

## ANESTESIA EM OBSTETRICIA (\*)

JORGE DE ALMEIDA BELLO (\*\*)  
IVONE FACURI (\*\*)  
ALMIRO DOS REIS JÚNIOR (\*\*)  
JOÃO BRENHA RIBEIRO (\*\*)

AP3100  
O objetivo deste estudo é a apresentação da conduta anestesiológica e dos resultados obtidos em 443 anestésias dos 1.000 casos obstétricos que ocorreram na Maternidade "João Daudt de Oliveira" do Serviço Social do Comércio de São Paulo, onde o S.M.A. presta serviços em regime de plantão permanente.

Dos 1.000 partos, 443 foram operatórios (operações extrativas do feto).

### Tipos de intervenção

Foram realizadas 113 cesáreas, sendo 27 iterativas, dos 322 fórcepes, 177 foram rotulados como **de alívio** (conceito de Eastman, Greenhill, Titus e Mc Cormick).

No "caso-limite", entre fórcepe e cesárea, foi sempre tentado o fórcepe; houve necessidade de cesárea em 7 dêles.

Foram realizadas 7 extrações pélvicas e uma versão interna.

### Orientação anestésica

Como orientação geral foi preconizada a raquianestesia para as operações cesarianas e para os fórcepes. Naqueles casos em que, essa orientação foi abandonada e realizada a anestesia geral, quatro foram os motivos que determi-

---

(\*) Trabalho realizado na Maternidade "João Daudt de Oliveira" do SESC de São Paulo. Contribuição ao Tema "Anestesia em obstetria" do V Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Recife, PE., Novembro de 1958.

(\*\*) Serviço Médico de Anestesia de São Paulo.

naram esta modificação de conduta: contra-indicação da raque, recusa da paciente em submeter-se à anestesia espinal, agitação ou inquietação extrema da paciente e, finalmente, a anestesia geral foi realizada após a punção lombar, naqueles casos em que o nível de insensibilidade atingido foi insuficiente para a realização da operação em questão (principalmente nos casos limites entre fórcepe e cesárea) ou naqueles casos em que, por motivos vários, não foram conseguidas as condições anestésicas mínimas para a realização da intervenção obstétrica. A escolha da raquianestesia foi feita por ser uma técnica anestesiológica que melhores condições proporciona ao recém-nascido: afasta a possibilidade de intoxicação anestésica do feto, o que proporciona melhores condições para o nascituro. Com esta técnica bem conduzida obtivemos condições maternas ótimas para a execução de intervenção obstétrica.

Os fórcepes de alívio foram realizados, na maioria dos casos, com anestesia loco-regional. Nos casos em que fomos chamados a intervir foi porque faltou a cooperação da paciente ou porque a anestesia loco-regional foi insuficiente para a realização do fórcepe de alívio, indicamos então a anestesia geral inalatória.

A anestesia geral por inalação foi indicada nos fórcepes de alívio por serem intervenções muito rápidas e que não necessitando, de plano anestésico profundo, pouca repercussão traz para o nascituro. Tivemos em nosso Serviço apenas um caso de versão interna e extração, na qual foi indicada a anestesia geral inalatória, em virtude da necessidade de relaxamento uterino obrigatório para a execução desta operação, o que é apenas obtido com anestesia pelo éter em plano III do 3.<sup>o</sup> período.

Nos casos de extração pélvica, duas foram as orientações seguidas: anestesia loco-regional ou geral inalatória.

### **Técnica das anestésias**

1) — Raquianestesia — Em todos os casos em que foi possível, foi utilizada a posição de decúbito-lateral para a punção.

Após a utilização dos preceitos clássicos de antisepsia foi realizada a punção lombar de preferência entre L<sub>3</sub> e L<sub>4</sub>.

Depois da punção a paciente foi colocada em decúbito dorsal sendo a inclinação da mesa operatória modificada com o intuito de fixar o nível anestésico na altura preconizada para o tipo de intervenção a ser realizada. Foi sem-

pre realizada a administração de oxigênio por cateter-nasal (5 a 6 L/minuto).

A substância anestésica utilizada foi sempre a procaina a 5% sem serem adicionadas drogas com intuito de prolongar sua ação ou aumentar o seu peso específico. As doses utilizadas foram:

	Doses em miligramas		
	média	máxima	mínima
Cesárea	112,5	150	70
Fórcipe	73,5	130	40

Os níveis de anestésias preconizados foram  $D_{11}$  para fórcipe e  $D_9$  para cesárea.

2) — Anestesia por inalação — Como pré-medicação anestésica foi sempre utilizado o sulfato de atropina na dose de 0,0005g. A via de administração da pré-medicação foi a endovenosa, 2 a 5 minutos antes do início da anestesia, porque a urgência operatória não permitia a espera necessária para uso da via intramuscular.

A indução foi preferencialmente realizada com ciclopropano por ser um anestésico de alta potência e que permite alto teor de oxigenação para a paciente e feto. Em raros casos, considerando as condições psicológicas materna, foram administradas pequenas doses (100 a 150 mg.) de barbitúrico endovenoso de ação ultra-rápida para que, após a perda da consciência, pudesse ser a indução pelo ciclopropano conduzida de maneira mais satisfatória.

Com intuito de obter bom relaxamento muscular, para melhor execução do ato cirúrgico, foram em algumas cesáreas utilizadas doses pequenas de substância curarizante (galamina).

