

 Linee GUIDA

Protocolli, procedure e linee-guida di anestesia e analgesia ostetrica



CIAO - Club Italiano Anestesisti e Ostetrici
Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina 38 Roma

*Ospedale Fatebenefratelli
Isola Tiberina
Roma*

SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

**PROTOCOLLI, PROCEDURE E LINEE-GUIDA
DI
ANESTESIA E ANALGESIA OSTETRICA**

Reperibilità interna dell'anestesista di guardia ostetrica

teledrin n°2258 dalle 8:00 alle 20:00

teledrin n° 2314 dalle 20:00 alle 8:00

stanza dell'anestesista: telefono n° 2294

sala operatoria tagli cesarei: telefono n° 2384

sala travaglio-parto: telefono n° 2258/2305

interfono sala tagli cesarei: n° 18

INDICE	pag
Lettera alla Direzione Sanitaria	3
Linee-Guida per l'anestesista	
Servizi pre-parto offerti alla gestanti	6
Norme comportamentali	7
Linee-Guida per l'analgesia epidurale	9
Procedure per l'analgesia epidurale	13
Monitoraggio materno-fetale	14
Procedure per l'anestesia epidurale per il parto cesareo	15
Procedure per l'anestesia subaracnoidea per il parto cesareo	16
Procedure per l'anestesia generale per il parto cesareo	17
Protocolli di analgesia post-operatoria	18
Protocolli per il blood patch	19
Arresto cardiaco in gravidanza	20
Protocolli e procedure assistenziali di interesse anestesilogico	
Parto spontaneo	22
Parto cesareo	22
Materiale occorrente per il parto cesareo d'elezione	24
Materiale occorrente per l'analgesia epidurale per il travaglio	25
Assistenza nell'immediato post-operatorio	26
Elenco delle apparecchiature, dei materiali e dei farmaci di interesse anestesilogico	27
Materiale anestesilogico nel parto cesareo d'urgenza	32
Procedure e protocolli per il controllo delle infezioni e per la sterilizzazione del materiale di anestesia	33
Modulistica in uso	35

Roma, 18 agosto 1999

Spett.le Direttore Sanitario
Sede

Oggetto: Protocolli, Procedure e Linee Guida di Anestesia ed Analgesia in Sala Parto e Sala Operatoria Cesarei.

Dal novembre 1996 il servizio di Anestesia e Rianimazione lavora seguendo linee-guida, procedure e protocolli relativi all'anestesia e all'analgesia in ostetricia.

Queste linee-guida, dopo due anni di sperimentazione, sono state depositate, protocollate e vidimate dalla Direzione Sanitaria nel dicembre 1998 (prot. 5211 del 2/12/98) e sottoposte a revisione critica ad intervalli di tempo stabiliti.

Pur riguardando essenzialmente il lavoro dell'equipe anestesiologicala, esse comprendono anche aspetti multidisciplinari in comune con i colleghi di altre specialità (in particolar modo con i ginecologi) e con il personale assistenziale (ostetriche, infermieri, OTA, ausiliari).

Con la presente si trasmettono le modifiche delle linee-guida di assistenza anestesiologicala in sala parto/sala cesarei/reparto il Focolare, aggiornate ed integrate con nuove procedure.

Sono stati aggiunti:

- un capitolo sulle norme comportamentali dell'anestesista in sala parto che tracciano lo stile che il medico anestesista dovrebbe avere con le proprie partorienti/pazienti, con i colleghi e con il personale.
- una sezione dedicata al controllo delle infezioni e alla sterilizzazione dei materiali.
- alcune procedure per l'analgesia post-operatoria.
- un questionario di soddisfazione delle partorienti/pazienti che sostituisce l'intervista post-parto e che sarà presentato alle SSVV a settembre in quanto ancora in fase sperimentale.

Sono state modificate:

- alcune disposizioni in tema di preparazione dei materiali per l'urgenza (taglio cesareo).

I protocolli, le procedure e le linee guida di Analgesia ed Anestesia Ostetrica sono stati redatti in base:

- alle precedenti linee-guida interne dell'ospedale in uso dal 1996 e alle linee guida nazionali ed internazionali della specialità (vedi allegati)
- all'esperienza dell'equipe anestesiologicala basata sull'evidenza del lavoro svolto dal 1996 ad oggi ed annotato negli appositi registri a pagine numerate ed autorizzati dalla Direzione Sanitaria
- al controllo di qualità del lavoro svolto desunto dalle visite e dalle interviste alle partorienti/pazienti in dimissione e documentato nei registri anestesiologicali
- agli incontri periodici dell'equipe degli anestesisti di sala parto

Si richiede alla Direzione Sanitaria di prendere visione ed atto del volumetto allegato e di vidimarlo.
In attesa di un Vostro gradito cenno di riscontro scritto, vogliate gradire i nostri più cordiali saluti.

I PROTOCOLLI, I PROCEDURE E LE LINEE GUIDA DI ANALGESIA ED ANESTESIA OSTETRICA SONO STATI REDATTI IN BASE:

- alle precedenti linee-guida in uso, approvate dalla direzione Sanitaria dal 1996
- all'esperienza dell'equipe anestesiological documentata negli appositi registri a pagine numerate ed autorizzati dalla Direzione Sanitaria
- al controllo di qualità del lavoro svolto evidenziato dalla visita e dalle interviste alle partorienti in dimissione e documentato dai registri anestesiological
- agli incontri periodici dell'equipe degli anestesisti di sala parto

alle seguenti linee-guida:

- ◆ Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia.
American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia, 1999
- ◆ Recommended minimum standards for obstetric anaesthesia services
Obstetric Anaesthetists' Association, 1995
- ◆ Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics
Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, 1991
- ◆ ACOG and ASA recommended obstetric anesthesia goals: joint statement on the optimal goals for anesthesia care in obstetrics, 1988
- ◆ Linee Guida del Club Italiano Anestesisti Ostetrici, 1996
- ◆ ACOG technical bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia, 1996

Con il supporto di:

- Chestnut DH. Obstetric Anesthesia. Mosby
- Norris MC . Obstetric Anesthesia. Lippincott
- Russell & Lyons. Clinical Problems in Obstetric Anaesthesia. Chapman & Hall
- Reynolds F. Effects on the baby of maternal analgesia and anesthesia. Saunders
- Van Zundert & Ostheimer. Pain Relief & Anaesthesia in Obstetrics. Churchill Livingstone
- Cabannis. Fetal Monitoring Interpretation. Lippincott
- Datta SJ. Anesthetic and Obstetric Management of High-Risk Pregnancy. Mosby
- Capogna G, Celleno D, Zangrillo A. Analgesia ed Anestesia Epidurale per il Parto. Mosby
- Gambling DR, Douglas MJ. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders. Saunders

- LINEE-GUIDA PER L'ANESTESISTA

SERVIZI PRE - PARTO OFFERTI ALLE GESTANTI CHE DESIDERANO RICOVERARSI PRESSO
L'OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI

1. Partecipazione alla conferenza sull'analgesia epidurale
2. Questionario anamnestico informativo
3. Visita anestesiologicala pre-parto e consenso informato

1. CONFERENZA SULL'EPIDURALE

E' opportuno che tutte le gravide che desiderano partorire nel nostro ospedale seguano questa conferenza al fine di ricevere tutte le informazioni riguardanti l'analgesia epidurale per il travaglio ed il parto spontaneo e l'anestesia per il parto cesareo. L'incontro si tiene dalle 18:00 alle 19:00 una volta al mese nella Sala Assunta ed è rivolta a tutte le gestanti ed ai loro mariti (le date sono affisse negli ambulatori di ostetricia).

2. QUESTIONARIO PRE-PARTO

Il questionario può essere ritirato durante le conferenze o in ambulatorio di ostetricia e deve essere riconsegnato, compilato, alla visita anestesiologicala. Il suo scopo è quello di facilitare lo scambio di informazioni con l'anestesista.

3. VISITA ANESTESIOLOGICA E CONSENSO INFORMATO

La visita si può effettuare dopo la 36^a settimana ed è estesa a tutte le gestanti per poter affrontare ogni tipo di circostanza nel modo più adeguato e sicuro. In questa occasione l'anestesista valuterà lo stato di salute della donna con una visita clinica e controllando le analisi; avrà cura di fornire informazioni chiare e dettagliate sull'analgesia epidurale durante il travaglio ed il parto spontaneo e sulle diverse possibilità dell'anestesia nel parto cesareo; compilerà la cartella specialistica e richiederà il consenso alle eventuali procedure anestesiologicalhe.

Per un appuntamento telefonare allo 06.68.13.69.11.

Alla visita occorre portare tutti gli esami eseguiti durante la gravidanza.

Non sono necessari esami clinici aggiuntivi rispetto a quelli già richiesti dal proprio ginecologo.

Le analisi di interesse anestesiologicalo sono le seguenti:

- ◆ Emocromo completo con conta delle piastrine
- ◆ Esame delle urine completo
- ◆ TAP, PTT, AT III e fibrinogeno
- ◆ HbsAg e anti-HCV
- ◆ Gruppo sanguigno e fattore Rh
- ◆ Albuminemia
- ◆ Elettrocardiogramma

NORME COMPORTAMENTALI

Le persone con le quali viene a contatto l'anestesista in sala parto non sono "pazienti" ma "partorienti" e quindi donne sane che si ricoverano in ospedale e che si aspettano di partorire senza alcun problema.

L'anestesista si trova ad operare in un ambiente particolare dove il fine ultimo non è la guarigione dalla malattia ma la nascita di un bambino, un evento denso di implicazioni psicologiche ed emotive.

Con l'uso sempre più frequente dell'anestesia loco-regionale l'anestesista è chiamato a porre particolare attenzione ai rapporti interpersonali con la partoriente e con suo marito che non solo partecipano alla nascita del proprio figlio, ma sono osservatori e testimoni degli avvenimenti (anche avversi ed improvvisi) e dei comportamenti degli operatori sanitari.

