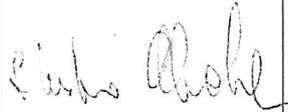
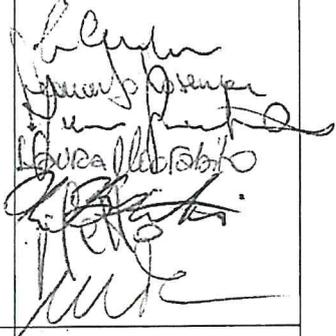
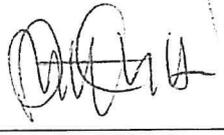


LINEE GUIDA E PROCEDURE PER LA PARTOANALGESIA

Ed. 00 Rev.01	29/05/2018 14/03/2024	
Revisione	<p>Direttore U.O.C. Terapia Intensiva e Anestesia Dott. Sebastiano Macheda</p> <p>Direttore U.O.S.D. Terapia Intensiva Postoperatoria Dott. Massimo Caracciolo</p> <p>Medici U.O.C. T. Intensiva e Anestesia Dott.ssa Giovanna Costantino Dott. Leonardo Cosenza Dott.ssa Irene Santacaterina Dott.ssa Laura Morabito Dott. Romano Britti Dott.ssa Pasqualina Gatto Dott. Marco Tescione</p>	  
Verifica	<p>Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dott. Demetrio Marino</p> <p>Direttore U.O.C. Ricerca dell'Eccellenza e della Qualità Dott. Santo Ceravolo</p> <p>Direttore Direzione Medica di Presidio Dott. Matteo Galletta</p>	  
Approvazione	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Maria Costarella</p>	

LINEE GUIDA E PROCEDURE PER LA PARTOANALGESIA

Revisione 2024

Dott.ssa Giovanna Costantino

Dott. Leonardo Cosenza

Dott.ssa Irene Santacaterina

Dott.ssa Laura Morabito

Dott. Romano Britti

Dott.ssa Pasqualina Gatto

Dott. Marco Tescione

Dott. Massimo Caracciolo

Dott. Sebastiano Macheda

Sommario

Obiettivo e campo di applicazione.....	3
Settore e personale coinvolto	3
Terminologia e abbreviazioni	3
Responsabilità e autorità	3
Descrizione delle attività e diagramma di flusso	4
Allegati	7
Materiali, dispositivi e attrezzature.....	7
Modalità e fasi di applicazione	7
Rintracciabilità e custodia	8
Criteri e tempistica delle revisioni	8
Riferimenti legislativi e bibliografici	8
CARTELLA DI PARTOANALGESIA	10
CONSENSO INFORMATO ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO.....	14
INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTOANALGESIA	20
PROTOCOLLO PER PARTOANALGESIA.....	21
DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA <u>NULLIPARA</u>	Errore. Il segnalibro non è definito.
DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA <u>PLURIPARA</u>	23
ANALGESIA COMBINATA SPINO-EPIDURALE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO	24
DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA <u>NULLIPARA spino-peri</u>	25
DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA <u>PLURIPARA spino-peri</u>	25
PROSECUZIONE TRAMITE CEI (infusione epidurale continua)	26
PROSECUZIONE TRAMITE PIEB (boli epidurali intermittenti)	26
PROSECUZIONE TRAMITE PCEA (Patient controlled epidural analgesia)	27
RIANIMAZIONE IN UTERO (RIU) IN ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO	27
RACCOMANDAZIONI SIAARTI SULLA LAST	28
SORVEGLIANZA E GESTIONE DELLA LESIONE ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE E DELLA CEFALEA POST PUNTURA DURALE	31
SCHEDA DI SORVEGLIANZA CEFALEA POST PUNTURA DURALE.....	32
PROCEDURA PER IL TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTOANALGESIA.....	33
OPUSCOLO INFORMATIVO SULLA PARTOANALGESIA	37

Obiettivo e campo di applicazione

Obiettivo della procedura è la definizione del percorso della donna gravida che richiada 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.

Il Comitato Nazionale di Bioetica nel documento del 30 marzo 2001, avente per titolo "la terapia del dolore: Orientamenti bioetici" afferma che "il dolore da parto ha caratteristiche del tutto peculiari perché si verifica in un organismo sano, ha una sua durata, dopo di che ritorna il benessere e sopravviene la gratificazione della nascita.

Per molte donne comunque il dolore da parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie. L'analgisia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto.

La prima indicazione è la scarsa tolleranza al dolore durante il parto fisiologico, in tal senso, già dal 2002 l'American College Obstetrician and Gynecologist afferma che: "la richiesta materna è una giustificazione sufficiente per la riduzione del dolore nel travaglio

Settore e personale coinvolto

- Personale afferente al Dipartimento Materno-infantile del G.O.M.
- Pazienti Gravide con indicazione alla 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	Medico Anestesista	Medico Ginecologo	Ostetrica	Infermiere
----------	--------------------	-------------------	-----------	------------

Visita Ambulatoriale	R	I	I	
Ricovero		R	C	
Valutazione Ostetrica		R	R	
Esecuzione Partoanalgesia	R		C	C
Monitoraggio Benessere materno	R	R	R	R
Monitoraggio Benessere fetale		R	R	
Monitoraggio dell'analgesia	R		C	C
Espletamento del Parto	C	R	R	C
Rimozione Catetere	R		C	C
Controllo Post-partum	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 delle donne sottoposte a partoanalgesia

1. 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 32° settimana di età gestazionale, in caso di patologie o concomitanti, invece, a partire dalla 30° 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, previa 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) e la relativa dichiarazione dell'avvenuto rilascio dell'informativa al consenso.

La donna dovrà esibire all'anestesista i referti degli accertamenti laboratoristici eseguiti in gravidanza, in particolare ECG, esame emocromocitometrico, prove di coagulazione e chimici 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. 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.

2. 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.

3. Partoanalgesia

È presente una guardia anestesiologicala dedicata al Dipartimento materno-infantile 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.

Nelle pazienti Obese con BMI superiore a 30, su indicazione del ginecologo e dell'ostetrica, si valuta il posizionamento del catetere prima dell'induzione del parto.

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

La donna deve essere sottoposta preventivamente a visita anestesiologicala; in quella sede 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.

Qualora la donna non abbia effettuato la visita anestesiologicala, ma faccia comunque richiesta di partoanalgesia, l'ostetrica, previo assenso del medico ginecologo, il quale provvederà a fare richiesta di partoanalgesia tramite sistema ADT, contatterà l'anestesista di guardia, in modo che l'eventuale valutazione anestesiologicala venga effettuata il prima possibile.

