

Anestesia para cesariana com placenta prévia - um relato de caso

Anesthesia for cesarean section with placenta previa - a case report

Lara Vergilio Valle^{1*}, Ana Carolina Zecchini Wagatsuma²

¹Residente de Anestesiologia do Hospital Universitário São Francisco de Assis, Bragança Paulista, São Paulo, Brasil.

²Anestesiologista do Hospital Universitário São Francisco de Assis, Bragança Paulista, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: laravalle3@gmail.com

Resumo: No Brasil observa-se uma preferência por anestésias neuroaxiais na realização de cesáreas. Isto se deve a vários fatores, entre eles, a segurança para a parturiente e para o recém-nascido, e principalmente o manejo da dor pós-operatória. Além disso, inclui-se a possibilidade da participação dos pais durante o nascimento, que é um momento único em suas vidas. Mas em muitos casos estas anestésias não são comumente utilizadas, como por exemplo na presença de placenta prévia, patologia que impacta a ação dos obstetras e anestesistas. Este trabalho tem como objetivo apresentar o relato de um caso clínico de uma gestante, portadora de placenta prévia centro total, submetida a uma anestesia raquidiana, no momento do parto cesáreo. O relato mostra que nem sempre é necessário o uso da anestesia geral em pacientes portadoras de tal comorbidade, sendo sim o bloqueio subaracnóideo seguro para tal cenário.

Palavras-chaves: Anestesia raquidiana, Cesariana, Placenta prévia.

Abstract: In Brazil, neuraxial anesthetics are preferred for cesarean sections. This is due to several factors. Among them, we can mention the safety for the parturient and the newborn, and mainly the management of postoperative pain. Furthermore, they allow parental participation in the birth, which is a unique moment in the parents' life. But in many cases, these anesthetics are not commonly used, for instance, in the presence of placenta previa, a pathology that impacts the action of obstetricians and anesthetics. This work reports a clinical case of a pregnant woman with total center placenta previa, submitted to spinal anesthesia at the time of cesarean section. The report shows that general anesthesia is not always necessary for patients with such comorbidity, and that subarachnoid block is safe in such a scenario.

Keywords: Rachidian anesthesia, Cesarean section <https://pubsaude.com.br/revista/anestesia-para-cesariana-com-placenta-previa-um-relato-de-caso/>, Previous placenta.

Introdução

No Brasil, a anestesia geral não costuma ser a primeira escolha para uma cesárea, pois no caso das gestantes há mais riscos. Diferentemente do que ocorre com uma paciente não gestante, o tempo de esvaziamento gástrico é maior, e muitas alterações fisiológicas ocorrem neste período (Portella, 1993). As técnicas neuroaxiais são então as preferidas para a cesarianas, tendo em vista vários fatores, como a segurança da mãe e do recém-nascido, manejo da dor e, principalmente, por serem as gestantes, pacientes portadoras de via aérea difícil (Lucena et al., 2010). Já que todas as gestantes são classificadas como via aérea difícil e estômago cheio, temos o risco aumentado de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico e falha de intubação aumentando a morbidade materna. Além disso, a anestesia neuroaxial ainda permite à mãe e ao acompanhante participarem do nascimento do bebê, momento único na vida de todos.

A cirurgia cesariana é conhecida por todos por ser uma cirurgia com pós-operatório bastante doloroso, e o manejo inadequado e muitas vezes até negligenciado da dor, pode causar repercussões drásticas não só para mãe e para o bebê, como para toda a família. Há diferentes impactos na estrutura familiar, pois com a dor podem vir dificuldades no aleitamento materno e na conexão entre a mãe e o recém-nascido, atraso na recuperação materna e no retorno às atividades cotidianas básicas, como tomar banho, ir ao banheiro e até se alimentar. Todos estes impactos e a persistência de dor crônica, fatores aumentam muito o risco de depressão pós-parto (Moaremi et al., 2019). Tal argumento ressalta ainda mais a importância do

manejo adequado do controle algico, não só durante o ato cirúrgico mais sim em toda recuperação pós-cirúrgica, o que é muito facilmente adquirido no bloqueio do neuroeixo, já que podemos utilizar a morfina para analgesia pós-operatória, que tem muito bom resultado com pouca dose e com muito pouco efeito adverso.

