



PARTO VAGINAL

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 anestesiológista responsável.
- Preenchimento completo 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.
- Avaliar o grau de dor prévio ao bloqueio através da Escala Analógica Visual (EAV) e a cada hora de analgesia.
- Sempre que possível a paciente deve realizar a higiene corporal previamente.
- Monitorização com cardioscópio, oxímetro de pulso, pressão arterial.
- Venóclise.
- Assepsia da região a ser puncionada com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica.
- Não há restrições quanto ao grau de dilatação cervical, uma vez indicada a analgesia pelo obstetra.

ANESTESIA PERIDURAL CONTÍNUA.

- Paciente em decúbito lateral esquerdo (*preferencial*) ou sentada.
- Anestesia da pele e subcutâneo com lidocaína 1% sem epinefrina.
- Punção do espaço peridural, pelo acesso mediano ou paramediano, com agulha de Tuohy descartável em L3-L4 ou em L2-L3. Identificação do espaço peridural pela técnica da 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 líquido e fixação do mesmo.
- Administrar anestésico local, como dose teste para detectar injeção vascular inadvertida:
 - o Lidocaína a 2% com vasoconstrictor 60 mg.
- Como escolha para analgesia peridural:
 - o Ropivacaína a partir de 0,1%
 - o Bupivacaína a partir de 0,0625%

Utilizar um destes dois anestésicos procurando a concentração anestésica mínima eficaz, a fim de obter a menor interferência possível com a duração do trabalho de parto e/ou instrumentalização.

Inicialmente administrar em *bolus* um volume de 10 a 15 ml do anestésico escolhido. Confirmar através da Escala Analógica Visual a redução do grau de dor a níveis satisfatórios em até vinte minutos. Repetir a avaliação da dor pela Escala Analógica Visual a cada hora de analgesia. Quando houver elevação do grau de dor para níveis moderados, será necessária a administração em *bolus* de 5 a 10 ml do mesmo anestésico.

- Administração de opiáceo:

É realizada em associação com o anestésico local escolhido quando se optar pela técnica de combinação de drogas para analgesia.

- o Fentanil, 50 a 100 mcg em associação com o anestésico local escolhido.

Após o bloqueio regional, a paciente pode ser mantida em decúbito dorsal, com cabeceira a 30 graus ou decúbito lateral, até a completa instalação do bloqueio. Após a instalação do bloqueio, a deambulação da paciente poderá ser permitida, supervisionada continuamente por profissional de saúde, com consentimento do anestesiológista, quando for alcançado o índice 10 na escala de Aldrete. Observar os partos com maior chance de parto operatório e segundo período prolongado (Primíparas: 56 ± 146 minutos; Multíparas 18 ± 54 minutos), onde há maior risco de cesárea*, lacerações*, hemorragia, infecção e baixo score no Índice de Apgar:

- o Posição occipito-posterior.
- o Parto induzido.
- o Idade materna > 35 anos.
- o Parto operatório prévio
- o Nuliparidade
- o A própria analgesia

*Acréscimo de morfina 0,5 a 1 mg pelo cateter peridural.

- No período expulsivo, acrescentar xilocaína 1% 10 ml ou infiltração local, caso a analgesia perineal esteja insuficiente.
- Em caso de cesárea, durante a analgesia de parto:
 - o Bupivacaína a 0,5% ou lidocaína 2% com epinefrina em volume suficiente para bloqueio para cirurgia. Acrescentar morfina 1 mg.

ANESTESIA COMBINADA

- Utilizar na necessidade de instalação mais rápida como trabalho de parto em fase avançada ou paciente com dor intensa e consequente agitação.
- Maior incidência de bradicardia fetal normalmente sem repercussões clínicas fetais.

1) INJEÇÃO RAQUIDIANA

- Posição em decúbito lateral (preferencial) ou sentada.
- Anestesia da pele e tecido celular subcutâneo com lidocaína a 1%.
- Punção do espaço subaracnóideo com agulha descartável calibre 27 (preferencialmente) ou 25 em L2-L3 ou L3-L4, pelo acesso mediano ou paramediano, observando a saída de líquido.
- Administração de anestésico local: Bupivacaína hiper ou isobárica: 2,5 mg
- Administração de opiáceo:
 - o Fentanil: 10 a 25 mcg
 - o Morfina 40 mcg nos partos com maior chance de parto operatório e segundo período prolongado
- Em caso de instalação da analgesia já no segundo período do trabalho de parto, a injeção raquidiana poderá ser realizada isoladamente.

