



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

SALUTEINFO

Ospedale M. Bufalini
Dipartimento Chirurgico Grandi Traumi - Cesena
U.O. Anestesia e Rianimazione
Direttore: Dott. Vanni Agnoletti

Analgesia peridurale per il travaglio di parto: una scelta informata



*Gentile Mamma,
desideriamo darle alcune informazioni che le consentiranno di avvicinarsi
con maggiore serenità al momento della nascita di suo figlio, sarà nostra
cura accompagnarla e cercare insieme alle ostetriche e ai ginecologi di farle
vivere questo momento unico nel miglior modo possibile.*

*Durante il percorso di preparazione alla nascita e con l'aiuto di questo
opuscolo, le saranno spiegati tutti gli aspetti dell'analgesia epidurale, per
giungere ad una decisione consapevole, sia che voglia ricorrere all'analgesia
nel parto, sia che non intenda usufruire di questo servizio.*

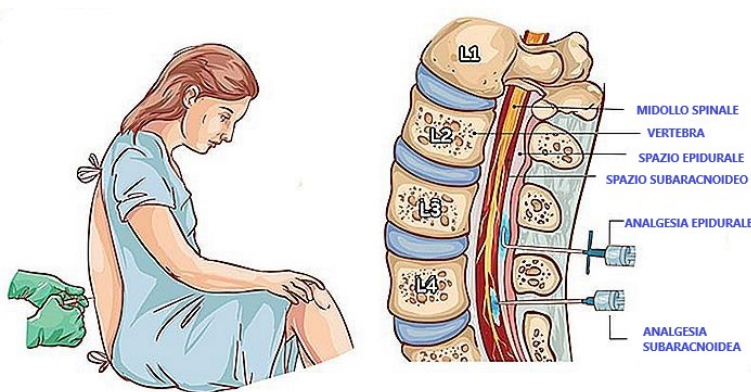
Con i migliori auguri.

Anestesisti Ostetrici Ospedale M.Bufalini

Cos'è l'analgisia peridurale in travaglio di parto?

L'analgisia peridurale in travaglio di parto è una tecnica per ridurre l'intensità del dolore delle contrazioni.

Attualmente, tra le metodiche di controllo farmacologico del dolore in travaglio, è quella più efficace. Questo tipo di analgesia si realizza pungendo la schiena ed iniettando farmaci a contatto con le fibre nervose che trasmettono il dolore. L'analgisia può essere realizzata mediante diverse tecniche: peridurale, spinale o combinata spino/peridurale.

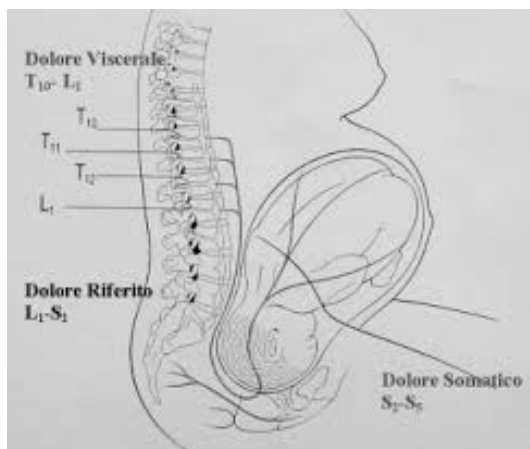


Tecniche Anestesiologiche

Queste differenti metodiche hanno in comune l'iniezione di farmaci (anestetici locali ed oppioidi) a livello del tratto lombare della colonna vertebrale, in una sede dove sono presenti fibre nervose sensitive e motorie, ma non il midollo spinale che termina ad un livello superiore. *L'utilizzo di anestetici locali a concentrazioni molto basse permette di ottenere un blocco selettivo delle fibre che trasportano la sensibilità dolorifica, preservando la motilità e la sensibilità tattile : l'obiettivo è che la gestante continui ad avvertire l'arrivo delle contrazioni, che non vengono più percepite come dolorose e che conservi la forza muscolare degli arti e dell'addome, consentendole di camminare e spingere durante il periodo espulsivo.*

