



PROCEDURA

ASL LATINA
UOC RISCHIO CLINICO
DIRETTORE DOTT. M. MELLACINAVERS. 1
13/10/2025

Pag.1 di 41

PROCEDURA PER LA PARTO-ANALGESIA

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
13/10/2025	<p>Direttore F.F. UOC Anestesia e Rianimazione DEA II Dott. F. MANIA</p> <p>Dirigente Professione Sanitarie Ostetriche Dott.ssa P. COSCARELLA</p> <p>F.O. Percorso Nascita ed Attività Consultoriale Dott.ssa G. ROSSI</p>	<p>Direttore F.F. UOC Anestesia e Rianimazione DEA II Dott. F. MANIA</p> <p>Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA I Fondi Formia Dott. C. IAVARONE</p> <p>Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Nord Dott. F.A. BATTAGLIA</p> <p>Direttore F.F. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Centro - Fondi Dott.ssa LIPPA</p> <p>Direttore F.F. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Sud Dott. R. BEMBO</p> <p>Direttore F.F. UOC Professioni Sanitarie Reti Ospedaliere Dott. S. DI MAURO</p> <p>Responsabile Qualità e Risk Management Dott. R. MASIERO</p>	<p>Direttore UOC Rischio Clinico Dott. M. MELLACINA</p>	2 Anni
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio / Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di Diffusione	Intranet	Lista di Presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

Gruppo di lavoro:

P. Coscarella - G. Rossi - R. Avilia - D. Iannotta – L. Conti – A. Mazza – D. Aragona – M. Moliterno
– A. Carucci - L. Di Troia – D. Pallante

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura.

SOMMARIO

1. <i>PREMESSA</i>	4
2. <i>SCOPO ED OBIETTIVI</i>	4
3. <i>AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI</i>	4
4. <i>ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI</i>	5
5. <i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>	6
6. <i>VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ITER PROCEDURALE</i>	6
a. Modalità di prenotazione	6
b. Visita ambulatoriale	7
c. Informazione sulla parto-analgesia	7
d. Parto-analgesia	8
e. Tecniche anestesiológicas di parto analgesia	8
f. Complicanze, gestione lesione accidentale dura madre	9
g. Rimozione catetere peridurale	9
7. <i>MANAGEMENT OSTETRICO DEL TRAVAGLIO/PARTO IN ANALGESIA EPIDURALE</i>	10
h. Gestione del travaglio in donne sottoposte a parto-analgesia	12
8. <i>RAPPRESENTAZIONE GRAFICA</i>	14
9. <i>MODALITÀ E FASI DI APPLICAZIONE</i>	16
10. <i>VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE</i>	16
11. <i>RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA</i>	16
12. <i>CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI</i>	16
13. <i>RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI</i>	17
All. 1 <i>CARTELLA DI PARTOANALGESIA</i>	18
All. 2 <i>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA PARTO-ANALGESIA</i>	21
All. 3 <i>CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PARTO-ANALGESIA</i>	25
All. 4 <i>INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTO-ANALGESIA</i>	26
All. 5a <i>PROCEDURA DI PARTO-ANALGESIA</i>	27
All. 5b <i>FARMACI per ANALGESIA EPIDURALE</i>	28
All. 5c <i>FARMACI per ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE</i>	29
All. 6 <i>SORVEGLIANZA E GESTIONE DELLA LESIONE ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE E DELLA CEFALIA POST PUNTURA DURALE</i>	31
All. 7 <i>SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA CEFALIA POST PUNTURA DURALE</i>	32
All. 8 <i>MODULO DI RICHIESTA DELLA PARTO-ANALGESIA</i>	33
All. 9 <i>PROCEDURA PER TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTO-ANALGESIA</i>	34
All. 10 <i>QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO</i>	35
All. 11 <i>CHECKLIST CARRELLO DI PARTO-ANALGESIA</i>	39

1. *PREMESSA*

La Asl di Latina pone particolare attenzione al tema della parto-analgesia, riconoscendo l'importanza di offrire alle donne un'esperienza di nascita più serena e consapevole. Il parto è un evento unico nella vita di una donna, spesso accompagnato da emozioni intense ma anche da timori legati al dolore. Grazie all'evoluzione delle conoscenze mediche e delle tecniche anestesilogiche, oggi è possibile affrontare in modo efficace il controllo del dolore durante il travaglio e il parto, migliorando la qualità dell'esperienza di nascita. Tra le tecniche di sollievo dal dolore, l'analgesia epidurale rappresenta uno dei metodi più efficaci per ridurre l'entità del dolore durante il travaglio di parto. Garantire tale opportunità significa valorizzare il ruolo della donna come protagonista del proprio percorso nascita, nel rispetto dei suoi diritti e delle sue scelte individuali. La Asl di Latina, in linea con i principi di umanizzazione dell'assistenza, si impegna a promuovere l'accesso a questa tecnica analgesica in modo equo e informato, mettendo al centro la salute, il benessere e la dignità della donna.

2. *SCOPO ED OBIETTIVI*

L'obiettivo della procedura è la definizione del percorso della donna gravida che richieda parto-analgesia, il ruolo degli operatori sanitari coinvolti e le modalità attuative della stessa parto-analgesia, garantendo omogeneità di comportamenti fra i membri dell'equipe per salvaguardare la sicurezza della donna 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.

3. *AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI*

Settori e personale coinvolto

- ✓ Personale sanitario (ginecologi, anestesisti, ostetriche) afferente al Dipartimento materno-infantile dei tre punti nascita dell'ASL
- ✓ Pazienti gravide con indicazione alla parto-analgesia

4. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

LMWH	Eparina a basso peso molecolare
PT	Tempo di Protrombina
PTT	Tempo di Tromboplastina Parziale
AST	Aspartato Aminotransferasi
ALT	Alanina Aminotransferasi
PLT	Piastrine
INR	International Normalized Ratio
AL	Anestetico Locale
PA	Pressione Arteriosa
TC	Temperatura Corporea
SPO2	Saturazione Periferica di Ossigeno
FC	Frequenza cardiaca
ECG	Elettrocardiogramma
NIBP	Non-Invasive Blood Pressure
EV	Endovena
CSE	Analgesia Combinata Spino-Peridurale
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
OS	Somministrazione Orale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
DEA	Dipartimento d’Emergenza e Accettazione
UO	Unità Operativa
DSPO	Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero
UOC	Unità Operativa Complessa
CTG	Cardiotocografia
BCF	Battito Cardiaco Fetale
G	Gauge
ML	Millilitri
ML/H	Millilitri Orari
MCG	Microgrammi
MG	Milligrammi
CM	Centimetri
KG	Chilogrammi
U	Unità
DIE	Giorno
DX	Destra
SN	Sinistra
VAS	Scala Analogico-Visiva
ASA	American Society of Anesthesiologist
NRS	Numeric Pain Rating Scale
BMI	Body Mass Index
SLA	Sclerosi Laterale Amniotrofica

