesiologicala dedicata al Dipartimento materno-infantile dalle ore 08:00 alle ore 20:00, una reperibilità notturna dalle ore 20:00 alle ore 08:00, e festiva h24.

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

I responsabili della procedura clinica ostetrico-ginecologica per tutta la durata del travaglio e del parto sono, in relazione alle proprie competenze, l'Ostetrico-Ginecologo e l'Ostetrica. Questi possono avvalersi, ove lo reputino necessario, 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 lo richiedano e per cui non sussistano controindicazioni.

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

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

Nel nostro ospedale la tecnica di analgesia più frequentemente utilizzata è l'analgia epidurale. 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'analgia con tecniche alternative.

La donna deve essere sottoposta preventivamente a visita anestesiologicala; in quella sede le viene fornita ogni informazione sulla procedura; prima dell'inizio della stessa la donna dovrà sottoscrivere il relativo consenso informato. Al momento del ricovero l'ostetrica controlla se la donna ha eseguito la visita in ambulatorio, inserisce nella cartella clinica la documentazione rilasciata e pre-allerta l'anestesista di guardia.

All'inizio della fase attiva del travaglio, l'ostetrica avvisa il ginecologo di guardia che compila il modulo di richiesta per partoanalgesia (ALLEGATO 7) e lo inoltra all'anestesista di guardia. Qualora la donna non abbia effettuato la visita anestesiologicala, ma faccia comunque richiesta di partoanalgesia, l'ostetrica contatterà, previo assenso del medico ginecologo, l'anestesista di guardia, in modo che l'eventuale valutazione anestesiologicala venga effettuata prima dell'inizio della fase attiva del travaglio.

Non verranno effettuate partoanalgesie qualora la richiesta della donna sia avanzata in fase attiva di travaglio e non sia stata eseguita la visita anestesiologicala preliminare. L'ostetrica avviserà comunque l'anestesista di guardia circa la richiesta della paziente. 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.

Ricevuta la richiesta di partoanalgesia, l'anestesista di guardia è tenuto ad iniziare la procedura al più presto, a meno di altre urgenze in atto, che potrebbero ritardare il posizionamento del catetere epidurale e l'inizio della partoanalgesia.

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

di guardia.

Durante l'esecuzione della partoanalgesia l'anestesista si avvale della collaborazione del personale ostetrico ed infermieristico, che provvederà alla preparazione della donna e al monitoraggio materno e fetale secondo il protocollo di partoanalgesia presentato (ALLEGATO 4).

La partoanalgesia deve venire registrata sulla scheda SDO.

Per la procedura di posizionamento del catetere peridurale viene utilizzato il materiale contenuto nello spazio anestesilogico dedicato nel carrello presente in sala parto ed i monitor materno (monitor multiparametrico) e fetale (cardiotocografo) posizionati nelle sale travaglio. Il controllo del materiale del carrello è a carico dell'infermiere di turno presso la sala parto.

d. **Complicanze, gestione lesione accidentale dura madre**

Prima di iniziare la partoanalgesia è compito dell'anestesista accertarsi di avere a disposizione tutto il materiale necessario alla gestione delle possibili complicanze. 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 (ALLEGATO 6).

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".

e. **Rimozione catetere peridurale**

La rimozione del catetere peridurale verrà eseguita dall'anestesista dopo l'espletamento del secondamento e la sutura dell'episiotomia e comunque non oltre le 6 ore, 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), segnalare 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.

Contattare l'anestesista esecutore della procedura o in sua assenza l'anestesista di guardia qualora per qualsiasi motivo si sospettasse la presenza di ematomi o di altre lesioni occupanti spazio a livello peri-midollare dovrà essere intrapreso l'opportuno percorso diagnostico, compresa RMN.

f. **Gestione del travaglio in donne sottoposte a partoanalgesia**





SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Nelle donne sottoposte a parto analgesia è opportuna una gestione attiva del travaglio.

- Idratazione ed alimentazione

Iniziare un'idratazione endovenosa prima di eseguire la partoanalgesia (almeno 500 ml di soluzione elettrolitica), che l'anestesista provvederà a prescrivere in cartella. 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.

- Mobilizzazione

Le gravide sottoposte ad analgesia loco regionale dovrebbero essere incoraggiate a muoversi e ad assumere le posizioni più comode durante il travaglio. L'analgesia loco regionale non preclude la deambulazione, dopo che l'anestesista ha verificato la capacità di deambulare e di mantenere l'equilibrio della donna (ALLEGATO 4).

