

RAQUIANESTESIA CONTÍNUA EM PACIENTES DE IDADE AVANÇADA(*)

DR. JOSÉ WARMUTH TEIXEIRA E.A. (**)

DR. CLAUDIONOR SCARPETTA BORGES (**)

DR. FERNANDO DE OLIVEIRA BURIGO (**)

A raquianestesia contínua praticada através de catéter de polivinil foi realizada em 10 pacientes geriátricos (9 de cirurgia urológica) usando-se a lidocaina pesada a 5%. Em dois casos foi verificado radiologicamente o percurso errático que o catéter pode tomar, se introduzido além de dois centímetros. Afim de evitar perda excessiva de liquor usou-se um torneira de três vias adaptada à agulha de Tuohy antes da perfuração da dura.

O crescente número de pacientes cirúrgicos de idade avançada traz ao anestesista maiores responsabilidades já que estes doentes quase sempre são portadores de outras patologias além da cirúrgica, sendo comum que o agravamento destas determine o óbito per ou pós-operatório. O alto porcentual de intervenções de urgência, em que não há tempo para um melhor preparo do ancião, como hérnias estranguladas, obstrução urinária, infarto entero-mesentérico e gangrenas das extremidades, também concorrem em muito para o obituário.

São óbvias as desvantagens da anestesia geral nestes doentes que, muitas vezes, estão no limiar de descompensação cardíocirculatória e respiratória; são portadores de bronquite com enfisema, bronquiectasias, fibroses pulmonares, insuficiência coronariana, cardíoclerose e hipertensão, entre outros problemas, faltando apenas uma grama para desequilibrar a delicada balança de sua homeostasia e que pode ser representada por uma narcose.

(*) Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Recife, outubro de 1970.

(**) Anestesistas de Tubarão, Santa Catarina.

A neuroleptoanalgesia não chega a ser uma boa indicação por causa da prolongada depressão respiratória de que pode ser seguida. A anestesia dissociativa tem a limitação de não se prestar para a cirurgia visceral e estar contra-indicada em pacientes hipertensos. Restam como escolha as anestésias de condução.

Os bloqueios peridurais no paciente geriátrico apresentam a desvantagem da impossibilidade de se prever a altura que o bloqueio irá atingir já que no velho os buracos de conjugação, que são uma das vias de escape do anestésico, estão fibrosados e menos permeáveis, o que resulta em maior ascensão do anestésico pelo canal medular.

Por outro lado, a incidência de cefaléia e de sequelas neurológicas no paciente idoso é mínima quando se emprega uma técnica criteriosa para a execução de raquianestesia.

Pesando todos estes fatos é que resolvemos experimentar a raquianestesia contínua na cirurgia prolongada dos nossos pacientes de idade muito avançada.

Pelo exame da bibliografia existente, (1,2,3,4,7,9) constatamos que o método introduzido por Lemmon (6) foi praticamente abandonado pelas sequelas neurológicas que inicialmente produziu, quando ainda se utilizavam catéteres ureterais que são menos maleáveis e mais difíceis de esterilizar-se do que os atuais catéteres de vinil.

MATERIAL E MÉTODO

Nossa casuística consiste em dez bloqueios: Apenas dois doentes não eram portadores de doença associada. As idades variaram de 63 a 81 anos (Quadro I).

A técnica usada foi a seguinte: após assepsia cuidadosa, infiltração da pele, tecido subdérmico e ligamentos com xilocaína a 1%, por meio de uma agulha de 0,5 mm de diâmetro; em seguida, introdução da agulha de Tuohy n.º 17 até que encoste no ligamento amarelo e então retirando o mandril, conectando uma seringa de 5 ml contendo ar a agulha é avançada mais um pouco até que sua ponta se coloque no espaço peridural, o que é comprovado pelo sinal de Dogliotti. Neste ponto, desconecta-se a seringa que é substituída por uma torneira de três vias e então levamos a agulha até o espaço subdural. A finalidade da torneira é não permitir o escape abundante de liquor que pode se verificar enquanto o anestesista se volta para a mesa auxiliar para apanhar o catéter e enquanto não consegue orientar a ponta do mesmo no pavilhão da agulha. Assim procedemos

