

# Analgesia de parto: gabriel.med.br

Gabriel Guimarães, Helga Bezerra Gomes da Silva

## Abstract

Várias descobertas são publicadas mensalmente com potencial de aperfeiçoar a técnica de analgesia de parto.

A intenção deste protocolo é registrar sistematicamente as mudanças que adotei.

**Citation:** Gabriel Guimarães, Helga Bezerra Gomes da Silva Analgesia de parto: gabriel.med.br. **protocols.io**

dx.doi.org/10.17504/protocols.io.ri6d4he

**Published:** 07 Jul 2018

## Protocol

### Avaliação do caso

#### Step 1.

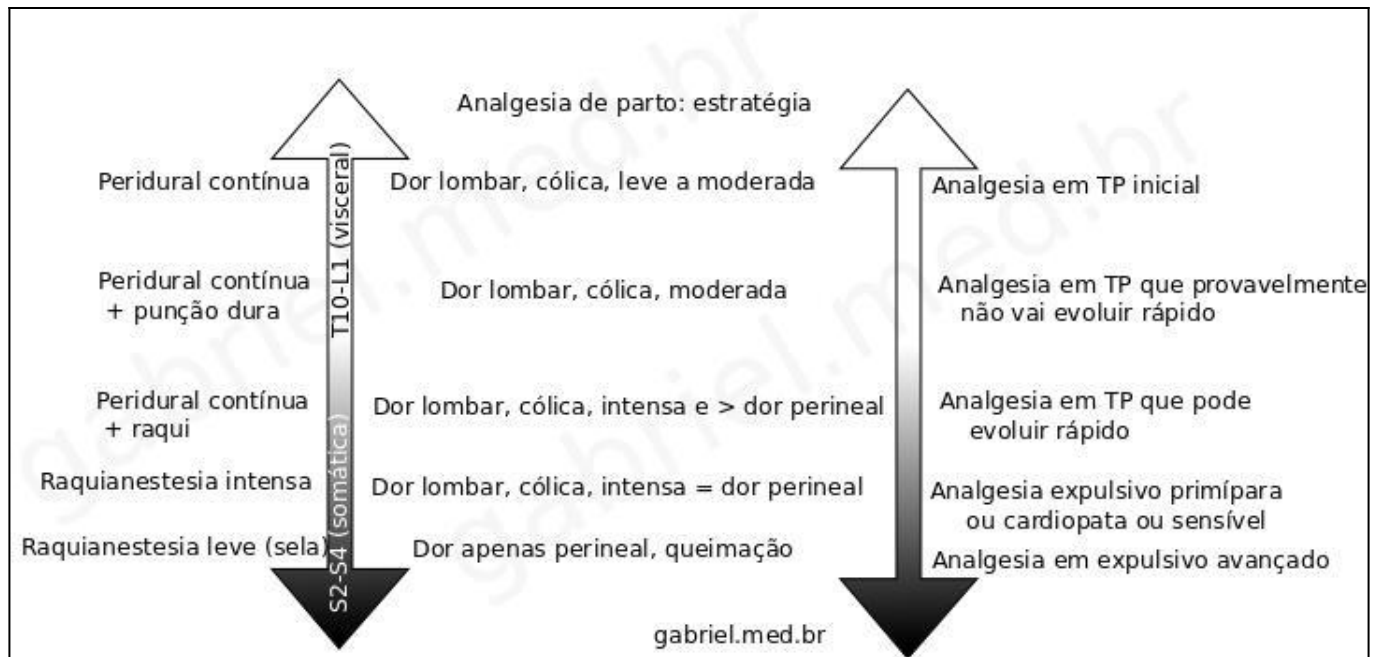
Todas as variáveis relevantes para a decisão da técnica anestésica devem ser coletados.

1. Morbidades da paciente, com destaque para tolerância à valsalva;
2. Paridade da paciente (contar apenas número de partos vaginais);
3. Avaliação subjetiva de viabilidade e velocidade prevista do parto pela equipe obstétrica;
4. Padrão de dor da paciente (lombar, cólica, perineal, queimação, etc);
5. Dilatação cervical da paciente;
6. Material disponível;
7. Processo de consentimento informado:
  - 7.1 Resumido se dor atrapalha processo: continuar após primeiro alívio;
  - 7.2 Normal se paciente permitir.

### Decisão da técnica anestésica

#### Step 2.

O processo de decisão nesta versão está um pouco mais claro, porém, ainda apresenta muitos parâmetros subjetivos, resumido na figura a seguir:



### Se peridural contínua

#### Step 3.

Paciente em sala de parto, orientada sobre procedimento.

Após botão anestésico, localização do espaço peridural usando perda de resistência à solução salina + passagem de cateter multiorifício. Aspirar cateter várias vezes usando pressões variadas e por tempo > 5s a cada tentativa. Se aspiração negativa, curativo, retorno à posição deitada.

Monitorar paciente com oximetria de pulso, PANI e ECG. Infundir solução analgésica (10ml). Manter monitorada por aproximadamente 30 min.

Não havendo hipotensão ou bloqueio motor: declarar estado de analgesia. Remover monitores e liberar para caminhar ou mudar de posição.