A manutenção da anestesia após a retirada do feto foi feita com ciclopropano, ciclopropano mais éter ou então uma técnica combinada com tiobarbiturato.

Com freqüência foi utilizada a meperidina que determinou ótimos resultados analgésicos no pós-operatório imediato.

### Distribuição das anestésias

Das 443 anestésias realizadas foi a seguinte a distribuição:

	N.º Total	Raque	Inalação	Inal. + EV.	Loco-Regional
Cesáreas	113	88	8	15	2
Fórcipes	145	122	12	11	—
Fórcipes alívio	177	—	13	2	162
Versão	1	—	1	—	—
Extr. pélvica	7	—	4	—	3
Total	443	210	38	28	167

### Complicações

Nesta Maternidade o trabalho dos anestésistas é facilitado pela rotina da parturiente não tomar alimentos sólidos durante o trabalho de parto, e a sistemática cobertura de antibióticos.

Apenas foram assinaladas hipotensões discretas em partes das raquianestésias, que foram convenientemente corrigidas por drogas vaso-pressoras (metrazol — efedrina e paredrinol).

Os casos de cefaléia pós-raquianestesia que se apresentaram foram tratados com analgésicos, não tendo sido registrados casos considerados graves.

### Técnica de reanimação do recém-nascido

Em nosso Serviço as reanimações, tanto em partos operatórios como em normais, são realizados por médicos anestésistas.

A reanimação do recém-nascido deve ser padronizada e para tal necessita de material próprio para sua execução.

1) — mesa de recuperação que deve possuir sistema de aquecimento para que seja mantida a temperatura da criança que ainda não possui condições próprias de termoregulação.

2) — aspirador, aparelho indispensável para a remoção de substâncias estranhas (líquido amniótico, mecônio) que obstruem as vias aéreas. Ele deve estar munido de um catéter de borracha n.º 16.

3) — oxigênio e aparelhagem para realizar artificialmente respiração no recém-nascido.

4) — material para intubação endotraqueal do nascituro constituído de um laringoscópio infantil e catéter de calibre adequado (n.º 00 da escala Magill ou n.º 12 da escala francesa).

As manobras de reanimação devem ser realizadas com presteza e delicadeza:

1) — desobstrução das vias aéreas. É a primeira manobra a ser realizada e deve ser rapidamente executada mas de forma eficiente e total. Deve ser aspirada a faringe, as fossas nasais e si necessário a traquéia com o auxílio da laringoscopia.

2) — oxigenação — Se o recém-nascido não está em apnéia, apenas um fluxo de oxigênio por alguns minutos será suficiente.

Em caso de apnéia deverá ser instituída uma respiração artificial eficiente com oxigênio puro dentro do prazo de 30 segundos após o pinçamento do cordão umbilical. Para tal fim poderá ser utilizado apenas uma máscara em um balão de anestesia com medidas adequadas, sendo a respiração realizada por pressão manual intermitente sobre o balão. Aparelhos mecânicos podem ser utilizados para tal fim sendo em nosso Serviço usado o de fabricação Mc Kesson que possui pressão e ritmo controláveis, realizando a respiração por pressões positivas e negativas alternadas.

3) — em caso de dificuldade de obtenção de vias aéreas livres deverá ser realizada intubação traqueal.

4) — medicamentos — Segundo orientação preconizada pela maioria dos autores não utilizamos nenhum analéptico cardiorespiratório na reanimação.

5) — aspiração gástrica — Realizamos em nosso Serviço, como rotina, a aspiração gástrica em todo recém-nascido, nascido por via alta, naqueles nascido de mães diabéticas (onde sempre o conteúdo gástrico é grande) e em todo nascituro que nasceu em sofrimento intenso. Consideramos esta conduta como de real valor na profilaxia das complicações pulmonares que ocorrem nos berçários.

A criança só deve ser enviada ao berçário após apresentar condições satisfatórias, quando deverá passar à supervisão do médico pediatra.

## Resultados

Em 1.000 casos obstétricos houve 11 partos gemelares dando um total de 1.011 crianças. Dessas, 69 foram prematuras.

1) — Morbidade nos berçários — Foi apenas constatado um caso de broncopneumonia e que demonstra a vantagem dos cuidados de reanimação realizados por pessoa habilitada.

2) — Mortalidade peri-natal (compreendo o óbito do produto conceptual, desde 28.º semana de gestação, durante e depois do parto até o 7.º dia).

Nos 1.011 fetos registraram-se 23 óbitos com a seguinte distribuição:

Natimorto macerado .....	8
Prematuridade .....	6
Malformações múltiplas .....	3
Hemorragia intracraniana .....	2
Anencefalia .....	2
Atrofia supra-renal .....	1
Membrana hialina .....	1

Em todos casos de dúvida na causa de morte, foram realizadas necrópsias.

3) — Mortalidade materna — Não houve nenhum óbito materno.

## Resumo

Os autores relatam os resultados obtidos em 1.000 casos obstétricos tanto sob ponto de vista materno como fetal. Apresentam a orientação anestésica em 443 anestésias realizadas em partos operatórios. Estudam a conduta de reanimação do recém-nascido.

## Summary

### ANESTHESIA IN OBSTETRICS

The AA. review 1.000 obstetric cases stressing the important role of the anesthesiologist in the management of adequate analgesia and preventing complications either on the mother or the child.

They discuss their anesthetic procedure in 443 operative deliveries, preference is given to spinal analgesia whenever possible, the management of fetal resuscitation and analyse the complications that occurred. There was no maternal mortality.