

NARCO-ACELERAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO

Um ano de experiência

DR. ALVARO GUILHERME EUGÊNIO, E.A.

DR. AMAURY SANCHEZ

Os autores, após breve revisão da literatura, abordam seu primeiro ano de experiência em narco-aceleração no trabalho de parto. Referem-se ao material, à técnica utilizada, às indicações e aos resultados obtidos. Concluem pela eficácia do método, não apenas para a analgesia obstétrica, como também para o tratamento de certas distócias, e a sua inocuidade em relação ao recém-nascido.

AP 2846

Os primeiros estudos sobre a utilização de tiobarbituratos na anestesia de parturientes datam de 1944. Neste ano, Helmann e cols. ⁽¹⁾ publicaram um trabalho sobre o uso de tiopental em 1415 casos obstétricos, analisando, em sete dêles, a concentração da droga no sangue materno e no cordão umbelical. Concluíram que havia um período de 5 minutos após a injeção inicial, durante o qual a quantidade do anestésico que atingia o recém-nascido era extremamente pequena, e que o equilíbrio de concentração entre o sangue materno e fetal não era obtido, a não ser oito a doze minutos após administração à mãe. E este conceito perdurou por muito tempo.

Em 1952, White ⁽²⁾ afirmava: "Nossa experiência indica que os perigos para a criança devidos à concentração de narcóticos acumulados no sangue foi superado. Sentimos que concentrações suficientes para manter anestesia materna satisfatória, podem ser empregadas com segurança por tempo consideravelmente maior do que o recomendado".

Cohen ⁽³⁾, em 1953, chamou atenção para o fato de que: "Em seguida a uma única pequena dose de tiopental, a duração do tempo que se passa é de pouca consequência em determinar a vitalidade do recém-nascido. Quanto mais

Trabalho apresentado ao XII C.B.A. e I Congresso da F.S.A.P.L.P., outubro de 1965, Rio de Janeiro, GB. Os autores são anestesistas da Maternidade de Campinas. Campinas — São Paulo.

longo o tempo entre a administração e o nascimento, maior o metabolismo e a redistribuição da droga e, conseqüentemente, menor possibilidade de depressão neonatal”.

Mc Kechnie e Converse ⁽⁴⁾, em 1955, foram os primeiros a observar que o pentotal atravessa a placenta quase que imediatamente após sua administração à parturiente, e o equilíbrio entre o sangue materno e fetal obtém-se rapidamente (3 minutos). “Não há evidente correlação entre a profundidade da anestesia da mãe, a resposta da criança e às concentrações da droga no sangue venoso materno e do cordão umbelical”.

Crawford ⁽⁵⁾, em 1953, confirmava os achados de Mc Kechnie e Converse e concluía ainda: “Entre 3 e 30 minutos após uma única injeção de tiopental as taxas sangüíneas são aproximadamente iguais na mãe e na criança, e são tanto mais elevadas quanto mais curto é o tempo”.

Em 1959, Baux ⁽⁶⁾, na França, e Flowers ⁽⁷⁾, nos EE.UU., publicam trabalhos onde estudam a curva de desaparecimento dos tiobarbituratos no sangue materno e fetal. Chamam ainda a atenção para o contraste marcado usualmente observado entre a criança alerta ao nascer e a mãe profundamente anestesiada.

Guilhem e cols. ⁽⁸⁾, em 1960, e o mesmo Flowers ⁽⁹⁾, em trabalho publicado em 1963, concluem que êste marcado contraste pode ser melhor compreendido se se atentar para: 1.º) a diferença das doses recebidas pela parturiente e pelo feto, devida a tríplice barragem existente entre o cérebro materno e o da criança, barragem representada pelos tecidos maternos, a placenta e os tecidos fetais; 2.º) a diferença da administração, ou seja, a chegada brutal da droga ao cérebro materno, determinando sono, enquanto o cérebro da criança não recebe senão uma perfusão lenta e muito diluída do tiobarbiturato.

Êstes vários estudos culminaram por superar os dois principais pontos de controvérsia no que concerne ao uso dos tiobarbituratos em parturientes: passagem da droga para o feto e segurança de agente como anestésico para obstetrícia.

Assim sendo, passou a ser cada vez maior o número de serviços que se utilizam de anestesia geral por tiobarbituratos na prática dos mais diversos procedimentos obstétricos. E a liberalidade com que a droga passou a ser usada trouxe como conseqüência o aparecimento de técnicos especiais ^(10, 11, 12), em particular no que se refere ao parto dirigido.

A Escola de Toulouse, por intermédio de Guilhem e cols. ⁽¹³⁾, publicou em 1960, um trabalho sôbre a perfusão

de ocitócico associada à anestesia geral com pentotal na condução do trabalho de parto.

Entusiasmados com os resultados iniciais obtidos e ainda apoiados nos estudos de Mme. Claudine Mauvezin⁽¹⁴⁾, os componentes da mesma Escola, em 1962, relatam o emprego, com êxito, da técnica no sofrimento fetal da segunda parte do trabalho de parto⁽¹⁵⁾.

Entre nós, Renato Ribeiro^(16, 17), desde 1964, adaptou a técnica para obter analgesia e aceleração da segunda metade do trabalho.

Nêste mesmo ano, Vernet e cols.⁽¹⁸⁾, de Barcelona, dão a conhecer o estudo estatístico a respeito de 645 casos de analgesia do parto com tiopental e perfusão com ocitócicos.

Nós, que já empregávamos método de analgesia obstétrica algo semelhante, propusemo-nos, com o apôio dos obstetras de nosso hospital, a introduzir a técnica em nosso serviço. E é sôbre o nosso primeiro ano de experiência na associação de anestesia com tiobarbituratos e perfusão de ocitócicos na segunda metade do trabalho de parto (narco-aceleração), que versa êste trabalho.

MATERIAL

Êste estudo abrange 501 mulheres submetidas à narco-aceleração para o trabalho de parto, no período de 1.º de julho de 1964 a 30 de junho de 1965, na Maternidade de Campinas.

O gráfico 1 mostra a distribuição etária dessas parturientes, notando-se predomínio do grupo entre 21 a 30 anos (68,4%).

Em relação ao tempo da gravidez, tivemos uma grande predominância (32,4%) de gestações a termo (gráfico 2).

Quanto à paridade (gráfico 3), percebe-se discreto prevalecimento das primíparas (32,5%) sôbre a secundíparas (28,1%), situando-se, a seguir, em relativo equilíbrio, as tercíparas (19,6%) e as grandes múltiparas (19,8%).

Dos 503 fetos nascidos, uma vez que 499 partos foram simples e 2 duplos, 480 (95,4%) eram a termo e 23 (4,6%) prematuros (menos que 2 510 g).

A apresentação foi cefálica em 498 casos e pélvica em 5 casos.

Há, nesta série, 6 parturientes que tiveram parto anterior por via alta.