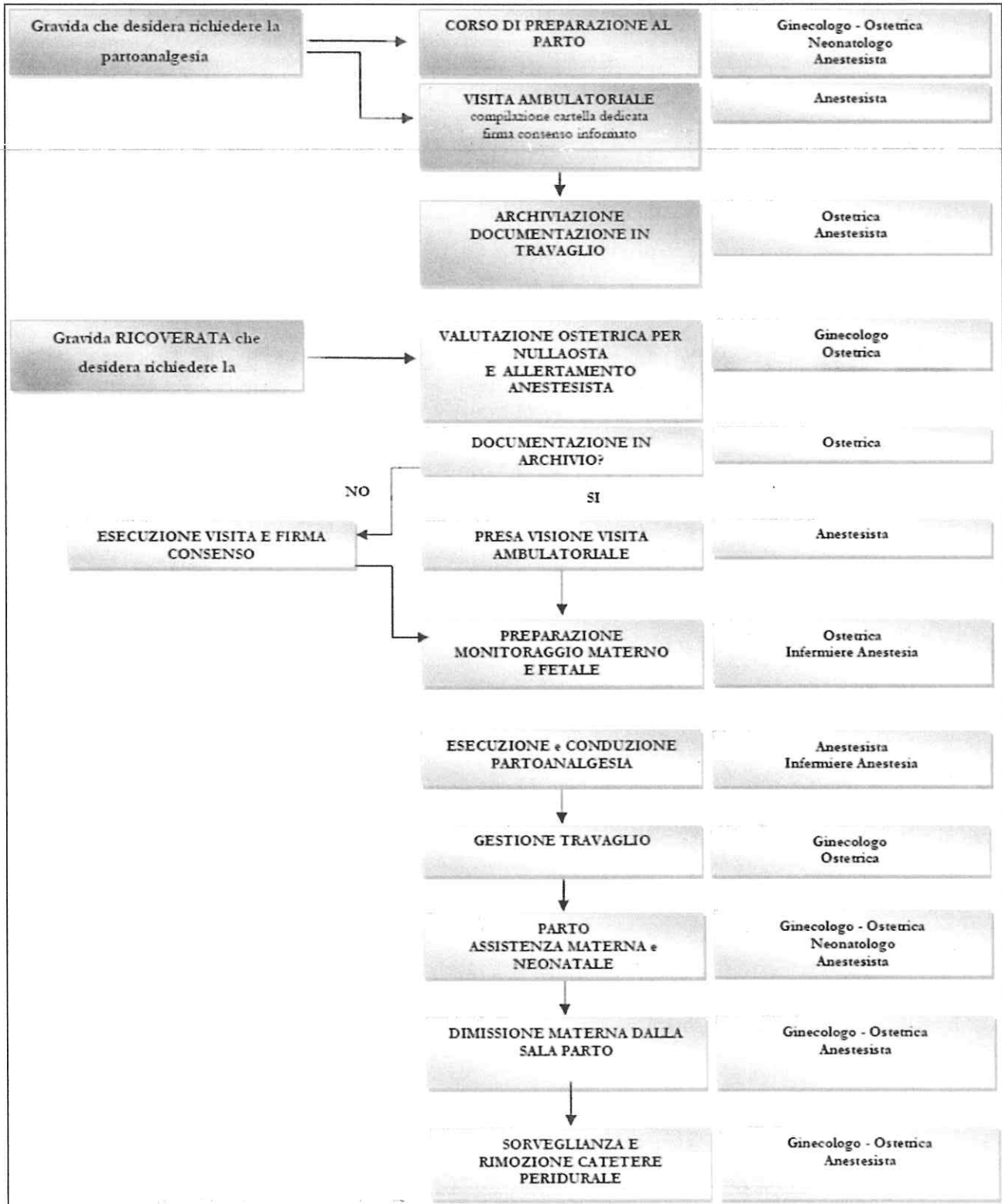
- Gestione della seconda fase del travaglio e del parto

Al raggiungimento della dilatazione completa, i dosaggi dei farmaci normalmente utilizzati non sono in grado di abolire il riflesso di spinta.

L'anestesista di guardia deve essere presente al momento del parto ed è responsabile della condotta anestesologica e del monitoraggio materno fino all'uscita della puerpera dalla sala parto. Dopo l'espletamento del parto, il catetere peridurale può essere utilizzato dall'anestesista per garantire un'adeguata copertura antalgica in corso di episioraffia o di 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 prima della dimissione.

## Diagramma di flusso





## 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: *Protocollo di partoanalgesia*

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*

## Materiali, dispositivi e attrezzature

Per la procedura di posizionamento del catetere peridurale viene utilizzato il materiale contenuto nello spazio anestesilogico dedicato nel carrello presente in sala parto (siringhe, kit per epidurale, cerotti, garze, disinfettante, farmaci) i monitor materno (monitor multiparametrico) e fetale (cardiotocografo) posizionati nelle sale travaglio. In caso di necessità sono a disposizione nel blocco parto un defibrillatore ed un respiratore automatico.

