



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RICERCA NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

U.O. Complessa Anestesia e Rianimazione
Direttore: Dr. Angelo STORTI

U.O. Semplice Anestesia ed Analgesia Ostetrica
Dirigente: Dr. Alfonso PAGLIUCA

CARTELLA DI ANALGESIA ED ANESTESIA OSTETRICA

COGNOME DENHINA

NOME MARIYA

DATA DI NASCITA 05 | 09 | 1993 ETA' 30

RESIDENZA/DOMICILIO VIA G. DI VITTORIO AVELLINO

TELEFONO 388 35 42 413

II° gravid. e termine
d. pp. 27.01.24

VISITA ANESTESIOLOGICA

DATA 18-01-24 ETA' 30 GRAVIDA _____ PARITA' _____ SETT. GESTAZIONE _____

PATOLOGIE ASSOCiate ALLA GRAVIDANZA: Ipertensione Diabete Coagulopatie

TERAPIE IN ATTO: Nipagol - Metformin

TERAPIE PRECEDENTI: _____

ANAMNESI GENERALE ED INTERVENTI PRECEDENTI:

Hipertensione / Indennità / Reg-TC / Kg 71
Adescoide / Insulina

ALLERGIE: NO SI Stagnoli

ESAME OBIETTIVO

CONDIZIONI GENERALI: normale

S.N.C.: normale

VIE AEREE: normale DENTI: normali / protesi Piede fuso ec. leg.

APERTURA CAVO ORALE: normale Classe Mallampati: II

DISTANZA INTERDENTARIA: > 3,5 cm < 2 cm DISTANZA TIRO-MENTONIERA: > 6,5 cm < 6 cm

APP. RESPIRATORIO: normale

APP. CARDIO-CIRC.: normale PA 133/87 FC 101

ECG: normale

RACHIDE LOMBARE: normale

ESAMI DI LABORATORIO - REFERTI - CONSULENZE

EMOCROMO	G.B.	G.R.	Hb 12	Ht	Plts 359
PROVE EMOGENICHE	PTT 28,4	INR 1	PT 100	Fibrin. 624	
Altro	HBV	NO	SI	HCV	NO SI

RICHIESTA ESAMI: _____

CONSULENZE SPECIALISTICHE: _____

DA RIVEDERE PER COMPLETAMENTO VISITA E/O CONSENSO INFORMATO NO X SI

Data 18-01-24

Firma Medico Anestesista

CONSENSO INFORMATO PER ANALGESIA/ANESTESIA OSTETRICA

Io sottoscritta Sig.ra _____ dichiaro di essere stata informata, durante la visita anestesiologica effettuata dal Dr. _____, delle tecniche che possono essere adottate per il controllo del dolore durante il travaglio di parto, delle reazioni indesiderate e delle possibili complicanze materne e/o fetal che possono insorgere in conseguenza delle tecniche adoperate per la partoanalgesia o in corso di anestesia ostetrica (qualora debba ricorrersi al parto cesareo o ad altre procedure chirurgiche).

In particolare mi è stato spiegato che, se le mie condizioni e l'evoluzione del travaglio lo consentono (ciò che sarà valutato dall'ostetrico ginecologo), potrò essere sottoposta, qualora io stessa lo desideri e, comunque, previa effettuazione di un adeguato percorso di formazione – informazione a cura degli operatori di quest'ospedale (percorso nascita), ad analgesia loco regionale (blocchi anestetici centrali: anestesia subaracnoidea, anestesia peridurale, anestesia combinata), al fine di ridurre il dolore nel corso del travaglio di parto, sia in fase dilatativa sia nella fase espulsiva.

IL BLOCCO SUB-ARACNOIDEO (o spinale) viene eseguito iniettando i farmaci nello spazio subaracnoideo (a livello degli spazi L2-L3 / L3-L4). Esso è indicato in casi selezionati in cui sia richiesta una rapida analgesia e sia ritenuta sufficiente un'unica somministrazione (es. travaglio avanzato e/o parto operativo). Tale tecnica non consente di convertire una partoanalgesia in anestesia ostetrica.

IL BLOCCO PERIDURALE consiste nel posizionare nello spazio peridurale un catetere molto piccolo che viene fatto scivolare attraverso un ago introdotto a livello degli ultimi spazi intervertebrali (L2-L3 / L3-L4). L'ago viene rimosso immediatamente. I farmaci, vengono introdotti tramite il cateterino nello spazio peridurale per indurre e mantenere l'analgesia ovvero, quando sia necessario, per trasformare un'analgesia in travaglio di parto in anestesia ostetrica (qualora si debba ricorrere al taglio cesareo o ad altre procedure chirurgiche). Attraverso il medesimo cateterino potrà ulteriormente essere mantenuta l'analgesia, sia nel post-partum, sia nell'eventuale periodo post-operatorio. Successivamente il catetere verrà rimosso in tempi e modi prestabiliti da appositi protocolli.