QUADRO I
CASUÍSTICA

NOME	IDADE	CIRURGIA	PATOLOGIA ASSOCIADA	RISCO	DURAÇÃO	DOSES	DOSE TOTAL
J. V.	63	PROSTATECTOMIA	ANEMIA, DESIDRATAÇÃO	3	115 m.	3	200 mg.
T. S.	66	PROSTATECTOMIA	HIPERTENSÃO ARTERIAL VAGOTONIA	2	90 m.	1	80 mg.
A. S.	66	URETROTOMIA E DILATAÇÕES URETRAIS	OBESIDADE	1	120 m.	2	65 mg.
M. A.	70	PROSTATECTOMIA	BRONQUITE + ENFISEMA DISPNEIA	4	120 m.	1	75 mg.
M. S.	72	PROSTATECTOMIA	OBSTRUÇÃO INFECCÃO URINARIA	3	180 m.	2	100 mg.
E. M.	74	COLECISTECTOMIA	NENHUMA	1	90 m.	2	140 mg.
J. S.	74	PROSTATECTOMIA	BRONQUITE CRÔNICA	2	85 m.	1	80 mg.
T. F.	77	PROSTATECTOMIA	HIPERTENSÃO ARTERIAL BLOQUEIO AV 2.º GRAU	3	120 m.	2	150 mg.
H. S.	78	PROSTATECTOMIA	HIPERTENSÃO ARTERIAL ARTERIOESCLEROSE BRONQUITE CRÔNICA OBSTRUÇÃO URINARIA	3	120 m.	4	250 mg.
T. L.	81	ELETROFULGAÇÃO DE NEO VESICAL	BRONQUITE CRÔNICA TOSSE PRODUTIVA TAQUICARDIA	3	90 m.	1	75 mg.

pelo temor de que a saída abrupta de liquor, facilitada pelo grande calibre da agulha, possa produzir um cone bulbar ou posteriormente venha a contribuir para a cefaléia por hipotensão liquórica. O catéter é introduzido um a dois cm além da ponta da agulha, que é em seguida retirada. Após fixar-se bem o catéter à pele, o paciente é colocado em posição para a cirurgia. Então, após a canulização de uma veia, injeta-se o anestésico, (xilocaína a 5%) lentamente para não produzir turbulência, descontando-se sempre, do volume injetado, 0,35 ml (17,5 mg) que ficam na luz do catéter. Injetam-se inicialmente de 32,5 a 50 mg e incrementos de 25 mg até conseguir o nível desejado. Na ponta do catéter é adaptada uma seringa de 5 ml com o êmbolo imobilizado com esparadrapo para impedir o refluxo do liquor, envolvendo a em uma compressa esterilizada para evitar a contaminação. Doses complementares de 25 a 50 mg são injetadas sempre que necessárias. Como cuidado principal durante o bloqueio, está a vigilância da pressão arterial, cujas eventuais quedas devem ser prontamente corrigidas o que sempre conseguimos com a auxílio de aramina, da infusão de líquidos ou pela administração de 0,5 mg, de atropina via venosa, quando há bradicardia.

RESULTADOS E COMENTARIOS

As condições operatórias se caracterizam por sangramento diminuído, excelente relaxamento muscular com intestinos quietos e contraídos, seguido de pós-operatório sem complicações, são considerados bons. Num dos primeiros casos, em que a punção foi feita em decúbito lateral e nesta posição injetado o anestésico, curiosamente se obteve anestesia unilateral e mais extranhamente ainda esta anestesia se distribuiu no lado que ficara em aclave no momento da punção. Isto despertou-nos a curiosidade para ver que direção tomam os catéteres introduzidos no espaço subdural. Enchendo êstes catéteres com contraste, ao estudo radiológico pudemos verificar que êles podem fazer voltas caprichosas (Figura 1), introduzir-se nos manguitos durais e até mesmo abandonar a raque (Figura 2), razão pela qual achamos que devem ser introduzidos um a dois centímetros no máximo, usando-se a postura e a baricidade para distribuir o anestésico mesmo porque podem produzir-se verdadeiras laçadas de raízes nervosas que podem ser lesadas ao retirar-se o catéter.