## Modalità e fasi di applicazione

La procedura è immediatamente applicata alla diffusione della stessa tramite notifica ai destinatari, e pubblicazione sul sito all'Albo "procedure organizzative"

## Verifica di applicazione: indicatori, tempistica di valutazione e registrazione

La verifica continua della corretta applicazione della procedura viene effettuata dal personale medico, ostetrico e infermieristico afferente alle U.O. coinvolte. Ciascun Responsabile di UO coinvolta provvederà all'analisi e confronto per il superamento delle eventuali criticità rilevate, evidenziando eventuali problematiche non risolte circa la corretta applicazione del protocollo alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero (DSP). Il referente della partoanalgesia avrà cura di monitorare semestralmente gli indicatori individuati, producendo una relazione semestrale che li analizza, indirizzata ai responsabili delle UO coinvolte e alla DSP, al fine di avviare una valutazione congiunta per una ottimizzazione continua della procedura stessa. Gli indicatori oggetto di monitoraggio saranno:

- percentuale 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;
- percentuale di complicanze legate alle tecniche usate sul totale delle procedure eseguite;
- percentuale di cesarei su gravide sottoposte a partoanalgesia in rapporto a gravide non sottoposte a tale procedure

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.

### **Rintracciabilità e custodia**

La procedura è conservata presso le U.O. interessate e si trova consultabile e stampabile sul sito intranet, all'“Albo delle procedure organizzative”.

### **Criteri e tempistica delle revisioni**

Le revisioni della procedura saranno effettuate dalle U.O. coinvolte e proposte per la validazione alla D.S.A. in caso di modifica della legislazione o a seguito di modifiche dell'organizzazione ospedaliera.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

## Riferimenti legislativi e bibliografici

1. SNLG-ISS Linea guida 19 "Taglio cesareo: una scelta appropriate e consapevole" Pubblicato gennaio 2012
2. 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
3. Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) – Information for Mothers [www.oaa-anaes.ac.uk](http://www.oaa-anaes.ac.uk)
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists Anesthesia for emergency deliveries. ACOG committee opinion no. 104. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992.
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. Parpaglion 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, Vandenberghe 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. Parpaglion R, et al. Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor. Anesthesiology 2005; 103 (6): 1233-37.

All. 1

**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 /    |
| Parti operativi: No             |              | Si              |               | Ventosa             | Cesareo |
| Valutazione colonna vertebrale: |              |                 |               |                     |         |
| .....                           |              |                 |               |                     |         |

**ANAMNESI OSTETRICO-ANESTESIOLOGICA**

|   |  |
|---|--|
| Andamento gravidanza e patologie associate:<br>Ipertensione    Diabete    Coagulopatie    altro |  |
| Farmaci assunti:  |  |
| Allergie no    :  |  |
| Precedenti interventi chirurgici:   |  |
| Patologie d'interesse anestesio logico:   |  |
| Esami ed ECG:   |  |
| ASA   | E' possibile effettuare epidurale?    SI    NO |
| Timbro e Firma dell'anestesista rianimatore   |  |



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

### PARTOANALGESIA

|                     |       |                              |       |                                |                   |                |       |
|---------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| Data:               |       | Ora posizionamento catetere: |       |                                | Anestesista:      |                |       |
| Tecnica:            |       | epidurale                    |       | spinale                        |                   | combinata      |       |
| Posizione paziente: |       | seduta                       |       | laterale dx                    |                   | laterale sn    |       |
| Interspazio:        |       | L1-L2                        | L2-L3 | L3-L4                          | L4-L5             | L5-S1          |       |
| Approccio:          |       | mediano                      |       | paramediano dx                 |                   | paramediano sn |       |
| Mandrino:           |       | gassoso                      |       |                                | liquido           |                |       |
| Ago:                |       | Tuohy G 16 18                |       | .....                          | catetere: G 18 20 |                |       |
| Spazio epidurale:   |       | a.....cm dalla cute          |       | catetere inserito per: .....cm |                   |                |       |
| Dose test:          |       | SI NO                        |       | farmaco:.....quantità:.....    |                   |                |       |
|                     | h.    | h.                           | h.    | h.                             | h.                | h.             | h.    |
| Dilatazione         |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Livello Testa*      |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Posiz. Testa*       |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Farmaco(conc/vol)   |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| PA/Fc madre         |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Battito fetale      |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| NRS (scala dolore)  |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Scala Bromage       |       |                              |       |                                |                   |                |       |
| Ossitocina          | SI NO | SI NO                        | SI NO | SI NO                          | SI NO             | SI NO          | SI NO |

Legenda: Livello testa: -3, -2, -1, 0, +1, +2      Posiz. Testa: post/centrale, anteriore.

Scala di Bromage: 0= Nessun blocco Flessione completa di ginocchia e piedi, solleva l'arto esteso. 1= Blocco parziale muove appena le ginocchia e i piedi, non solleva l'arto ma flette. 2 =Blocco quasi completo muove solo i piedi in lieve estensione, non flette. 3= Blocco completo non muove ne ginocchia ne piedi.

|                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| Ora parto:                         | Fisiologico: SI NO                              | Strumentale: forcipe      ventosa |
| Episiotomia: SI NO                 | Sutura episiotomia: farmaco:.....quantità:..... |                                   |
| Complicanze materne:               |   |                                   |
| APGAR:..... Complicanze neonatali: |   |                                   |
| Note:                              |   |                                   |



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Rimozione catetere: data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ore: \_\_\_ Firma anestesista: \_\_\_\_\_

## All. 2 CONSENSO ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stata esaurientemente informata sugli scopi e sulle modalità dell'analgesia per il parto dal medico anestesista dott. \_\_\_\_\_

In particolare sono stata informata che questa procedura verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci attraverso un catetere epidurale oppure con una puntura sub-aracnoidea, e che tali metodiche consentono di espletare il parto riducendone il dolore.