IL BLOCCO COMBINATO SUB-ARACNOIDEO / PERIDURALE (CSE) è la combinazione delle due tecniche precedenti. L'induzione dell'analgesia si ottiene con la somministrazione di farmaci nello spazio sub-aracnoideo e il successivo mantenimento con l'iniezione degli stessi nello spazio peridurale. Tale tecnica associa la rapidità e l'intensità del blocco sub-aracnoideo con la flessibilità del blocco peridurale nel controllo del dolore da parto.

Mi è stato spiegato, inoltre, che tutte le tecniche appena dette, seppure attuate nel rispetto delle regole dell'arte, possono indurre, comunque, complicanze e reazioni indesiderate.

Per "reazioni indesiderate" si intendono tutte quelle manifestazioni prevedibili e spiacevoli, ma di scarso rilievo clinico, che derivano dalla somministrazione di oppiacei e/o anestetici locali, o dalla stessa tecnica anestesiologica. Tali reazioni sono, per definizione, di breve durata e facilmente risolvibili.

Il termine "complicanze", invece, indica un insieme di manifestazioni, anch'esse prevedibili, fortunatamente rare, quasi sempre di natura neurologica, ma anche sistemiche (che riguardano, cioè, tutto l'organismo). Alcune di esse possono essere correlate a fattori di rischio e/o a condizioni patologiche preesistenti nella singola paziente.

Le complicanze neurologiche, a seconda dell'entità del danno, si distinguono in maggiori e minori.

REAZIONI INDESIDERATE

- Modificazioni dello stato di coscienza
- Prurito e/o nausea e/o vomito
- Tremore e/o brivido (20% delle donne in travaglio, abituale nel post-partum anche senza anestesia perimidollare)
- Temporanea ritenzione urinaria
- Aumento temporaneo della temperatura corporea nel corso del parto
- Dolore all'atto dell'iniezione e parestesie transitorie nella regione sacrale ed a livello degli arti inferiori, dovuti alla penetrazione dell'ago da spinale e/o del catetere nello spazio peridurale (20 - 40 %)
- Aspirazione di sangue da puntura accidentale di un piccolo vaso (2,8 - 11,5 %)
- Scarsa efficacia dell'analgesia (mal posizionamento del cateterino e/o varianti anatomiche del canale perimidollare)
- Transitoria riduzione dell'attività contrattile uterina
- Aumento della velocità di dilatazione cervicale, con allungamento della fase espulsiva
- Blocco motorio degli arti inferiori (Scala Bromage I-II-III-IV stadio)
- Aumento di incidenza di travagli distocici da malposizione della testa fetale
- Alterazioni transitorie della frequenza cardiaca fetale da ipertono uterino

COMPLICANZE NEUROLOGICHE MAGGIORI

- Ematoma spinale/peridurale spontaneo o spinale/peridurale iatrogeno (rapporto 1:1) da disturbi coagulativi, malformazioni vascolari, tumori, traumi da ago e/o da catetere (incidenza massima pari a 1: 320.000 nelle anestesie sub-araenoidee e 1: 200.000 nelle anestesie peridurali) con comparsa di gravi deficit sensitivo - motori
- Ematoma intracranico da puntura accidentale della dura madre (incidenza pari a 1 : 500.000)
- Emorragia sub-araenoidea, trombosi plessi venosi centrali (0.0008 – 0.04 %), con comparsa di gravi deficit sensitivo motori
- Ischemie midollari: sindrome dell'arteria spinale anteriore (incidenza pari a 2 : 1.000.000 milione) (il 15% delle donne gravide è predisposto al rischio della compressione della testa fetale sui vasi pelvici) con comparsa di gravi deficit sensitivo motori
Infettive: aracnoiditi, ascesso peridurale, meningiti batteriche eso-endogene
- Traumi midollari o radicolari diretti (da ago e/o catetere) o danno tossico dell'anestetico locale
- Sindrome della "cauda equina" (alterazioni funzionali connesse a danno del tratto terminale del midollo spinale, con menomazioni motorie, sensitive, degli sfinteri e sessuali)

