

A NARCO-ACELERAÇÃO DO PARTO

DR. ANTÔNIO DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE, E.A.

A narco-aceleração deve ser indicada pelo obstetra e requer uma equipe entrosada. Consiste na administração de sôro, contendo ocitocina (10 u, em 500 ml) em paciente sob narcose com tiobarbiturato; a instalação depende da dilatação do colo uterino.

No período pré-anestésico o autor usa apenas atropina afim de evitar depressão respiratória fetal conseqüente ao uso de narcóticos. Recomenda, em casos de colo grosso, e a associação de pequenas doses de galamina ao barbiturato. Em tôdas as 107 pacientes a apresentação foi cefálica e o parto em 90,8% dos casos fêz-se até 30 minutos após o início da narcose. Em 77,6% dos casos a instalação da narco-aceleração fêz-se com a dilatação cervical entre 5 e 7 cm. Não houve mortalidade materna ou fetal na série, 65% dos fetos tiveram um índice de Apgar entre 9 e 10.

Denominamos de *Narco-Aceleração*, ao que os autores franceses nos seus trabalhos originais, encabeçados por Guilherme Pontonnier, denominaram em 1960, de "Associação da perfusão dos ocitócicos à anestesia com pentotal, no parto normal e patológico."

As nossas considerações a respeito dêsse processo, dizem respeito às observações por nós feitas em 107 parturientes, das quais 47 de clínica particular e 60 de atendimento gratuito, tôdas na Maternidade Clara Basbaum — Serviço do Prof. Francisco Carlos Grelle.

CONTRÔLE DA DOR NO PARTO

Achamos que é da conveniência de todos — obstetras, parturientes e circunstantes que a mãe tenha o seu filho na maior tranquilidade, que a dor que sinta seja suportável, que o tempo de trabalho de parto, esteja dentro dos limites normais.

(*) Trabalho apresentado no XII C.B.A. e I Congresso da F.S.A.P.L.P., outubro de 1965, Rio de Janeiro, GB. O autor é chefe do Serviço de Anestesia da Maternidade Clara Basbaum, Rio de Janeiro, GB.

Deixar uma parturiente avançar o seu trabalho de parto por horas e horas e até dias, aos soluços, gritos e lamentações, não nos parece um cumprimento radical do postulado bíblico, e sim, também, uma falta de caridade para com o sofrimento alheio. Acresce ainda, que os trabalhos de Pichot⁽¹⁾, em 1953, quando fez eletroencefalograma de 2 grupos de recém-natos — o 1.º grupo, relativo aquêles provenientes de intervenções obstetricamente corretas e de trabalho inferior a 24 horas e o 2.º grupo, de uma expulsão espontânea, anormalmente prolongada, mostraram grande frequência de traçados anormais no 2.º grupo, em relação ao primeiro.

Em 1950, com o aparecimento do parto psico-profilático no mundo ocidental, vulgarmente chamado de parto sem dor, parecia naquela época, se ter chegado à solução do problema. Com o decorrer dos anos, verificou-se que o método era e é de inegável valor, mas sobretudo na primeira parte do trabalho, ficando a segunda parte, como uma incógnita: enquanto umas gestantes suportavam bem esta fase, outras apresentavam uma verdadeira excitação, comportando-se até pior do que aquelas que não haviam recebido qualquer lição, a não ser a da própria natureza — e o que é mais desagradável — se decepcionando. Para êsses casos, é que achamos falta da narcose. É do nosso entender, que a adoção do método psico-profilático na primeira parte do trabalho, seguido da narco-aceleração na fase complementar, seria uma das formas ideais de se resolver o problema.

Os demais métodos de abolição da dor, tais como a analgesia com protóxido de azoto, ciclopropano, éter, trile-ne e as anestésias condutivas, são do conhecimento de todos e nêles não nos alongaremos.

A NARCOSE ASSOCIADA A OCITÓCICOS

Os estudos partem em 1942, na França, com o chamado método de Delalande, que consistia na anestesia geral com Cloro-Kelene-22, associada à administração por via intramuscular do extrato pós-hipofisário.

