

PANTOCAINA LIOFILIZADA EM RAQUIANESTESIA(*)

DR. RUBENS LISANDRO NICOLETTI/(**)

DR. PAULO MELLO SOARES (***)

Dra. MARLENE PAULINO DOS REIS OLIVEIRA (****)

Dra. JOHANA BROMBERG MARIN (*****)

DR. HECTOR LUIZAGA GALVARRO SORIA (*****)

São estudados em 50 pacientes adultos, os tempos de latência e de duração de anestesia raquidea, utilizando a Pantocaína.

O tempo de latência médio foi de 2 min 10s e o tempo de duração médio foi de 3 horas e 40 minutos.

Em 11 pacientes observaram hipotensão arterial maior que 20%, rapidamente corrigida com vasopressor e aumento da velocidade da venoclise. Em 12 pacientes observaram hipotensão arterial cerca de 60 minutos após ter-se fixado a anestesia. Não houve alterações significantes da freqüência do pulso.

Desde a descoberta da procaína tem os pesquisadores realizado substituições na sua molécula procurando obter drogas com efeito analgésico mais prolongado. Um produto obtido dessa maneira foi a pantocaína, tetracaína, neotutocaína — cloridrato de p-butilaminobenzoil-dimetilaminoetanol).

A finalidade do presente trabalho é a de avaliar a duração das anestésias raquídeas com a utilização desse produto.

MATERIAL E MÉTODO

Foram realizadas 50 raquianestésias em pacientes de ambos os sexos, adultos cuja idade variou de 18 a 70 anos.

(*) Trabalho realizado no Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (Departamento de Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) e no Hospital São Lucas de Ribeirão Preto com material cedido pelo Laboratório Hoechst do Brasil.

(**) Anestesiologia do Hospital São Lucas. Livre Docente em Anestesia.

(***) Professor Assistente Doutor de Anestesiologia (FMRP-USP). Responsável pelo Serviço de Anestesia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

(****) Anestesiologista do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

(*****) Residentes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

AP 2215

Como medicação pré-anestésica receberam os pacientes por via intramuscular meperidina (100 mg).

A punção raquídea, entre L₃-L₄, foi realizada com agulha BD 22, estando o paciente sentado. A pantocaína foi administrada na quantidade de 10 mg, associada a 2 ml de glicose a 10% e a 0,2 ml de adrenalina milesimal. O paciente era colocado, a seguir, na posição de Trendelenburg para que a a sensibilidade dolorosa fosse abolida até T₁₀, uma vez atingido esse nível passava-se para a posição de ligeiro proclive.

Foram observados o tempo de latência, decorrido entre a introdução da pantocaína no espaço subaracnóideo e o desaparecimento da sensibilidade dolorosa a nível de T₁₀ e o tempo de duração da anestesia, decorrido entre a introdução do anestésico no espaço subaracnóideo e o reaparecimento da sensibilidade dolorosa ao nível do T₁₀.

Durante toda a anestesia foi controlada a pressão arterial e a frequência do pulso.

Durante o decorrer da anestesia com a finalidade de determinar hipnose administrou-se por via endovenosa doses fracionadas de diazepam.

Todos os pacientes tiveram uma veia canulizada, sendo administrado soro glicosado a 5%, e receberam O₂ por catéter nasal.

Nos casos em que ocorreu hipotensão arterial devido a anestesia, foram administradas doses fracionadas de vasopressor (metaril), e foi aumentada a velocidade da venoclise.

RESULTADOS

O tempo de latência variou de 1 min30s a 4min30s, com uma média de 2min10s. A duração da anestesia variou de 3h20min a 4h15min, com uma média de 3h40min.

Em 11 pacientes foi observado hipotensão arterial de mais de 20% dos valores iniciais logo após a anestesia ter-se fixado em T₁₀. Em 12 pacientes observou-se hipotensão tardia (6 casos, após 40 min; 4, após 60 min e 2, após 80 min).

As hipotensões arteriais foram corrigidas pela administração do vasopressor e aumento da velocidade da venoclise.

O pulso manteve-se estável em todos os pacientes.

DISCUSSÃO

Em nossos dias, a raquianestesia é empregada de rotina, praticamente em todo o mundo e nas regiões onde não existem agentes e equipamentos anestésicos modernos a sua

utilização aumenta significativamente. Indubitavelmente em nenhum tipo de anestesia pode-se obter tanto com tão pouco. Certamente não há muito de novo para ser discutido em raqui-anestesia, desde que se verificou que as complicações iniciais eram primariamente conseqüentes a administração de anestésicos locais tóxicos, material e drogas mal esterilizados e contaminados e agulhas traumatizantes. (3)

A hipotensão arterial intimamente relacionada com a técnica anestésica, depende essencialmente da altura do bloqueio parcial do simpático, determinando uma redução relativa do volume sanguíneo circulante. Assim quanto mais alto fôr o bloqueio raquídeo, maior será a hipotensão arterial. Em nossos pacientes, onde procuramos que o bloqueio anestésico atingisse T_{10} , observamos hipotensão arterial em 11 pacientes com volta rápida aos níveis pressóricos normais, após a administração de vasopressores e aumento da velocidade da venoclise.

Em 12 pacientes observamos hipotensão arterial cerca de 1 hora após ter-se realizado o bloqueio raquídeo. Possivelmente essa hipotensão arterial esta relacionada com a diminuição dos mecanismos de compensação devido a ação bloqueadora prolongada.

O tempo médio de duração da anestesia (3h40min) mostrou-se suficientemente longo para a execução da maioria dos procedimentos cirúrgicos realizados de rotina na região infra-umbelical sendo maior do que o obtido com a prilocaína. (1,2,4)

Deve ser lembrado que o tempo de duração de anestesia varia com a altura do bloqueio pois, atingindo segmentos mais altos a concentração do anestésico diminui fazendo com que a duração da anestesia seja menor. O curto tempo médio de latência (2min10s) permite que se inicie rapidamente o ato cirúrgico.

Doses hipnóticas de diazepam foram suficientes para manter os pacientes sonolentos, fazendo com que suportassem mais facilmente a posição operatória, que com o passar do tempo vai se tornando incômoda.

SUMMARY

LIOPHYLISED TETRACAINE IN SPINAL ANESTHESIA

Liophylised tetracaine was used for spinal anesthesia in 50 adult patients. The latent time for anesthetic actions was about 2 minutes and 10 seconds while the mean duration of action was 3 hours and 40 minutes.

Eleven patients had a greater than 20% fall in blood pressure and were treated by vasopressors and intravenous fluids. In 12 patients hypotension occurred about 60 minutes after the start of anesthesia. There were no significant changes in pulse rate.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Nero R, Savioni A, Basilio J L e Campos L C — Raquianestesia pela prilocaina. Rev Bras Anest 20:319, 1970.
2. Duarte D F, Odenbrecht C e Linhares S — Prilocaina em raquianestesia. Rev Bras Anest 21:20, 1971.
3. Lund P C — Conceitos atuais sôbre raquianestesia. Rev Bras Anest 19:508, 1969.
4. Meneghel O, Linhares S, Spiegel P, Gonçalves B — Avaliação clinica da prilocaina em raquianestesia. Rev Bras Anest 20:327, 1970.



XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

*Organizado pelo Departamento de Anestesiologia do
Centro Médico Cearense*

12 a 17 de novembro de 1972

FORTALEZA — Ceará

Secretaria: Rua Pedro, I, 997