

ANESTESIA PARA ELETROCONVULSOTERAPIA: uso do Meto-Hexital Sódico e da Succinilcolina.

DRA. EUGESSE CREMONESI (*)

DR. GIL SOARES BEIRÃO ()**

17

Em 37 pacientes a eletroconvulsoterapia foi realizada sob hipnose com o meto-hexital e relaxamento com succinilcolina. Observou-se que na maioria dos pacientes foi possível no EEG observar as alterações típicas da eletroconvulsoterapia, havendo necessidade de aumentar a voltagem no tratamento em alguns casos. Não houve aumento da salivagem, apesar de não se usar o anti-colinérgico no pré-operatório. A recuperação foi rápida.

O meto-hexital sódico é um derivado barbitúrico de ação hipnótica intensa e de curta duração, induzindo um despertar rápido e completo; além disso é desprovido de ação anti-convulsivante; tais propriedades fazem supô-lo útil para induzir hipnose em doentes a serem submetidos a convulsoterapia pelo eletrochoque.

O presente trabalho visa a apresentar os resultados obtidos com a utilização do meto-hexital sódico, associado à succinilcolina para a realização de eletroconvulsoterapia (ECT).

MATERIAL E MÉTODO

Foram utilizados 37 casos de psiquiatria de ambos os sexos e com idade variando entre 16 e 62 anos, a serem submetidos a eletroconvulsoterapia.

As drogas empregadas foram o meto-hexital sódico a 1% em água destilada e o cloreto de succinilcolina na mesma concentração. Todos os doentes foram submetidos, previamente a ECT, sem o auxílio de anestesia.

(*) Assistente do Serviço de Anestesia do H. C. da F.M.U.S.P. Assistente extranumerário da Cadeira de Farmacologia da F.M.U.S.P., E.A., S.B.A.

(**) Diretor do Serviço de Anestesia do H. C. da F.M.U.S.P., E.A., S.B.A. Livre-docente de Farmacologia pela F.M.U.S.P. — Regente da Cadeira de Anestesiologia da F.M. Sorocaba.

Dos 37 enfêrmos, 27 foram controlados pelo eletroencefalograma (EEG), antes da anestesia, e durante todo o tratamento. Do total, 13 doentes receberam mais de um tratamento com meto-hexital.

A indução da anestesia foi obtida pela injeção venosa rápida de meto-hexital sódico, até a perda da consciência, ou, em 27 doentes, controlados pelo EEG, até o aparecimento do traçado de sono. A seguir foi administrada succinilcolina. Após ventilação artificial manual com oxigênio a 100% com balão e máscara durante 30 segundos, era aplicado o eletrochoque, na mesma voltagem utilizada no tratamento sem anestesia. Quando não era desencadeada uma crise o ECT era repetido com voltagem maior. Em 27 casos a crise era controlada pelo traçado eletroencefalográfico nos casos restantes, pelo aparecimento de convulsões em membro garroteado.

