

MORTE MATERNA NO PARTO OPERATÓRIO. SUAS RELAÇÕES COM A ANESTESIA GERAL.

✓ **ARMANDO OBLADEN**

(Curitiba - Paraná)

A presente contribuição constitui um relatório sobre quatro ocorrências de morte materna conseqüentes do parto operatório.

A freqüência de 50 % sobre o total de mortes relacionadas com os atos anestésico-cirúrgicos me que tomamos parte, cremos que justifica uma discussão em torno das particularidades que podem responsabilizar direta ou indiretamente a anestesia.

De um modo geral verifica-se que, quando é encarado o problema das anestésias para intervenções obstétricas, os cuidados maiores, originados talvez da maior preocupação momentânea, tem sido orientados inteiramente no sentido da vida fetal. As condições de vida fetal frente aos procedimentos anestésicos, é que têm originado até hoje as maiores controvérsias, e muito se tem escrito a respeito. E o que se nota, é que, além de permanecer em plano secundário a questão da mortalidade materna, prevalecem sempre os pontos de vista obstétricos e pediátricos, e dificilmente, a não ser na literatura especializada, vemos encarado o ponto de vista do anesthesiologista. Pois estamos a dizer, que tem sido motivo de grande preocupação para nós, a questão referente aos cuidados maternos durante as intervenções obstétricas.

A eventualidade de morte materna constitui assunto que deve merecer maior atenção, porque é na maior parte das vezes prevenível (24). A morte fetal, acompanhando o ato anestésico-cirúrgico, antes de comprometer a anestesia, surge como sendo conseqüência das condições criadas pelos diversos tipos de distócias, aos quais o procedimento anestésico será somado, ao passo que a morte materna, na maior parte das vezes, apanha a parturiente em condições de

AP 3253

plena higidez, de um estado físico satisfatório que pode, súbitamente, sofrer um desequilíbrio e criar situações irreparáveis. Nunca é demais lembrar que uma parturiente deve ser atendida em ambiente adequado, por obstetras, auxiliados por enfermagem especializada. É certo que, por razões inúmeras, nem sempre acontece ser atendida a parturiente em ambiente hospitalar. Mas desde que internada, o rigor nos cuidados do pré-parto deve ser a regra, assim como devem também ser levados a sério os cuidados de pré-anestesia, porque a eventualidade operatória acompanha sempre o parto. A sedação da dor no parto é um recurso que deve ser orientado unicamente por médicos, de igual modo como é feito o controle das medicações anti-espasmódicas, analépticas e ocitócicas. Uma parturiente, desde que mostre sinais de início do trabalho de parto, não pode de modo algum ser alimentada (20, 24), porque a probabilidade de vômito acompanha, no ato anestésico, a probabilidade de aspiração do mesmo para a árvore tráqueo-brônquica, de consequências sempre sérias. Desde que a orientação do parto tome caráter operatório, os cuidados de pré-medicação e controle clínico devem ser entregues ao anestesiológico, ou, como é o verdadeiro, ao anestesiológico e ao clínico. Estes saberão, em acordo com as condições gerais da parturiente, orientar uma conduta que seja a mais satisfatória, libertando o obstetra destes cuidados. O entrosamento do trabalho de especialistas que conduzem rigorosamente a parcela que lhes compete, reflete como sendo o ideal, ideal que será traduzido em segurança, em comodidade, que por sua vez significam o melhor meio de profilaxia contra a eventualidade de morte.

São de nossa experiência quatro insucessos no terreno da obstetrícia. O primeiro surgiu numa parturiente que foi vista pela primeira vez em casa. Jovem, de condições gerais satisfatórias. Por indicação de parteira havia recebido 15 unidades de Pituitrina em doses parceladas de 5 unidades cada, o que ocasionou a formação de um anel de Bandl, razão pela qual foi internada. Anti-espasmódicos e tentativas de dilatação do colo de nada resultaram. A alternativa restante foi a operação cesariana. O exame pré-operatório revelou estado físico bom: P. A. 125/80 e 100 p/m. O procedimento anestésico foi o de anestesia geral, com C₃H₆-Flaxedil-02, precedidos de 1/2 mg de atropina por via endovenosa momentos antes da indução. Usou-se um circuito com máscara adaptada à face e cânula oro-faríngeana. A primeira fase transcorreu sem incidentes, sendo o feto extraído sem dificuldade, e chorando prontamente. Nesta altura foram administradas mais 5 unidades de Pituitrina por via endovenosa. A segunda fase foi acompanhada de uma progressiva falência das condições gerais, iniciando com arritmia, aumento da frequência do pulso e pequena baixa da P. A., seguida depois de uma elevação até atingir 170/80, onde permaneceu sem que a paciente mostrasse sinais nítidos de recuperação. A operação em

