

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS II

Paula Pereira, Tiago Carreiro, João Bonifácio

A mortalidade materna é a “ponta do iceberg” da morbidade materna. A mortalidade materna é a bitola pela qual se mede o falhanço do sistema de saúde que resulta em não reconhecer os riscos, na falta de comunicação interdisciplinar e nos escassos cuidados maternos do que resulta complicações na gravidez e no parto.

Nos EUA as causas mais frequentes de mortalidade materna são: tromboembolismo,; embolia por líquido amniótico; hemorragia; complicações hipertensivas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e infecção. A doença pulmonar, as mortes relacionadas com a anestesia e a cardiomiopatia também contribuem significativamente para a morbimortalidade materna.

TROMBOEMBOLISMO

Sendo a gravidez um estado de hipercoagulabilidade, o risco de tromboembolia é 5 a 10 vezes superior na população grávida em relação à população não grávida.

Factores de risco

O risco de tromboembolia na gravidez está aumentado em grávidas com idade superior a 35 anos, com aumento da estase venosa, hipercoagulabilidade, lesão vascular durante o parto, condições obstétricas (pré-eclâmpsia, multiparidade, gestação múltipla) e outras comorbilidades (história prévia de tromboembolia, fumadoras, obesidade, varizes, síndrome anti-fosfolipídico, deficiência de proteína C e S, deficiência de antitrombina III, hiperhomocistinémia, mutação do factor V de Leiden).

Estratégias para minimizar o risco e recomendações

As estratégias para reduzir o risco trombótico antes, durante e após a gravidez são o emagrecimento e parar de fumar.

O uso de meias elásticas durante a gravidez, o uso de meias pneumáticas durante o intraoperatório de uma cesariana e o uso de meias elásticas durante o puerpério demonstrou-se serem medidas efectivas na tromboprofilaxia.

A heparina não fraccionada, a heparina de baixo peso molecular (HBPM), os antiagregantes plaquetares e os dicumarínicos são os fármacos mais frequentemente usados na prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso. Parece que o agente tromboprofiláctico preferido na gravidez é a HBPM.

A tromboprofilaxia deve ser feita a mulheres grávidas com história prévia de tromboembolismo venoso e trombofilia.

As grávidas anticoaguladas têm risco aumentado de fazerem hematoma (epidural,espinhal) durante anestesia regional, logo antes de fazer bloqueio do neuroeixo deve-se avaliar os factores de risco individuais baseados nas *guidelines* de anestesia regional da ASA.

HEMORRAGIA

A hemorragia é uma das principais causas de morbimortalidade materna em todo o mundo. Mesmo nos países desenvolvidos têm uma alta incidência quando os cuidados maternos são insuficientes e com grande potencial de prevenção.

Etiologia

Patologia placentar
Patologia uterina
Trauma obstétrico
Coagulopatia

Abordagem do risco

Os factores de risco da hemorragia pré-parto incluem placenta abrupta, trauma, rotura uterina, genética, exposição à cocaína, metadona e tabaco, patologia hipertensiva na grávida e a presença de fibrose uterina.

A redução da taxa de mortalidade materna de aproximadamente 40% deve-se a uma melhoria dos cuidados pré-natais, melhor avaliação dos riscos de hemorragia, melhoria na resposta por parte do serviço de sangue, e melhor abordagem anestésica e obstétrica perante uma perda abundante de sangue durante a gravidez.

As causas mais comuns de hemorragia pós-parto incluem atonia uterina, trauma genital, placenta retida, placenta acreta e inversão uterina.

Estratégias para minimizar o risco e recomendações

A abordagem anestésica começa com uma preparação cuidada das doentes e para isso é necessário uma boa coordenação duma equipa multidisciplinar (anestesista, obstetra, serviço de sangue, hematologia, urologia, neonatologia e enfermagem). Deve-se identificar as parturientes com risco de hemorragia obstétrica para assegurar adequados acessos ev e a necessidade de transfusão sanguínea, bem como preparar a terapêutica para a atonia uterina caso necessário; monitorizar cuidadosamente as parturientes quando a oxitocina é administrada; observar cuidadosamente as parturientes durante um parto instrumentado com fórceps; monitorizar para e tratar coagulopatias durante o trabalho de parto e parto.

