

## RAQUIANESTESIA CONTÍNUA

### Modificação de técnica

AP2238  
A presente comunicação tem por objetivo apresentar uma modificação na técnica habitual de raquianestesia contínua, com a finalidade de diminuir ao máximo a perda liquórica que ocorre, principalmente, quando se retira o mandril da agulha para a introdução do catéter no espaço sub-aracnóideo.

*Técnica* — Escolhemos a posição do doente sentado, habitual para a realização da raquianestesia. A antisepsia feita

é ampla e colocado um campo fenestrado sobre o dorso do paciente, deixando livre a região a ser puncionada e outro cobrindo a mesa cirúrgica e a região glútea do paciente. No espaço escolhido para a punção é feito, com agulha 30x6, um botão dérmico e infiltração com lidocaína a 1%, sem adrenalina.

A agulha utilizada é de Tuohy, calibre 16 ou 17. A livre passagem do catéter através da luz da agulha é testada e deixado no local com sua extremidade rasante ao bisél. O conjunto agulha-catéter é introduzido no espaço escolhido e o líquido é observado fluindo pela luz do catéter após a perfuração da duramater. O catéter é introduzido numa extensão de aproximadamente 3 cm e retirada a agulha da maneira habitual para que o catéter não seja deslocado.

A utilização da agulha de Tuohy calibre 16 pode ocasional a perda de algumas gotas de líquido que fluem entre o catéter e a luz da agulha por não se ajustar tão bem como na de calibre 17.

Quando se usa o catéter de polivinil que apresenta o orifício frontal, o líquido é melhor observado fluir na sua luz do que com o catéter Portex, no qual os orifícios são laterais.

A introdução do catéter não deve exceder a 3 cms além da ponta da agulha de Tuohy. Uma vez concluída a técnica, antes da fixação do catéter deve ser verificado se não houve deslocamento do mesmo, o que pode ser verificado por:

a — Aspiração de líquido com a seringa adaptada à extremidade distal do catéter.

b — verificação do gotejamento de líquido através da extremidade distal do catéter colocando-a a um nível inferior ao da punção.

O catéter é fixado à pele através da seqüência: alça, gase, esparadrapo. Uma tira de fita adesiva prende o êmbolo ao corpo da seringa.

*Discussão* — A principal vantagem observada com a técnica proposta é a perda praticamente nula do líquido, pois a colocação do catéter na agulha de Tuohy antes da introdução no espaço sub-aracnóideo, diminui o escoamento do mesmo, uma vez perfurada a duramater. A técnica convencional ocasiona a perda líquórica na retirada do mandril para a introdução do catéter. A adaptação da seringa ao catéter auxilia a impedir a perda líquórica e permite a verificação da posição do catéter no espaço sub-aracnóideo depois de perfurar a duramater e antes da sua fixação à pele.

*Resultados* — A técnica assinalada tem sido utilizada a partir de fevereiro de 1970 e uma análise dos resultados será

apreciada em prosseguimento ao trabalho. Podemos, entretanto, adiantar que a incidência de cefaléia pós-operatória tem sido menor do que com a utilização da técnica habitual.

DR. ANTONIO PEREIRA DE ALMEIDA, E.A.

DR. ANTONIO MAGRI, E.A.

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A.

Do Serviço de Anestesia do Hospital do Servidor  
Público do Estado de São Paulo, SP.