Uma das grandes vantagens do método é a possibilidade de poder tatear a dose do anestésico e assim evitar bloqueios autonômicos extensos. Outra, é não haver necessidade de adicionar adrenalina ao anestésico e assim obter pronta reversão do bloqueio no fim do ato, quando desejável, reversão esta que pode ser acelerada pela extração de 10 ml de liquor, via catéter, no momento da sua retirada (8). Irrigações com sôro fisiológico, no espaço subdural, podem ser usadas com o mesmo propósito (5). A possibilidade de posicionar o paciente antes da injeção do anestésico contribui para uma melhor previsão da altura da anestesia.

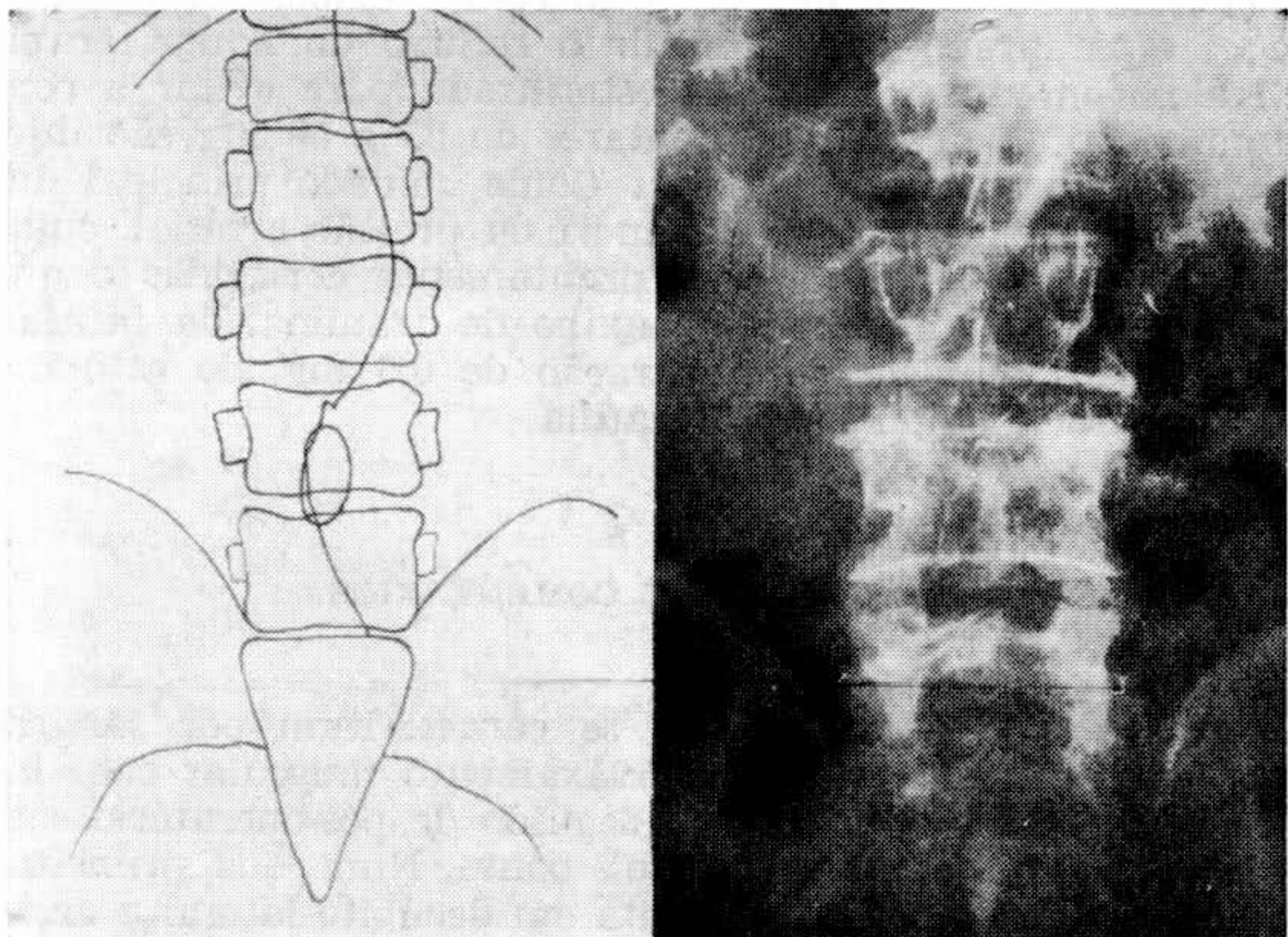


FIGURA 1

O catéter, introduzido entre L3 e L4, dirigiu-se no sentido caudal, em seguida executou uma volta completa, continuando sua progressão em direção caudal. O esquema foi extraído, por decalque, da radiografia.

As boas condições operatórias proporcionadas pelo método, a mínima repercussão sobre órgãos e sistemas, o não agravamento de estados mórbidos co-existent e o pós-operatório tranquilo e isento de cefaléia ou sequelas neurológicas, nesta nossa experiência inicial, animam-nos a indicar a raquianestesia contínua na cirurgia prolongada dos pacientes de idade avançada, principalmente quando são portadores de patologia broncopulmonar.