Frequentemente si è chiamati a prestare la propria opera per patologie o complicanze gravi della gravidanza, del travaglio, del parto e del post-partum, situazioni che nei casi estremi necessitano anche di terapie intensive e rianimatorie, sia materne che neonatali. Inoltre spesso si è chiamati per un'emergenza improvvisa che necessita di decisioni terapeutiche corrette, sicure ed efficaci in tempi molto brevi.

Nella stessa area possono essere quindi presenti persone che gioiscono della nascita del loro figlio e persone che sono preoccupate per la salute della moglie o del neonato.

La nostra prima preoccupazione deve essere quindi la **SICUREZZA** della partoriente che ci viene affidata che si ottiene con:

- Le procedure di informazione (conferenze pre-parto e visita ambulatoriale)
- La visita pre-parto, comprendente anche il consenso informato, eseguita preferenzialmente in ambulatorio, ma in tutti i casi obbligatoria al momento del ricovero. Per questo motivo chiediamo ai colleghi ginecologi di avvertirci preventivamente e al più presto possibile della presenza in reparto di partorienti "a rischio" che possono essere suscettibili di fare un'analgesia e/o un'anestesia (induzioni di parto, gravidanze patologiche, ecc) specialmente se queste non hanno ancora eseguito una visita anestesiologicala.
- L'esecuzione scrupolosa delle procedure e dei protocolli terapeutici in uso ed approvati dai responsabili del servizio e dalla direzione sanitaria
- Il controllo attento e scrupoloso delle apparecchiature a noi affidate
- La presenza continua, per quanto possibile, nell'area di sala parto
- La pronta risposta alle chiamate
- La prevenzione delle complicanze con l'applicazione delle procedure e dei protocolli terapeutici stabiliti
- La chiarezza nelle disposizioni diagnostiche e terapeutiche che debbono essere ben comprese dai nostri collaboratori, scritte e firmate sempre in cartella clinica
- L'attenta e completa compilazione della cartella clinica e dei registri anestesiologicali di sala parto
- La comunicazione tra gli anestesisti del gruppo ed il loro responsabile e con i colleghi ginecologi
- Lo studio personale e la partecipazione agli incontri di aggiornamento

Per quanto riguarda i RAPPORTI CON LA PARTORIENTE:

- Identificare la propria partorientente, presentarsi e qualificarsi con cognome e nome rivolgendosi sempre con cortesia e dando del Lei
- Controllare il consenso informato e, nel caso mancasse, ottenerlo al più presto, dando nel contempo tutte le informazioni possibili
- Porre particolare attenzione al rispetto della persona, come ad esempio:
 - coprire la partorientente in sala operatoria prima delle procedure anestesiolgiche e chirurgiche
 - mantenere sempre un contatto verbale durante e dopo l'anestesia
 - fare attenzione al linguaggio usato anche perché sia la donna che il marito non sempre sono in grado di interpretare correttamente ciò che per noi è routine
 - mettersi dalla parte di chi sta in qualche modo "subendo" anche se consenziente, un'invasione all'interno del proprio corpo (aghi, monitoraggi, cannule, apparecchiature) spiegando anticipatamente le procedure che si stanno adottando
 - essere cordiali ma fermi con i mariti istruendoli sulle disposizioni vigenti in termini di controllo delle infezioni e modalità di accesso in sala parto/operatoria

Per quanto riguarda i RAPPORTI CON I COLLEGHI:

- Ricordarsi che il ginecologo di guardia è il responsabile dell'andamento del travaglio e del parto e ottenere sempre il suo consenso prima di eseguire un'analgesia epidurale. Una volta iniziata, l'analgesia non può essere interrotta se non in casi eccezionali e solo su richiesta del ginecologo, che provvederà ad informare adeguatamente la partorientente.
- Non modificare mai alcuna delle procedure e dei protocolli anestesiolgici per la fretta o per la pressione psicologica dei colleghi: la vostra partorientente ha diritto agli stessi standard di sicurezza in tutti i casi, specialmente nelle emergenze! Le nostre procedure per le emergenze sono state studiate per ridurre i tempi di intervento mantenendo salva la sicurezza e la qualità dei nostri interventi
- In caso di controversie evitate la discussione alla presenza delle pazienti, dei parenti o del personale sanitario: discutetene con il diretto interessato quando ciò sarà possibile ed opportuno.

LINEE GUIDA PER L'ANALGESIA EPIDURALE. I

1. L'analgesia epidurale in travaglio viene usualmente richiesta dalla donna e può essere eseguita solo previo consenso del ginecologo di guardia. Usualmente la partoriente deve avere la cartella anestesiologicala compilata ed il consenso informato già firmato. A seconda dei casi, si può compilare la cartella e far firmare il consenso estemporaneamente purchè sussistano le condizioni cliniche e psicologiche adatte.
2. Il blocco epidurale va eseguito utilizzando l'apposito carrellino in dotazione e con la collaborazione di una ostetrica (o di un'infermiera). Eseguire il blocco preferenzialmente in decubito laterale e con il monitoraggio materno e fetale connesso. Seguire i protocolli in uso. Non è necessaria pre-idratazione.
3. Mantenere sempre un contatto verbale amichevole e rassicurativo con la partoriente e con suo marito, il quale comunque va invitato ad uscire dal box durante l'esecuzione del blocco.
4. Se si usa un'analgesia a basso dosaggio (ad esempio ropivacaina 0.10%) ricordare alle ostetriche che tale tecnica è compatibile con la deambulazione, previo nostro consenso ed esecuzione delle procedure di sicurezza per la deambulazione. E' buona norma eseguire un monitoraggio materno (PA, Fc, SaO₂) della durata di 15-20 minuti subito il blocco epidurale.
5. Non lasciar passare troppo tempo dal momento della richiesta di un'analgesia epidurale al momento dell'esecuzione del blocco (o di un rifornimento) perché il dolore e la situazione ostetrica si potrebbero modificare e per soddisfare pienamente le aspettative della partoriente.
6. Controllare la partoriente nei 10 minuti seguenti il rabbocco ed essere sempre presenti al momento del parto.
7. Di regola una volta iniziata, l'analgesia epidurale non va sospesa se non in casi eccezionali e su motivata indicazione del ginecologo che deve darne ragione alla partoriente.
8. Attenzione alla sterilità specialmente in sala operatoria e quando si esegue un blocco nei box. Indossare (e pretendere che gli altri indossino) sempre cappello e mascherina e togliersi il camice quando si è in sala operatoria. Il marito è invitato a partecipare al parto anche se cesareo e va fatto entrare (seduto ed accanto alla moglie) solo dopo che il blocco si è consolidato ed è stato fatto il campo sterile.
9. Scrivere la cartella clinica e compilare accuratamente il registro, che è un documento ufficiale.
10. Scrivere in cartella clinica le consegne postoperatorie e firmarle: seguire i protocolli in uso per l'analgesia postoperatoria.
11. Compilare il database computerizzato: "rapporto anestesista sala parto"

LINEE-GUIDA PER L'ANALGESIA EPIDURALE . II

I stadio - periodo dilatante

Per iniziare un'analgesia epidurale non è necessario raggiungere una determinata dilatazione cervicale ma è sufficiente che il travaglio sia avviato. Inoltre, in accordo con la fisiopatologia, quanto più precocemente si inizia una analgesia meno farmaco occorre per abolire il dolore.

Di norma l'analgesia epidurale si può quindi effettuare all'inizio del travaglio, quando cioè la frequenza delle contrazioni uterine percepite come dolorose è da 2 a 3 in 10 minuti, il collo uterino è appianato, centralizzato con una dilatazione di almeno 2 cm. In questa situazione i farmaci somministrati per via epidurale possono essere diversi secondo la posizione della testa fetale.

Alcune donne riferiscono un dolore importante ed intenso anche durante la fase latente (che nella primipara dura in media da 6 ad 8 ore) quando la frequenza delle contrazioni è di 1-2 in 10 min. Anche in questi casi è possibile intervenire con farmaci appropriati.

Nella prima fase del travaglio al fine di ottenere una buona analgesia è necessario un blocco delle fibre C non mielinizzate con soluzioni di anestetico locale a bassa concentrazione. All'inizio del primo stadio del travaglio, quando la testa non è ancora impegnata, possono essere impiegati solo i farmaci oppioidi.

Il collo uterino possiede una innervazione simpatica che lo rende sensibile agli effetti dell'analgesia epidurale che favorisce la dilatazione cervicale se la testa fetale è impegnata.

Durante la seconda fase del travaglio, invece, le fibre nervose da bloccare sono rappresentate dalle A-delta: ciò giustifica l'utilizzazione di anestetico locale più concentrato.

Nella grande maggioranza dei casi è utilizzata l'associazione oppioide-anestetico locale. Infatti, l'aggiunta di un oppioide (sufentanil) alla ropivacaina determina una riduzione del tempo di latenza, prolunga ed intensifica l'analgesia, riduce il dosaggio totale di anestetico locale, aumenta la sicurezza in caso di iniezione intravascolare o subaracnoidea accidentale, e permette una ottima analgesia con un blocco motorio minimo o assente. Questa associazione non è correlata con effetti collaterali materni e/o fetali se non con un modesto e transitorio prurito. Attualmente la soluzione analgesica epidurale è rappresentata dalla ropivacaina (naropina) allo 0.10% associata al sufentanil (fentantienil) (10 µg) in un volume totale di 20-25 mL.

Come ogni atto medico anche l'analgesia epidurale necessita di alcuni monitoraggi materni e fetali (PA, Fc, SaO₂, tococardiogramma) che possono tuttavia essere limitati ai primi 15-20 minuti dopo l'esecuzione del blocco e, successivamente, dopo ogni somministrazione di farmaco, salvo diversa indicazione medica.

