

EDITORIAL

Desafios em anestesia obstétrica

Desde o começo da humanidade, os partos têm ocorrido de forma bastante dolorosa, sendo aceitos como tal até em citações bíblicas. Uma das citações talvez mais conhecidas, aparece em Gênesis, capítulo 03, versículo 16: “À mulher, ELE [Deus] declarou: ‘Multiplicarei grandemente o seu sofrimento na gravidez; com sofrimento você dará à luz filhos’”.

Em outubro de 1846, o dentista William Thomas Green Morton (1819-1868) demonstrou com sucesso a primeira anestesia usando éter para retirada de tumor cervical no Massachusetts General Hospital em Boston. Depois desse evento, o obstetra James Young Simpson (1811-1870) usou éter e clorofórmio como anestesia para partos na Escócia, e procederam de forma semelhante, John Snow (1813-1858) e Walter Channing (1786-1876), respectivamente na Inglaterra e nos Estados Unidos da América.

Naquela época, havia grande resistência religiosa e médica à essa inovação. Entretanto, em 1853, a Rainha Victoria pediu a John Snow que administrasse clorofórmio para o parto de seu oitavo filho. Após esse evento, a técnica se tornou bastante popular, sendo conhecida na Inglaterra como “Anestesia à *la Reine*”.¹⁻⁵ Essas modalidades de analgesia de parto foram consideradas o padrão de cuidado por muito tempo até o aparecimento de outras técnicas, incluindo uso de óxido nitroso,⁶ opioides intravenosos,⁷ cetamina^{8,9} e, por fim, anestesia neuroaxial para parto vaginal.

No Brasil, o direito a métodos de alívio da dor durante o parto é garantido por lei para todas as mulheres pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰ Não obstante, por muitos anos, anestesia geral foi a técnica de escolha tanto nos procedimentos obstétricos eletivos, quanto nas emergências. Nos últimos 30 anos, observa-se tendência geral crescente do uso da anestesia neuroaxial nas gestantes em substituição à anestesia geral. A anestesia neuroaxial se tornou o estado da arte praticamente em todos os centros obstétricos, refletindo o aprimoramento na qualidade do cuidado à gestante, com muitas vantagens sobre as técnicas usadas anteriormente.¹¹

Nem sempre houve consenso na comunidade científica quanto ao uso da analgesia neuroaxial no parto. Muitas controvérsias e dúvidas foram levantadas quanto aos efeitos das técnicas neuroaxiais para a analgesia do parto, especialmente com relação ao potencial aumento de duração do parto e aumento na incidência de parto instrumental. Felizmente, a maior parte dessas controvérsias foram resolvidas através de sólida evidência científica, e as técnicas neuroaxiais são hoje amplamente usadas e aceitas.^{12,13}

Neste número da Revista Brasileira de Anestesiologia (RBA), três estudos interessantes podem contribuir de forma significativa

para boas práticas de anestesia obstétrica.¹⁴⁻¹⁶ Os manuscritos abordaram tópicos estimulantes em anestesia obstétrica, incluindo estratégias de ensino para futuros anesthesiologistas,¹⁴ associação de dor de parto com depressão pós-parto¹⁵ e a influência da obesidade nos desfechos da anestesia obstétrica.¹⁶

A anestesia geral é realizada principalmente para cesariana de emergência e devido a tempo insuficiente para administrar a anestesia neuroaxial.¹⁷ Entretanto, para a maioria dos anesthesiologistas, a experiência clínica com anestesia geral é bastante pequena na população obstétrica. Notadamente, a simulação é uma ferramenta de ensino moderna bem conhecida, que pode contribuir muito para o treinamento em anestesiologia, especialmente em situações clínicas infrequentes. Assim, Teixeira et al,¹⁴ empregando um ambiente de simulação seguro, avaliaram residentes de anestesiologia quanto à competência de realizar anestesia geral para parto cesariana de emergência. Embora a avaliação de desempenho tenha sido satisfatória, os autores recomendam a padronização das técnicas de simulação na área de obstetrícia para aprimorar o desenvolvimento das futuras gerações de anesthesiologistas.

Além disso, Edipoglu et al¹⁵ demonstraram que pacientes submetidas a analgesia peridural para parto vaginal, quando comparadas aquelas em que o parto ocorreu sem analgesia neuroaxial, apresentaram escores de dor mais baixos e menor incidência de depressão pós-parto. Esse estudo demonstrou a importância de cuidado anestésico impecável para mulheres durante o parto para melhorar os desfechos pós-parto no longo prazo.

