

Procedura
PER LA PARTOANALGESIA

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa E. De Rose Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Enna	22-6-23	<i>E. De Rose</i>
	Dott. G. Campochiaro Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione Enna	26-6-23	<i>G. Campochiaro</i>
	Dott.ssa L. Lo Presti Direttore Dipartimento Chirurgia Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia	22/06/23	<i>L. Lo Presti</i>
	Dott.ssa E. Di Pasqua Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia	23/06/2023	<i>E. Di Pasqua</i>
Verifica	Dott.ssa L. Lo Presti Direttore Dipartimento Chirurgia Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia	23/06/2023	<i>L. Lo Presti</i>
	Dott. ssa L. Di Simone Direttore Dipartimento Materno infantile	26/06/2023	<i>L. Di Simone</i>
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	26/06/23	<i>P. Mirabile</i>
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	3/07/23	<i>E. Cassarà</i>
Adozione	Dott. F. Iudica Commissario Straordinario ASP Enna	25-6-23	<i>F. Iudica</i>

INDICE GENERALE

Premessa	3
1.	Scopo3
2.	Campo di applicazione.....3
3.	Scheda di registrazione delle modifiche.....3
4.	Definizioni ed acronimi.....4
5.	Responsabilità4
6.	Descrizione delle attività5
6.1.	Criteri di eleggibilità alla partoanalgesia5
6.1.1	Indicazioni alla Partoanalgesia.....5
6.1.2	Controindicazioni alla partoanalgesia.....5
6.2.	Procedura operativa6
6.2.1	Attivazione del percorso6
6.2.2	Visita Anestesiologica6
6.2.3	Partoanalgesia 6
6.2.4	Necessità di taglio cesareo in corso di partoanalgesia8
6.2.5	Gestione della lesione accidentale della dura madre.....8
7.	Documenti di riferimento8
8.	Allegati9
9.	Lista di distribuzione.....9



Premessa

Il dolore nel travaglio di parto è un fenomeno soggettivo che dipende da molteplici fattori. La reazione al dolore può essere influenzata dall'ambiente ed è dimostrato che la presenza durante il travaglio di una persona di sostegno (familiare, amica o anche operatore sanitario) che fornisca ascolto, rassicurazioni o aiuto, può ridurre le richieste di trattamento antidolorifico. Il dolore durante il travaglio di parto può essere alleviato con diversi metodi, sia naturali che farmacologici.

La partoanalgesia, più comunemente conosciuta come parto indolore, è una metodica che mediante tecniche di anestesia locoregionale, come il posizionamento di un catetere epidurale, consente di bloccare la sensibilità dolorifica durante il travaglio, mantenendo intatta la motilità della muscolatura, e quindi la capacità di spinta da parte del torchio addominale.

L'espletamento del parto avviene quindi seguendo la via naturale nonostante si tratti di parto medicalizzato.

Le tecniche neurassiali per la realizzazione della partoanalgesia includono l'analgisia epidurale e l'analgisia spinale-epidurale combinata (CSE).

Nella scelta del tipo di analgesia occorre tenere in considerazione diversi fattori, quali intensità del dolore, aspettative della partoriente ed evoluzione del travaglio.

1. Scopo

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

2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica presso il punto nascita dell'ospedale Umberto I di Enna.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE	DESCRIZIONE
20/06/2023	0.0	Revisione



4. Definizioni ed acronimi

CSE	<i>analgesia spinale-epidurale combinata</i>
TC	<i>taglio cesareo</i>
CTG	<i>cardiotocogramma</i>

Partoanalgesia: è una metodica che mediante tecniche di anestesia locoregionale, consente di bloccare la sensibilità al dolore durante il travaglio, mantenendo intatta la motilità della muscolatura e quindi la capacità di spinta da parte del torchio addominale.

Analgesia epidurale: Consiste nell'inserimento nella parte inferiore della schiena (zona lombare) di un catetere molto sottile, attraverso cui si somministra una miscela di farmaci che hanno la funzione di bloccare lo stimolo doloroso proveniente dall'utero.