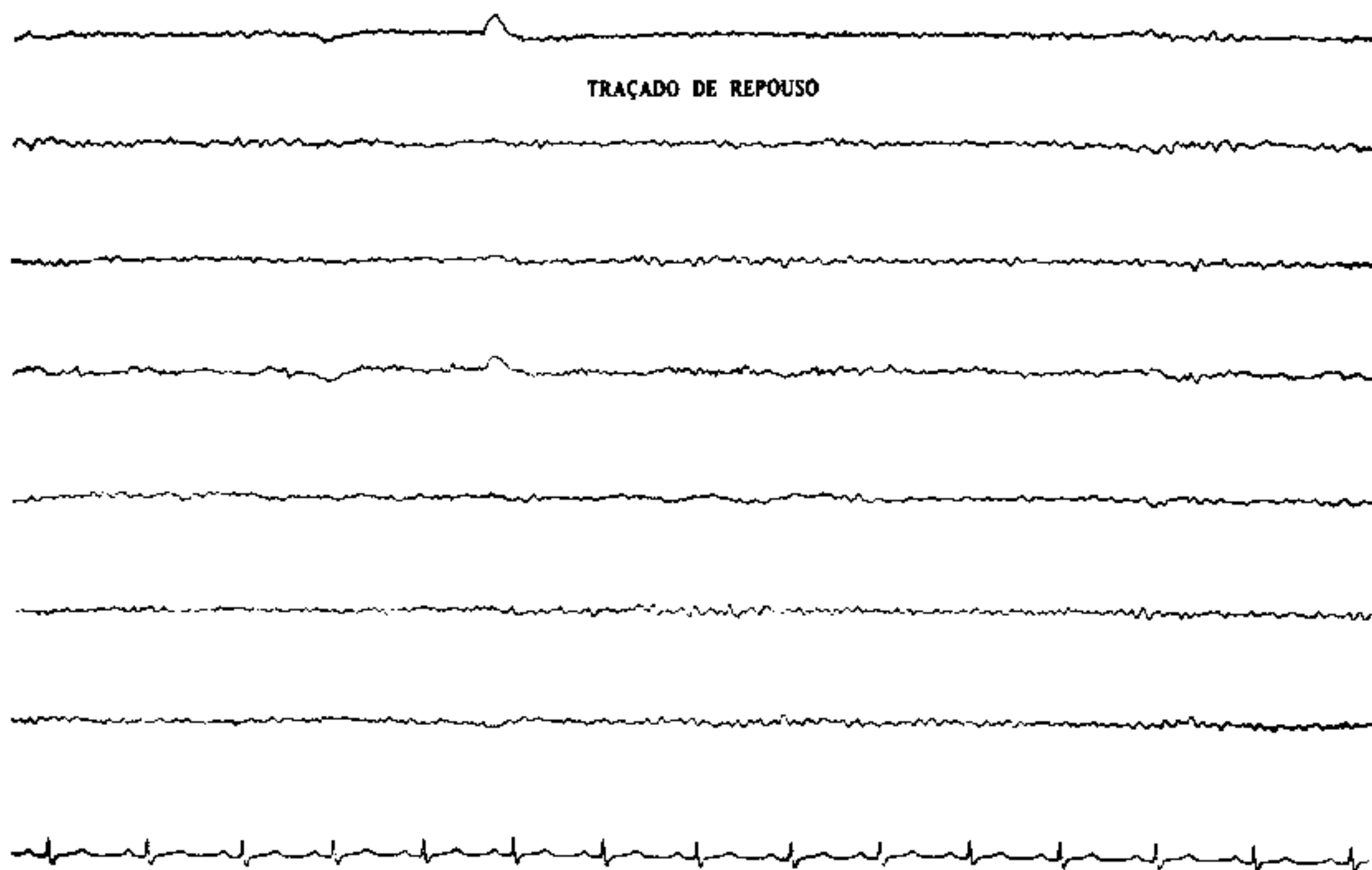
RESULTADOS

As doses de meto-hexital sódico utilizadas estão indicada no quadro I:

