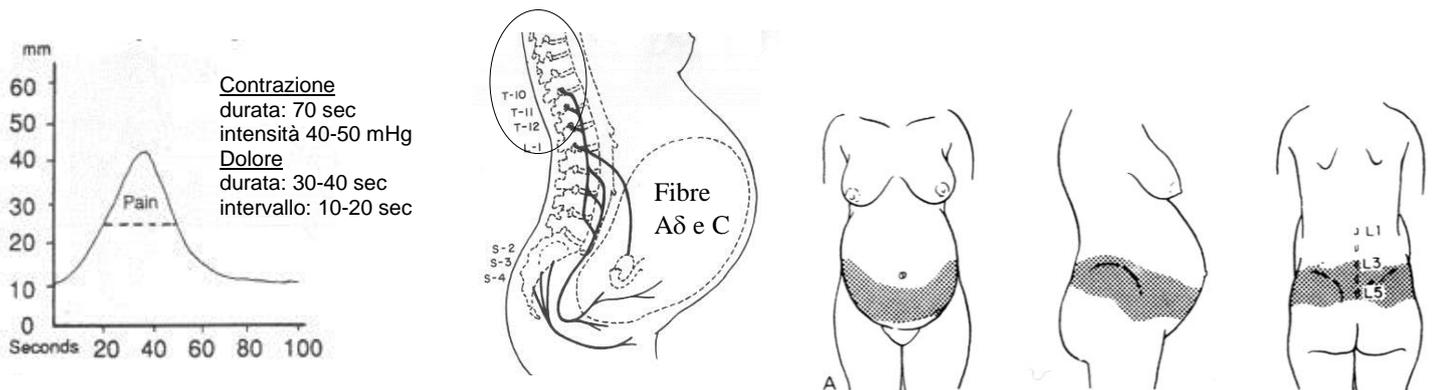


## ANALGESIA NEL PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO - PRIMIPARA

L'analgia epidurale può essere eseguita solamente previo consenso del ginecologo e se la partoriente ha eseguito la visita anestesiológica pre-parto e dato, in tale occasione, il suo consenso scritto.

Di norma l'analgia 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).



<b>Dolore I Stadio</b>	
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

- Somministrare 1ml/10 cm altezza di una soluzione di ROPIVACAINA 0.10% + SUFENTANIL 0.5  $\gamma$ /ml
- 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)

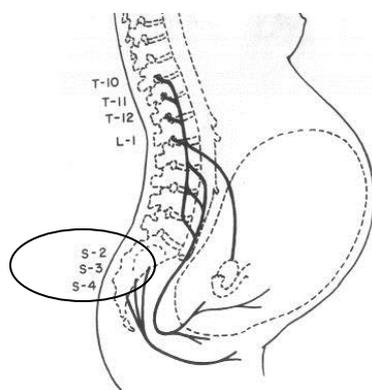
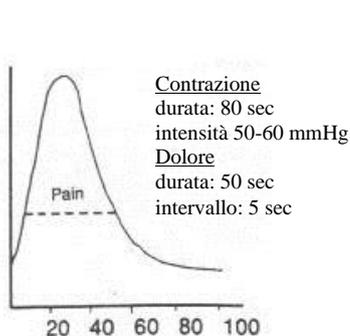
### NOTA

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

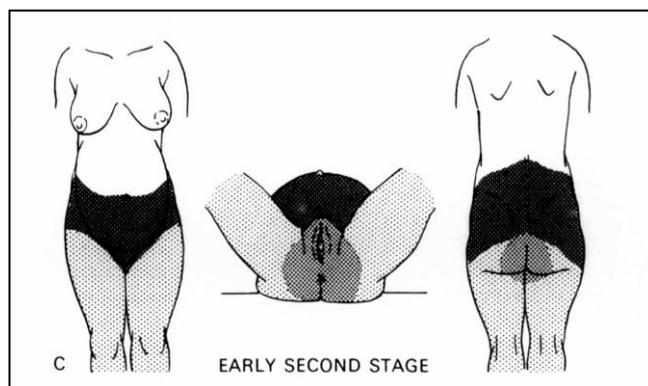
Le dosi indicate possono non essere sufficienti nel caso la partoriente abbia dolore molto forte da molto tempo al momento in cui si è chiamati per il rifornimento epidurale. In questi casi si debbono usare concentrazioni più elevate (ropivacaina 0.2% 10-15 mL)

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 -



n. pudendo



<b>Dolore II Stadio</b>	
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.**

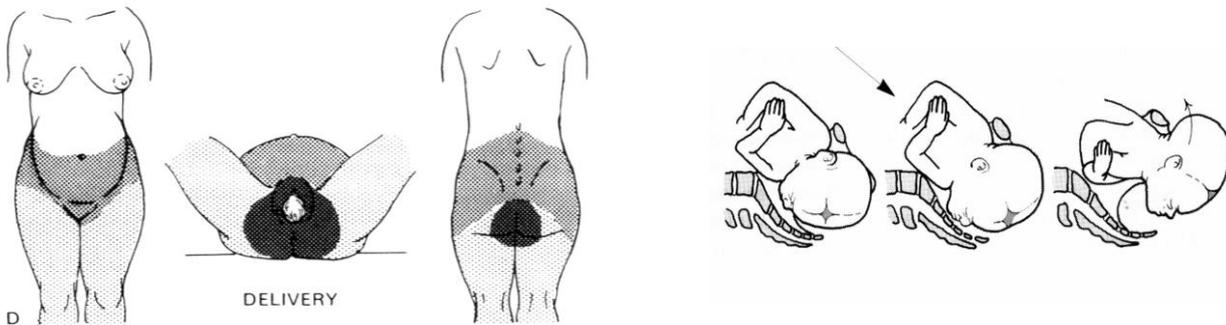
### NOTA

*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***