5. Responsabilità

Legenda R: responsabile, C: coinvolto, I: informato

	Servizio di Anestesia	Dip materno infantile	Medico ostetrico	Anestesista-Rianimatore
Comunica date degli incontri programmati al Dipartimento materno infantile	R	I		
Divulga calendario incontri programmati a medici ostetrici consultoriali e ospedalieri		R		
Raccoglie adesioni delle donne e le comunica al Servizio di anestesia	C		R	
In caso di richiesta della donna di effettuare partoanalgesia, prescrive accertamenti e visita anestesiológica per partoanalgesia			R	
Esecuzione visita anestesiológica, valutazione eleggibilità della donna, informazione e acquisizione consenso informato				R
A inizio travaglio, qualora la donna confermi la volontà di eseguire partoanalgesia, compilazione richiesta di partoanalgesia e informazione all'Anestesista			R	I
Esecuzione partoanalgesia e monitoraggio			C	R
Valutazione complicanze della partoanalgesia e gestione				R
Sorveglianza in caso di lesione accidentale della dura madre				R
Gestione del parto in analgesia			R	C

6. Descrizione delle attività

6.1. Criteri di eleggibilità alla partoanalgesia

6.1.1 Indicazioni alla Partoanalgesia

La richiesta materna rappresenta la principale indicazione alla partoanalgesia (in assenza di controindicazioni mediche).

La partoanalgesia attenua la risposta ipertensiva e iperventilatoria al dolore, riducendo il lavoro cardiaco e respiratorio, pertanto risulta indicata nelle partorienti con comorbilità cardiovascolari e respiratorie, incluse le pazienti obese e nella pre-eclampsia (salvo controindicazioni specifiche come la sindrome HELLP con piastrine $<75.000/\mu\text{l}$).

Inoltre la partoanalgesia risulta indicata in quelle circostanze in cui si prevede che il parto vaginale possa essere prolungato o traumatico e in cui vi è un'elevata probabilità di parto operativo o TC (gravidenza gemellare, macrosomia fetale, presentazione podalica, parto pretermine).

In caso di insorgenza di complicanze intrapartum che comportino la necessità di TC in emergenza, la presenza di un catetere epidurale funzionante può permettere la rapida realizzazione di un blocco anestetico evitando l'anestesia generale e le sue possibili complicanze.

6.1.2 Controindicazioni alla partoanalgesia

Le controindicazioni alla partoanalgesia sono le stesse di qualunque anestesia neurassiale.

Sono **controindicazioni assolute** il rifiuto della paziente, le infezioni nel sito di inserzione dell'ago, l'ipertensione endocranica.

Sono **controindicazioni relative**, ovvero condizioni in cui occorre soppesare rischio e benefici in ogni singolo caso, le lesioni del midollo spinale congenite o acquisite, la sepsi sistemica e l'ipertensione polmonare severa.

Occorre porre particolare attenzione, per via del rischio di ematoma spinale, nei casi di diatesi emorragiche, piastrinopenie acquisite o congenite e assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. Il valore della conta piastrinica al di sotto del quale risulta rischioso eseguire un blocco neurassiale non è noto, ma alcuni autori considerano una conta piastrinica $<50.000/\mu\text{l}$ come controindicazione all'esecuzione di un'anestesia spinale single shot e $<75.000/\mu\text{l}$ come controindicazione al posizionamento di un catetere epidurale. Oltre al valore assoluto, bisogna tenere presente anche le eventuali variazioni della conta piastrinica nel tempo, soprattutto in quelle condizioni in cui queste possono avvenire rapidamente, in particolare la sindrome HELLP. Occorre inoltre tenere presente che vi sono situazioni in cui può esservi un'alterazione della funzionalità piastrinica con conta normale. Per i farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, occorre rispettare i tempi di sospensione previsti dalle linee guida per l'anestesia loco-regionale, a cui si rimanda.

Per le specifiche indicazioni e controindicazioni alla partoanalgesia si veda l'allegato 1.

6.2. Procedura operativa

6.2.1 Attivazione del percorso

L' UOC Anestesia e Rianimazione di Enna comunica al Dipartimento Materno infantile la programmazione degli incontri informativi rivolti alle donne gravide interessate alla partoanalgesia.

