

BLOQUEIO PERIDURAL CONTÍNUO ASSOCIADO AO DIHIDROBENZOPERIDOL EM ANALGESIA OBSTÉTRICA

DR. ALVARO GUILHERME EUGÊNIO E.A. (*)

DR. AMAURY SANCHEZ OLIVEIRA (**)

Os autores apreciam a associação de um neuroléptico, o dehiarobenzoperidol, ao bloqueio peridural contínuo com Lidocaína como método de analgesia obstétrica em 30 parturientes.

Apresentam o material estudado, descrevem a técnica utilizada e analisam os resultados obtidos, comparando-os com um grupo controle, onde se fez apenas anestesia peridural contínua sem administrar-se o neuroléptico à mãe.

Concluem pela eficácia da associação, em especial nas parturientes de psiquismo mais exaltado, e lamentam o aparecimento de tremores quando a temperatura ambiente está diminuída.

O bloqueio peridural contínuo para obtenção de analgesia obstétrica é prática que vem ganhando, a cada dia, mais adeptos (3, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19). Esta técnica, além da boa analgesia que propicia, tem indicação precisa na coordenação da contratilidade uterina e no manejo da distócia cervical. (13, 15, 17, 21) Entretanto, algumas parturientes, em especial aquelas de psiquismo muito exaltado ou que tiveram experiências anteriores de partos bastante traumatizantes, recebem mal a punção e, apesar do grande alívio da dor que conseguem após a instalação do bloqueio, continuam com sua atividade mental aumentada, cooperando pouco nas fases finais do trabalho do parto, obrigando por vezes o anestesi-

Apresentado ao XIV Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Novembro de 1967, Pôrto Alegre, R.G.S.

(*) Assistente do Departamento de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas.

(**) Anestesistas da Maternidade de Campinas.

logista a completar a anestesia de condução com pequenas doses de tiobarbiturato no período expulsivo.

Buscando eliminar este fator psíquico quando da realização do bloqueio peridural contínuo para analgesia obstétrica lançamos mão do dihidrobenzoperidol — Droperidol —, droga do grupo das butirofenonas, classificadas na categoria dos neurolépticos, com ação nas estruturas subcorticais (4, 5, 9). É sobre nossa experiência inicial com esta associação, representada por 30 casos da Clínica Obstétrica da Maternidade de Campinas, que versa este trabalho.

MATERIAL

Em relação a idade as 30 parturientes podem ser classificadas nos seguintes grupos etários:

Menos de 20 anos	1 caso = 3,3%
20 a 30 anos	27 casos = 90,0%
Mais de 30 anos	2 casos = 6,7%

No que se refere à paridade,

I para	18 casos = 60,0%
II para	9 casos = 30,0%
III para	3 casos = 10,0%

Como se vê, a anestesia peridural contínua tem sua indicação maior nas pacientes de baixa paridade, em especial nas primíparas. (20)

Uma pequena porcentagem (6,6%) de casos foi de parturientes que não levaram a gravidez à termo, como se depreende da análise do tempo de gestação:

9 meses	28 casos = 93,4%
8 a 9 meses	1 caso = 3,3%
menos de 8 meses	1 caso = 3,3%

No que concerne aos fetos, 28 (93,4%) foram de termo e dois (6,6%) prematuros, considerando-se como prematuros aqueles com peso inferior a 2.500 mg.

MÉTODO

Vamos descrever sucintamente a técnica que adotamos, lembrando que, destas 30 parturientes, 21 delas (70,0%) já tinham recebido uma medicação anterior para combate a dor do parto, representada pela associação de um hipnoanalgésico, meperidina, com um fenotiazínico, promazina ou triflupromazina. Os outros nove casos (30,0%), não receberam medicação prévia alguma.

Chegando a parturiente a sala onde será atendida, uma veia é puncionada e injetamos lentamente 5 mg de Drope-

ridol, mantendo-se a veia com um gota-gota de sôro glicosado isotônico, que, eventualmente, servirá de veículo para a administração posterior de ocitocina.

Obtido o efeito do neuroléptico e com a parturiente bastante cooperativa procede-se a abordagem do espaço peridural entre L₄ L₅, com agulha de Tuohy e introduzimos o catéter em direção cefálica.

