

RAQUIANESTESIA EM GRÁVIDAS: NOVA TÉCNICA DE PUNÇÃO

DR. BUSSAMARA NEME (*)

O A. refere que a punção subaracnóide, em pacientes grávidas, para fins de execução da raquianestesia, esbarra em duas dificuldades: o excessivo volume abdominal que dificulta a hiperflexão da coluna e a indocilidade da parturiente.

Depois de afirmar que a maioria dos anestesistas prefere praticar a punção espinhal em grávidas, na posição sentada, salienta que essa posição foi também a preferida pelas pacientes que inquiriu a esse respeito. Discorda, porém, quanto a indocilidade das parturientes à raquianestesia. Reconhece, entretanto ser mais difícil a punção subaracnóide em virtude do aumento do volume abdominal conseqüente ao crescimento do útero grávido de termo.

No sentido de contornar esse inconveniente, impeditivo da boa flexão da coluna, o A. sugere nova posição para a punção subaracnóide. Senta-se a parturiente com o dorso voltado para a cabeceira da mesa. Enquanto os pés descansam em estrado colocado em altura conveniente, os braços se apoiam, de cada lado, sobre as pernas anexas a mesa operatória. Em seguida imprime-se à mesa um movimento que corresponde à posição de Trendelenburg ou de céfalo-declividade. A parturiente a fim de manter o equilíbrio força, espontaneamente e de modo ideal, a flexão da coluna.

De acôrdo com os tratadistas a punção subaracnóide, em pacientes grávidas, para fins de execução da raquianestesia, esbarra em duas dificuldades: 1 — excessivo volume do abdome conseqüente ao crescimento do útero grávido; 2 — contrações uterinas dolorosas provocando a indocilidade das pacientes.

No sentido de contornar êsses inconvenientes ainda se discute qual a posição de punção mais conveniente em operatória obstétrica e, em que pese a opção de alguns especialistas pela posição de decúbito lateral horizontal, a maioria se utiliza da posição sentada, com flexão forçada da coluna vertebral.

Temos indagado às parturientes que assistimos e nas quais praticamos a anestesia espinal, qual a posição que pre-

(*) Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Sorocaba — Estado de São Paulo.

AP 2937

ferem, e na quase totalidade das vezes, quando não lhes é indiferente elas declaram ser favoráveis à posição sentada.

Não insistiremos nas minúcias que regem a posição do paciente durante a punção subaracnóide. Lembraremos ape-



FIGURA 1

Posição proposta para punção lombar. Paciente sentada com inclinação da mesa operatória. Notar a excelente flexão da coluna.

nas ser indispensável a hiperflexão da coluna, de modo a acentuar a convexidade do dorso e corrigir a lordose lombar. Dêsse modo afastam-se as superfícies articulares posteriores das vértebras lombares, o ligamento amarelo se distende e o espaço interlaminar aumenta.

Essas condições, consideradas ideais para favorecer a punção intervertebral, esbarram na parturiente com as difi-

culdades já referidas e conseqüentes ao excessivo volume do abdome gravídico à termo e à indocilidade da paciente que reage à hiperflexão da coluna, lamentando-se e instando por punção rápida e fácil.

A presença de um auxiliar, forçando a flexão da coluna, além de representar violência aparente ou real, não satisfaz o espírito atual de assistência ao parto que prevê colaboração integral e mútua entre médico e parturiente.

Para contornar êstes problemas é que sugerimos a presente modificação de técnica.

TÉCNICA

Sua simplicidade é meridiana e sua elegância invejável. Senta-se a paciente, com o dorso voltado para o segmento cefálico da mesa operatória e os pés colocados sobre pequeno estrado. Apoiando seus braços de cada lado, sobre as perneiras anexas à mesa operatória, a parturiente, ao sentir o tronco apoiado, relaxa a tensão dos ligamentos ósteoarticulares da coluna favorecendo o afastamento dos espaços intervertebrais.

Em seguida procede-se à progressiva inclinação da mesa operatória, colocando-a em posição de Trendelenburg ou cefalo-declividade. A paciente no sentido de manter-se equilibrada, exagera, espontaneamente e de modo ideal, a flexão da coluna (figura 1).

COMENTÁRIOS

Não compartilhamos da idéia generalizada, de que a parturiente em virtude do desassocêgo provocado pela dor do parto, dificulta a punção lombar. Pelo contrário, estamos convencidos, de se que por essa mesma razão e desejando alívio imediato ela se presta, dócilmente, à qualquer forma de analgótia.

Reconhecendo a maior dificuldade que o aumento do volume abdominal impõe, para a prática da indispensável flexão da coluna vertebral, sugerimos a posição que apresentamos nas figuras 1 e 2.

Nessas condições, na decorrência da inclinação que se imprimiu à mesa operatória, a parturiente, na posição sentada (ideal em operatória obstétrica quando se utiliza solução anestésica hiperbárica), força inconscientemente a flexão da coluna ao mesmo tempo que se apóia, comodamente, com os braços sobre as perneiras.

De tôdas as posições utilizadas para a prática da punção lombar essa nos pareceu a melhor porque, além de atender à comodidade da paciente e do anestesista (figura 2); ela fa-



FIGURA 2

Punção lombar. Visão lateral da posição apresentada na figura 1. Notar a magnífica flexão da coluna e a comodidade da paciente e do anestesista.

vorece a identificação do espaço interespinal e a fácil mobilização da parturiente (o que é recomendável devido à rápida fixação da droga anestésica pelo tecido nervoso) para a posição operatória final.

SUMMARY

SPINAL ANESTHESIA IN OBSTÉTRICS — A NEW TECHNIQUE OF LUMBAR PUNCTURE

Lumbar puncture in obstetric patients is preferably done in a sitting position, the flexion of the spinal column over an enlarged abdomen and labor pains make the patient restless, but still preferring to sit rather than lie on their side, when inquired.

The position adopted places the patient sitting on the operating table, with her back turned to the head side, while her legs are resting on a foot-stool of convenient height.

The head rest of the table is lowered, to allow the anesthetist to come closer to the back. The patient's arms rest on the leg-rest of the operating table. The table is tilted backwards (Trendelenburg). This forces the patient to flex her back to avoid sliding off the table. This also makes her look for support with her arms on the leg rest this gives the anesthetist a nicely flexed back with minimal discomfort for the patient.

DR. BUSSAMARA NEME
Alameda Guaiases
São Paulo — S.P.