GRAFICO 1

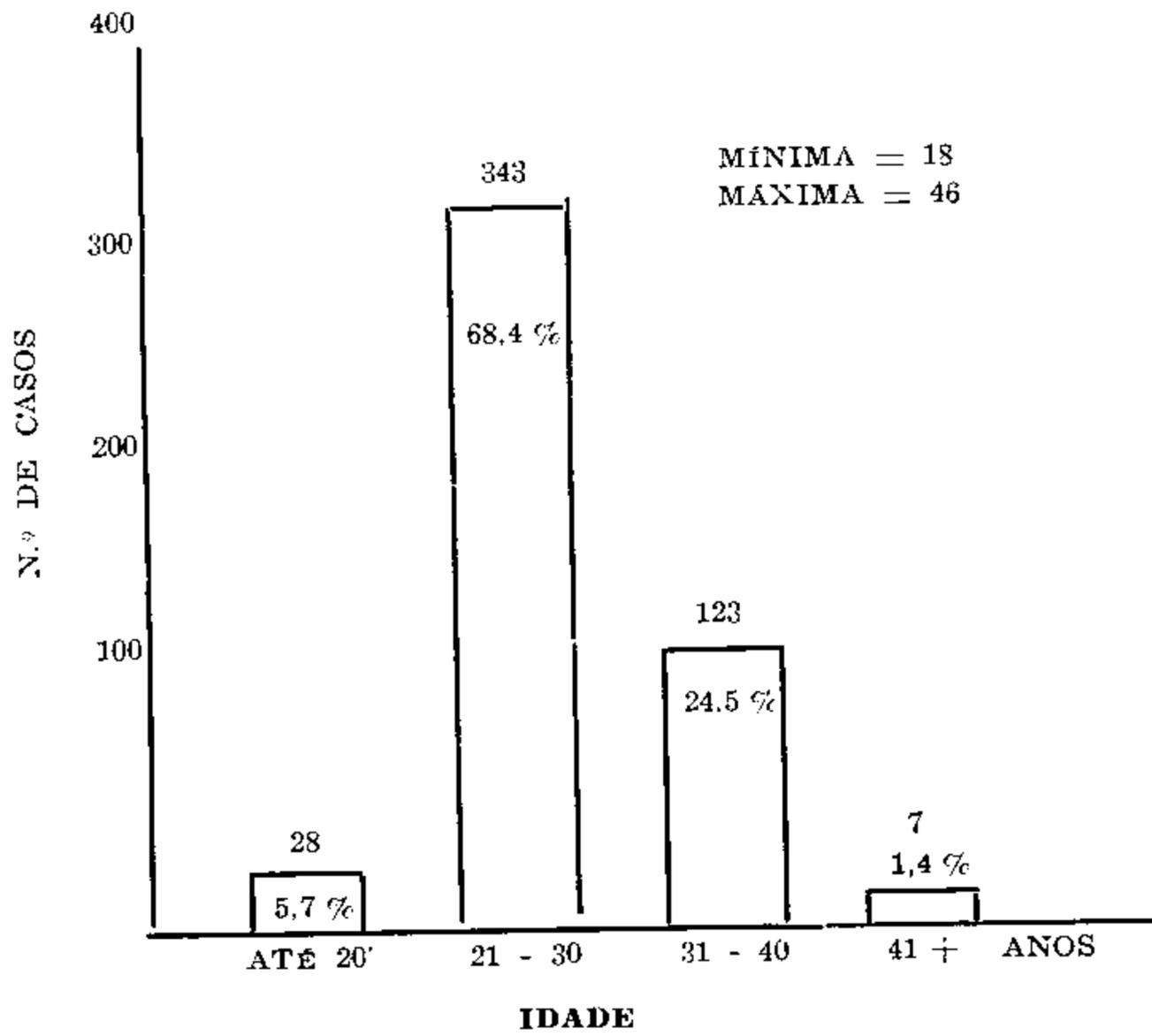


GRAFICO 2

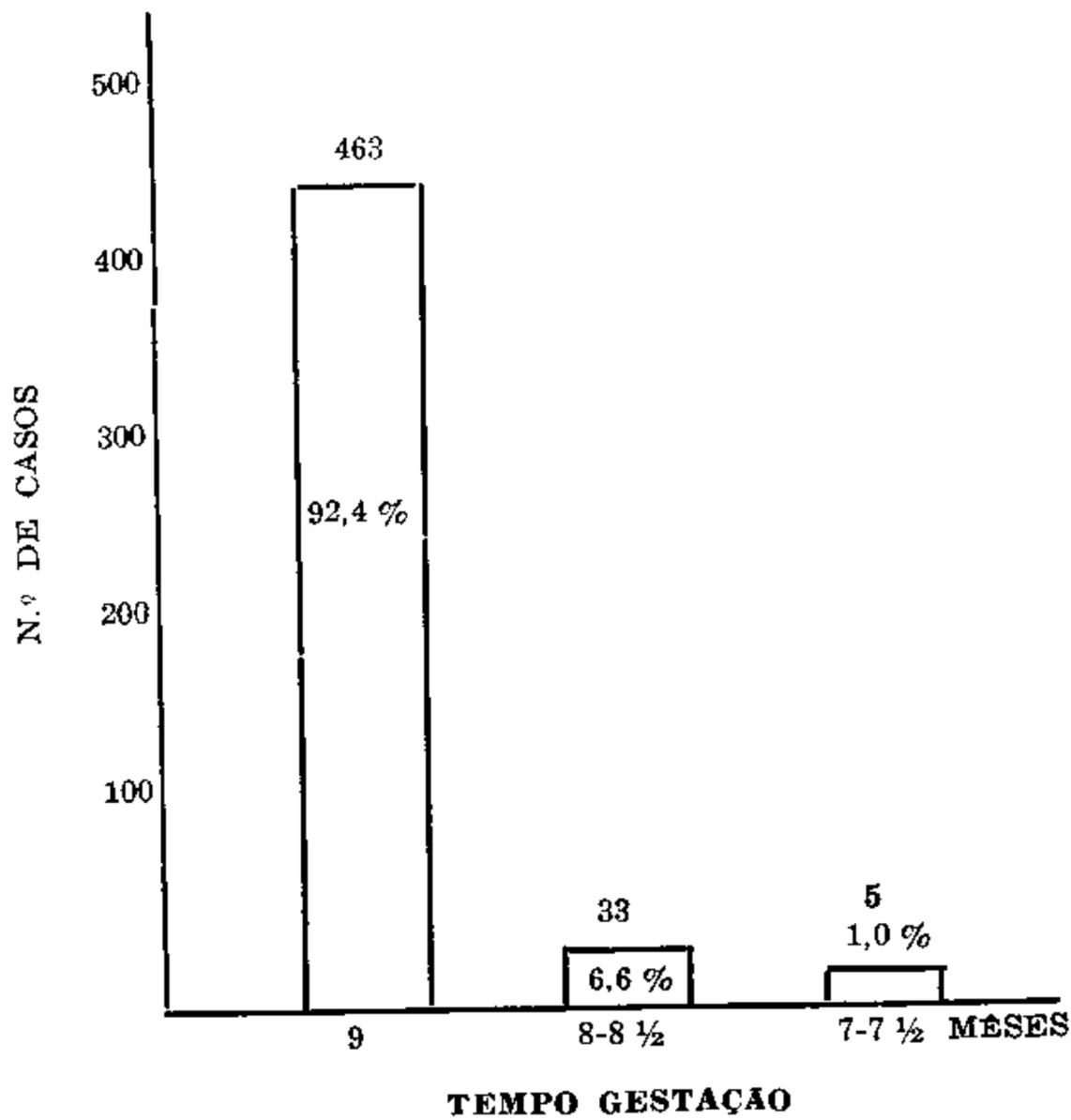
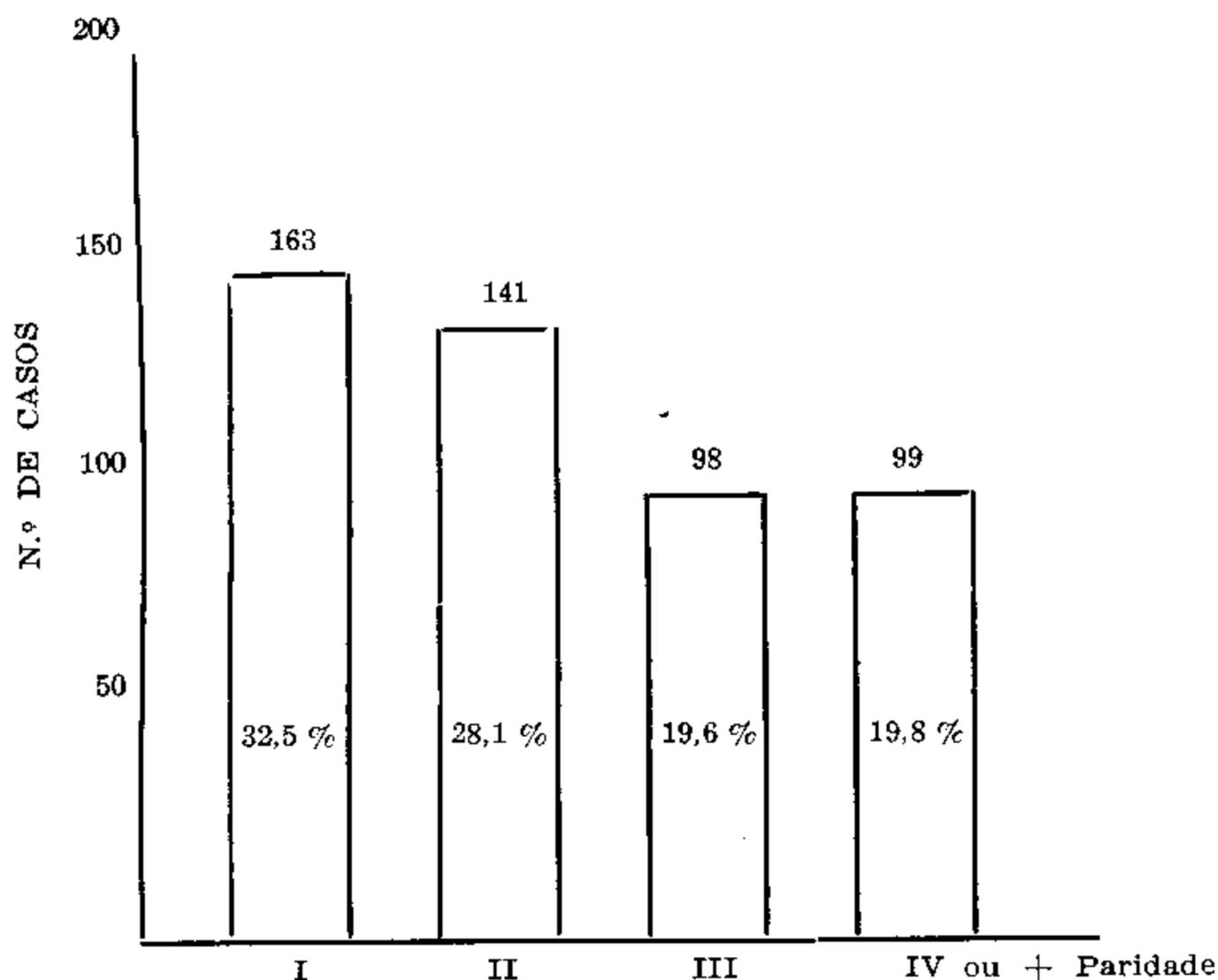


GRAFICO 3



MÉTODOS

Admitida a parturiente na Maternidade e constatado que se encontra em verdadeiro trabalho, é proscrita toda e qualquer alimentação.

