



Il Parto Indolore

Percorso Clinico - Servizio di Parto-analgesia

U.O.C. Anestesia e Rianimazione

2007-2008

IL Dolore da Travaglio di Parto

CARATTERISTICHE

INTENSITA': il dolore da travaglio e da parto rappresenta un modello valido di dolore acuto. È stato ampiamente dimostrato che solo il dolore della causalgia o dell'amputazione di un dito supera l'intensità di quello del parto. Nonostante la percezione del dolore varia da un soggetto all'altro circa il 61% delle primipare e il 46% delle pluripare lo definisce da severo a insopportabile. Nessuna primipara e solo il 6% delle pluripare lo definisce minimo.

MECCANISMI: il dolore da travaglio e da parto presenta una componente **VISCERALE** ed una componente **SOMATICA**.

Nel **PRIMO STADIO** del travaglio il dolore è prevalentemente di tipo **VISCERALE** ed è scatenato, durante la contrazione, dalla distensione e stiramento di meccanoettori conseguente alla dilatazione della cervice e del segmento uterino inferiore. Durante questa prima fase il dolore viene trasmesso dalle fibre sensitive simpatiche provenienti dal corpo e dal collo dell'utero, che afferiscono ai metameri T10-L1 attraverso i plessi uterino, cervicale, pelvico, ipogastrico superiore, medio ed inferiore. Nella fase tardiva del primo stadio, definita di "transizione", la distensione del pavimento pelvico, della vagina e del perineo, conseguente alla discesa della parte fetale presentata, provocano la comparsa di dolore di tipo **SOMATICO** attraverso il coinvolgimento del nervo pudendo che afferisce alle radici sacrali S2, S3 ed S4.

Il **SECONDO STADIO** del travaglio di parto è caratterizzato esclusivamente da dolore di tipo **SOMATICO** (acuto, urente, ben localizzato). In questa fase il dolore è dovuto a distensione, stiramento e spesso vera e propria lacerazione di fasce, tessuti sottocutanei, nonché pressione su muscoli volontari del perineo conseguente alla discesa delle parti fetali lungo il canale del parto. Le fibre provenienti dal pavimento pelvico e dal perineo raggiungono il midollo spinale afferendo ai metameri S2-S4, inoltre il dolore viene amplificato dallo stiramento delle strutture annessiali (T8), dalla compressione della muscolatura lombosacrale (L5) e dalla compressione di strutture viscerali quali vescica, uretra e retto (T10-L1).

EFFETTI FISIOPATOLOGICI DEL DOLORE DA PARTO SULLA MADRE E SUL FETO

Il dolore, l'ansia e lo stress del travaglio e del parto inducono nella madre e nel feto importanti modificazioni di tipo: a) **endocrino** (incretione di endorfine, adrenalina e altre sostanze); b) **cardiovascolare** (variazioni di portata cardiaca); c) **respiratorio** (iperventilazione, variazione di consumo e apporto di ossigeno); d) **metabolico** (relative all'equilibrio acido-base).

1. MODIFICAZIONI ENDOCRINE

Durante il travaglio, nella maggioranza delle partorienti si verifica aumento di catecolamine, ACTH, cortisolo e Beta endorfine proporzionale alla frequenza e alla durata delle contrazioni.

L'iperincretione di catecolamine determina importanti conseguenze cardiocircolatorie sistemiche e locali con diminuzione del flusso ematico placentare pari al 50% e conseguente riduzione degli scambi materno-fetali. Inoltre, l'aumento, in particolare, di adrenalina e cortisolo possono produrre una diminuzione dell'attività contrattile dell'utero con conseguente alterazione del normale andamento del travaglio.

La partoanalgesia peridurale lombare previene l'increzione di Beta-endorfine durante il travaglio: ciò indica che la partoanalgesia protegge dallo *stress* del travaglio. Inoltre la partoanalgesia peridurale è in grado di ridurre del 55% la concentrazione plasmatica di adrenalina e del 25% quella di noradrenalina. E' stato anche provato che mentre alte concentrazioni plasmatiche materne di catecolamine possono compromettere il benessere

materno e fetale, nel feto le catecolamine svolgono importanti effetti positivi:

a) aumentano la sintesi e la liberazione di surfattante; b) favoriscono il riassorbimento di liquido nei polmoni; c) favoriscono la termogenesi non legata al brivido; d) hanno un ruolo nell'omeostasi glucidica; e) stimolano il sistema cardiovascolare; f) influiscono sul bilancio idrico. Per questo è importante l'osservazione che neonati di madri trattate con partoanalgesia peridurale hanno lo stesso livello di catecolamine circolanti di partorienti non trattate.