Administramos uma dose inicial de 75 a 100 mg de lidocaína a 1.25% com adrenalina a 1:150.000, procurando obter-se analgesia do abdomen e respeitando-se nas fases primeiras do trabalho de parto, o colo e o períneo para não interferirmos com o reflexo de Ferguson⁽⁸⁾ e para não abolir o tônus do assoalho pélvico, o que poderia acarretar dificuldades de rotação da cabeça fetal^(3, 19). É claro que nas fases mais avançadas do trabalho, tôda esta área é anestesiada.

Quando necessário repete-se as mesmas doses do anestésico local e/ou 2.5 a 5.0 mg. do neuroléptico.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Procuramos comparar os resultados obtidos nesta série de 30 parturientes com os de outro grupo de igual número, cujas componentes foram submetidos apenas a anestesia peridural contínua, sem associarmos o Droperidol.

Assim, podemos apreciar a dilatação cervical ao se iniciar o bloqueio nas duas séries de parturientes, sendo as cifras colocadas entre parênteses correspondentes ao grupo contrôle, ou seja àquelas parturientes que não receberam o neuroléptico.

			grupo contrôle
2 cm	2 casos =	6,7%	(5,0%)
3 cm			
4 cm	5 casos =	16,7%	(5,0%)
5 cm	10 casos =	33,3%	(30,0%)
6 cm	5 casos =	16,7%	(35,0%)
7 cm	4 casos =	13,3%	
8 cm	4 casos =	13,3%	(25,0%)

Como se nota, a porcentagem de casos com dilatação cervical superior a 6 cm foi baixa em ambos os grupos, 26,6% e 25,0%, mostrando que a técnica deve ser indicada em fases precoces do trabalho de parto.

A parturição foi espontânea em sete casos, 23,3%, a fórcepe em 17 casos, 56,7% e por cesariana em seis casos, 20,0%. No grupo testemunho as porcentagens foram 15,0%, 65,0%

e 20,0% respectivamente. A alta incidência de fórcepe, vista em ambas as séries, é bem conhecida quando se utiliza anestesia peridural, sendo bom se notar que a indicação do fórcepe é, na maioria das vezes, para alívio materno-fetal. A incidência de cesariana também foi elevada. Entretanto, devemos levar em conta que, muitas vezes, a anestesia é indicada para prova de trabalho num parto que já vem apresentando distócia.

O tempo entre o início do bloqueio e a parturição foi de:

				grupo controle
Até 2 horas	.....	12 casos	= 40,0%	(40,0%)
+ 2 a 4 horas	.....	12 casos	= 40,0%	(40,0%)
+ 4 a 6 horas	.....	4 casos	= 13,0%	(20,0%)
+ de 6 horas	.....	2 casos	= 7,0%	

As cifras são bastante próximas nos dois grupos de parturientes, sendo que, uma análise melhor poderá ser feita se apreciarmos o quadro nº I, que relaciona este tempo com

TEMPO DILATAÇÃO CERVICAL	TEMPO			
	até 2 horas	+ 2 a 4	+ 4 a 6	+ 6 horas
2 cm		3.3%	3.3%	
3 cm				
4 cm	3.3%	10.0%	3.3%	
5 cm	3.3%	16.7%	6.7%	6.7%
6 cm	13.3%	3.3%		
7 cm	6.7%	6.7%		
8 cm	13.3%			
SOMA	40.0%	40.0%	13.3%	6.7%

QUADRO I

Relação entre o tempo que separa o início do bloqueio e a parturição com a dilatação cervical ao se iniciar o bloqueio. As cifras situadas nos triângulos inferiores relacionam-se ao grupo comparativo.

a dilatação cervical ao se iniciar o bloqueio. Da apreciação deste quadro se deduz que o Droperidol não altera a dinâmica uterina.

O gasto de Lidocaína foi de:

				grupo controle
Até 200 mg	.....	8 casos	= 26,6%	(30,0%)
+ 200 a 300 mg	....	6 casos	= 20,0%	(40,0%)
+ 300 a 400 mg	....	11 casos	= 36,7%	(20,0%)
+ de 400 mg	.....	5 casos	= 16,7%	(10,0%)

Uma apreciação simples das porcentagens relativas ao gasto de anestésico local nos faz pensar que, quando se utilizou o Droperidol associado ao bloqueio, houve necessidade de um gasto maior de Lidocaína.