si não sofreu incidentes. O total de fluidos administrados no decurso da mesma foi de 1.100 cm³ (500 cm³ de Subtosan e 600 cm³ de sangue total). No final o pulso mostrava-se acelerado, quase imperceptível. A paciente mostrava-se ligeiramente queixosa, com reflexos muito discretos e expansão respiratória regular. Prosseguiu-se com a administração de oxigênio por meio de máscara munida de válvula expiratória, desde que a suspensão do mesmo correspondia ao desaparecimento do pulso e reflexos. Falece na quarta hora de operada ao suspender-se momentaneamente o oxigênio por motivo de troca dos cilindros. A suposição que se teve foi de dano miocárdico conseqüente do elevado teor de Pituitrina circulante, que findou pela dilatação aguda do coração (6) causada pela administração muito rápida de fluidos.

É sabido que a Pituitrina condiciona dois modos de ação diferentes, em razão das duas frações que a compõe, que são a Pitocina e o Pitressin. A Pitocina, ocitócica por excelência, que tem sua maior atividade sobre o útero grávido, representa a fração útil de interesse obstétrico. O Pitressin por sua vez, condiciona as ações nocivas da Pituitrina, ocasionando vaso-pressão, vaso-constricção arteriolar e venosa, podendo determinar vaso-constricção coronária, lesão miocárdica direta, e síncope (1). A incompatibilidade C₃H₆-Pituitrina, para a qual chamam atenção alguns autores (2, 10, 11, 23, 33, 36), parece não existir (1). Mesmo as arritmias atribuídas ao C₃H₆ (25), crê-se hoje, serem devidas a discretos estados de hipóxia (19, 32).

No dizer de Guedel (6), tôdas as mortes são devidas à hipóxia cardíaca. As drogas vasopressoras mantidas em concentrações elevadas na corrente sanguínea, seja por descargas da suprarrenal no decurso das anestésias (2, 6, 17, 10, 16), ou por administração, podem determinar constricção coronária, que é a tradução de hipóxia cardíaca. A conseqüente debilidade miocárdica (3), somente com cuidados apropriados é que pode ser recuperada. De um modo geral, a parada cardíaca segue a hipóxia encerrando o caso (6).

Os tocólogos, ao fazerem referência às contra-indicações da Pituitrina, opinam diversamente. Enquanto alguns dizem que, pelo fato de estar o emprêgo da Pituitrina tão banalizado, as contra-indicações não devem ser levadas em conta (4), outros afirmam existir a possibilidade do choque em conseqüência do seu emprêgo (9)..

Nos casos de aspiração do vômito, como o por nós observado, a retenção do líquido aspirado pode agravar-se pela impossibilidade de sua remoção pela tosse ou aspiração mecânica (28), acarretando uma diminuição da área respiratória, suficiente para manter a paciente em grave estado dispnéico. A bronco-pneumonia encerra então o quadro, surgindo num terreno debilitado.

A morte por aspiração de vômitos surge principalmente no decurso das anestésias para parturientes (52, 5, 6, 9, 16), e quase

sempre nas cesáreas. A prova está na revisão de 330 casos reunidos por Hingson (23), onde esta eventualidade figura em primeiro lugar dentro de um grupo de cinco causas de morte relacionadas com a anestesia.

Dois casos mais foram por nós observados, cuja morte teve sua causa na perda sanguínea. No primeiro caso, o incidente de choque obstétrico, que se instalou de imediato após a extração fetal por meio de fórceps, foi acompanhado de rotura do colo uterino que determinou grave hemorragia. O segundo caso surgiu também de uma hemorragia originada por atonia uterina pós-cesárea, que passou despercebida. Ambas doentes receberam sangue tardiamente.