2. MODIFICAZIONI CARDIOVASCOLARI

Il travaglio determina progressivo aumento della portata cardiaca materna conseguente ad un aumento della gittata pulsatoria e della frequenza cardiaca. Ogni contrazione uterina aumenta la portata cardiaca del 10-25% fino anche al 40-50% rispetto ai valori basali e la pressione arteriosa del 5-20%. Ciò può essere dovuto sia ad un aumento dell'attività simpatica sia ad un aumento del ritorno venoso conseguente, durante la contrazione, ad una vera e propria spremitura di circa 250-300 ml di sangue dall'utero verso la circolazione sistemica. L'aumento della gittata cardiaca e dei valori pressori sistemici porta ad un significativo aumento del lavoro del ventricolo sinistro; ciò può essere ben tollerato da pazienti sane ma può essere causa di seri problemi in pazienti con patologie cardiache, ipertese, anemiche o pre-eclamptiche.

La partoanalgesia attenua l'aumento di portata cardiaca legato al parto. Inoltre con dopplervelocimetria è stato dimostrato che l'analgesia nel parto è in grado di migliorare la perfusione uteroplacentare.

3. MODIFICAZIONI RESPIRATORIE

Durante il primo e il secondo stadio del travaglio, la ventilazione minuto materna cresce rispettivamente del 75-150% e del 150-300%. Ciò determina ipocapnia materna severa (PaCO_2 20 mmHg) e alcalemia ($\text{pH} > 7,55$). L'ipocapnia può provocare ipoventilazione tra una contrazione e l'altra, e ciò può determinare ipossiemia materna e fetale.

L'ipossiemia fetale durante iperventilazione materna dipende da vasocostrizione uteroplacentare e fetoplacentare, nonché da spostamento a sinistra della curva materna di dissociazione dell'ossiemoglobina, con maggiore affinità dell'ossigeno per l'emoglobina materna e, perciò, ostacolo al trasferimento transplacentare al feto (effetto Bohr). L'analgesia peridurale è in grado di ridurre del 39% il volume corrente e del 36% la ventilazione/minuto materna.

Ciò dimostra che l'iperventilazione materna dipende in gran parte dal dolore. Il consumo di ossigeno aumenta del 40% durante il primo stadio del travaglio e del 75% nel secondo. Il consumo di ossigeno materno può essere ridotto del 14% da un'efficace analgesia.

4. MODIFICAZIONI METABOLICHE

Dolore, ansia e attività muscolare volontaria determinano, durante il travaglio e il parto, acidosi metabolica prima materna e poi fetale conseguenti ad un aumento del metabolismo basale, aumento del consumo di ossigeno e diminuzione dei bicarbonati plasmatici che compensa l'alcalosi respiratoria. La Partoanalgesia peridurale è associata a diminuzione di acidosi metabolica materna sia durante il primo che il secondo stadio del travaglio.