Sono stata informata che l'analgesia per il parto è una tecnica sicura e ben sperimentata; tuttavia, come per tutte le procedure mediche non è esente da complicanze nonostante venga attuata con perizia, diligenza e prudenza; le eventuali complicanze possono comprendere la cefalea transitoria, l'irritazione nervosa fino al danno spinale, l'ematoma epidurale.

Mi è stato spiegato che si tratta di una metodica efficace nel controllo del dolore da parto, e che in alcuni casi la sua esecuzione può risultare tecnicamente difficile (o impossibile) oppure esitare in un risultato incompleto (analgesia parziale).

Sono inoltre a conoscenza del fatto che durante il parto in analgesia possa rendersi necessario, come del resto in qualsiasi parto, il ricorso al taglio cesareo.

Accetto che il medico Anestesista e/o il medico Ginecologo responsabile della Sala Parto decidano, in qualsiasi momento se ritenuto opportuno sulla base di considerazioni cliniche e/o organizzative, la sospensione dell'analgesia o la modifica della tecnica concordata; di questo verrò adeguatamente informata in tempo reale. Potrò in ogni momento chiedere l'interruzione dell'analgesia, per quanto tecnicamente possibile, senza pregiudicare il buon rapporto con i medici curanti.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e dichiaro di aver avuto informazioni e risposte esaurienti alle mie domande. Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, compreso quanto sopra sinteticamente riportato,

richiedo ed accetto

non accetto

di essere sottoposta al trattamento di parto-analgesia descrittomi.

Reggio Calabria \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma della Gestante \_\_\_\_\_

Firma del Medico Anestesista \_\_\_\_\_



Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

Firma dell'interprete

---

### AII. 3                    **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 6-12 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
- Epatopatie virali indotte alla gravidanza non compensate
- 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
- Stato settico
- Esiti di meningo-encefaliti insorte da meno di un anno
- Ipovolemia non corretta
- Aumento della pressione intracranica

#### **Controindicazioni relative**

- Sclerosi multiple
- SLA
- Esiti poliomeliti
- Esiti di meningo-encefaliti insorte da > di un anno
- Miastenia
- Distrofia muscolare
- Interventi sulla colonna vertebrale
- cifoscoliosi

#### **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, assetto della coagulazione;
- 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.

All. 4

## **PROTOCOLLO PER PARTOANALGESIA**

### **MONITORAGGIO**

- monitoraggio materno ad intervalli prestabiliti (ogni 10' per i primi 30' dall'inizio e dopo ogni
- bolo, poi ogni 60') o NIBP, ECG, saturimetria;
- valutare ogni ora il livello analgesia (VAS - NRS);
- blocco motorio (scala di Bromage modificata estesa);
- dopo 4-6 ore controllare temperatura materna;
- monitoraggio fetale continuo durante il posizionamento e i primi 30 min dall'inizio
- dell'analgesia loco regionale, poi secondo giudizio ostetrico;
- dopo 45-60 min circa 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)*
  - ✓ *non c'è ipotensione ortostatica (attendere 10 min seduta sul letto)*
  - ✓ *non sono presenti deficit di equilibrio (test di Romberg)*

### **IDRATAZIONE**

Prima dell'inizio della procedura deve essere preventivamente posizionata l'ago cannula. 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 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).

### **TECNICA**

- Con l'assistenza dell'ostetrica e dell'infermiera far posizionare la donna seduta o in decubi-to laterale;

- utilizzare il materiale contenuto nel carrello dedicato con il supporto dell'infermiere-re professionale;
- indossare e far indossare a tutto il personale coinvolto nella procedura cappellino e mascherina chirurgica, lavare le mani prima della procedura e mantenere asepsi durante il posizionamento e la medicazione del catetere;
- lo spazio peridurale va identificato con la tecnica della perdita di resistenza con mandrino liquido o gassoso;
- il catetere peridurale va inserito nello spazio epidurale per circa 3 cm;
- il catetere viene rimosso previa valutazione della regressione del blocco sensitivo motorio, di eventuali segni di sanguinamento, dolenzia o infiammazione che andranno opportunamente indagati nelle 6 ore successive.