L'uso dell'ossitocina va riservato ai casi in cui ci sia una precisa indicazione ostetrica (ad esempio: un numero di contrazioni uterine inferiori a 2/10 min nella fase attiva dopo un monitoraggio di almeno 30 min). Va tenuto presente che l'analgesia epidurale mantiene o aumenta lievemente la dominanza fundica, cioè il gradiente di pressione tra fondo e segmento inferiore dell'utero, per cui può determinare un transitorio aumento del tono uterino di base. Per questo motivo la somministrazione di ossitocina immediatamente dopo un'analgesia epidurale necessita di particolare cautela.

L'analgesia epidurale a basso dosaggio è di solito compatibile con la deambulazione della partoriente (previo consenso dell'anestesista e dell'ostetrico) accompagnata dal partner. I possibili vantaggi della deambulazione durante il travaglio sono: aumento dell'attività uterina, diminuzione del dolore, minore

durata del primo stadio del travaglio, ridotta incidenza di anomalie del battito cardiaco fetale e di parti operativi, minor ricorso all'ossitocina, maggiore soddisfazione materna.

Il stadio - periodo espulsivo

Durante il secondo stadio del travaglio l'analgesia non interferisce con i meccanismi di discesa e di rotazione della testa fetale, lasciando alla partoriente la sensazione del riflesso di spinta e di pressione perineale. L'integrità e la conservazione di queste sensazioni sono segni indiretti dell'assenza di blocco motorio dei muscoli perineali e consentono la collaborazione della partoriente nella fase finale del travaglio. In pratica, se si è mantenuta una buona analgesia per tutto il travaglio, il passaggio dal primo al secondo stadio è avvertito dalla donna come la trasformazione della sensazione (non dolorosa) di contrazione addominale in sensazione (non dolorosa) di pressione sul retto. Nel caso che l'analgesia si esaurisca in questa fase, e cioè prima che sia avvenuta la rotazione della testa fetale, occorre fare molta attenzione a prevenire il dolore prima che diventi troppo forte e si rendano quindi necessarie dosi più elevate di anestetico locale che potrebbero determinare una transitoria ipotonia del pavimento pelvico. In questo modo è possibile controllare il dolore del secondo stadio agevolmente con basse concentrazioni di anestetico locale. È fondamentale che l'anestesista abbia un'ottima conoscenza dei tempi e delle modalità di discesa e di rotazione della testa fetale per poter intervenire correttamente in caso di dolore in questa fase del travaglio.

Talvolta nella convinzione errata che l'analgesia epidurale possa interferire con la corretta rotazione della testa fetale, si richiede all'anestesista di lasciare che l'effetto analgesico della epidurale si esaurisca. Una simile condotta appare eticamente discutibile e scorretta nei confronti della donna la quale si trova costretta ad affrontare gli sforzi espulsivi e a collaborare attivamente proprio quando il dolore si riaffaccia violentemente ed improvvisamente.

In questi casi il ginecologo deve motivare alla donna il suo parere ed ottenere il suo consenso alla interruzione dell'analgesia.

Nel secondo stadio del travaglio le spinte volontarie della partoriente non vanno consentite e/o incoraggiate fino a quando la parte presentata non ha superato il piano dello stretto medio o livello 0 e la rotazione della testa fetale non è completata, altrimenti si rischia di rallentare la rotazione della testa fetale stessa. Se non intervengono alterazioni tococardiografiche indicative di sofferenza fetale tali da consigliare un intervento strumentale od operativo d'urgenza, il secondo stadio deve essere caratterizzato dall'osservazione della progressione della parte presentata che nella primipara può durare fino a due ore. La diagnosi di mancata progressione della parte presentata può essere posta dopo tale limite temporale.

Nel caso si voglia far partorire la donna in posizione accovacciata o si voglia far distendere il perineo in modo adeguato, può essere utile somministrare una dose ulteriore di anestetico locale, che può favorire una minore incidenza di lacerazioni e di ricorso all'episiotomia.

Anche in caso di parto vaginale spontaneo talvolta l'ostetrica accompagna l'espulsione del bambino con la manovra di pressione sul fondo uterino (manovra di Kristeller), che va comunque riservata soltanto ai casi di grave sofferenza fetale con parte presentata al piano perineale. Occorre ricordare che oltre ad non essere scevra da complicanze (pericolo di rottura d'utero o di fratture costali) questa manovra è comunque dolorosa anche per la partoriente in analgesia epidurale.

L'analgesia epidurale a basso dosaggio è compatibile con qualsiasi posizione la gravida voglia assumere per effettuare efficacemente la spinta.

Analgesia Epidurale in Travaglio di Parto
 Dosi, Volumi e Concentrazioni
 PRIMIPARA

dilatazione cervicale	Posizione della testa	dose iniziale		dose successiva	
cm		Farmaco e dose	volume totale (mL)	farmaco e dose	volume (mL)
2-3	-2 / -1	Sufentanil 10µg	5 -10	ropivacaina 0.10%	20
3-5	-1	Ropivacaina 0.10% e sufentanil 10µg	20 - 25	ropivacaina 0.10%	20 mL
				Infusione continua Ropivacaina 0.05% e sufentanil 0.5µg/mL*	10 mL/ora
>6		Ropivacaina 0.10% e sufentanil 10µg	20 - 25 mL	Ropivacaina 0.15%-0.20%	10
dilataz. completa	-1 / 0	Ropivacaina 0.15%	20		

A dilatazione completa dopo che è avvenuta la rotazione della testa fetale, si possono somministrare 5 mL di carbocaina 2% per l'analgesia perineale o per l'episiotomia/raffia

***preparazione dell'infusione continua (infusor baxter da 10 ml/ora):**

- 15 ml ropivacaina 2mg/ml
- 30 µg sufentanil
- 45 ml soluzione fisiologica
- portare il tutto ad un volume di 60 ml con soluzione fisiologica

SECONDIPARA

Dilatazione cervicale	posizione della testa	dose iniziale		dose successiva	
Cm		farmaco e dose	volume totale (mL)	farmaco e dose	volume (mL)
4-5	-1	ropivacaina 0.10-0.15% e sufentanil 10µg	20-25	ropivacaina 0.15%	15-20
6-7	-1	ropivacaina 0.15-0.20%	20	ropivacaina 0.20%	20
dilataz. completa		ropivacaina 0.20%	20		

LINEE-GUIDA PER L'ANALGESIA EPIDURALE IN TRAVAGLIO DI PARTO. III

<ul style="list-style-type: none"> Controllare la cartella anestesiologicala ed il consenso Informare la partoriente della procedura che si sta per intraprendere Valutare il dolore Chiedere al ginecologo*/ostetrica la dilatazione cervicale e la posizione della testa fetale e trascrivere i dati in cartella clinica e sul registro 	<ul style="list-style-type: none"> Usare il righello dell'analogo visivo Il registro delle epidurali, così come la cartella clinica, sono due documenti ufficiali e vanno perciò compilati sempre ed accuratamente.
<ul style="list-style-type: none"> Posizionare un ago cannula 20G rosa sulla mano dx Non è necessaria pre-idratazione 	<ul style="list-style-type: none"> L'ago cannula 20G è meno traumatico. Mano dx perché è più comoda in caso di TC. Troppi liquidi (SF) possono ridurre le contrazioni uterine e determinare globo vescicale
<ul style="list-style-type: none"> Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto 	<ul style="list-style-type: none"> In decubito laterale vi è minor pressione liquorale e la dura è meno tesa (minor incidenza puntura durale accidentale), le vene epidurali sono meno congeste (minor incidenza puntura vascolare accidentale), è prevenuta la compressione aorto-cavale ed è più facile il monitoraggio fetale
<ul style="list-style-type: none"> Monitorizzare la partoriente con SaO₂ e PA 	<ul style="list-style-type: none"> In assenza di ipotensione materna è sufficiente un monitoraggio di 10-15 min
<ul style="list-style-type: none"> Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto 	
<ul style="list-style-type: none"> Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente 	<ul style="list-style-type: none"> Mentre il disinfettante agisce, l'anestesista può prepararsi i farmaci da somministrare risparmiando sui tempi di esecuzione
<ul style="list-style-type: none"> Materiali: Ago di Tuohy 16 G (minipak Portex) Siringa da 20 mL con Ropivacaina 0.10% o Bupivacaina 0.0625% Siringa da 5 mL per test dell'aspirazione Siringa pre-riempita da 5 mL carbocaina 2% per l'anestesia locale Ago rosa per aspirare i farmaci Sufentanil 10 µg in 5 mL di soluzione fisiologica 	<ul style="list-style-type: none"> La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica e/o dell'infermiera di sala cesarei
<ul style="list-style-type: none"> Dopo aver invitato il marito ad uscire, eseguire il blocco, previa anestesia locale, con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido Inserire il cateterino e posizionarlo in modo tale che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso ed iniettare lentamente la dose terapeutica di anestetico locale e di oppioide Fissare il cateterino e spiegare alla partoriente gli effetti di ciò che si è fatto. Dopo 10 minuti ricontrrollare l'analgesia (VAS), i parametri materni, gli eventuali effetti collaterali, il CTG, e testare se la partoriente può deambulare 	<ul style="list-style-type: none"> Con la tecnica LOR con mandrino liquido si ha una minor frequenza di puntura durale accidentale, minor incidenza di analgesia a chiazze, prevenzione del pneumoencefalo ecc . L'eccessivo inserimento del cateterino può determinare analgesia monolaterale E' meglio iniettare l'anestetico prima e fissare il cateterino dopo, in modo da ridurre il tempo di latenza Criteri per la deambulazione in analgesia epidurale: Blocco efficiente Assenza di ipotensione posturale Romberg negativo Assenza di blocco motorio Presenza di un accompagnatore
<ul style="list-style-type: none"> Informare la partoriente sulla durata dell'analgesia e sulla necessità di farsi chiamare per un rabbocco 	<ul style="list-style-type: none"> E' opportuno eseguire un rabbocco prima che il dolore insorga di nuovo (VAS>30)
<ul style="list-style-type: none"> Essere sempre presenti al momento del parto 	<ul style="list-style-type: none"> Somministrare 5 mL di carbo o xilo 2% oppure 7 mL di ropivacaina 0.2% per episiotomia/raffia

*L'analgesia epidurale può essere eseguita solamente previo consenso del ginecologo e se la partoriente ha eseguito la visita anestesiologicala pre-parto e dato, in tale occasione, il suo consenso scritto. In casi eccezionali, e in accordo con i suggerimenti del nostro comitato di bioetica, sempre su richiesta del ginecologo, può essere eseguita anche senza visita, dopo aver controllato le analisi, ma dopo aver parlato con la partoriente ed aver ottenuto il consenso scritto. In questi casi, tuttavia l'anestesista ha la piena facoltà di rifiutarsi se ritiene che non vi siano sufficienti condizioni di sicurezza materna e/o fetale per eseguire il blocco, dandone le motivazioni alla partoriente e al ginecologo.