2) PUNÇÃO DO ESPAÇO PERIDURAL

- Pelo acesso mediano ou paramediano com agulha de Tuohy descartável em L2-L3 ou L3-L4 pela perda da resistência à injeção de ar e/ou água.
- Introdução do cateter peridural, observando a presença de parestesia, aspiração negativa para sangue. Administração de anestésico local:
 - o Lidocaína 2% com vaso 60 mg (como dose teste).

- o Bupivacaína 0,0625% em *bolus*. Iniciar após 20 minutos do bloqueio raquidiano repetindo quando necessário de acordo com a Escala Analógica Visual 5 a 10 ml.
- Após o bloqueio regional, a paciente pode ser mantida em decúbito dorsal, com cabeça a 30 graus ou decúbito lateral, até a completa instalação do bloqueio. Após a instalação do bloqueio, a deambulação da paciente poderá ser permitida, supervisionada continuamente por profissional de saúde, com consentimento do anestesiológista, quando for alcançado o índice 10 na escala de Aldrete. No período expulsivo, acrescentar xilocaína 1% 10 ml ou infiltração local caso a analgesia perineal esteja insuficiente.
- Em caso de cesárea durante a analgesia de parto:
 - o Bupivacaína 0,5% ou lidocaína 2% com epinefrina em volume suficiente para bloqueio peritoneal. Morfina 1 mg somente quando esta medicação não tiver sido utilizada durante a analgesia.

CUIDADOS COM O CATETER DURANTE A ANALGESIA DE PARTO:

- o Observação contínua da funcionalidade do cateter peridural principalmente em pacientes com IMC elevado e trabalho de parto com duração superior a 6 horas.
- o Bloqueio unilateral: Puxar o cateter 1 a 2 cm. Injetar 3 a 5 ml no decúbito lateral.
- o Bloqueio de raiz sacra insuficiente: elevar cabeça, aumentar a concentração anestésica e adicionar fentanil (50 mcg).
- o Cirurgia indicada durante analgesia inadequada: escores altos na Escala Analógica Visual até horas antes da indicação da cesárea. Substituir o cateter pela técnica espinal, com doses de anestésico espinal ou geral.
- o Bloqueio de curta duração com altas doses: aspiração do cateter, se positiva reposicionar, se negativa, mais alta concentração com fentanil (taquifilaxia).

CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

- o Retirar o cateter peridural cuidadosamente.
- o Monitorização da paciente no centro obstétrico por pelo menos 60 minutos. A alta deve observar índices compatíveis na escala de Aldrete.
- o Quando utilizada morfina no bloqueio regional, manter vigilância da função respiratória assim como outros efeitos colaterais relacionados a mesma por pelo menos 12 horas.

CEFALÉIA PÓS PUNÇÃO MENÍNGEA

- **Leve**
 - o Repouso no leito
 - o Hidratação venosa
 - o Antiinflamatórios não esteroidais.
- **Moderada**
 - o Repouso no leito
 - o Hidratação venosa
 - o Antiinflamatórios não esteroidais.
 - o Succinato de sumatriptana (Sumax) 50mg 8/8h.
 - o Paracetamol 500 mg e Caféina 65 mg (Excedrin) 1 comprimido de 6/6h.
 - o *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**
 - o Semelhante ao tratamento da cefaléia moderada, porém priorizando *blood patch*.
 - o Considerar a necessidade de parecer neurológico.
 - o O acompanhamento pelo Setor de Anestesiologia deve perdurar até completa remissão dos sintomas.

LEITURA SUGERIDA

1. ALBERS, L.L. The duration of labor in healthy women. **J. Perinatol.**, v.19, n.2, p.114–119, 1999.
2. 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.
3. 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.
4. HADZIC, A. (Ed.). **Textbook of regional anesthesia and acute pain management**. New York: McGraw-Hill, 2006.
5. HALPERN, S.H.; ABDALLAH, F.W. Effect of labor analgesia on labor outcome. **Curr. Opin. Anaesthesiol.**, v.23, n.3, p.317–322, 2010.
6. MAHARAJ, D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v.146, n.1, p.3-7, 2009.
7. SALIM, R., et al. Continuous compared with intermittent epidural infusion on progress of labor and patient satisfaction. **Obstet. Gynecol.**, v.106, n.2, p.301-306, 2005.
8. SENEAL, J.; XIONG, X.; FRASER, W.D. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. **Obstet. Gynecol.**, v.105, n.4, p.763-772, 2005.