DIMENSIONI DEL PROBLEMA IN ITALIA

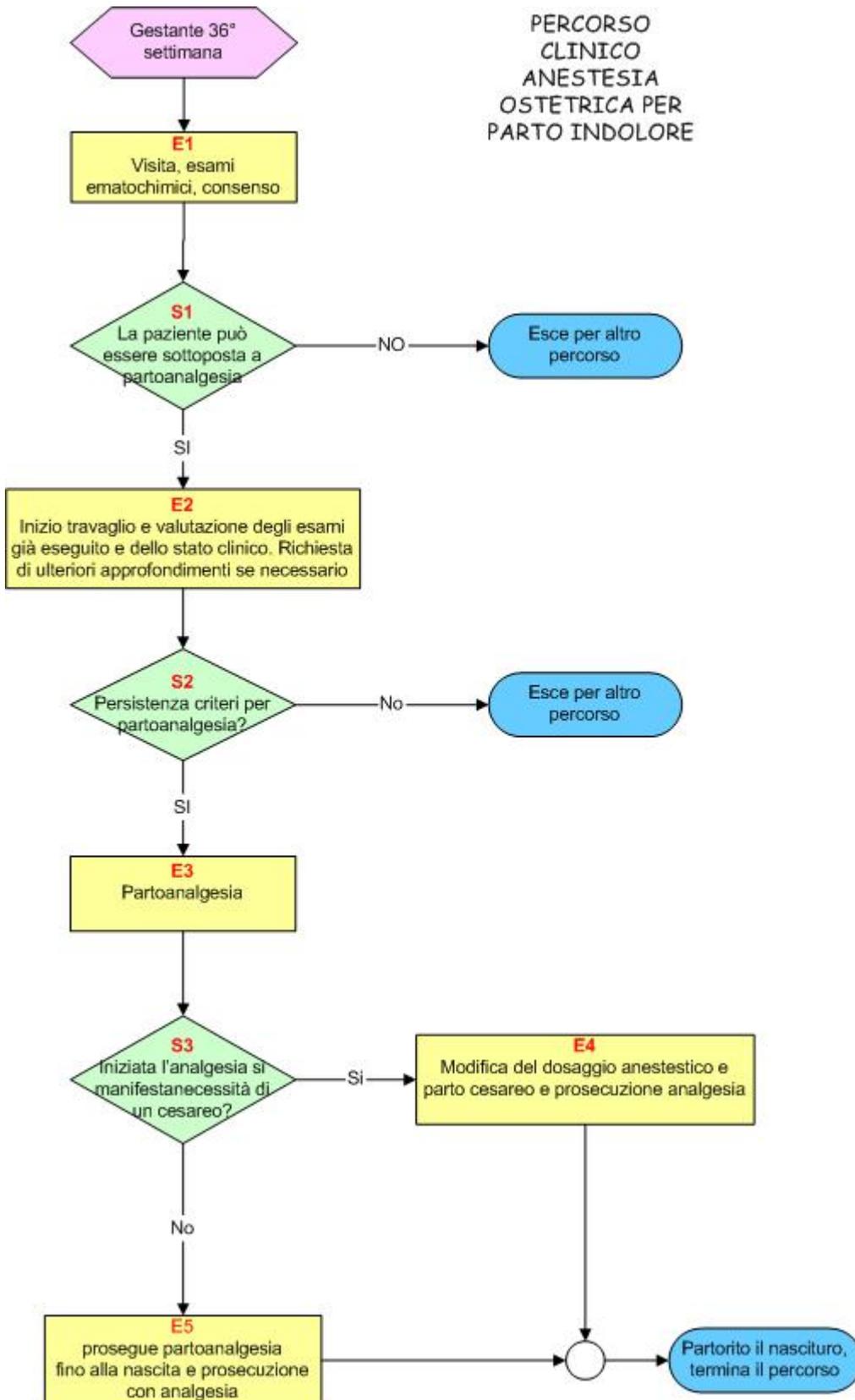
Uno studio condotto nel 2000 da parte del Gruppo di studio SIAARTI sull'ostetricia e il CIAO, Club Italiano Anestesisti Ostetrici, su circa 107 centri nascita italiani, riportando il numero di parto analgesie realizzate al numero totale di parti ha evidenziato una percentuale di parto analgesie in Italia pari solo al 3,05%. Per confronto in Europa il 15% delle partorienti ricorre alla parto analgesia (Francia 60%, GB 27%), in USA il 57%. I bassi tassi di parto analgesia che caratterizzano il nostro paese all'interno del mondo occidentale si collocano all'interno di una situazione ostetrica caratterizzata dal fatto che l'Italia è il paese del mondo avanzato con denatalità più marcata e con il tasso di parto cesareo più elevato. Inoltre l'esistenza di un blocco ideologico (pregiudizi dell'utenza, ostilità delle ostetriche e talora degli stessi ginecologi) e strutturale (dispersione territoriale delle parti, costi di personale dedicato come la guardia anestesiologicala) rappresentano ulteriori motivi che

giustificano la scarsa diffusione della parto analgesia nel nostro paese.

Tuttavia, nonostante l'attuale basso tasso di parto analgesie, anche in Italia la situazione è in via di rapida evoluzione: le statistiche confermano che nel quinquennio 1995-1999, la parto analgesia è stata implementata in oltre 50 centri italiani.

Alla luce di questi dati appare quindi necessario che vengano messi in campo provvedimenti di carattere culturale ed organizzativo perché si giunga ad una reale strutturazione, nelle aziende ospedaliere dotate di divisione ostetrica, di un Servizio sanitario di parto analgesia dedicato che si caratterizzi per due aspetti qualificanti fondamentali: a) collocazione della partoanalgesia al culmine di un percorso che inizia fin dalla fase della gestazione (informazione, preparazione e programmazione della metodica); b) predisposizione di condizioni organizzative che consentano la permanenza dell'operatore che pratica la parto analgesia a fianco della partoriente, nell'area della sala , per tutta la durata del travaglio (guardia ostetrica dedicata).