COMPLICANZE NEUROLOGICHE MINORI

- Puntura accidentale della dura madre (0,6 – 1,5 dei casi), con comparsa di cefalea transitoria, a volte associata a nausea, vomito, ipoacusia, diplopia, rachialgia cervicale per fuoriuscita di liquor dal foro praticato (va differenziata dalla cefalea aspecifica post-partum che riguarda il 12 – 39 % delle gravide)
- Radicolopatie, con comparsa di dolore da ago e di ipo-parestesie e/o disfunzioni motorie, transitorie o persistenti, a carico dei territori di distribuzione delle radici interessati (20 – 40 %) da trauma prodotto dall'ago spinale e/o dal catetere peridurale
- Neuropatie del singolo nervo periferico spinale, appartenenti al plesso lombo-sacrale, con comparsa di transitori deficit sensitivo-motori nei territori di distribuzione interessati (probabile recupero in 3 - 6 mesi), da trauma prodotto dall'ago e/o dal catetere peridurale (0,04 %)

- Neuropatie da cause intrinseche legate alla postura e alla discesa del feto nel canale del parto e durante il travaglio (0,04 % del tutto indipendenti dalla metodica della parto-analgesia e dell'anestesia ostetrica): lesione del tronco lombo-sacrale, del nervo femorale, del nervo femoro-cutaneo laterale, del nervo popliteo laterale o peroneo comune, del nervo otturatorio
- Sindrome di Horner (0,5 – 4 %) con possibile alterazioni neurologiche associate a deficit parziale del plesso brachiale (n. ulnare) e n. trigemino, da risalita lungo il canale perimidollare di farmaci adoperati per la parto-analgesia
- Lombalgia transitoria (20 – 40 % delle donne che partoriscono con parto vaginale o con parto cesareo, indipendente dall'anestesia perimidollare), con durata media di 3 - 6 mesi
- Ipoacusia (fino al 40% delle anestesie spinali, da deplezione del liquido cocleare)

COMPLICANZE NEUROLOGICHE / SISTEMICHE

- Variazioni emodinamiche materne: comparsa di ipotensione (17 – 28 %)
- Depressione respiratoria materna
- Blocco sub-durale accidentale (0,82 % su 2000 blocchi epidurali)
- Blocco spinale totale
- Convulsioni e gravi alterazioni dello stato di coscienza da iniezione vascolare accidentale dell'anestetico locale
- Reazione avversa ai farmaci usati (dalla reazione allergica di modestissima entità allo shock anafilattico rapidamente mortale)
- Morte materna (la incidenza statistica correlabile all'anestesia epidurale è dello, 0,0006 : 100.000, in relazione ad anestesia generale il rischio è pari a 3 : 300.000)

COMPLICANZE AGGIUNTIVE

(CORRELATE ALLA SPECIFICA CONDIZIONE CLINICA DELLA PAZIENTE)

Sono stata anche informata che, per imprevedibili difficoltà, potrebbe rendersi impossibile realizzare tecnicamente la parto-analgesia (i tassi di fallimento dell'anestesia ostetrica sono stimati, in letteratura, tra il 4 ed il 14%).

Sono inoltre a conoscenza del fatto che talvolta il beneficio della partoanalgesia è solo in completo, questo può essere dovuto a situazioni anatomiche particolari, a particolari presentazioni della testa fetale o ad evoluzioni non fisiologiche del travaglio e del parto. Sono stata informata anche della possibilità che, su indicazione del ginecologo presente al parto, mi venga sospesa la pratica anestesiologica, che situazioni (organizzative e/o gestazionali) potrebbero, talora, impedire l'attuazione della parto analgesia; e che, infine, l'anestesista, per indicazioni cliniche di natura ostetrica e/o anestesiologica, possa modificare la tecnica concordata.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti risposte alle mie richieste di chiarimenti e dopo approfondita riflessione acconsento:

- ad una facilitazione del travaglio del parto mediante _____
- al trattamento delle eventuali reazioni indesiderate e/o complicanze con tutte le metodiche idonee secondo la migliore tecnica medica al fine di ovviare ai problemi insorti
- al trattamento anestesiologico che preveda, in caso di conversione in parto cesareo o di necessità di altre procedure chirurgiche, la somministrazione di farmaci già in uso per la parto analgesia e/o la anestesia generale.

Data

18/01/26

Firma della paziente X Mary Andrea

Firma Medico Anestesista



CONSENSO INFORMATO

ALL'UTILIZZO DELLA MORFINA E CLONIDINA NELLE ANALGESIE – ANESTESIE NEURASSIALI

Gentile Sig.ra _____ in previsione del suo intervento di _____ le proponiamo un'anestesia - analgesia neurassiale (Subaracnoidea, Epidurale o C.S.E). C'è la possibilità che, oltre ai farmaci che sono somministrati con l'indicazione specifica per tale tecnica, vengano iniettati in neurassiale, come adiuyanti, la morfina e/o la clonidina.