Em 1951, P. Guilhem, A. Pontonnier e cols.⁽²⁾, introduziram modificações na técnica de Delalande, substituindo a via muscular de administração do extrato pós-hipofisário, pela venosa.

O uso do Pentotal Sódico — Em virtude da indução pouco agradável, dosagem de difícil contrôlo e grande efeito nauseoso do Cloro-Kelene-22, e sobretudo tendo em vista os

estudos que já vinham sendo feitos sobre a passagem transplacentária do barbitúrico, estudos esses que iam a minúcias de dosagens espectro-fotométricas do barbitúrico no plasma, nos tecidos e na urina do feto e da mãe, e cujos resultados em conformidade com as 170 dosagens de Finkeltin⁽³⁾, eram os mais promissores, voltaram-se os autores franceses em 1959, para o uso do barbitúrico venoso, associado a ocitocina, para a anestesia no parto.

Isto não vinha mais do que corroborar as observações feitas em todo o mundo, sobre a anestesia obstétrica com pentotal, que a partir de 1938, quando, segundo White⁽⁴⁾, foi usada pela primeira vez por Le Brecque, com relatório sobre 48 casos. Daí se propagou lenta, mas seguramente, chegando ao Brasil em 1952, aqui usada inicialmente por Grelle e Nahoun⁽⁵⁾, com a publicação de uma nota prévia sobre o uso do barbitúrico-curare em cesariana.

Em 1958, Cyro Ciari Júnior⁽⁶⁾, apresenta Tese à Escola Paulista de Medicina, com o trabalho "Pentotal sódico na anestesia obstétrica" e inúmeros outros trabalhos se lhe seguem.

De nossa parte⁽⁷⁾, fazíamos em 1963, em trabalho que apresentamos em Simpósio de Obstetrícia, um estudo sobre 500 cesarianas com barbitúrico-curare, sem uma morte materna ou fetal, e citávamos os trabalhos de Baux, Flowers, Pontonnier e Root, nos quais era demonstrado ser muito mais rápida a equivalência das concentrações sanguíneas materno e fetal e que apenas baixos teores de barbitúrico entravam em contacto com o cérebro do feto, devido à baragem oferecida pelo fígado do mesmo — e ainda que este baixo teor que ao cérebro chegava, dispunha de reduzido poder de fixação, em virtude da proporção limitada de lípidios comparativamente ao adulto.

O que é evidente, é que estudos feitos exaustivamente por todos esses autores sobre a passagem transplacentária de barbitúricos na anestesia obstétrica cirúrgica, se aplicavam *in totum*, na anestesia para o parto obstétrico.

A Tese de Finkeltin, segue-se em 1960, o trabalho magnífico de P. Guilhem, A. Pontonnier e cols.⁽⁸⁾, sobre a "Associação de perfusão de ocitócicos à anestesia com pentotal, no parto normal e patológico."

Em 1961, Bedoya⁽⁹⁾, publicava uma nota prévia em que usava o gotejamento de pentotal — 2 grs. em 500 ml de sôro, com 10 unidades de Syntocinon^(R), levando a paciente a um estado de sonolência.

Em 1962, Revaz⁽¹⁰⁾, com um trabalho sobre 334 partos, usa a solução de pentotal a 2,5%, injetando em doses fra-

cionadas, enquanto corre gôta-a-gôta venoso, o sôro glicosado com 10 unidades de ocitocina.

Em 1964, Renato Ribeiro⁽¹¹⁾, publica trabalho metuculoso sôbre o assunto, usando além do tiobarbiturato, demerol e atropina — esta, na dose de 1 mg.

Ainda em 1964, Gil Vernet e cols.⁽¹³⁾, publicam um comentário estatístico sôbre a analgesia no parto com Tiopental e perfusão com ocitócicos, usando o gotejamento do hormônio pós-hipofisário em 500 ml de sôro e Tiopental a 2,5% em doses fracionadas.

Da experiência de todos os autores citados e da nossa própria, pois já modificamos o que fazíamos originalmente, chegamos ao esquema atual do presente trabalho.

