

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**

PORTARIA N. 33, de 24 de maio de 2019 .

O GERENTE INTERINO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 95/2019, de 22 de março de 2019, publicada no Boletim de Serviço do HU-UFGD/EBSERH nº 183 de 28 de março de 2019.

RESOLVE:

- I. Aprovar o Protocolo Clínico de Analgesia de Parto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO ANGELO OSELAME HOFFMANN

Protocolos Clínicos

Protocolo de Analgesia de Parto

Unidade organizacional: Setor de Urgência e Emergência Materno-Perinatal

Categorias Profissionais Envolvidas: Médicos, Enfermeiros Obstetras e Fisioterapeutas

Linha de cuidado: Materno-Perinatal

Elaborado e Revisado pela Equipe de Obstetras e Anestesiologistas do HU-UFGD/EBSERH.

Data de conclusão:

11/04/2018.

Revisado em 08/03/2019

Revisado em 03/05/2019

A revisão deverá ser realizada em 02 (dois) anos.

INTRODUÇÃO

Este protocolo foi construído por médicos obstetras e anestesiologistas da equipe do HU-UFGD/EBSERH a partir de protocolos/diretrizes já elaborados por outros grupos ou Instituições e adaptado ao contexto do HU-UFGD/EBSERH.

- A. Após sua construção, este protocolo foi revisado por médicos anestesiologistas, médicos obstetras e enfermeiras obstétricas e as sugestões compatíveis sugeridas foram incorporadas ao documento. Servindo como referência para atuação de: Todos os Profissionais envolvidos diretamente na assistência ao trabalho de parto no HU-UFGD/EBSERH, tais como, médicos obstetras, anestesiologistas, pediatras, neonatologistas, enfermeiras obstétricas, enfermeiras assistenciais e técnicos de enfermagem.

- B. Todos os Profissionais em processo de treinamento no HU-UFGD/EBSERH envolvidos diretamente na assistência ao parto, tais como, Especializandos e Residentes de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, graduandos de obstetrícia e médicos Residentes de Obstetrícia e Neonatologia.
- C. Todos os Profissionais envolvidos indiretamente na assistência ao parto no HU-UFGD/EBSERH, tais como, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.
- D. Acadêmicos de graduação na prática de estágio curricular ou extracurricular no HU-UFGD/EBSERH envolvidos no processo de assistência.
- E. As mulheres e seus familiares ou representantes.
- F. Doulas, educadores perinatais, etc. em atividade no HU-UFGD/EBSERH.

OBJETIVOS GERAIS

Este protocolo tem como objetivo fornecer subsídios e orientações a todos os Profissionais envolvidos no cuidado de mulheres em trabalho de parto e recomenda as técnicas e procedimentos de reconhecida evidência científica, para que a realização da analgesia ao parto seja bem conduzida e tenha sucesso. Estão também definidas as reponsabilidades dos vários Profissionais na condução da analgesia ao parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Uniformizar e padronizar as práticas e técnicas utilizadas para uma adequada analgesia ao parto, tendo como desfecho o controle efetivo da dor, sem bloqueio motor e com o mínimo de efeitos colaterais.
- B. Diminuir a variabilidade de condutas entre os Profissionais no processo de assistência às mulheres que demandem manejo não farmacológico e farmacológico da dor no parto.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Este protocolo deverá servir de referência e orientação para assistência às seguintes pacientes:

- A. Mulheres grávidas em trabalho de parto, em qualquer idade gestacional, com feto vivo ou morto que demandem controle da dor.

- B. Mulheres no período expulsivo do parto com indicação de parto vaginal operatório, com demanda de analgesia regional.
- C. Mulheres sob analgesia regional que evoluírem para cesariana.

Obs.: Os Profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao parto precisam entender que o alívio da dor no parto é uma aspiração antiga das mulheres e que a percepção da dor é um fenômeno subjetivo e individual, de tal forma que a solicitação materna é justificativa suficiente para a promoção do alívio da dor no parto, independente da fase do parto ou do grau de dilatação do colo do útero.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não estão cobertas por este protocolo, as anestésias para cesarianas em mulheres que não estão sob analgesia de parto e ou outras operações obstétricas.