Entretanto, uma análise do quadro II, que compara o

ANESTÉSICO DILATAÇÃO CERVICAL	GASTO			
	até 200 mg	205 a 300	+300 a 400	+ 400 mg
2 cm			33%	3.3%
3 cm				
4 cm		3.3%	100%	3.3%
5 cm	6.7%	100%	6.7%	100%
6 cm	100%	5.0%	6.7%	5.0%
7 cm	33%		100%	
8 cm	6.7%	6.7%		5.0%
SOMA %	26.7%	200%	36.7%	16.7%

Peridural contínua + Droperidol. Relação dilatação gasto anestésico

QUADRO II

Relação entre o gasto do anestésico local e a dilatação cervical ao se iniciar o bloqueio. As cifras situadas nos triângulos inferiores correspondem a série controle.

gasto do anestésico local com a dilatação cervical ao se iniciar o bloqueio, destrói aquela impressão inicial.

Os recém natos foram classificados de acordo com o método de Virgínia Apgar (1, 2). Índices de dez a sete, correspondentes a fetos em excelentes condições de vitalidade, foram conseguidos em 86,7% dos casos contra 90,0% do grupo controle. Índices de seis a quatro, fetos modernamente deprimidos, foram obtidos em 13,3% dos casos, contra 10,0% do grupo controle. Não houve fetos em péssimas condições, índices de zero a três.

Nós corrigimos êstes índices, isto é, eliminamos aquêles casos em que havia uma condição obstétrica (circular apertada de cordão, nó verdadeiro de cordão, diabetes maternas, insuficiência placentária, etc.) que pudesse ser responsável por depressão fetal e obtivemos estas novas porcentagens: em excelentes condições, 87,5% contra 83,3% e moderadamente deprimidos 12,5% contra 16,7% da série testemunha.

O quadro abaixo sumariza êstes números:

			com correção	
10 a 7	.....	86,7%	(90,0%)	..... 87,5% (83,3%)
6 a 4	.....	13,3%	(10,0%)	..... 12,5% (16,7%)
3 a 0	.....	0,0%		

Nota-se assim que o Droperidol não tem ação depressora alguma sôbre o feto. A mortalidade fetal também foi nula.

Para o lado materno estudamos as variações transitórias de pressão arterial nas duas séries de parturientes uma vez que é sabido a hipotensão materna acarretar danos para o lado fetal. Os dados obtidos foram:

			grupo contrôle
0 a 20 Mm Hg	.....	22 casos =	73,4% (65,0%)
25 a 40 Mm Hg	.....	6 casos =	20,0% (35,0%)
45 a 60 Mm Hg	.....	1 caso =	3,3%
+ 60 Mm Hg	.....	1 caso =	3,3%

Uma análise dêstes resultados parece evidenciar que a associação do Droperidol com a anestesia peridural contínua não leva a uma incidência maior de quedas tensionais.

Um dado bastante significativo é o que diz respeito a complementação do bloqueio peridural com outra forma de anestesia. A porcentagem de parturientes que receberam o neuroléptico e não necessitaram complementação de anestesia foi de 93,3%, contra 45,0% de pacientes do grupo comparativo. Assim, apenas 6,7% das parturientes necessitaram complementação da técnica quando se associou o Droperidol, enquanto que, na outra série, esta porcentagem cresce para 55,0%. Êstes números evidenciam a excelente atuação do neuroléptico sôbre o psiquismo materno.

A mortalidade materna foi nula. A morbidade está representada pelo aparecimento, relativamente freqüente, de tremores, em especial nos dias ou nos ambientes de baixa temperatura, provavelmente porque o Droperidol interfere com o centro terno regulador o que até um certo ponto, limita seu uso.

CONCLUSÕES

A associação de um neuroléptico, dihidrobenzoperidol, ao bloqueio peridural contínuo para analgesia obstétrica é técnica bastante útil.

Os resultados obtidos em 30 parturientes submetidas a essa associação, quando comparados com os obtidos em 30 outras que receberam apenas anestesia peridural contínua, mostram que o Droperidol não interfere com a dinâmica uterina, nem com o gasto do anestésico local.

Para o lado da mãe não há maiores variações tensionais.

O que chama atenção é a evidente melhora do psiquismo materno, manifestada na colaboração por parte da paciente quando do ato da punção, durante o desenvolver do trabalho de parto e, em especial, no período expulsivo. Isto foi comprovado pela baixa porcentagem de necessidade de complementação da anestesia de condução.

O aparecimento de tremores, quando se associou o Droperidol na vigência de baixas temperaturas, é a única desvantagem do método e o que limita seu uso.

