



**Ospedale
Evangelico
Betania**

fondazione
evangelica betania

UOC Anestesia e Rianimazione

UOC Ginecologia e Ostetricia



Analgesia peridurale per il travaglio di parto





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

Tra le metodiche farmacologiche è quella più **efficace** e **sicura**.

L'analgisia epidurale in travaglio è una **tecnica farmacologica** che ha l'obiettivo di controllare il dolore senza interferire con la gestione e i tempi del travaglio, tra le metodiche farmacologiche è quella più efficace e sicura.

Si può eseguire in associazione alle metodiche non farmacologiche, escluso il parto in acqua.

L'obiettivo è che la donna in analgesia continui ad avvertire le contrazioni, senza però percepirle come dolorose non impedendo di camminare e preservando la capacità di accompagnare la spinta durante il periodo espulsivo.



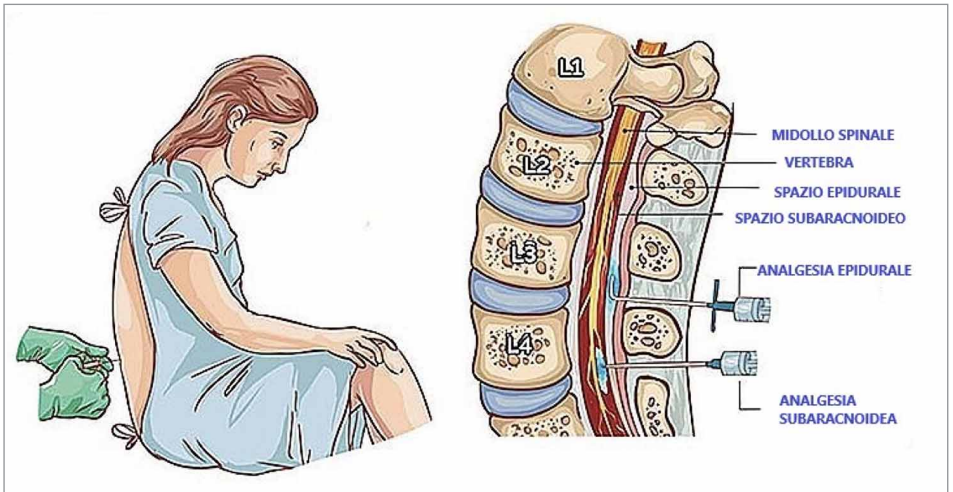
Tecnica

Pur essendo conosciuta come analgesia peridurale in travaglio, in realtà **l'analgesia può essere realizzata mediante diverse tecniche:** peridurale, spinale, associazione di spinale e peridurale.

Queste differenti metodiche hanno in comune l'iniezione spinale, peridurale o spino-peridurale di anestetici locali a concentrazione molto basse e di oppioidi per trattare un blocco selettivo delle vie nervose che trasportano la sensibilità dolorifica, preservando il movimento e la sensibilità. Tutte le tecniche di analgesia vengono realizzate rispettando le norme di sterilità.

Per prima cosa l'anestesista disinfetta la schiena, individua il punto corretto dove praticare l'analgesia ed esegue un'anestesia locale della cute.

Durante la procedura, della **durata complessiva di circa 20-30 minuti**, la gestante deve cercare di mantenere la posizione indicata, evitando



bruschi movimenti che aumentano la difficoltà della manovra e i rischi ad essa correlati e deve avvisare l'anestesista dell'arrivo della contrazione.



Requisiti necessari per la richiesta di partoanalgesia

La richiesta materna, in assenza di controindicazioni, è condizione sufficiente per effettuare l'analgesia. **La scelta di partorire in analgesia deve essere consapevole**, pertanto è auspicabile aver compiuto un percorso informativo prima del travaglio.

In questo incontro preliminare l'anestesista ed il personale ostetrico incontreranno le donne che verranno ulteriormente informate sulle tecniche in uso, vantaggi e svantaggi, effetti collaterali, indicazioni e controindicazioni ed esami da praticare per la visita anestesiologicala.

La visita anestesiologicala dovrà essere praticata dalla 35a settimana di gravidanza, esibendo:

- ▶ **gli esami indicati eseguiti poco prima**
 - ECG
 - Coagulogramma, emocromo, azotemia, creatininemia, GOT, GPT, glicemia

- ▶ **tutta la documentazione clinica utile**



Prima dell'esecuzione della partoanalgesia, occorre il consenso del medico ginecologo di sala parto e per questo è necessario un monitoraggio del benessere fetale per almeno 20 minuti.

Per l'inizio dell'analgesia, la letteratura scientifica conclude che non è richiesta una dilatazione minima del collo dell'utero. Una donna che chiede l'analgesia in prodromi deve essere rassicurata che ciò non comporta un aumentato rischio di cesareo. La richiesta di partoanalgesia è tardiva e non può essere accolta se la testa del bambino sta affiorando dal piano perineale.