PERCORSO CLINICO ANESTESIA OSTETRICA PER PARTO INDOLORE



LEGGENDA

EI:

- Indagini di laboratorio di interesse ginecologico ed anestesiologicalo: emocromo completo con conta piastrinica, esame urine completo, elettroliti sierici, azotemia e creatininemia, glicemia, GOT/GPT, PT, PTT, INR, FBR, ATIII, proteine tot, albuminemia, HbsAg anti-HCV, HIV gruppo sanguigno e fattore RH
- Indagini strumentali: elettrocardiogramma
- Visita anestesiologicala e consenso informato

SI: Criteri di inclusione per partoanalgesia:

- Richiesta materna(che deve essere meditata e avvenire al di fuori del travaglio)
- Ipertensione indotta dalla gravidanza
- Preeclampsia
- Patologie respiratorie gravi della madre (asma, fibrosi cistica, sindromi restrittive)
- Patologie cardiache della madre (valvulopatie lievi o moderate, ipertensione polmonare primitiva, in assenza di turbe gravi della coagulazione: l'analgesia riduce l'attività simpatica e abbassa il livello di catecolamine circolanti, determinando stabilità emodinamica)
- Patologie endocrine (diabete: in una partoriente diabetica l'analgesia peridurale durante il travaglio riduce l'increzione di catecolamine e i livelli di *11-idrossicorticosteroidi*, determinando un miglior controllo della glicemia materna e della perfusione placentare).
- Patologie neurologiche (epilessia, miastenia *gravis*, distrofia miotonica)
- Obesità morbigena previo videat anestesiologicalo per valutazione
- Le psicosi ben controllate da farmaci (tali da comportare capacità di collaborazione della partoriente)
- Patologie ortopediche: lussazione congenita dell'anca, anchilosi sacrococcigea, purché sia confermata la possibilità del parto per via vaginale (assenza di sproporzione fetopelvica).
- Distocia Cervico dinamica e la previsione di parto prolungato, strumentale e/ o operativo (spesso la mancata progressione del travaglio in assenza di sproporzione fetopelvica è dovuta all'incoordinazione delle contrazioni uterine con il risultato di un travaglio prolungato doloroso e defatigante. In corso di distocia cervicale l'analgesia peridurale migliora la situazione e normalizza la progressione del travaglio)
- Patologie del rachide previo videat anestesiologicalo per valutazione

- Parto indotto – Parto feto premorto

Criteri di esclusione per la partoanalgesia:

- Rifiuto materno
- Infezioni nella sede di inserzione del cateterino;
- Sepsi;
- Turbe gravi della coagulazione (piastrinopenia $<100.000/\mu\text{L}$, $\text{INR}>1,5$)
- Ipovolemia grave;
- Ipertensione endocranica;
- Immunosoppressione grave;
- Assunzione di FANS, ASA o EBPM non opportunamente sospesi;
- Prevista intubazione difficile
- Sproporzione feto-pelvica
- Impossibilità al parto vaginale

E2: La diagnosi di travaglio viene valutata tramite visita ostetrica (appianamento della cervice e/o dilatazione cervicale) e monitoraggio cardiocografico (presenza di almeno 3 contrazioni riferite dolorose in 10 minuti di monitoraggio). Rivalutazione esami ematochimici effettuati (transaminasi, coagulazione ed emocromo) e condizioni generali della paziente

S2: In seguito alla rivalutazione clinica ginecologica e anestesiologicala segue la conferma o meno dei criteri di inclusione al protocollo per parto analgesia e l'eventuale presenza di fattori di esclusione insorti successivamente alla visita eseguita alla 36° settimana.

E3: Viene posizionato, con tecnica sterile, il cateterino peridurale e segue la somministrazione della dose di analgesico quantitativamente e qualitativamente proporzionale allo stadio del travaglio in corso e secondo linee guida. **Riferimento bibliografico**

Monitoraggio prima e durante il blocco epidurale e nei 15-20 minuti seguenti di:

- frequenza cardiaca, pressione arteriosa e saturimetria materne,
- frequenza cardiaca fetale

Si procede ripetutamente alla valutazione dell'intensità (VAS) e della localizzazione del dolore da travaglio rifornendo in tempi specifici il cateterino peridurale di opportune qualità e quantità di farmaci analgesici. Ad ogni rabbocco devono essere controllati i parametri materni e fetali. L'anestesista procede inoltre alla valutazione del blocco motorio degli arti inferiori (Romberg) per eventuale possibilità di deambulazione della paziente. Concomita valutazione della progressione del travaglio di parto anche tramite monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale. Ad eccezione dei casi in cui è necessario sospendere la parto analgesia, la somministrazione dei rabbocchi di farmaci avviene fino al momento dell'espletamento del parto.

S3: Di regola una volta iniziata, l'analgia epidurale non va sospesa se non in casi eccezionali e su motivata indicazione del ginecologo: distocia meccanica, distocia dinamica e/o sofferenza fetale.