Tali farmaci non sono registrati in Italia per l'uso nelle tecniche suddette. La legge 648/96 prevede la possibilità per il medico anestesista che attua la tecnica specifica di poter utilizzare i farmaci in oggetto, sotto sua responsabilità e secondo scienza e coscienza. Premesso che l'utilizzo di questi farmaci per via neurassiale è stato abbondantemente testato, come si può evincere da numerose pubblicazioni scientifiche, le elenchiamo i vantaggi e i possibili effetti collaterali:

- la morfina è dotata di una lunga durata d'azione, utilizzata per via neurassiale ottimizza l'analgesia post-operatoria, riducendo notevolmente l'utilizzo di analgesici per via parenterale. Infatti la sua azione è quantificabile dalle 12 alle 24 ore
- l'associazione della morfina al sufentanil produce una rapida insorgenza di analgesia
- permette una riduzione del dosaggio degli anestetici locali, con la possibilità di una ripresa dell'attività motoria più precoce
- l'utilizzo degli oppioidi a bassi dosaggi non sopprime la produzione dell'ossitocina endogena (cosa che avviene con gli anestetici locali) per cui non blocca le contrazioni e quindi il travaglio se utilizzati in analgesia in travaglio di parto
- la clonidina ha un potente effetto antinociceettivo
- la clonidina, utilizzata in associazione agli anestetici locali in neurassiale, prolunga il tempo di blocco chirurgico e dell'analgesia
- la morfina ha come possibili effetti collaterali nausea, vomito, prurito (che sono dose correlati e rari per la somministrazione delle dosi neurassiali). Possibile depressione respiratoria tardiva trattabile con lo specifico antagonista (Narcan)
- la clonidina ha un potenziale effetto ipotensivo e sedativo.

La sottoscritta dichiara di aver preso visione del documento e di essere stata edotta esaustivamente dall'anestesista Dr. _____ durante la visita anestesiologica, per cui acconsento alla somministrazione in neurassiale della morfina e/o clonidina.

Data _____ 18/01/26

Firma della paziente _____ Maria De Luca Firma Medico Anestesista S.B.

ANALGESIA PER IL TRAVAGLIO ED IL PARTO VAGINALE

COGNOME _____ NOME _____

PERCORSO NASCITA / AMB: P.O. N° 1 ALTRO P.O. NO

RICOVERO IN REPARTO: Data _____ Ora _____ Diagnosi _____

TRAVAGLIO: Spontaneo Indotto: amnioressi ossitocina PG

INIZIO ANALGESIA: Data _____ Ora _____ Sett. Gest. _____ Peso attuale _____

SUBARACNOIDEA EPIDURALE COMBINATA

Medico Anestesista _____ Infermiere _____

Ginecologo _____ Ostetrica _____ Pediatra _____

	ORE						
S.N.V. (0-10)							
STAZIONE PAVIMENTO PELVICO							
DILATAZIONE COLLO							
LUNGHEZZA COLLO							
CONSISTENZA COLLO							
POSIZIONE COLLO							
STATO MEMBRANE (integre, rottura spontanea, amnioressi)							
OPPIODE							
ANEST. LOCALE							
INFUSIONE CONTINUA							
OSSITOCINA							
DEAMBULAZIONE (SCALA DI ROMBERG)							
REAZIONI INDESIDERATE COMPLICANZE							
PERCEZIONE CONTRAZIONE							
PERCEZIONE SPINTA							
N° CONTRAZIONI / 10 MIN							
FHR							
PA / FC / SpO ₂							
TRASFERIMENTO SALA PARTO							

Ago: 16G 18G Difficolta introduzione ago: SI NO Difficolta introduzione
Dolore acuto introduzione ago spinale e/o catetere: SI NO Parestesie: SI NO
Puntura vascolare accidentale: SI NO Puntura durale accidentale: SI (Cat. Spinale S.
Parto: Ora _____ Presentazione _____ Spontaneo Operativo: Kristeller Ve
Secondamento: Ora _____ Spontaneo Manuale Anestesia al secondamento con _____
Neonato: M F Peso: _____ Apgar: 1 min _____ 5 min _____
Episiotomia: SI NO Anestesia all'episiotomia/raffia con _____
GRADO DI SODDISFAZIONE ANALGESIA: mediocre sufficiente buona eccellente

PARTO CESAREO: Ora _____ Indicazioni _____ A.L.R. A.G.
Neonato: M F Peso: _____ Apgar: 1 min _____ 5 min _____
Condizioni generali materne postoperatorie: _____
Terapia antalgica postoperatoria: _____
GRADO DI SODDISFAZIONE TERAPIA ANTALGICA P.O.: mediocre sufficiente buona eccellente

Data _____ Firma Medico Anestesista _____

Data ed ora rimozione catetere _____

Complicanze alla rimozione (es.: catetere integro, dolore acuto, emorragia, infezioni)

Firma Medico Anestesista _____