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 inizierà la procedura, 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 essere registrata sulla scheda SDO.

Per la procedura di posizionamento del catetere peridurale viene utilizzato il materiale contenuto nello spazio anestesiológico dedicato nel carrello presente in sala parto ed il monitor materno (monitor multiparametrico) e fetale (cardiotocografo) posizionati nella sala travaglio.

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".

4. Rimozione catetere peridurale

La rimozione del catetere peridurale verrà eseguita dall'ostetrica, dall'infermiera di reparto o 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 traumatico del catetere, 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 il servizio di anestesia qualora per qualsiasi motivo si sospettasse la presenza di ematomi o di altre lesioni occupanti spazio a livello peri-midollare in maniera tale da intraprendere l'opportuno percorso diagnostico/terapeutico, compresa RMN.

5. Gestione del travaglio in donne sottoposte a partoanalgesia

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

• Idratazione e alimentazione

Non necessaria pre-idratazione, troppi liquidi possono ridurre le contrazioni uterine e indurre globo vescicale. 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 di 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 locoregionale 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 episiorafia 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.

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: Rianimazione in utero (RIU) in analgesia in travaglio di parto

Allegato 6: Raccomandazioni SIAARTI sulla LAST

Protocollo 7: per la gestione della lesione accidentale della dura madre e della cefalea post puntura durale

Allegato 8: Scheda di sorveglianza della cefalea post puntura durale

Allegato 9: Procedura per taglio cesareo in corso di partoanalgesia

Allegato 10: Questionario per la valutazione soggettiva

Allegato 11: Opuscolo informativo sulla partoanalgesia

Materiali, dispositivi e attrezzature

Per la procedura di posizionamento del catetere peridurale viene utilizzato il materiale contenuto nello spazio anestesologico dedicato nel carrello presente in sala parto (siringhe, kit per epidurale, cerotti, garze, disinfettante, farmaci) i monitor materno (monitor multi parametrico) e fetale (cardiotocografo) posizionati nelle sale travaglio. In caso di necessità sono a disposizione nella sala 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 U.O. 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 procedura

La relazione semestrale sarà completata con la valutazione del gradimento della qualità percepita dall'utenza come dedotta 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 internet, 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.

Riferimenti legislativi e bibliografici

1. SNLG-ISS Linea guida 19 "Taglio cesareo: una scelta appropriata 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
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 Jan/Feb;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
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. NICE: Intrapartum care for healthy women and babies Clinical guideline [CG190] Last updated: 21 February 2017
17. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, V 124, No 2, 2016.
18. Postpartum Care of the Mother, Chapter 8. In Kilpatrick SJ and Papile L (Eds.) *Guidelines for Perinatal Care (8th Edition)*. Published by The American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017
19. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
20. Immediate Postpartum Care Analgesia and Anesthesia in the Intrapartum period, an evidence based clinical practice guideline. Association of women's health, obstetric and neonatal nurses (AWHONN). pS45, 2020
21. Guidelines for Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics Committee of Origin: Obstetric Anesthesia (Approved by the ASA House of Delegates on October 12, 1988, and last amended on October 13, 2021)

(Allegato1)

CARTELLA DI PARTOANALGESIA

U.O.C. di Terapia Intensiva e Anestesia

Direttore: Dott. Sebastiano Macheda

CARTELLA DI PARTOANALGESIA

Nome _____

Cognome _____

Data _____

Cartella Clinica n° _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p><small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small></p>	<p>GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria</p>	 <p>REGIONE CALABRIA</p>
--	---	---

AII. 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: Ipertensione Diabete Coagulopatie altro			
Farmaci assunti:			
Allergie no:			
Precedenti interventi chirurgici:			
Patologie d'interesse anestesiologicalo:			
Esami ed ECG:			
ASA	E' possibile effettuare epidurale?		SI NO
Timbro e Firma dell'anestesista rianimatore			

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:	acm dalla cute		catetere inserito nello spazio peridurale per: cm		
Dose test:	SI NO		farmaco:.....quantità:.....		
	h.	h.	h.	h.	h.
Dilatazione					
Consistenza Collo					
Accorciamento Collo					
Livello Testa*					
Posiz. Collo*					
Farmaco (conc/vol)					
PA/Fc madre					
Battito fetale					
NRS (scala dolore)					
Scala Bromage					
L'Anestesista					
Ossitocina	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

INDICE BISHOP

Legenda: Livello testa: -3, -2, -1, 0, +1, +2

Posiz. Collo: 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	Subira episiotomia: farmaco:.....quantità:.....	
Complicanze materne:		
APGAR:..... Complicanze neonatali:		
Note:		
Rimozione catetere: data: ___/___/___ Ore:___ Firma anestesista:		

(Allegato 2)



Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria
U.O.C. Terapia Intensiva e Anestesia
Direttore: Dott. Sebastiano Macheda



CONSENSO INFORMATO ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Io sottoscritta _____
nata il ___/___/_____ a _____ dichiaro che, durante la
visita anestesiológica effettuata dal dottor _____
in data ___/___/_____ sono stata adeguatamente informata sulle tecniche che possono essere
adottate per alleviare il dolore del travaglio di parto. In particolare, mi è stato spiegato che, se le
mie condizioni e l'evoluzione del travaglio lo consentono, su indicazione del ginecologo, sarà
possibile essere sottoposta ad analgesia loco-regionale (spinale e/o peridurale) che riducono
l'entità del dolore durante il travaglio.

Mi è stato spiegato che tale tecnica consiste nel posizionare un cateterino nello spazio peridurale,
in anestesia locale.

E' una tecnica impiegata nei principali centri italiani ed europei, utilizzata negli anni da migliaia di
donne e quindi basata su una grande quantità di evidenze scientifiche e sull'esperienza
professionale di molti medici Anestesisti.

Come tutte le procedure mediche, la partoanalgesia peridurale viene praticata solo se c'è il
consenso informato da parte della partorientente.
Quella che segue è quindi una breve descrizione della metodica, che vi è stata più ampiamente
illustrata nel corso dell'incontro informativo con il medico Anestesista.

Attraverso una puntura eseguita a livello lombare, con un ago particolare, tecnica sterile e in
anestesia locale, viene inserito un sottile catetere (un tubicino di plastica morbida) nello spazio
peridurale; questo spazio si trova all'interno della colonna vertebrale ed è attraversato dalle radici
nervose che trasmettono le sensazioni dolorose del travaglio.