E4: In caso di necessità si approfondisce l'anestesia (anestesista definisce come) e si esegue taglio cesareo in urgenza e successivamente si posiziona un infusor per analgesia post operatoria(anestesista definisce cosa)

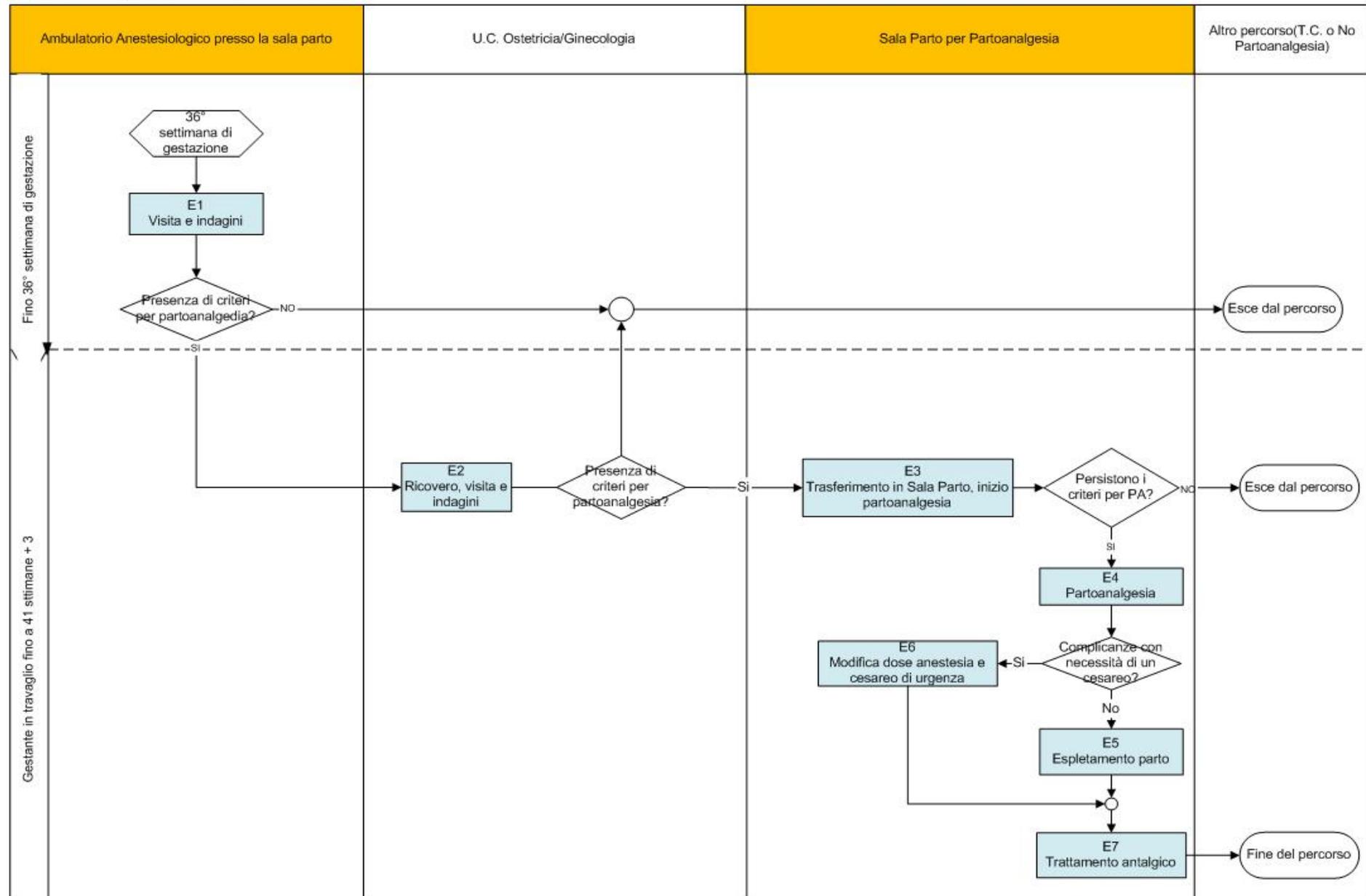
E5: prosecuzione alla partoanalgesia come da E3 fino alla nascita del bimbo.