INDICAÇÃO

É evidente que cabe essa decisão ao obstetra. Ele é que sabe das condições atuais do parto, e também dos antecedentes da parturiente. Para aquêles casos que não são de livre escolha, Revaz⁽¹⁰⁾, faz as seguintes indicações:

1 — Por distócia funcional da 2.^a parte do trabalho de parto.

2 — Por indicações tiradas do estado da parturiente, em que há interêsse em ultimar rápidamentee o parto: Nevropatas hipersensíveis e pusilânimes, pacientes com nefropatias, tuberculose, cardiopatias, obesidade.

3. — Prova de trabalho na bacia limite.

A concepção da Escola de Toulouse para o caso, é a seguinte: se após à rutura das membranas, com dilatação mínima de 5. cms, decorridos 30 minutos do início da narcose com a perfusão ocitócica, não se processa uma dilatação completa e uma insinuação real da apresentação, é decidido então proceder a intervenção pela via alta.

4 — Por indicação tirada do estado do feto: sofrimento fetal, malformação congênita.

MATERIAL

Nossas observações baseiam-se na realização de narcoaceleração em 107 parturientes (94 casos com menos de 30 anos de idade), sendo 58 primíparas, 31 secundíparas e 18 múltíparas, tôdas com apresentação fetal cefálica.

Não usamos nenhuma medicação pré-anestésica. Continuamos com nosso ponto de vista, de qualquer analgésico, sedativo ou hipnótico, tem ação marcante sôbre o feto e muitas vêzes potencializadora sôbre a anestesia a fazer.

Enquanto se processa a dilatação até o limite mínimo desejado (5 cms), aproveitamos para colocar todo nosso material anestésico como se fôssemos para uma intervenção cirúrgica obstétrica: oxigênio, sistema de respiração artificial, material de entubação, aspiradores, em condições de uso imediato, quer para a mãe, quer para o feto.

TABELA 1

**DILATAÇÃO DO COLO UTERINO, NO INÍCIO DA
NARCO-ACELERAÇÃO**

Dilatação	N.º de casos	
2 cms.	1	
3 cms.	7	
4 cms.	7	
5 cms.	34	
6 cms.	33	— 80,3%
7 cms.	19	
8 cms.	6	

Atingido o limite de dilatação citado ou mais (Tab. 1), é colocada a paciente sobre a mesa, canulizada uma veia preferentemente de região não articular, com agulha cal. 10, no mínimo; iniciando-se o gotejamento de uma solução de glicose a 5%. Coloca-se aparelho de pressão e estetoscópio no braço contrário e faz-se a fixação firme de braços e pernas.

Narco-aceleração — No soro em gotejamento, colocamos 10 unidades de ocitocina (Syntocinon^(R)), desde que não haja um quadro hipersistólico, seguido de imediato pela aplicação de 0,5 mg de atropina e uma dose de 150, 200 ou 250 mg de tiobarbitúrico a 5%.

Quando o quadro é de hipersistolia, não adicionamos a ocitocina, podendo fazer mais adiante, ou mesmo deixar de fazer.

Não levamos a paciente à apnéia, mas a um estado de analgesia em tal grau, que não permita a movimentação ativa violenta da mesma, pois nesse caso, há um verdadeiro transtorno na execução do trabalho, com veia perdida, pernas e braços em movimentos difíceis de conter e outras atitudes, que o estado de excitação e inconsciência podem levar. A dose anestésica, quer de indução, quer de manu-

tenção, sobrepassa esta fase, e somente na hora, é que de acôrdo com o gráu de superficialização da paciente, pode ser feita pelo anesthesiologista, que também controlará a maior ou menor velocidade no gotejamento da ocitocina, podendo aumentá-la, diminuí-la ou mesmo suprimi-la, se o quadro é de hipersistolia permanente.

Desde que a parturiente entre em narcose, lhe é adaptada uma máscara com respectivo prendedor, fluxo permanente de oxigênio e válvula tipo Ruben. Seguimos com isto, o que relatara Pristowsky⁽¹²⁾, mostrando ser possível elevar a saturação de oxigênio do espaço intervilo, pela administração de O₂ à mãe.

