

L'ESPERIENZA ALL'OSPEDALE  
NUOVO DI LEGNANO

# ANALGESIA EPIDURALE

## in travaglio di parto

L'organizzazione di un servizio di partoanalgesia portato a pieno regime in un solo anno

**MIGLIORARE  
IL COMFORT  
DELLA PAZIENTE**

**SODDISFAZIONE  
NELLA GESTIONE  
DEL DOLORE**

**RIDUZIONE GLI EVENTI  
MATERNI AVVERSI  
GRAVI**

L'ANALGESIA EPIDURALE rappresenta un elemento cruciale nella gestione del dolore, particolarmente durante il travaglio di parto. Miglioramenti continui nelle formulazioni farmacologiche e nella strumentazione ne hanno nel tempo potenziato la sicurezza e l'efficacia. Oggi, rappresenta un metodo consolidato e ampiamente utilizzato per fornire sollievo mirato dal dolore, contribuendo in modo significativo al comfort della paziente. Un recente studio pubblicato sul BMJ (aprile 2024) rivela come il ricorso all'analgesia epidurale riduca gli eventi materni avversi gravi come eclampsia, infarto miocardico e isterectomia postpartum. La metodica prevede la somministrazione di farmaci anestetici attraverso un catetere posizionato nello spazio epidurale. La letteratura esistente sull'analgesia epidurale enfatizza i suoi notevoli benefici nell'attenuazione del dolore, il profilo di sicurezza e l'impatto sulla soddisfazione del paziente. È inoltre sempre più consigliata nelle pazienti considerate a maggior rischio di SMM (morbilità materna severa), a causa dei suoi effetti fisiologici vantaggiosi e della rapida fruibilità in caso di emergenza. La capacità di bloccare selettivamente le vie nervose coinvolte nella trasmissione del dolore consente un controllo preciso e immediato della sensazione dolorosa. Ciò ha portato ad un aumento della tolleranza del dolore da parte delle pazienti, migliorando significativamente l'esperienza del parto. L'analgesia epidurale, inoltre, consente alle pazienti di riposare e conservare le energie durante il travaglio, fattore particolarmente vantaggioso nei travagli prolungati, permettendo alla donna di recuperare le for-

**SABRINA GATTI<sup>1</sup>**  
**ROSA LUCIA PINCIROLI<sup>2</sup>**  
**MAURA ALBICINI<sup>2</sup>**  
**GUIDO STEVENAZZI<sup>1</sup>**  
**VERONICA VILLA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Nuovo di Legnano*

<sup>2</sup> *Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Nuovo di Legnano*

ze per il periodo espulsivo. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza, gli studi indicano un basso tasso di complicanze gravi quando la procedura è eseguita da personale qualificato. La gestione attenta e il monitoraggio continuo sono fattori chiave per garantire un profilo di sicurezza accettabile. Pazienti sottoposte ad analgesia epidurale riportano livelli più elevati di soddisfazione ed un migliore ricordo del travaglio e del parto. La possibilità di partecipare attivamente al processo decisionale riguardo al controllo del proprio dolore contribuisce ad una maggiore serenità complessiva, creando un ambiente di cura più personalizzato e centrato sulla paziente. L'analgesia epidurale, inoltre, aumenta la compliance nel caso in cui si debba ricorrere ad un parto operativo mediante ventosa ostetrica, garantendo una migliore gestione del dolore e quindi una maggiore collaborazione da parte della paziente durante la procedura.

Sebbene l'analgesia epidurale sia considerata sicura e ampiamente utilizzata, come tutte le procedure mediche non è scevra da rischi. I principali includono la puntura della dura madre, che si verifica quando l'ago perfora la dura madre causando fuoriuscita di liquor. Tale complicanza causa in genere cefalea posizionale (si riduce in clinostatismo), che compare entro cinque giorni dalla puntura lombare ma è temporanea e si autolimita nel tempo. Solitamente è accompagnata da rigidità nucale e/o sintomi uditivi; regredisce spontaneamente entro due settimane o grazie ad adeguata somministrazione di liquidi ed antidolorifici o, in alternativa, dopo l'esecuzione di un patch





epidurale lombare con sangue autologo. Questa complicanza si verifica in letteratura nell'1.5%-2% dei casi.