SUMMARY

CONTINUOUS PERIDURAL BLOCK IN ASSOCIATION WITH DROPERIDOL IN OBSTETRIC ANALGESIA

The association of a neuroleptic, dihydrobenzoperidol, plus continuous epidural block with lidocaine in obstetrical patients is studied in 30 patients and compared with a similar control group.

It has been found beneficial to carry out this association specially in excited women. A side effect noted, was an increased frequency in chilling, specially when the temperature was low.

BIBLIOGRAFIA

1. Apgar, V. — A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesth. Analg.*, 32:260, 1953.
2. Apgar, V., Holaday, D. A., James, L. S., Weisbrot, T. M. & Bewen, C. — Evaluation of the newborn infant — second report. *JAMA*, 168:1985, 1958.
3. Bromage, Ph. R. — Continuous epidural analgesia for obstetrics. *Canad. Med. Ass. J.*, 85:1136-1140, 1961.
4. Corbett, Ch. E. — *Elementos de Farmacodinymica*, 2.^a ed., Editora Artes Médicas, 1966.
5. Cox, J. M. R. & Sporerel, W. E. — Continuous epidural analgesia the use of intermitent injection. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, 11:72-82, 1964.
6. Creteur, C. E. — L'anesthésie epidurale continue en obstétrique. *Anesthesie et Analgesia*, 19:337-380, 1962.
7. Di Palma, J. R. — *Drill's pharmacology in Medicine*, 3rd ed., McGraw-Hill Book Company, 1965.
8. Ferguson, J. K. W. — A study of the motility of the intact uterus at term. *Surg. Gynec. Obstet.*, 78:359-366, 1941.
9. Goodman, L. S. & Gilman, A. — *The pharmacological basis of therapeutics*, 3rd ed., The MacMillan Company, 1965.
10. Hehre, F. M. & Sayig, J. M. — Continuous lumbar peridural anesthesia in obstetrics *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 80:1173, 1960.

11. Hehre, F. M., Moyses, A. Z., Senfield, R. M. & Lilly, E. J. — Continuous lumbar peridural anesthesia in obstetrics. II: Use of minimal amounts of local anesthetics during labor. *Anesth. Analg.*, 44:89-93, 1965.
12. Kalas, D. B., Senfield, R. M. & Hehre, P. W. — Continuous lumbar peridural anesthesia in obstetrics. IV: Comparison of the number of segments blocked in pregnant and nonpregnant subjects. *Anesth. Analg.*, 45:848-851, 1966.
13. Kaskarelis, D. & Papadimitriou, C. — L'anesthésie épidurale pendant l'accouchement. *Gynec. Obstet.*, 62:135-138, 1963.
14. Martinez Réding, C., Martinez Osorio, S. & Carza, J. L. — Nuestra experiencia en bloqueo peridural en el Hospital de Gineco-Ostetricia N.º Uno del I.M.S.S., 3.º Congressus Mundialis Anesthesiologie, 1:386-390, 1964.
15. Moir, D. D. & Willocks, J. — Continuous epidural analgesia in incoordinate uterine action. Proceedings I of Second European Congress of Anaesthesiology, Copenhagen. In *Acta anaesth. Scandinav.*, Supplementum XXIII, 144-153, 1966.
16. Naimoquin, E., Guglielmone, P. L. & Ciesco, A. — Analgesia peridural em obstetricia 3.º Congressus Mundialis Anaesthesiologie, 1:398, 1964.
17. Neme, B. — Neurofisiologia uterina e ciclo grávido puerperal. *J. Brasil. Cir.*, 2:659-683, 1963.
18. Nielsen, J. S., Spoerel, W. E., Keenleyside, H. B., Slater, P. E. & Clanaj, P. R. — Continuous epidural analgesia for labor and delivery. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, 9:143-152, 1962.
19. Reis, Jr. Almiro — Analgesia en obstetricia: bloqueio peridural continuo lombar. *Rev. Bras. Anest.*, 3:287-303, 1965.
20. Vandewater, S. L. — Anaesthesia for the primiparous patient. Proceedings I of Second European Congress of Anaesthesiology, Copenhagen. In *Acta anaesth. Scandinav.*, Supplementum XXIII, 167-171, 1966.
21. Vasicka, A., & Kretchmer, H. E. — Effect of conduction and inhalation anesthesia on uterine contractions. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 82:600, 1961.

DR. ALVARO GUILHERME EUGÊNIO
Maternidade de Campinas
Av. Orozimbo Maia, 165
Campinas, São Paulo.