Havendo bloqueio motor ou hipotensão (raro): tratar hipotensão, manter monitorada até atingir estado de analgesia.

Solução analgésica inicial: ropivacaína 0,1% + fentanil 5mcg/ml. Aumentar para 0.15% se falha.

Após cada dose peridural, intervalo mínimo de 30 min para repetir e agudardar novo estado de analgesia.

A partir do segundo bolus: 7ml peridural.

### Se peridural contínua + punção de dura

#### Step 4.

Paciente em sala de parto, orientada sobre procedimento.

Após botão anestésico, localização do espaço peridural usando perda de resistência à solução salina + passagem de cateter multiorifício. Aspirar cateter várias vezes usando pressões variadas e por tempo > 5s a cada tentativa. Punção de espaço subaracnoide com agulha W27G, sem infundir medicamentos.

Monitorar paciente com oximetria de pulso, PANI e ECG. Infundir solução analgésica (10ml). Manter monitorada por aproximadamente 30 min.

Não havendo hipotensão ou bloqueio motor: declarar estado de analgesia. Remover monitores e liberar para caminhar ou mudar de posição.

Havendo bloqueio motor ou hipotensão (raro): tratar hipotensão, manter monitorada até atingir estado de analgesia.

Solução analgésica inicial: ropivacaína 0,1% + fentanil 5mcg/ml. Aumentar para 0.15% se falha.

Após cada dose peridural, intervalo mínimo de 30 min para repetir e agudardar novo estado de analgesia.

A partir do segundo bolus: 7ml peridural.

#### Se peridural contínua + raqui

##### **Step 5.**

Paciente em sala de parto, orientada sobre procedimento.

Após botão anestésico, punção subaracnoide + infusão subaracnoide de bupivacaína 2,5 a 5mg + sufentanil 2,5mcg ou fentanil 25mcg, com paciente sentada.

Manter paciente sentada. Intensificar botão anestésico, localização do espaço peridural usando perda de resistência à solução salina + passagem de cateter multiorifício. Aspirar cateter várias vezes usando pressões variadas e por tempo > 5s a cada tentativa. Se aspiração negativa, curativo. Tempo sentada até liberar para deitar: se dor lombar ainda intensa, pode sacrificar parte do bloqueio sacral permitindo a paciente deitar um pouco antes. Tempo ideal entre raquianestesia e deitar: 5min.

Monitorar paciente com oximetria de pulso, PANI e ECG. Não infundir solução analgésica peridural por até 15min. Manter monitorada por aproximadamente 30 min.

Não havendo hipotensão ou bloqueio motor: declarar estado de analgesia. Remover monitores e liberar para caminhar ou mudar de posição.

Havendo bloqueio motor ou hipotensão (raro): tratar hipotensão, manter monitorada até atingir estado de analgesia.

Solução analgésica inicial: ropivacaína 0,1% + fentanil 5mcg/ml. Aumentar para 0.15% se falha.

Se dor após 15min: dose peridural de 7ml da solução.

Após cada dose peridural, intervalo mínimo de 30 min para repetir e agudardar novo estado de analgesia.

A partir do segundo bolus: 7ml peridural.

#### Raqui intensa

##### **Step 6.**

Após botão anestésico, punção subaracnoide + infusão subaracnoide de bupivacaína 3,5 a 5mg + sufentanil 2,5-5mcg ou fentanil 30-40mcg, com paciente sentada. Paciente deve ficar sentada por 1-2min após infusão, depois deitar em cama com metade superior elevada 45 graus.

Monitorar paciente com oximetria de pulso, PANI e ECG. Manter monitorada por todo o procedimento.

Não havendo hipotensão ou bloqueio motor: declarar estado de analgesia.

Havendo bloqueio motor ou hipotensão: tratar hipotensão, manter monitorada até atingir estado de analgesia.

#### Raqui leve

##### **Step 7.**

Após botão anestésico, punção subaracnoide + infusão subaracnoide de bupivacaína 2,5 a 3mg + sufentanil 2,5mcg ou fentanil 25-30mcg, com paciente sentada. Paciente deve ficar sentada por 5 min após infusão (ou tempo máximo que tolerar).

Monitorar paciente com oximetria de pulso, PANI e ECG.

Não havendo hipotensão ou bloqueio motor: declarar estado de analgesia. Remover monitores e liberar para caminhar ou mudar de posição.

Havendo bloqueio motor ou hipotensão: tratar hipotensão, manter monitorada até atingir estado de analgesia.

#### Estado de analgesia

##### **Step 8.**

Após declarado estado de analgesia:

Fim da anestesia. Encerrar ficha de anestesia. Se estiver com cateter peridural, manter até depois do parto, pode ser útil para analgesiar péneo se lacerar.

Se não tem risco aumentado de cesariana: dieta a critério do obstetra.

Se tem risco um pouco elevado para cesariana: mudar para dieta líquida sem resíduos.

Remover monitores e estimular deambulação assistida. Orientar paciente sobre cuidados e sinais de alerta de complicações.

## **Warnings**

Este é um protocolo pessoal de um anesthesiologista com experiência em analgesia de parto, com finalidades acadêmicas. Não deve ser usado por pessoas que não sejam anesthesiologistas com experiência nesse tipo de analgesia.