L'infezione del sito di iniezione è un'altra complicanza ma molto più rara (attualmente inferiore all'1%), legata all'ingresso del catetere nello spazio epidurale. Tecniche sterili adeguate durante la procedura aiutano a minimizzare questo rischio. L'ipotensione, che può essere legata all'utilizzo di alcuni farmaci analgesici a dosi elevate, è prevenibile e facilmente correggibile. In una percentuale <0.1%, nel caso di iniezione intravascolare dell'anestetico locale, si possono verificare sensazioni di vertigini o lievi capogiri, ronzii e intorpidimento. Danni neurologici acuti o persistenti che si possono verificare durante il posizionamento dell'ago o del catetere epidurale, dovuti alle conseguenze di ematomi epidurali, lesioni delle radici nervose o di infezioni, si verificano tra lo 0.005% e 0.01% dei casi e una formazione e una tecnica adeguate da parte dell'anestesista riducono al minimo tale rischio. Per quanto riguarda la progressione ritardata del travaglio, l'analgesia epidurale potrebbe rallentare la fase di spinta ma è stato dimostrato che, se eseguita con le tempistiche corrette, ciò raramente si verifica. Le reazioni allergiche agli anestetici locali sono un evento raro (<0.1% dei casi) e spesso non grave. Tali rischi vengono discussi in sede di visita anestesologica, in cui viene attentamente valutata la storia clinica della paziente e viene fornito un consenso informato. Il monitoraggio continuo durante e dopo l'analgesia epidurale aiuta nella rilevazione precoce e nella gestione di even-



Mediante una serie di incontri tra il personale ostetrico-ginecologico e anestesologico è stato codificato e protocollato un chiaro percorso clinico per l'erogazione del servizio

tuali eventi avversi. Per quanto riguarda la realtà ospedaliera di Legnano, il 2023 è stato l'anno di istituzione ex novo del servizio H24 gratuito di partoanalgesia, disponibile 7 giorni su 7, compresi i festivi. In precedenza, la partoanalgesia veniva eseguita solo occasionalmente. Mediante una serie di incontri tra il personale ostetrico-ginecologico e anestesologico è stato codificato e protocollato un chiaro percorso clinico per l'erogazione del servizio. È stato istituito un anestesista dedicato al punto nascita durante il giorno, mentre di notte e nei festivi al numero dedicato alla partoanalgesia risponde l'anestesista di guardia presente in ospedale, supportato da un altro anestesista reperibile in caso di necessità. Successivi incontri sono stati programmati in itinere per discutere l'andamento del servizio e i risultati ottenuti. Da gennaio a dicembre 2023, i parti sono stati 935. Su un totale di 816 pazienti (esclusi i tagli cesarei elettivi), 615 (75,4%) hanno effettuato la visita anestesologica per poter accedere alla partoanalgesia. Di queste, 333 hanno poi effettivamente richiesto l'analgesia epidurale durante il travaglio di parto (40,8% del totale) e 303 procedure sono state effettuate (37,1%): 29 pazienti non hanno ricevuto la partoanalgesia per ragioni cliniche (ostetrico-ginecologiche o anestesologiche) e solo una per impegno degli anestesisti in altre procedure urgenti. Le procedure effettuate sul totale delle richieste sono state il 90,9%. Per quanto riguarda gli esiti, delle 303 pazienti sottoposte ad analgesia epidurale, 267 hanno partorito spontaneamente con parto eutocico senza complicanze (88,1%), 8 pazienti hanno necessitato

dell'applicazione di ventosa ostetrica (2,6%), 2 pazienti sono state sottoposte a secondamento manuale (0,7%) e 26 pazienti sono andate incontro a taglio cesareo in travaglio (8,6%). Riguardo le complicanze, si sono verificate 5 punture della dura madre (1,6%) ma nessuna infezione del sito di iniezione, ipotensione grave, lesione nervosa e reazione allergica. Una progressione ritardata del travaglio, relativamente al periodo espulsivo, non si è verificata in nessuna paziente, considerando che in letteratura è riportata una tempistica massima con epidurale di 4 ore per le primipare (3 senza epidurale) e di 3 ore per le pluripare (2 senza epidurale). La curva cervicometrica nelle gestanti con analgesia epidurale è stata sovrapponibile a quella delle gestanti non sottoposte e tale procedura. Non abbiamo rilevato significative variazioni cardiocografiche nei due gruppi. La multidisciplinarietà organizzativa, la condivisione dei percorsi clinici e la buona informazione hanno consentito in un solo anno di approntare un servizio consono ai migliori dati clinici di letteratura:

- **PARTECIPAZIONE** alla visita anestesologica: il fatto che il 75,4% delle pazienti abbia effettuato la visita anestesologica suggerisce una buona consapevolezza e partecipazione delle gestanti all'offerta del servizio di partoanalgesia;
- **RICHIESTA** ed esecuzione della procedura: il 40,8% delle pazienti che hanno effettuato la visita anestesologica ha richiesto l'analgesia epidurale, e il 37,1% delle procedure è stato effettivamente eseguito. Questo indica un utilizzo



# ANALGESIA EPIDURALE

L'ESPERIENZA ALL'OSPEDALE  
NUOVO DI LEGNANO

significativo dell'analgia epidurale tra le pazienti che ne avevano inizialmente espresso l'interesse;

- **PERCENTUALE** di successo delle procedure: il 90,9% di procedure effettuate sul totale delle richieste indica una buona efficienza nell'erogazione dell'analgia epidurale;
- **ESITI** del parto con analgesia epidurale: l'88,1% delle pazienti che hanno ricevuto l'analgia epidurale ha avuto un parto spontaneo senza complicanze.

