

Importância da sedação na evolução de um caso de gastrosquise – relato de caso

Isadora Leal Sampaio¹; Milena Dourado Boaventura¹; Milena Rodrigues Costa¹; Rafaela Nascimento Nunes¹; Carine Silva Santos¹; Décio da Silva Rocha Vidal²; Olegário Indemburgo da Silva Rocha Vidal³

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.
2. Cirurgião pediátrico na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.
3. Docente do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

RESUMO: A gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal, em que a segunda veia umbilical involui acompanhada da não rotação do intestino e recém-nascidos (RN) susceptíveis a dor prolongada e intensa apresentam aumento da morbidade. Logo, é importante a utilização de sedativos para diminuição da ansiedade, atividade e agitação causados pelo processo doloroso. Relata-se o caso de um RN feminino que apresentou gastrosquise infra umbilical à esquerda do coto umbilical com evisceração de alças intestinais em que foi recomendada sedação contínua pelo Cirurgião pediatra para manter o curativo contido e suspenso. Entretanto, o espaçamento entre as doses resultou em ruptura do curativo, que serve para a proteção das vísceras, e conseqüentemente uma alça intestinal ficou exteriorizada, de modo que foram necessárias quatro cirurgias até a completa organização intestinal, retirada do filo e fechamento da cavidade abdominal. Sendo assim, o objetivo desse relato de caso é discorrer a respeito da monitorização da sedação em um caso de gastrosquise e sua importância no processo terapêutico.

Palavras-chave:
Gastrosquise.
Sedação.
Recém-nascido.

INTRODUÇÃO

A gastrosquise é um dos vários defeitos congênitos da parede abdominal de etiologia desconhecida que evolui após a quarta semana pós-concepção. A incidência dessa anomalia é de aproximadamente 1 em 4.000-6.000 nascidos vivos e resulta de um defeito em que a segunda veia umbilical involui acompanhada da não rotação do intestino. Geralmente, possui 4 a 6 cm de diâmetro, por onde herniam as vísceras abdominais, sendo que o cordão umbilical permanece intacto e inserido na pele e não há membrana amniótica ou saco peritoneal recobrimdo as vísceras. Além disso, há aumento de anormalidades intestinais, incluindo perfuração, infarto resultante de volume de intestino médio no útero ou trombose vascular e atresia que envolve principalmente o intestino delgado (DAVENPORT; et al, 2020), entretanto, não se sabe a etiologia da gastrosquise (CHRISTISON-LAGAY; KELLEHER; LANGER, 2011).

Apesar da sobrevida na gastrosquise em países desenvolvidos ser de 90%, ainda é comum em países subdesenvolvidos a morbidade elevada em razão de sepse, fechamento tardio da parede abdominal, síndrome do compartimento abdominal e complicações gastrointestinais, que estão frequentemente presentes ao longo período de internação (ȚARCĂ; CIONGRADI; APRODU, 2015).

RN que estão susceptíveis a dor prolongada e intensa apresenta aumento da morbidade. Reconhecer, avaliar e tratar a dor são aspectos importantes na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), pois acompanha várias terapias e procedimentos invasivos empregados para salvar a vidas desses pacientes. Em relação ao tratamento, os sedativos diminuem a ansiedade, atividade e agitação e podem levar à amnésia de eventos dolorosos ou não dolorosos, mas não reduzem a dor, dessa forma, são medicamentos empregados para reduzir o nível de consciência e acalmar o paciente, diminuir a sua movimentação espontânea e induzir o sono (BALDA; GUINSBURG, 2019).

Tendo em vista o conhecimento científico sobre gastrosquise e a necessidade de sedação, torna-se necessário contribuir de modo significativo com avanços teóricos dentro desse tema que ainda carece de informações sobre epidemiologia, diagnóstico, propedêutica, tratamento, complicações e fatores predisponentes que podem influenciar não somente a busca pela cura como ações de prevenção e promoção da saúde, portanto, esse relato de caso tem como objetivo relatar a respeito da monitorização da sedação em um caso de gastrosquise.