Effetti della partoanalgesia sul travaglio

- **Riduzione del dolore materno** senza interferire con la gestione del travaglio
- Effetto favorente sulla dilatazione del collo uterino per il **rilassamento delle cellule lisce**



- Possibile **allungamento del periodo di transizione** (dilatazione completa - discesa della testa fetale)
- Non abolizione della pressione esercitata della testa del bambino in fase espulsiva attiva, con capacità della donna di accompagnamento in modo efficace
- **Nessun impatto sul rischio di taglio cesareo**



In caso di taglio cesareo per una gestante in partoanalgesia, è possibile la conversione dell'analgesia in anestesia, utilizzando il catetere peridurale, senza dover pungere nuovamente la schiena. Questa conversione richiede circa 10 minuti di tempo, per cui se non si può aspettare per condizioni di estrema urgenza è possibile che l'anestesista scelga di non utilizzare il catetere peridurale e di eseguire un'anestesia spinale o generale.



Effetti della partoanalgesia sul feto

Gli effetti per il feto derivanti dall'analgesia sono riflessi di 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 cardiocografico deve essere monitorato in continuo** durante la partoanalgesia, che può essere svolta solo in sala parto.

Vi sono rari casi di partoanalgesia iniziata in prodromi in cui la donna dopo il posizionamento del catetere può tornare nella stanza di degenza. Anche in questi rari casi, i boli peridurali richiedono un monitoraggio del tracciato cardiocografico di almeno 20 minuti e sono da fare in sala parto.

La partoanalgesia non determina impatto diretto negativo sul feto e non ci sono differenze negli indici di benessere fetale tra i nati con o senza

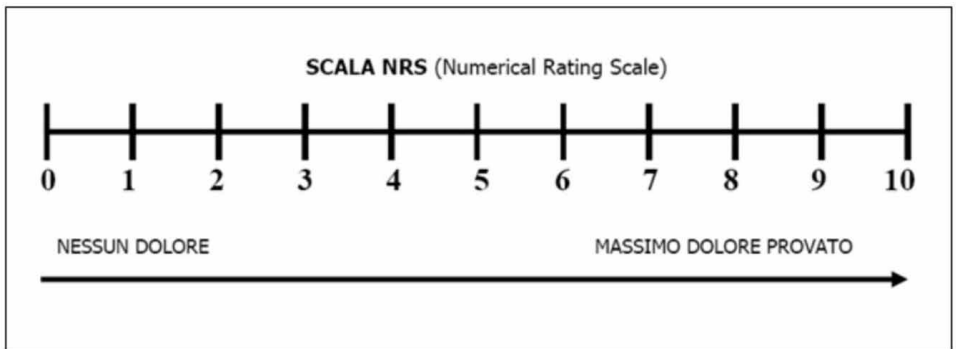


analgesia. Non c'è differenza nell'incidenza di ricoveri in terapia intensiva neonatale. L'analgesia non modifica la capacità del neonato di adattarsi alla vita extrauterina.



Durante l'analgisia perdurare si può avere:

- Analgesia non completamente soddisfacente in travagli distocici, in travagli precipitosi o in travagli prolungati
- Completa inefficacia del catetere peridurale con necessità di riposizionamento (<5%)
- Lateralizzazione del catetere peridurale, con analgesia asimmetrica. In questi casi si può ritirare di qualche centimetro il catetere e, se questo non determina miglioramento, bisogna riposizionarlo (incidenza < 2%)
- Insorgenza di parestesie/ipoestesie agli arti inferiori
- Aumentata incidenza di febbre, non di origine infettiva
- Comparsa di brividi: fino al 20% delle donne in travaglio
- Aumentato ricorso all'ossitocina endovena (per intensificare le contrazioni)
- Aumentato ricorso al cateterismo vescicale estemporaneo per svuotare la vescica.

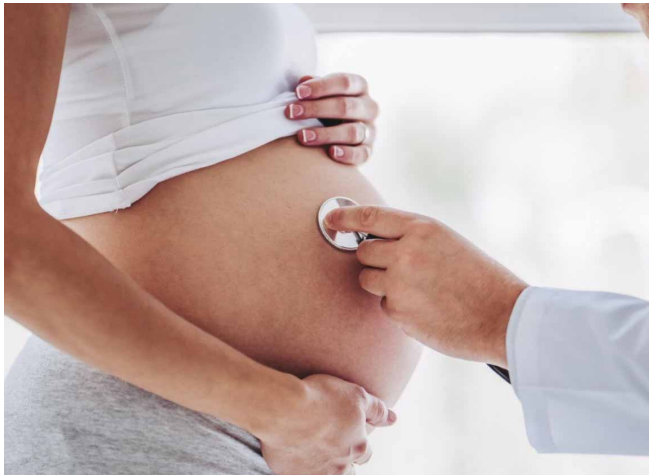


L'efficacia della partoanalgesia viene valutata mediante scala numerica (NRS) chiedendo alla donna l'intensità del dolore all'apice della contrazione (0/nessun dolore - 10/il più forte dolore immaginabile).