MONITORAGGIO MATERNO-FETALE DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO

ANALGESIA EPIDURALE PER IL TRAVAGLIO ED IL PARTO VAGINALE:

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

- Frequenza cardiaca materna e SaO₂ , possibilmente con il monitor SOXICAP
- Frequenza cardiaca fetale
- Pressione arteriosa materna

Per poter far camminare la partoriente durante il travaglio in analgesia epidurale occorre che siano soddisfatti i seguenti criteri:

1. analgesia soddisfacente
2. presenza di un cardiotocogramma normale
3. assenza di ipotensione posturale
4. abilità a camminare (step-test)
5. test di Romberg negativo
6. assenza di blocco motorio degli arti inferiori
7. presenza di un accompagnatore

ANESTESIA PER IL PARTO CESAREO:

Monitorizzare prima e durante l'anestesia:

- Frequenza cardiaca materna ,SaO₂, ECG, Pressione Arteriosa
- Frequenza cardiaca fetale fino all'inizio dell'intervento
- End-tidal CO₂ in caso di anestesia generale

Monitorizzare nell'immediato postoperatorio fino al ritorno in Reparto:

- Frequenza cardiaca materna, SaO₂, ECG, Pressione Arteriosa, possibilmente con il monitor SOXICAP

PROCEDURE PER L'ANESTESIA EPIDURALE PER IL PARTO CESAREO

<ul style="list-style-type: none"> Controllare la cartella anestesiologicala ed il consenso Informare la partoriente della procedura che si sta per intraprendere Somministrare 300 mg di ranitidina solubile per os almeno 30 min prima dell'intervento Accertarsi che la partoriente sia stata già pre-idratata con 500 ml di Ringer e che abbia fatto l'antibiotico (Eposerin 2 gr i.m.) 	
<ul style="list-style-type: none"> Monitorizzare la partoriente con ECG, SaO₂, PA e notare i valori basali 	<ul style="list-style-type: none"> Controllare e preparare i farmaci, il materiale per una eventuale intubazione, il funzionamento del respiratore, del monitor e dell'aspiratore
<ul style="list-style-type: none"> Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto Nelle partorienti obese o con prevedibili problemi tecnici valutare la possibilità dell'esecuzione della tecnica in posizione seduta 	<ul style="list-style-type: none"> In decubito laterale vi è minor pressione liquorale e la dura è meno tesa (minor incidenza puntura durale accidentale), le vene epidurali sono meno congestionate (minor incidenza puntura vascolare accidentale), è prevenuta la compressione aorto-cavale ed è più facile il monitoraggio fetale
<ul style="list-style-type: none"> Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto 	
<ul style="list-style-type: none"> Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente 	<ul style="list-style-type: none"> Mentre il disinfettante agisce, l'anestesista può prepararsi i farmaci da somministrare risparmiando sui tempi di esecuzione
<ul style="list-style-type: none"> Materiali: Ago di Tuohy 16 G (minipak Portex) Siringa da 20 mL con 20 mL di Lidocaina 2% Siringa da insulina Siringa da 5 mL per test dell'aspirazione Siringa pre-riempita da 5 mL carbocaina 2% per l'anestesia locale Ago rosa per aspirare i farmaci Preparare la soluzione di lidocaina con adrenalina (4UI della siringa da insulina) e bicarbonato (1mEq=1mL) Sufentanil 10 µg in 5 mL di soluzione fisiologica 	<ul style="list-style-type: none"> La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica e/o dell'infermiera di sala cesarei
<ul style="list-style-type: none"> Previa anestesia locale eseguire il blocco con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido Inserire il cateterino e posizionarlo in modo tale che rimanga per 4 cm nello spazio epidurale Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dello stesso ed iniettare la dose test di 3 mL della soluzione di lidocaina Fissare il cateterino e posizionare la partoriente in decubito supino con il cuscinetto sotto il fianco dx Iniettare in dosi subentranti di 5 mL la soluzione di lidocaina fino ad ottenere un blocco T4 - S1 In caso di ipotensione materna accentuare il dislocamento laterale dell'utero e somministrare efedrina 	<ul style="list-style-type: none"> Con la tecnica LOR con mandrino liquido si ha una minor frequenza di puntura durale accidentale, minor incidenza di analgesia a chiazze, prevenzione del pneumoencefalo ecc L'eccessivo inserimento del cateterino può determinare analgesia monolaterale Valutare l'efficacia della dose-test Testare l'estensione del blocco sensitivo con un ago smusso a cominciare da L2 bilateralmente ogni 2-3 min
<ul style="list-style-type: none"> Alla nascita somministrare 10 UI di syntocinon in fleboclisi e posizionare la partoriente semiseduta 10° 	<ul style="list-style-type: none"> La posizione di Flower (10° semiseduta) previene il reflusso di sangue/liquido amniotico a livello diaframmatico e quindi il dolore intraoperatorio alla spalla
<ul style="list-style-type: none"> Controllare il livello di blocco sensitivo durante l'intervento 	
<ul style="list-style-type: none"> Controllare l'estensione del blocco sensitivo e motorio a fine intervento 	
<ul style="list-style-type: none"> analgesia postoperatoria con Patient Controlled Epidural Analgesia (vedi protocollo) 	<ul style="list-style-type: none"> Prescrivere e firmare in cartella le consegne postoperatorie

PROCEDURE PER L'ANESTESIA SUBARACNOIDEA PER IL PARTO CESAREO

<ul style="list-style-type: none"> • Controllare la cartella anestesiologicala ed il consenso • Informare la partoriente della procedura che si sta per intraprendere. Somministrare 300 mg di ranitidina solubile per os almeno 30 min prima dell'intervento • Accertarsi che la partoriente sia stata già pre-idratata con 500 mL di Ringer e che abbia fatto l'antibiotico (Eposerin2 gr i.m.) 	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di emergenza al posto della pre-idratazione, iniziare subito infusione di Emagel e somministrare 100 mg di ranitidina e.v.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizzare la partoriente con ECG, SaO₂, PA e notare i valori basali 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllare e preparare i farmaci, il materiale per una eventuale intubazione, il funzionamento del respiratore, del monitor e dell'aspiratore
<ul style="list-style-type: none"> • Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto • Nelle partorienti obese o con prevedibili problemi tecnici valutare la possibilità dell'esecuzione della tecnica in posizione seduta 	<ul style="list-style-type: none"> • In decubito laterale vi è minor pressione liquorale, le vene epidurali sono meno congestionate (minor incidenza puntura vascolare accidentale), è prevenuta la compressione aorto-cavale ed è più facile il monitoraggio fetale
<ul style="list-style-type: none"> • Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentre il disinfettante agisce, l'anestesista può prepararsi i farmaci da somministrare risparmiando sui tempi di esecuzione
<ul style="list-style-type: none"> • Materiali: Ago Atraumatico a punta di matita 25G con introduttore Siringa da 2.5 mL con Marcaina Iperbarica 1% 10-11 mg Siringa pre-riempita da 5 mL carbocaina 2% per l'anestesia locale 	<ul style="list-style-type: none"> • La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica e/o dell'infermiera di sala cesarei
<ul style="list-style-type: none"> • Previa anestesia locale eseguire il blocco • In caso di ipotensione materna accentuare il dislocamento laterale dell'utero e somministrare efedrina 	<ul style="list-style-type: none"> • Testare l'estensione del blocco sensitivo con un ago smusso a cominciare da L2 bilateralmente ogni 2-3 min
<ul style="list-style-type: none"> • Alla nascita somministrare 10 UI di syntocinon in fleboclisi e posizionare la partoriente semiseduta 10° 	<ul style="list-style-type: none"> • La posizione di Flower (10° semiseduta) previene il reflusso di sangue/liquido amniotico a livello diaframmatico e quindi il dolore intraoperatorio alla spalla
<ul style="list-style-type: none"> • Controllare il livello di blocco sensitivo durante l'intervento 	
<ul style="list-style-type: none"> • Controllare l'estensione del blocco sensitivo e motorio a fine intervento 	
<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia postoperatoria con morfina 1 fl i.m. e voltaren 1 fl i.m. subito dopo l'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrivere e firmare in cartella le consegne postoperatorie