Quando as contrações são fortes e frequentes e a dilatação ainda é inicial, à mãe é administrada, por via intramuscular, meperidina, 100 mg, associada à triflupromazina (Siquil), 10 mg, ou promazina (Amaprazim), 25 a 250 mg. Damos preferência à associação com promazina nos casos em que houver hiper ou polissístolia inicial.

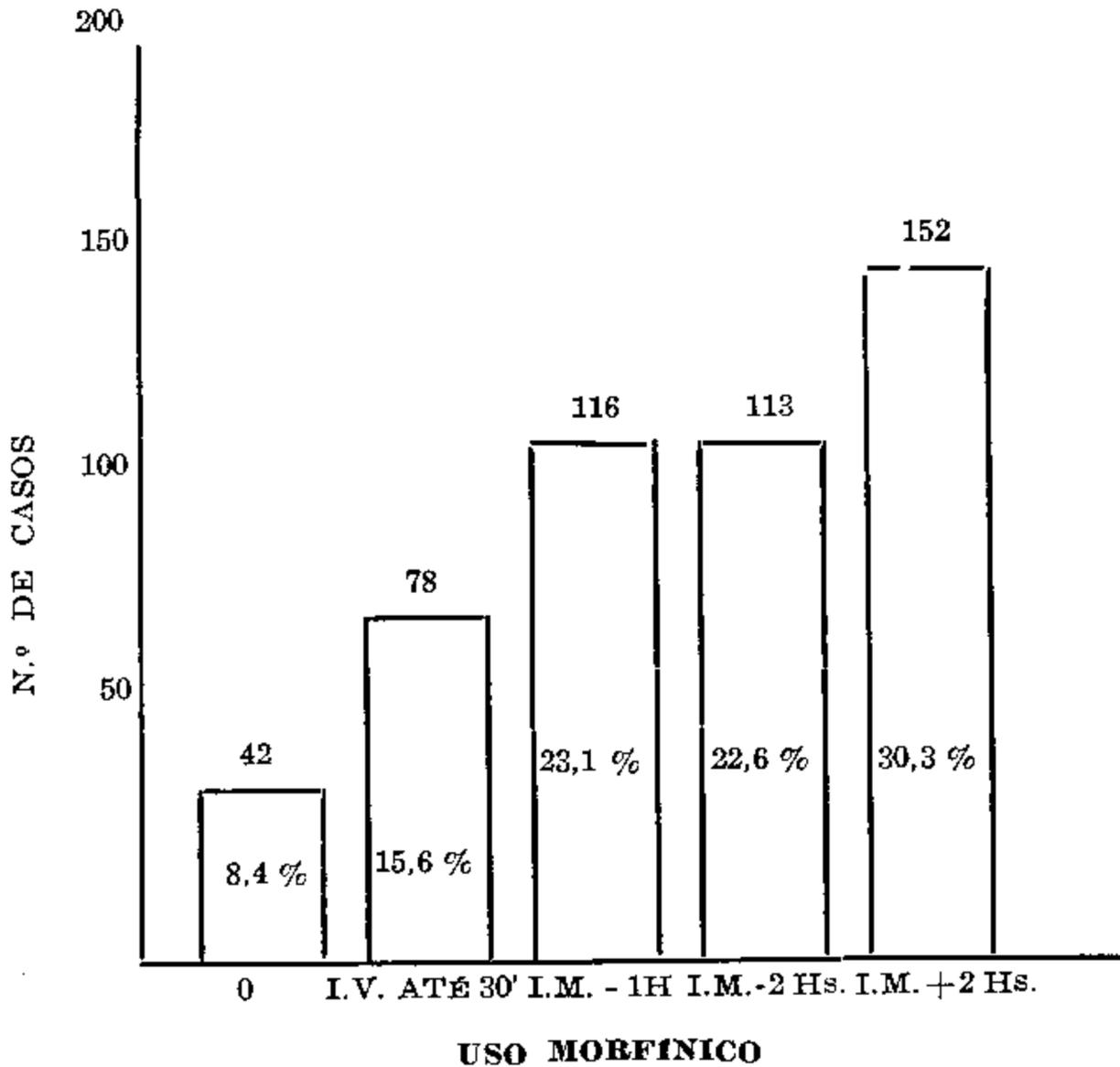
Se apenas com esta medicação a parturiente não consegue atingir uma dilatação suficiente para o início da narco-aceleração, (mínimo de 6 cm em múltipara e de 7 cm em primípara), repetimos a injeção daquelas drogas, agora em doses mais reduzidas, ou oferecemos tricloroetileno (Trilene) em máscara Cyprane, para se inalado.

As parturientes que já chegam com trabalho avançado são levadas diretamente para sala de parto, e aí administramos, ou não, intravenosamente, 50 mg de meperidina associada a 10 mg de triflupromazina, de acordo com o psiquismo, a paridade e a dilatação cervical de cada uma.

O gráfico 4 mostra as várias alternativas sobre o uso da meperidina, inclusive o intervalo de tempo decorri-

do entre a administração do hipno-analgésico à mãe e o nascimento da criança. Na primeira coluna encontra-se o total de parturiente não medicadas. Na segunda, o das que receberam a droga por via intravenosa e o tempo decorrido entre a injeção e a resolução do parto não foi superior a 30 minutos. Nas terceira, quarta e quinta colunas o número de pacientes tratadas com petidina uma, duas e mais de duas horas, respectivamente, antes do parto.