In sede di visite ostetriche (presso i consultori o presso gli ambulatori ospedalieri), il medico informa della possibilità di usufruire di partoanalgesia presso l'Ospedale Umberto I di Enna. In caso di richiesta della donna, il Ginecologo raccoglie il nominativo delle donne interessate alla partoanalgesia e lo comunica via mail al Servizio di anestesia dell'Ospedale Umberto I di Enna, per l'inserimento nelle liste degli incontri programmati.

Nel caso in cui la donna confermi la volontà di accedere alla partoanalgesia, il Ginecologo che la ha in cura prescrive gli accertamenti necessari (vedi paragrafo successivo) e prescrive "visita anestesologica per partoanalgesia" su ricetta dematerializzata.

La visita anestesologica, viene pianificata dalla U.O. di Ostetrica.

6.2.2 Visita Anestesologica

Alla 36^a settimana di gestazione, previa esecuzione di esami di laboratorio ed ECG, la paziente si sottopone ad una visita anestesologica. Al termine della valutazione, l'anestesista informerà la paziente sui benefici e i rischi della procedura consegnando e facendo firmare l'informativa specifica (**Allegato 2a**) e acquisirà il consenso informato (**Allegato 2b**).

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 al 30 giorni, assetto della coagulazione;
- Patologie gravidiche o croniche che possano implicare modifiche dell'assetto coagulativo: emocromo, INR, aPTT rado, fibrinogeno prima della procedura.

6.2.3 Partoanalgesia

A inizio travaglio, qualora la donna confermi la volontà di eseguire partoanalgesia, il Ginecologo che la ha in carico compila dettagliatamente la richiesta di partoanalgesia (**Allegato 3**) e avvisa l'Anestesista.

Per i dettagli di tecnica e monitoraggio si veda il protocollo descritto nell'allegato 4

Avvio

La richiesta della paziente rappresenta il criterio per stabilire il momento in cui iniziare la partoanalgesia. L'avvio dell'analgesia epidurale nella fase prodromica del travaglio (dilatazione < 4 cm) non influenza la progressione del travaglio e non aumenta il rischio di taglio cesareo (TC) rispetto a un inizio più tardivo (dilatazione > 4 cm).

L'anestesista registra tutti i dati necessari nella cartella anestesologica di partoanalgesia (allegato 5)

Preparazione

Prima della realizzazione della partoanalgesia, l'anestesista procede alla rivalutazione della partoriente e verifica la presenza in cartella della visita anestesologica e del consenso informato.

L'ostetrica o il ginecologo informano l'anestesista sulla progressione del travaglio (stato del collo, dilatazione, livello della parte presentata) e su eventuali anomalie del CTG.



La partorientante viene monitorizzata con pulsossimetria, ECG e pressione arteriosa non invasiva.

L'intensità del dolore viene misurata usando la scala VAS-NRS.

Il carrello delle emergenze deve essere immediatamente disponibile. In caso di parto indotto occorre concordare con il ginecologo la sospensione temporanea dell'infusione di ossitocina, almeno 15 minuti prima dell'inizio della partoanalgesia; l'infusione potrà essere ripresa, in assenza di ipertono uterino, 15-30 minuti dopo la somministrazione del bolo iniziale.

Posizionamento della paziente

L'inserimento del catetere epidurale può essere realizzato con la paziente in posizione seduta o in decubito laterale. La posizione seduta facilita l'identificazione delle creste iliache e dei processi spinosi e può essere preferita pertanto nelle pazienti obese. Il decubito laterale determina una minore compressione aorto-cavale e si dissocia quindi a una migliore perfusione utero-placentare; inoltre è associato a una minore frequenza di incannulazione di una vena epidurale.

Il posizionamento del catetere epidurale permette alla donna di assumere qualsiasi posizione a lei gradita e anche di poter deambulare durante il travaglio, accompagnata da una persona di sua fiducia, verificato il mantenimento della completa sensibilità degli arti inferiori.

Asepsi

Il posizionamento del catetere epidurale deve essere eseguito in asepsi. L'anestesista deve indossare cuffia e mascherina, effettuare il lavaggio delle mani, indossare camice e guanti sterili, disinfettare la cute con clorexidina o iodopovidone e applicare dei teli sterili sulla schiena della paziente.