PROCEDURE PER L'ANESTESIA GENERALE PER IL PARTO CESAREO

<ul style="list-style-type: none">• Controllare la cartella anestesiologicala ed il consenso• Informare la partoriente della procedura che si sta per intraprendere• Accertarsi che la partoriente abbia fatto l'antibiotico (Eposerin i.m.)• Controllare e preparare i farmaci per l'anestesia, il materiale per l'intubazione, il funzionamento del respiratore, del monitor e dell'aspiratore	<ul style="list-style-type: none">• Somministrare ranitidina 100 mg e.v.
<ul style="list-style-type: none">• Monitorizzare la partoriente con ECG, SaO₂, PA e notare i valori basali	
<ul style="list-style-type: none">• Posizionare la partoriente con un dislocamento laterale sinistro dell'utero	
<ul style="list-style-type: none">• Preferenzialmente e soprattutto nei casi di emergenza usare la tecnica dell'induzione a sequenza rapida con tiopentone e succinilcolina preceduta da pre-ossigenazione (5-6 respiri profondi in O₂ al 100%)	<ul style="list-style-type: none">• Evitare l'iper o l'ipo -ventilazione materna• Usare una miscela di O₂ e N₂O al 50% contenente sevoforane 1.5 MAC fino all'estrazione fetale
<ul style="list-style-type: none">• Alla nascita somministrare 10 UI di syntocinon in fleboclisi	
<ul style="list-style-type: none">• Analgesia postoperatoria con morfina 1 fl i.m. e voltaren 1 fl i.m. subito dopo l'intervento	<ul style="list-style-type: none">• Prescrivere e firmare in cartella le consegne postoperatorie

PROTOCOLLI DI ANALGESIA POSTOPERATORIA

1. DOPO ANESTESIA SPINALE/GENERALE

Alla fine dell'intervento: Morfina 1 fl. i.m. e Voltaren 1 fl. im. Ripetute dopo 6-8 ore

2. DOPO ANESTESIA EPIDURALE: PCEA Patient Controlled Epidural Analgesia

Alla fine dell'intervento (se il blocco simpatico è uguale o inferiore a T4):

- connettere una siringa vuota da 5 mL al cateterino epidurale (dopo aver tolto il filtro batterico) ed aspirare: se si aspira liquido e/o sangue NON somministrare farmaci (anche nei casi dubbi)
- riagganciare il filtro batterico e connettere il microinfusore PCEA

MONITORAGGIO

- rilevare la PA e la Fc dopo 15-20 minuti dalla somministrazione

Pompa CADD-Prizm VIP Phamacia mod 6100

Soluzione analgesica

Volume Totale = 55mL

Morfina 0.18 mg/mL

Bupivacaina 0.9 mg/mL

Preparazione

Morfina 10 mg (1 fiala)

Marcaina 0.5% 10 mL (50 mg)

Soluzione Fisiologica 44 mL

Dose richiesta: 9.9 mL (8.91 mg di bupivacaina e 1.78 mg di morfina)

Blocco dose richiesta: 4 ore

Modalità: PCA+ infusione continua 0.5mL/ora (0.45 mg /ora di bupivacaina e 0.09 mg /ora di morfina)

PROTOCOLLO PER IL BLOOD PATCH

CEFALEA POST-PUNTURA DURALE ACCIDENTALE

Subito dopo il parto, la paziente va informata dell'avvenuto, della possibile insorgenza di cefalea e del possibile trattamento

- Ogni caso di puntura durale accidentale con ago di Tuohy va segnalato al Responsabile Anestesista
- L'anestesista che ha avuto la complicanza si farà carico di seguire quotidianamente la paziente e di valutare assieme al Responsabile, il follow-up, la prevenzione e la terapia della cefalea.

<ul style="list-style-type: none"> • Informare la paziente della procedura che si sta per intraprendere ed ottenere il consenso scritto • Incannulare una vena del braccio ed iniziare un'infusione e.v. di Ringer Lattato contenente 2 gr di Rocefin e 50 mg di ranitidina 	<ul style="list-style-type: none"> • Escludere eventuali controindicazioni alla procedura (infezione - sepsi - febbre). Eseguire il patch preferibilmente dopo 2 gg dal parto (batteriemia postpartum) • Il blood patch è una procedura che richiede 2 anestesisti, una sala operatoria (sala operatoria cesarei), una infermiera/ostetrica e una tecnica rigorosamente sterile.
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizzare la partoriente con ECG, SaO₂, PA e notare i valori basali 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllare e preparare il materiale per una eventuale intubazione/rianimazione, il funzionamento del respiratore, del monitor e dell'aspiratore
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Posizionare la partoriente in decubito laterale con le ginocchia flesse al petto, le spalle ed il bacino perpendicolari al piano del letto • Nelle partorienti obese o con prevedibili problemi tecnici valutare la possibilità dell'esecuzione della tecnica in posizione seduta 	<ul style="list-style-type: none"> • In decubito laterale vi è minor pressione liquorale e la dura è meno tesa (minor incidenza puntura durale accidentale), • La posizione seduta aumenta la cefalea
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Preparare il carrello con il campetto sterile già predisposto 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Disinfettare la zona lombare e posizionare il telino sterile in modo da poter controllare sterilmente il posizionamento della partoriente 	<ul style="list-style-type: none"> • Un altro anestesista, indossati guanti sterili, cappello e mascherina, si prepara a prelevare con tecnica sterili 20 mL di sangue da una grossa vena antecubitale
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Materiali: Ago di Tuohy 16 G (minipak Portex) Siringa pre-riempita da 5 mL carbocaina 2% per l'anestesia locale 	<ul style="list-style-type: none"> • La preparazione del carrello e del campo sterile rientra nei compiti dell'ostetrica e/o dell'infermiera di sala cesarei
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Previa anestesia locale eseguire il blocco con tecnica LOR preferibilmente con mandrino liquido • Aspirare ripetutamente per accertarsi del corretto posizionamento dell'ago e iniettare molto lentamente (in almeno 2-3 minuti) 20 mL di sangue autologo • Non si dovrebbe percepire alcuna resistenza. • Interrompere l'iniezione se la paziente avverte una forte pressione lombare e/o dolori alle gambe (una sensazione di lieve pressione lombare è normale). Iniettare almeno 10-15 mL di sangue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con la tecnica LOR con mandrino liquido si ha una minor frequenza di puntura durale accidentale, prevenzione del pneumoencefalo ecc . • L'anestesista che ha eseguito il prelievo di sangue lo passerà sterilmente al collega che ha eseguito il blocco epidurale
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Attenzione alla possibile bradicardia durante l'esecuzione del blood-patch 	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di ipotensione materna somministrare efedrina • In caso di bradicardia somministrare atropina
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Alla fine della procedura la paziente deve rimanere un'ora a letto con le gambe flesse (ed un cuscino sotto di esse) per ridurre la lordosi lombare per almeno 3-4 ore. Controllare la cefalea a distanza ed annotare gli effetti in cartella clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cefalea si risolve usualmente entro 30 minuti, ma per risolvere una grave cefalea possono passare anche 24 ore • Somministrare 500 mL di Ringer Lattato con Orudis 200 mg e Bentelan 4-8 mg (controllare che non vi siano controindicazioni ai FANS) • Inviare un campione di sangue per emocoltura
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Istruire la paziente come segue: - Evitare sforzi eccessivi per 3-5 giorni (sollevamento di pesi, stazione eretta prolungata, sforzi improvvisi e/o prolungati, manovra di Valsalva) - Bere molto nelle 24 ore successive (acqua, the, caffè, gatorade, latte, brodo, ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escludere, prima delle dimissioni, eventuali segni di compressione radicolare • Fornire alla paziente l'indirizzo e il telefono dell'anestesista di guardia cui si potrà rivolgere per qualsiasi evenienza • Prescrivere eventualmente una terapia con FANS per os nei giorni seguenti
--	--

Quando si perde coscienza e le vie aeree si trovano non protette dai riflessi come nella fase di induzione e di risveglio dall'anestesia generale vi è il rischio che si possa inalare il contenuto gastrico nell'albero bronchiale. In base al pH ed al volume del materiale inalato, si sviluppa una sindrome polmonare da inalazione che nei casi più gravi può anche essere mortale.

La partoriente è un soggetto particolarmente a rischio per una eventuale inalazione di materiale gastrico poiché la gravidanza riduce il tono dello sfintere cardiaco, aumenta la pressione endoaddominale ed allunga il tempo di svuotamento gastrico.

L'uso dell'anestesia loco-regionale riduce grandemente i rischi legati all'inalazione di materiale gastrico ma non li esclude completamente.

Per questi motivi ogni partoriente deve essere considerata un soggetto a rischio di inalazione, indipendentemente dal grado di riempimento gastrico.

Linee guida per la prevenzione della sindrome di inalazione di materiale gastrico nella partoriente

1. Le partorienti in fase latente non sono sottoposte ad alcuna restrizione alimentare.
2. Le partorienti in travaglio attivo possono assumere piccoli sorsi di acqua, acqua e zucchero o soluzioni saline isotoniche; non possono assumere cibi solidi.
3. In presenza di BCF non rassicurante o se vi è la possibilità, anche remota, di un taglio cesareo, ogni assunzione di bevande e/o solidi deve essere interrotta e si devono somministrare due compresse da 150 mg di ranitidina solubile per os (Zantac solubile) in un bicchiere di acqua. In alternativa si possono somministrare 100 mg (2 fiale) di ranitidina per e.v.
4. L'induzione di travaglio deve essere eseguita dopo essersi accertati che la donna non ha assunto cibi solidi da almeno 4-6 ore. Nel caso di risposta all'induzione vedi punto 3; nel caso di mancata risposta la donna può tornare ad alimentarsi.
5. In caso di taglio cesareo d'urgenza si debbono somministrare, al più presto, 100 mg (2 fiale) di ranitidina e 10 mg di metoclopramide e.v.
6. Nel caso di taglio cesareo non urgente (programmato o non programmato) la partoriente deve essere a digiuno da almeno 6 ore e deve assumere due compresse da 150 mg di ranitidina solubile per os (Zantac solubile) in un bicchiere di acqua almeno un'ora prima dell'intervento.