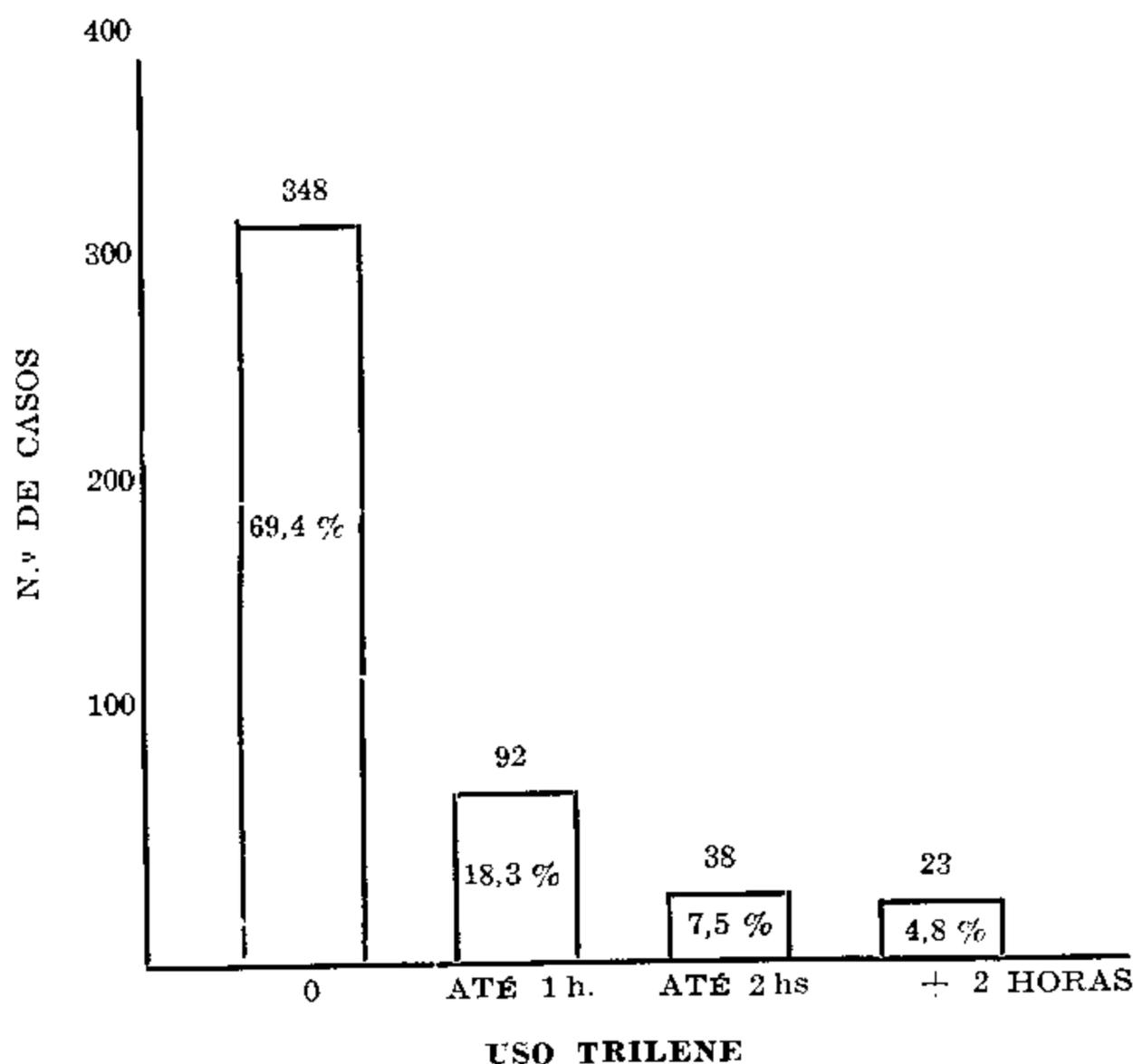
GRÁFICO 4



O gráfico 5 revela as parturientes em que foi empregado tricloroetileno e o tempo durante o qual inalaram o agente. Nota-se que uma maioria, aproximadamente 70%, não o recebeu.

Atingindo o colo o mínimo de dilatação de 6 cm em múltipara e de 7 cm em primípara, a parturiente é transportada para a sala de parto, aparelhada com todos os recursos que permitam a execução com segurança de uma anestesia. Uma veia é puncionada e a dose inicial de 100 a 200 mg de tiobarbiturato a 5% é administrada. (No início usamos o tiopental, depois o tiamilal). No preparo do tiobarbiturato, adicionamos, para cada grama, 40 mg de galamina e 0,5 mg de sulfato de atropina.

GRAFICO 5



A seguir, através de torneira de três vias, instalamos o gotejar de ocitócico. Nos primeiros seis meses a infusão era constituída por 6 unidades de ocitocina para 500 ml de sôro glicosado isotônico, posteriormente 9 unidades em 500 ml.

Doses complementares de 100 mg do tiobarbiturato são ministradas sempre que necessárias. Tricloroetileno, na maioria dos casos, metoxiflorano (Pentrane) em alguns, vaporizados no vaporizador de Takaoka, são administrados por máscara, válvula e balão, ou simplesmente através de catéter nasal.

A regulagem da velocidade da perfusão e a profundidade da anestesia são funções da evolução do trabalho, variando com a dinâmica uterina e a sensibilidade de cada paciente. É preciso obter-se contrações bem ritmadas e com bom relaxamento interfásico. A infusão é suspensa logo que a cabeça é expulsa, continuando-se somente após o secundamento, que é feito com auxílio de 0,2 mg de metilergometrina.

O obstetrata deve, com toques sucessivos, orientar o anestesista e ajudar o evoluir da dilatação com o auxílio digital, complementando-a com a clássica manobra de empurrar o bordelete cervical acima da apresentação. Discreta expressão uterina auxilia a flexão, rotação e descida do polo.

O nascituro, após ligadura do cordão umbelical, que é feita apenas quando cessam os batimentos, é colocado pelo parteiro sobre um bêrço ressuscitador Oxitherm, provido de aquecimento, aspiração e Baby-pulmotor, já previamente regulado para fornecer posição de Trendelenburg. Aí recebe, do anestesista, os primeiros cuidados, e suas condições de vitalidade são apreciadas de acôrdo com o que preconiza Virgínia Apgar⁽¹⁹⁾.

O método teve sua principal indicação em analgesia obtétrica. Entretanto, à medida que nos familiarizávamos com êle e que os obstetras adquiriam confiança, passou também a ser indicado como tratamento de certas distócias, a saber:

a) Distocia funcional — Nas dilatações estacionárias, onde o colo tende a se edemaciar e tornar-se espasmódico, prolongando-se o trabalho por muito tempo, a técnica constituiu solução particularmente eficaz.

b) Prova de trabalho em bacia limite — Nestes casos a narco-aceleração é realizada tomando-se uma série de cuidados. Deve-se estar apto a intervir assim que se julgar necessário. Se, nos 15 a 30 minutos seguintes ao início da perfusão, não se obtém dilatação completa e encaixe da apresentação, conclui-se que a bacia é impermeável e a via alta mandatória.

c) Sofrimento fetal da 2.^a metade do trabalho — Como Guilhem⁽¹⁵⁾, julgamos, nos casos de sofrimento fetal com dilatação avançada, ser mais rápida a resolução do parto por via baixa sob narco-aceleração do que por cesárea.

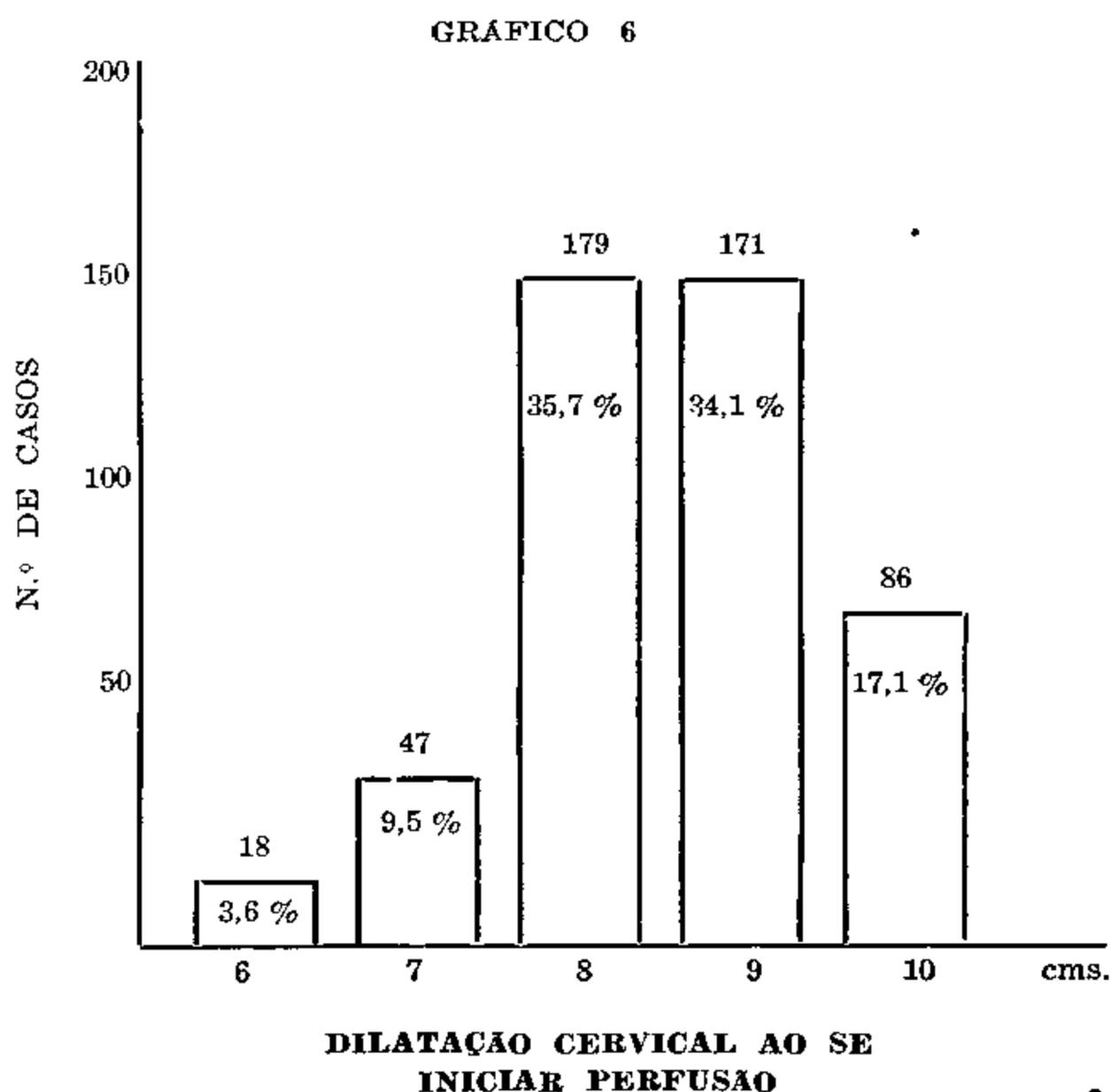
d) Parto pélvico — Embora os primeiros trabalhos contra-indiquem a técnica no parto de nádegas, a Escola de Barcelona recomenda-a⁽¹⁸⁾. Utilizamos-la em cinco casos, com êxito, sempre com grande prudência e prestes a intervir se não progredir o feto. Com o ocitócico, consegue-se boa dinâmica uterina, fazendo com que a cabeça seja empurrada, de cima para baixo, flexionada. Ao mesmo tempo, a anestesia geral propicia um relaxamento das partes moles do canal de parto, com o que, até certo ponto, se evita a detenção da cabeça derradeira.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A parturição foi espontânea em 353 casos (70,2%) e a fórcepe em 150 casos (29,8%). As indicações do fórcepe foram:

Alívio	60
Desproporção céfalo-pélvica relativa	35
Sufrimento fetal	33
Desproporção relativa + sofrimento fetal	8
Rotação posterior	5
Falta de rotação	4
Parada de progressão por má resposta ao ocitócico ..	4
Cardiopatia materna	2
Deflexão cefálica	1

O gráfico 6 mostra a dilatação cervical ao iniciar-se a perfusão.

