

## Doses de Bupivacaína em Gestantes

Prezado Sr. Editor,

Existe um consenso de que a paciente grávida submetida a bloqueios espinhais (peridural ou raquianalgia), necessita de menores doses de anestésicos locais, para um bloqueio sensitivo efetivo, quando comparadas a paciente não grávida.

A diminuição do espaço peridural, pelo ingurgitamento dos vasos peridurais, parece ser o principal responsável por esta característica da paciente obstétrica.

Apesar disto não são poucos os que advogam em publicações, congressos e jornadas o uso de doses elevadas dos anestésicos locais, principalmente a bupivacaína, com a finalidade de proporcionar maior conforto ao paciente e melhores condições ao cirurgião, em que pese o risco de complicações decorrentes de níveis sanguíneos elevados da droga.

O motivo desta é relatar dois casos clínicos de pacientes obstétricas, na qual foi utilizado o bloqueio peridural simples empregando-se como anestésico local a bupivacaína a 0,25%, para analgesia de trabalho de parto

e que devido a complicações obstétricas, foi necessário a realização de operação cesariana, sendo estas realizadas com a dose de anestésico utilizada para o eventual parto normal.

*1º caso:* Paciente com 32 anos, primípara, peso de 80,800 kg, branca, classificada quanto ao estado físico (ASA) I. Apresentava-se com dilatação do colo uterino completa com contrações efetivas. Foi indicado o bloqueio peridural simples, com bupivacaína a 0,25%. Punção realizada entre L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>, espaço peridural identificado pelo teste da perda da resistência e injetados 50 mg (20 ml) da solução de bupivacaína a 0,25%. Em que pese as contrações uterinas mantivessem efetivas, ocorreu distócia de progressão com sofrimento fetal agudo, 25 min após a realização do bloqueio. Foi então indicado a cesariana. Solicitamos do obstetra que testasse o nível do bloqueio sensitivo (atingiu T<sub>6</sub>) e a qualidade do mesmo (a paciente só referiu presença da sensibilidade tátil), o que foi feito com pinça de Allis. A seguir foi autorizado o início do ato cirúrgico que teve a duração de 85 min.

Não houve alterações importantes do sistema

cardiovascular ou respiratório. Durante a limpeza da cavidade abdominal, a paciente referiu desconforto, o que foi controlado facilmente com fentanil 100 µg venoso. No pós-operatório houve necessidade de analgésicos 4 h após o ato cirúrgico. A paciente teve alta hospitalar 48 h após a cirurgia.

**2.º caso:** Paciente com 25 anos, primípara, peso 60 kg, morena, estado físico (ASA) I. Paciente com dilatação do colo uterino completa e contrações uterinas efetivas. Indicado bloqueio peridural simples com bupivacaína a 0,25%. Punção realizada em L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>, identificação do espaço peridural através do teste da perda da resistência e injetados 50 mg (20 ml) da solução de bupivacaína a 0,25%. Após 30 min da realização do bloqueio ocorreu distócia de progressão com sofrimento fetal agudo. Indicado cesariana. Bloqueio sensitivo atingiu a T<sub>6</sub>, não sendo relatado dor quando testado através de pinça de Allis. Autorizada a cirurgia que teve a duração de 55 min, sem alterações hemodinâmicas e respiratórias importantes. O recém-nascido apresentava circular dupla de cordão, o que impediu o seu nascimento pela via transpelveana. Após a retirada do feto a paciente foi sedada com fentanil 100 µg venoso, não tendo relatado qualquer desconforto. Ela solicitou analgésicos duas horas após o ato operatório. Obteve alta hospitalar 48 h depois da cesariana.

Em nossa experiência como anestesiolegista de clínica obstétrica tivemos a oportunidade de utilizar soluções de anestésicos locais, principalmente a bupivacaína, nas diversas concentrações existentes e em várias dosagens. Do ponto de vista da qualidade do bloqueio sensitivo, não encontramos em nossa experiência, melhoria de qualidade que justificasse o emprego de doses superiores a 100 mg da solução de bupivacaína a 0,5%. O desconforto decorrente da limpeza da cavidade abdominal durante as cesarianas é freqüente, mesmo em doses superiores às

recomendadas. Mesmo sendo o relaxamento muscular mais acentuado com o emprego de maiores massas de anestésico local, segundo opinião de nossas obstetras, a utilização de doses menores não trouxe dificuldades ao ato cirúrgico, que justificasse o emprego de altas doses de bupivacaína, com todos os perigos de níveis sanguíneos elevados com o uso da droga. Surpreendentemente conseguimos, nos casos relatados, com doses consideradas subanestésicas para operação cesariana, um efetivo bloqueio sensitivo com necessidade mínima de complementação com hipnoanalgésicos, um relaxamento muscular que não trouxe dificuldades ao ato cirúrgico e uma analgesia pós-operatória média satisfatória. Acreditamos que o uso de doses maiores que 100 mg de bupivacaína em obstetrícia traz muito pouca vantagem quando comparadas com o risco real e grave de níveis sanguíneos elevados de anestésicos locais, principalmente os de longa duração.

Atenciosamente,

Marcus Vinicius Mulatinho Maranhão  
Rua Carneiro Vilela, 578/703  
52050 – Recife, PE

Valêncio de Vasconcelos Coelho  
Rua Carneiro Vilela, 578/703  
52050 – Recife, PE

Eduardo Bezerra do Amaral  
Rua Carneiro Vilela, 578/703  
52050 – Recife, PE

Maria Helena Carneiro Maranhão  
Rua Carneiro Vilela, 578/703  
52050 – Recife, PE