A eventualidade de choque obstétrico não é rara. A observação atenta, logo após a extração fetal, mostra freqüentemente aceleração do pulso, queda tensional, descoramento das mucosas, sensação de desconforto, etc. Seu aparecimento está na dependência da decompressão brusca que se verifica no território esplâncnico, e de um modo geral cede com medidas comuns de compressão do ventre, elevação dos membros inferiores, analépticos e oxigênio. Mas, desde que acompanhado de uma eventual hemorragia, toma um caráter de extrema gravidade, e o recurso salvador está representado pela transfusão de sangue total, administrado por via endovenosa, intra-arterial ou esternal. Saliemos as diversas vias de administração porque nem sempre, como ocorreu no caso em que observamos, são acessíveis as veias, mesmo por dissecação.

Há quem se refira às atonias uterinas como conseqüentes de provável curarização retardada. Pessoalmente não cremos nesta possibilidade, e não vemos onde possa a anestesia estar responsabilizada, desde que é sabido, que as drogas mais comumente empregadas, e das quais nos servimos, — Thionembutal e Flaxedil, antes de apresentarem efeitos prejudiciais, possuem modos de ação preciosos para o parto operatório, em determinadas condições. Tanto os thiobarbitúricos como o curare, possuem nítidos poderes ocitócicos demonstrados experimentalmente. O útero grávido responde aos thiobarbitúricos com uma contração intensa, de sorte que constitui uma contra-indicação seu emprêgo como anestésico para uma versão. Esta contra-indicação, todavia, é preciosa durante uma cesárea (8, 35). Igualmente ao Flaxedil, referem-se alguns como possuidor de nítido poder ocitócico (12, 13, 14), e há quem aconselhe seu emprêgo no parto normal (14, 27), especialmente nas nulíparas. Sua administração, entretanto, devido a êste modo de ação, está na dependência da condição de dilatação cimpleta do colo uterino. É de nossa opinião que as atonias uterinas podem responsabilizar unicamente condições de predisponência individual, condições próprias do miométrio modificado por intervenções anteriores, núcleos miomatosos, etc., ou ainda, a possível falha ou falta de agentes ocitócicos.

Quase que de modo rotineiro costumamos administrar 1 a 1,5 mg de Prostigmine, precedidos de 0,5 mg de atropina, mesmo nas parturientes que se mostrem queixosas, com reflexos nítidos e movimentação respiratória ampla. Isto fazemos sempre que notamos estar o pulso exageradamente elevado, sem uma razão que o justifique, parecendo isto indicar ainda sinais discretos de curarização. É habitual ver-se pacientes que se submeteram a cesáreas, permanecerem com o pulso elevado, oscilando entre 90 e 110 p/m. Observa-se, entretanto, que é útil a administração de Prostigmine desde que a frequência seja maior, porque se verifica em seguida a instalação de um ritmo mais lento do pulso, estabilizando em torno de 90 p/min., de um modo geral.

Resumindo, pela primeira morte foi responsável, provavelmente, a elevada concentração de Pituitrina circulante, dando origem a acidentes coronários e miocárdicos, que findaram em dilatação aguda do coração pela administração rápida de fluidos. No segundo caso figurou como causa a aspiração de vômito, seguido de bronco-pneumonia. Os dois últimos casos tiveram como fator principal, a transfusão de sangue tardia. Nenhum dos casos foi autopsiado. Os sinais clínicos foram os únicos guias que nos orientaram no sentido das nossas conclusões.

Antes de finalizar, merecem algumas considerações os procedimentos anestésicos.