5. **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

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

Attività	Figure Responsabili		
	Medico Anestesista	Ostetrica	Medico Ginecologo
Visita ambulatoriale	R	I	I
Ricovero		C	R
Esecuzione parto-analgesia	R	C	I
Monitoraggio benessere materno	R	R	R
Monitoraggio benessere fetale		R	R
Rimozione catetere	R	I	I

Legenda delle relazioni:

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

6. **VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ITER PROCEDURALE**

Le modalità di svolgimento della parto-analgesia comprendono l'informazione alle donne su questa opportunità, la visita ambulatoriale di valutazione, l'esecuzione della parto-analgesia e la gestione del travaglio nelle donne che ne usufruiscono.

a. **Modalità di prenotazione**

Per accedere al servizio di parto-analgesia è necessario:

- Latina (Presidio Ospedaliero Santa Maria Goretti): inviare una e-mail all'indirizzo ostetriciaginecologia.LATINA@ausl.latina.it;
- Fondi (Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio): contattare il numero 0771-505872 oppure 0771-505871 il mercoledì ed il sabato dalle ore 10:00 alle ore 12:00;

- Formia (Presidio Ospedaliero Dono Svizzero di Formia): contattare il numero 0771-779507 oppure 0771-779518 dal lunedì al sabato dalle ore 15:00 alle ore 20:00.

A seguito dell'invio dell'e-mail o della telefonata, la gestante riceverà la data della visita e tutte le informazioni necessarie alla prenotazione della stessa. La prestazione viene erogata in regime ambulatoriale, previo pagamento del corrispondente ticket al CUP (Centro Unico di Prenotazione), presentando l'impegnativa di prenotazione rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista con la seguente dicitura: "Prima visita anestesiológica, primo accesso di partoanalgesia".

b. Visita ambulatoriale

In caso di gravidanza fisiologica, la visita viene effettuata dopo **la 34^a settimana** di epoca gestazionale; in presenza di patologie gestazionali o concomitanti, invece, a partire **dalla 30^a settimana**.

La visita si svolge presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, con le seguenti modalità:

- Latina (Presidio Ospedaliero Santa Maria Goretti): il lunedì pomeriggio dalle ore 14:30 alle ore 16:30 presso la stanza 7 dell'ambulatorio dedicato al servizio anestesiológico;
- Fondi (Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio): il sabato mattina dalle ore 10:00 alle ore 13:00 presso l'ambulatorio centrale dedicato al servizio anestesiológico;
- Formia (Presidio Ospedaliero Dono Svizzero): il giovedì mattina dalle ore 12:00 alle ore 14:00 presso la stanza numero 14 dei Poliambulatori.

La visita prevede: un colloquio informativo, la compilazione della cartella di parto-analgesia (All.1), la firma del consenso informato (All.2), la compilazione del certificato di idoneità alla parto-analgesia (All.3).

La donna dovrà presentarsi alla visita con i referti degli accertamenti eseguiti in gravidanza, in particolare elettrocardiogramma, esame emocromocitometrico completo, prove di coagulazione (PT, PTT, Fibrinogeno, Antitrombina III) e chimica di base (cloro, calcio, potassio, magnesio, azotemia, glicemia, sodio, creatinina, transaminasi AST e ALT, proteine totali), eseguiti non oltre 30 giorni prima della visita. In caso di patologie croniche o concomitanti, è necessario fornire all'anestesista dedicato la documentazione sanitaria ed eventuali referti diagnostici.

L'anestesista, al termine della valutazione, si riserva di indicare ulteriori approfondimenti diagnostici ritenuti necessari. Alla gestante viene rilasciato un certificato di idoneità alla parto-analgesia (All.3), il quale deve essere consegnato al personale medico-ostetrico del triage al momento del ricovero, e inserito nella cartella clinica della donna. La cartella di parto-analgesia, unitamente al consenso informato, viene conservata in un apposito raccoglitore nell'ambulatorio dedicato. Al ricovero della gestante tale documentazione deve essere inserita nella cartella clinica della donna.

c. Informazione sulla parto-analgesia

Alle gestanti, a sostegno di una scelta libera, consapevole e responsabile, vengono fornite informazioni chiare e complete sulle metodiche di analgesia e sulle tecniche di supporto, farmacologico e non, per la gestione del dolore. Tali informazioni comprendono le indicazioni all'uso, le controindicazioni (All.4), i possibili benefici per la madre e per il feto e le eventuali complicanze. Le donne che

desiderano ricevere informazioni sulla parto-analgesia possono consultare l'opuscolo informativo disponibile presso i Consultori Familiari e gli ambulatori della gravidanza nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Asl di Latina. Ulteriori informazioni vengono fornite negli incontri di accompagnamento alla nascita, organizzati dai Consultori Familiari, in collaborazione con le equipe ospedaliere, al fine di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

d. Parto-analgesia

E' prevista nei tre punti nascita una guardia anestesiológica con le seguenti modalità:

- presenza diurna dalle ore 08:00 alle ore 20:00;
- presenza notturna dalle ore 20:00 alle ore 08:00;
- festivi e festività h 24.

Il responsabile della procedura clinica anestesiológica, per competenze specifiche e per tutta la durata della stessa, è il medico specialista in Anestesia e Rianimazione, il quale collabora attivamente con il personale ostetrico e medico ginecologico per tutta la durata del travaglio, del parto e del post-partum.

e. Tecniche anestesiológicas di parto analgesia

Le tecniche neuro assiali 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)

All'inizio della fase attiva del travaglio, l'ostetrica avvisa il ginecologo di guardia, che compila il modulo di richiesta della parto-analgesia (All.8) e lo inoltra all'anestesista di guardia. **Qualora la donna non abbia effettuato la visita anestesiológica in ambulatorio, ma faccia comunque richiesta di parto-analgesia, l'ostetrica contatterà, previo assenso del medico ginecologo, l'anestesista di guardia, in modo che l'eventuale valutazione anestesiológica venga effettuata prima dell'inizio della fase attiva del travaglio.**

Laddove la donna richieda di effettuare la parto analgesia in fase attiva di travaglio senza aver effettuato la visita anestesiológica preliminare, la procedura anestesiológica non potrà essere eseguita. Inoltre, la mancata idoneità della paziente alla parto-analgesia in fase di valutazione ambulatoriale è vincolante, a meno che non si siano modificate le condizioni cliniche della paziente.

Ricevuta la richiesta di parto-analgesia, 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 parto-analgesia.

Durante l'esecuzione della parto-analgesia, l'anestesista si avvale della collaborazione del personale ostetrico, che provvederà alla preparazione della donna e al monitoraggio materno-fetale, come da procedura (All.5).

I boli di farmaci anestetici infusi nel catetere epidurale devono essere praticati esclusivamente dall'anestesista dedicato all'esecuzione della parto-analgesia.

La parto-analgesia deve essere registrata sulla scheda SDO.

