

## **ANALGESIA NEL PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO - PRIMIPARA**

*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.*

*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 3 cm (la testa fetale in posizione -1).*

### Contrazione

durata: 70 sec

intensità 40-50 mHg

### Dolore

durata: 30-40 sec

intervallo: 10-20 sec

Fibre

Aδ e C

### **Dolore I Stadio**

Provenienza: Utero e annessi durante la contrazione

Tipo di dolore: Viscerale

Cause: Dilatazione cervicale e del segmento uterino inferiore

Intensità: Forza delle contrazioni e pressione generata

**1) Somministrare 1ml/10 cm altezza di una soluzione di ROPIVACAINA 0.10% + SUFENTANIL 0.5 γ/m**

**2) Il rifornimento successivo è costituito da ROPIVACAINA 0.10% 1ml/10 cm altezza (se la dilatazione è >7cm è preferibile utilizzare ROPIVACAINA 0,2% 10-15 ml)**

*NOTA*

*Le dosi indicate sono usualmente sufficienti quando l'analgesia epidurale è condotta senza interruzioni.*

*Le dosi indicate possono non essere sufficienti nel caso la partoriente abbia dolore molto forte da molto tempo al momento in cui si è chiamati per il rifornimento epidurale. In questi casi si debbono usare concentrazioni più elevate (ropivacaina 0.2% 10-15 mL )*

*In caso di persistenza del dolore valutare il corretto posizionamento del cateterino epidurale e far valutare la situazione ostetrica (dilatazione cervicale e posizione della testa fetale)*

## **ANALGESIA NEL SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO - PRIMIPARA-**

### Contrazione

durata: 80 sec

intensità 50-60 mmHg

### Dolore

durata: 50 sec

intervallo: 5 sec

n. pudendo

### **Dolore II Stadio**

Provenienza: Utero e annessi durante la contrazione, Vagina, Perineo, Pavimento pelvico

Tipo di dolore: Somatico

Cause: Distensione del canale da parto e del perineo

Intensità: Molto intenso e ben localizzato

*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. 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. A dilatazione completa, 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*

**A dilatazione completa, indipendentemente dalla presenza di dolore, somministrare 5 mL di ROPIVACAINA 0.2% al fine di prevenire il dolore del II stadio.**

#### **NOTA**

*Le dosi indicate sono usualmente sufficienti quando l'analgesia epidurale è condotta senza interruzioni.*

*Le dosi indicate possono non essere sufficienti nel caso la partoriente abbia dolore molto forte da molto tempo al momento in cui si è chiamati per il rifornimento epidurale. In questi casi si debbono usare concentrazioni più elevate (ropivacaina 0.2% 10 mL )*

### **ANALGESIA IN FASE ESPULSIVA - PRIMIPARA**

*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*

**Quando la testa fetale ha compiuto la rotazione ed è prossima al piano perineale somministrare 5 mL di LIDOCAINA/MEPIVACAINA 2% per prevenire il dolore della fase espulsiva e/o dell'eventuale episiotomia**

### **ANALGESIA NELLA SECONDIPARA**

*Nella secondipara l'analgesia epidurale andrebbe iniziata più precocemente possibile. Occorre tener presente i differenti meccanismi di dilatazione e di discesa della testa fetale e prevenire il dolore della più rapida discesa della testa fetale.*

### **I STADIO DEL TRAVAGLIO**

**A 3-4 cm di dilatazione cervicale, se la testa fetale è in posizione -1 e se il dolore non è molto intenso (VAPS < 60) si possono somministrare le stesse dosi e concentrazioni usate per la primipara, ma se la testa fetale è più bassa (posizione 0) e/o la dilatazione è > 5 cm è preferibile usare concentrazioni e dosi maggiori (10-15 mL di una soluzione di ROPIVACAINA 0.2%)**

**Il rifornimento successivo è costituito da ropivacaina 0.2% 10-15 mL**

*In caso di persistenza del dolore valutare il corretto posizionamento del cateterino epidurale e far valutare la situazione ostetrica (dilatazione cervicale e posizione della testa fetale)*

### **II STADIO DEL TRAVAGLIO e PERIODO ESPULSIVO**

**Somministrare 5-10 mL di LIDOCAINA/MEPIVACAINA 2% per prevenire il dolore della fase espulsiva e/o dell'eventuale episiotomia indipendentemente dalla avvenuta rotazione della testa fetale**