No que respeita às técnicas anestésicas mais adequadas para os casos obstétricos, diremos que de um modo geral, com diferentes procedimentos se tem alcançado mais ou menos o mesmo objetivo, e o sucesso acompanha o anestesiológico no procedimento com o qual está mais habituado. A adoção de técnicas diferentes, referidas por outros como mais seguras, não significam obtenção de melhores resultados (22). Qualquer procedimento é bom quando bem conduzido. As raquídeas tem merecido a preferência de muitos (11, 29, 25), e alguns a crêem insubstituível (5, 15). Outros só operam com anestesia local (9, 21), e outros ainda, só lançam mão da analgesia caudal contínua (11). E a anestesia geral, se bem que muito empregada, tem sido responsabilizada por acidentes e mortes, merecendo o desagrado de muitos, principalmente dos pediatras, mas, quando conduzida por anestesiológico experiente é plenamente satisfatória. Mas então, se tôdas são boas, porque as réplicas motivadas pelas cifras elevadas que indicam insucessos, como de alguns que chegam a mostrar 20,8 % e até 40 % de mortalidade na raqui (15), e disparates como o referido por Hower (7) de 6 mortes em mil nas anestésias locais, contra uma em mil nas anestésias gerais, computadas de 50.000 intervenções? As referências de morte devida à anestesia local tornam-se mais freqüentes nos balanços estatísticos (24, 30). A resposta parece estar representada pelo seguinte: hiperdosagens, uso de drogas inadequadas, esterilizações incorretas, procedimentos com o qual o anestesiológico

não está habituado (1), etc. Quer dizer, o erro técnico (26) é na maior parte das vezes o responsável, e não o procedimento.

Entre nós, habitualmente, é a anestesia geral a mais empregada. Sua adoção pelo anesthesiologista que a sabe conduzir não apresenta inconvenientes, maternos ou fetais (18, 22). Quando assim nos referimos, parece-nos ouvir já um clamor por parte dos pediatras, afirmando a nocividade dos agentes anestésicos sobre o feto. E nós concordamos, quando houver hiperdosagem, e um fator importantíssimo, — demora na extração do feto. Uma anestesia geral para cesárea, quando induzida com 0,200 - 0,300 g de Thionembutal e 0,100-0,120 g de Flaxedil no momento em que o operador está pronto para intervir (10, 31), não chega a alcançar o feto. O curare não ultrapassa a placenta (13, 14, 15, 22, 34, 35), e o Thionembutal o faz muito lentamente (48), de modo que, se o operador extrair a criança dentro de 5 ou 10 minutos (18), não serão verificados efeitos sobre a mesma, porque esta fase da operação dificilmente exige maior quantidade de anestésico. A adoção da intubação oro-traqueal é muito importante (18). Pode-se usar uma cânula oro-faringeana, mas é preferível intubar. A intubação traqueal garante em 100 % a oxigenação materna, por meio do controle manual da respiração, o que, em consequência, assegura o aporte correto de oxigênio para o feto, a menos que existam perturbações circulatórias ao nível da placenta.

Finalizando, diremos com Bernard Johnson (8) — “Administrar um anestésico, é o mesmo que guiar um enfermo pelo caminho que conduz da perda de consciência até a morte. Somente os mais experientes sabem da distância exata que lhes será franqueada, para se adaptarem a seu caso, e à operação projetada”.

Resumo

Após entrar em comentários sobre os cuidados que devem ser dispensados às parturientes, com vistas para a eventualidade de parto operatório e anestesia, o A. apresenta um relato sobre quatro insucessos, referentes a casos em que tomou parte dentro da sua função de anesthesiologista. Refere, em resumo, as causas de morte como sendo, a do primeiro caso devida provavelmente, à elevada concentração de Pituitrina circulante, que deu origem a acidentes coronários e miocárdicos, que findaram em dilatação aguda do coração por administração rápida de fluidos. No segundo caso figurou como causa a aspiração de vômito, seguido de bronco-pneumonia. Os dois últimos casos tiveram como fator principal, a transfusão de sangue tardia. Nenhum dos casos foi autopsiado. Os sinais clínicos foram os únicos guias que o orientaram no sentido das suas conclusões.

Finaliza com referências aos diversos procedimentos anestésicos para casos obstétricos, e com uma explanação sobre a técnica das anestésias gerais.

Summary

The author comments on the management of parturients, concerning the possibility of operatory delivery and anesthesia, and reports four unsuccessful deliveries where he participated as anesthetist. He summarizes the causes of death as follows: in the first case, it was possibly due to the high blood concentration of Pituitrin, originating coronary and myocardial disorders which led to acute dilatation of the heart, the later worsened by fast administration of fluids to the patient; in the second case the cause of death was aspiration of vomited material, leading to broncopneumonia; in the last two cases, delay in the performance of blood transfusion was a main factor of death. Clinical signs were the only guides to these conclusions as none of the four patients was submitted to autopsy. The author reports on several anesthetic procedures indicated in obstetric cases and closes this paper with an explanatory note on general anesthesia technics.

