

Metergin sem Vômitos

Prezado Sr. Editor

Metergin Sem Vômitos — Um dos inconvenientes das anestésias de condução para a operação cesariana, é o vômito que se segue à injeção de ocitócico derivado do esporão de centeio. A vontade do "ver nascer" e a necessidade do contato imediato da mãe e seu filho, vem trazendo modificações na conduta do anestesista com relação ao secundamento.

Outrora, nosso hábito era o de sedar a paciente com diazépírico venoso logo após o clampeamento do cordão e a notícia de que tudo vai bem com o recém-nascido. O sedativo reduz a incidência daqueles vômitos, mas dá sono.

O interesse da mãe em segurar a criança, fez com que esta permaneça na sala de operações, às vezes, cerca de vinte minutos, tempo bastante para o surgimento de náuseas ou vômitos maternos, após a injeção muscular ou venosa de ergonovina ou metilergonovina. Tal fato fez com que alguns anestesistas, deliberadamente, deixassem de aplicar estes ocitócicos rotineiramente, só o fazendo se o sangramento não for controlado a contento, após o uso de Syntocinon® fracionado e/ou em infusão venosa contínua.

Dados da Literatura

Syntocinon - repete a ação da ocitocina, e no útero puerperal a contração é do tipo **onda peristáltica**¹.

Metergin/Ergotrate - a contração induzida pelo esporão de centeio é a tetânica, muito mais eficaz para a hemostasia puerperal¹.

Rezende é categórico em sua descrição da operação cesariana ao afirmar que após a extração da placenta, "é também nesse momento que ocitócico poderoso, preferentemente derivado do esporão de centeio, deve ser injetado por via venosa, para provocar a contração uterina, de cuja energia e préstimos dependem a dequitação e a boa retração da matriz².

Bonica assevera que os derivados do esporão de centeio promovem contração mais poderosa e tetânica do útero, e não há tendência a relaxamento, como após o uso de ocitocina³.

Passos e Rezende referem críticas sobre o uso

pelas vias muscular e venosa dos derivados do ergot no parto normal, devido à hipertensão arterial, à vasoconstrição periférica e aos vômitos⁴.

Conklin e Murad - recomendam a via muscular para os derivados do ergot, reservando a via venosa para as hemorragias decorrentes da atonia uterina⁵.

Davis e col demonstraram e Rall e Schleifer confirmaram efeito uterotônico 10 minutos após ingestão de 0,2 mg de ergonovina^{6,7}.

Sendo a metilergonovina medicação consagrada para após o parto pela via oral, passamos a empregá-la **por via oral**, também na operação cesariana, e da seguinte forma:

— após instalado o bloqueio peridural de T₆ a S₅ e estabilizados os níveis tensionais, administra-se por meio de seringa sem agulha, 0,4 mg de Metergin por via oral. Usa-se a forma líquida do conteúdo de duas ampolas, não só por ser a forma de apresentação que se encontra nas salas de operações, como também facilita a sua absorção. O sabor, um misto de salgado/amargo é bem aceito. Simultaneamente com a ingestão da droga, o cirurgião procede à antissepsia da pele, colocação dos campos operatórios e inicia a operação. Existirá um intervalo de pelo menos 10 minutos entre a administração da droga e a histerotomia. Após o clampeamento do cordão umbilical, injeta-se por via venosa 5 unidades de Syntocinon, repetidos 5 minutos depois, e, concomitante com a colocação de mais 15 unidades no frasco de infusão venosa.

Tal vem sendo minha conduta nos últimos quatro anos, durante os quais observei pessoalmente 280 pacientes submetidas à operação cesariana, sendo 195 de clínica particular e 85 no Hospital Central do IASERJ, todas em bom estado geral, sendo 5 gemelares, e 10, portadoras de toxemia tardia (pré-eclâmpsia) sob contrôlo. Não foram assinalados náuseas, vômitos, hipertensão ou perdas sanguíneas que necessitassem transfusão de sangue, e o útero foi considerado bem contraído antes de decorridos 5 minutos da extração da placenta, com formação do globo de segurança de Pinard, assim permanecendo durante várias horas, tempo suficiente para que os mecanismos fisiológicos passassem a comandar seu estado de contratilidade.

Tendo em vista a inexistência de outra medicação ocitócica de uso corrente, acho mais prudente

a administração de Metergin oral como agora se propõe, do que prescindir de seu uso a priori, e ter que injetá-lo se necessário, por via muscular ou venosa, com os riscos e inconvenientes aqui lembrados.

Natan Treiger
Rua Senador Vergueiro, 81 - apto. 203
22230 - Rio de Janeiro - RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montenegro C A B, Lima J R — A Contratilidade Uterina. In Rezende J — Obstetrícia. 4ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982.

2. Rezende J — Operação Cesariana. In Rezende J - Obstetrícia. 4ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982.
3. Bonica J J — Oxytocics and Uterine Relaxants. In Bonica J J — Principles and Practice of Obstetric Analgesia e Anesthesia. Philadelphia, F. A. Davis Company, 1972.
4. Passus E M, Rezende J — O Secundamento. In Rezende J — Obstetrícia. 4ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982.
5. Konklin K A, Murad S H N — Pharmacology of Drugs in Obstetric Anesthesia. In Seminars in Anesthesia, Vol I, nº 2 (June), 1982.
6. Davis M E, Adair F L, Pearls S — The Present Status of Oxytocics in Obstetrics (JAMA 1936 - 107: 261 - 267) citado por Goodman L S, Gilman A — The Pharmacological Basis of Therapeutics, New York, 1st Edition. Chapter 36 "Oxytocics" - The MacMillan Publishing Co., Inc., 1941.
7. Rall T W, Schleifer L S — Oxytocins, Prostaglandins, Ergot Alkaloids, and other agents. In Goodman L S e Gilman A — The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York, 6th Edition. The Macmillan Publishing Co., Inc., 1980.

Rev Bras Anest
1985; 35: 3: 235 - 236