QUADRO I
DOSES TOTAIS E DOSE MÉDIA DE METO-
HEXITAL SÓDICO A 1% UTILIZADAS NA
TOTALIDADE DOS DOENTES

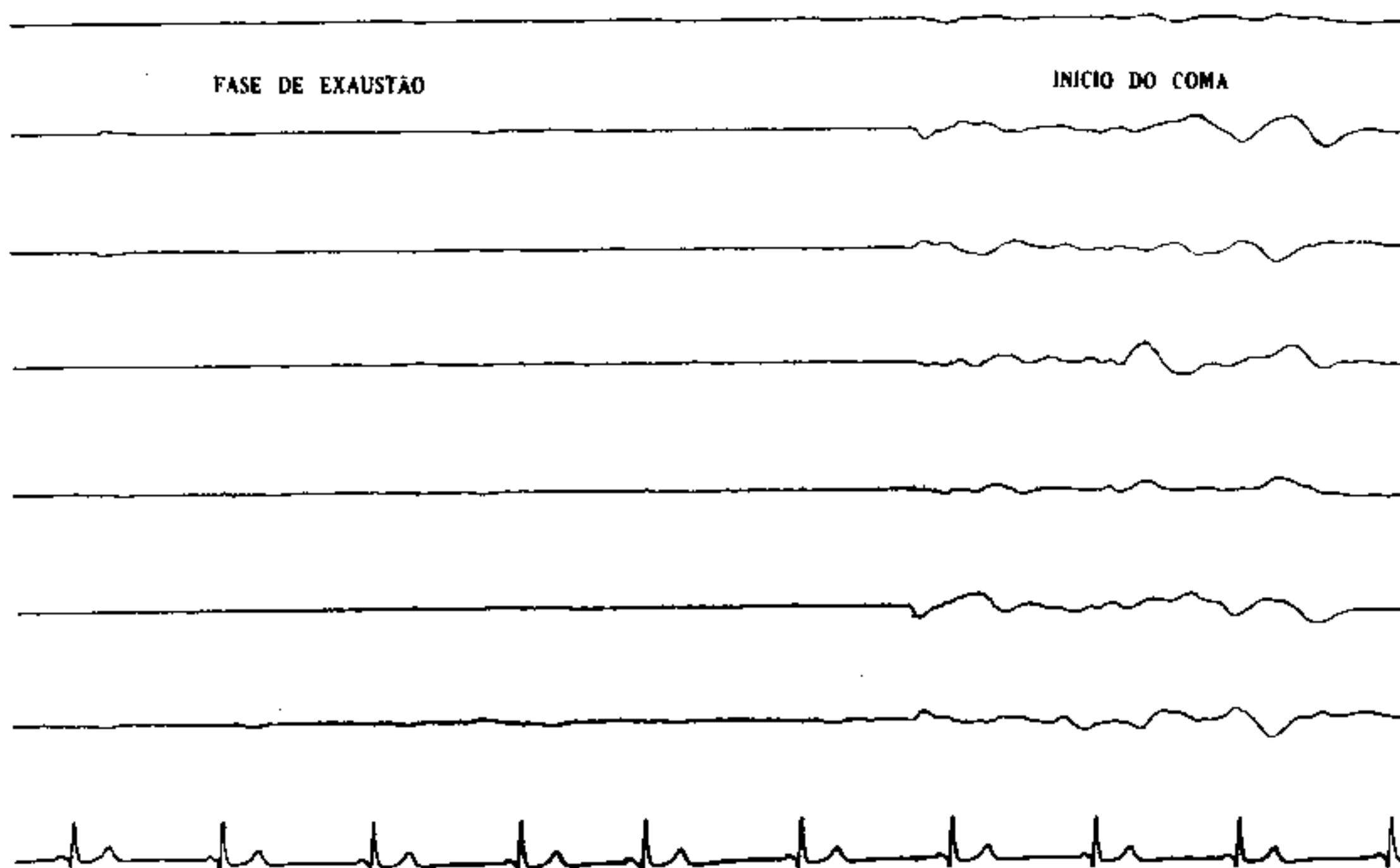
Dose de meto-hexital em mg.	N.º de casos
40	2
50	3
60	10
70	3
80	10
90	1
100	13
120	4
130	1
150	3
85,8	média

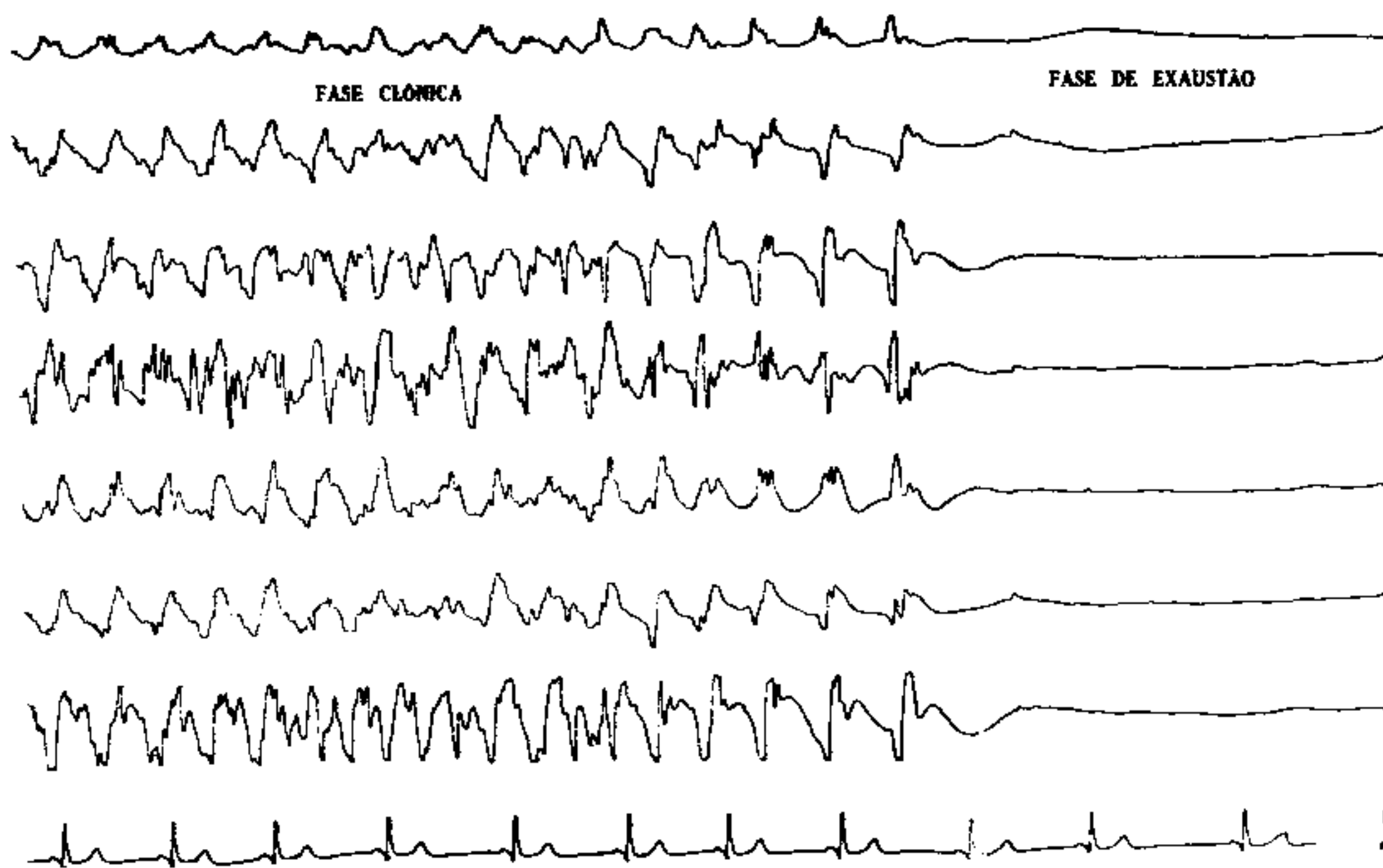
Convém assinalar que as doses maiores correspondem aos doentes sem contrôle eletroencefalográfico.