## Punti chiave del nostro protocollo di partoanalgesia:

- l'informazione sulla procedura di analgesia peridurale per il travaglio di parto viene fornita attraverso una brochure, incontri informativi mensili e all'atto della visita anestesologica e ginecologica;
- tutte le donne gravide che desiderano richiedere la partoanalgesia al momento del travaglio devono essere sottoposte a visita anestesologica in ambulatorio a partire dalla 32<sup>a</sup> settimana di gravidanza;
- la visita, effettuata nell'ambulatorio di anestesia, prevede la compilazione della cartella dedicata di partoanalgesia e la raccolta del consenso informato alla procedura. Nella documentazione viene registrata l'idoneità o meno alla procedura ed eventuali indicazioni terapeutiche. Al momento del ricovero, la cartella di partoanalgesia viene allegata alla cartella clinica della donna dall'ostetrica, che prende visione del referto e delle prescrizioni in esso contenute;
- è possibile richiedere la partoanalgesia 24 ore su 24, 7 giorni su 7, compresi i festivi. Il personale sanitario, all'ingresso in reparto della partoriente, si accerta se la stessa vuole beneficiare della procedura e se è stata valutata idonea dall'anestesista;
- in assenza di una controindicazione medica, la richiesta della madre è di per sé un'indicazione sufficiente per alleviare il dolore du-

rante il travaglio;

- è auspicabile iniziare un'analgia locoregionale il più precocemente possibile al fine di ottenere il miglior risultato per la madre e per il nascituro;
- il ginecologo, informata l'ostetrica, annota in cartella la non controindicazione alla partoanalgesia dopo aver eseguito un monitoraggio CTG di almeno 20 minuti;
- l'anestesista responsabile della procedura controlla che sia stata effettuata la valutazione anestesologica e verifica la completezza della documentazione clinica e del consenso. Ricevuta la richiesta di partoanalgesia, l'anestesista inizierà la procedura entro 45 minuti massimo dalla chiamata, procedendo con la valutazione ed il posizionamento del catetere peridurale;
- lo schema di somministrazione dei farmaci varia in base alla dilatazione cervicale e alla stazione della parte presentata e si avvale di sufentanyl e di ropivacaina oppure levobupivacaina;
- dopo la procedura viene effettuato un monitoraggio cardiocografico in continuo di 30 minuti;
- nell'infusione a boli è utile contenere l'intervallo di tempo tra la ricomparsa del dolore e l'esecuzione della successiva somministrazione in peridurale, al fine di limitare la dose analgesica di richiamo.

In conclusione, i dati relativi all'utilizzo della partoanalgesia presso il nostro ospedale nel 2023 mostrano un trend positivo, che consente un'esperienza parto migliore, con un maggior comfort ed un aumento della soddisfazione materna, oltre che una migliore gestione dei parti vaginali, una riduzione degli esiti materni avversi gravi ed un supporto durante i parti operativi. Resta fondamentale la condivisione delle decisioni tra operatori sanitari e paziente per garantire un approccio personalizzato alla gestione del dolore durante il travaglio.

## PER SAPERNE DI PIÙ:

Kearns RJ, Kyzayeva A, Halliday L, Lawlor D, Shaw M, Nelson SM. Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: population based study. *BMJ* 2024;385:e077190.

Halliday L, Nelson SM, Kearns RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Nov;159(2):356-364. doi: 10.1002/ijgo.14175. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35277971.

Hawkins JL. Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med*. 2010 Apr 22;362(16):1503-10. doi: 10.1056/NEJMc0909254. PMID: 20410515.

Favilli A, Tiburzi C, Gargaglia E, Cerotto V, Bagaphou TC, Checchaglini A, Bini V, Gori F, Torrioli D, Gerli S. Does epidural analgesia influence labor progress in women aged 35 or more? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Apr;35(7):1219-1223. doi: 10.1080/14767058.2020.1743672. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32233707.

Bautista L, George RB. Epidural analgesia in labour. *CMAJ*. 2020 May 11;192(19):E509. doi: 10.1503/cmaj.191372. PMID: 32575042; PMCID: PMC7234272.

