

21

Endoscopia na Grávida

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

A segurança e eficácia da endoscopia digestiva na grávida não estão totalmente estabelecidas, pois os estudos nestas circunstâncias tendem a ser pequenos e retrospectivos; também a maioria dos dados sobre segurança dos fármacos habitualmente empregues na endoscopia baseia-se em estudos animais.

Os procedimentos invasivos endoscópicos têm sido justificados neste contexto, quando é aparente que a sua não realização possa expor o feto ou a grávida a dano suplementar, devendo o consentimento informado para estes procedimentos incluir os riscos para o feto bem como para a mãe. Deve sempre ter-se em conta que a hipotensão e a hipoxia maternas podem causar hipoxia fetal e morte in útero.

A hipotensão e hipoventilação podem resultar do excesso de sedação da mãe, assim como do broncospasmo vagal e da aspiração pulmonar ocorridos aquando da intubação ou, ainda, da resposta neuro-humoral à distensão cólica. Para além disso, a hipoxia fetal também pode decorrer de uma redução do fluxo sanguíneo uterino motivado pela compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, em resultado de um posicionamento inadequado da mãe.

Outro dos riscos potenciais para o feto são a teratogénese (na dependência da medicação administrada à mãe) exposição à radiação (nos procedimentos endoscópicos que exigem apoio da fluoroscopia) e o parto prematuro.

Nas situações em que uma intervenção terapêutica se torna necessária, a endoscopia é uma alternativa válida e segura em relação a procedimentos do foro radiológico ou cirúrgico.

As principais indicações para endoscopia na grávida estão descritas na tabela 1, enquanto os princípios gerais que devem ser seguidos, nesta situação particular, são referidos na tabela 2.

Em relação à segurança dos fármacos na gravidez, a FDA agrupa-os em cinco categorias de risco (tabela 3). Sublinhe-se que nenhum fármaco de categoria A é usado na endoscopia digestiva, sendo antes prescritos fármacos da categoria B e, eventualmente, da categoria C. Os fármacos de categoria D apenas podem ser empregues nas situações em que os benefícios claramente se sobreponham aos riscos.

O uso destes fármacos deve ser sempre discutido com o obstetra, já que a estratificação por diferentes categorias de risco possui um valor muito relativo no que concerne à sua segurança específica, tendo em conta uma aplicação única num caso individual. Para a maior parte dos procedimentos endoscópicos, o nível de sedação desejável deve ser a ansiólise ou sedação moderada. Para níveis mais profundos de sedação consciente, a administração dos fármacos deve ser feita por um anestesiologista.

Tabela 1 - Indicações para endoscopia na grávida

1	Suspeita de hemorragia digestiva
2	Náuseas e vómitos persistentes ou refractários, ou dor abdominal
3	Disfagia ou odinofagia súbita
4	Suspeita de massa cólica
5	Diarreia severa com avaliação clínica inconclusiva
6	Suspeita de pancreatite biliar, coledocolitíase ou colangite
7	Suspeita de lesão ductal biliar ou pancreática

Tabela 2 - Princípios gerais orientadores de endoscopia na grávida

1	Endoscopia só se houver de indicação formal, sobretudo na gravidez de alto risco. Preferir endoscopista experiente
2	Deferir a endoscopia para o 2º trimestre e ser o menos invasivo possível – evitar biopsias desnecessárias ou observação do duodeno distal.
3	Utilizar fármacos sedativos apenas na dose mínima eficaz
4	Sempre que possível usar fármacos de categoria A ou B e sempre os mais seguros quando houver alternativa; envolver os doentes na decisão do seu uso
5	Minimizar o tempo de procedimento e terminar rapidamente sempre que haja má tolerância
6	Posicionar preferencialmente a grávida em decúbito lateral esquerdo para evitar compressão da veia cava inferior ou da aorta
7	Confirmar os sons dos batimentos cardíacos fetais antes do início da sedação e após o procedimento endoscópico
8	Ter garantido o suporte obstétrico disponível, para a eventualidade de uma complicação relacionada com a gravidez
9	A endoscopia está contra-indicada em complicações obstétricas, como o descolamento da placenta, parto iminente, ruptura de membranas ou eclâmpsia

Tabela 3 - Categorias dos fármacos usados na gravidez segundo a FDA

Categoria A	Estudos controlados e adequados realizados em grávidas não demonstraram um aumento de risco de anomalias fetais
Categoria B	Estudos em animais não revelaram evidência de lesão fetal; no entanto, não há estudos adequados e controlados em mulheres grávidas. Em alternativa, estudos animais revelaram um efeito adverso, mas estudos controlados e adequados em mulheres grávidas não demonstraram existir risco fetal
Categoria C	Os estudos em animais demonstraram um efeito adverso e não há estudo em mulheres grávidas adequados ou controlados, ou não foram conduzidos quaisquer estudos em animais e não há estudos adequados ou controlados em grávidas.
Categoria D	Estudos adequados controlados ou estudos observacionais descreveram em grávidas risco para o feto; no entanto, os benefícios da terapêutica podem sobrelevar-se ao risco potencial de lesão
Categoria X	Estudos em animais ou humanos demonstraram anomalias fetais, ou à evidência empírica de risco fetal, e o risco do seu uso é maior que o benefício previsível. O fármaco está contra-indicado em grávidas e mulheres que pretendem engravidar.

As categorias dos fármacos geralmente empregues em endoscopia digestiva incluem: petidina (B), fentanil (C), naloxona (B), benzodiazepinas (D), flumazenil (C), propofol (B), simeticone (C), glucagon (B), anestésicos tópicos (B), soluções com polietilenoglicol (C), preparações com fosfato de sódio (C). Embora o midazolam seja de categoria D, não há relatos que o associem a anomalias congénitas, sendo a benzodiazepina preferida quando a sedação com a petidina é inadéquada, embora, se possível, não deva ser administrada no primeiro trimestre.

Em relação à antibioterapia, reconhece-se que a maioria dos antibióticos pode ser empregue na gravidez com segurança, sendo as indicações para o seu uso profilático semelhantes à das mulheres não grávidas. Todavia, alguns antibióticos estão contraindicados, sobretudo pelos efeitos adversos no feto, dependendo a segurança de outros, por seu turno, do(s) trimestre(s) em que são aplicados. Deste modo, são consideradas seguras as penicilinas, cefalosporinas, eritromicina (excepto o estolato) e a clindamicina; Pelo contrário, devem ser evitadas as quinolonas, tetraciclina e estreptomicina. Para além disso, no 1º trimestre deve ser evitado o metronizazol e no 3º trimestre as sulfamidas e a nitrofurantoína.

Em relação à amamentação, existindo preocupação relativamente à transferência para o lactente de alguns fármacos, a puérpera deve ser aconselhada a bombear o seu leite e a rejeitá-lo durante o período de tempo considerado adequado, de acordo com o agente em causa.

São considerados antibióticos seguros durante a amamentação, as penicilinas, cefalosporinas, eritromicina, tetraciclina e a nitrofurantoína (excepto nas crianças com deficiência de DPG6). Devem ser evitados as sulfonamidas, as quinolonas e o metronidazol.