Nos casos de colo grosso, temos usado com real proveito doses pequenas (40 mg) de galamina. Em nenhum dos trabalhos citados, encontramos preconizado o seu uso, mas Boechat⁽¹⁴⁾, já em 1953, em trabalho exaustivo sobre o assunto, analisa a sua própria experiência (via perineal) e a de mais 24 autores, chegando a 4 conclusões fundamentais sobre o emprêgo:

- 1 — eficaz e inócua;
- 2 — efeito mioresolutivo imediato;
- 3 — encurtamento do trabalho de parto.
- 4 — particular importância no partejamento de primíparas, sobretudo, obesas.

Como após a aplicação da galamina, por via venosa, se processa uma hipoventilação, fazemos até que passe o seu efeito, a respiração assistida.

As doses de tiobarbitúrico vão sendo feitas fracionadamente, de acôrdo com a superficialização da anestesia até que seja atingida a dilatação total. (Tab. 2).

Logo após a retirada do feto, administramos uma dose venosa de um útero-tônico (Methergin^(R) ou Ergotrat^(E)) e continuamos com o gotejamento lento da ocitocina, até o limiar do 4.º período, ou seja até 1 hora após o parto.

No período compreendido entre a retirada do feto e a conclusão da episiorrafia, usamos doses de barbitúrico ou entramos com um anestésico volátil — (metoxifluorano ou éter).

Nos casos em que foi aplicada a galamina, fazemos uso após o parto de uma dose de prostigmine.

Em 17 casos, empregamos a meperidina durante a narco-aceleração, deixando de usá-la pelos efeitos depressores sobre o feto, conforme nossa observação pessoal.

TABELA 2

DOSES DE TIOPENTAL USADAS ATÉ A RETIRADA DO FETO

Dose	N.º de casos	
Até 200 mg.	7	— 70% —
200-300 mg.	19	
300-400 mg.	22	
400-500 mg.	27	
500-600 mg.	6	
600-700 mg.	16	
700-800 mg.	4	
800-900 mg.	2	
900-1000 mg.	3	
Mais de 1000 mg.	1	

A atropina, na dose de 1 mg foi usada em 12 dos nossos casos. Achamos no entanto que esta dose recomendada por alguns autores, é elevada, no caso particular da narco-aceleração.

RESULTADOS

A quantidade de barbitúrico usado em 70% dos casos, foi inferior a 0,5 g. (Tab. 2)

Em 58% dos casos, o parto se processou entre 2 e 15 minutos e em 90,6%, antes que atingisse o 30.º minuto. (Tab. 3).

65% dos fetos, teve um Apgar entre 9 e 10. (Tab. 4).

Em 3 dos nossos casos (2,5%), houve hemorragia no 3.º período e por coincidência, figuram entre os 10 primeiros de nossa casuística, sendo que um deles, o motivo determinante, certamente, foi o corte brusco da ocitocina logo após o parto; nos outros dois, não houve uso do útero-tônico, continuando-se apenas, com a ocitocina.

CONCLUSÕES

1) — A narco-aceleração, é um trabalho de equipe; para fazê-la, torna-se necessário experiência e entrosamento entre seus componentes.

TABELA 3

DURAÇÃO DA NARCOSE DESDE O INÍCIO ATÉ A RETIRADA DO FETO

Retirada do feto	N.º de casos		
Até 5 min.	22	58,8%	90,6%
5-10 min.	26		
10-15 min.	15		
15-20 min.	11		
20-25 min.	11		
25-30 min.	12		
30-40 min.	5		
40-50 min.	3		
50-60 min.	1		
Mais de 60 min.	1		

TABELA 4

CONDIÇÕES FETAIS DE NASCIMENTO DE ACORDO COM O ÍNDICE DE APGAR

Apgar	N.º de casos	
1	—	
2	—	
3	1	
4	—	
5	5	
6	6	
7	6	
8	18	
9	61	— 65% —
10	10	

2) — A indicação para a narco-aceleração, é de alçada exclusiva do obstetra.

3) — O uso associado de curare ao tiobarbitúrico e ocitocina, por nós feito em 50% dos nossos casos, mostrou-se de real valor.