DESCRIÇÃO DO CASO

Gestante, 21 anos, de tipo sanguíneo A+, sem patologias pré-parto, submetida à cesárea de emergência devido a sofrimento fetal agudo em RN com gastrosquise e aspiração meconial. No pós-parto imediato, a RN não chorou ao nascer e apresentou frequência cardíaca menor do que 100 bpm, sendo necessário manobras de reanimação com Ventilação por Pressão Positiva (VPP) e Intubação Oro Traqueal (IOT), apresentando melhora pós intubação. Ao exame físico foi observado: má formação com herniação de vísceras abdominais na base do umbigo; Apgar de 6/8; baixo peso ao nascimento (2000 g); Capurro

indicando 37 semanas; perímetro cefálico de 32 cm; estatura de 42 cm, sendo, assim, considerada pequena para idade gestacional e a termo.

Paciente RN do sexo feminino, apresentou gastrosquise infra umbilical à esquerda do coto umbilical com evisceração de alças intestinais e aspiração de mecônio no dia 06 de agosto de 2021. Em seguida, foi realizada intubação e encaminhamento à UTIN em incubadora de transporte e mantida em berço aquecido com cabeceira elevada. Para o curativo foram utilizadas compressas na região do abdômen e sedação em cateterismo umbilical com 1 ml de Fentanil e Dormonid em Bomba de Infusão Contínua (BIC). Em relação à dieta, utilizou-se Sonda Orogástrica (SOG) em sifonagem, dieta oral zero, com hidratação venosa de 142 ml de Soro glicosilado 5% (SG5%), 14 ml de SG50%, Gluconato de cálcio a 10% e dieta por via parenteral. No dia seguinte ao nascimento foi realizada sondagem vesical de demora sem intercorrências com retorno de urina amarela escuro.

Cirurgião pediatria recomendou sedação contínua para manter o curativo contido e suspenso a qual foi iniciada com 1 ml de Fentanil e Dormonid em BIC e posteriormente substituída por 1 ml de Fentanil e 0,6 ml de Midazolam através de acesso periférico, com reajuste de doses ao longo dos dias. Onze dias após o nascimento, a prescrição indicou 2 ml de Fentanil e 3,8 ml de Midazolam, sendo que o espaçamento entre a administração das doses, resultou em maior reatividade da paciente com agitação e consequente ruptura do curativo oclusivo de modo que uma alça intestinal ficou exteriorizada.

Quanto às realizações cirúrgicas, um dia após o nascimento foi realizado o primeiro procedimento na tentativa de redução primária (em que há cerclagem umbilical com preservação do cordão umbilical). Entretanto, devido à pressão intravesical elevada ($>20\text{cm de H}_2\text{O} = \text{PIV}$), foi necessário a construção de um silo com bolsa de sangue para redução estagiada do conteúdo herniado, guiado pela pressão intravesical, para evitar síndrome compartimental, sendo que a RN foi mantida em decúbito lateral nas primeiras 12 horas e o silo foi colocado em posição ortostática apenas após a estabilização da paciente. O pós-operatório apresentou intercorrências com muito sangramento, sendo que a RN ficou hipocorada, com baixa perfusão, pulso fino e cianótica. O berço aquecido melhorou a perfusão e a expansão de 20 ml de Ringer Lactato corrigiu a pressão, sendo necessário o uso de Fentanil e Rocurônio para analgesia e relaxamento muscular e concentrado de hemácias devido o sangramento.

Cinco dias após o parto, foi realizada nova cirurgia com introdução de cerca de 4 cm intestinais com uso de filo, sem intercorrências. Sete dias depois, após vários apertamentos do silo com redução completa do conteúdo herniado foi possível a introdução de todo conteúdo intestinal na cavidade abdominal, entretanto, sem ordenação das alças intestinais e com a presença do filo para proteger a abertura abdominal, o que ocorreu sem intercorrências. Por fim, vinte e três dias após o nascimento foi feita a organização intestinal com retirada do filo e fechamento completo da parede do abdômen. As trocas de curativos foram feitas de dois em dois dias, com amarração em níveis inferiores à medida que o conteúdo do filo entrava naturalmente na cavidade.

