OPERAÇÃO CESARIANA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS OBRIGATÓRIAS

- A solicitação para o procedimento anestésico com seu respectivo horário deve constar na folha de evolução médica acompanhada da identificação adequada do obstetra.
- Consentimento pós-informação preenchido e assinado pela paciente ou seu representante legal e pelo anestesiologista responsável.
- Preenchimento da ficha de anestesia.

CUIDADOS PRÉ-ANESTÉSICOS NECESSÁRIOS

- Certificar-se de que a aparelhagem de anestesia e as medicações eventualmente necessárias estejam acessíveis e em ordem.
- Verificar as condições clínicas e os exames complementares da paciente.
- Observar o jejum de **2 horas** para líquidos claros e **6 horas** para sólidos em caso de cirurgia eletiva.
- Sempre que possível a paciente deve realizar a higiene corporal previamente
- Venóclise.
- Monitorização com cardioscópio e oxímetro de pulso, pressão arterial não-invasiva e diurese
- Administração profilática de antieméticos (ondansetrona, metoclopramida ou bromoprida) e antiácido venoso (ranitidina) nas pacientes sob maior risco de aspiração.
- Assepsia da região a ser puncionada com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica.

ANESTESIA REGIONAL

ANESTESIA RAQUIDIANA (TÉCNICA PREFERENCIAL)

- Paciente em decúbito lateral esquerdo (*preferencial)* ou sentada.
- Punção do espaço subaracnóideo em L2-L3 ou em L3-L4 pelo acesso mediano ou para-mediano, com agulha de calibre 25 ou 27 descartável, observando saída de líquor.
- Administração de anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg.
- Administração de opiáceo: morfina 80 mcg.
- Observar a adequação volêmica, com administração de fluidos, visando estabilidade hemodinâmica, durante todo o procedimento.
- Após o bloqueio regional a paciente permanecerá em decúbito dorsal com deslocamento manual do útero para esquerda.
- Administração de vasoconstritores para a estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais:
  - Metaraminol 10 mg, diluir uma ampola para 10 ml. Desprezar 8 ml e diluir 2 mg restantes novamente para 10 ml. Aplicar em *bolus* 1 a 2 ml (200 a 400 mcg).
  - Efedrina 50 mg, diluir uma ampola para 10 ml. Aplicar em *bolus* 1 ml da solução (5 mg).
  - Etilefrina 10 mg, diluir uma ampola para 10 ml. Aplicar em *bolus* 1 ml da solução (1 mg).

- A partir da extração do concepto, manter infusão venosa de ocitocina, com concentração inicial de 0,01 UI/ml. Observar o campo operatório para ajustar a velocidade de infusão e/ou aumento de concentração, considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste.
- **Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anestesiologista**
  - Encaminhar a paciente para a enfermaria ou, se necessário, para a recuperação pós-anestésica até que atinja Índice de Aldrete compatível com alta. Pacientes que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no centro obstétrico (mínimo 1 hora de observação):
    - Hemorragias perioperatórias
    - Subinvolução uterina
    - Hipertensão arterial moderada ou grave.
- O emprego de morfina espinhal exige observação mais atenta pela enfermagem, pelo período mínimo de 12 horas. Freqüência respiratória menor que 8 IRPM e/ou sonolência deverão ser comunicadas ao médico plantonista.
- A paciente deverá permanecer em repouso no leito, por no mínimo 6 horas. O primeiro deambular deverá ser obrigatoriamente acompanhado.
- Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia.
- Introduzir a alimentação e deambulação subsequentemente, de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o índice máximo da escala de Aldrete.

- **Cefaléia pós punção meníngea**
  - **Leve**
    - Repouso no leito
    - Hidratação venosa
    - Antinflamatórios não esteroidais.
  - **Moderada**
    - Repouso no leito
    - Hidratação venosa
    - Antinflamatórios não esteroidais.
    - Succinato de sumatriptana (Sumax) 50mg 8/8h.
    - Paracetamol 500 mg e Cafeína 65 mg (Excedrin) 1 comprimido de 6/6h.
    - *Blood patch* 10 a 20 ml no local da punção ou abaixo. Pode ser repetido na falha do tratamento. O procedimento envolve consentimento pós-informação.
  - **Grave**
    - Semelhante ao tratamento da cefaléia moderada, porém priorizando *blood patch*.
    - Considerar a necessidade de parecer neurológico. O acompanhamento pelo Setor de Anestesiologia deve perdurar até completa remissão dos sintomas.

- **Recomendações para evitar a falha**
  - Observação do fluxo de líquor pré e pós injeção.
  - Seleção de espaço adequado.
  - Posicionamento adequado da paciente.
  - Pacientes obesas, com alterações morfológicas ou cirurgias ortopédicas prévias na coluna devem, de preferência, apresentar exames anteriores com laudo, ou proceder ao exame ultrassonográfico da coluna.
  - O tempo para o diagnóstico de falha completa é de 20 minutos.

