Protocollo di Gestione del Percorso di Partoanalgesia

ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

OBIETTIVI / INDICATORI

- Definire e uniformare il percorso della partoriente da sottoporre ad analgesia del parto
- Definire il ruolo e i compiti degli operatori coinvolti in tale servizio
- Definire le modalità di esecuzione della partoanalgesia e lo schema farmacologico da utilizzare

AMBITO DI VALIDITÀ

Servizio di Anestesia e Rianimazione
Reparto di Ostetricia

DESTINATARI (profili professionali coinvolti) E RESPONSABILITÀ

Tutti i medici, infermieri e ostetriche in servizio presso il DEA e il Reparto di Ostetricia

FIGURA PROFESSIONALE / ATTIVITÀ	MEDICO ANESTESISTA	OSTETRICA	MEDICO GINECOLOGO	INFERMIERE
VISITA AMBULATORIALE	R	I	I	
RICOVERO		C	R	
ESECUZIONE DELLA PARTO ANALGESIA	R	C		C
MONITORAGGIO MATERNO	R	R	R	C
MONITORAGGIO FETALE		R	R	

R = responsabilità generale espletamento fase
C= collaborazione alla realizzazione fase
I = informazione

CONTENUTO (descrizione delle attività/dei processi e/o rappresentazione grafica)

L'attività prevista è l'analgesia in travaglio di parto.
Le modalità di svolgimento comprendono:

A. L'incontro formativo generale e visita anestesiologica ambulatoriale
B. L'esecuzione della partoanalgesia
C. La gestione del travaglio in donne sottoposte a partoanalgesia

A - INCONTRO FORMATIVO GENERALE E VISITA ANESTESIOLOGICA AMBULATORIALE

L'incontro formativo (Corso Accompagnamento alla Nascita – CAN) si svolge 2-4 volte al mese, alla presenza di un anestesista e un'ostetrica. L'incontro ha lo scopo di fornire informazioni sul parto *(cos'è il travaglio e quali sono le sue fasi, com'è il dolore e come cambia),* sul reparto di ostetricia e sulla sua organizzazione *(sala travaglio e parto)* e sui metodi a disposizione della donna per controllare il dolore *(sia farmacologici che non)*.

La visita ambulatoriale anestesiologica è invece individuale e viene eseguita, previo appuntamento telefonico al numero 0824/57365-57367, presso l'Ambulatorio di Anestesia Ostetrica dalla 32ª-34ª S.G, entro la 37ª se la gravidanza è fisiologica o alla 30ª S.G. se la gravidanza presentasse patologie concomitanti; è possibile inoltre prenotarla anche direttamente al CUP 0824 1813010

In questa occasione viene compilata da parte dell'anestesista che esegue la visita, la cartella anestesiologica anamnestica e il consenso informato.
Vengono valutati gli esami *(validità 30 giorni per emocromo e conta piastrinica in assenza di diatesi emorragica)* e l'ECG *(validità 3 mesi).*
In presenza di patologie gravidiche o croniche, che possano alterare l'assetto coagulativo, gli esami relativi alla coagulazione devono essere portati alla visita anestesiologica.

N.B: Emocromo, PT INR, PTT devono essere sempre valutati prima della procedura e non devono essere antecedenti più di 30 giorni

L'anestesista si riserva di indicare ulteriori approfondimenti clinici qualora lo ritenga opportuno.
Al momento della visita, l'anestesista registrerà l'avvenuta esecuzione della stessa sul libretto della gestante apponendo data e firma.
Si ricordino le controindicazioni alla procedura di partoanalgesia:
- Rifiuto materno;
- Coagulopatie (la valutazione deve essere fatta dal medico in base al tipo di patologia e agli esami);
- Somministrazione di eparina a basso peso molecolare se inferiore alle 12 ore a dose profilattica e 24 ore a dose terapeutica;
- Infezioni della cute e presenza di tatuaggi nella zona di puntura (controindicazione relativa alla posizione del tatuaggio stesso);
- alterazioni emodinamiche significative.

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER L'ESECUZIONE DELLA PARTOANALGESIA

All'interno del Servizio Anestesia e Rianimazione è previsto un Medico Anestesista dedicato all'Ostetricia, oltre ad un referente dello stesso a cui rivolgersi per qualsiasi problematica clinica e organizzativa.
Nei giorni festivi e durante la notte, la disponibilità all'esecuzione della partoanalgesia, è subordinata all'eventuale contemporaneità di altre urgenze/emergenze e pertanto potrebbe essere procrastinata rispetto alla chiamata, per indisponibilità del personale medico anestesiologico.

