

Reposição Volêmica na Grávida Politraumatizada

*Itagyba Martins Miranda Chaves **

1 - Para iniciar e alertar aos Congressistas, será apresentada, pelo palestrante, resposta do conhecido e respeitado mundialmente anesthesiologista brasileiro, José Carlos Carvalho, atualmente ensinando Anestesia Obstétrica no Canadá e para o resto do mundo, à consulta feita pelo palestrante sobre o tema Reposição Volêmica na Grávida Politraumatizada:

“Prezado Itagyba

Gestante poli traumatizada eh um assunto que enfeitiça os congressos...

Mas tema sobre o qual ninguém sabe nada. Meu amigo Steve Halpern (voce deve conhece-lo das inúmeras meta-analises....e pelo recém-lancado Evidence-Based Obstetric Anesthesia)esteve em Israel dois anos atras, estudando isso. Eu nao vi nada ainda publicado, mas tenho uma reunião com ele na segunda de manha e vou perguntar. Quem sabe achamos alguma coisa interessante. Dai te falo!

Um grande abraço. JC”. Cinco dias depois, me enviou outro e-mail: “ infelizmente nada consegui...”

2 - Além desta consulta, entramos em contato com anesthesiologistas dos Principais Hospitais de Pronto Socorro do país, que nos informaram nada existe de específico.A rotina é a mesma do poli traumatizado.

3 - A seguir, um Resumo da Palestra: o trauma é uma das causas não obstétricas, mais frequentes de morbi mortalidade em gestante.Ocorre em 5% das grávidas.O feto é considerado inviável até a 25ª. semana .Os acidentes automobilísticos são responsáveis por mais de 50% dos traumas durante a gravidez com 82% de morte fetal.Como a anatomia, fisiologia e os achados

* Professor Adjunto de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da UF Juiz de Fora
Co-responsável pelo CET do HUIF

laboratoriais mudam durante a gravidez, o anestesiológista tem que considerar ambos: mãe e feto.(1) O manuseio da grávida poli traumatizada requer abordagem multidisciplinar.O anestesiológista, intensivista, obstetra e neonatologista tem papel fundamental nos cuidados materno-fetais, desde a avaliação inicial, ressuscitação, manuseio intra-operatório, cuidados pós-operatórios e transporte da paciente.Os objetivos fundamentais são agressiva ressuscitação materna e manutenção da perfusão e oxigenação útero-placentária.Evitar a hipóxia, hipotensão, hipocapnia, acidose e hipotermia.(4)-

4 - Finalmente será apresentado um ÚNICO RELATO DE CASO encontrado na literatura e avaliado com muito bom(4)

Referências Bibliográficas

1. Mattox, KL, Goetzl L. Trauma in Pregnancy; Review. Critical Care Medicine. Critical Illness of Pregnancy.2005:S 385, S 389.
2. Carvalho B.Nonobstetric surgery during pregnancy.IARS.Reviev Course Lectures.2006;23-3.
3. RG, Pugh R et al. The pregnant trauma patient. Anaesth Intensive Care.2005;33:167-80
4. Nelsonn, TW, Kuczkowski, KM.Trauma in pregnancy: anesthetic management of a parturient with hypotensive shock and trauma to the gravid uterus. Acta Anaesthesiologica Scandinavica.2004.48;(5)662