| All. 4 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<br>Fentanyl 50 µg  | 5-10           | ✓ Ropivacaina 0.10%<br>✓ L-bupivacaina 0,0625 %      | 10-20<br>10-20 |
| 3-5                                    | -1              | ✓ Ropivacaina 0.10%<br>✓ L-bupivacaina 0.0625 % +<br>15-20<br>Fentanyl 50 µg oppure<br>Sufentanyl 10 µg                   |                | ✓ Ropivacaina 0.15-0.2 %<br>✓ L-bupivacaina 0.0625 % | 15-20          |
| 3                                      | -2 / -1         | Inf. continua L-bupivacaina 0.0625 % + Sufentanyl 0.5 µg /ml a 10 ml/ora<br>Bolo da 10 ml. <i>Lock out time</i> : 30 min. |                |  |                |
| >6                                     |                 | ✓ Ropivacaina 0.15%<br>✓ L-bupivacaina 0.1-0.125%   | 15-20<br>10-15 | ✓ Ropivacaina 0.20%<br>✓ L-bupivacaina 0.125%        | 10<br>10-20    |
| completa                               | -1 / 0          | ✓ Ropivacaina 0.20%<br>✓ L-bupivacaina 0.125%   | 10-15<br>12-15 |  |                |
| episiorragia                           |                 | ✓ Lidocaina/mepivacaina 1-2%<br>✓ L-bupivacaina 0,25-0,5%   | 5-10           |  |                |

In caso di infusione continua, l'anestesista è comunque tenuto a controllare lo stato clinico della paziente ad intervalli di 1-1.30 ore.

Nella donna secondi gravida o multipara è possibile iniziare la partoanalgesia con percentuali più alte di anestetico locale fin dalle fasi iniziali (Ropivacaina 0.20% o L-bupivacaina 0.125%).

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.

|   |   |
|---|---|
| All. 4  | FARMACI PER ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE |
| Bupivacaina o L-bupivacaina 1-1.5 mg + Fentanyl 10-15 $\mu$ (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.

| FARMACI per ANALGESIA SPINALE |                 |   |          |                                  |          |
|-------------------------------|-----------------|---|----------|----------------------------------|----------|
| Dilatazione (cm)              | Posizione testa | dose iniziale (farmaco e dose)  | Vol (ml) | dose successiva (farmaco e dose) | Vol (ml) |
| >6-7                          |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ sufentanyl 2,5-5 <math>\mu</math>g</li> <li>✓ fentanyl 15 <math>\mu</math>g (0,3)ml</li> <li>✓ L-bupivacaina 0.5 % 1.5-2,5 mg</li> </ul> | 4-5 ml   | /                                | /        |

## AII.5    **SORVEGLIANZA E 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;
- 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 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 e spiegare l'atteggiamento da tenere per le 48 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 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;
- mantenere idratazione per os, non serve utilizzare liquidi ev;
- analgesici per 5 giorni:
  - ✓ *ibuprofene 600 mg x os - 3 /die*
  - ✓ *paracetamolo 1 bustina x os 3 /die*
  - ✓ oppure *paracetamolo 1 g ev 3 /die*
- protettore gastrico fino alla dimissione;
- considerare tromboprolifassi con LMWH fino alla dimissione, a partire da 6 ore dopo la rimozione del catetere peridurale, se allattamento superiore a 7 giorni





All. 6

**SCHEDA DI SORVEGLIANZA CEFALEA POST PUNTURA DURALE**

|               |               |                 |
|---------------|---------------|-----------------|
| Cognome       | Nome          | Data di nascita |
| Data parto    | Ora parto     |                 |
| Anestesista 1 | Anestesista 2 |                 |

Cerchiare tutte le informazioni appropriate:

**EPIDURALE:**

- ✓ **Posizione:**          seduta                      fianco                      Livello vertebrale: \_\_\_\_\_
- ✓ **Mandrino:**          liquido                      gassoso
- ✓ **Puntura durale con:**          ago                      catetere                      non so
- ✓ **Riconoscimento puntura durale:**                      mentre eseguivo la procedura  
come risposta "spinale" alla dose test / ai boli  
come cefalea insorta dopo il parto
- ✓ **Trattamento immediato:**          posizionato catetere epidurale nello spazio sopra o sotto  
catetere in spazio sub aracnoideo (rimosso in DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_);  
nessuno, procedura abbandonata;  
non riconosciuto al momento del posizionamento;

**TIPO DI PARTO:**          vaginale spontaneo                      vaginale strumentale                      cesareo

**TRATTAMENTO POST-PARTUM:**

- ✓ **riposo a letto supina:**          SI                      NO                      numero di giorni .....
- ✓ **analgesici:**                      FANS/paracetamolo:          SI                      NO                      numero di giorni .....
- Paracetamolo                      SI                      NO                      numero di giorni .....
- ✓ **blood patch:**                      SI                      NO                      in che giorno .....

| GG dopo la puntura durale | 0   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                           | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| Cefalea                   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Dolore cervicale          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Fotofobia                 |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Diplopia                  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Temperatura               |     |     |     |     |     |     |     |     |

Indicare il punteggio per ogni giorno: 0= niente; 1= lieve; 2= moderato; 3= forte

Data dimissione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anestesista che esegue ultima consulenza: \_\_\_\_\_



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

AII. 7

## RICHIESTA DI PARTOANALGESIA

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

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

Ha effettuato videat anestesiológico: 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.