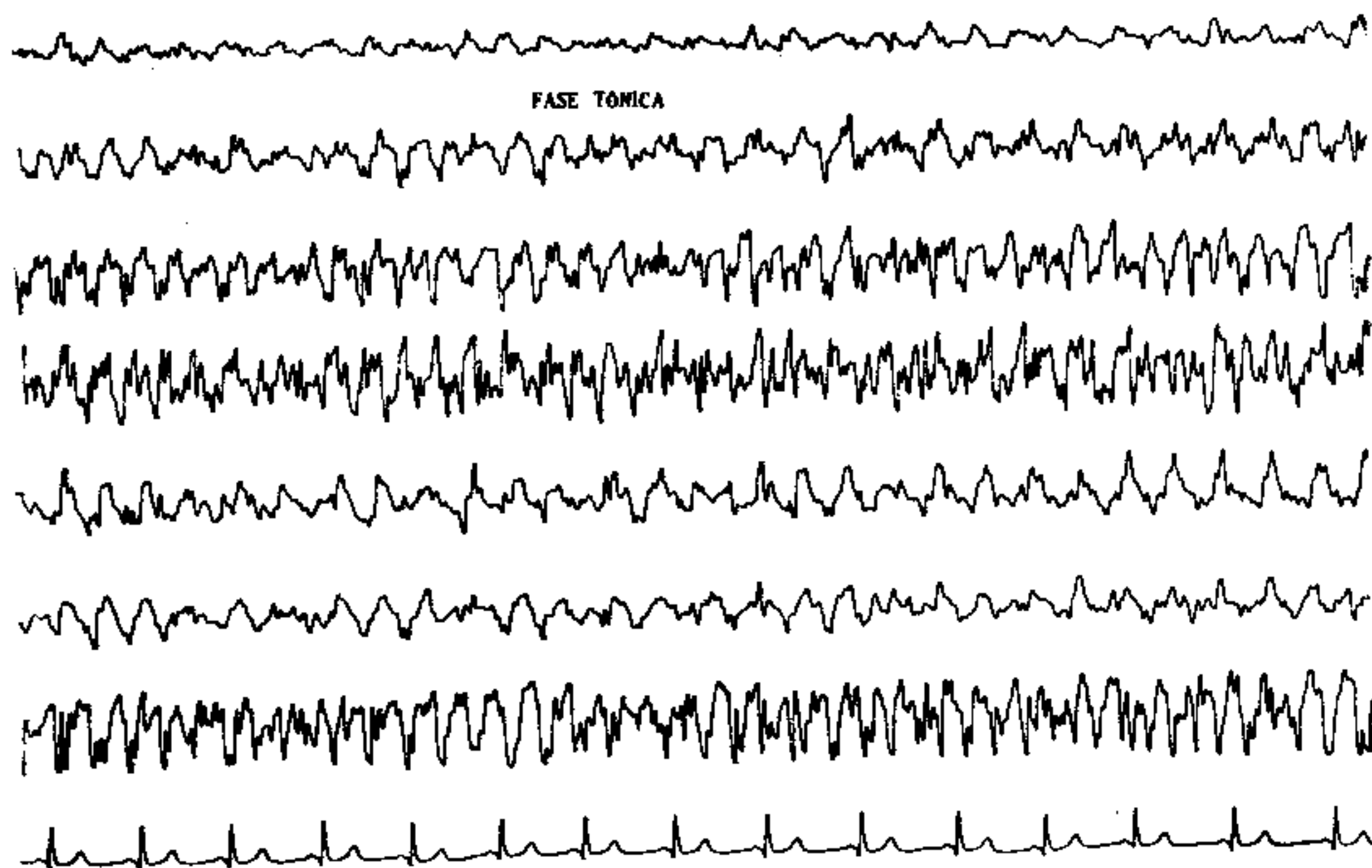
As doses de succinilcolina variaram de 50 a 100mg, com média de 90,2 mg.