Attraverso questo catetere si possono quindi somministrare i farmaci per il controllo del dolore, in
una o più dosi (a seconda delle necessità) o in infusione continua e in stretta vicinanza delle fibre
nervose interessate. Il catetere viene rimosso di regola subito dopo il parto.

L'analgesia peridurale è una tecnica sicura, in particolare i farmaci utilizzati ai dosaggi analgesici
non sono pericolosi né per la mamma né per il feto.

Sono a conoscenza del fatto che talvolta il beneficio della parto-analgesia non può essere totale: questo può essere dovuto a situazioni anatomiche particolari o a evoluzioni fisiologiche del travaglio e del parto.

INOLTRE SONO A CONOSCENZA CHE SITUAZIONI CONTINGENTI (ORGANIZZATIVE O GESTIONALI) POTREBBERO TALVOLTA MODIFICARE O IMPEDIRE L'ATTUAZIONE DELLA PARTOANALGESIA.

Mi è stato altresì spiegato che tali tecniche, seppur attuate con perizia, diligenza e prudenza, possono esporre molto raramente ad alcuni inconvenienti:

EFFETTI COLLATERALI

- ✓ Prurito (25% delle partorienti, non legato a manifestazioni allergiche, che si risolve spontaneamente dopo 15-30 minuti)
- ✓ Difficoltà momentanea a urinare, che può richiedere l'uso di un catetere vescicale nell'immediato post-partum; va detto comunque che, anche senza analgesia, il parto può determinare difficoltà di minzione
- ✓ Cefalea post-puntura durale (0.2%) può verificarsi dopo anestesia neuroassiale. La sintomatologia si può manifestare nel 50-90% dei casi ed è caratterizzata da cefalea fronto-occipitale presente in posizione seduta o in piedi che scompare con la posizione supina. Solitamente si manifesta entro i primi 5 giorni dalla puntura: la durata varia da 2-3 giorni a una settimana o più. In caso di cefalea verrà prescritta terapia idonea.
- ✓ Lombalgia. Il 50% delle donne presenta già lombalgia durante la gravidanza e tale sintomo è aggravato dalla posizione della partorienti durante il travaglio e il parto. La dolenzia lombosacrale legata alle tecniche neurassiali è di breve durata e non richiede terapie e va differenziato dalla frequente lombalgia aspecifica che colpisce il 49% delle donne dopo il parto indipendentemente dall'analgesia.
- ✓ Neuropatie periferiche (0.04%) sono parestesie transitorie.
- ✓ Ritenzione urinaria temporanea dopo anestesia spinale e può richiedere l'applicazione di catetere vescicale
- ✓ Ematomi epidurali, emorragie gravi e infezioni a livello del punto di iniezione: sono molto rari e rendono talvolta necessario il trattamento chirurgico
- ✓ Complicanze non neurologiche comprendono nausea, vomito, bradicardia, prurito, ipotensione.
- ✓ Difficoltà di avanzamento del catetere epidurale e quindi necessità di riposizionarlo.
- ✓ Difficoltà o fallimento della procedura (eseguire più di un tentativo)
- ✓ Analgesia e/o anestesia unilaterale
- ✓ Pneumoencefalorarissimo

Non è assolutamente dimostrato che l'analgesia aumenti il rischio di parto cesareo con le basse concentrazioni di farmaci utilizzate dagli anestesisti.

COMPLICANZE SPECIFICHE

CONTROINDICAZIONI

Le controindicazioni all'analgesia peridurale sono legate a particolari situazioni ostetriche (che verranno eventualmente prese in considerazione al momento del ricovero) o cliniche generali:

Assolute

Infezioni nella sede della puntura, Malattie acute cerebrali o del midollo spinale, alterazioni della coagulazione o uso di terapia anticoagulante, Ipovolemia sistemica scompensata, shock
Ipersensibilità agli anestetici locali Infezioni locali (cute) nel sito di iniezione

Relative

Malattie croniche del cervello e del midollo spinale, Deformità e patologie severe della colonna vertebrale, Artrodesi vertebrale, Malattie psichiatriche, Tatuaggi

Sono stata infine informata che, nel caso in cui si realizzi una condizione di impossibilità a proseguire un parto fisiologico l'anestesista e il ginecologo potrebbero modificare le modalità di espletamento del parto e tecnica anestesologica.

dichiaro di:

- aver letto il presente documento in ogni sua parte,
- aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le caratteristiche del trattamento anestesologico nei contenuti essenziali, essendo stati adeguatamente

sviluppati durante il colloquio i seguenti punti: modalità e caratteristiche dell'anestesia, difficoltà tecniche, probabilità di

riuscita, finalità e vantaggi, conseguenze temporanee e permanenti, rischi, complicanze e gli eventuali trattamenti associati.

- essere stata informata di tutte le conseguenze non sottoponendomi al trattamento consigliatomi e pertanto acconsento

a sottopormi ad esso

essere informata che in ogni momento posso revocare il mio consenso

In _____ particolare, _____ dichiaro _____ di:
 non essere a conoscenza di allergie a farmaci e/o anestetici locali; acconsento pertanto al loro utilizzo sulla mia persona; essere a conoscenza di allergie a farmaci

e/o anestetici locali (vedi cartella clinica).
 Dichiaro di essere stata informata che le mie condizioni cliniche, in seguito agli accertamenti effettuati e alla valutazione

anestesiologica mi collocano nella CLASSE ASA OSTETRICA* _____

Autorizzo Non Autorizzo

- CLASSIFICAZIONE ASA MODIFICATA PER LE PARTORIENTI
Classe 1 partorienti senza alcun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico al di fuori delle normali modificazioni fisiologiche dovute alla gravidanza
Classe 2 lieve malattia sistemica o modesta patologia della gravidanza
Classe 3 malattia sistemica di grado moderato o grave malattia della gravidanza
Classe 4 partorienti con gravi patologie sistemiche in pericolo di vita
Classe 5 paziente moribonda con poche speranze di sopravvivenza che deve essere sottoposta ad intervento in urgenza come ultima possibilità

EMERGENZA E: tutte le partorienti tranne quelle con TC programmato elettivo o induzione di travaglio dovrebbero essere considerati così di emergenza e classificate con la lettera E.

Reggio Calabria, Data...../...../.....