Le tecniche utilizzate sono:

- *Puntura spinale*
- *Puntura peridurale*
- *Tecnica combinata spino-peridurale*



Tutte le tecniche di analgesia menzionate vengono realizzate rispettando le norme di sterilità, previa disinfezione della sede di iniezione e dopo aver eseguito un'anestesia locale della cute. Durante la puntura della schiena, la gestante viene invitata a comunicare all'anestesista qualsiasi disagio percepito (dolore in sede di iniezione, scosse a livello lombare o agli arti inferiori, bruciore, ecc.) e deve cercare di mantenere la posizione indicata, evitando, nonostante il dolore delle contrazioni, bruschi movimenti che aumentano la difficoltà della manovra e i rischi ad essa correlati. E' bene che la donna, durante la manovra, avvisi l'anestesista dell'arrivo della contrazione.

Ci sono due possibili posizioni in cui eseguire la manovra: seduta, gambe leggermente divaricate, piedi ben appoggiati a un sostegno stabile, capo in flessione sul tronco, oppure sul fianco, con gambe flesse sul bacino e collo in flessione sul tronco.



- L'**analgesia spinale** consiste nel pungere la schiena con un ago di calibro molto sottile. L'ago viene indirizzato dall'anestesista nello spazio subaracnoideo, dove sono iniettati i farmaci che servono a ridurre il dolore (anestetici locali ed oppioidi). Poiché nello spazio subaracnoideo decorrono le fibre nervose da bloccare, i farmaci entrano subito in contatto con esse e l'effetto analgesico compare precocemente (entro 5 minuti). Con la spinale antalgica non viene lasciato nella schiena nessun cateterino, per cui il limite della tecnica è che, terminato l'effetto analgesico (circa 60-90 minuti), se la gestante non ha ancora partorito, è necessario continuare l'analgesia con il posizionamento di un cateterino peridurale. Questa tecnica può essere scelta per esempio nelle donne che hanno già avuto precedenti parti e che chiedono l'analgesia a dilatazione completa.
- La tecnica **peridurale**, consiste nel pungere la schiena con un ago di calibro maggiore rispetto a quello della spinale. Una volta reperito lo spazio epidurale (esso si trova mediamente a 4-5 cm dalla cute) in esso viene introdotto un sottile cateterino attraverso cui vengono somministrati i farmaci per tutta la durata del travaglio. La somministrazione viene eseguita dall'anestesista ogni qualvolta la gestante ricomincia ad avvertire contrazioni dolorose (mediamente ogni 60-90 minuti; tecnica a "top up"), oppure si utilizzano sistemi infusivi computerizzati, programmati per l'infusione ad intervalli di tempo prestabiliti (tecnica PIEB: boli epidurali programmati intermittenti). L'effetto antalgico dopo la prima somministrazione peridurale compare circa dopo 15-20 minuti dall'iniezione.
- La tecnica **combinata spino/peridurale** permette di iniettare farmaci nello spazio subaracnoideo e di posizionare il cateterino peridurale per continuare l'analgesia durante il travaglio.

La scelta della tecnica spetta all'anestesista in base alle caratteristiche della gestante e alla fase del travaglio. In caso di contemporaneità di altre urgenze ostetriche, l'esecuzione della partoanalgesia può essere ritardata.



Requisiti necessari per la richiesta di analgesia

- La richiesta materna e il consenso del ginecologo di Sala Parto sono le due condizioni necessarie per effettuare l'analgesia. La scelta materna di partorire in analgesia deve essere libera, consapevole e informata, pertanto va valutata caso per caso la validità di un consenso espresso durante la fase dolorosa del travaglio, senza aver precedentemente seguito il percorso informativo proposto.
- Esistono delle condizioni cliniche materne correlate o meno alla gravidanza o delle situazioni che si presentano durante travaglio in cui, previa discussione collegiale, l'equipe sanitaria può proporre l'analgesia alla gestante, che è libera di accettare o meno il trattamento.
- E' necessario presentare un controllo dei valori di emocromo e della coagulazione che sono considerati validi se eseguiti entro 30 giorni dalla data del parto.
- La situazione ideale in cui l'analgesia dovrebbe essere iniziata è quella di un travaglio attivo, con una buona dinamica delle contrazioni uterine (collo appianato, centralizzato e una dilatazione in progressione sui 3-4 cm). Vi sono situazioni diverse di prodromi di travaglio particolarmente dolorosi, spesso indotti, in cui la partoriente si presenta particolarmente sofferente, nelle quali, con il parere favorevole del ginecologo, l'analgesia viene comunque iniziata.