Firme personale medico

Personale Ostetricia

Personale Anestesia e Rianimazione

Percorso organizzativo di parto indolore



“GESTANTE alla 36° /38° SETTIMANA NON IN TRAVAGLIO ATTIVO”

E1: visita e indagini

Ingresso della paziente al percorso

Il medico di Ostetricia e ginecologia introduce la paziente al percorso con l'iscrizione su un apposito registro per essere sottoposta a visita anestesiologicalo nei giorni di Martedì dalle 11.00 alle 13.00 e Giovedì dalle 12.00 alle 14.00 per un numero massimo di cinque persone

Sala Parto

ATTORI COINVOLTI

Ostetrica di Sala Parto

ATTIVITA' SVOLTE

Inserimento della gestante su un apposito Registro tenuto in Sala Parto.
Comunicazione alla gestante della necessità di ritiro presso la sala parto entro il giorno successivo del foglio con indicazioni circa la documentazione clinica da presentare al momento della visita anestesiologicala

DOCUMENTAZIONE DA PREPARARE PER L'EPISODIO SUCCESSIVO

Ricetta eseguita dal ginecologo personale o dall'Ambulatorio ASL con dicitura “Consulenza Anestesiologicala per parto analgesia”; ECG a dodici derivazioni; Esami ematochimici :emocromo completo con conta piastrinica, esame urine completo, elettroliti sierici, azotemia e creatininemia, glicemia, GOT/GPT, PT, PTT, INR, FBR, ATIII, proteine tot,albuminemia, HbsAg anti-HCV, HIV gruppo sanguigno e fattore RH

Ambulatorio Anestesiologicalo presso l'ambulatorio adiacente

l'ecografia ostetrica (entro 37 settimane), prenotabile al CUP, nei giorni di Martedì dalle 11.00 alle 13.00 e Giovedì dalle 12.00 alle 14.00 per un numero massimo di cinque pazienti.

ATTORI COINVOLTI

Anestesista

ATTIVITA' SVOLTE

Visita anestesiologicala della gestante, tramite richiesta su ricettario regionale e prenotazione al CUP, con valutazione degli esami ematochimici ed elettrocardiografici eseguiti. Adeguato compilamento della cartella anestesiologicala con conferma o meno dell'eleggibilità della paziente alla parto analgesia e firma del Consenso informato.

Ostetrica

Inserimento della paziente nella lista per parto analgesia se ritenuta elegibile

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (Saturazione, pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca)

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Cartella clinica anestesiologicala adeguatamente compilata e provvista di : consenso informato firmato per partoanalgesia (allegato), referti , in originale o copia, delle indagini diagnostiche effettuate (ECG, esami ematochimici)

INFORMAZIONI ALLA PAZIENTE

La paziente viene adeguatamente informata dall'anestesista circa l'eleggibilità alla parto- analgesia e circa la tecnica anestesiologicala utilizzabile,comprendendo i rischi ed i benefici, i vantaggi e le eventuali complicanze e chiarendo eventuali perplessità o pregiudizi, al fine di ottenere un consenso realmente informato.

TRAGUARDO DELL'EVENTO

Selezionare le gestanti che, al momento della visita anestesiológica, presentano i criteri clinici per poter essere sottoposte a partoanalgesia. Raccogliere adeguatamente tutta la documentazione clinica della gestante utilizzabile dall'anestesista dedicato alla guardia ostetrica al momento del travaglio al fine di ridurre i tempi di attesa alla parto analgesia.

E2: "RICOVERO PRESSO L'U.O. di OSTETRICIA-GINECOLOGIA"

REGIME ASSISTENZIALE:

Reparto di Ostetricia - ginecologia situato al primo piano dell'ala chirurgica dell'OGP di Rieti.

ATTORI COINVOLTI	ATTIVITA' SVOLTE
Ginecologo di Guardia	Identificazione e Ricovero della gestante a termine alla 41° settimana o non programmato in caso di travaglio di parto in corso. Contatto telefonico con anestesista dedicato alla guardia ostetrica a travaglio avviato (contrazioni uterine percepite come dolorose almeno con una frequenza di 2 -3 in 10 minuti), collo uterino appianato, centralizzato, e dilatazione di almeno 3 cm.
Infermiera di Sala Parto	Posizionamento di ago cannula 18-20 Gauge per somministrazione di eventuale terapia farmacologica e/o induzione del parto; eventuale prelievo ematochimico; esecuzione di ECG
Operatore sanitario	Trasporto dei prelievi ematochimici qualora necessari e invio refertazione ECG

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca), ECG e eventuali esami ematochimici resisi necessari dopo la visita

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Cartella clinica ginecologica adeguatamente compilata da unire alla cartella anestesiologicala e consenso informato alla partoanalgesia

INFORMAZIONI AL PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA

La paziente ed i familiari vengono informati circa le condizioni cliniche della gestante

TRAGUARDO DELL'EVENTO

Identificazione della gestante per la partoanalgesia

E3: "TRASFERIMENTO IN SALA PARTO"

REGIME ASSISTENZIALE:

Sala Parto

ATTORI COINVOLTI	ATTIVITA' SVOLTE
Ostetrica	Posizionamento monitoraggio per tracciato Cardiotocografico. Inizio fleboclisi con soluzione fisiologica 0,9% 500 ml e.v.
Ginecologo/Ostetrica	Stadiazione del travaglio e conferma definitiva circa l'eleggibilità ostetrico-ginecologica per parto analgesia.
Anestesista dedicato alla guardia Ostetrica	Identificazione della pz mediante cartella risalente alla 36° sett. e nuova valutazione clinica complessiva con conferma anestesiologicala definitiva per parto analgesia.
Operatore Sanitario	Trasporto del paziente in sala parto

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca), tracciato cardiotocografico (BCF)

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Cartella clinica ostetrica con stadi azione del travaglio in corso

INFORMAZIONI AL PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA

La paziente ed i familiari vengono informati circa le condizioni cliniche della gestante e la conferma per parto indolore

TRAGUARDO DELL'EVENTO

Conferma definitiva della possibilità di sottoporre la gestante a parto indolore

GESTIONE DEL RISCHIO

Rilevazione di modificazioni cliniche ostetriche o sistemiche della gestante, rispetto alle valutazioni precedenti, che la escludono dalla possibilità di eseguire il parto indolore.

Rifiuto del parto indolore da parte della paziente nonostante il consenso informato precedentemente fornito

E4: "PARTOANALGESIA"

REGIME ASSISTENZIALE:

Sala Parto

ATTORI COINVOLTI

Ostetrica/Infermiera di Sala

ATTIVITA' SVOLTE

Preparazione carrello sterile(*) con materiale per il posizionamento del cateterino peridurale.

Assistenza all'intera manovra anestesiológica di cateterismo peridurale

Posizionamento e monitoraggio cardiocografico.

Anestesista di guardia ostetrica

Posizionamento del cateterino peridurale mediante tecnica sterile e somministrazione della dose iniziale di analgesico, quantitativamente e qualitativamente, idoneo allo stadio del travaglio in corso e secondo linee guida (**).

Rabbocco di farmaco analgesico secondo linee guida durante la progressione del travaglio e del parto.

Controllo, periodico e per almeno 30 minuti dopo ogni somministrazione di analgesico, dei parametri vitali della gestante.

Verifica e controllo del blocco sensitivo (Hollmes) e motorio (Bromage) periodico e dopo ogni rabbocco di farmaco.

Eventuale consenso per la deambulazione, ma solo se in presenza di un'assistenza continua da parte di un'ostetrica o infermiera di sala.

Aggiornamento della cartella anestesiológica

Ginecologo/Ostetrica

Valutazione clinica periodica con stadiazione del travaglio ogni 2 ore con visita ostetrica fino al parto. Controllo dei parametri cardiocografici

N.B.

Per iniziare una analgesia epidurale è necessario che il travaglio sia avviato (contrazioni uterine percepite come dolorose almeno con una frequenza di 2 -3 in 10 minuti), collo uterino appianato, centralizzato, e dilatazione di almeno 3 cm.

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca, saturazione), tracciato cardiocografico, livello del blocco sensitivo e motorio dopo ogni somministrazione di analgesico

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Cartella clinica anestesiológica per parto analgesia su cui deve essere riportata: l'ora di posizionamento del cateterino peridurale e la tecnica utilizzata; l'ora della somministrazione di ogni

dose di analgesico; il tipo e la quantità di analgesico somministrato; il livello di blocco sensitivo e motorio ottenuto dopo ogni dose di analgesico; i parametri vitali della gestante.

INFORMAZIONI AL PAZIENTE

Durante la cateterizzazione peridurale la paziente viene informata circa le manovre anestesologiche che si stanno effettuando al fine di ottenere la massima collaborazione. A manovra eseguita la paziente durante il travaglio ma solo a cateterizzazione avvenuta, vengono informati circa le condizioni della paziente, del feto e lo stadio del travaglio.

TRAGUARDO DELL'EVENTO

Eseguire una parto analgesia efficace con la massima collaborazione da parte della gestante

GESTIONE DEL RISCHIO

Impossibilità al reperimento dello spazio peridurale

Insorgenza di effetti collaterali e complicanze della parto analgesia

Parto analgesia inefficace

Scarsa collaborazione da parte della gestante

Insorgenza di complicanze ostetriche (***)

(*)

CARRELLO STERILE PER CATETERIZZAZIONE PERIDURALE:

- Disinfettante
- Garze e pinza per disinfezione cute
- Anestetico locale (lidocaina 2% o carbocaina 1% o 2%)
- Kit pronto per peridurale (con ago di tuohy 16 o 18 gauge)
- 1 o 2 Siringhe da 5 ml
- 1 siringa da 10 ml
- 1 Telino sterile

(**)

CATETERIZZAZIONE PERIDURALE:

1. TECNICA UTILIZZATA:

Il posizionamento del cateterino peridurale può avvenire mediante approccio mediano o paramediano e utilizzando la tecnica del mandrino liquido o ad aria. La scelta del tipo di approccio è legata all'esperienza personale dell'anestesista dedicato.