Farmaci

Gli anestetici locali utilizzati sono levobupivacaina e ropivacaina. L'associazione di un oppioide liposolubile come fentanyl o sufentanil permette di ridurre la MLAC (Minimum Local Anesthetic Concentration) e quindi di utilizzare gli anestetici locali a concentrazioni più basse, con minor rischio di blocco motorio e migliore qualità dell'analgesia. Gli effetti collaterali degli oppioidi somministrati nello spazio epidurale includono nausea e vomito, prurito, depressione respiratoria e ipotensione. La bradicardia fetale è osservata più frequentemente con la somministrazione intratecale di oppioidi nella CSE.

Avvio della partoanalgesia con CSE

La CSE impiega un'iniezione intratecale seguita dal posizionamento di un catetere epidurale. La somministrazione intratecale di una piccola dose di anestetico locale ed oppioide determina un più rapido onset dell'analgesia. Pertanto la CSE è indicata quando si dovrà eseguire la partoanalgesia in una fase avanzata del travaglio o in un travaglio che progredisce rapidamente. Inoltre può essere utilizzata in caso di rottura artificiale delle membrane.

L'iniezione intratecale e il posizionamento del catetere epidurale possono essere realizzati separatamente o con la tecnica needle-through-needle (ago nell'ago).

FARMACI: levobupivacaina o ropivacaina 2,5-3mg + fentanyl 10-25 µg o sufentanil 1,5-2,5 µg.

Se la CSE è realizzata nella fase precoce del travaglio si raccomanda di somministrare per via intratecale solo l'oppioide.

Rimozione del catetere epidurale

Il catetere epidurale può essere rimosso 2 ore dopo il parto.

6.2.4 Necessità di taglio cesareo in corso di partoanalgesia

Si veda **allegato 6** Protocollo per taglio cesareo in corso di partoanalgesia

6.2.5 Gestione della lesione accidentale della dura madre

In caso di lesione accidentale della dura madre seguire le indicazioni dell'**allegato 7** gestione della lesione accidentale della dura madre e della cefalea post puntura durale e registrare tramite apposita scheda **allegato 8**.

7. Documenti di riferimento

- SNLG-ISS Linea guida 19 "Taglio cesarea: una scelta appropriate e consapevole" Pubblicato gennaio 2012.
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE clinical guideline 55 "Intrapartum 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
- Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) Information for Mothers whvw.oaa-anaes.ac.uk
- 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.
- Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery N Engl J Med 2003; 348 (4); 319-32
- Kotaska Ai, 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
- 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
- Polley LS, Columb MO, Naughton NN Relative analgesic potencies of levobupivacaine and ropivacaine in epidural analgesia for labor Anesthesiology 2003; 99: 1354-8
- 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
- Horlocker, 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.
- Sreivik H, Bang II, Jalonen I Nordic guidelines for neuraxial blocks in disturbed haemostasis from the Scandinavian Society of Anaest. and Intensive Care Medicine. Acta Anaesthesiol Scand, 2010 Jan;54(19):16-41.
- 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
- 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



PROCEDURA PER LA PARTOANALGESIA

- Capogna G. Epidural Labor Analgesia: childbirth without Pain. Springer Ed, 2015
- SMARTI. Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio "Anestesia ed Analgesia in Ostetricia" della SIAARTI, Maggio 2015
- Parpaglioni R, et al. Minimum local analgesic dose: effect of different volumes of intrathecal levobupivacaine in early labor, Anesthesiology 2005; 103 (6): 1233-37.

8. Allegati

- **Allegato 1:** Criteri di eleggibilità
- **Allegato 2a:** Sintesi informativa alla partoanalgesia
- **Allegato 2b:** Consenso alla partoanalgesia
- **Allegato 3:** Richiesta di partoanalgesia
- **Allegato 4:** Protocollo di partoanalgesia
- **Allegato 5:** Cartella anestesiológica di partoanalgesia
- **Allegato 6:** Protocollo per taglio cesareo in corso di partoanalgesia
- **Allegato 7:** Gestione della lesione accidentale della dura madre e della cefalea post puntura durale
- **Allegato 8:** Scheda di sorveglianza puntura durale

9. Lista di distribuzione

U.O. di Anestesia e Rianimazione Umberto I di Enna
U.O. di Ginecologia Umberto I di Enna
Consultori ginecologici