Controindicazioni all'analgesia

Assolute

- Coagulopatie
- Severa piastrinopenia
- Terapie non sospese con anticoagulanti
- Sepsi in atto
- Gravi infezioni generalizzate o cutanee localizzate alla schiena (va valutata dall'anestesista la presenza di tatuaggi nella schiena in sede di puntura, perché l'ago potrebbe portare nello spazio epidurale pigmenti di tatuaggi che potrebbero essere nocivi)
- Malattie neurologiche acute in atto
- Allergia agli anestetici locali



Relative

- Terapie con alcune classi di farmaci antiaggreganti piastrinici o con eparine a basso peso molecolare ove non esista la possibilità di rispettare i tempi di sospensione previsti
- Particolari difficoltà anatomiche

Effetti dell'analgesia sul travaglio

- Nella letteratura internazionale c'è tuttora un dibattito aperto sul fatto che l'analgesia perimidollare possa determinare un aumento di incidenza di tagli cesarei nella popolazione che ne fa richiesta, ma anche le più recenti revisioni non pongono un nesso di causalità tra l'analgesia di per sé e il ricorso al taglio cesareo.
- Qualora il ginecologo dia indicazione ad un taglio cesareo per una gestante in analgesia, è possibile la conversione dell'analgesia in anestesia, utilizzando lo stesso catetere peridurale, senza dover pungere nuovamente la schiena. Questa conversione richiede almeno 10 minuti di tempo, per cui nelle situazioni di emergenza è possibile che l'anestesista scelga di non utilizzare il catetere peridurale e di eseguire un'anestesia spinale o generale.



- L'analgisia svolge un'azione sul benessere materno-fetale attraverso una riduzione del dolore e della secrezione ormonale ad esso associato. L'iniezione di anestetici locali può determinare transitori deficit di sensibilità agli arti inferiori soprattutto in travagli prolungati.
- L'efficacia analgesica in travagli eutocici è buona nel 95-100% delle partorienti in fase dilatante, mentre è inferiore in fase espulsiva e riferita come insoddisfacente nel 20-25% dei casi.
- L'analgisia può essere talora non completamente soddisfacente in travagli particolarmente dolorosi, soprattutto se il travaglio procede in modo rapido o se l'analgisia è iniziata a dilatazione avanzata o in travagli precipitosi.
- Esistono rari casi in cui la realizzazione dell'analgisia risulta tecnicamente difficile (o impossibile) o esitare in un risultato incompleto (analgisia parziale).
- Talvolta può verificarsi una lateralizzazione del catetere peridurale, a cui corrisponde una riduzione della sensibilità e del movimento dell'arto inferiore del lato corrispondente, mentre dalla parte controlaterale il dolore non è sufficientemente coperto. In questi casi si può ritirare di qualche mm il catetere e, se questo non determina miglioramento, bisogna riposizionare il catetere pungendo nuovamente la schiena.
- Vi può essere una riduzione dei valori della pressione arteriosa materna legata all'effetto dell'anestetico. Pertanto dopo ogni somministrazione vi è la rilevazione dei parametri materni.
- Vi può essere comparsa di prurito, legato alla somministrazione perimidollare di oppioidi. Gli oppioidi favoriscono anche la comparsa di nausea e vomito, che però sono sintomi presenti anche nei travagli senza analgesia.
- E' sconsigliata l'assunzione di cibi solidi grassi durante il travaglio.
- Nei travagli in analgesia è aumentata l'incidenza di febbre, il ricorso all'ossitocina endovena per intensificare l'entità delle contrazioni e il ricorso a un cateterismo estemporaneo per svuotare la vescica. Prima di iniziare un'analgisia è buona regola che la paziente urini o abbia la vescica vuota: in travagli prolungati in analgesia può insorgere una difficoltà alla minzione spontanea per azione dell'anestetico locale sulle fibre nervose della vescica, con necessità di posizionare un temporaneo catetere vescicale.