\_\_\_\_\_

## All. 8 PROCEDURA PER TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTO ANALGESIA

### 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. Pre-riempimento:

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

### 3. 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;
- **levobupivacaina 0,5%** 10-15 ml.

### 4. 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>;

### 5. Posizione sul letto operatorio

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

### 6. Correzione dell'ipotensione

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

### 7. Inizio intervento: a blocco stabilizzato

## All. 9 QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

*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.*

*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'analgisia 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).....



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

5. Se non aveva programmato in anticipo l'epidurale in travaglio di parto, era però informata del fatto che presso l'ospedale di Reggio Calabria fosse possibile effettuare il partoin analgesia?

- si  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?

- si  no  solo in parte

Perché?.....

9. L'assistenza che le è stata prestata durante il parto da parte del ginecologo è stato all'altezza delle sue aspettative?

- si  no  solo in parte

Perché?.....

10. L'assistenza che le è stata prestata durante il parto da parte dell'ostetrica è stato all'altezza delle sue aspettative?

- si  no  solo in parte

Perché?.....

11. L'assistenza che le è stata prestata durante il parto da parte del personale infermieristico è stato all'altezza delle sue aspettative?

- si  no  solo in parte

Perché?.....

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

- si  no  solo in parte

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

- ugualmente partecipe  meno partecipe

14. Durante la partoanalgesia ha potuto:

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

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

- no  
 si, malessere.....  
 si, cefalea.....  
 si, dolore alla schiena.....  
 si, nausea e vomito.....  
 altro.....

16. Se dovesse partorire nuovamente, richiederebbe ancora la partoanalgesia?

- si  no  
Perché?.....

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

- si  no  
Perché?.....

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

- no  si (specificare).....

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

- si  no (specificare).....

Note/suggerimenti:.....  
.....  
.....  
.....





**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi Melacrino Morelli"**  
*Reggio Calabria*



**REGIONE CALABRIA**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Partorire in analgesia

una scelta informata  
e consapevole



Brouchure informativa sulla partoanalgesia

Gent.ma, troverà in questo opuscolo alcune informazioni che le potranno essere utili

### **Dolore al parto**

Per molte donne il parto rappresenta una delle esperienze più dolorose della vita, che assorbe molte energie, limitando la possibilità di una partecipazione più attiva e serena all'evento. Per arrivare al parto la donna affronta tre diverse fasi (*dilatazione, espulsione e secondamento*) in cui il dolore è percepito in modo differente e che può essere alleviato attraverso svariate tecniche, farmacologiche e non.

Tra le tecniche non farmacologiche ci sono l'assistenza ostetrica one-to-one, il sostegno emotivo, l'immersione in acqua, tecniche complementari a quelle farmacologiche. Inoltre durante i corsi preparto vengono spiegati esercizi di rilassamento e di respirazione che portano a vedere nelle contrazioni il significato positivo per la nascita e non la sofferenza legata al dolore.

### **Quali sono i mezzi farmacologici di cui la donna può usufruire per il controllo del dolore?**

I sistemi farmacologici sono:

- analgesia peridurale o combinata spino-peridurale
- la respirazione di una miscela di ossigeno e protossido d'azoto attraverso una maschera nasale

**In che cosa consiste l'analgesia peridurale o combinata spino- peridurale?**

**Quali farmaci vengono somministrati e sono sicuri per il mio bambino?**

L'*analgesia peridurale* e quella *combinata* rappresentano la tecnica anestesiológica in uso e approvata in tutto il mondo per un adeguato controllo del dolore durante il parto sia spontaneo che indotto farmacologicamente. Entrambe prevedono la somministrazione di farmaci (*anestetici locali ed oppioidi*) a bassissime concentrazioni direttamente a livello del tratto lombare della colonna vertebrale e permettono di ottenere un blocco selettivo delle fibre che trasportano la sensibilità dolorifica, preservando la sensibilità e la motilità: l'obiettivo è che la gestante continui ad avvertire l'arrivo delle contrazioni, che però non vengono avvertite come dolorose, e che conservi la forza muscolare degli arti e dell'addome, consentendole di camminare e spingere durante il periodo espulsivo.

I farmaci utilizzati sono sicuri per la donna e per il feto.

Durante tutto il travaglio in analgesia la gestante viene assistita dal personale ostetrico e il benessere fetale è controllato mediante il tracciato cardiocografico.

**Dove e in che modo avviene la procedura di analgesia peridurale o combinata spino-peridurale?**

**La tecnica prevede una sedazione? E' dolorosa?**

La manovra è eseguita da un anestesista esperto, in sala parto, e in scrupolosa asepsi ossia, previa accurata disinfezione della cute e utilizzo di protezioni e materiale sterile. Non è necessaria sedazione, ma previa anestesia locale della cute della schiena. Durante la manovra dovrà comunicare con

l'anestesista qualsiasi disagio (*dolore in sede di iniezione, scosse a livello lombare o agli arti inferiori, bruciore, ecc.*).