Firma della paziente

Firma e timbro del medico

Mediatore Culturale(scrivere in stampatello)

Firma

REVOCA DEL CONSENSO ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Dichiaro di revocare il consenso al trattamento di partoanalgesia

Firma della paziente

Firma e timbro del medico

Mediatore Culturale(scrivere in stampatello)

Firma

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO PER PAZIENTE MINORE

Io sottoscritto/a (nome e cognome)

Nato a il residente a

Io sottoscritto/a (nome e cognome)

Nato a il residente a

Dichiarano di esercitare la responsabilità genitoriale nei confronti del minore

(nome e cognome)

Nato a il

Data/...../.....

firma.....

firma.....

Firma e timbro del medico



Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria
U.O.C. Terapia Intensiva e Anestesia
Direttore: Dott. Sebastiano Macheda



DICHIARAZIONE DELL'AVVENUTO RILASCIO DELL'INFORMATIVA ALL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Io sottoscrittadichiaro 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 partoriducendone 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 lacerazione transitoria, l'irritazione nervosa fino al danno spinale, l'ematoma epidurale, e altre complicanze illustrate nell'informativa.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 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 medici curanti.Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie, dichiaro di aver ricevuto l'informativa specifica e le dovute informazioni.

Reggio Calabria, Data di consegna/...../.....

Firma del paziente

Firma e timbro del medico

Mediatore Culturale (scrivere in stampatello)

Firma

(Allegato3)

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
 - esempioseparina 0.4 mL= 5700 U;enoxaparina 0.4 mL 4000U/die)
- ✓ fino a 12-24 ore prima, se dosi superiori
- Anticoagulanti orali non interrotti secondo schema di sospensione, 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 multipla (in fase attiva)
- SLA
- Esiti di poliomielite
- Esiti di meningo-encefaliti insorte da più di un anno
- Miastenia
- Distrofia muscolari
- 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
- RIMOZIONE
 - ✓ La somministrazione di LMWH riprende dopo almeno 12 ore dalla rimozione del catetere peridurale se posizionamento atraumatico, 24 ore in caso di sanguinamento o posizionamento ripetuto.

Fino alla somministrazione della profilassi la donna dovrebbe indossare calze elastocompressive, mantenere adeguata idratazione, ed essere mobilizzata precocemente.

(Allegato4)

PROTOCOLLO PER PARTOANALGESIA

MONITORAGGIO

- Monitoraggio materno NIBP; ECG; saturimetria ad intervalli prestabiliti (ogni 10' per i primi 30' dall'inizio e dopo ogni bolo, poi ogni 60').
- Valutare ogni ora il livello di analgesia (VAS-NRS);
- Blocco motorio (scala di Bromage modificata estesa);
- Dopo 4-6 ore controllare temperatura materna;
- Monitoraggio fetale continuo durante il posizionamento del catetere e per i primi 30 minuti dall'inizio della partoanalgesia, successivamente secondo giudizio ostetrico;
- Dopo 45-60 minuti circa dall'inizio della partoanalgesia la donna può deambulare (o mettersi seduta) se:
 - ✓ Non sussistono controindicazioni ostetriche
 - ✓ Non è presente blocco motorio (valutazione con scala Bromage+step test)
 - ✓ Non c'è ipotensione ortostatica
 - ✓ Non sono presenti deficit di equilibrio (test di Romberg)

ACCESSI VASCOLARI

Prima dell'inizio della procedura deve essere preventivamente posizionato l'agocannula 18/16G verificandone il corretto funzionamento. Non necessaria una pre-idratazione, troppi liquidi possono ridurre le contrazioni uterine e determinare globo vescicale (controllare periodicamente diuresi).

PRECAUZIONI

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

TECNICA

- Con l'assistenza dell'ostetrica e dell'infermiera far posizionare la donna seduta o in decubito laterale (quest'ultimo riduce l'incidenza di puntura della dura madre e puntura venosa)
- Indossare e far indossare a tutto il personale coinvolto nella procedura cappellino, maschera chirurgica, guanti sterili (prima di indossare i guanti eseguire il lavaggio chirurgico delle mani) e mantenere completa asepsi durante tutta la procedura;
- Preparare il campo sterile, disinfettare la cute della zona lombare e posizionare il telino sterile intorno al sito di punzione.
- Individuare gli spazi intervertebrali L2-L3 o L3-L4
- Previa anestesia locale ricercare lo spazio peridurale con tecnica di perdita di resistenza preferibilmente con mandrino liquido (con tecnica LOR con mandrino liquido si riduce di puntura accidentale della dura e di puntura vascolare, si ha minor incidenza di analgesia a chiazze e prevenzione dello pneumoencefalo).
- Inserire il cateterino e posizionarlo in modo che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale (l'eccessivo inserimento dello stesso può determinare lateralizzazione dell'analgesia);
- Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso e iniettare lentamente la dose terapeutica di anestetico locale+oppioidi;
- Fissare il cateterino e posizionare la puerpera in decubito laterale sinistro di almeno 15° utilizzando un cuneo sotto il fianco destro (Raccomandazione grado A);
- Se al CTG compare ipertono uterino correlato al pain relief effettuare manovre di rianimazione in utero (vedi allegato)
- Dopo 20° minuti valutare l'analgesia (VAS), parametri vitali materni (PA; FC; SpO2), gli eventuali effetti collaterali, il BCF e testare se la partorienti può deambulare.
- Criteri per la deambulazione:
 - ✓ Blocco efficiente
 - ✓ Assenza di ipotensione posturale
 - ✓ Romberg negative
 - ✓ Assenza di blocco motorio
 - ✓ Presenza di accompagnatore
 - ✓ Assenza alterazione al CTG
- Informare la partorienti sulla durata dell'analgesia e sulla necessità di farsi chiamare per i top-up (eseguire top-up prima, quando VAS>3, procedere sempre all'aspirazione dal cateterino epidurale prima di ogni top-up)
- Esser sempre presenti al parto;
- Monitorare PA, FC, SpO2 materna ogni 10' per i primi 30'. Sia dopo la dose iniziale che dopo i successivi top-up, e almeno ogni 30' per tutta la durata del travaglio. Il BCF deve essere registrato per i primi 30' dopo la dose iniziale e dopo ogni successivo top-up, e comunque a giudizio del ginecologo e dell'ostetrica.

DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA NULLIPARA

Dilatazione cervicale	Livello parte presentata	Dose iniziale	Dose Successiva
-----------------------	--------------------------	---------------	-----------------

Cm		Farmaco e dose	Vol (ml)	Farmaco e dose	Vol (ml)
2-3	-2/-1	Sufentanil 10µg o Fentanyl 50µg	5-10	Ropivacaina 0.10%	20
3-5	-1	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0,0625% e Sufentanil 10µg o Fentanyl 50µg	15-20	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0,0625%	20
>6	-1	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina 0,0625% e Sufentanil 10µg o Fentanyl 50µg	20	Ropivacaina 0,15%-0,20% o Levobupivacaina 0,125%	10
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.15%	20	/	/

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5 ml di Lidocaina 2% per l'analgia perineale o per l'episiotomia/raffia.

DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA PLURIPARA

Dilatazione cervicale	Livello parte presentata	Dose iniziale	Dose Successiva
-----------------------	--------------------------	---------------	-----------------

Cm		Farmaco e dose	Vol (ml)	Farmaco e dose	Vol (ml)
4-5	-1	Ropivacaina 0.10-0.15% o Levobupivacaina 0,0625% e Sufentanil 10µg o Fentanyl 50µg	20	Ropivacaina 0.15% o Levobupivacaina 0,125%	15-20
6-7	-1	Ropivacaina 0.15-0.20%	10-15	Ropivacaina 0,20% o Levobupivacaina 0,125%	10
Dilatazione completa		Ropivacaina 0.20%	10-15	/	/

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5 ml di Lidocaina 2% per l'analgia perineale o per l'episiotomia/raffia.

DILUIZIONE DEL SUFENTANIL

Aspirare 1 ml di Sufentanil (50µg) e aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere un volume totale di 5 ml

SOLUZIONE FISIOLÓGICA ml	SUFENTANIL ml	µg SUFENTANIL/ml
4	1(50µg)	10µg/ml

Successivamente aspirare 1 ml della soluzione ottenuta ed aggiungere 4 ml di Soluzione Fisiologica per ottenere un volume totale di 5 ml

SOLUZIONE FISIOLÓGICA ml	SUFENTANIL ml	µg SUFENTANIL/ml
4	1(10µg)	2µg/ml

DILUIZIONE DELLA ROPIVACAINA

% ROPIVACAINA	ROPIVACAINA 2mg/ml (ml)	SOLUZIONE FISIOLÓGICA (ml)	mg	ml TOTALI
0.10%	10	10	20	20
0.15%	15	5	30	20
0.2%	10	0	20	10

ANALGESIA COMBINATA SPINO-EPIDURALE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO

In alternativa alla tecnica epidurale classica è possibile utilizzare un'analgia combinata spino-peridurale, 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.

DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA NULLIPARA spino-peri

Dilatazione cervicale	Livello parte presentata	Dose iniziale	Dose Successiva
-----------------------	--------------------------	---------------	-----------------

Cm		Farmaco e dose intratecale	Vol (ml)	Farmaco e dose Epidurale	Vol (ml)
2-3	-2/-1	Sufentanil 2,5µg	5	Ropivacaina 0.05-0.10% o Levobupivacaina 0.05%-0.0625%	15-20
3-5	-1	Ropivacaina 0.04% o Levobupivacaina 0,025% e Sufentanil 2,5µg	5	Ropivacaina 0.05-0.10% o Levobupivacaina 0,0625%	15-20
>6	-1	Ropivacaina 0.05-0.06% o Levobupivacaina 0,03-0.04% e Sufentanil 2,5µg	5	Ropivacaina 0,10% o Levobupivacaina 0,0625%	20
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.06% o Levobupivacaina 0.05%	5	/	/

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5-7 ml di Lidocaina 1-1.5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

DOSI, VOLUMI E CONCENTRAZIONI NELLA PLURIPARA spino-peri

Dilatazione cervicale	Livello parte presentata	Dose iniziale	Dose Successiva
-----------------------	--------------------------	---------------	-----------------

Cm		Farmaco e dose intratecale	Vol (ml)	Farmaco e dose epidurale	Vol (ml)
3-4	-2/-1	Ropivacaina 0.04% o Levobupivacaina 0,04%	5	Ropivacaina 0.10% o Levobupivacaina	15-20

		e Sufentanil 2,5µg o		0,0625%	
6-7	-1	Ropivacaina 0.15-0.20%	10-15	Ropivacaina 0,15% o Levobupivacaina 0,125%	10-15
Dilatazione completa	-1/0	Ropivacaina 0.20%	10-15	/	/

A dilatazione completa, dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale ed è prossima al piano perineale, si possono somministrare 5-7 ml di Lidocaina 1-1.5% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia.

DILUIZIONE DEL SUFENTANIL

Aspirare 1 ml di Sufentanil (50µg) e aggiungere 4 ml di soluzione fisiologica per ottenere un volume totale di 5 ml

SOLUZIONE FISIOLGICA ml	SUFENTANIL (ml)	µg SUFENTANIL/ml	2.5µg di SUFENTANIL
4	1 (50µg)	10µg/ml	ASPIRARE 25U (0,25ML) CON SIRINGA DA INSULINA

DILUIZIONE DELLA ROPIVACAINA

% ROPIVACAINA	ROPIVACAINA 2mg/ml (ml)	Soluzione Fisiologica	mg	ml totali
0.04	1 ml	4	2	5
0.05	1.25ml	4	2.5	5
0.06	1.5 ml	4	3	5

PROSECUZIONE TRAMITE CEI (infusione epidurale continua)

Dilatazione Cervicale cm	Livello parte presentata	Top-up automatici intermittenti
3	-2/-1	Inf. Continua Levobupivacaina 0.0625%+Sufentanil 0,5µg/ml, a 10ml/h Bolo 10 ml Lock out time: 30 minuti

PROSECUZIONE TRAMITE PIEB (boli epidurali intermittenti)

Dilatazione Cervicale	Livello parte	Top-up automatici intermittenti
-----------------------	---------------	---------------------------------

cm	presentata	
3	-2/-1	Levobupivacaina 0.0625% o Ropivacaina 0.10% + Fentanyl 1µg/ml o Sufentanil 0,25-0,5µg/ml, a 10ml/h (Inizio infusione dopo almeno 60 minuti dal bolo iniziale) Bolo 10 ml Lock out time: 30 minuti

PROSECUZIONE TRAMITE PCEA (Patient controlled epidural analgesia)

Dilatazione Cervicale cm	Livello parte presentata	Top-up a comando
3	-2/-1	Levobupivacaina 0.0625% o Ropivacaina 0.10% + Fentanyl 1µg/ml o Sufentanil 0,25-0,5µg/ml, a 10ml/h intervallo tra due boli:40-50minuti (massimo 5 boli in 4 ore)