Possono essere sottoposte a partoanalgesia tutte le donne in travaglio, che abbiano fatto il percorso dedicato (incontro formativo e individuale) e che la richiedano esplicitamente dopo il ricovero in reparto.

La richiesta di partoanalgesia delle donne che non hanno eseguito il percorso completo, ma che la richiedano al momento del travaglio è subordinata all'indicazione del medico ginecologo ed all'anestesista, che decideranno se la donna sia candidabile alla procedura.
Si ricordi anche che l´O.M.S. e l'Istituto Superiore di Sanità hanno come obiettivo fondamentale quello di ridurre i tagli cesarei (la cui media nazionale è di circa il 38% con un picco di 50% al Sud), anche nelle pazienti precesarizzate; la partoanalgesia potrebbe dunque essere d'aiuto a questo scopo.

B - ESECUZIONE DELLA PARTOANALGESIA

Al momento del ricovero il medico ginecologo controlla che ci siano i presupposti per poter procedere alla partoanalgesia
L'ostetrica verifica la completezza della documentazione relativa alla gravidanza, cartella anestesiologica ed il consenso. Verifica che gli esami del sangue siano stati effettuati da non più di 30 giorni, esegue visita ostetrica, ne comunica il reperto al ginecologo ed inizia il monitoraggio fetale.
Il ginecologo contatta quindi il Coordinatore Medico Anestesista per una valutazione d'equipe.

In caso di terapia con EPBM, si ricordi che per il posizionamento devono essere trascorse
- 12 ore se dose profilattica,
- 24 ore se dosi terapeutiche.

L'ostetrica o l'infermiere si occupano del posizionamento di un adeguato catetere venoso periferico, iniziando l'infusione di liquidi e si accertano che siano prontamente disponibili i farmaci dell'emergenza (atropina, efedrina ecc). L'ostetrica inizia il monitoraggio materno e fetale.

Per la procedura viene utilizzato l'apposito carrello posizionato nella sala travaglio.

Durante il posizionamento, l'infermiere o l'ostetrica, prepara tutto il materiale necessario e coadiuva l'anestesista nell'esecuzione della procedura.

Il protocollo farmacologico è indicato nell'ALLEGATO "Schema farmacologico ed esecuzione della partoanalgesia".

C - GESTIONE DEL TRAVAGLIO IN DONNE SOTTOPOSTE A PARTO-ANALGESIA

Timing

Il posizionamento del catetere epidurale NON è dipendente dalla dilatazione del collo dell'utero, ma dal dolore riferito dalla partoriente. Per questo motivo, anche in fase prodromica, qualora la sensazione dolorifica non sia tollerata, o in induzione, è INDICATO iniziare la procedura. Inoltre può essere utile anche in donne con pregresso TC (TOLAC) dove, oltre alla copertura antalgica, può discriminare un'eventuale rottura d'utero.

Monitoraggio Materno

Durante tutto il travaglio la partoriente deve essere monitorata dal personale ostetrico, che rileverà ad intervalli stabiliti i seguenti parametri:
- ogni 5 minuti per i primi 20 minuti (NBP, FC, saturimetria),
- ogni 2 ore: parametri vitali (NBP, FC, saturimetria) e livello analgesia (VAS- NRS),
- dopo 4-6 ore: rilevazione temperatura materna.

Monitoraggio Fetale

Deve avvenire se possibile come consigliato dalle linee guida OMS 2018 – NICE 2017- SIGO 2018).
È tollerato un MONITORAGGIO in continuo come attualmente in uso.

	OMS 2018	NICE 2017	SIGO 2017
Iniziale travaglio	Nulla	Auscultazione > 1' dopo la contrazione	Auscultazione durante la contrazione > 30''
Primo stadio di Travaglio attivo	Auscultazione > 1' (durante la contrazione e >30'') Intervallo 15 '-30'	Lo stesso	Lo stesso
Secondo stadio	Auscultazione > 1' (durante la contrazione e > 30'') Intervallo 5 '	Lo stesso	Lo stesso

Ricordare: sono possibili minime alterazioni di variabilità del BCF dopo spinale antalgica o peridurale, non patologiche con auto-risoluzione in 15-20 minuti.