Além da anestesia geral, destacam-se duas técnicas anestésicas neuroaxiais: a Peridural e a Raquianestesia (Lucena et al., 2010). Na peridural, a medicação é injetada no espaço peridural que está localizado entre a dura mater e o ligamento amarelo, é uma opção para as cesarianas, porém com controle algico intra-operatório de não tão boa qualidade quanto a raquianestesia, não sendo a primeira escolha para esta cirurgia no Brasil. Na Raquianestesia ou Bloqueio Subaracnoideo, a medicação é injetada diretamente no líquido cefalorraquidiano, dentro do canal espinhal, no espaço subaracnoideo, com controles algicos intra e pós-operatórios na cesariana adequados, sendo esta a primeira escolha nas cesáreas no Brasil (Lucena et al., 2010). Muito embora exista uma preferência para a aplicação das técnicas anestésicas neuroaxiais para a realização de cesáreas, como exposto acima, há casos, como o da patologia de placenta prévia, nos quais os anestesistas optam pela anestesia geral, devido aos riscos associados. A placenta prévia é uma patologia que ocorre em pacientes gestantes, e afeta a posição adequada da placenta (Fernandes, 2021). A placenta que, normalmente está localizada na parte superior do útero, com tal patologia localiza-se cobrindo totalmente ou apenas de forma parcial a abertura do cérvix. Segundo Cresswell et al. (2013) esta patologia não é muito comum, ocorre em um índice aproximado de apenas 5/1000, porém com grande impacto na vida dos obstetras, anestesistas e das pacientes.

Neste trabalho descreve-se um relato de caso clínico no qual foi aplicada a anestesia raquidiana em uma gestante portadora de placenta prévia centro total. O objetivo é contribuir com a prática anestésica reportando um caso bem-sucedido no qual não foi necessária a anestesia geral.

Relato de caso

Paciente E.D.O.D, gestante termo de 37 semanas, 32 anos, 64 kg, 160 cm de altura, G4P2A1, relata Diabetes mellitus gestacional, em uso apenas de dieta (1.800kcal/dia) e nega demais patologias, nega alergias medicamentosas e alimentares, nega etilismo e tabagismo, e qualquer outro vício antes e durante a gestação. Relata uso de sulfato ferroso de medicação de uso contínuo apenas o que a classificava em ASA 2. Possui como diagnóstico prévio placenta prévia centro total, confirmada por exames de imagem, sendo eles dois de ultrassonografia e um de ressonância magnética, tendo sido também descartado acretismo placentário por ambos os exames. Nega intercorrências e sangramentos durante a gestação. Nos exames laboratoriais apresentava: hemoglobina 13,5; hematócrito 40,5; plaquetas 239 mil; TTPA 22,5s; TP 10s; e INR 0,94. Marcada cesariana eletiva com 37 semanas, a paciente foi levada ao centro obstétrico de cadeiras de rodas sem queixas, apresentando todos os sinais vitais estáveis, glasgow 15 em estado geral preservado, e com jejum satisfatório de mais de 8 horas para líquidos e sólidos. Além disso, apresentava avaliação pré-anestésica prévia, reserva de UTI, e reserva de sangue e derivados. Foi realizada monitorização cardíaca em derivações DII e AVF, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e foi optado por não manter nenhuma monitorização invasiva em primeiro momento.

Foi admitida em sala com pressão arterial inicial de 127 x 78 mmHg, cardioscópio evidenciando frequência cardíaca de 83 bpm, sinusal, rítmico e sem sinais de isquemia, oximetria de pulso de 98%, e venóclise prévia com cateter de número 18G com bom funcionamento. Foi realizada nova venóclise com cateter 16G. Administrada antibioticoterapia profilática com cefazolina (2g), antiemético com Ondansetrona (8MG). Em sala, dois concentrados de hemácias, kit para punção de cateter central e de pressão arterial invasivas, e drogas para anestesia geral aspiradas, já prontos para caso necessário.

Após realizada a anestesia do neuroeixo, com paciente em posição sentada, realizada assepsia e antisepsia rigorosas com clorexidina alcoólica, punção única mediana entre l3-l4, com agulha própria para anestesia raquidiana tamanho 27G tipo whitacre, com auxílio de agulha tamanho 22 como guia, utilizando Bupivacaína pesada 0.5% 12mg, morfina 80mcg, fentanil 15mcg, com bloqueio satisfatório e sem intercorrências, a paciente foi liberada para início do procedimento cirúrgico. Recém-nascido nasceu com boa vitalidade e apresentando apgar satisfatório 9/10 no primeiro e quinto minuto respectivamente, procedendo para a dequitação da placenta, realizada ocitocina 9ui endovenosa (3 unidades a cada 3 minutos) e mais 6ui em ringer lactato aberto. Paciente não apresentou instabilidade nem perda sanguínea importante, com contração uterina adequada, porém foi optado por realizar ergotrate 0.2 mg intramuscular em conjunto com equipe cirúrgica. Paciente manteve estabilidade hemodinâmica em todo

momento, sem necessidade de uso de drogas vasoativas, de transfusão sanguínea ou de conversão da anestesia. Antes do término da cirurgia realizada, foram aplicados apenas sintomáticos simples via endovenosa: dipirona 2g como analgésico, cetoprofeno 100mg como anti-inflamatório não-esteroidal, dexametasona 10mg na classe de corticoide, agindo como anti-inflamatório esteroidal e antiemético.