DILUIZIONE DEI FARMACI

			Concentrazione finale
Levobupivacaina	2,5mg/ml	25 ml (62,5mg)	0,625mg/ml (0,0625%)
Fentanyl	50µg/ml	2ml (100µg)	1µg/ml
Sol.Fis.	0.9%	73 ml	
Vol Tot		100ml	

			Concentrazione finale
Ropivacaina	2mg/ml	50ml(100mg)	1mg/ml (0,10%)
Fentanyl	50µg/ml	2ml (100µg)	1µg/ml
Sol.Fis.	0.9%	48 ml	
Vol Tot		100ml	

(Allegato5)

RIANIMAZIONE IN UTERO (RIU) IN ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

La RIU è costituita da misure specifiche volte ad aumentare la fornitura di ossigeno alla placenta e maggiore flusso sanguigno ombelicale, al fine di prevenire o migliorare l'ipossia fetale e l'acidosi. La madre dovrebbe essere esaminata rapidamente per escludere ipossia materna, shock, prolasso di funicolo o di-stacco intempestivo di placenta, che chiaramente

sono tutte condizioni richiedenti misure aggiuntive e un intervento immediato. Le manovre rianimatorie intrauterine maggiori sono riassunte nell'acronimo SPILT:

- Syntocinon OFF: Sospendere ossitocina
- Position: laterale sinistra (LUD)
- Idratation: infondere 1 litro di cristalloidi (preferibilmente Ringer Lattato o Acetato)
- Low blood pressure: Vasopressori
- Tocolysis: Nitroglicerina.

L'ossigeno come manovra di RIU non costituisce più una raccomandazione di grado A.

In corso di analgesia neurassiale in travaglio di parto si possono verificare, nel 15-24% dei casi, alterazioni a carico del tracciato cardiocografico; una di queste alterazioni è la decelerazione prolungata da ipertono uterino indotto dal raggiungimento del *pain relief*.

Infatti l'analgesia mentre riduce i livelli ematici di adrenalina lascia invariato il livello di noradrenalina; l'attività della noradrenalina non bilanciata dall'effetto tocolitico dell'adrenalina determina un ipertono della muscolatura uterina cui consegue un ipo afflusso placentare, quindi una ridotta estrazione di ossi-geno fetale e infine bradicardia rilevabile alla valutazione cardiocografica.

L'efficacia e la sicurezza della nitroglicerina somministrata per via endovenosa secondo protocollo ne favorisce l'uso per tocolisi acuta.

La nitroglicerina agendo come donatore di ossido determina un rapido rilassamento uterino (45-60 sec), ha una breve durata (2 min) con scarsi effetti collaterali materno/fetali.

DOSAGGIO NITROGLICERINA

- 100-200 mcg di NITROGLICERINA in bolo ev lento, ripetibile eventualmente dopo 60-90 secondi.

TABELLA DI DILUIZIONE DELLA NITROGLICERINA

SOLUZIONE FISIOLÓGICA (ml)	NITROGLICERINA ml	mcg NITROGLICERINA/ml	BOLO DI NITROGLICERINA DA SOMMINISTRARE
100	5mg/1.5ml	50mcg/ml	100-200mcg (2-4 ml)

Se dopo il secondo bolo di nitroglicerina l'ipertono uterino e la conseguente decelerazione prolungata al CTG non si risolvono, in accordo con il ginecologo di guardia, si può procedere alla somministrazione di una fiala di ATOSIBAN 6.75 mg (preferibilmente diluito a 10 ml con soluzione fisiologica) in bolo endovenoso lento.

(Allegato 6)

RACCOMANDAZIONI SIAARTI SULLA LAST

La tossicità sistemica da anestetici locali (LAST) rimane un problema clinico rilevante per l'uso diffuso di anestetici locali in anestesia e in altri contesti ospedalieri e non, l'uso frequente di dosaggi a limite di poter causare morbilità e/o mortalità e l'impossibilità di prevedere,

prevenire e trattare sempre in maniera efficiente questa complicanza.

La LAST è probabilmente un fenomeno raro ma rilevante nella pratica clinica. Quando si manifesta, l'immediata diagnosi e la corretta terapia contribuiscono a renderla una complicanza gestibile dell'anestesia locoregionale. I tre piloni su cui si deve basare la riduzione di eventi fatali sono: la prevenzione, la corretta e precoce diagnosi e la terapia efficace.

GESTIONE DI EVENTI DI TOSSICITÀ SISTEMICA DA ANESTETICI LOCALI (LAST)	
Può manifestarsi anche >30-60 min dopo somministrazione di anestetico locale	
1 DIAGNOSI	<ul style="list-style-type: none">▶ Improvvisa alterazione dello stato mentale, agitazione o perdita di coscienza, con o senza manifestazioni epilettiche (convulsioni tonico-cloniche o altre)▶ Collasso cardiovascolare: bradicardia sinusale, blocchi di conduzione, tachiaritmie ventricolari, asistolia
2 GESTIONE IMMEDIATA	<ul style="list-style-type: none">▶ Insorgenza durante l'iniezione di anestetico, alta probabilità di iniezione intravascolare → Interrompere subito la somministrazione▶ Chiamare AIUTO▶ Mantenere le VIE AEREE, dare O₂ 100% e garantire una adeguata ventilazione (se necessario con maschera facciale, maschera laringea o intubazione tracheale) PREVENIRE ACIDOSI E IPOSSIEMIA▶ Assicurare un ACCESSO VENOSO adeguato▶ Somministrare subito EMULSIONE LIPIDICA 20% (In tutti i casi giudicati potenzialmente seri) vedi flow chart lipid rescue.▶ Controllare le CONVULSIONI: BENZODIAZEPINE, lipid 20% o propofol a basse dosi incrementali (<i>se non sussiste instabilità emodinamica</i>).▶ Valutare continuamente lo STATO CARDIOVASCOLARE
3 TRATTAMENTO	IN ARRESTO CARDIACO <ul style="list-style-type: none">▶ RCP▶ LIPID 20% (flow chart lipid rescue)▶ ADRENALINA: a basse dosi iniziali ($\leq 1 \mu\text{g}/\text{kg}$)▶ ARITMIE (spesso refrattarie al trattamento) preferire amiodarone.▶ Evitare: lidocaina, procaina, beta-bloccanti e calcio-antagonisti, antagonisti alpha-adrenergici.▶ Considerare ricorso a bypass cardiopolmonare se disponibile▶ Il recupero da un arresto cardiaco da anestetici locali può richiedere >1h▶ Il propofol non può sostituire l'emulsione lipidica▶ Proseguire l'infusione di LIPID almeno 10 minuti dopo recupero stabilità emodinamica.
4 FOLLOW-UP	<ul style="list-style-type: none">▶ Osservazione per almeno 4-6 ore dopo eventi cardiovascolari;▶ Osservazione per almeno 2 ore dopo eventi SNC fugaci;▶ Controllare amilasemia e lipasemia per i due giorni successivi a somministrazione LIPID;▶ Riportare l'utilizzo del LIPID nel registro Internazionale accessibile all'indirizzo: www.lipidregistry.org