Se si utilizza la *tecnica peridurale*, si posiziona un sottile cateterino in sede lombare attraverso il quale vengono iniettati i farmaci per tutta la durata del travaglio. L'iniezione viene eseguita dall'anestesista ogni qualvolta la gestante ricomincia ad avvertire contrazioni dolorose oppure si utilizzano sistemi infusivi computerizzati, programmati per eseguire l'infusione ad intervalli di tempo prestabiliti.

L'*analgesia spinale* consiste, invece, nell'iniezione di farmaci nello spazio subaracnoideo, che si trova pochi millimetri più in profondità rispetto allo spazio peridurale, direttamente a contatto con le fibre nervose da bloccare, per cui l'effetto analgesico compare precocemente. Questo tipo di analgesia non può essere ripetuta, per cui, se la gestante non ha ancora partorito, è necessario continuare l'analgesia con il posizionamento di un cateterino peridurale (*tecnica combinata spino-peridurale*).

La scelta della tecnica spetta all'anestesista in base alle caratteristiche della gestante e alla fase del travaglio.

### **Posso richiedere la Partoanalgesia?**

**Come devo fare?**

**Quando è possibile richiederla?**

La richiesta materna e il consenso del ginecologo di Sala Parto sono le due condizioni necessarie per effettuare l'analgesia. La scelta materna di partorire in analgesia farmacologica deve essere libera, consapevole e

informata pertanto l'informazione e l'espressione di consenso vanno effettuati al di fuori della fase dolorosa del travaglio, durante il percorso informativo proposto.

Esistono delle condizioni cliniche materne correlate o meno alla gravidanza o delle situazioni che si presentano durante il travaglio in cui, previa discussione collegiale, l'equipe sanitaria può proporre l'analgesia alla gestante, che è libera di accettare o meno il trattamento.

E' necessario un controllo dei valori di emocromo e della coagulazione del sangue non prima di 30-40 giorni dalla data presunta del parto.

Per iniziare un'analgesia occorre che il travaglio sia ben avviato (*almeno 2-3 contrazioni dolorose in 10 minuti*).

### **Ci sono delle controindicazioni alla Parto-analgesia?**

Assolute:

- Malattie emorragiche e severa piastrinopenia
- Terapie con farmaci anticoagulanti
- Gravi infezioni generalizzate o cutanee, localizzate alla schiena
- Malattie neurologiche acute in atto
- Allergia agli anestetici locali
- Tatuaggi in sede di inserzione dell'ago (*zona lombosacrale della schiena*)

Relative

- Terapie con alcune classi di farmaci antiaggreganti piastrinici o con eparine a basso peso molecolare ove non esista la possibilità di rispettare i tempi di sospensione previsti.
- Particolari difficoltà anatomiche.



### **Quali sono le complicanze di questa procedura?**

#### **La procedura può comportare complicazioni dopo il parto?**

In travagli particolarmente dolorosi l'analgesia può essere talora non completamente soddisfacente o solo parziale (*per azione prevalente dell'anestetico su una sola parte dell'addome*). Può essere necessario posizionare il catetere vescicale. Talvolta può comparire un rialzo della temperatura materna senza alcuna ripercussione sul neonato. Questi effetti sono dovuti all'effetto dei farmaci che agiscono sulle fibre nervose deputate alla contrattilità dei muscoli pelvici e che possono influire anche sulle contrazioni uterine.

Può comparire Cefalea (*Cefalea PostPuntura Durale*), con un'incidenza che varia dallo 0.2 al 3%, evento causato dall'accidentale puntura di una meninge (*dura madre*) durante la manovra di ricerca dello spazio peridurale. Il dolore è localizzato tipicamente in regione fronto-occipitale, intenso, compare in stazione eretta e migliora in posizione supina. Possono associarsi disturbi dell'equilibrio ed intolleranza alla luce. La durata è variabile, da 2-3 giorni ad una settimana o più. L'evoluzione è sempre verso la guarigione, ma nei casi più severi per accelerare la risoluzione, oltre al riposo, all'idratazione e all'uso dei comuni analgesici può essere necessario un trattamento chiamato Blood Patch.

Possono verificarsi ipotensione, nausea, vomito, prurito, comparsa di febbre in corso di travaglio; **dolore transitorio in sede di puntura o lombalgia transitoria**; alterazioni della sensibilità e/o della motilità degli arti inferiori, più frequentemente transitori, molto raramente permanenti (*1 caso su 200.000*); **infezioni (meningite,**

*ascesso peridurale, aracnoidite, sepsi generalizzata); ematoma epidurale (estremamente raro, circa 1 caso su 100.000).*

E' sconsigliata l'assunzione di cibi solidi durante il travaglio, si possono bere bevande zuccherate ed energetiche.