2. FARMACI SOMMINISTRATI:

La qualità e la quantità di farmaci analgesici impiegati (oppioidi e anestetici locali) vengono stabiliti sulla base della stadiazione ginecologica del travaglio e da linee guida opportunamente riconosciute ed approvate (Fatebenefratelli, CIAO, 2008).

3. VALUTAZIONE DEL LIVELLO DEL BLOCCO SENSITIVO E MOTORIO:

Dopo ogni somministrazione di farmaco si procede alla stadiazione del livello di:

- blocco sensitivo (Hollmen Scale)
- blocco motorio (Bromage Scale):
 - 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 né ginocchia né piedi.

4. VALUTAZIONE CLINICA DELLA GESTANTE:

ad ogni somministrazione di farmaco la gestante viene valutata clinicamente per almeno 30 minuti:

stato di coscienza;

pressione arteriosa;

frequenza cardiaca;

saturatione, (saturimetro in sala parto(DIBLASIO))

BCF;

5. COMPLICANZE:

reazione vaso-vagale

perforazione della dura

rottura del cateterino

trauma di una radice nervosa

danno del midollo spinale

iniezione sub aracnoidea

iniezione intravascolare

ematoma epidurale

ascesso epidurale

meningite batterica

(***)

NECESSITA' DI T.C. D'URGENZA

Utilizzo del cateterino epidurale già posizionato per la somministrazione di anestetico locale a rapido onset con trasferimento della paziente in sala operatoria dedicata.

E5: "ESPLETAMENTO DEL PARTO-FINE PARTOANALGESIA"

REGIME ASSISTENZIALE:

Sala Parto

ATTORI COINVOLTI

Ostetrica

ATTIVITA' SVOLTE

Assistenza all'espletamento del parto
Controllo periodico dei parametri clinici nelle 2 ore successive all'espletamento del parto

Anestesista di guardia ostetrica

Assistenza anestesiologicala durante la fase espulsiva e di secondamento con eventuale rabbocco finale di farmaco.

Aggiornamento della cartella anestesiologicala

Valutazione clinica della paziente a 2 ore dal parto con eventuale rimozione del cateterino peridurale prima del suo invio in reparto.

Pediatra

Valutazione clinica del neonato con indice di Apgar.

Ginecologo/Ostetrica

Valutazione clinica della gestante con consenso per invio in reparto

Ginecologo

Gestione eventuali complicanze post partum immediate

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca, saturazione), parametri vitali del neonato

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Aggiornamento finale della cartella clinica anestesiologicala riportando: l'ora della nascita del feto, l'Apgar, le condizioni cliniche della gestante nelle due ore di osservazione, ora di rimozione del cateterino peridurale.

E6: "modifica dose anestesia e parto cesareo di urgenza "

REGIME ASSISTENZIALE:

Sala Parto

ATTORI COINVOLTI

Ostetrica

ATTIVITA' SVOLTE

Presenza di 2 ostetriche di cui una effettua la strumentazione del taglio cesareo e l'altra è deputata al trasporto del bambino fino alla culletta pediatrica

Anestesista di guardia ostetrica

Si continua l'anestesia con tecnica anestesiologicalo adeguata

Pediatra

Valutazione clinica del neonato con indice di Apgar.

Ginecologo

Effettuazione del taglio cesareo in urgenza

Gestione eventuali complicanze post partum

DIAGNOSTICA EFFETTUATA

Parametri vitali della gestante (pressione arteriosa non invasiva, frequenza cardiaca, saturazione), parametri vitali del neonato

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Aggiornamento finale della cartella clinica anestesiologicala riportando: l'ora della nascita del feto, l'Apgar, le condizioni cliniche della gestante nelle due ore di osservazione, ora di rimozione del cateterino peridurale.

Compilazione registro interventi chirurgici

E7: trattamento antalgico (a cura anestesista)

REGIME ASSISTENZIALE:

Reparto di Ostetricia e Ginecologia

ATTORI COINVOLTI

Anestesista di guardia ostetrica

ATTIVITA' SVOLTE

Dal catetere peridurale somministra anestetici locali (es. Naropina). In alternativa infusore con Oppioidi e/o FANS. Rimuove catetere o infusore

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Aggiornamento sulla cartella clinica del trattamento effettuato.