ARRESTO CARDIACO IN GRAVIDANZA

Raccomandazioni della Commissione Internazionale di Coordinamento sulla Rianimazione (ILCOR)

Premesse

L'arresto cardiaco in gravidanza è raro; si stima che si verifichi in 1 ogni 30.000 parti.

In gravidanza si osservano cambiamenti significativi della fisiologia materna con aumento della gittata cardiaca, del volume ematico, della ventilazione al minuto e del consumo di ossigeno. L'utero gravidico può inoltre determinare, quando la madre è in posizione supina, una significativa compressione dei vasi iliaci e addominali con riduzione della gittata cardiaca e ipotensione.

E' altresì importante prendere atto che l'eziologia dell'arresto cardiaco in gravidanza può essere varia e includere l'embolia da liquido amniotico, l'embolia polmonare, l'eclampsia, la tossicità da farmaci (solfato di magnesio, anestetici per via epidurale), la cardiomiopatia congestizia, la dissezione aortica, il trauma e l'emorragia.

Tenere costantemente presente l'opportunità di un taglio cesareo immediato (entro 5 minuti dall'arresto), che può migliorare il decorso sia materno che fetale.

Interventi chiave per prevenire l'arresto

- Posizionare la paziente gravida in decubito laterale sinistro (o spostare manualmente l'utero)
- Somministrare ossigeno al 100%
- Somministrare bolo di fluidi
- Rivalutare immediatamente qualsiasi farmaco somministrato

Modificazioni BLS durante l'arresto

- Alleviare la compressione aortocavale mediante spostamento manuale dell'utero gravidico oppure utilizzando uno spessore (più cuscini), o posizionando la schiena della gravida sulle cosce del soccorritore.

Modificazioni ALS durante l'arresto

- Considerare le possibili eziologie quali la tossicità da solfato di magnesio
- Se quanto sopra più l'applicazione standard dell'ALS hanno fallito e il feto è vitale, considerare l'immediato taglio cesareo perimorte (idealmente entro 5 minuti dall'arresto al parto).
- Laddove possibile, coinvolgere il personale ostetrico e neonatale.

- **PROTOCOLLI E PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO**

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO **PARTO SPONTANEO**

Quando un'ostetrica ha in carico una partoriente ha il compito di assisterla anche durante l'analgesia epidurale. Per questa ragione:

- Quando la partoriente chiede un'analgesia epidurale chiamare il ginecologo e assieme a lui valutare la situazione ostetrica (dilatazione cervicale, posizione della testa fetale, CTG) da comunicare all'anestesista
- Preparare il carrello di anestesia con un campetto sterile ed il materiale occorrente per l'epidurale
- Preparare il monitor Soxicap (saturimetro e apparecchio della pressione materna)
- Assistere l'anestesista durante l'esecuzione del blocco. Dopo il blocco monitorizzare per almeno 10 minuti il CTG

L'anestesista va sempre avvertito:

1. Quando la partoriente lo richiede ed in caso di ritorno del dolore
2. Quando si decide di far camminare la partoriente
3. Quando si verifica un problema ostetrico rilevante (anomalie gravi del CTG, ipotensione materna, problemi che possano far prevedere un taglio cesareo)
4. Al momento del parto

Segnalare sempre all'anestesista di guardia:

- Le partorienti che, al momento dell'accettazione, non hanno la cartella anestesiologicala
- Le partorienti sottoposte ad induzione

AL MOMENTO DEL CONTROLLO OSTETRICO DOPO IL TAGLIO CESAREO CHIEDERE SEMPRE ALL'ANESTESISTA SE LA PUERPERA PUO' ESSERE RINVIATA AL REPARTO

L'OSTETRICA DI SALA OPERATORIA, AD OGNI CAMBIO TURNO DEVE SEMPRE:

- controllare che in sala operatoria siano presenti i pacchi già pronti per l'anestesia generale e l'anestesia spinale d'urgenza
- controllare che gli stupefacenti somministrati durante il suo turno siano stati scaricati
- scrivere sul quaderno delle consegne la dicitura: "*cassetti stupefacenti e TC urgente controllati e a posto*" e controfirmare

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO PARTO CESAREO

1. Accoglienza alla partoriente:
identificazione della partoriente, controllo della cartella clinica, colloquio informativo
2. Preparazione della partoriente: preparazione all'anestesia (posizionamento di ago-cannula verde sulla mano dx e preidratazione con 500mL di Ringer Lattato e 1 fl di Ranidil), preparazione all'intervento (tricotomia e cateterismo vescicale, terapia antibiotica con Eposerin 2 gr i.m.)
3. Preparazione della sala operatoria:
preparazione dello strumentario chirurgico e del campo operatorio
preparazione del materiale per l'anestesia
4. Sistemazione della partoriente in sala operatoria e posizionamento dei monitoraggi
5. Assistenza all'anestesista nelle procedure anestesiologiche
6. Assistenza alla preparazione del campo operatorio e all'intervento chirurgico
7. Sistemazione della partoriente alla fine dell'intervento
8. Controllo della sala operatoria dopo l'intervento e preparazione della stessa per l'intervento successivo
9. Esecuzione delle procedure assistenziali di controllo della partoriente nell'immediato post-operatorio (PA, Fc, SaO₂, controllo ed inizio della terapia post-operatoria) e collaborazione alla sistemazione della coppia e del neonato

Tutte le mattine:

1. Presa visione della lista operatoria e controllo della presenza delle operande
2. Controllo dei materiali, farmaci, strumentario e apparecchiature della sala operatoria:
 - carrello di anestesia, monitor, carrello dei farmaci, carrello dell'urgenza con defibrillatore, carrello per l'analgesia, campetti sterili per epidurale
 - gestione dell'autoclave e della sterilizzazione dei materiali del TC
 - controllo dei presidi

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO
MATERIALI PER IL PARTO CESAREO D'ELEZIONE

1. anestesia: **epidurale**

- carrello di anestesia loco-regionale (se non impegnato in sala travaglio)
- 1 campetto per anestesia loco-regionale, guanti sterili
- 1 set da epidurale e un flacone di disinfettante iodato
- 1 fiala di soluzione fisiologica
- 1 siringa da 20 ml
- 1 siringa di carbocaina pre-riempita da 5 ml
- 1 siringa da insulina
- 1 fiala di fentatienil
- 1 cerotto fixumull con forbici
- 2 fiale di xilocaina 2%
- 1 fiala di adrenalina
- 1 fiala di bicarbonato 10 ml
- 1 flacone di Emagel con deflussore
- 1 ago "rosa" icogamma 18G

2. anestesia **subaracnoidea**

- carrello di anestesia loco-regionale (se non impegnato in sala travaglio)
- 1 campetto per anestesia loco-regionale, guanti sterili
- un flacone di disinfettante iodato
- 1 ago da spinale arancione 25G
- 1 fiala di marcaina iperbarica
- 1 siringa di carbocaina pre-riempita da 5 ml con ago nero

3. anestesia **generale**

- 1 flacone di farmotal e 2 fiale di acqua distillata da 10 ml
- 1 flacone di midarine (in frigorifero)
- 1 siringa da 20mL , da 10 mL e da 2.5 mL
- 1 tubo tracheale n.7, 7.5
- il laringoscopio
- una maschera oro-facciale n.4
- un catetere mount per circuiti respiratori
- un fonendoscopio
- una cannula oro-faringea (Mayo)
- un filtro batterico per sistema respiratorio
- un flacone di fentanest
- un sondino per aspirazione endobronchiale già connesso all'aspiratore

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO
MATERIALI PER L'ANALGESIA EPIDURALE PER IL TRAVAGLIO

- carrello di anestesia loco-regionale
- 1 campetto per anestesia loco-regionale
- un flacone di disinfettante iodato e cerotto fixomull, guanti sterili
- 1 set da epidurale
- 3 fiale di soluzione fisiologica
- 1 siringa da 20 ml
- 1 siringa da 5 ml
- 1 siringa di carbocaina pre-riempita da 5 ml
- 1 ago "rosa" icogamma 18G
- un flacone di naropina 2 mg/ml
- fentatienil
- carrello monitoraggio materno

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO

**ASSISTENZA NELLA PRIMA ORA POST-OPERATORIA
OSSERVAZIONE IN SALA PARTO-SALA RISVEGLIO**

- Monitoraggio continuo tramite apparecchio di pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno rilevati ogni 10 minuti.
- Controllo dello stato generale della partorientente e rilevamento di eventuali effetti collaterali
- Controllo della terapia infusionale
- Terapia antalgica postoperatoria: come da prescrizione dell'anestesista

Consegne post-operatorie/24 h:

- Peri 2000 + Ranidil 2 fl, Plasil 2 fl e Syntocinon 20 UI (80mL/h o 25-30 gocce/minuto)
- Eposerin 2 gr i.m. 6 ore dopo l'intervento
- Analgesia postoperatoria secondo consegne dell'anestesista

- **ELENCO DELLE APPARECCHIATURE, DEI MATERIALI, DEI PRESIDI E DEI FARMACI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO**

APPARECCHIATURE MEDICALI

in dotazione al servizio di anestesia
in sala parto-sala cesarei

Codice Hospital Consulting

• Carrello di anestesia con respiratore JollyTronic 2	00412
• Monitor Artema MM204CN	00411
• Carrello di anestesia soxil per emergenza	00414
• Defibrillatore CARDIOLIFE Nihon Kohden	00413
• Monitor SOXICAP	00415

MATERIALI

che debbono essere presenti e controllati quotidianamente

1. CARRELLO DI ANESTESIA LOCO-REGIONALE (EPIDURALE)

(dotato di pallone di AMBU con maschera oro-facciale e cannula di mayo)