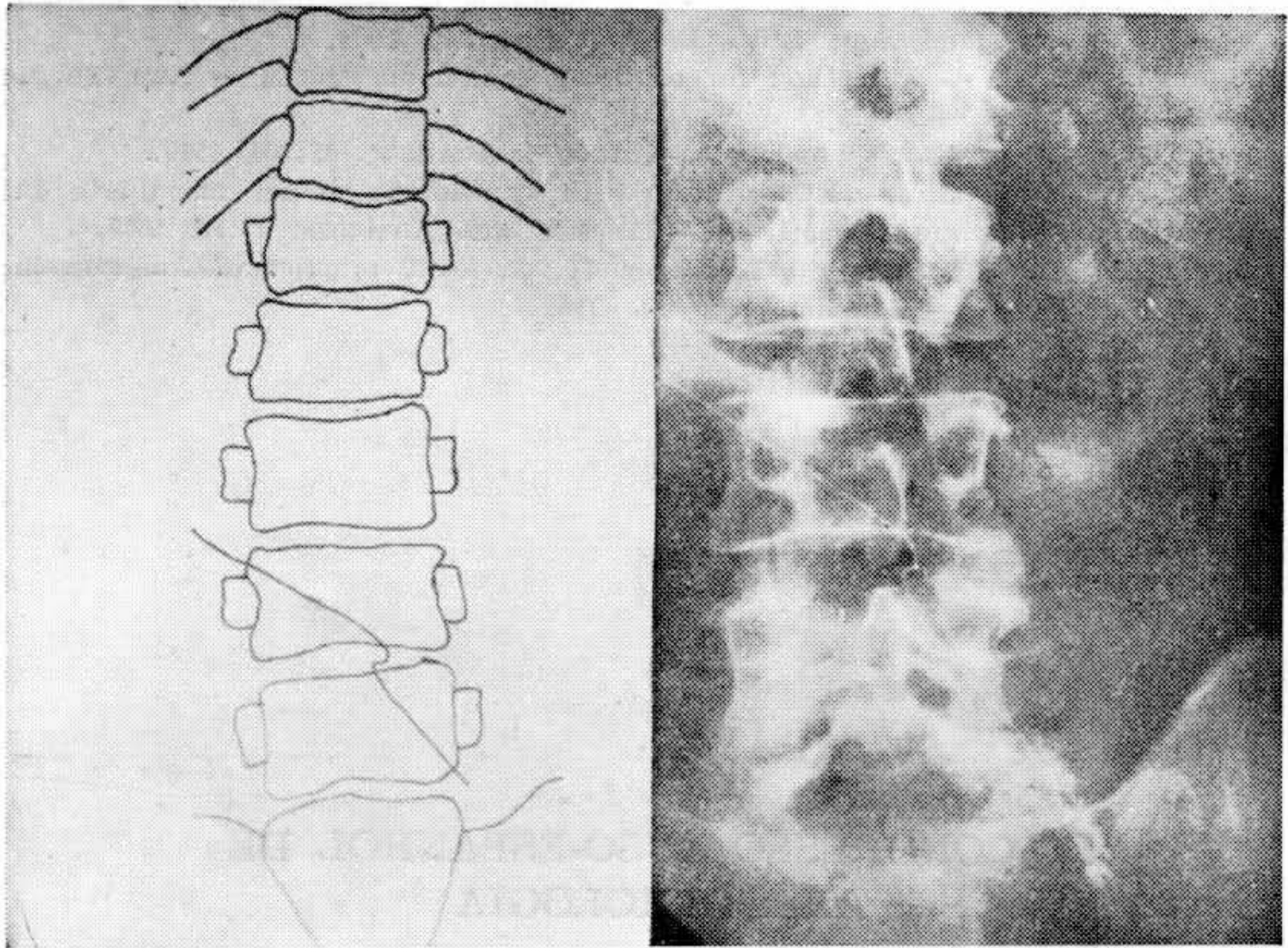


FIGURA 2

O catéter, introduzido entre L4 e L5, abandonou o saco dural, provavelmente por perfuração do mesmo ao nível de um dos manguitos durais. O esquema foi extraído, por decalque, da radiografia.

SUMMARY

CONTINUOUS SPINAL ANESTHESIA IN THE OLDER PATIENT

Continuous subarachnoid blockade through a polyvinyl catheter with 5% heavy lidocaine was used in 10 geriatric patient submitted to urologic surgery (9 cases). In two patients the catheter was followed by radiologic examination and had executed some unexpected loops. The catheter should not be inserted more than 2 cm. In order to avoid to great a loss of spinal fluid a three-way stopcock was attached to the needle, before dural puncture.

REFERÊNCIAS

1. Bizzarri, Dante e col. — Continuous spinal anesthesia using a special needle and catheter — *Anesth. Analg.* 43:393, 1964.
2. Brown, Seymour — Fractional segmental spinal anesthesia in poor risks surgical patients. Report of 600 cases — *Anesthesiology* 13:416, 1952.
3. Collins Vincent, J. — Técnicas de Bloqueo Nervioso — Editorial Interamericana S.A. — México, pág. 321, 1967.