Finalmente, González-Tascón et al¹⁶ avaliaram retrospectivamente aproximadamente mil pacientes obstétricas obesas que receberam analgesia neuroaxial para trabalho de parto e parto, concentrando-se nos desfechos relacionados às técnicas neuroaxiais e suas taxas de sucesso. Deve ser ressaltado que os autores observaram maior número de tentativas de punção para realizar anestesia neuroaxial e o surpreendente aumento na taxa de parto cesariana nas pacientes obesas em comparação às não obesas.¹⁶ A obesidade é atualmente o maior problema de saúde pública mundial e afeta em particular a população de obstetrícia. Portanto, pesquisa complementar é necessária nesse campo para fornecer evidência científica sólida e diretrizes para otimizar o cuidado multidisciplinar perinatal nas pacientes obstétricas de alto risco.^{18,19}

A anestesia obstétrica ainda é um tópico quente na literatura anestésica. Apesar de muitos avanços recentes no campo, a assistência a pacientes de obstetrícia é ainda frequentemente desafiadora para os anesthesiologistas em todos os lugares. Os estudos publicados nesse número da RBA objetivaram apresentar novos conceitos no cenário da anestesia obstétrica. Resumindo, revelam que os avanços nas técnicas de treinamento e a melhor compreensão dos benefícios potenciais das técnicas anestésicas e suas limitações são essenciais para melhorar os desfechos clínicos na obstetrícia.

Referências

1. Caton D. Obstetric anesthesia: the first ten years. *Anesthesiology*. 1971;33:102--9;
2. Edwards ML, Jackson AD. The historical development of obstetric anesthesia and its contributions to perinatology. *Am J Perinatol*. 2017;34:211--6;
3. Gibson ME. An Early History of Anesthesia in Labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46:619--27;
4. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J*. 1981;125:357--63;
5. Whitfield A. A short history of obstetric anaesthesia. *Res Medica*. 1992;III:28--30;
6. Carstoniu J, Levytam S, Norman P, Daley D, Katz J, Sandler AN. Nitrous oxide in early labor. Safety and analgesic efficacy assessed by a double-blind, placebo-controlled study. *Anesthesiology*. 1994;80:30--5;
7. McIntosh DG, Rayburn WF. Patient-controlled analgesia in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 1991;78:1129--35;
8. Akamatsu TJ, Bonica JJ. Ketamine for obstetric delivery. *Anesthesiology*. 1977;46:78;
9. Akamatsu TJ, Bonica JJ, Rehmert R, Eng M, Ueland K. Experiences with the use of ketamine for parturition. I. Primary anesthetic for vaginal delivery. *Anesth Analg*. 1974;53:284--7;
10. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação; 2017;
11. Rosa T, Ribeiro I. History of the evolution of anesthesia for obstetrics in a European Hospital. *Eur J Anaesthesiol*. 2014;31:188;
12. Cambic CR, Wong CA. Labour analgesia and obstetric outcomes. *Br J Anaesth*. 2010;105 Suppl 1:i50--60;
13. Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012:CD009234;
14. Teixeira J, Carvalhas J, Pereira M, et al. General anesthesia for emergent cesarean delivery: simulation-based resident assessment. *Braz J Anesthesiol*. 2021;71:254-258;
15. Edipoglu IS, Aslan DD. Association of postpartum depression and epidural analgesia in women during labor: an observational study. *Braz J Anesthesiol*. 2021;71:208-213;
16. González-Tascón CC, Díaz EG, Losantos I. Epidural analgesia in the obese obstetric patient: a retrospective and comparative study with non-obese patients at a tertiary hospital. *Braz J Anesthesiol*. 2021;71:214-20;
17. Devroe S, Van de Velde M, Rex S. General anesthesia for caesarean section. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28:240--6;
18. Denison FC, Aedla NR, Keag O, et al. Care of women with obesity in pregnancy: green-top guideline No. 72. *BJOG*. 2019;126:e62--106;
19. Mace HS, Paech MJ, McDonnell NJ. Obesity and obstetric anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. 2011;39:559--70.

Ana Maria M. Caetano^{a*}, André P. Schmidt^b

^a *Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Cirurgia, Disciplina de Anestesiologia, Recife, PE, Brazil*

^b *Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória, Porto Alegre, RS, Brazil*

*Autor correspondente: Ana M. Caetano
E-mail: ana.caetano@ufpe.br

0104-0014 / © 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).