Il materiale utilizzato per il posizionamento del catetere peridurale è contenuto in un carrello dedicato presente in sala parto, per il quale è stata predisposta un'apposita checklist di verifica del materiale (All.11). Il controllo del materiale disponibile nel carrello deve essere effettuato dal personale ostetrico preferibilmente all'inizio di ogni turno. In ciascuna sala parto e sala travaglio sarà presente un monitor multiparametrico per il monitoraggio materno e un cardiocotografo per il monitoraggio fetale.

f. Complicanze, gestione lesione accidentale dura madre

Prima di iniziare la parto-analgesia 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 con l'ago o con lo stesso catetere, si dovrà procedere come previsto negli allegati 6 e 7.

La compilazione dell'allegato 7 è a carico dell'anestesista. Il personale ostetrico ha il compito di eseguire le indicazioni prescritte dall'anestesista, tra cui il monitoraggio dei parametri vitali.

Qualora la lesione sia solo sospetta, la donna dovrà essere comunque monitorizzata utilizzando la scheda dell'allegato 7.

g. Rimozione catetere peridurale

Dopo il controllo clinico della puerpera da parte del personale ostetrico, a due ore dall'espletamento del parto, la rimozione del catetere peridurale verrà eseguita dall'anestesista.

Nel caso in cui l'anestesista non possa eseguire tale procedura, l'ostetrica (preventivamente formata sia sulla corretta modalità di rimozione che sulle osservazioni da effettuare sul cateterino rimosso) può rimuovere il catetere epidurale, su **prescrizione del medico anestesista in cartella clinica**. L'esecuzione della rimozione deve essere annotata in cartella clinica dall'ostetrica con la seguente dicitura: ***"Rimozione del catetere epidurale in asepsi in modo integro e atraumatico, eseguita come da prescrizione dell'anestesista Dott./Dott.ssa....."***.

Nel caso in cui si sia verificata, o si sospetti, una lesione accidentale della dura madre, vedere l'allegato 6 per i tempi di rimozione.

Se la puerpera deve iniziare dopo il parto una profilassi con eparina a basso peso molecolare (LMWH), l'anestesista dovrà 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, deve essere mobilizzata precocemente e mantenere un'adeguata idratazione. Al momento della rimozione del catetere l'anestesista verifica la completa regressione del blocco sensitivo- motorio e la mancanza di sanguinamento o arrossamento della cute nella zona di inserzione.

Il personale ostetrico contatterà l'anestesista esecutore della procedura o in sua assenza l'anestesista di guardia qualora sospettasse la presenza di ematomi o di altre lesioni occupanti spazio a livello perimidollare, al fine di intraprendere l'opportuno percorso diagnostico, compresa RMN.

7. MANAGEMENT OSTETRICO DEL TRAVAGLIO/PARTO IN ANALGESIA EPIDURALE

Richiesta di Parto-analgesia	Procedura blocco perimidollare
Al momento del ricovero della partoriente, l'ostetrica accoglie e identifica la donna, verifica se la donna ha eseguito la visita ambulatoriale finalizzata alla parto-analgesia e la presenza degli esami necessari. Nel caso acceda in sala parto una donna che non ha eseguito la visita ambulatoriale, l'ostetrica contatta l'anestesista e il ginecologo per valutare se la visita possa essere effettuata prima della fase attiva del travaglio di parto. Non saranno eseguite valutazioni anestesilogiche in fase attiva di travaglio. L'analgesia con tecniche neuro assiali si può effettuare all'inizio del travaglio, quando la frequenza delle contrazioni uterine è regolare e la cervice uterina è in via di appianamento e centralizzazione.	Prima dell'esecuzione del blocco, l'ostetrica: <ul style="list-style-type: none"> • Esegue un monitoraggio cardiotocografico (CTG) di 30/40 minuti • Incannula una vena periferica (18G) • Sospende l'eventuale infusione di ossitocina 30' prima, per tutta la durata dell'esecuzione del blocco neuro assiale e fino a 30' dopo il posizionamento del catetere peridurale, per ridurre gli episodi di ipertono uterino. Non saranno necessarie ulteriori sospensioni. • Predispone il carrello della parto-analgesia ed il materiale necessario all'esecuzione della tecnica neuro assiale scelta dall'anestesista. • Prepara la gestante all'esecuzione della procedura e invita l'eventuale accompagnatore ad attendere fuori dalla sala parto.

Procedura blocco perimidollare	Procedura blocco perimidollare
Durante l'esecuzione del blocco, l'ostetrica: <ul style="list-style-type: none"> • In collaborazione con l'anestesista, posiziona la gestante in decubito laterale sinistro o in posizione seduta. • Collabora alla preparazione del campo sterile sul quale vengono collocati i farmaci e presidi necessari per l'esecuzione della procedura. • Insieme all'anestesista, aiuta la donna a mantenere la posizione, restando in contatto verbale e rassicurante con essa. 	Dopo l'esecuzione del blocco, l'ostetrica: <ul style="list-style-type: none"> • Rileva i parametri vitali (PA, FC, TC, SpO2) della partoriente. • Esegue il monitoraggio cardiotocografico (CTG) per i 30'/40' successivi. Ripeterà la CTG nei 30'/40' successivi ad ogni somministrazione di farmaci in peridurale, nei quali è da ritenersi obbligatoria. • Allerta sempre il ginecologo e l'anestesista in caso di modificazione dei parametri vitali della gestante o alterazioni del BCF. • Avvisa l'anestesista in caso di ulteriore necessità di analgesia (è importante non lasciar passare troppo tempo dal momento della richiesta al momento del nuovo bolo).

	<ul style="list-style-type: none"> • Favorisce il movimento ed il cambio di posizione della gestante, previo consenso dell'anestesista. • Informa l'anestesista e il ginecologo di tutte le variazioni importanti del travaglio. • Allerta sempre l'anestesista durante l'espletamento del parto.
--	--





RICORDIAMO:

Sterilità	Periodo Dilatante	P. Dilatante/Espulsivo
Tutto il personale coinvolto nella procedura di posizionamento del catetere peridurale deve rispettare le regole di sterilità, sia nella preparazione dei campi sterili che nell'utilizzo dei dispositivi di protezione.	L'analgesia peridurale in corso di travaglio di parto mantiene o aumenta la dominanza fundica, cioè il gradiente di pressione tra fondo e segmento uterino inferiore, per cui si può determinare un transitorio aumento del tono di base.	Il passaggio dal primo al secondo stadio è avvertito dalla donna come la trasformazione della sensazione (non dolorosa) di contrazione addominale in sensazione (non dolorosa) di pressione sul retto.