4. Kamsler Patricia — Regional spinal anesthesia utilizing the continuous spinal technic of Tuohy — *Anesthesiology* 13:397, 1952.

5. Lee J. Alfred e Atkinson R. S. — A synopsis of Anesthesia, 5th Edition — John Wright and Sons Ltd., Bristol, pág. 341, 1964.
6. Lemmon, W. T. — A method for continuous spinal anesthesia — Ann. Surg. 3:141, 1940.
7. Lund Peere, C. — Correspondência — Anesth. & Analg. 48:304, 1969.
8. Underwood Rex, J. — Experiences with continuous spinal anesthesia in physical status group IV patients — Anesth. and Analgesia 47:18, 1968.
9. Wylie, W. D. and Churchill Davidson, H. C. — A practice of Anaesthesia Lloyd Luke Ltd. — London pág. 855, 1962.



IV CONGRESSO LUSO-ESPANHOL DE ANESTESIOLOGIA

9 a 12 de junho de 1971

PÔRTO — HOSPITAL DE S. JOÃO

Presidente: **Dr. P. Ruella Torres**

Programa científico provisório:

- Anestesia e Reanimação em Neurocirurgia
- Anestesia na Cirúrgica das vias biliares
- Valoracion Préoperatoria del riesgo quirurgico y anestésico
- Reanimacion en las intoxicaciones exógenas
- Comunicações livres

Secretaria: **Serviço de Anestesia**

Hospital de S. João

Pôrto — Portugal