- Aghi di Tuohy 16 G (aghi da epidurale azzurri)
- Siringhe preriempite di carbocaina 2% da 5 ml
- siringhe da 20 ml
- siringhe da 5 mL
- siringhe da 10 ml
- aghi rosa (*icogamma 18G*)
- regolo VASP
- Guanti sterili n. 6-7-8
- Fixomull stretch (cerotto per fissare cateterino)
- Campetti sterili per epidurale
- Iodoten 10 (disinfettante allo iodio)
- Cannula di Mayo
- Soluzione fisiologica in fiale da 10 ml

2. CARRELLO DI ANESTESIA-RIANIMAZIONE D'URGENZA

(completo di bombole O₂ N₂O, pallone va-e-veni con maschera e monitor ECG con defibrillatore)

nel cassetto contrassegnato "Anestesia spinale d'urgenza":

- un pacco pronto per l'anestesia spinale d'urgenza
- un blister di fiale di efedrina

nel cassetto contrassegnato "Anestesia generale d'urgenza":

- un pacco pronto per l'anestesia generale d'urgenza
- elettrodi per ECG, fonendoscopio, agocannula 18G (verde), laccio e cerotto
- un blister di fiale di Atropina e di Diprivan
- una maschera laringea

3. CARRELLO DELL'ANESTESISTA in sala cesarei

SUL RIPIANO

- bergamon pronto
- septobox per aghi usati (contenitore rosso)
- una scatola di guanti a perdere
- garze non sterili
- cerotto fixomull stretch

- laccio emostatico

CASSETTO TAGLIO CESAREO EMERGENZA

- un pacco pronto per l'anestesia spinale d'urgenza
- un pacco pronto per l'anestesia generale d'urgenza
- un fonendoscopio
- una maschera laringea
- un catetere venoso centrale

CASSETTO AGHI E SIRINGHE

- siringhe da 20, 10, 5 , 2.5 ml e da insulina
- aghi cannula 18G verdi e 20G rosa
- aghi a perdere rosa (*icogamma 18G*) e neri (*icogamma 22G*)
- cerotto per fissare l'ago cannula e laccio emostatico
- soluzione fisiologica, in fiale da 10 ml (almeno 3 confezioni)

CASSETTO ANESTESIA LOCO-REGIONALE

- aghi di Tuohy (aghi da epidurale 16 G, azzurri)
- aghi da spinale arancioni 25G
- xilocaina 2%, fiale da 10 mL
- carbocaina 2%, fiale da 10 ml oppure siringhe pre-riempite da 5 mL
- marcaina 0.5% senza adrenalina, fiale da 10 ml oppure siringhe pre-riempite da 10 mL
- efedrina fiale
- bicarbonato di sodio, fiale da 10 ml
- catapresan fiale
- syntocinon fiale

CASSETTO PRESIDI

- tubi endotracheali n.7,7.5 e 8 con e senza mandrino
- catetere mount disposable, filtri batterici per circuiti di anestesia
- tubi per aspirazione endotracheale
- ventimask
- elettrodi adesivi per ECG

CASSETTO ANESTESIA GENERALE

- penthotal
- atropina fiale
- prostigmina fiale
- plasil fiale
- ranidil/zantac fiale
- syntocinon fiale
- methergyn fiale
- rocefin fiale da 2 g, eposerin fiale 1 g
- valium fiale
- en fiale
- anexate fiale
- narcan fiale
- diprivan fiale
- venitrin 1 flacone
- lasix fiale
- bentelan 4 mg fiale

4. IN FRIGORIFERO

- midarine flaconi
- tracrium fiale
- norcuron fiale

- adrenalina fiale
- liquemin (eparina) fialoidi
- antitrombina III (Kybernin flaconi)

5. FARMACI STUPEFACENTI:

- morfina cloridrato fiale
- fentatienil (sufentanil) fiale
- meperidina fiale
- fentanest (fentanil)

6. FARMACI DA TENERE NELL'ARMADIO-MAGAZZINO

- Anexate fiale 1 mg
- Atropina fiale 0.5 mg
- Bentelan fiale 1.5 e 4 mg
- Bicarbonato di sodio fiale 10 ml
- Catapresan fiale 150 mcg
- Carbocaina 2% siringhe preriempite da 10 e 5 ml
- Diprivan fiale 1%
- Efedrina fiale 25 mg
- Eparical fiale 0.5 e 0.2 ml
- Eposerin 1 g fiale
- Farganesse fiale 50 mg
- Forane flaconi
- Gentilyn fiale 80 mg
- Glazidim 2 g fiale
- Lasix fiale
- Lanoxin fiale
- Marcaina 0.5% senza adrenalina siringhe preriempite da 10 ml
- Marcaina iperbarica 1% fiale
- Narcan 0.4 mg fiale
- Orudis 100 mg fiale
- Pentotal 500 mg fialoidi
- Proefferalgan 1 g fiale
- Prostigmina fiale
- Plasil fiale
- Ranidil / Zantac fiale 50 mg
- Revivan 200 mg fiale
- Rocefin 2 gr fiale
- Solu-medrol fiale 1 g
- Soluzione fisiologica fiale 10 ml
- Sevorane flaconi
- Talofen fiale 50 mg
- Tranex fiale
- Tefamin fiale
- Toradol fiale
- Ugurol fiale
- Xilocaina 2% fiale
- K-flebo fiale
- Valium fiale
- Venitrin flaconi
- Voltaren fiale
- Zofran fiale

7. ALTRI MATERIALI - PRESIDII

- Aghi di Tuohy 16 G (miniset epidurale)

- Aghi pencil point 25 G per subaracnoidea
- Tubi endotracheali n. 6.5, 7, 7.5, 8
- Mandrini per intubazione orotracheale
- Cateteri mount per circuiti di anestesia
- Filtri batterici per circuiti respiratori
- Cannule di Guedel monouso
- Maschere laringee risterilizzabili n.4
- Elettrodi autoadesivi per monitoraggio ECG
- Sondini per aspirazione faringea e tracheale
- Maschere facciali tipo ventimask
- Circuiti respiratori monouso per anestesia generale

MATERIALE ANESTESIOLOGICO PER IL PARTO CESAREO D'URGENZA

LOCALIZZAZIONE E CONTROLLO DEL MATERIALE PER L'ANESTESIA

- negli appositi cassetti contrassegnati del carrello dell'anestesista e del carrello di anestesia d'emergenza
- controllare ad ogni cambio-turno e non impiegare in caso di taglio cesareo d'elezione

PACCO PER L'ANESTESIA GENERALE D'URGENZA

FARMACO/ MATERIALE	QUANTITA'
• Pentotal	1 flacone
• Acqua distillata fiale da 10 ml	2 fiale
• Guida armata per tubo endotracheale	1
• Tubo endotracheale monouso n. 7.5 - 8	1
• Laringoscopio	1
• Catetere mount e filtro batterico, sondino aspirazione endotracheale	1
• 1 siringa da 20 mL, 1 siringa da 2.5 mL	1
• Abbassalingua (cannula di Majó)	1
• siringa da 10 ml senza confezione	1

PACCO PER L'ANESTESIA SUBARACNOIDEA (SPINALE) D'URGENZA

FARMACO/ MATERIALE	QUANTITA'
• Campetto sterile	1
• Ago da anestesia spinale 25 G	1
• Marcaina iperbarica 1%	1-2 fiale
• Siringa da 2.5 mL	1
• Carbocaina 2% siringa pre-riempita 5 ml	1

Nell'apposito cassetto del carrello dell'anestesista contrassegnato TC d'urgenza debbono essere presenti sempre:

- maschera laringea
- fonendoscopio
- cateteri venosi centrali

In frigorifero debbono essere sempre presenti i seguenti farmaci per l'urgenza:

- midarine
- eparina
- adrenalina
- antitrombina III

PROCEDURE E PROTOCOLLI DI INTERESSE ANESTESIOLOGICO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI NEL BLOCCO PARTO

Norme per gli anestesiti quando eseguono un'anestesia loco-regionale

- Indossare cappello, mascherina e soprascarpe
- Lavaggio accurato delle mani e degli avambracci con soluzione a base di Triclosan (circa 5 mL della soluzione per almeno 1 minuto) usando lo spazzolino per la pulizia delle unghie
- Indossare guanti sterili
- Uso di materiale sterile

Disinfezione e preparazione del campo per l'esecuzione del blocco epidurale/spinale

- Disinfezione della cute con soluzione di iodopovidone
- Delimitazione del campo con telini sterili
- Uso del filtro batterico su tutti i cateterini epidurali

Quando lavare le mani

- prima di intraprendere le attività lavorative
- prima e dopo essere entrati in contatto con sangue o liquidi corporei o con le mucose (ferite, orifizi)
- al momento di rimuovere i guanti
- prima e dopo aver assistito ad un intervento chirurgico
- al momento di passare da un sito contaminato del corpo di un paziente, ad una superficie pulita
- prima del contatto diretto con un paziente immunodepresso
- dopo aver toccato superfici ed attrezzature che potrebbero essere state contaminate dal sangue o da liquidi corporei
- prima e dopo ciascun contatto con un paziente che si trova in una situazione ad alto rischio, come per esempio i pazienti immunocompromessi
- ogni qualvolta sussistano dubbi

Norme per i mariti che assistono al parto cesareo

- Indossare camici, cappello, mascherina e soprascarpe
- Lavaggio delle mani come per gli operatori

Preparazione e sterilizzazione dei pacchi sterili per anestesia loco-regionale

Sono costituiti da 2 telini, un pacco di garze, una pinza ad anelli e una ciotolina sterili avvolti da un telino. occorre che vi siano mediamente almeno 10-12 campetti sterili pronti ogni giorno i campetti sterili vanno tenuti nei seguenti posti:

- un campetto nell'apposito cassetto del carrello dell'anestesista contrassegnato "TC d'urgenza"
- un campetto nel cassetto del carrello di anestesia d'urgenza contrassegnato "anestesia spinale d'urgenza"
- i rimanenti nell'apposito armadio

I campetti vanno sigillati in doppia busta (Steri-Dual 3M) e sterilizzati in autoclave a 134°C per 20 minuti

Apparecchi di anestesia

- Cambio dei circuiti di anestesia (monouso) per ogni paziente dopo ogni anestesia generale
- Uso dei filtri batterici nei circuiti di anestesia
- Uso di tubi endotracheali monouso sterili e di materiale accessorio monouso sterile

Pulizia e sterilizzazione apparecchio di anestesia Jollytronic 2

Estrazione della testata: ruotare verso il simbolo di sblocco le due manopole poste a destra ed a sinistra rispetto all'asse centrale del pannello frontale; impugnare l'apposita maniglia ed estrarre la testata dal corpo del respiratore.