- A. Recusa da paciente.
- B. Sepses.
- C. Infecção ou tumores no local da punção, no caso dos bloqueios regionais (Ex: fungos, foliculites, acne, neurofibromatose, etc).
- D. Coagulopatia/Trombocitopenia:
 - a. Plaquetas < 75000, TAP/INR > 1,3, TTPA > 1,5) ou queda de plaquetas em pacientes de risco (DHEG, uso de anticoagulantes ou de antiplaquetários).
 - b. Não há necessidade de mensurar plaquetas em pacientes com baixo risco para coagulopatia.
- E. Pressão Intracraniana elevada.
- F. Alteração da consciência.
- G. Hemorragia/Hipovolemia e ou instabilidade cardiovascular.
- H. Alergia conhecida às drogas utilizadas (soluções anestésicas e opióides).
- I. Baixa colaboração da paciente que coloca em risco a execução da técnica: imaturidade emocional importante, disfunção neurológica ou cognitiva, distúrbio psiquiátrico descompensado.
- J. Cardiopatia materna descompensada ou incompatível com os bloqueios neuroaxiais.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que não há conflitos de interesse.

TRATAMENTO

Crítérios Para Início Da Analgesia Ao Parto

Inicialmente, verificar o desejo ou não da mulher em submeter-se aos procedimentos da analgesia e tomar conhecimento sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado disponível nas recepções de internação.

A confirmação de trabalho de parto estabelecido, deve ser realizada pelo Profissional responsável diretamente pela assistência ao parto (Enfermeira obstetra ou residente de Enfermagem obstétrica sob supervisão, ou médico obstetra, ou residente médico de Ginecologia/Obstetrícia sob supervisão). O trabalho de parto está estabelecido quando houver contrações uterinas regulares num determinado espaço de tempo e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 (quatro) centímetros.

Não havendo contraindicações e estando confirmado o trabalho de parto, o protocolo poderá ser iniciado.

Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no parto.

- A. Intervenção de Psicólogos.
- B. Intervenção de Fisioterapeutas utilizando-se de técnicas, tais como:
 - a. Massagens.
 - b. Exercícios respiratórios.
 - c. Cinesioterapia.
 - d. Termo terapia.
 - e. Banhos de imersão.

Analgesia Regional com a intervenção do Anestesiologista.

Esgotados os recursos não farmacológicos e não havendo contraindicações, poderá ser providenciada a analgesia regional.

Neste caso, a paciente deverá ser informada previamente a respeito dos riscos e benefícios da técnica e de como deve conduzir-se após a instalação da analgesia regional.

TÉCNICA DA ANALGESIA REGIONAL NO PARTO

- a. Jejum:

1. As pacientes de baixo risco ficam livres para ingestão de líquidos sem resíduos; água, refrigerantes, soluções isotônicas, sucos sem polpa, café, chás, gelatinas e refeições leves, como bolachas, torradas e frutas.
 2. As pacientes obesas mórbidas, diabéticas e aquelas com algum indício de intubação difícil e ou presença de alguma comorbidade que aumente a chance de conversão para cesariana, devem ser orientadas para restringir a dieta somente para líquidos sem resíduos ou mesmo dieta zero, em caso iminente de conversão para cesariana.
- b. Não há necessidade de hidratação prévia para aplicação da analgesia.
 - c. Deve ser providenciada punção venosa com cateter 18 G em posição fora de dobras.
 - d. Instalar soro fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato, para manter acesso venoso.
 - e. Verificar pressão arterial e frequência de pulso antes de iniciar o procedimento. Anotar estes valores iniciais em prontuário.
 - f. A oximetria de pulso é necessária e deve ser contínua.
 - g. Posicionar a paciente sentada na maca da sala de analgesia, pés apoiados na escadinha, mãos sobre os joelhos, ou em decúbito lateral esquerdo, em posição fetal.
 - h. Realizar antisepsia extensa da região da punção com álcool 70% ou solução alcoólica de clorexedina.
 - i. Realizar infiltração da pele e subcutâneo com licocaína a 1% e agulha fina.
 - j. Realizar punção no espaço L2-L3 ou L3-L4, com agulha de Tuohy calibre 16G ou 18G até o ligamento amarelo.
 - k. Retirar estilete da agulha e introduzi-la lentamente avaliando continuamente a perda da resistência ao ar ou solução salina, com seringa de 10 ml ou 20 ml.
 - l. Ao atingir o espaço peridural, retirar a seringa e verificar se há saída de líquido ou sangue.
 - m. Não havendo saída de líquido ou sangue, proceder como a seguir:

PARTURIENTE COM DILATAÇÃO CERVICAL MENOR DO QUE 7 CM

Administrar solução anestésica de Ropivacaína em concentrações de 0.1% a 0.2%, ou levobupivacaína nas concentrações de 0.0625% a 0.125%, associadas ao fentanil nas dosagens de 50 a 100 microgramas, ou sufentanila na dosagem de 10 microgramas. Considerando que a evidência científica tem mostrado que a Ropivacaína

e a Levobupivacaína são equipotentes nas concentrações recomendadas, pode-se trabalhar, para estes dois anestésicos, com os mesmos volumes constantes na tabela abaixo, a critério do anestesista e necessidade da paciente:

Concentração	Volume				
0,0625%	Total	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml
	Levobupivacaína 0,5 %	1,25 ml	1,5 ml	1,75 ml	2,00 ml
	Fentanil 50 mcg/ml	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml
	Água destilada	6,75 ml	8,5 ml	10,25 ml	12 ml
0,10 %	Levobupivacaína 0,5%	2 ml	2,4 ml	2,8 ml	3,2 ml
	Fentanil 50 mcg/ml	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml
	Água destilada	6 ml	7,6 ml	9,2 ml	10,8 ml
0,125%	Levobupivacaína 0,5%	2,5 ml	3 ml	3,5 ml	4 ml
	Fentanil 50 mcg/ml	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml
	Água destilada	5,5 ml	7 ml	8,5 ml	10 ml
0,15%	Levobupivacaína 0,5%	3 ml	3,6 ml	4,2 ml	4,8 ml
	Fentanil 50 mcg/ml	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml
	Água destilada	5 ml	6,4 ml	7,8 ml	9,2 ml
0,175%	Levobupivacaína 0,5%	3,5 ml	4,2 ml	4,9 ml	5,6 ml
	Fentanil 50 mcg/ml	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml
	Água destilada	4,5 ml	5,8 ml	7,1 ml	8,4 ml

Obs. Não utilizar concentrações de Ropivacaína acima de 0.2% e nem de Levobupivacaína maior do que 0,25%.

1. Após a administração da solução anestésica, introduzir o cateter peridural calibre 16G ou 18G, de forma a mantê-lo entre 3 e 4 cm no interior do espaço peridural. Aspirá-lo, em seguida, para constatar ausência de líquido ou sangue.
2. Fazer um curativo cuidadoso para não contaminar o orifício de entrada do cateter.
3. As doses de manutenção serão escalonadas de acordo com as necessidades da paciente e segundo a tabela abaixo:

Concentração	Volume				
0,0625%	Total	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml
	Levobupivacaína 0,5 %	1,25 ml	1,5 ml	1,75 ml	2,00 ml
	Água destilada	8,75 ml	10,5 ml	12,25 ml	14 ml
0,10 %	Levobupivacaína 0,5%	2 ml	2,4 ml	2,8 ml	3,2 ml
	Água destilada	8 ml	9,6 ml	11,2 ml	12,8 ml
0,125%	Levobupivacaína 0,5%	2,5 ml	3 ml	3,5 ml	4 ml
	Água destilada	7,5 ml	9 ml	10,5 ml	12 ml
0,15%	Levobupivacaína 0,5%	3 ml	3,6 ml	4,2 ml	4,8 ml
	Água destilada	7 ml	8,4 ml	9,8 ml	11,2 ml
0,175%	Levobupivacaína 0,5%	3,5 ml	4,2 ml	4,9 ml	5,6 ml
	Água destilada	6,5 ml	7,8 ml	9,1 ml	10,4 ml

4. A critério do Profissional assistente no parto, do Anestesiologista e de acordo com a necessidade da paciente, poderá ser feita uma dose perineal com 8 ml de levobupivacaína a 0,25%, administrada no período expulsivo ativo. Na decisão destes casos, levar em consideração a possibilidade de reparo perineal.

PARTURIENTE COM DILATAÇÃO CERVICAL IGUAL OU MAIOR DO QUE 7 CM

1. A critério do Anestesiologista, juntamente com o Profissional assistente do parto, de acordo com as necessidades individuais da paciente e a evolução do trabalho de parto, poderá ser realizada uma peridural simples ou peridural com catéter.

2. Sendo optado pela peridural simples;
 - A. Administrar solução de levobupivacaína com concentração de 0,175% + Fentanil, nas opções de volume da tabela anterior, de acordo com a necessidade da paciente.
 - B. Após o nascimento, dequitação e revisão do canal do parto, a paciente estará de alta da anestesia e poderá alimentar-se normalmente.
3. Sendo optado pela peridural via catéter, seguir recomendações anteriores.

PARTURIENTE COM DILATAÇÃO COMPLETA (10CM), EM PERÍODO EXPULSIVO ATIVO

- a. Realizar punção subaracnóidea (raquianestesia) com agulha tipo Quincke, calibre 27G.
- b. Administrar 2,5 mg de bupivacaína pesada e 20 ug de fentanil ou 2,5 ug de sufentanila em 15 segundos.
- c. Deve-se verificar se o Fentanil ou o Sufentanila são os indicados para injeção intratecal (subaracnóidea), sem conservantes.
- d. Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo, se houver tempo para isso.

CUIDADOS MATERNO FETAIS NA PARTURIENTE SOB ANALGESIA DE PARTO.

- A.** Toda paciente submetida à analgesia de parto deverá estar com monitorização básica instalada: Pressão Arterial não invasiva (PANI) com frequência de medição a cada 5 (cinco) minutos e oximetria de pulso contínua por, pelo menos, trinta minutos após instalação do procedimento, se paciente estiver autorizada a deambular.
- B.** Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração dos agentes, a paciente deverá ser avaliada quanto a resposta: nível do bloqueio, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural.
- C.** Sendo constatado “estado de anestesia” (hipossensibilidade e bloqueio motor), a paciente deverá permanecer na maca sob vigilância constante até nova reavaliação.
- D.** Sendo constatado “estado de analgesia” (ausência de hipossensibilidade e de bloqueio motor, a paciente poderá ser liberada para a sala de parto.
- E.** Acontecendo hipotensão arterial, realizar reposição volêmica e ou suporte com drogas vasoativas de acordo com a necessidade.