L'anestesista dovrà essere contattato tramite cercapersone e prontamente disponibile per la valutazione della paziente qualora:
- occorra intervenire sul piano analgesico
- le condizioni cliniche della donna si modifichino.

Mobilizzazione

Dopo circa 30 minuti dalla somministrazione dell'anestetico la donna può deambulare o mettersi seduta, previa valutazione dell'equilibrio e in assenza di blocco motorio. È necessario l'aiuto dell'ostetrica per l'iniziale cambio di posizione.
La partoriente dovrebbe essere incoraggiata a muoversi frequentemente e assumere le posizioni più gradite durante tutto il travaglio, compatibilmente con le esigenze di monitoraggio materno e fetale.

Alimentazione in travaglio

Durante il travaglio la donna deve essere adeguatamente idratata: somministrare liquidi per endovena poco prima dell'esecuzione della partoanalgesia e proseguire poi con idratazione per via orale, salvo diversa indicazione clinica. (Raccomandazione n. 24 OMS)
La donna può assumere liquidi chiari, té zuccherato, fette biscottate con marmellata, cioccolato, ghiaccioli o bevande di reintegro idrosalino. La quantità deve essere limitata e subordinata anche al quadro clinico. L'ostetrica indicherà quali alimenti assumere nel corso del travaglio.
Si ricordi che la mancata assunzione di zuccheri espone la donna a ipoglicemia e chetosi.

Periodo espulsivo

Al raggiungimento della dilatazione completa occorre attendere la discesa della testa fino al livello 0, prima di iniziare la fase di spinta attiva. Il periodo espulsivo può quindi essere considerato più lungo solo per questo tempo di attesa, che può essere anche di 1-2 ore ore. Occorre invitare la partoriente ad effettuare le spinte solo nel momento del premito.
Per questo motivo si ritiene fisiologica una fase espulsiva:
- oltre 3 ore nella nullipara
- oltre 2 ore nella pluripara

È opportuno che l'anestesista venga contattato qualora il piano analgesico sia insufficiente o occorra ripetere il bolo antalgico.

Si raccomanda, una volta iniziata, in assenza di alterazioni materne o fetali, di non sospendere la PDA neanche nel periodo espulsivo o nella fase in cui sono necessarie misure chirurgiche per il trattamento di eventuali lacerazioni perineali o per episiorrafia.

Complicanze

L'anestesista deve accertarsi di avere a disposizione tutto il materiale necessario per la gestione delle complicanze: sia farmaci che attrezzature elettromedicali (pompe infusionali, monitor e defibrillatore), che si trovano in sala operatoria del Punto Nascita.
Per la gestione di lesione accidentale della dura madre (PDPH), si faccia riferimento al Protocollo Operativo di Gestione – "PUNTURA ACCIDENTALE DELLA DURA MADRE IN OSTETRICIA" .
Si ricordi di indicare in cartella di partoanalgesia le eventuali complicanze e di compilare l'apposito modulo "SCHEDA DI SORVEGLIANZA IN CASO DI PDPH" per un corretto monitoraggio della partoriente.

Rimozione del catetere peridurale

La rimozione del catetere peridurale viene eseguita dall'anestesista, se possibile almeno dopo 2 ore dal parto e indicativamente non oltre le 6 ore, valutando la completa regressione del blocco sensitivo e l'assenza di arrossamenti cutanei o sanguinamenti.
Occorre anche controllare l'integrità del cateterino rimosso.
Se la puerpera deve iniziare una profilassi antitrombotica con EPBM, è necessario attendere almeno 4 ore dalla rimozione del cateterino peridurale.
La rimozione deve essere documentata sulla Cartella Anestesiologica di Ostetricia nell'apposito spazio.

Documentazione della procedura

Tutta la procedura di partoanalgesia, il monitoraggio della paziente e la rimozione del catetere peridurale vengono documentate nel modulo "Cartella Anestesiologica di Ostetricia".
La partoanalgesia deve essere registrata sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) da parte del personale medico del reparto Ostetricia alla dimissione con il codice 0391 (Iniezione di anestetico locale nel canale vertebrale).

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

EPBM eparina a basso peso molecolare
PDA partoanalgesia
SG settimana gestazionale
SDO scheda dimissione ospedaliera
PDPH – Post Dural Puncture Headache

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, RIFERIMENTI NORMATIVI

- Fraser WD et al (2000) Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. Am J Obs.

- Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA et al (2004) Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. BJOG 111:1333–1340.

- Hansen SL, Clark SL, Foster JC (2002) Active versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 99:29–34.

-Simpson KR, James DC (2005) Effects of immediate versus delayed pushing during second stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. Nurs Res 54:149–157).

- Huffnagle S, Huffnagle HJ. Mechanisms of labor pain. In: Obstetric Anesthesia, Norris MC ed, JB Lippincott, Philadelphia, 1993.

-Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2017;126(4):585.

- Stirparo S, Fortini S, Espa S, Capogna G. An in vitro evaluation of pressure generated by programme intermittent epidural bolus (PIEB) or continuous epidural infusion (CEI). Reg Anest Pain Med. 2012;37:E1–311.

-Wong C, Ratliff JT, Sullivan JT et al (2006) A randomized comparison of programmed intermittent epidural bolus with continuous epidural infusion for labor analgesia. Anesth Analg 102:904–909.

-Capogna G, Camorcia M, Stirparo S et al (2011) Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. Anesth Analg 113:826–83.

-Wong CA, McCarthy RJ, Hewlett B (2011) The effect of manipulation of the programmed intermittent bolus time interval and injection volume on total drug use for labor epidural analgesia: a randomized controlled trial. Anesth Analg 112:904–911.

-George RB, Allen TK, Habib AS (2013) Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg 116:133–144.

- Cook TM (2000) Combined spinal-epidural techniques. Anaesthesia 55:42–64.

- Blanshard HJ, Cook TM (2004) Use of combined spinal epidural by obstetric anaesthetists. Anaesthesia 59:922–923

- Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT et al (2012) Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev (10):CD003401. doi:10.1002/14651858.CD003401.pub3.

- Update in Anaesthesia – Charlotte Kingsley, Alan Mc Glennan The labour epidural: the basics. 26-29.

- Fraser WD et al (2000) Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. Am J Obs.

- Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA et al (2004) Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. BJOG 111:1333–1340.

- Hansen SL, Clark SL, Foster JC (2002) Active versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 99:29–34.

-Simpson KR, James DC (2005) Effects of immediate versus delayed pushing during second stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. Nurs Res 54:149–157).

- Huffnagle S, Huffnagle HJ. Mechanisms of labor pain. In: Obstetric Anesthesia, Norris MC ed, JB Lippincott, Philadelphia, 1993.

-Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2017;126(4):585.

- Stirparo S, Fortini S, Espa S, Capogna G. An in vitro evaluation of pressure generated by programmed intermittent epidural bolus (PIEB) or continuous epidural infusion (CEI). Reg Anest Pain Med. 2012;37:E1–311.

-Wong C, Ratliff JT, Sullivan JT et al (2006) A randomized comparison of programmed intermittent epidural bolus with continuous epidural infusion for labor analgesia. Anesth Analg 102:904–909.

-Capogna G, Camorcia M, Stirparo S et al (2011) Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. Anesth Analg 113:826–83.

-Wong CA, McCarthy RJ, Hewlett B (2011) The effect of manipulation of the programmed intermittent bolus time interval and injection volume on total drug use for labor epidural analgesia: a randomized controlled trial. Anesth Analg 112:904–911.

-George RB, Allen TK, Habib AS (2013) Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg 116:133–144.

- Cook TM (2000) Combined spinal-epidural techniques. Anaesthesia 55:42–64.

- Blanshard HJ, Cook TM (2004) Use of combined spinal epidural by obstetric anaesthetists. Anaesthesia 59:922–923

- Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT et al (2012) Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev (10):CD003401. doi:10.1002/14651858.CD003401.pub3

- Update in Anaesthesia – Charlotte Kingsley, Alan McGlennan The labour epidural: the basics. 26-29.

AUTORI (responsabili del contenuto e della sua elaborazione)

Prima emissione: 28/02/2024

- Vincenzo Colella - Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione – dott.ssa Serena Politano - Dirigente Medico U.O.C. Anestesia e Rianimazione, A.O.R.N San Pio Benevento
- Dott. Luciano Pino - Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia. A.O.R.N San Pio Benevento

U.O.C. di Anestesia e rianimazione
Dott. Vincenzo Colella

U.O.C. di Ginecologia ed ostetricia
Dott. Luciano Pino

Dipartimento di Emergenza ed accettazione
Direttore: Dott. Maurizio Buonanno

Dipartimento Materno Infantile
Direttore: Dott. Francesco Cocca