Controindicazioni

- Revoca del consenso rilasciato dalla mamma
- Coagulopatia con malattie emorragiche, deficit fattori della coagulazione
- Piastrinopenia severa: Plt < 70000
- Terapia con anticoagulanti (eparina) senza opportuni intervalli di sospensione
- Infezione della cute e/o dei tessuti circostanti il sito di puntura
- Infezione sistemica
- Presenza di tatuaggi nella zona lombare nel sito di puntura senza aree di cute libera
- Ipovolemia non corretta
- Aumento della pressione intracranica (il pericolo non è nella epidurale ma nel rischio della puntura della dura madre; nell'ipertensione endocranica idiopatica non è controindicata)
- Nelle cardiopatie in cui è controindicato il parto naturale
- Nelle patologie neuromuscolari con notevole compromissione della forza muscolare non è controindicata, ma vanno mantenute concentrazioni basse per evitare il blocco



neuromuscolare ed è preferibile l'epidurale a boli richiesti dalla paziente

- Deformazioni gravi della colonna, cicatrici chirurgiche, esiti di interventi alla colonna: in questi casi è aumentata la difficoltà di manovra e il tasso di complicanze

È importante portare con se la documentazione relativa a patologie neurologiche, neurochirurgiche, cardiologiche e ortopediche in modo che il medico anestesista possa visionarla ed eventualmente chiedere ulteriori approfondimenti



Complicanze della partoanalgesia

La complicanza più frequente è la **cefalea**, causata dall'accidentale puntura di una meninge (dura madre) durante la manovra di ricerca dello spazio peridurale. La cefalea compare in genere dopo 24 ore, per cui non si manifesta in travaglio. Il sospetto o la certezza di un'accidentale puntura durale si ha subito dopo l'esecuzione della manovra e l'anestesista ha cura di informare la donna e di seguirne il decorso.

La cefalea è intensa, compare in posizione eretta o seduta e migliora in decubito supino, è localizzata in regione frontale e può irradiarsi al collo e alle spalle. Possono associarsi vertigini, disturbi visivi (fastidio alla luce, visione doppia) e disturbi dell'udito (ovattamento, ronzii). Il trattamento consiste nel riposo a letto, nel bere molta acqua, nella somministrazione di analgesici. In questi casi la degenza si prolunga di circa una settimana.

Nei primi giorni, la donna viene mantenuta stesa

e poi gradualmente si solleva il tronco, in base ai sintomi. **La guarigione completa avviene in circa 10 giorni**, per cui anche dopo la dimissione sarà necessario stare a riposo. Ulteriori terapie sono raramente necessarie.

In assenza di fattori di rischio noti, la possibilità che insorgano altre complicanze non è prevedibile. Sono descritte in letteratura complicanze neurologiche, emorragiche, infettive.



Complicanze neurologiche

L'incidenza di complicanze neurologiche gravi nelle donne gravide è molto rara (0,01-0,08%) e si tratta di deficit per lo più transitori.

Blocco subdurale: è conseguente di un errato, ma imprevedibile posizionamento del catetere perdurare nello spazio subdurale. L'incidenza riportata è dello 0.82%.

Lombalgia: la lombalgia affligge statisticamente il 50% delle donne gravide, è legata allo stress a cui è sottoposta la colonna vertebrale nel corso della gravidanza, parto e post, indipendentemente dall'aver eseguito un'analgia perdurare.

In rari casi è causata dall'ago e in questa circostanza 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.



Complicanze emorragiche

Ematoma spinale: in assenza di fattori di rischio come deficit della coagulazione o assunzione di anticoagulanti senza opportuni intervalli di sospensione, si tratta di un evento rarissimo in ambito ostetrico (1/150.000) i sintomi sono dolore radicolare, disfunzione vescicale, deficit sensitivo-motorio.

L'esame diagnostico è la RMN midollo e il trattamento è l'immediata decompressione chirurgica, con buon recupero se il trattamento avviene entro 8 ore dall'esordio dei sintomi.



Complicanze infettive

Meningite, accesso peridurale, aracnoidite, sepsi generalizzata: sono complicanze molto rare (1-2/100.000), ma come ogni manovra invasiva la partoanalgesia comporta il rischio potenziale di infezione.



a cura delle **Ostetriche Betania**



«Radici stabili, fonte di calore
scudo a protezione, terreno soffice su cui
adagiarsi; le mani dell'ostetrica»

Info e prenotazioni

L'ambulatorio di Visite Anestesiologiche per Partoanalgesia
è prenotabile allo 0815912159
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00



salaparto_ospedalebetania

fondazione_evangelica_betania

Corsi attivi per le gestanti e le puerpere

Incontri di accompagnamento alla nascita
Movimento in gravidanza
Movimento in puerperio
Mamme in contatto



**Ospedale
Evangelico
Betania**

fondazione
evangelica betania

UOC di Ostetricia e Ginecologia

Direttore Dott. Francesco Tarsitano



ospedalebetania.org

Fondazione Evangelica Betania