Gude P, Kaci CSB, Sieker M, Vogelsang H, Bellgardt M, Herzog-Niescery J, Weber TP, Weber J, Teubner S, Kern P. The influence of labor epidural analgesia on maternal, uteroplacental and fetoplacental hemodynamics in normotensive parturients: a prospective observational study. *Int J Obstet Anesth*. 2021 Feb;45:83-89. doi: 10.1016/j.ijoa.2020.10.011. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33298344.

Fernandes S, Galacho J, Borrego A, Pereira D, Lança F, Ormonde L. Impact of Labor Epidural Analgesia on Maternal Satisfaction and Childbirth Expectations in a Tertiary Care Center in Portugal: A Prospective Study. *Acta Med Port*. 2021 Mar 31;34(4):272-277. doi: 10.20344/amp.13599. Epub 2021 Apr 1. PMID: 34214419.

Buddeberg BS, Bandschapp O, Girard T. Post-dural puncture headache. *Minerva Anesthesiol*. 2019 May;85(5):543-553. doi: 10.23736/S0375-9393.18.13331-1. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30621376.

Bos EME, Hollmann MW, Lirk P. Safety and efficacy of epidural analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2017 Dec;30(6):736-742. doi: 10.1097/ACO.0000000000000516. PMID: 28938298.

Lourens GB. Complications associated with epidural catheter analgesia. *Nurse Pract*. 2016 Oct 20;41(10):12-6. doi: 10.1097/01.NPR.0000480587.01667.bc. PMID: 27285963.

Guglielminotti J, Landau R, Li G. Major Neurologic Complications Associated With Postdural Puncture Headache in Obstetrics: A Retrospective Cohort Study. *Anesth Analg*. 2019 Nov;129(5):1328-1336.

Russell R, Laxton C, Lucas DN, Niewiarowski J, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post-dural puncture headache. Part 1: conservative and pharmacological management. *Int J Obstet Anesth*. 2019 May;38:93-103.

Russell R, Laxton C, Lucas DN, Niewiarowski J, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post-dural puncture headache. Part 2: epidural blood patch. *Int J Obstet Anesth*. 2019 May;38:104-118.

Gupta A, von Heymann C, Magnuson A, Alahuhta S, Fernando R, Van de Velde M, Mercier FJ, Schyns-van den Berg AMJV, EPIMAP collaborators. Management practices for postdural puncture headache in obstetrics: a prospective, international, cohort study. *Br J Anaesth*. 2020 Dec;125(6):1045-1055.

Gupta A, Van de Velde M, Magnuson A, von Heymann C, Guasch E, Alahuhta S, Mercier FJ, Schyns-van den Berg AMJV, European Practices in the Management of Accidental Dural Puncture in Obstetrics Investigators. Factors associated with failed epidural blood patch after accidental dural puncture in obstetrics: a prospective, multicentre, international cohort study. *Br J Anaesth*. 2022 Nov;129(5):758-766.

Cohen S, Daitch JS, Goldiner PL. An alternative method for management of accidental dural puncture for labor and delivery. *Anesthesiology*. 1989 Jan;70(1):164-5.

Heesen M, Hilber N, Rijs K, van der Marel C, Rossaint R, Schäffer L, Klimek M. Intrathecal catheterisation after observed accidental dural puncture in labouring women: update of a meta-analysis and a trial-sequential analysis. *Int J Obstet Anesth*. 2020 Feb;41:71-82

Orbach-Zinger S, Jadon A, Lucas DN, Sia AT, Tsen LC, Van de Velde M, Heesen M. Intrathecal catheter use after accidental dural puncture in obstetric patients: literature review and clinical management recommendations. *Anaesthesia*. 2021 Aug;76(8):1111-1121.

Tatiana Sidiropoulou, Kalliopi Christodoulaki, Charalampos Siristatidis, "Pre-Procedural Lumbar Neuraxial Ultrasound-A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Meta-Analysis" *Healthcare* 2021 Apr 17;9(4):479

Finucane B., "Complications of Regional Anesthesia", Springer 2017

Capogna G., "Epidural Labor Analgesia", Springer 2015

NYSORA (New York School of Regional Anesthesia) 2019, "Obstetric Regional Anesthesia"

NHS (National Health Service) UK, "Epidural for Childbirth" 2011

OAA (Obstetric Anaesthesists' Association), "Pain Relief in Labour", 2012

Jones L., "Pain Management for women in labour: an overview of systematic reviews". *Cochrane* 2012, Issue 3

Moen V., "Neurological complications following central neuraxial blockades in obstetrics". *Curr Opin in Anaesth*. 2008, 21:275-280