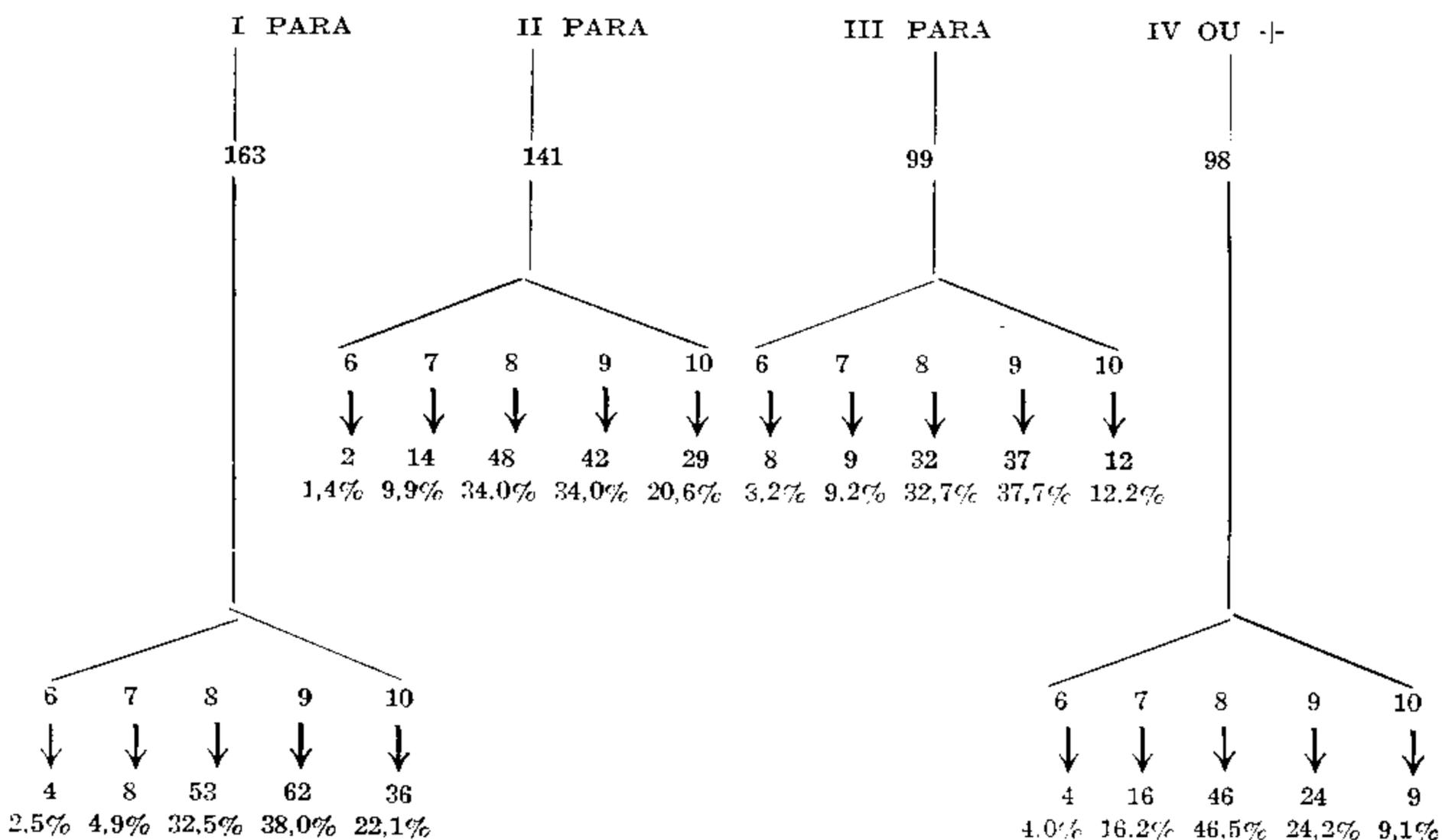


Nota-se nêle o prevaecimento da dilatação de 8 cm. (35,7%) seguida da de 9 cm (34,1%). A baixa porcentagem encontrada de 6 e 7 cm decorre do fato de que não só muitas parturientes já chegam à maternidade em trabalho

de parto avançado, como também, e principalmente, dos cuidados especiais dos obstetras no início da introdução do método, pois a quase totalidade de pacientes aqui estudadas são de clínica privada. Com o correr dos meses, a indicação de narco-aceleração foi sendo mais precoce e, hoje, temos certeza, as colunas representativas de 6 e 7 cm se igualariam ou mesmo ultrapassariam às de 9 e 10 cm.

O gráfico 7 relaciona paridade e a dilatação cervical ao iniciar-se o método. Sua apreciação evidencia que quanto maior a paridade mais precocemente a técnica é iniciada.

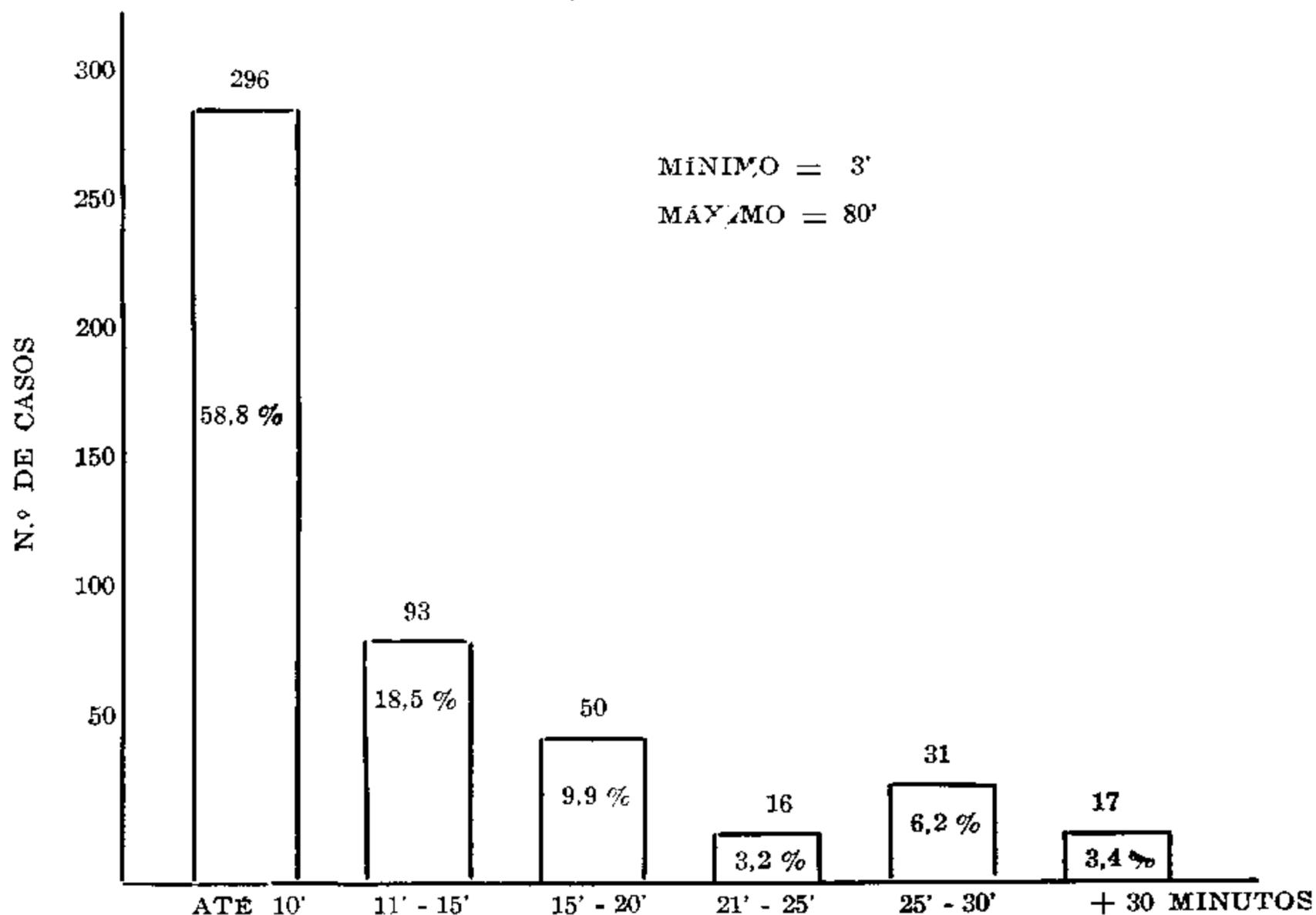
GRAFICO 7



O intervalo de tempo entre o início da perfusão e o nascimento fetal está traduzido no gráfico 8. Nos primeiros dez minutos encontra-se a maioria dos nascimentos (58,8%). O tempo mínimo foi de 3 minutos e o máximo de 80 minutos (1 caso).