Estrarre il filtro antibatterico collocato nella parte posteriore e quindi smontare il soffiato rimuovendolo dalla sua sede. Sterilizzare in autoclave a 120° - 140° per 15-20 minuti.

Dopo la sterilizzazione in autoclave, rimontare il soffiato dopo averlo opportunamente lavato, disinfettato ed asciugato ed applicare un nuovo filtro antibatterico. Tenendo la testata con l'apposita maniglia inserirla nel Jollytronic 2 curando che le spine di centraggio entrino negli appositi fori. Quando la testata è appoggiata bene al frontale dell'apparecchio, ruotare a fondo le manopole di bloccaggio. L'aggancio del piolo del soffiato agli arpioni di ancoraggio interni avviene automaticamente al primo ciclo di funzionamento.

Qualora il respiratore venisse acceso senza la testata inserita, l'apparecchio si pone in condizione di allarme segnalando "allarme tecnico" (ALARM TECH.) e mostrando sul visualizzatore del volume la scritta "Err 1". Per ripristinare le normali condizioni di lavoro è necessario spegnere l'apparecchio, inserire correttamente la testata ed accendere nuovamente.

La mancata inserzione del filtro antibatterico nella parte posteriore della testata determina una perdita pneumatica nel circuito paziente con conseguente segnalazione di allarme di pressione minima.

Maschera laringea LMA

- Lavaggio in acqua calda e sapone delicato senza far entrare acqua nella cuffia
- Sterilizzazione in autoclave a non più di 134°C

Linee-guida per i medici volontari, frequentatori, borsisti e specializzandi

Durante il tuo periodo di permanenza nel nostro servizio di anestesia, sarai costantemente al fianco dell'anestesista di guardia che è il solo responsabile di tutto ciò che accade in sala parto. Devi sentirti libero/a di fare domande: in questo modo potrai arricchire la tua conoscenza in anestesia ostetrica.

Consulta il volumetto delle linee-guida, procedure e protocolli del servizio di anestesia in sala parto: leggi attentamente ed attieniti ad esse. All'interno del volumetto troverai i numeri telefonici e di teledrin interno dell'anestesista di guardia ostetrica: prendine nota.

Se hai o pensi di poter avere un problema con la partorienti chiama il collega anestesista di guardia. Se non sai, chiedi! Se non sai fare, non fare nulla: chiedi!

Il marito e gli altri componenti familiari hanno un ruolo importante nell'evento nascita. Spesso sono nei box travaglio-parto e talora possono essere perfino utili nel contribuire a sorvegliare la partorienti. I mariti vanno invitati a lasciare la stanza durante l'esecuzione del blocco epidurale.

Ad essi è permesso di rimanere accanto alla moglie in sala operatoria durante il taglio cesareo in anestesia loco-regionale, ma debbono essere fatti entrare solamente appena prima dell'intervento chirurgico, quando è stato già fatto il campo operatorio e tutto è pronto per iniziare l'intervento.

Durante l'attività lavorativa non scomparire e se ti allontani sei pregato/a di far sapere dove sei. Quando hai finito il tuo turno, parla con il collega che ti dà il cambio e rendilo partecipe di ciò che si è fatto fino al momento del suo arrivo. Prima di lasciare la sala parto, informa l'anestesista di guardia.

Ti saranno assegnati dei compiti che serviranno anche a familiarizzare con l'ambiente, con il personale e con i colleghi. In particolare ogni qualvolta inizi il tuo turno dovrai:

- Controllare i carrelli di anestesia (materiali e funzionamento)
- Controllare i materiali per l'urgenza
- Prendere in esame il Rapporto scritto dell'Anestesista di Sala Parto (RASP) ed annotarlo sul DATABASE COMPUTERIZZATO e controllare il lavoro in sospeso
- Scrivere che hai controllato i carrelli ed il materiale sul RASP facendolo controfirmare dall'ADG.

A te viene affidato il controllo e la rimozione dei microinfusori per l'analgesia epidurale post-operatoria, per cui ogni volta che inizi il tuo turno controlla il loro stato di funzionamento.

Sarai inserito/a gradualmente, a seconda del tuo grado di apprendimento e delle tue capacità in tutte le attività cliniche e sarai tenuto/a a frequentare i seminari mensili di aggiornamento.

Ricorda che la compilazione dei registri o della cartella clinica va supervisionata e firmata dall'ADG.

- **ALLEGATI: MODULISTICA RELATIVA AI SERVIZI SVOLTI**
(già approvata dalla DS nel 1996)
- MODULO FBF 104/F: Servizi parto offerti alle gestanti che desiderano ricoverarsi presso l'ospedale Fatebenefratelli
- MODULO FBF 104/D: Partorire senza dolore in modo naturale (depliant illustrativo per le gestanti)
- QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-PARTO
- CARTELLA CLINICA DI ANESTESIA OSTETRICA

QUESTIONARIO DA PORTARE ALLA VISITA ANESTESIOLOGICA PRE-PARTO (DA EFFETTUARSI DALLA 36° SETTIMANA)

Gentile Signora,

ad integrazione della visita pre-parto effettuata dall'anestesista, Le chiediamo di riempire il seguente questionario che rimarrà strettamente confidenziale e verrà utilizzato per una migliore valutazione dell'eventuale analgesia/anestesia cui potrà (o dovrà) essere sottoposta. Siamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Nome _____ Cognome _____ età _____

peso attuale kg _____ peso prima della gravidanza kg _____

altezza (cm) _____ settimana di gestazione: _____

gravidanza:

questa è il mio primo figlio ho già avuto almeno un parto

1. Ha / ha avuto problemi a carico del cuore e della circolazione?

pressione alta prima della gravidanza

pressione alta durante questa gravidanza

palpitazioni

vene varicose

ho la pressione molto bassa/mi sento svenire se assumo la posizione supina

ho le caviglie molto gonfie

altro _____

2. Ha / ha avuto problemi respiratori?

asma

bronchite/polmonite negli ultimi tre anni

altre malattie polmonari _____

3. Ha / ha mai avuto problemi renali?

valori elevati di albumina nelle urine

nefrite

infezioni delle vie urinarie frequenti

dialisi / insufficienza renale

altro _____

4. Ha / ha avuto problemi gastrointestinali ?

senso di bruciore, di rigurgito acido e/ difficoltà digestive negli ultimi due mesi

ulcera gastroduodenale

ernia iatale

altro _____

5. Ha / ha avuto problemi neurologici o malattie muscolari?

epilessia (piccolo o grande male) e/o convulsioni

vertigini

svenimenti frequenti

ictus

altro _____

6. Ha / ha avuto?

diabete prima della gravidanza

diabete durante questa gravidanza

sciatica prima della gravidanza

sciatica durante questa gravidanza

ernia del disco lombare

scoliosi grave

altro _____

7. Le si gonfiano i piedi e le caviglie? no si

8. Ha affanno quando sale le scale? no si

9. Con quanti cuscini dorme? _____
10. Si è mai svegliata di notte con l'affanno? no si
11. Ha mai avuto la febbre reumatica o le è mai stato detto che ha un soffio al cuore? no si
12. Ha mai avuto intorpidimenti, diminuzione della forza, paralisi alle braccia o alle gambe? no si
13. Fumava prima della gravidanza? no si quanto? _____ Fuma? no si, quanto? _____
14. Ha avuto recentemente tosse o febbre? no si
15. Beve abitualmente vino e superalcolici? no si
16. E' stato recentemente in contatto con qualcuno con ittero od epatite? no si
17. Ha mai avuto una visione doppia? no si
18. Ha frequenti mal di testa? no si
19. Sanguina facilmente se si produce una ferita? no si
20. Le sanguinano facilmente i denti quando li lava? no si
21. Ha protesi fisse o mobili (lenti a contatto, dentiere o protesi dentarie, ecc) no si
22. Ha mai fatto uso di droghe e/o stupefacenti? no si
23. Assume abitualmente medicine? no si
quali? _____
24. Ha mai ricevuto un'anestesia? no si
E' mai stata operata ? (specificare l'intervento e l'anno) no si
-
25. Ha mai ricevuto un'anestesia locale per cure dentarie ? no si
(specificare anche se ha avuto problemi)
-
26. Qualcuno della sua famiglia ha mai avuto problemi con l'anestesia? no si
27. Ha qualche allergia (specificare) no si
-
28. E' allergica a qualche medicina (specificare) no si
-

La visita anestesiológica, da effettuare dopo la 36° settimana, e dopo aver assistito alla conferenza sull'analgesia e l'anestesia in ostetricia (chiedere le date degli incontri in ambulatorio), non è riservata soltanto a chi dovrà fare un taglio cesareo o a chi desidera ricevere l'analgesia epidurale in travaglio, ma a tutte le partorienti, in modo che per ogni evenienza si possa, anche d'urgenza, ricorrere all'anestesia con la massima sicurezza possibile.