- **Falha na raquianestesia**
  - Repetir a técnica sem aditivos, mudando o posicionamento, um espaço acima.
  - Conversão para anestesia combinada, preferencialmente em outro espaço.

ANESTESIA PERIDURAL

- Paciente deitada em decúbito lateral esquerdo (*preferencial)* ou sentada.
- Anestesia da pele e subcutâneo com lidocaína 1% sem epinefrina.
- Punção do espaço peridural com agulha de Touhy descartável, em L3-L4 ou em L2-L3, pelo acesso mediano ou paramedian*o,* observando a perda da resistência à injeção do ar e/ou água.
- Introdução do cateter peridural, observando a presença de dor, parestesia, aspiração negativa para sangue ou líquor.
- Administração de anestésico local
  - Lidocaína 2% com vasoconstrictor 60 mg (como dose teste).
  - Bupivacaína 0,5% ou lidocaína 2% com epinefrina, em volume suficiente para bloqueio peritoneal.
- Administração de opiáceos: morfina 1 mg.
- Após o bloqueio regional a paciente permanecerá em decúbito dorsal, com deslocamento manual do útero para a esquerda.
- Observar a adequação volêmica, com administração de fluidos, visando estabilidade hemodinâmica, durante todo o procedimento.
- Administração de vasoconstritores para a estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais.
- A partir da extração do concepto, manter infusão venosa de ocitocina, com concentração inicial de 0,01 UI/ml. Observar o campo operatório para ajustar a velocidade de infusão e/ou aumento de concentração, considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste

- **Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anestesiologista**
  - Encaminhar a paciente para a enfermaria ou, se necessário, para a recuperação anestésica até que atinja Índice de Aldrete compatível com alta. Pacientes que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no centro obstétrico (mínimo 1 hora de observação):
    - Hemorragias perioperatórias
    - Subinvolução uterina
    - Hipertensão arterial moderada ou grave.
  - O emprego de morfina espinhal exige observação mais atenta pela enfermagem pelo período mínimo de 12 horas. Freqüência respiratória menor que 8 IRPM e/ou sonolência deverão ser comunicadas ao médico plantonista.
  - A paciente deverá permanecer em repouso no leito por no mínimo 6 horas. O primeiro deambular deverá ser obrigatoriamente acompanhado.
  - Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia.
  - Introduzir a alimentação e deambulação subsequentemente de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o Índice máximo da escala de Aldrete

- **Recomendações para evitar a falha**
  - Punção próxima ao segmento medular envolvido no procedimento.
  - Posicionamento adequado da paciente
  - Preferir a técnica contínua, com fixação adequada e comprimento do cateter adequado no espaço peridural.

- **Falha na anestesia peridural:**
  Proceder a raquianestesia ou anestesia geral

ANESTESIA GERAL

- **Indicações**
  - Falha da anestesia regional
  - Recusa da paciente
  - Contra-indicações de bloqueios regionais
- Preparo e monitorização da gestante.
- Pré-oxigenação da paciente por 5 minutos.
- Medicação profilática: metoclopramida e, ocasionalmente, antiácidos não particulados.
- Indução rápida e intubação oro-traqueal com manobra de *Sellick.*
- Planejamento da analgesia pós-operatória.
- A paciente permanecerá em decúbito dorsal com deslocamento manual do útero para a esquerda.
- Observar a adequação volêmica, com administração de fluidos, visando estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento.
- Admnistração de vasoconstritores para a estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais.
- A partir da extração do concepto, manter infusão venosa de ocitocina com concentração inicial de 0,01 UI/ml. Observar o campo operatório, para ajustar a velocidade de infusão e/ou aumento de concentração considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste

- **Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anestesiologista**
  - Encaminhar a paciente para a enfermaria ou para a recuperação pós-anestésica até que atinja o Índice de Aldrete compatível com alta. Pacientes que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no centro obstétrico (mínimo 1 hora de observação)
    - Hemorragias perioperatórias.
    - Subinvolução uterina.
    - Hipertensão arterial moderada ou grave.
  - A paciente deverá permanecer em repouso no leito por no mínimo 6 horas.
  - O primeiro deambular deverá ser obrigatoriamente acompanhado.
  - Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia.
  - Introduzir a alimentação e deambulação subsequentemente de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o Índice máximo da escala de Aldrete.

LEITURA SUGERIDA

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1886, de 2008. Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência. **D.O.U.,** Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2008, Seção I, p.271.
2. FERNANDES, C.R., *et al*. Recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para segurança em anestesia regional. **Rev. Bras. Anest**., v.61, n.5 , p.679-694, 2011.
3. HADZIC, A. (Ed.). **Textbook of regional anesthesia and acute pain management**. New York: McGraw-Hill, 2006.
4. MAHARAJ, D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? **Eur. J. Obstet. Gyecol. Reprod. Biol**., v.146, n.1, p.3-7, 2009.