Foi obtida crise típica, observada pelo EEG, com voltagem igual à utilizada para o ECT sem anestesia em 28 casos,





e crise atípica em 15 casos; 7 doentes controlados pelo EEG só desencadearam crise convulsiva com voltagem maior que a utilizada para ECT sem anestesia, sendo que 5 mostraram crise típica e 2 crise atípica.



Dos doentes sem contrôle do EEG, 3 apresentaram convulsão apenas com ECT de voltagem maior à utilizada para o tratamento sem anestesia. Todos os pacientes que foram submetidos mais de uma vez ao mesmo tratamento com meto-hexital, apresentaram, na aplicação repetida, crise semelhante à primeira, isto é, os que haviam desencadeado crise típica continuaram a fazê-lo, o mesmo ocorrendo com os que apresentaram crises atípicas.

A duração das crises convulsivas variou com os doentes, oscilando entre 20 e 350 segundos.

O despertar ocorreu sempre dentro de 15 minutos após o ECT, sendo que os doentes já conseguiram alimentar-se quando retornavam para a enfermaria.

As alterações vegetativas do eletrochoque, foram semelhantes quando não usada anestesia e quando utilizadas a succinilcolina e o meto-hexital sódico. Por outro lado, não foi observado grande aumento de secreção salivar.

COMENTÁRIOS

Pelos resultados observados, constata-se que é possível obter-se, com o meto-hexital a 1% uma crise elétrica semelhante à desencadeada quando se emprega ECT simples, e com a mesma voltagem, provavelmente devido à ausência de efeito anticonvulsivante da droga. A falta no aparecimento da crise, em alguns doentes, talvez seja devido às doses de meto-hexital administradas.

A incidência de crises atípicas, bem como a duração da crise elétrica, é semelhante à encontrada com ECT simples ou com auxílio de outros barbitúricos.

Digno de nota é o fato de que não houve grande aumento de secreção salivar, apesar de não haver sido utilizado nenhum anti-colinérgico. Ainda, a recuperação da consciência é completa e total em poucos minutos, o que é de grande vantagem, nos ECT de ambulatório.

CONCLUSÃO

O meto-hexital sódico a 1% (associado à succinilcolina) é de grande utilidade como agente hipnótico para realização de ECT, uma vez que não exige aumento da voltagem utilizada, e induz um despertar rápido e completo.

SUMMARY**ANESTHESIA FOR ELECTRO-CONVULSIVE THERAPY USING
METHOHEXITAL AND SUCCINYLCHOLINE**

In 37 patients electro-convulsive therapy was started after the intravenous administration of methohexital and succinylcholine, under EEG control. The EEG alterations under therapy were compared with EEG tracings when no barbiturate had been used. In most patients typical convulsive tracings could be obtained also under methohexital hypnosis, but in some the voltage had to be increased. There was no increase in salivation despite the omission of an anticholinergic drug before treatment. The complete recovery was early enough to permit the use of this technique in ambulatory patients.

**IV JORNADA SUL BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA**

CAXIAS DO SUL — RGS. — 3 a 5 de março de 1966

Mesas Redondas:

Anestesia e transfusão de sangue
Anestesia Pediátrica
Anestesia em neuro-cirurgia
Anestesia em Urgências.