Problematica etica	Effetti della peridurale sul travaglio di parto	ATTENZIONE
Chiedere l'interruzione della parto-analgesia nella fase espulsiva è una condotta eticamente discutibile nei confronti della donna, che si trova costretta ad affrontare e collaborare nella fase espulsiva quando il dolore si riaffaccia in modo significativo. Nel caso avvenisse dovrà essere annotato nella cartella clinica motivandolo.	Una possibile interferenza dell'epidurale con la dinamica del travaglio si può osservare nel II° stadio del travaglio. E' possibile un'inibizione del riflesso di Ferguson e se il blocco è particolarmente esteso, può determinare un'ipotonìa dei muscoli addominali con relativa riduzione della spinta. L'assenza di stimolo doloroso, inoltre, può mascherare il passaggio dal I° al II° stadio del travaglio. Il prolungamento abnorme del II° stadio è da evitarsi. La fase espulsiva è un momento particolarmente a rischio per l'istaurarsi di una condizione di acidosi fetale.	Tutte le terapie (prescritte dai medici), osservazioni, valutazioni e procedure effettuate nel corso del travaglio/parto devono essere regolarmente trascritte nella cartella clinica.

Bromage score	Test di Romberg	VAS
Valuta il blocco motorio della donna. Valutazione a muovere		

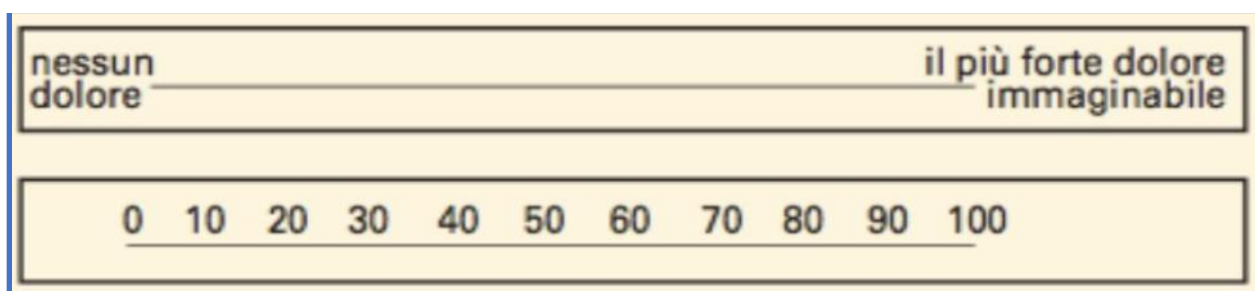
<p>gli arti inferiori con punteggio da 0 a 3.</p> <p>0: assenza di blocco motorio, flessione completa ginocchio e piede</p> <p>1: incapacità a sollevare l'arto esteso, muove solo il ginocchio</p> <p>2: incapacità di flettere il ginocchio, muove solo il piede</p> <p>3: assenza di movimento</p>	<p>Il test di Romberg è un esame neurologico utilizzato per valutare l'equilibrio e la propiocezione, ovvero la capacità del corpo di percepire la posizione nello spazio</p>	<p>La VAS è una metodica che valuta l'intensità del dolore tramite la visualizzazione di una scala rettilinea di 100 mm che ha come estremi da una parte "nessun dolore" e dall'altra il "massimo dolore possibile".</p> <p>Un valore³ 30 è considerato esprimere un dolore che necessita di analgesia.</p>
---	---	--

			
BROMAGE 3	BROMAGE 2	BROMAGE 1	BROMAGE 0
Incapacità di flettere l'articolazione della caviglia. Incapacità di muovere il piede o il ginocchio.	Incapacità di flettere il ginocchio. Capacità di muovere soltanto il piede.	Incapacità di sollevare la gamba estesa. Lieve capacità di muovere il ginocchio.	No blocco motorio. Completa flessione del ginocchio e del piede.

Valutazione del dolore del travaglio e del parto

Scala unidimensionale quantitativa

Scala analogica visiva



h. Gestione del travaglio in donne sottoposte a parto-analgesia

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

- *Idratazione ed alimentazione*

Iniziare un'idratazione endovenosa prima di eseguire la parto-analgesia (almeno 1000 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 di taglio cesareo, seguire le indicazioni contenute nell'allegato 9.

- *Mobilizzazione*

Le gravide sottoposte ad analgesia peridurale dovrebbero essere incoraggiate a muoversi e ad assumere le posizioni più comode durante il travaglio. L'analgesia peridurale non preclude la deambulazione, dopo che l'anestesista ha verificato la capacità di deambulare e di mantenere l'equilibrio della donna (All. 5).

- *Gestione della seconda fase del travaglio e del parto*

Al raggiungimento della dilatazione completa, i dosaggi dei farmaci normalmente utilizzati non aboliscono il riflesso di spinta.

L'anestesista di guardia deve essere presente al momento del parto ed è responsabile della condotta anestesilogica e del monitoraggio materno fino all'uscita della puerpera dalla sala parto due ore dopo l'espletamento del parto. Dopo l'espletamento del parto, il catetere peridurale può essere utilizzato dall'anestesista per garantire un'adeguata copertura antalgica in corso di episiorrafia o di revisione della cavità uterina.

Il giorno successivo al parto verrà consegnato alla donna il questionario di gradimento (All. 10), che dovrà essere compilato e riconsegnato prima della dimissione.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINA

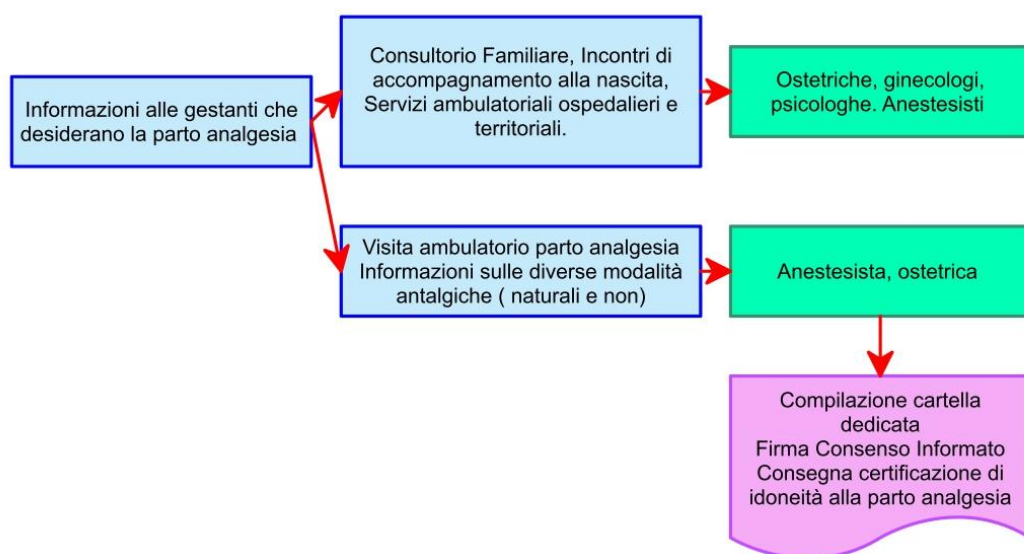


REGIONE
LAZIO

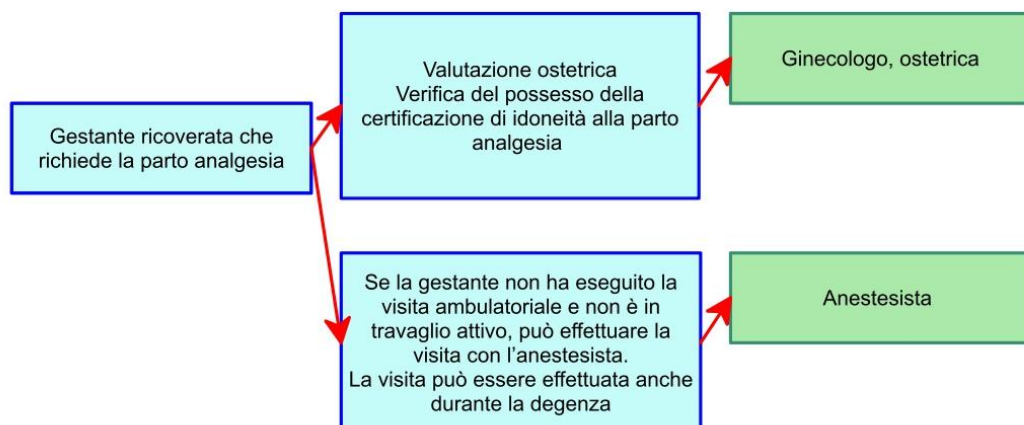
8. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA

Partoanalgesia

1

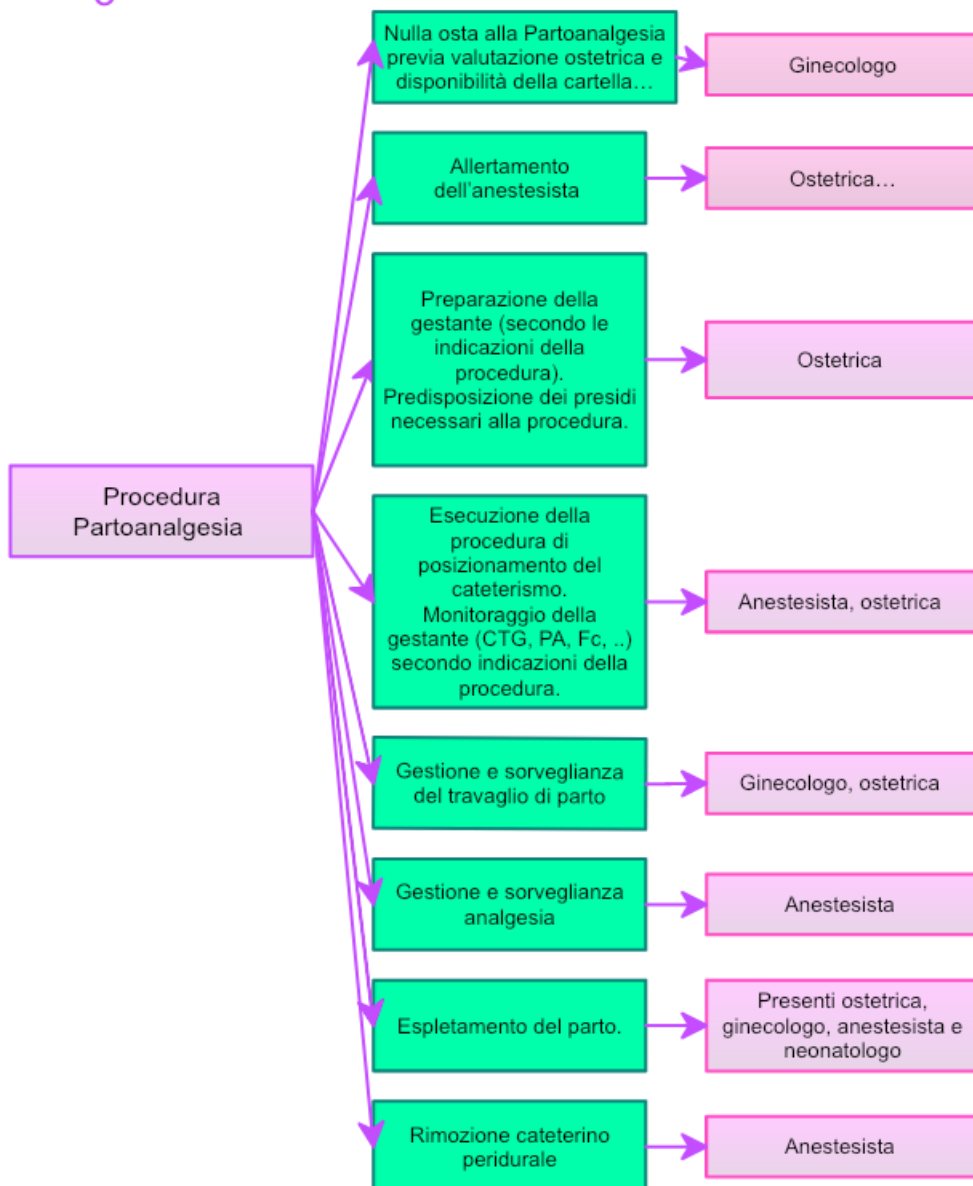


2



Partoanalgesia

3



9. MODALITA' 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".

10. VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE

La verifica continua della corretta applicazione della procedura viene effettuata dal personale medico e ostetrico 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 (D.S.P.O.). Il referente anestesista di parto-analgesia avrà cura di monitorare semestralmente gli indicatori individuati, producendo una relazione semestrale che li analizza, indirizzata ai responsabili delle U.O. coinvolte e alla D.S.P.O., al fine di avviare una valutazione congiunta per un'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 parto-analgesia in rapporto a gravide non sottoposte a tali 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.

11. RINTRACCIABILITA' 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".

12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della procedura saranno effettuate dall'U.O.C. Rischio Clinico e dalle U.O. coinvolte e preposte in caso di modifica della legislazione o a seguito di modifiche dell'organizzazione ospedaliera.

13. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- L. SNLG-ISS Linea guida 19 “Taglio cesareo: una scelta appropriate e consapevole” Pubblicato gennaio 2012
- M. 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
- N. Obstetric Anaesthetists’ Association (OAA) – Information for Mothers www.oaa-anaes.ac.uk
- O. 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.
- P. Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery *N Engl J Med* 2003; 348 (4); 319-32
- Q. 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
- R. Parpaglioni R, Frigo MG, Lemma A Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor *Anesthesiology* 2005; 103(6): 1233-37
- S. Polley LS, Columb MO, Naughton NN Relative analgesic potencies of levobupivacaine and ropivacaine in epidural analgesia for labor *Anesthesiology* 2003; 99: 1354-8
- T. 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
- U. 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.
- V. 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.
- W. 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
- X. Marley-Forster PK, Reid DW, Vandeberghe H A comparison of patient-controlled analgesia fentanyl and alfentanil for labour analgesia *Can J Anaesth* 2000; 47: 113-9
- Y. Capogna G. Epidural Labor Analgesia: childbirth without Pain. Springer Ed. 2015
- Z. SIAARTI. Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio “Anestesia ed Analgesia in Ostetricia” della SIAARTI. Maggio 2015
- AA. Parpaglioni R, et al. Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor. *Anesthesiology* 2005; 103 (6): 1233-37.