Bibliografia

- 1) *Adriani, J.* — "The Pharmacology of Anesthetic Drugs" — 3.^a ed. Springfield, Ill., U. S. A., Charles C. Thomas - Publisher, 1952.
- 2) *Adriani, J.* — "Techniques and Procedures of Anesthesia" — 1.^a ed., 1947, Springfield, Ill., U. S. A., C. C. Thomas - Publisher.
- 3) *Bourne, G.* — "An Introduction to Cardiology" — 1.^a ed., 1949, Londres, E. Arnold & Co.
- 4) *Bernat, J. M.* — "Clínica Obstétrica" — 4.^a ed., 1948, El Ateneu, Bs. As., Argentina.
- 5) *Collins, V. J.* — "Principles and Practice of Anesthesiology" — 1.^a ed., 1952, Philadelphia, Lea & Febiger.
- 6) *Guedel, A. E.* — "Inhalation Anesthesia" — 2.^a ed., 1952, New York, Macmillan Co.
- 7) *Hewer, C. L.* — "Recent Advances in Anaesthesia and Analgesia" — 7.^a ed., 1953, New York, The Blakiston Co.
- 8) *Johnson, B.* — "Aquisitions ércentes en anesthésie et réanimation" — ed. 1950, L'Expansion Scientifique Française - Editeur.
- 9) *Lee, J. B. De e Greenhill, J. P.* — "Principles and Practice of Obstetrics", ed. y947, Philadelphia, W. B. Saunders Co.
- 10) *Lee, J. A.* — "A Synopsis of Anesthesia" — 2.^a ed., 1950, Bristol John Wright and Sons.
- 11) *Lull, C. B. e Hingson, R. A.* — "Control of Pain in Childbirth"—ed. 1944, Philadelphia, Lippincot.
- 12) *Laborit, H. e Chaillet, P.* — "Le curare en Obstétrique" — Journ. Therap. Paris, 13 Oct, 1948.
- 13) *Lacome, M.* — "L'usage des curarisants et des faux curarisants en Obstétrique" — La Médecine, 13, 1946.
- 14) *Massat, H.* — "Contribution a l'étude de l'analgésie obstétricale par l'association Dolossal-3697 R. P. — Quest Medicae, 4, 1950.
- 15) *Neme, B.* — "Da raquianestesia em Obstetrícia" — Tese para docência livre de Cl. Obstétrica e Pueric, Néo-natal da Fac. Med. de São Paulo, 1950.

