

A Criança Grávida: Relato de um Caso

M. J. Conceição¹

Conceição M J – The pregnant child: case report.

Elas podem ser de raças e origens diferentes, mas têm um ponto em comum em suas histórias: privações, abandono e, muitas, vítimas de abusos sexuais. A gravidez na adolescência acompanha-se de altas taxas de mortalidade e morbidade para ambos, mãe e concepto¹. Os cuidados pré-natais durante os primeiros três meses de gravidez inexistem ou são inadequados. Isto, associado à subnutrição, conduz a muitos problemas durante a gravidez. Os anestesiológicos pediátricos são treinados para lidar com problemas cirúrgicos de crianças "normais". Os livros e periódicos científicos raramente fornecem informações sobre a criança grávida escalada para uma cesareana eletiva e os possíveis problemas associados.

Neste relato de caso, faz-se uma revisão da literatura envolvendo aspectos da anestesia pediátrica e considerações a respeito da anestesia para uma menina de dez anos de idade com hipertensão, proteinúrica e edema generalizado, escalada para uma operação cesariana.

RELATO DO CASO

Paciente com 10 anos de idade, negra, primigrávida, 45 quilos, foi admitida para avaliação obstétrica com bolsa rota há 12 horas. Ao exame ultrassonográfico revelou-se uma gravidez compatível com 36 semanas. A menina apresentava-se extremamente aterrorizada.

Ao exame físico revelou sinais clínicos compatíveis com 36 semanas de gestação, edema generalizado, pressão arterial sistólica de 200 mmHg e diastólica de 130 mmHg.

A frequência cardíaca era de 100 bpm e a frequência respiratória, de 22 mpm. O colo uterino apresentava-se dilatado para 1 cm e os movimentos e ausculta fetais estavam sem particularidades.

Os exames laboratoriais, na admissão, mostravam uma hemoglobina de 10,6 g%, hematócrito de 30,42 g%, leucócitos 7000 mm³ e albumina plasmática de 3,42 g%.

A decisão por uma operação cesariana foi tomada em virtude da possibilidade de infecção do conteúdo uterino, da idade da paciente e da toxemia severa.

Com o auxílio de anestesia total, um cateter de teflon número 18 foi inserido em veia da face anterior do antebraço esquerdo. Iniciou-se, em seguida, uma terapia com soluções cristalóides (Ringer) e expansores plasmáticos (albumina humana). Após a indução anestésica, uma veia central foi acessada, via veia axilar por dissecação, onde foi instalada a medida da pressão venosa central (PVC). A frequência e o ritmo cardíacos foram monitorizados através de eletrocardiograma contínuo e estetoscópio precordial. A pressão arterial foi medida por esfigmomanometria e o débito urinário por sonda vesical de demora (Foley).

Deslocando-se manualmente o útero para a esquerda, a paciente foi pré-oxigenada por 3 minutos com um fluxo de oxigênio de seis (6) litros min⁻¹. Atropina, 0,5 mg, e brometo de pancurônio, 0,5 mg, foram administrados por via venosa. Tio-pentat sódico, 4 mg. kg⁻¹, seguido de succinilcolina, 1 mg. kg⁻¹, foram administrados e, após pressão manual da cartilagem cricóide, a traquéia foi intubada com sonda de tamanho adequado, sem balnete. A paciente foi ventilada manualmente com 1% de enflurano vaporizado por uma mistura de 50% de óxido nítrico e oxigênio através do sistema de Bain¹ com um fluxo de duas vezes o volume minuto respiratório. Três minutos antes do nascimento, o óxido nítrico foi interrompido ventilando-se a paciente com oxigênio a 100%. Após o clampeamento do cordão umbilical, foi interrompido o enflurano e a anestesia passou a ser mantida com óxido nítrico, oxigênio e fentanil 10 mg. O relaxamento muscular foi conseguido com brometo de pancurônio (0,1 mg. kg⁻¹).

O recém-nato, sexo feminino com 2,5 kg, nasceu com Apgar 7 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. A paciente foi extubada, acordada e enviada para a unidade de terapia intensiva. No décimo dia pós-parto teve alta com sua criança.

DISCUSSÃO

Na opinião de alguns autores², a gravidez constitui-se num risco programado para a vida da mãe. E o período mais vulnerável na existência de qual-

¹ Membro do CET-SBA Integrado da FHSC

Correspondência para Mário José Conceição
Rua Secundino Peixoto, 149 – Estreito
88075 – Florianópolis - SC

Recebido em 6 de janeiro de 1989
Aceito para publicação em 6 de abril de 1989
© 1989, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

quer pessoa ocorre exatamente antes, durante e após o nascimento; No entanto reconhece-se que a habilidade e o conhecimento dos profissionais envolvidos com esse momento contribuem para melhorá-lo.