Opções terapêuticas perante hemorragia severa

A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia obstétrica. O tratamento farmacológico inclui: oxitocina ev, metilergonovina im, 15—metil prostaglandina F 2alfa e o misoprostol rectal. Se este falha a cirurgia pode ser necessária (procedimento B-Lynch, colocação de balão Bakri ou histerectomia).

MORTALIDADE RELACIONADA COM A ANESTESIA

As mortes relacionadas com a anestesia têm tido uma redução significativa desde os anos 80, devido ao aumento do uso da anestesia regional, a uma maior vigilância da dieta durante o trabalho de parto e à implementação da profilaxia da aspiração do vômito.

A maioria das mortes relacionadas com a anestesia nos EUA e Inglaterra está associada com a anestesia geral para cesariana por intubação difícil/falhada.

Protocolos para a abordagem duma intubação difícil ou falhada em anestesia obstétrica é absolutamente essencial. Há inclusive *guidelines* da ASA que recomendam a existência de pessoal treinado e disponível na abordagem de emergências da via aérea e de equipamento, nomeadamente adjuvantes da via aérea, máscaras laríngeas e combitube.

TOXICIDADE POR ANESTÉSICOS LOCAIS

Actualmente, devido ao progresso na anestesiologia, a mortalidade materna por toxicidade de anestésicos locais é quase inexistente. Para isso contribuiu estratégias que previnem riscos e reduzem a morbimortalidade: doses testes, doses testes com adrenalina (detecção de injeção ev) e limitação de doses de anestésicos locais.

A toxicidade sistémica dos AL envolve principalmente o coração (BAV, arritmias, depressão miocárdica e PCR) e o SNC (agitação, letargia, convulsões e depressão generalizada do SNC).

No tratamento inclui além do SAV de acordo com as *guidelines* de 2005 do conselho português de ressuscitação emulsões lipídicas a 20%.

PARAGEM CARDÍACA NA GRÁVIDA

A paragem cardíaca na grávida tem uma incidência de 1:30000. A abordagem da PCR nesta população é o algoritmo de SBV e SAV, no entanto com algumas particularidades, nomeadamente na abordagem da via aérea, na mobilização uterina, na profundidade das compressões cardíacas e na execução de uma cesariana em 5 minutos pós-paragem se feto viável.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ashutosh wali, Maya S. Suresh. Maternal morbidity, mortality and risk assessment. *Anesthesiology Clin* 26 (2008) 197-230
- (2) Ghada Bourjeily, Margaret Miller. Obstetric disorders in the ICU. *Clin Chest Med* 30 (2009) 89-102

- (3) Nelson SM, Greer IA. Thromboembolic events in pregnancy: pharmacological prophylaxis and treatment. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(17):2917-31
- (4) Horlocker TT, Wedel DJ, Benzon H, et al. Regional anesthesia in the anticoagulated patient: defining the risks (the second ASRA Consensus Conference on Neuroaxial Anesthesia and Anticoagulation). *Reg Anesth Pain Med* 2003;28(3):172-97
- (5) David Gaba, Kevin Fish, Steven Howard. Crisis management in anesthesiology. 1994
- (6) Wali A, Suresh MS, Gregg AR. Antepartum hemorrhage. In: Datta S, editor. *Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy*; 2004. p. 87-111
- (7) Chestnut DH. *Obstetric Anesthesia principles and practice*. Third Edition
- (8) American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical anesthesia. Practice guidelines for Obstetrical Anesthesia: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology* 1999;90:600-11
- (9) Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007;75:875-82
- (10) JM Frederic, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. *Anesthesiology Clin* 26 (2008)53-66