O quadro I relaciona paridade com o tempo que levou a criança para nascer após instalada a perfusão. Sua análise evidencia que, nas primíparas, apesar da técnica ser iniciada com dilatações mais avançadas, a resolução do parto é mais demorada do que nas secundíparas, tercíparas e grandes múltíparas.

GRAFICO 8

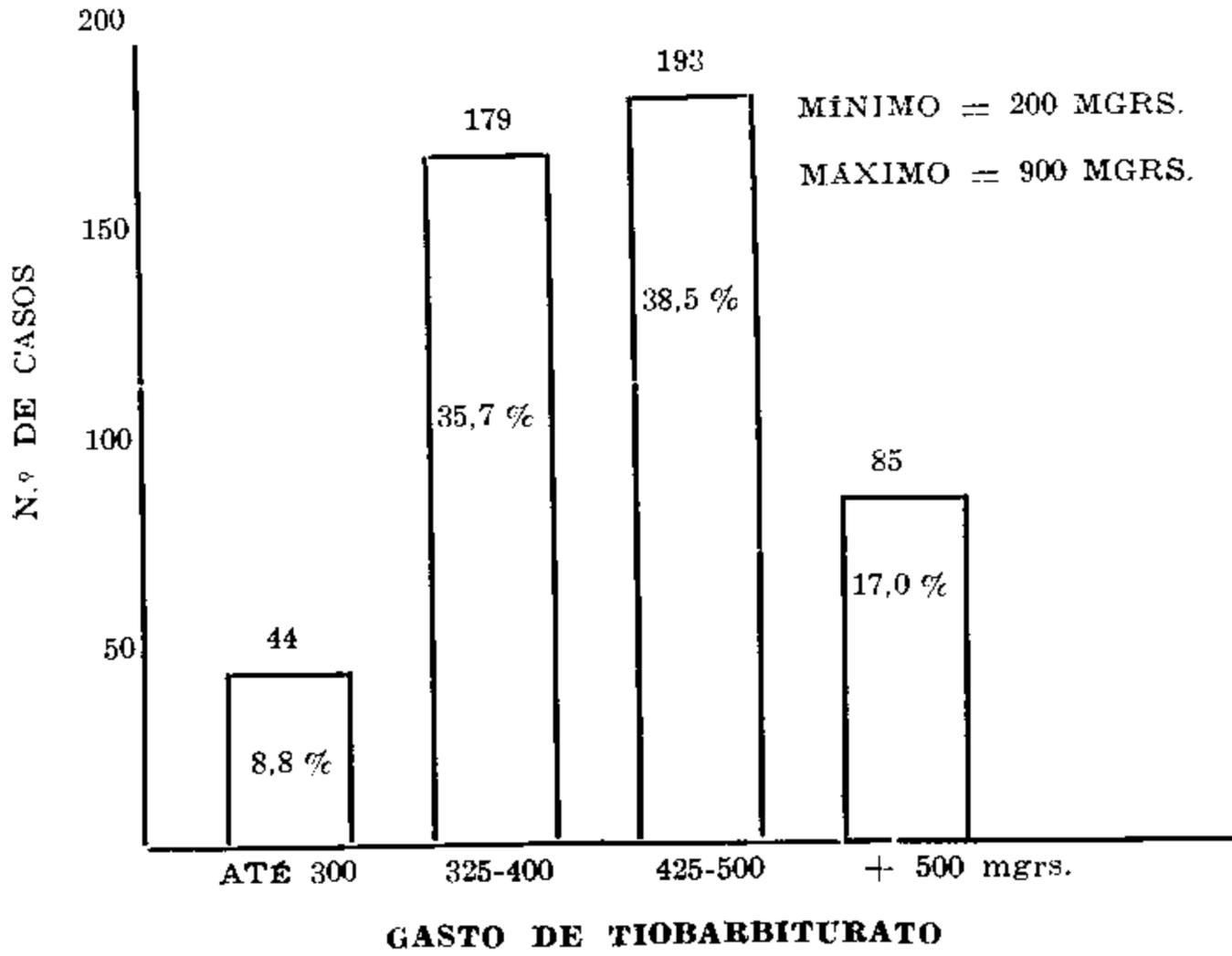


QUADRO I

PARIDADE	I PARA	II PARA	III PARA	IV PARA
ATÉ 10'	80 48,7%	96 68,1%	59 60,2%	61 61,0%
11' a 15'	34 20,7%	22 15,6%	18 18,4%	19 19,0%
16' a 20'	19 11,6%	12 8,5%	6 6,1%	13 13,0%
21' a 25'	6 3,7%	3 2,1%	7 7,1%	
26' a 30'	19 11,6%	5 3,6%	4 4,1%	3 3,0%
+ 30'	6 3,7%	3 2,1%	4 4,1%	4 4,0%

O gráfico 9 aprecia o gasto de tiobarbiturato até o nascimento. Entre 325 e 500 mg encontram-se 74,2% dos casos. O gasto mínimo foi de 200 mg e o máximo 900 mg.

GRAFICO 9



QUADRO II

PARIDADE ANESTÉSICO	I PARA	II PARA	III PARA	IV PARA
Até 300 mgrs	12 7,4%	11 7,8%	14 14,3%	7 7,1%
325 a 400	48 29,4%	59 41,8%	34 34,7%	38 38,4%
425 a 500	72 44,2%	52 36,9%	30 20,4%	39 39,4%
+ 500 mgrs.	31 19,0%	19 13,5%	20 30,6%	15 15,1%

O quadro II relaciona paridade com o gasto de tio-barbiturato. Nota-se que maiores quantidades do anestésico são necessárias para as primíparas. Este dado é tam-

bém função do maior tempo nelas encontrado para resolução do trabalho de parto.

QUADRO III

APGAR	N.º CASOS	%	
10	73	14,5 %	} 70,3%
9	142	28,3 %	
8	83	16,5 %	
7	55	11,0%	
6	60	11,9 %	} 28,5%
5	53	10,5 %	
4	31	6,1 %	
3	4	0,8 %	} 1,2%
2	1	0,2 %	
1	1	0,2 %	

O quadro III traduz as condições de vitalidade do feto ao nascer, de acôrdo com o índice de Apgar. Recém-nascidos em excelentes condições de vitalidade (índices de 7 a 10) correspondem a 70,3% do total. Moderadamente deprimidos (4 a 6) 28,5% e severamente deprimidos (1 a 2), apenas 1,2%). A título comparativo lembramos que, em estudo publicado em 1959, sôbre as condições de vitalidade de 15 348 recém-nascidos, nascidos sob os mais variados procedimentos, Virgínia Apgar encontrou 70% em excelentes condições, 24% moderadamente deprimidos, e 6% severamente deprimidos⁽²⁰⁾.

O quadro IV aprecia a vitalidade do recém-nascido relacionada com uso de meperidina. Na primeira coluna vertical encontramos fetos nascidos de mães que não receberam o hipno-analgésico. Na segunda coluna, os de mães que receberam a medicação por via intravenosa, sendo o intervalo de tempo entre a administração e o nascimento não superior a 30 minutos. Nas terceira, quarta e quinta colunas, estão os provenientes de mães que receberam a droga

por via intramuscular, sendo o intervalo de tempo entre a injeção e a resolução do parto de até uma, até duas e mais de duas horas.