**- LIPID RESCUE -
DOSAGGIO EMULSIONE LIPIDICA 20%**

IMMEDIATAMENTE

**BOLO endovenoso
in 2-3 min**

**100 mL se \geq 70 kg
o
1.5 mL/kg se $<$ 70 kg**



**INFUSIONE endovenosa
in 15-20 min**

**200-250 mL se \geq 70 kg
o
0.25 mL/kg/min se $<$ 70 kg**

STABILITÀ EMODINAMICA?

NO

- › Secondo BOLO
- › Aumentare l'INFUSIONE
- › Considerare bypass

SI

- › Continuare l'INFUSIONE per almeno altri 10 minuti
- › Osservazione intensiva
- › \geq 4-6 ore

Dose massima raccomandata nei primi 30 min: 12 mL/kg

Il flacone di emulsione lipidica più vicino si trova



(Allegato 7)

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 della dura fino allo spazio subaracnoideo e continuare analgesia/anestesia attraverso il catetere intratecale evitando contaminazioni;
- lasciare il catetere in sede chiuso per 24 ore dal posizionamento senza infusioni. Prima di sfilarlo iniettare 3-5 ml di soluzione fisiologica evitando contaminazioni;
- se il catetere non viene inserito nello spazio subaracnoideo, dopo il parto considerare infusione continua di soluzione fisiologica con elastomero 7 ml/h per 48h.

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;
- controllare ogni giorno la donna compilando la scheda di sorveglianza. 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 mantenere il riposo a letto per 48 ore possibilmente in posizione supina o prona

(Allegato8)

SCHEDA DI SORVEGLIANZA CEFALEA POST PUNTURA DURALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE <small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small>	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria	 REGIONE CALABRIA
--	--	---

AIL 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 eseguo 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 lecta 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: _____

(Allegato 9)

PROCEDURA PER IL 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 venosa periferica: se non ben funzionante la si sostituisce (almeno 18G con rubinetto a tre vie)
2. Farmaci
 - Lidocaina 2%: prelevare 15 ml
 - Bicarbonato di sodio 1mEq/10 ml: prelevare 1,5 ml
 - Adrenalina: 1mg diluito in 500 ml di soluzione fisiologica (concentrazione 0,002 mg/ml): prelevare 2 ml.
 - Soluzione totale da infondere: 18,5 ml
 - Iniziare la somministrazione sotto tracciato cardiocografico,
 - Piano chirurgico in 7-9 minuti
3. Monitoraggio materno
 - Controllo di sensibilità e motilità all'ingresso in sala operatoria
 - NIBP (Ogni 1'prima dell'estrazione- ogni3' dopo l'estrazione), ECG, SpO2
4. Posizionamento sul letto operatorio
 - Posizionamento supino della paziente con cuneo sotto il fianco destro e dislocamento dell'utero a sinistra;
 - Arti inferiori sollevati di circa 30° mentre si instaura il blocco e tronco sollevato di circa 20°;
5. Correzione dell'ipotensione
 - Infusione di etilefrina 1mg/minuto o efedrina a boli e.v.,
 - Infusione di cristalloidi
6. Inizio intervento chirurgico: a blocco stabilizzato.

(Allegato 10)

Al. 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'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 di Reggio Calabria fosse possibile effettuare il parto in analgesia?

- sì no

6. Che cosa l'ha fatta poi decidere di effettuare l'analgisia 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?

- sì 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?

- sì 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?

- sì 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?

- sì no solo in parte

Perché?.....

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

- sì 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
 sì, malessere.....
 sì, cefalea.....
 sì, dolore alla schiena.....
 sì, nausea e vomito.....
 altro.....

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

- sì no

Perché?.....

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

- sì no

Perché?.....

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

- no sì (specificare).....

19. 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/suggerimenti:.....
.....
.....
.....

(Allegato 11)

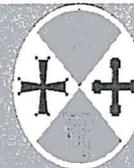
OPUSCOLO INFORMATIVO SULLA PARTOANALGESIA



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"

Reggio Calabria

U.O.C. Terapia Intensiva e Anestesia
Direttore: Dott. Sebastiano Macheda



Partoanalgesia



Partorire Senza
dolore si può



Si può partorire senza dolore?

Il dolore rappresenta per alcune donne un importante ostacolo che impedisce di vivere il "momento del parto" in modo sereno. Per tale motivo, negli ultimi anni, l'analgisia loco-regionale o periferica nel travaglio di parto è sempre più utilizzata nel mondo. Scopo della tecnica è quello di attenuare sensibilmente la sensazione dolorosa, lasciando inalterate la sensibilità tattile e di spinta, che sono necessarie per il normale espletamento del parto. Questa tecnica si può considerare:

- **Efficace**, poiché le contrazioni uterine vengono percepite ma in modo meno doloroso;
- **Sicura** per la madre e per il feto grazie ai bassissimi dosaggi farmacologici impiegati;
- **Flessibile**, per la possibilità di regolare la quantità di analgesico secondo la fase del travaglio e l'intensità del dolore;
- **Rispettosa** della fisiologica dinamica del travaglio e del parto.

