

AMNESE TOTAL DA TÉCNICA DE RAQUIANESTESIA

AP 2167

Um dos tipos de bloqueio anestésico que continua em franco uso é a raquianestesia, não obstante as críticas a ela formuladas por alguns. Em cirurgia de membros inferiores e porção infra-umbilical do abdome é, muitas vezes, técnica eletiva, sendo válido ressaltar também a economia que representa sua prática, em relação à anestesia geral. Em cirurgias programadas, apresenta poucas contra-indicações, e quase todas relativas, sendo uma das dignas de nota, a nosso ver, a possível inexperiência de quem se propõe a praticá-la. Para um anesthesiologista qualificado, quase nunca será necessária mais de uma tentativa, com êxito, de punção subaracnóidea.

Em nosso serviço de anestesiologia para ortopedia e traumatologia é, quase sempre, técnica de eleição, sendo muito ampla nossa casuística neste setor.

Um dos graves inconvenientes que sempre se nos depara é o fato de o paciente estar desperto ou semiconsciente no momento da punção subaracnóidea, apesar de sob efeito de eficiente medicação pré-anestésica, presenciando, muitas vezes, o ritual de preparo da anestesia e da cirurgia — fato de conseqüências realmente indesejáveis. A conscientização desses fatos torna-se extremamente desagradável para o paciente.

Por outro lado, o regime de internamento em enfermarias, como é o caso da grande maioria dos pacientes, agrava ainda mais o problema. Muitas vezes — já presenciei este fato — um paciente já operado e em convalescença na enfermaria transmitia a outro recém-internado a experiên-

cia por ele vivida em sua operação. Outros relatavam aos recém-internados ter sentido lombalgia e cefaléia após a "injeção na espinha". E para melhor ilustrar suas confidências, muitos chegavam, em nosso serviço, a exhibir aos "futuros candidatos" a região lombar ainda colorida pela antisepsia pré-anestésica.

Já tivemos casos de pacientes que, durante a visita pré-anestésica, na véspera da cirurgia, mesmo antes de lhes termos feito qualquer proposta anestésica, instaram terminantemente conosco para que não lhes submetêssemos a este tipo de anestesia, pedido a que, evidentemente e por óbvias razões, tivemos que atender.

A par disso, observamos também que, no regime de enfermagem, os pacientes que assim não procediam, já antes da visita pré-anestésica, estavam perfeitamente cientes de que tomariam "injeção na espinha", apesar de não darem qualquer importância ao fato.

Chego a acreditar que um certo número de cefaléias e lombalgias pós-raquianestesia possa perfeitamente ser relacionado aos fatos que anteriormente comentei, principalmente em pacientes facilmente sugestionáveis ou predispostos às síndromes de conversão psicossomáticas.

Com o objetivo de descartar radicalmente todos os inconvenientes anteriormente apontados, de setembro de 1972 para cá, temos lançado mão do procedimento que a seguir descrevemos e que se mostrou totalmente eficaz.

1. Pré-anestésico aplicado 1 hora antes da cirurgia, constante da associação meperidina-prometazina-atropina, nas doses convencionais.

2. O paciente dá entrada no bloco cirúrgico eficientemente pré-medocado. É colocado em decúbito lateral direito ou esquerdo, conforme a indicação operatória, com o pescoço pletido sobre o tórax e as coxas fletidas sobre o abdome. Faz-se a flebopuntura e instala-se o gota-a-gota convencional.

3. Antisepsia lombar feita com álcool, éter e Merthiolate incolor. Ato contínuo, a enfermeira auxiliar injeta lentamente, através de uma torneira de três vias, de 7 a 10 ml de propanidid (*).

4. Alcançada a fase de hiperpnéia característica do propanidid, é localizado o espaço intervertebral desejado, feita a punção subaracnoidea e injetado o anestésico.

5. Reassumido o ritmo respiratório normal o paciente é colocado em decúbito operatório.

Julgamos muito razoável deduzir que a técnica que descrevemos poderá, posteriormente, ser extrapolada, com reais

(*) FABANTOL. BAYER.

vantagens, para a anestesia peridural lombar e para a punção lombar para colheita de líquido e manometria em neurologia.

Os resultados que obtivemos têm sido os seguintes:

1. Ótima hipnose per-operatória, devida à pré-medicação bem conduzida.

2. Amnese total de qualquer atitude per-anestésica ou per-operatória, inclusive da punção subaracnóidea, esta última devida ao uso de propanidid.

3. Após a alta hospitalar dos pacientes remanescentes da técnica anteriormente adotada, os novos pacientes de enfermaria passaram a desconhecer totalmente a técnica da "injeção na espinha".

4. Temos a impressão — e isto é muito importante — de que a incidência de lombalgias e cefaléias pós-raquianestesia diminuiu.

Este último relato, no entanto, não está ainda estatisticamente analisado — fato que pretendemos pesquisar em experiências futuras.

DR. ANTÔNIO BENTO DE CASTRO, E.A.
Av. Francisco Sá, 1395, apto. 301
BELO HORIZONTE

TESTE DE AUTO AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM ANESTESIOLOGIA

Colega: Participe do Teste:

Envie para a Secretaria da SBA seu pedido, acompanhado da taxa de Cr\$ 50,00.



**MUITO EM BREVE VOCÊ O
RECEBERÁ EM SUA CASA.**