- F.** A administração de ocitocina após analgesia de parto não deve ser realizada de rotina, devendo obedecer às recomendações para a correção de anormalidades do progresso do parto.
- G.** Se a paciente estiver em uso de ocitocina para indução ou estimulação do parto, a droga deve ser mantida, não havendo necessidade de interrupção.
- H.** A vigilância clínica em relação aos sinais vitais e aos bloqueios sensitivo e motor devem permanecer, mesmo após o período de instalação do bloqueio.
- I.** O Anestesiologista deverá ser comunicado imediatamente, na vigência de hipotensão e ou bloqueio motor e ou hipossensibilidade acima de T10.
- J.** Sentindo-se segura e confortável e, constatado ausência de bloqueio motor, a paciente deve ser encorajada para deambular e adotar posições mais verticais.
- K.** Deve-se evitar dieta com resíduos após analgesia regional com opióides.
- L.** A rotina de monitorização para início da analgesia de parto deve ser repetida sempre que houver necessidade de repetição de nova dose dos agentes anestésicos.
- M.** Passados trinta (30) minutos da aplicação da analgesia ou dose de manutenção e não havendo controle efetivo da dor, o Anestesiologista deverá considerar falha da técnica ou revisar individualmente as necessidades da paciente em relação às doses aplicadas.
- N.** Após o início da analgesia ou doses de manutenção, a monitorização fetal deverá ser realizada por cardiotocografia (CTG) contínua ou ausculta intermitente da FCF (frequência cardíaca fetal), de 5 em 5 minutos, por, no mínimo, 30 minutos.
- O.** Diante de anormalidades na ausculta intermitente, instalar CTG, assim como, proceder os cuidados habituais, como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e circulatórias maternas.
- P.** Não ocorrendo melhora, seguir protocolo para manejo de estado fetal não tranquilizador.
- Q.** Confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve incentivar a paciente a fazer força para baixo, exceto tardiamente, no mínimo após 01 (uma) hora de dilatação total, ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Neste caso, orientar a paciente a fazer força sempre durante as contrações.
- R.** Após constatados os 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independente da paridade.
- S.** Sendo constatado estado de anestesia após o terceiro estágio do parto, ou seja, hipossensibilidade e bloqueio motor, a puérpera deverá permanecer no leito e sob vigilância constante até a alta pelo médico anestesiologista.

- T. O prontuário da paciente deve ser corretamente preenchido, constando as condutas tomadas durante o parto.
- U. Todos os cuidados descritos neste protocolo devem seguir as normas definidas pelo CFM em resolução específica sobre o ato anestésico: Resolução CFM 2.174/2017. Quando houver divergências ou dúvidas sobre a conduta, priorizar a resolução do CFM.

INDICAÇÃO DE PARTO VAGINAL OPERATÓRIO (FÓRCEPS OU VÁCUO EXTRATOR)

Realizar raquianestesia como descrito para pacientes com dilatação completa. Caso a paciente já tenha recebido raquianestesia para o período expulsivo, considerá-la efetiva por 2 horas.

PARTURIENTE SOB ANALGESIA QUE EVOLUI PARA CESARIANA

- A. Verificar condições do acesso venoso.
- B. No caso de analgesia por raquianestesia, fazer nova punção com massa anestésica normalmente utilizada para realização de cesariana.
- C. Caso haja analgesia por catéter peridural, a anestesia poderá ser procedida via catéter preferencialmente ou por raquianestesia com as doses habituais, após a retirada do catéter peridural. Neste caso, deve-se levar em consideração a situação de urgência/emergência, perfil da paciente e o manejo do próprio anestesiológico.
- D. Terminada a cirurgia, encaminhar a paciente para a sala de recuperação pós- anestésica, onde seguirá a rotina do setor.

BIBLIOGRAFIA

1. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on Obstetric Anesthesia e the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, v. 124, n. 2, p. 270-300, feb. 2016.
2. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Manejo da dor no trabalho de parto: Analgesia Regional. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal. Brasília: 2016. P. 149-184.
3. Fernandes, Claudia et al. Protocolo Analgesia de Parto da Universidade Federal do Ceará.

4. Hospital Sofia Feldman. Protocolos e Diretrizes Clínicas. Analgesia Regional no parto. Dezembro. 2016.

VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS QUE UTILIZARÃO O PROTOCOLO/ELABORAÇÃO E REVISÃO

Equipe de Médicos Obstétricos, Anestesiologistas e Enfermeiras Obstétricas do HU-UFGD/EBSERH.

Abril, 2018.

Revisado em 08.03.2019 para inclusão de sugestões pertinentes apresentadas pelo Dr. Lindemberg, anestesiologia.