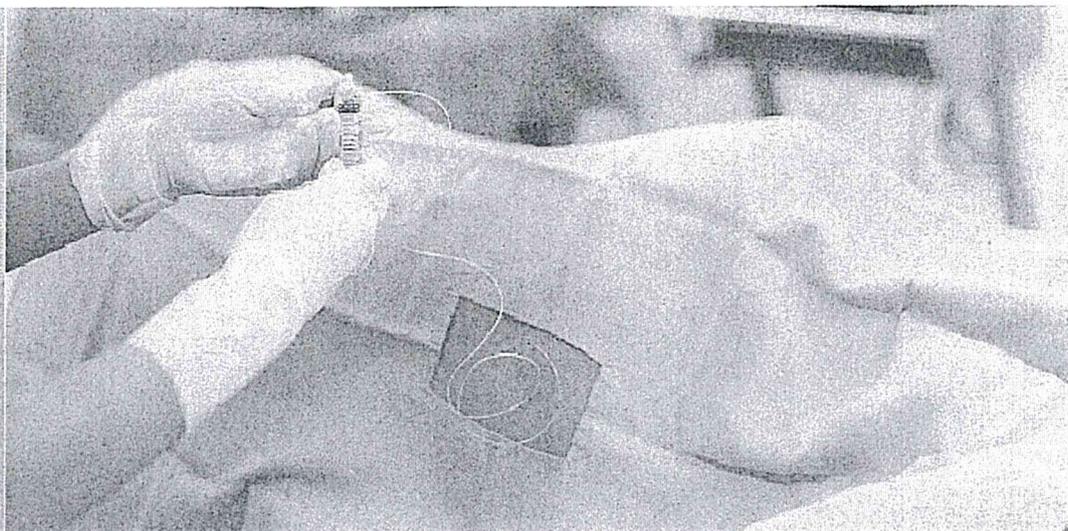
Indicazioni all'analgisia loco-regionale

L'intolleranza al dolore è il motivo di

richiesta più frequente da parte delle partorienti e costituisce, in genere, la principale indicazione. Vi sono, tuttavia, condizioni ostetriche in cui l'indicazione all'analgisia periferica diventa importante: nel travaglio di parto prematuro, postmaturo e prolungato, nei parti gemellari, nella cardiopatia materna, nella preeclampsia, nell'ipertensione gestazionale, nelle malattie respiratorie e nel diabete.

Qual è il momento idoneo per iniziare l'analgisia periferica?

L'analgisia è eseguita nella gestante, consenziente, quando il travaglio è ben avviato, quando le contrazioni uterine sono regolari per tempo, durata ed intensità e solo dopo valutazione dei parametri materno-fetalidaparte dell'equipe ostetrico-ginecologica e anestesiologicala. E'auspicabile, in ogni caso, agire in una fase precoce del travaglio perché, in queste condizioni, le dosi di farmaco utilizzate sono inferiori rispetto a quelle necessarie in una fase più avanzata; il controllo del dolore risulta essere, così, più efficace



Come si esegue l'analgisia loco-regionale?

La gestante è fatta sedere o sdraiare sul fianco sinistro; per facilitare l'individuazione degli spazi intervertebrali, viene invitata a flettere la schiena in modo da formare un arco posteriore.

L'anestesista, una volta individuato lo spazio idoneo ed aver eseguito una piccola iniezione di anestetico locale, inserisce un ago specifico (ago di Tuohy) fino allo spazio peridurale: attraverso lo stesso ago, introdurrà un piccolo catetere che rimarrà in sede fino ad espletamento del parto. Attraverso questo catetere, del diametro di circa 1 millimetro, verrà somministrato un volume di anestetico locale a bassa concentrazione in grado di controllare il dolore che accompagna le contrazioni, senza influenzare la fisiologica dinamica del travaglio e parto.

La procedura non è dolorosa. Le gestanti mantengono la capacità di camminare, in quanto la bassa concentrazione di anestetico locale utilizzata non determina un blocco motore degli arti inferiori.

Quali sono le conseguenze materno-fetali?

L'analgesia loco-regionale riduce lo stress materno ed evita le alterazioni metaboliche connesse al dolore, determinando anche un aumento del flusso sanguigno a livello placentare con migliore ossigenazione del nascituro. I farmaci, utilizzati a bassi dosaggi, non determinano alterazioni nel bambino. Per la madre, in genere, non ci sono conseguenze negative importanti. In un piccola percentuale di casi si possono osservare un transitorio prurito cutaneo, un lieve alterazione della sensibilità degli arti inferiori non influenzante la deambulazione, raramente un lieve dolore nella zona di introduzione del catetere. Un'evenienza rara, comunque risolvibile, è la formazione di un piccolo ematoma nella zona di puntura epidurale. Può comparire Cefalea (*Cefalea PostPunturaDurale*) con un'incidenza che varia dallo 0,2 al 3%, evento causato dall'accidentale puntura di una meninge (dura madre) durante la procedura. Il dolore è localizzato tipicamente fronto-occipitale, compare in stazione eretta e migliora con la posizione supina a letto. La durata è variabile da 2 - 3 giorni ad una settimana o più e l'evoluzione è sempre verso la guarigione.

Il Percorso Partoanalgesia

Presso il Grande Ospedale Metropolitano "Bianco, Melacrino, Morelli, di Reggio Calabria" è attivo il "**Servizio di partoanalgesia h24**". Le donne che vogliono accedere vi devono seguire un percorso, in regime di convenzione (ticket), che si compone da **Visita anestesiologicala e Consenso informato**: la visita anestesiologicala viene effettuata a partire dalla 32^o settimana di gestazione, presso il reparto Ginecologia/Ostetricia sito al 5^o piano; per poter affrontare ogni tipo di circostanza nel modo più adeguato e sicuro.

Durante la visita l'anestesista valuta lo stato di salute della donna con un controllo clinico e un'attenta Anamnesi personale; controlla gli esami clinici e strumentali e l'assenza di controindicazioni all'analgesia per il parto indolore; compila la cartella specialistica e richiede il consenso alle eventuali procedure anestesiologicalhe.

Le prenotazioni saranno effettuate tramite CUP telefonando ai seguenti numeri:

- Da rete fissa: 800.198.629
- Da rete mobile: 09651870549

Per il corretto svolgimento della visita anestesiologicala occorre portare:

1. Impegnativa del Medico Curante con dicitura " Visita Anestesiologicala per parto indolore"
2. Elettrocardiogramma
3. Esami ematochimici recenti
 - Glicemia
 - Azotemia
 - Creatininemia
 - Bilirubinemia Dir, Ind, e tot
 - Uricemia
 - Emoromo completo
 - Assetto coagulativo completo (PT, INR,PTT, Ratio, ATIII, Fibrinogeno)
 - AST/ALT/Gamma Gt
 - Colinesterasi
 - Elettroliti (Na, K, Cl, Fosforo, Mg, Ca)
 - Albuminemia
 - Gruppo sanguigno
 - Markers epatite B e C
 - Colinesterasi
4. Portare con se tutta l'eventuale documentazione clinica riguardante il proprio stato di salute

Le gestanti, durante il colloquio con l'anestesista, potranno ricevere tutte le informazioni riguardanti l'analgesia peridurale per il travaglio di parto spontaneo e l'anestesia per eventuale taglio cesareo.