AII. 1 CARTELLA DI PARTO ANALGESIA

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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> Cesareo <input type="checkbox"/> Valutazione colonna vertebrale:					
ANAMNESI OSTETRICO-ANESTESIOLOGICA					
Andamento gravidanza e patologie associate: Ipertensione <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Coagulopatie <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>					
Farmaci assunti:					
Allergie no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :					
Precedenti interventi chirurgici:					
Patologie d'interesse anestesilogico:					
Esami ed ECG:					
ASA	E' possibile effettuare epidurale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Timbro e Firma dell'Anestesista rianimatore					

PARTO-ANALGESIA

Data:	Ora posizionamento catetere:			Anestesista:		
Tecnica:	epidurale <input type="checkbox"/>		spinale <input type="checkbox"/>		combinata <input type="checkbox"/>	
Posizione paziente:	seduta <input type="checkbox"/>		laterale dx <input type="checkbox"/>		laterale sn <input type="checkbox"/>	
Interspazio:	L1-L2 <input type="checkbox"/>	L2-L3 <input type="checkbox"/>	L3-L4 <input type="checkbox"/>	L4-L5 <input type="checkbox"/>	L5-S1 <input type="checkbox"/>	
Approccio:	mediano <input type="checkbox"/>		paramediano dx <input type="checkbox"/>		paramediano sn <input type="checkbox"/>	
Mandrino:	gassoso <input type="checkbox"/>			liquido <input type="checkbox"/>		
Ago:	Tuohy <input type="checkbox"/> G 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>		catetere: G 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>	
Spazio epidurale:	a cm dalla cute		catetere inserito per..... cm			
Dose test:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		farmaco:.....quantità:.....			
	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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Strumentale: forcipe <input type="checkbox"/> ventosa <input type="checkbox"/>
Episiotomia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sutura episiotomia: farmaco:.....quantità:.....	
Complicanze materne:		
APGAR:.....Complicanze neonatali:		
Note:		
Rimozione catetere: data:____/____/____ Ore:____ Firma anestesista:		

AII. 2 INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA PARTO-ANALGESIA

UOC ANESTESIA-RIANIMAZIONE DEA I- DEA II

La parto-analgesia è una tecnica per il controllo del dolore durante il travaglio di parto.

Come tutte le procedure mediche, la parto-analgesia viene praticata solo se c'è il **consenso informato** da parte della partoriente.

Quella che segue è quindi una **breve descrizione della metodica**, questa vi verrà più ampiamente illustrata nel corso dell'incontro informativo con il medico Anestesista, durante il quale potrete chiedere ulteriori informazioni e chiarimenti.

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 (i nervi che trasportano lo stimolo doloroso dall'utero, cervice uterina e vagina al cervello).

Il posizionamento di un catetere epidurale nella schiena e la gestione dell'analgesia possono **essere effettuate unicamente da un anestesista**.

La posizione che la partoriente deve assumere durante il posizionamento del catetere epidurale è molto importante per la buona riuscita della manovra. Si utilizza la posizione seduta o in decubito supino.

Attraverso questo catetere si possono quindi somministrare i farmaci per il controllo del dolore, in una o più dosi (a seconda della necessità) e in stretta vicinanza delle fibre nervose interessate.

La procedura può, in alcuni casi (1-3%), risultare tecnicamente difficile o impossibile o esitare in un risultato incompleto (analgesia parziale).

Una volta posizionato il catetere epidurale saranno necessari circa 20 minuti perché l'anestetico somministrato faccia effetto.

Solitamente la parto-analgesia può essere eseguita **quando il travaglio è già iniziato** (ha una buona efficacia analgesica nel 95-100% dei casi nella fase dilatante del travaglio) mentre l'efficacia analgesica è inferiore nella fase espulsiva del travaglio ed è riferita come insoddisfacente nel 20-25% dei casi.

La gestione dell'analgesia epidurale secondo i protocolli utilizzati nel nostro ospedale non aumenta globalmente la durata media del travaglio (si assiste ad una riduzione dei tempi della dilatazione della cervice uterina e ad un aumento dei tempi della fase espulsiva, con minime differenze nel tempo totale del parto) né richiede un utilizzo maggiore di parto strumentale.

Durante il travaglio in analgesia può rendersi necessario, come del resto durante il travaglio senza analgesia, il ricorso al Taglio Cesareo. L'epidurale può essere utilizzata **nel caso in cui si renda necessario un taglio cesareo**. Tuttavia, l'anestesista potrà decidere di rimuovere il catetere epidurale ed effettuare l'anestesia spinale, oppure di dover ricorrere all'anestesia generale in base alle condizioni cliniche materne o fetali.

Il catetere viene rimosso di regola dopo due ore dal 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.

Tuttavia, come avviene per tutte le manovre mediche invasive sono possibili alcune **complicanze**.

La parto-analgesia può avere delle complicanze, che possono essere comuni (<1:100), rare (<1:1000) o molto rare (<1:10.000)

COMPLICANZE COMUNI

- analgesia inadeguata
- prurito o rialzo della temperatura corporea e brividi
- ipotensione (riduzione della pressione sanguigna)
- bradicardia fetale
- nausea e vomito
- lombalgia
- allergie o reazioni avverse alla somministrazione dei farmaci analgesici
- riduzione dell'attività contrattile uterina e con prolungamento del periodo espulsivo e necessità di utilizzo più frequente di ossitocina e/o di strumenti di ausilio al parto, in determinate e specifiche situazioni
- insorgenza di parestesie, formicolii o alterata sensibilità agli arti inferiori ad evoluzione benigna

COMPLICANZE RARE

- puntura accidentale della dura madre (1-2%), quando l'ago introdotto nella schiena oltrepassa lo spazio epidurale determinando insorgenza di cefalea che necessita l'allettamento nelle 72 ore successive al parto e trattamento farmacologico del dolore
- lesioni nervose periferiche da trauma

COMPLICANZE MOLTO RARE

- ematoma epidurale con possibili danni neurologici (<1 caso su 100.000 analgesie)
- ascesso epidurale
- meningite
- tossicità sistemica (cardiotossicità, neurotossicità) da rapido assorbimento in circolo di anestetico locale (0,06/10.000)
- cefalea protratta

Io sottoscritta

nata a il.....e residente/i in

nella qualità di.....