Ao longo da permanência da RN no serviço de saúde, o score da sua classificação de risco variou entre 15 e 23, em que foram avaliados os seguintes parâmetros: condição física, estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e umidade, indicando paciente de alto risco. Ao longo dos últimos dias de internação, as dosagens de sedativos foram diminuídas até a suspensão completa no dia 16 de setembro de 2021, com avaliação do estado geral e alta no dia 18 de setembro de 2021, com prescrição de Motilium para indução da motilidade gastrointestinal, e polivitamínicos.

Os aspectos éticos seguiram a resolução 466/12 e a carta circular 166/2018 para o relato do caso. O risco relacionado ao relato de caso é o extravio de dados do prontuário, o que pode gerar desconforto nos pais da RN em virtude da exposição dos dados da criança, o que será minimizado através da não identificação da paciente, não utilização do nome do hospital, e com relação à privacidade e à confidencialidade, os dados serão guardados em um computador com senha de acesso exclusivo dos autores e orientador do relato e serão deletados em um prazo de cinco anos. Além disso, o benefício indireto desse relato é a contribuição com informações para a comunidade científica e para profissionais que estão passando por situações semelhantes.



Figura 1. Imagem mostrando gastrosquise – alças intestinais exteriorizadas.



Figura 2. Mecônio na pele ao nascimento.



Figura 3. Curativo oclusivo com bolsa de sangue estéril – Foram feitas diferentes amarrações na tentativa gradual de interiorização das alças intestinais.



Figura 4. Cirurgia para interiorização das alças intestinais.



Figura 5. Permanência da bolsa de sangue estéril após a cirurgia.

DISCUSSÃO

O principal achado do presente relato de caso foi a necessidade de regular a monitorização da sedação em RN com gastrosquise a fim de evitar o rompimento do curativo como ocorrido. Geralmente, RN com gastrosquise são prematuros (35–37 semanas de gestação) e apresentam retardo de crescimento com peso ao nascer de aproximadamente 2.000-2.500 g (DAVENPORT et al., 2020). No relato apresentado, o Capurro indicou 37 semanas, com baixo peso, 2.000 g.

Mães adolescentes têm maior tendência de gastrosquise se comparadas com mães mais velhas, entretanto, nas últimas duas décadas, dados de vigilância epidemiológica evidenciaram um aumento de 20 vezes nos casos de gastrosquise, sem muita correlação com a idade, o que é retratado pela gestante do caso que apresentava 21 anos na data do parto (CHRISTISON-LAGAY; KELLEHER; LANGER, 2011). De acordo com a literatura, não há um tipo de parto ideal recomendado, entretanto, o parto realizado na paciente foi uma cesárea de emergência devido ao sofrimento fetal com aspiração de mecônio. Ademais, bebês com quadro de gastrosquise tem maior incidência de parto prematuro, porém a RN apresentou um nascimento a termo.

Após o parto e antes da correção cirúrgica, as duas questões mais importantes são a manutenção da termogênese normal, que foi realizada com a utilização de berço aquecido com cabeceira elevada, e o estabelecimento de acesso intravenoso para o fornecimento de fluidos apropriados, como medicamentos (CHRISTISON-LAGAY; KELLEHER; LANGER, 2011).

As principais indicações de analgesia no período neonatal são procedimentos dolorosos como intubação traqueal eletiva, inserção de cateteres, procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, pacientes intubados e em ventilação mecânica, quadro que foi apresentado pela RN, e em relação à sedação, é recomendada em pacientes que realizarão procedimentos que necessitem de algum grau de imobilidade, não sendo recomendada em casos em que o RN não esteja com ventilação mecânica, em razão do potencial de hipoventilação e apnéia. A dor pode ser expressa na criança com inquietude, contorcimento ou despertar frequentes, expressão facial de dor, irritabilidade, choro e sinais vitais alterados (BALDA; GUINSBURG, 2019). No relato apresentado, houve a necessidade da sedação profunda pois a RN estava com IOT e dor.