Paciente encaminhada para recuperação pós-anestésica para aguardar liberação de vaga de UTI, apresentando sangramento vaginal de média quantidade com presença de coágulos, realizado ácido tranexâmico 1g, ocitocina 5 ui endovenosa e hidratação com ringer lactato 500ml aberto, porém em nenhum momento apresentando instabilidade hemodinâmica, avaliado pela equipe da obstetrícia e sem conduta cirúrgica. Foi coletado hemograma para controle de hematócrito e hemoglobina ainda em RPA, com resultado dentro da normalidade. A puérpera imediatamente foi então encaminhada da sala de recuperação pós-anestésica para leito de UTI adulto estável hemodinamicamente e sem qualquer tipo de queixa, incluindo queixas algicas, com pressão arterial 121X63 mmhg, frequência cardíaca sinusal de 75BPM, mantendo oximetria de pulso 99% em ar ambiente, e apresentando movimentação dos 4 membros. O recém-nascido foi encaminhado para o leito de berçário, já que não era possível manter os dois juntos.

Discussão

A fixação normal da placenta em sua maioria está situada na parte superior do útero e em alguns casos nas laterais. A placenta prévia é aquela que está implantada no segmento inferior do útero, podendo ser ela marginal, parcial ou centro-total (Fernandes, 2021). Tal patologia é uma contraindicação absoluta de Parto normal, sendo indicação formal de Parto Cesáreo, sendo na maioria das vezes marcada cesariana eletiva, no termo, marcando geralmente por volta das 37 semanas de gestação, não podendo deixar para pós termo, conduta sempre ditada pela equipe da obstetrícia assistente. Devido ao posicionamento anormal no útero, a presença desta patologia apresenta um grande risco na hora do parto, mesmo que estes seja uma cesariana eletiva, pois pode haver o risco de sangramentos intensos, atonia uterina podendo evoluir para choque hemorrágico e histerectomia, estando então fortemente relacionada à instabilidade hemodinâmica da paciente no intra operatório, que por muitas vezes é necessária a transfusão de hemoderivados (Silver et al., 2006). Por este motivo, alguns profissionais anestesistas optam pela anestesia geral, mas nem sempre esta opção é a mais apropriada e segura.

Segundo Taylor & Russell (2017), alguns autores sugerem que nestes casos a raquianestesia pode ser utilizada com segurança, com baixas taxas de conversão para anestesia geral. A placenta prévia é uma condição que sempre pode ser diagnosticada em pré-natais adequados, então nesse caso não se justifica a improvisação, já que toda a equipe consegue prever e se preparar para a melhor assistência possível para os pacientes (mãe e filho). O anesthesiologista e toda equipe cirúrgica devem estar preparados para cenários em que o ocorra sangramento volumoso, choque hemorrágico, com venóclises de grande calibre (números 18, 16 e 14), reserva de hemoderivados de preferência na sala cirúrgica equipes multidisciplinares capacitadas para assim auxiliar a paciente no pré, intra e pós-operatório.

Considerações finais

A raquianestesia é a primeira escolha para cesariana, tendo em vista a segurança do binômio mãe e filho, a analgesia do pós-operatório e a não passagem de nenhuma medicação utilizada pela mãe via placenta. A anestesia geral no Brasil é a técnica anestésica de segunda escolha para cesarianas, no entanto, quando for necessário o uso da mesma deve-se empregar uma boa prática, não sendo um fator para mau desfecho do ato cirúrgico e anestésico. O relato apresentado neste trabalho é um caso bem-sucedido do uso da raquianestesia em placenta prévia.

Referências

Cresswell, J. A., Ronsmans, C. & Filippi, V. 2013. Prevalence of placenta previa by world region: A systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*, 18(6), 712–724.

- Lucena, M., Soares, E. C. S. & Vilas Boas, W. W. 2010. Anestesia geral para cesariana. *Revista médica de Minas Gerais*, 20.
- Moaremi, H., Ostadghaderi, M., Khatooni, E. & Doosti-Irani, A. 2019. Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7(3), 471-480.
- Portella, A. A. 1993. Anestesia Geral em Obstetrícia. Técnicas e Indicações. *Revista Brasileira de Anestesia*, 43(1), 35 - 41.
- Taylor, N. J. & Russell, R. 2017. Anaesthesia for abnormally invasive placenta: a single-institution case series. *Int J Obstet Anesth*, 30, 10-15.
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., Moawad, A. H., ... & Mercer B.M. 2006. Maternal morbidity associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. June, 107(6),1226-1232.

Como citar: Valle, L.V., & Wagatsuma, A.C.Z. 2024. Anestesia para cesariana com placenta prévia - um relato de caso. *Pubsaúde*, 19, a600. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude19.a600>

Recebido: 02 out. 2024.

Revisado e aceito: 22 nov. 2024..

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).