In previsione dell'espletamento del parto, a seguito della mia richiesta di parto-analgesia

dichiaro di essere stata informata in maniera chiara, completa e comprensibile **dal/dalla Dott./Dott.ssa**

.....

con il supporto del mediatore culturale

..... (quando necessario)

Sono stata informata che, al momento del travaglio, dovranno essere **confermate le mie condizioni** cliniche precedentemente valutate e che la parto-analgesia potrebbe essere annullata, oltre che per variazioni del mio *stato di salute*, anche per motivi organizzativi tali da non garantire un'adeguata assistenza.

Accetto che, su esplicita richiesta del ginecologo, se questi sulla base di considerazioni cliniche lo ritenga opportuno, l'analgesia possa essere differita o interrotta In qualsiasi momento durante il travaglio.

Io stessa potrò in ogni momento richiedere l'interruzione dell'analgesia, per quanto tecnicamente possibile.

Sono stata informata, infine, sulle tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali, materne e fetali, che saranno adottate durante il travaglio ed il parto e sul fatto che le mie condizioni di **salute** mi collocano nella classe di rischio anestesiológico

ASA 1 2 3 4 5

relativamente all'espletamento del parto vaginale in analgesia ed all'anestesia per l'eventuale Taglio Cesareo.

Eventuali annotazioni

.....
.....
.....
.....
.....

Letto e compreso quanto sinteticamente riportato nel presente documento costituito di n.3 (tre) pagine, valutate tutte le informazioni ricevute ed i chiarimenti che, su mia richiesta, mi sono stati forniti,

RICHIEDO E ACCONSENTO

Di essere **sottoposta** alla tecnica di parto-analgesia, come illustrato nella documentazione informativa ricevuta

DICHIARO DI ACCONSENTIRE

All'utilizzo della tecnica epidurale o subaracnoidea, anche per l'anestesia di un eventuale Taglio Cesareo qualora questo intervento si rendesse necessario durante il travaglio.

Data:.....Firma:

Timbro e firma del Medico Anestesista

AII. 3 CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PARTO-ANALGESIA

Sig.ra: _____

Data di nascita: ____/____/____

Luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Gravidanza n.: _____

Epoca gestazionale alla visita: _____ settimane

Esito della visita anestesiologicala

☐ La signora è risultata IDONEA alla parto-analgesia

☐ Non idonea / rivalutazione necessaria

Note cliniche

Firma e Timbro del Medico Anestesista

Data: ____/____/____

Avvertenze per la gestante

- Questo documento deve essere presentato al momento del ricovero per il travaglio/parto.
- Portare con sé copia di eventuali esami ematici recenti.
- Conservare con cura il presente certificato.

AII. 4 INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PARTO-ANALGESIA

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 della 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 giorni 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 poliomieliti
- 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.

AII. 5a PROCEDURA DI PARTO-ANALGESIA

MONITORAGGIO

- monitoraggio materno ad intervalli prestabiliti (ogni 10' per i primi 30' dall'inizio e dopo ogni bolo, poi ogni 60 minuti) 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 minuti dall'inizio dell'analgesia loco regionale;
- dopo 45-60 minuti circa dall'inizio della parto-analgesia 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 minuti 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 (18G).

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 del posizionamento del catetere peridurale e riprenderla dopo 30 minuti dal primo bolo (per minimizzare il rischio di ipertono uterino) secondo l'indicazione medica.
- Non lasciare mai la donna in posizione completamente supina (elevato rischio ipotensione materna e sofferenza fetale).

TECNICA

- Con il supporto dell'ostetrica, la partoriente deve essere posizionata in postura seduta o in decubito laterale, secondo le indicazioni dell'anestesista, al fine di favorire il corretto posizionamento del cateterino;
- utilizzare il materiale contenuto nel carrello dedicato alla parto-analgesia;
- indossare e far indossare a tutto il personale coinvolto nella procedura cappellino e maschera 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.

AII. 5b FARMACI per ANALGESIA EPIDURALE

AII. 5 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	5 -10	✓ Ropivacaina 0.10% ✓ L-bupivacaina 0.0625 %	10-20 10-20
3-5	-1	✓ Ropivacaina 0.10% ✓ L-bupivacaina 0.0625 % + Sufentanyl 10	15-20	✓ Ropivacaina 0.15 -02% ✓ L-bupivacaina 0.062 %	15- 20
3	-2 / -1	✓ Inf. continua L-bupivacaina 0.0625 % + Sufentanyl 0.5 µg /ml a 10 ml/ora Bolo da 10 ml. Lock out time: 30 min.			
>6		✓ Ropivacaina 0.15% ✓ L-bupivacaina 0.1-0.125%	15-20 10-15	✓ Ropivacaina 0.20% ✓ L-bupivacaina 0.125%	10 10-20
completa	-1 / 0	✓ Ropivacaina 0.20% ✓ L-bupivacaina 0.125%	10-15 12-15		
episiiorrafia		✓ Lidocaina/mepivacaina 1-2% ✓ 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 60 – 90 minuti.

Nella donna secondi gravida o multipara, è possibile iniziare la parto-analgesia 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 parto-analgesia 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. 5c FARMACI per ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE

FARMACI PER ANALGESIA COMBINATA SPINALE-EPIDURALE	
✓	Bupivacaina o L-bupivacaina 1-1.5 mg + Fentanyl 10-15 µ (volume tot. 4-5 ml) in spinale
✓	Proseguire con protocollo farmacologico come per analgesia epidurale (primo bolo dopo 60')

Durante le fasi finali del periodo dilatante (dilatazione > 6-7 cm), specie nella pluripara, in alternativa al posizionamento tardivo di un catetere peridurale, può essere utilizzata **un'analgesia subaracnoidea single shot**. Tale tecnica permette, in alcuni casi, di risolvere la fase espulsiva sbloccando un travaglio indotto che procede con difficoltà.

FARMACI PER ANALGESIA SPINALE					
Dilatazione (cm)	Posizione testa	dose iniziale (farmaco e dose)	Vol (ml)	dose successiva (farmaco e dose)	Vol (ml)
>6-7		✓ sufentanyl 2,5-5 µg ✓ fentanyl 15 µg (0,3) ml ✓ L-bupivacaina 0.5 % 1.5-2,5 mg	4-5 ml	/	/

TABELLE DILUIZIONE FARMACI				
Sufentanil	mcg	Soluzione fisiol da aggiungere	Volume finale	Concentrazione finale
1 ml	50 mcg	19 ml	20 ml	2,5 mcg/ml
1 ml	50 mcg	9 ml	10 ml	5 mcg/ml
1 ml	50 mcg	4 ml	5 ml	10 mcg/ml