A toxemia da gravidez é uma síndrome de hipertensão, proteinúria e edema generalizado, peculiar entre os primatas e que raramente se manifesta antes da 24^a- 28^a semanas. Cuidados pré-natais inadequados aumentam a severidade do quadro. Tendo em vista que podemos ter toxemia mesmo com ausência do feto, fatores humorais placentários podem ser a causa principal do problemas, que pode instalar-se mesmo após o nascimento. Não é fácil determinar-se os mecanismos de gatilho da toxemia gravídica, mas chama-se atenção para o sistema imunológico ativado, via placentária, a isquemia uterina e a disseminação de coagulação intravascular. A fisiopatologia materna envolve quase todos os órgãos: vasoconstrição generalizada, retenção de sódio e água com edema e diminuição do volume intravascular⁴. A filtração glomerular está diminuída e ocorre depósito de fibrina nos glomérulos. As vias aéreas superiores e laringe naturalmente edemaciadas na gravidez têm esse aspecto piorado.

Na paciente toxêmica, a técnica anestésica recomendada para cesariana, na maioria das vezes, é a regional⁵. A cooperação do paciente é fundamental para o sucesso de uma técnica regional, sem sedação, no paciente pediátrico. Alguns deles aceitam a anestesia regional como técnica única. A anestesia peridural ou caudal têm sido utilizadas por nós e outros autores⁶ em pacientes pediátricos acordados e previamente preparados para tal. Mas em nossa opi-

ção e na de outros⁷, o método mais eficiente para se produzir boas condições operatórias é combinar-se a anestesia regional com sedação por via venosa ou inalatória. O uso da via retal para a sedação de pacientes pediátricos⁸ pode ser de utilidade em crianças aterrorizadas. No caso em questão todas estas técnicas foram descartadas. A sedação não nos pareceu segura pelo risco de uma aspiração. E a anestesia regional, como técnica única, após a explicação do procedimento foi recusada de forma enfática pela paciente e por sua mãe. Na criança suficientemente grande para sentir medo ou apreensão, o fator emocional pode ser a maior fonte de preocupação do que sua própria situação física⁹, podendo ser até mesmo o maior problema a ser enfrentado durante todo ato anestésico-cirúrgico. O medo da morte associado à perda da consciência e do autocontrole são ansiedades próprias dos escolares e adolescentes. O terror de estar perdendo o controle, perdendo a identidade ou do "não acordar mais" cria um clima de ansiedade dificultando a aproximação do anesthesiologista¹⁰. A adolescência é um período explosivo. A auto-estima e a imagem do próprio corpo nesta idade são frágeis. E mesmo pequenos problemas assumem proporções gigantescas¹.

Esse relato visa chamar atenção para um problema cada vez mais freqüente. O anesthesiologista deve familiarizar-se com os aspectos da anestesia obstétrica e pediátrica para abordar de forma competente tais pacientes. A "retina" é o pior caminho. Não existem regras fixas e algumas vezes nossa tarefa no manuseio dessas pacientes pode ser mais trabalhosa que o habitual.

REFERÊNCIAS

1. Marx G F, Bessel G M - Anesthetic Considerations in Hypertensive Disorders of Pregnancy. In *Advances in Anesthesia*, 1st Edn, p. 243, Vol, 1, Ed. T. James Gallagher, Chicago: Year Book Medical Publishers Inc.
2. Miller D M - Breathing Systems for use in anaesthesia. *Br J Anaesth*, 1988,60:555-564.
3. Bush G H, Norman J - The Perinatal Period. *Br J Anaesth*, 1977; 49:1-2.
4. Hibbard B M, Rosen M - The Management of Severe Pre-eclampsia and Eclampsia. *Br J Anaesth*, 1977; 49:3-9.
5. Gutsh B B- Anesthetic Considerations for Pre-eclampsia-eclampsia. In *Anesthesia for Obstetrics*, 2nd Edn, p. 224, Ed Sol M. Shnider and Gershon Levinson, Baltimore: Williams & Wilkins Company.
6. Serlo W, Haapanemi L - Regional Anesthesia in pediatric Surgery. *Acta Anesthesiol.Scand.*, 1985; 28: 283-289.
7. Atihur D S, Mcnicol L R - Local Anesthetic in Paediatric Surgery. *Br J Anesth* 1986: 58:760-765.
8. Conceição M J, Roberge F X - Midazolam por Via Retal em Pacientes Pediátricos. *Rev Bras Anest*, 1988;38:241.
9. Smith R M - *Anesthesia for Infants and Children*;3rd Edn, p. 4, St. Louis: Mosby, 1968.
10. Pinkerton P - Preventing Psychotrauma in Childhood Anesthesia. In *Paediatric Anesthesia*,1st Edn,p. 1 Ed, Jackson-Rees G and Cecil Gray T, London: Butterworths.
11. Korach B M - The Child and the Operating Room. *Anesthesiology*, 1975; 43:251-255.