QUADRO IV

Morfinico APGAR	0	I.V. - 30'	I.M. até 60'	I.M. até 2 hs.	I.M. + 2 hs.
10	12 28,5%	16 20,5%	25 21,4%	10 8,9%	10 6,5%
9	16 38,1%	30 38,4%	31 26,5%	30 26,5%	35 22,9%
8	4 9,5%	11 14,1%	19 16,2%	22 19,5%	27 17,6%
7	2 4,8%	8 10,3%	13 11,1%	12 10,6%	20 13,1%
6	4 9,5%	7 9,0%	14 12,0%	12 10,6%	23 15,0%
5	2 4,8%	4 5,1%	7 6,0%	19 16,8%	21 13,7%
4	2 4,8%	1 1,3%	8 6,8%	4 3,5%	16 10,5%
3		1 1,3%		2 1,8%	1 0,7%
2				1 0,9%	
1				1 0,9%	

A proporção de fetos situados na faixa que representa excelentes condições de vitalidade (soma de porcentagens dos índices de 7 a 10) nascidos de mães que receberam a droga por via intravenosa num tempo não superior a 30 minutos antes do nascimento (83,3%) é próxima, ligeiramente superior mesmo, àquela (80,9%) encontrada entre os fetos nascidos de mães que não receberam a medicação. Quando a petidina foi administrada à parturiente por via intramuscular e o intervalo de tempo entre a injeção e o nascimento não superior a uma hora, as porcentagens de fetos em excelentes condições de vitalidade (75,2%) é próxima das anteriores. Entretanto, quando este intervalo se alarga para duas horas, a porcentagem cai para 65,5%

e, quando ultrapassa duas horas, cai para 60,1. Estes dados concordam com trabalho recente de Schneider e Moya⁽²¹⁾, no qual os autores concluem que há um significativo aumento de crianças deprimidas nascidas durante e a partir da segunda hora após a administração de meperidina à mãe. Estes números são muito interessantes e o aparente retardamento na depressão exercida pela droga sobre o recém-nascido permanece para ser explicado. Os achados contrariam o conceito clássico de se evitar a administração de hipnoanalgésicos à parturiente se se supõe que o parto é iminente.

QUADRO V

TRILENE APGAR	0	ATÉ 2 hs.	ATÉ 1 h.	+ 2 hs.
10	64 18,3%	8 8,7%	1 2,6%	
9	96 27,5%	29 31,5%	13 34,2%	4 16,7%
8	59 16,9%	19 20,7%	5 13,2%	
7	38 10,8%	6 6,5%	4 10,5%	7 19,1%
6	46 13,2%	5 5,4%	5 13,1%	4 16,7%
5	27 7,7%	15 16,3%	7 18,4%	4 16,7%
4	16 4,6%	7 7,6%	3 7,9%	5 20,8%
3	2 0,6%	2 2,2%		
2		1 1,1%		
1	1 0,3%			

O quadro V, relaciona os índices de Apgar obtidos com a administração de tricloroetileno, por meio da máscara Cyprane, às parturientes, na primeira metade do trabalho de parto. Na primeira coluna vertical, encontramos os fetos nascidos de mães que não receberam a droga. Na segunda, os das que a inalaram por uma hora. Nas tercei-

ra e quarta, aquêles a cujas mães foi administrado o líquido volátil por duas e mais horas, respectivamente.

A análise dêsses números mostra-nos que 73,5% é a soma dos fetos, nascidos de mães que não receberam tricloroetileno, em excelentes condições de vitalidade. Esta soma de porcentagens, se não diminui muito (67,4%) nos cujas mães inalaram o agente por uma hora, já cai apreciavelmente nas terceira e quarta colunas. É difícil dizer-se se tal acontece por ação direta do anestésico sôbre o feto, ou se a depressão corre por conta de dilatações mais laboriosas e prolongadas.

QUADRO VI

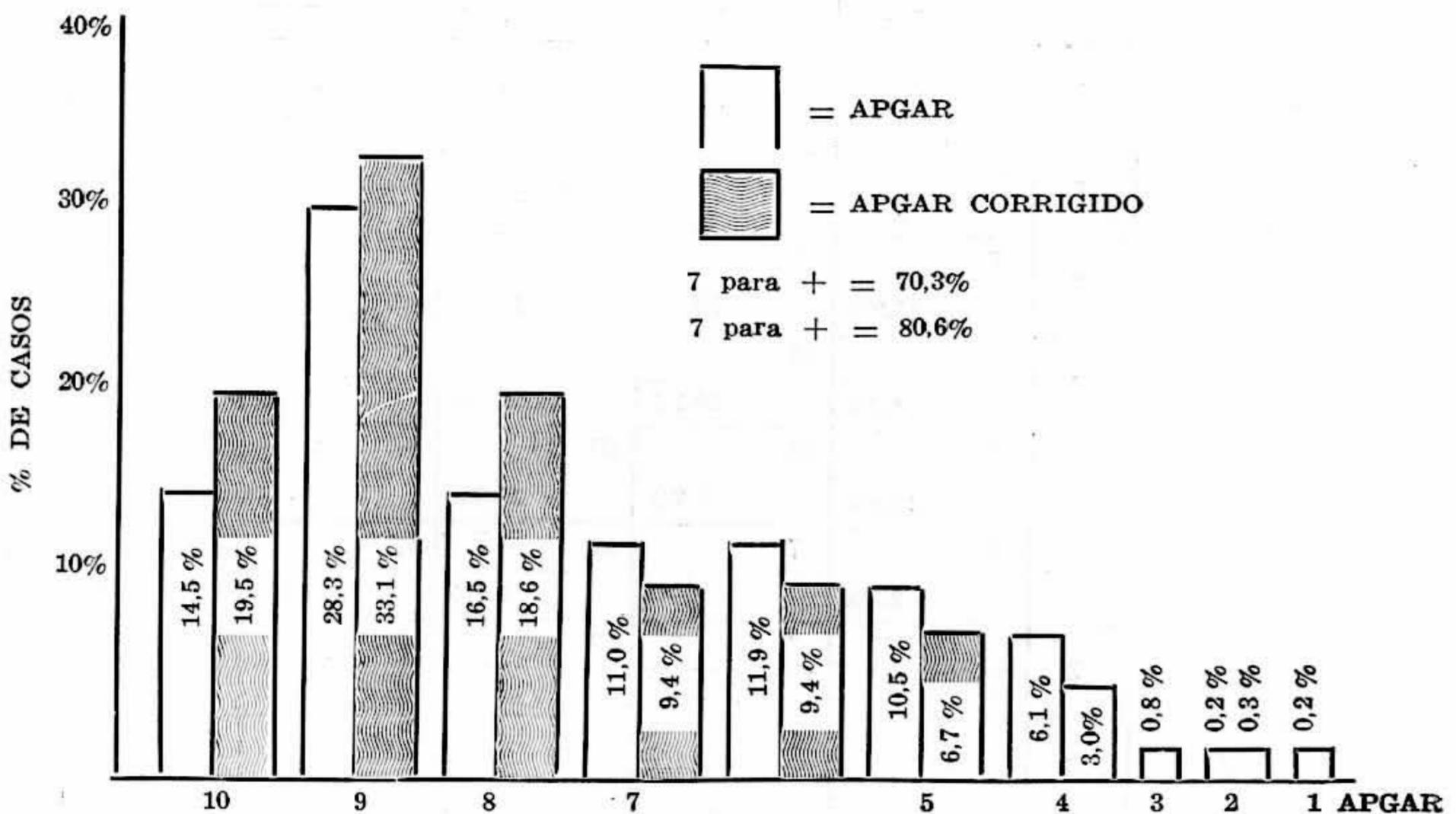
Anestésico APGAR	ATE 300	325 a 400	425 a 500	+ 500
10	11 25,0%	29 16,2%	31 16,0%	2 2,4%
9	13 29,6%	56 31,3%	53 27,4%	20 23,5%
8	3 6,8%	25 19,5%	29 15,0%	16 18,8%
7	7 15,9%	19 10,6%	21 10,8%	8 9,4%
6	2 4,5%	18 10,1%	27 13,9%	13 15,3%
5	7 15,9%	12 6,7%	20 10,3%	14 16,5%
4	1 2,3%	7 3,9%	11 5,6%	12 14,1%
3		2 1,1%	2 1,0%	
2		1 0,6%		
1			1 0,5%	

O quadro VI estuda ainda a vitalidade do recém-nascido relacionada com a quantidade total de tiobarbiturato administrada à mãe antes do nascimento. A soma das porcentagens dos fetos em excelentes condições nascidos de mães que receberam doses de 300 mg (77,3%), e a dos nas-

cidos de mães que receberam de 325 a 400 mg (77,6%) é próxima. Doses maiores já se traduzem por menor número de crianças na faixa ótima, 69,2% e 54,1% para 500 mg e mais de 500 mg, respectivamente.

Já vimos que, dos 503 fetos provenientes de mães submetidas a narco-aceleração, 70,3% apresentavam excelentes condições de vitalidade ao nascer; que 28,5% estavam moderadamente deprimidos; e que 1,2% nasceram severamente deprimidos. Procuramos então corrigir êste índice de Apgar. Assim, afastamos do estudo os recém-nascidos provenientes de mães que apresentavam qualquer patologia obstétrica, a qual pudesse ser responsável por depressão fetal (problemas de cordão, hemorragias maternas, diabetes materna, insuficiência placentária, etc.) e reavaliamos o Apgar. Isto está traduzido no gráfico 10.