4) — O anestesiolegista para realizar a narco-aceleração, deve estar habituado à anestesia obstétrica e à reanimação fetal.

5) — A narco-aceleração, diminui o número de cesarianas.

6) — Abrevia surpreendentemente o trabalho de parto.

7) — Não traz maiores conseqüências sôbre a mãe ou sôbre o feto.

SUMMARY

DELIVERY UNDER NARCOACCELERATION

Narcoacceleration consists of vaginal delivery hastened by the administration of I.V. oxytocine (10 units in 500 ml) under barbiturate narcosis. The obstetrician is responsible for its proper indication, as well as, the time of onset of this technique.

As preanesthetic medication the author uses only atropine, as the narcotics potentiate the fetal respiratory depression. Small doses of gallamine are associated to the barbiturate. This report includes the delivery of 107 living infants in cephalic presentation, expulsion being accomplished in 30 minutes or less after the beginning of anesthesia, in 90,8% of the patients. In 77,6% of patients narcoacceleration was started after 5 to 7 cm of cervical dilatation.

BIBLIOGRAFIA

1. Pichot, F. — Contribution à l'étude de l'encéphalogramme normal et pathologique du nouveau-né. — Thèse. Toulouse, 1953.
2. Guilhem, P., Pontonnier, A., Baux, R. & Mourozies, M. — L'association d'extraits posthypophysaires en perfusion intraveineuse et d'anesthésique dans la direction da l'accouchement. — Bull. Féd. Soc. Gynec. & Obst., 3:703, 1951.
3. Finkeltin, A. — Passage transplacentaire du penthotal et conséquences obstetricales. — Thèse. Toulouse, 1959.
4. White, J. — Obstetrical Anesthesia. — Am. J. Obst. & Gynec., 63:163, 1952.
5. Grelle, F. C. & Nahoun, J. C. — Nota prévia sôbre o uso em cesariana de barbitúrico-curare. — Rev. Méd. Aeronáut., 1:109, 1952.
6. Ciari Júnior, C. — Penthotal sódico na anestesia obstétrica. Tese. São Paulo, 1956.
7. Albuquerque, A. O. — A anestesia obstétrica. — J. Bras. Cir., 4:700, 1963.
8. Guilhem, P. & cols. — L'association de la perfusion d'ocytocique a l'anesthésia au penthotal dans l'accouchement normal et pathologique. — Gynec. & Obst., 59:2, 1960.
9. Bedoya, J. M. — Nota preliminar sôbre analgesia do parto, mediante gotejamento venoso de pentotal. — Toko-Ginec. Práct., 20:322, 1961.
10. Revaz, C. & Monrozies, M. — Diminution de la fréquence en cours d'accouchement par la perfusion d'ocytociques sous anesthésie general au penthotal. — Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 15:446, 1963.
11. Ribeiro, R. — Venoclise com Thiobarbitúrico e ocitócicos na analgesia do parto. — Rev. Ginec. & d'Obst., 114:31, 1964.

12. Pristowsky, H. & cols. — Fetal Blood Studies. The carbon dioxide concentration gradient between the fetal and maternal blood of the humans. — Amer. J. Obst. & Gynec., 81:273, 1961.
13. Vernet, E. G. & cols. — Comentário estadístico sobre a analgesia em el parto, con Thiopental y perfusion con occitocicos. Prog. Obst. & Ginec., 7:5, 1964.
14. Boechat, D. — Aplicação perineal de curare no trabalho de parto., Bol. Mat. Clara Basbaum, 3:179, 1953.

DR. ANTONIO DE OLIVEIRA ALBUQUERQUE
Rua Voluntários da Pátria, 139, apto. 901
Rio de Janeiro — Guanabara



NOVA EDIÇÃO — 1965

CIÊNCIAS BÁSICAS EM ANESTESIOLOGIA

DR. BENTO GONÇALVES
DR. REYNALDO P. RUSSO
DR. AMADOR V. LORENZO

CONTENDO TÔDAS AS PERGUNTAS DOS EXAMES
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA,
COM COMENTÁRIOS ATUALIZADOS

PREÇO: Cr\$ 10.000

PEDIDOS A SECRETARIA DA S.B.A.