Ropivacaina fiale 2 mg/ml (ml da aspirare)	mg contenuti nel volume aspirato	Soluzione fisiologica (ml da aggiungere)	Volume finale (ml)	% Finale	Concentrazione mg/ml
1 ml	2 mg	4 ml	5 ml	0,04 %	0,4 mg/ml
1,25 ml	2,5 mg	3,75 ml	5 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
1,5 ml	3 mg	3,5 ml	5 ml	0,06 %	0,6 mg/ml
5 ml	10 mg	15 ml	20 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
6 ml	12 mg	14 ml	20 ml	0,06 %	0,6 mg/ml
7 ml	14 mg	13 ml	20 ml	0,07 %	0,7 mg/ml
8 ml	16 mg	12 ml	20 ml	0,08 %	0,8 mg/ml
9 ml	18 mg	11 ml	20 ml	0,09 %	0,9 mg/ml
10 ml	20 mg	10 ml	20 ml	0,10 %	1 mg/ml
15 ml	30 mg	5 ml	20 ml	0,15 %	1,5 mg/ml
20 ml	40 mg	0	20 ml	0,20 %	2 mg/ml

Levobupivacaina fiale 2,5 mg/ml (ml da aspirare)	mg contenuti nel volume aspirato	Soluzione fisiologica (ml da aggiungere)	Volume finale (ml)	% Finale	Concentrazio ne mg/ml
0,5 ml	1,25 mg	9,5 ml	10 ml	0,0125 %	0,125 mg/ml
0,5 ml	1,25 mg	4,5 ml	5 ml	0,025 %	0,25 mg/ml
0,75 ml	1,87 mg	4,25 ml	5 ml	0,03 %	0,3 mg/ml
1 ml	2,5 mg	4 ml	5 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
4 ml	10 mg	16 ml	20 ml	0,05 %	0,5 mg/ml
5 ml	12,5 mg	15 ml	20 ml	0,0625 %	0,625 mg/ml
6 ml	15 mg	16 ml	20 ml	0,075 %	0,75 mg/ml
7 ml	17,5 mg	13 ml	20 ml	0,0875 %	0,875 mg/ml
8 ml	20 mg	12 ml	20 ml	0,10 %	1 mg/ml
9 ml	22,5 mg	11 ml	20 ml	0,1125 %	1,125 mg/ml
10 ml	25 mg	10 ml	20 ml	0,125 %	1,25 mg/ml

AII. 6 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 (All. 7). 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 tromboprolissi con LMWH fino alla dimissione, a partire da 6 ore dopo la rimozione del catetere peridurale, se allettamento superiore a 7 giorni.

AII. 7 SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA 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: _____

AII. 8 MODULO DI RICHIESTA DELLA PARTO-ANALGESIA

Si richiede la **PARTO-ANALGESIA** per la paziente: _____

Nata il: _____ gravida _____ para _____ alla _____ settimana di gestazione

Ha effettuato videat anestesilogico: sì ☐ 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. _____

AII. 9 PROCEDURA PER TAGLIO CESAREO IN CORSO DI PARTO-ANALGESIA

1. Controlli pre-intervento:

compilazione del cartellino di anestesia, verifica dell'avvenuta firma del consenso all'anestesia e del consenso alla 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, SpO2 ;

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 ☐ 30° mentre si instaura il blocco e tronco sollevato di ☐ 20°;

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

AII. 10 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		

Come giudica la sua esperienza di “parto indolore”?

- ☐ decisamente positiva
- ☐ abbastanza soddisfacente
- ☐ negativa

L'analgesia epidurale durante il parto è stata all'altezza delle sue aspettative?

- ☐ sì ☐ sì, ma solo in parte ☐ no

Perché?.....

Aveva programmato in anticipo di effettuare l'analgesia in travaglio di parto?

- ☐ sì ☐ no

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).....

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

- ☐ sì ☐ no

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).....
.....

La procedura di posizionamento del catetere peridurale è stata:

- ☐ per niente dolorosa ☐ abbastanza dolorosa ☐ molto dolorosa

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?.....

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?.....

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?.....

L'informazione sulla parto-analgesia fornita dal medico anestesista in sede di visita preliminare, è stata esauriente?

- ☐ sì ☐ no ☐ solo in parte

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

- ☐ ugualmente partecipe ☐ meno partecipe

Durante la parto-analgesia ha potuto:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> recarsi in bagno | <input type="checkbox"/> mangiare e/o bere |
| <input type="checkbox"/> dormire | <input type="checkbox"/> muoversi liberamente |

Ha accusato malesseri oppure ha lamentato dolori dopo la parto-analgesia?

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

Se dovesse partorire nuovamente, richiederebbe ancora la parto-analgesia?

- ☐ sì ☐ no

Perché?.....

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

- ☐ sì ☐ no

Perché?.....

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

- ☐ no ☐ sì

(specificare).....
.....

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

- ☐ sì ☐ no

(specificare).....
.....

Note/suggerimenti:

.....

.....

.....

.....

Data____/____/____

AII. 11 CHECKLIST CARRELLO DI PARTO-ANALGESIA

Ospedale.....

UOC.....Servizio

CASSETTO 1		
Presidio	Quantità	Scadenza
Kit Epidurale: <ul style="list-style-type: none"> Ago di Tuohy 18G/16G Catetere epidurale Filtro antibatterico Siringa a Bassa Resistenza (LOR - Loss Of Resistance) 	7	
Guanti Sterili (6 – 6e1/2 – 7 – 7e1/2 – 8)	3 per ogni taglia	
Ago Spinale (25G e 27G)	4 per ogni misura	
Forbici	1	
Biopatch (disco protettivo)	1 scatola	
Cerotto Biofix	1	
CASSETTO 2		
Presidio	Quantità	Scadenza
Farmaci: <ul style="list-style-type: none"> Levobupivacaina (2.5 mg/ml – 5 mg/ml) Mepivacaina 2% Lidocaina 2% Ropivacaina 2% 	1 scatola per farmaco	
CASSETTO 3		
Presidio	Quantità	Scadenza
Cuffietta per Capelli Monouso	15	
Mascherine Chirurgiche	15	
Guanti Monouso Taglia S	1 scatola	
Guanti Monouso Taglia M	1 scatola	
Guanti Monouso Taglia L	1 scatola	

CASSETTO 4

Presidio	Quantità	Scadenza
Siringhe: <ul style="list-style-type: none"> • Insulina • 2 ml • 5 ml • 10 ml • 20 ml 	10 per ogni tipo	
Siringhe Luer Lock (20 ml)	10	
Deflussori	5	
Laccio Emostatico	1	
Aghi Cannula (16G e 18G)	5 per ogni misura	
Cerotti Medicazione Adesiva (10 cm x 20 cm)	10	
Cerotti Medicazione Adesiva (8 cm x 20 cm)	10	
Cerotti Medicazione Trasparente in Poliuretano (7 cm x 8.5 cm)	10	
Cerotti Medicazione Trasparente in Poliuretano (8.5 cm x 11 cm)	10	

CASSETTO 5

Presidio	Quantità	Scadenza
Fisiologica 500 ml	3	
Fisiologica 10 ml	50	
Fisiologica 100 ml	10	
Betadine	1	
Clorexidina 2%	1	
Garze Sterili	10 confezioni	
Kit Anestesia Spinale	5	

Ogni volta che si effettua la parto-analgesia, rifornire il carrello.