Effetti dell'analgesia sul feto

- Gli effetti per il feto derivanti dall'analgesia sono riflessi da quelli materni .
- Le eventuali variazioni del battito cardiaco fetale correlate alla peridurale possono essere: transitorie variazioni della frequenza cardiaca di tipo benigno imputabili alla somministrazione di oppioidi, riduzione della frequenza cardiaca fetale secondaria ad abbassamento della pressione arteriosa materna o da possibile ipertono uterino . Per questo il tracciato cardiotocografico deve essere monitorato in continuo durante la partoanalgesia, che può essere svolta solo in sala parto.
- Nei neonati non vi sono differenze negli indici di benessere fetale tra i nati con o senza analgesia Non vi è differenza nell'incidenza di ricoveri in terapia intensiva neonatale.



Complicanze

- Cefalea: evento causato dall'accidentale puntura di una meninge (dura madre) durante la manovra di ricerca dello spazio peridurale. La sua incidenza varia dallo 0.2 al 3%. La cefalea è dovuta alla perdita di liquor e compare in genere dopo 12-24 ore dall'accidentale puntura durale. In caso di accidentale puntura durale, l'anestesista ha cura di informare la paziente dell'evento avverso e di seguirne il decorso. Il dolore è intenso, compare in posizione eretta o seduta e recede in posizione supina, è localizzato tipicamente in regione fronto-occipitale e talvolta si irradia alle spalle e alla colonna cervicale. Possono associarsi disturbi dell'equilibrio, fotofobia, disturbi dell'udito. La durata è variabile, da 2-3 giorni ad una settimana. Il trattamento consiste nel mantenimento di un buon stato di idratazione, nel riposo a letto, nella somministrazione di analgesici. Raramente sono necessario ulteriori procedimenti sanitari(Blood patch)

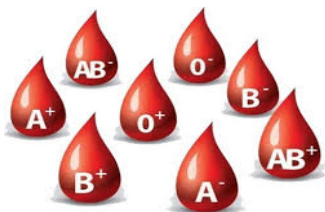
Nel nostro centro la percentuale di puntura durale accidentale ultimi 3 anni (1773 procedure) è del 1,64%, risoltisi sempre spontaneamente



- **Complicanze neurologiche permanenti** (paralisi, danni permanenti): l'incidenza di complicanze neurologiche gravi nella paziente ostetrica è molto rara(0,01-0,08%). Spesso è difficile fare una distinzione tra fattori ostetrici e anestesiológicos che possono contribuire a ridurre la sensibilità post partum e che causano disfunzioni motorie.
- **Blocco subdurale:** è conseguenza di un errato, ma imprevedibile posizionamento del cateterino peridurale nello spazio subdurale. Ne è stata riportata un'incidenza dello 0.82%.
- **Lombalgia:** la lombalgia affligge statisticamente il 50% delle donne in gravidanza, è legata allo stress a cui è sottoposta la colonna vertebrale nel corso della gravidanza, parto e post, indipendentemente dall'aver eseguito un'analgesia peridurale. Solo raramente è causata dall'ago e in tal caso si risolve in 3-4 giorni. Studi retrospettivi confermano che non esiste differenza di incidenza di lombalgia in donne che hanno partorito con o senza analgesia peridurale.



- **Ematoma spinale:** evento rarissimo in ambito ostetrico (1/150.000) I sintomi sono dolore radicolare, disfunzione vescicale, deficit sensitivo-motori. L'esame diagnostico è la RMN e il trattamento è l'immediata decompressione chirurgica, con buon recupero se il trattamento avviene entro 8 ore dall'esordio dei sintomi.