- 16) *Snyder, F. F.* — "Obstetric Analgesia and Anesthesia" — ed. 1949, Philadelphia, W. B. Saunders Co.
- 17) *Vazquez, H. H.* — "Paro cardiaco durante la anestesia" — Rev. Argent. de Anestesiologia, Mayo-Agosto 1953, 73-84.
- 18) *Nahoum, J. e Grelle, F.* — "Narcose para a operação cesárea" — Boletim do Centro de Estudos Clara Basbaum, Vol. II, n.º 2, Março-Abril 1952.
- 19) *Aimeida, J. J. C.* — "Novo método de respiração controlada mecânicamente: narcose com baro-inversão total na ventilação pulmonar pelo Pulmo-ventilator" — Rev. Bras. de Anest., Ano 1, N.º 3.
- 20) *Brussarosco, F.* — "O Departamento de anestesia e suas funções no hospital moderno" — Anestesia (Bol. da Soc. Bras. de Anest.), Ano 3, Nov. 1952, N.º 11.
- 21) *Bornstine, M. L.* — "Concerning anesthesia for cesarian section" — West. J. Surg. Obst. and Gynec., 60:39-45, Jan. 1952.
- 22) *Davenport, H. F. and Prime, F. G.* — "Anaesthesia for cesarian section" — Brit. M. J., 1:1347, 1950.
- 23) *Hingson, R. A. and Hellman, D. N.* — "Organization of obstetric anesthesia on a twenty-hour basis in a large and small hospital" — Anesthesiology, 12:745-752, Nov. 1951.
- 24) *Lock, F. R. and Mason, L. B.* — "Obstetrics deaths related to anesthesia. Report of fifteen cases." — New Orleans Med. and Surg. J., 102:449-453, March 1950.
- 25) *Ahearn, R. E. and Marchal, C. J.* — "Minimal spinal anesthesia for cesarian section" — New York State J. Med., 50:1591-1594, Jul. 1950.
- 26) *Macintosh, R. B.* — "Deaths under anaesthetics" — Brit. Anaest. J., 21:107-136, Jan. 1949.
- 27) *Mc Mann, W.* — "Curare with general anesthesia for vaginal deliveries" — An. J. Obst. & Gynec., 60:1366-1368, Dec. 1950.
- 28) *Thorek, M.* — "Impending death under anesthesia" — J. Internat. Coll. Surgeons, 15, 152-160, Feb. 1951.
- 29) *Ward, S. V.; McLeod, W. L.; Mecaskey, G. E. and Thornton, D. R. Jr.* — "Obstetrical report of the Southern Baptist Hospital for 1948" — New Orleans Med. & Surg., 102:445-449, March 1950.
- 30) *Hill, F. E.* — "Observations on the Adelaide Report on deaths under anaesthesia" — Brit. J. Anaesth., April 1953, 158-161.
- 31) *Davenport, H. T.* — "The use of d-tubocurarine for cesarean section. A report of 210 cases." — Brit. J. Anaesth., 23:66-80, april 1951.
- 32) *Johnstone, M.* — "Cyclopropane anaesthesia and ventricular arrhythmias" — Brit. Hearth J., 12:239-244, July 1950.
- 33) *Newman, M. N.; Fritz, J. M.; Ting, K. S.; Uhl, J. W. and Livingstone, H. M.* — "The possible hazards of transthoracic vagotomy during cyclopropane anesthesia" — Anesth. and Analg., 29:121-135, May-June 1950.
- 34) *Potter, J. K. and Pender, B. H.* — "Anesthesia for cesarian section" — Anesth. and Analg., 30:35-40, Jan.-Feb. 1951.
- 35) *Bairão, G. S.* — "Relaxantes musculares" — Rev. Bras. de Anest., Ano 2, N.º 1, Abril 1952, 13-68.
- 36) *Elman, E.* — "Surgical Care" — ed. 1951, Appleton-Century-Crofts, Inc., New York.

Demerol

MARCA REGISTRADA

ANALGÉSICO = ESPASMOLÍTICO = SEDATIVO

para as Dores de Qualquer Etiologia

OBSTETRÍCIA

Diminui o espasmo cervical acelerando o curso do trabalho de parto.

Não produz depressão respiratória nem retenção urinária.

Não acarreta perigo algum para a mãe ou para o filho

Não traz complicações post-partum.

CIRURGIA

No **pré-operatório** contribui para a sedação psíquica do paciente; facilita a anestesia e permite menor quantidade de anestésico.

No **pós-operatório** proporciona analgesia intensa e, sendo de grande tolerabilidade, contribui para melhorar as condições do paciente.

MEDICINA

Indicado nas cólicas hepáticas, renais e intestinais; na dor pleurítica de qualquer etiologia; nos espasmos cardiovasculares dolorosos; na cefaléia hipertensiva; nas dores articulares e em várias condições neurológicas — ciática, tabes dorsal e radiculites; na asma brônquica.

USO PARENTERAL: ampolas de 2 cm³ (100 mg) em caixas de 5 ou 50.

USO ORAL: Tubos de 10 comprimidos de 50 mg.

DEMEROL é um produto WINTHROP

Demerol só pode ser prescrito em formulário especial do S.N.F.M. (tabela B)

DISTRIBUIDORES:

The Sydney Ross Company, Rio de Janeiro, Brasil

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³



A
"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPRÊGO DA GLICOSE



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR **DOLCSONA**

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

FOREGGER



Aparelhos de

Anestesia

e todos

acessórios

Intubação

endotraqueal

Gases e

Cal Sodada

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL

SOCIEDADE IMPORTADORA GRASSI LTDA.

Rua Senador Dantas, 76 - Sobreloja

Tel. 22-1731 - Rio de Janeiro