Em cirurgias de grande porte, como nas gastrosquises complexas com realização de enteroanastomoses, é recomendado o uso do cloridrato de fentanila em infusão contínua (1 a 5 mcg/Kg/hora) coadministrado ao midazolam (0,05 a 2 mg/Kg/hora) sendo esta a conduta mais adotada nos centros de referência (GREVE, 2014). No caso apresentado foram utilizados 1 ml de Fentanil e Dormonid em BIC que posteriormente foi substituída por 1 ml de Fentanil e 0,6 ml de Midazolam pelo acesso periférico, com a finalidade de relaxamento muscular e analgesia. Foi necessário o aumento de doses para 2 ml de Fentanil e 3,8 ml de Midazolam, após onze dias de nascimento. No entanto, apesar de doses maiores, o longo

espaçamento de tempo entre as dosagens resultou em maior reatividade da RN com consequente ruptura do curativo estéril temporário da cavidade abdominal, que é importante para possibilitar a quantificação e o controle de secreções em caso de fístulas, reduzir a perda de fluidos, reduzir a perda do domicílio, proteger as vísceras causando pouca reação de contato e facilitar o fechamento definitivo da cavidade abdominal (REZENDE-NETO; CUNHA-MELO; ANDRADE, 2007). Tendo isso em vista, devido as intercorrências causadas pela agitação da RN esse relato enfatiza aos profissionais a necessidade de atenção aos níveis de sedação em RN com gastrosquise.

CONCLUSÃO

Em casos de gastrosquise a maioria dos RN nascem prematuros e ainda não foi identificado modo ideal de parto. No caso relatado a RN nasceu com 37 semanas, a termo, baixo peso e pequeno tamanho para idade gestacional, com parto cesáreo de emergência.

Após o nascimento houve a manutenção da termogênese e o estabelecimento de acesso intravenoso para o fornecimento de fluidos apropriados e foi iniciado analgesia e sedação para procedimentos dolorosos com o intuito de manutenção da homeostase.

Dessa forma, é evidente a necessidade de manutenção das doses e dos intervalos de administração para evitar a hiperreatividade e, consequentemente, o rompimento do curativo estéril da cavidade abdominal prolongando o tempo de internação hospitalar. No relato em questão, houve necessidade de aumento de doses ao longo do tratamento.

REFERÊNCIAS

BALDA, Rita; GUINSBURG, Ruth. Evaluation and treatment of pain in the neonatal period. **Residência Pediátrica**, v. 9, n. 1, p. 43–52, 2019. Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/367/avaliacao%20e%20tratamento%20da%20dor%20no%20periodo%20neonatal>>. Acesso em: 22 Sep. 2021.

CHRISTISON-LAGAY, Emily R.; KELLEHER, Cassandra M.; LANGER, Jacob C. Neonatal abdominal wall defects. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 16, n. 3, p. 164–172, 2011. Disponível em: <[http://www.manuelosses.cl/B_NN/Semin_Fetal_Neonatal_Med_2011_Jun_16\(3\)_164_wall_defects.pdf](http://www.manuelosses.cl/B_NN/Semin_Fetal_Neonatal_Med_2011_Jun_16(3)_164_wall_defects.pdf)>. Acesso em: 22 Sep. 2021.

DAVENPORT, Mark; et al. **Operative pediatric surgery**. Boca Raton: Crc Press, 2020. Disponível em: <<https://www.routledge.com/Operative-Pediatric-Surgery/Davenport-Geiger/p/book/9780815370000>>. Acesso em: 31 Oct. 2021.

GREVE, H. **GASTROSQUISE: REVISÃO DA LITERATURA E CONDUTAS NO PÓS-OPERATÓRIO**. Publicado em 16 de Abril de 2014 [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/GASTROSQUISE-2014.pdf>. Acesso em: 23 Oct. 2021.

REZENDE-NETO, João B.; CUNHA-MELO, José Renan da; ANDRADE, Marcus V. Cobertura temporária da cavidade abdominal com curativo a vácuo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 5, p. 336–

339, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Pd88S8txyzdTzgH4VwcTNrc/?lang=pt>>. Acesso em: 23 Oct. 2021.

ȚARCĂ E; CIONGRADI I; APRODU SG. Birth Weight, Compromised Bowel and Sepsis are the Main Variables Significantly Influencing Outcome in Gastroschisis. **Chirurgia (Bucharest, Romania: 1990)**, v. 110, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011837/>>. Acesso em: 21 Oct. 2021.