- **Infettive:** Meningite, ascesso peridurale, aracnoidite, sepsi generalizzata: l'infezione è complicanza molto rara (1-2/100.000), ma ogni manovra invasiva comporta il rischio potenziale di infezione. Va quindi rispettata la sterilità e durante le manovre anestesiológicas chi accompagna la gestante viene invitato ad uscire dalla Sala Parto.



Percorso per eseguire l'analgisia peridurale

- Una volta al mese, presso l'Ospedale M. Bufalini, si tiene un incontro aperto nel quale gli anestesisti illustrano le caratteristiche dell'analgisia in travaglio di parto e le modalità cliniche-organizzative con le quali essa viene erogata.
- Le date e la sede di tali incontri sono visualizzabili sul sito www.auslromagna.it, digitando "Parto in Analgesia" nel menù "Cerca".
- La visita anestesiologicala si svolge al V piano dell'Ospedale Bufalini (Scala C)-Ambulatori Ostetrici e consiste in un colloquio individuale durante il quale l'anestesista compilerà un cartellino e farà firmare un consenso informato non vincolante alla partoanalgesia .
- L'utenza deve essere informata di possibili tempi di attesa per l'erogazione della visita, qualora l'anestesista fosse chiamato d'urgenza in Sala Operatoria o in Sala Parto per curare una mamma che sta per partorire.

In caso non possiate attendere il ritorno dell' anestesista per effettuare la visita, l' ostetrica dell' ambulatorio vi fornirà un nuovo appuntamento.

Modalità di prenotazione della visita anestesiológica per partoanalgesia

- Donne seguite da privati: telefonare non prima della 35esima settimana di gravidanza (dopo l'ultimo controllo dal proprio ginecologo curante) al numero **0547/352809** (AMBULATORI OSTETRICI) dalle ore 13 alle 15. L'ostetrica fornirà l'appuntamento per la presa in carico e per la visita anestesiológica.
- Donne seguite dal Consultorio Familiare: sono le ostetriche del Consultorio che forniranno direttamente dopo la 35esima settimana di gravidanza l'appuntamento per la presa in carico e per la visita anestesiológica.
- Donne seguite dall'ambulatorio gravidanza a rischio (GAR): appuntamento inserito dall'ostetrica del GAR.
- Prima della visita anestesiológica, è obbligatorio eseguire esami ematici (Emocromo, PT, INR, aPTT, Fibrinogeno) che verranno valutati dall'anestesista al momento della visita.



Modalità per prenotare il prelievo

- Per le donne che desiderano eseguire il prelievo presso strutture di loro scelta (ambulatori privati o sedi diverse dai Punti di Prelievo Aziendali) è necessario farsi compilare l'impegnativa dal proprio curante, prenotare autonomamente l'esame e ritirare il referto, in modo da poterlo esibire nel corso della visita anestesiológica .
- Per le donne che desiderano eseguire gli esami ematici presso i Punti di Prelievo Aziendali, l'impegnativa verrà compilata in consultorio o dal ginecologo curante . Anche se il referto di tali esami può essere visionato al computer durante la valutazione anestesiológica, si consiglia comunque di ritirarlo e di portarlo al momento della visita.



Quando eseguire il prelievo e che esami fare?

- Il prelievo per la partoanalgesia deve essere eseguito pochi giorni prima della visita anestesiológica e comunque è valido se fatto ENTRO 30 GIORNI dalla data del parto.
- Per chi esegue il prelievo all'Ospedale Bufalini, la sede dove recarsi è la Preospedalizzazione chirurgica nel giorno indicato al momento della prenotazione.
- Ai fini della valutazione anestesiológica per parto analgesia gli esami da eseguire sono:
 - Emocromo
 - PT
 - aPTT
 - INR
 - Fibrinogeno



Grazie dell'attenzione dal gruppo degli anestesisti
dell'ostetricia dell'Ospedale Bufalini di Cesena

Revisione 20/09/2019

Insieme, *sulle vie della cura*