---

### **Il bambino risente negativamente dell'analgesia?**

No. Il passaggio di farmaci al feto durante l'analgesia è ininfluenza sulle sue condizioni alla nascita, anzi il benessere materno è anche benessere fetale.

### **Potrò allattare in seguito?**

Dopo il parto potrà allattare in quanto i farmaci somministrati vengono rapidamente eliminati dall'organismo materno.

### **E se si rendesse necessario un taglio cesareo?**

Qualora il ginecologo dia indicazione ad un taglio cesareo per una gestante in analgesia, è possibile la conversione dell'analgesia in anestesia utilizzando lo stesso catetere peridurale, per cui nelle situazioni di emergenza è possibile questa conversione che richiede circa 10 minuti.



## **PERCORSO DELLA PARTOANALGESIA COME RICHIEDERLA:**

Se ha superato la 30° settimana, può liberamente partecipare all'*Incontro Informativo* con l'anestesista e l'ostetrica (calendario, orari, sede possono essere richiesti presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia)

Se pensa di iniziare il percorso, dovrà richiedere la prescrizione di *Visita Anestesiologica* (requisito obbligatorio) al ginecologo o all'ostetrica che l'ha seguita durante la gravidanza.

Tale richiesta sarà aggiunta alla lista degli esami da effettuare prima del parto, la visita anestesiologica sarà effettuata presso il Reparto di Terapia del dolore e le verrà rilasciato la documentazione di *Idoneità alla Partoanalgesia*, che dovrà portare con lei all'atto del ricovero.

All'ingresso in sala parto dovrà confermare o meno la scelta dell'analgesia.

Se conferma la volontà di Partorire in Analgesia l'anestesista, dopo una breve rivalutazione insieme al ginecologo e l'ostetrica, sceglierà il momento ottimale in cui procedere alla manovra.

### **Annotazioni:**

- L'analgesia potrebbe non essere temporaneamente garantita in caso di contestuale sovrapposizione di procedure urgenti o emergenti.
- La partoriente potrà in qualsiasi momento chiedere la sospensione analgesia

**L'URP risponde per informazioni telefoniche 0965.397298 Fax 0965.397299**  
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e Pomeriggio Lunedì e Mercoledì dalle 15.30 alle 17.30

# LINEE GUIDA E PROCEDURE PER LA PARTO ANALGESIA

Dott. Massimo Caracciolo

Responsabile UOSD Terapia Intensiva P.O.



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria





SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

## LINEE GUIDA E PROCEDURE PER LA PARTOANALGESIA

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Dott. Massimo Caracciolo</b><br/>Responsabile Medico<br/>UOSD Terapia Intensiva P.O.</p> | <p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO<br/>"Bianchi-Melacrino-Morelli"<br/>Reggio Calabria<br/>S.S.D. Terapia Intensiva Post Operatoria<br/>Responsabile: Dott. Massimo CARACCIOLO</p>  |
| <p><b>Dott. Sebastiano Macheda</b><br/>Direttore UOC Terapia Intensiva e Anestesia</p>         | <p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO<br/>"Bianchi-Melacrino-Morelli"<br/>Reggio Calabria<br/>U.O.C. Anestesia e Rianimazione<br/>Direttore: Dott. Sebastiano Macheda</p>               |
| <p><b>Dott. Francesco Battaglia</b><br/>Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia</p>             | <p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO<br/>Bianchi - Melacrino - Morelli<br/>U.O.C. Ostetricia e Ginecologia<br/>METTORE<br/>Dr. Francesco Battaglia n° 4330 R.C.</p>                   |
| <p><b>Dr. Angela Suni</b><br/>Responsabile ostetrica</p>                                       |    |
| <p><b>Dott. Angelo Ianni</b><br/>Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza</p>                  | <p>AZIENDA OSPEDALIERA<br/>(BIANCHI-MELACRINO-MORELLI)<br/>REGGIO CALABRIA)<br/>U.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione<br/>e d'Urgenza<br/>Direttore: Angelo Ianni</p>     |
| <p><b>Dott. Italia Rosa Albanese</b><br/>Direttore Sanitario Aziendale</p>                     |    |

**Redatto da:**

**Dott. Massimo Caracciolo**  
Responsabile Medico UOSD Terapia  
Intensiva P.O.

**Dott. Francesco Curmaci**  
Dirigente Medico  
UOC Terapia Intensiva e Anestesia

**Dott. Marco Tescione**  
Dirigente Medico  
UOC Terapia Intensiva e Anestesia

**con la collaborazione di:**

**Dott. Giuseppe Santamaria**  
Responsabile Medico UOSD  
Terapia del dolore

**Dott. Giovanna Costantino**  
Dirigente Medico  
UOC Terapia Intensiva e Anestesia

**Dott. Antonio Moschella**  
Dirigente Medico  
UOC Terapia Intensiva e Anestesia