GRAFICO 10



As colunas da esquerda, claras, representam o Apgar do total de recém-natos da série e as da direita, escuras, o mesmo estudo após eliminados os casos acima referidos. Como se vê, a soma das porcentagens de crianças em excelentes condições subiu para 80,6%, a das moderadamente deprimidas, diminuiu para 19,1% e a das severamente deprimidas para 9,3%.

A mortalidade materna foi nula. A morbidade correu por conta de duas atonias pós-parto, que não trouxeram maiores conseqüências.

Para o lado fetal, temos a lamentar dois óbitos. O relato dêstes casos servira para que se faça melhor julgamento.

Caso 1 — Mulher de 26 anos, para I, gesta II, grávida de 9 meses. Admitida às 18 h. com 6 cm de dilatação cervical, contrações fracas, apresentação cefálica, cabeça alta, bolsa íntegra, foco bom. Às 18h45 às contrações se acentuaram, o obstetra foi chamado, tendo sido ministrados 100 mg de meperidina e 25 mg de promazina intramuscular. Parturiente transportada para sala de parto às 19h05 com 9 cm de dilatação. Rompida a bolsa das águas, o líquido amniótico apresentou-se com mecônio abundante e espesso. Foi então iniciada a narco-aceleração, ocorrendo o parto em cinco minutos. Gasto de tiobarbiturato 500 mg e de ocitocina 0,5 u. Feto de 3 600 g. Apgar — 4. Reanimação constituiu em aspiração oro-rinofaríngea, traqueal, seguida de ventilação através de máscara com O_2 sob pressão positiva intermitente. Administração de glicose a 50% (2g/kg) e cloreto de cálcio a 10% (100 mg/kg) no cordão umbelical. A criança foi transportada para a incubadeira, tendo falecido com 12 horas. Diagnóstico do serviço de pediatria: Anoxia intra-uterina.

Caso 2 — Mulher de 35 anos, gesta V, para II, grávida de 9 meses. Admitida às 0h15 com 4 cm de dilatação, contrações fracas, bolsa íntegra, apresentação cefálica, polo alto, foco bom. Às 3h10h contrações regulares, 7 cm, bolsa íntegra, foco bom. Procedida a rutura artificial da bolsa, a parturiente foi transportada para a sala de parto, onde, às 3h30, foi iniciada a narco-aceleração, após administração intravenosa de 50 mg de meperidina e 10 mg de triflupromazina, ocorrendo o parto, espontaneamente, em 12 minutos. Gasto de tiobarbiturato 500 mg e de ocitocina 0,5 u. Feto de 2 600 g. Apgar = 6. A reanimação consistiu em aspiração oro-rinofaríngea. A criança apresentava cabeça exageradamente grande em relação ao corpo, e pescoço muito curto. Veio a falecer com 20 horas de vida. Diagnóstico: Processo pulmonar agudo. Esclerema generalizado. Gargolismo (?)

CONCLUSÕES

A perfusão de ocitócico sob anestesia geral com tiobarbiturato e inalação de um anestésico líquido volátil é um método útil, eficaz e inofensivo para tocoanalgesia e aceleração da 2.^a metade do trabalho de parto, desde que, é claro, em mãos de equipe experimentada.

Esta associação tem um efeito eutócico indiscutível:

1.º) o ocitócico regulariza as metrossístoles, tornando às contrações predominantemente fúndicas, com bom relacionamento interfásico, permitindo assim melhor oxigenação e recuperação do miométrio para nova atuação;

2.º) a anestesia geral favorece o desaparecimento do obstáculo cérvico-perineal.

A inocuidade do método para o recém-nascido já foi comprovada por outros com bases em dados clínicos, estudos oximétricos do sangue no cordão e a exploração funcional do fígado. A nossa observação corrobora esta assertiva.

SUMMARY

DELIVERY UNDER NARCOCELLARATION: A YEAR OF EXPERIENCE

The authors review the literature and bring first year's experience on the subject of «N.A.», a combination of thiopental and ocitocics, during labor. They present the material, technic used, the indications and results obtained.

They conclude that the method is effective, not only as an analgesic obstetrical method, but also in the management of obstetrical difficulties, but as to its safety to the newborn.

BIBLIOGRAFIA

1. Helman, L. M., Shettles, L. B., Monahan, C. P. e Eastman, N. J. — *Am. J. Obst. & Gynec.* 48:851, 1944.
2. White, J. C. — *Pentothal anesthesia in obstetrics*, *Am. J. Obst. & Gynec.* 63:163, 1952.
3. Cohen, E. H., Paulson, W. J., Wall, J. e Elert, B. — *Thiopental, curare and nitrous oxide anesthesia for cesarean section with studies on placental transmission*, *Surg. Gynec. & Obst.* 97:456, 1953.
4. Mc Kechnie, F. e Converse, J. G. — *Placental transmission of thiopental*, *Am. J. Obst. & Gynec.* 70:639, 1955.
5. Crawford, J. S., Kane, P. O. — *Some aspects of obstetric anesthesia: the use of thiopentone sodium*, *Brit. J. Anaesth.* 28:146, 1956.
6. Baux, R., Ferrier, Y., Bennet, P., Pomarède, R., e Tricoire, J. — *L'anesthésie obstétricale au pentothal de longue durée*, 11:200, 1959.
7. Flowers Jr., C. E. — *The placental transmission of barbiturates and thiobarbiturates and their pharmacological action on the mother and the infant*, *Am. J. Obst. & Gynec.* 78:730, 1959.
8. Guilhem, P., Pontonnier, A., Baux, R., Bennet, P., Pomarède, R. e Finkeltin, A. — *Bases physiologiques de l'anesthésie obstétricale au pentothal*, *Gyn. et Obst.* 59:301, 1960.
9. Flowers Jr., C. E. — *Factors related to the placental transfer of Thiopental in the hemochorial placenta*, *Am. J. Obst. & Gynec.* 85:646, 1963.
10. Hodges, H. — *The choice of anaesthesia and its influence on perinatal mortality in Caesarean section*, *Anesth. & Analg.* 33:572, 1961.
11. Cohen, E. N. — *Thiopental, curare, nitrous oxide anesthesia*, *Brit. J. Anaesth.* 41:122, 1962.
12. Paciornik, M. — *O feto e o recém-nato nas cesáres com anestesia pelos barbitúricos*, *Rev. Gin. Obst.* 116:313, 1965.
13. Guilhem, P., Pontonnier, A., Baux, R., Monrozier, M., Armengau, P., Espagno, G., e Bennet P. — *L'association de la perfusion d'ocytocique à l'anesthésia au pentothal dans l'accouchement normal et pathologique*, *Gyn. et Obst.* 59:173, 1960.
14. Mauvezin, C. — *La direction de l'accouchement par perfusion de post hypophyse associés à l'anesthésie générale au pentothal*, Thèse Toulouse, 1961.

15. Guilhem, P., Pontonnier, A., Monrozier, M. e Revaz, C. — La perfusion d'ocytocique associée à l'anesthésie générale au pentothal dans la souffrance foetale de la 2e. partie du travail, Gyn et Obst. 61:5, 1962.
16. Ribeiro, R. — Venoclise de tiobarbiturato e ocitócico na analgesia e aceleração da 2.ª metade do trabalho de parto, Rev. Gin. Obst. 114:31, 1964.
17. Ribeiro, R. — Associação de tiopental e metoxifluorano na analgesia obstétrica, Rev. Bras. Anest. 15:83, 1965.
18. Vernet, E. G., Tomás, J. R., Balet, J. T. e cols. — Comentario estadístico sobre la analgesia en el parto con thiopental y perfusion con ocitocicos, Obst. y Ginec. Lat. Amer. 22:361, 1964.
19. Apgar, V. — A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant, Anesth. Analg. 32:260, 1953.
- 20) Apgar, V., Holaday, D. A., James, L. S., Weisbrot, T. M. e Berven, C. — Evaluation of the newborn infant — second report, JAMA, 168:1985, 1958.
21. Moya, F. e Schnider, S. — Meperidine and the newborn infant, Am. J. Obst. & Gynec. 89:1009, 1964.

ALVARO GUILHERME EUGÊNIO
Rua Emilio Ribas, 1020
Campinas — São Paulo



VIII CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ANESTESIOLOGIA

CARACAS — VENEZUELA, 10 a 15 de outubro de 1966
Organizado pela

SOCIEDADE VENEZUELANA DE ANESTESIOLOGIA

Colégio de Médicos del Distrito Federal — Avenida Belas
Artes Los Chaguaramos — Apartado 13149.

Presidente
Dr. Luís Trocanis

Secretário
Dr. Carlos Hoyer

Inscrições — US\$ 25.00
Antes de agosto de 1966, US\$ 20.00