

# Diálogos Clínicos ANESTESIA

Um serviço de informação e atualização da Becton Dickinson

Ano 1 Número 1

Quadrimestral Mai/Jun/Jul/Ago de 1997

R\$ 1,00

Venda proibida - Exemplar do assinante

## Novo espaço para a Anestesia

GILBERTO DUTRA BULÇÃO

Desde as formas primitivas de anestesia até as sofisticadas tecnologias e métodos que a Anestesiologia tem hoje à disposição, esta especialidade médica vem passando por diversas etapas, expandindo as fronteiras para o desenvolvimento da Medicina.

Os ousados procedimentos cirúrgicos realizados atualmente em todo o mundo seriam praticamente impossíveis sem a presença do anestesista.

Como empresa atuante na área de saúde, a Becton Dickinson não quer se limitar à produção de artigos cirúrgicos de reconhecida qualidade. A companhia é ciente de sua responsabilidade na promoção da saúde para a comunidade e quer, através de serviços, atuar no desenvolvimento do conhecimento médico-científico no Brasil e no mundo.

Dentro desta iniciativa, a B-D lança agora Diálogos Clínicos em Anestesiologia, um veículo de informação dirigido aos interessados em atualizarem-se nessa especialidade médica. A cada edição, serão publicados artigos científicos baseados em estudos, pesquisas e levantamentos sobre novos métodos, utilização de técnicas e lançamentos de produtos, além de entrevistas com anestesiológicos.

A principal proposta do veículo é de estabelecer um fórum de debates, de apresentação de idéias e conceitos. Dessa forma, desde já, estas páginas estão abertas a todos os interessados em dar continuidade ao desenvolvimento da especialidade. Temos a certeza que iremos atingir o nosso objetivo, promovendo o desenvolvimento da Anestesiologia através de diálogos de alto nível.

*Gilberto Dutra Bulção é presidente da Becton Dickinson América do Sul.*

## Avanços tecnológicos possibilitam melhor utilização da raquianestesia em obstetria



Entrevista com o Dr. José Carlos Almeida Carvalho

O supervisor de Anestesia Obstétrica do Hospital das Clínicas da FMUSP e ex-presidente da LASRA (Latin American Society of Regional Anesthesia), dr. José Carlos Almeida Carvalho, falou a Diálogos Clínicos em Anestesia sobre os avanços, problemas atuais e perspectivas das novas agulhas utilizadas em raquianestesia obstétrica.

*Quais as técnicas de anestesia obstétrica mais utilizadas no Hospital das Clínicas da FMUSP?*

Dr. José Carlos: Antes de mais nada, devemos lembrar que o Serviço de Anestesia Obstétrica do HCFMUSP é fundamentalmente voltado ao atendimento de gestantes de alto risco e que as técnicas anestésicas se adaptam a esta realidade. Assim sendo, utilizamos 8% de anestesia geral, 30% de raquianestesia e 62% de anestesia peridural. Esta última é a que atende melhor às necessidades de nossas pacientes.

*Essa é a tendência, entre os anestesiológicos, de utilização das diferentes técnicas?*

Dr. José Carlos: Não, essa distribuição se adapta às características da população que atendemos no HC. Uma dissertação de mestrado concluída em nossa instituição em 1994 sobre a prática da anestesia obstétrica em hospitais públicos, privados e universitários da cidade de São Paulo, revelou que a raquianestesia e a anestesia peridural são utilizadas praticamente em iguais proporções. Os motivos desta opção no HC são vários, mas o principal é que a

técnica anestésica tem que se adequar à paciente, ao obstetra e ao tipo de serviço em que é praticada. Felizmente, hoje, com os avanços da raquianestesia, o anestesiológico pode utilizar uma ou outra técnica com grande eficiência e segurança.

*Por que a preferência por uma ou outra técnica?*

Dr. José Carlos: A anestesia peridural é uma anestesia tecnicamente mais complexa, de instalação mais lenta, de maior duração e que determina menor incidência de hipotensão, náuseas e vômitos no intra-operatório. A raquianestesia é tecnicamente mais simples, de instalação rápida, de menor duração e que determina maior incidência de hipotensão, náuseas e vômitos. Outro fator que deve ser considerado é a qualidade da analgesia intra e pós-operatória. Com a introdução da bupivacaína para uso na raquianestesia e dos opióides espinhais, tanto na raqui como na peridural, a qualidade das duas é muito semelhante. Há ainda quem considere o problema de custo. Uma vez de posse de todos esses dados, podemos

selecionar a técnica mais apropriada para cada situação. O raciocínio deve ser objetivo e lógico, sempre colocando o conforto e a segurança da paciente em primeiro lugar.

*Que exemplos o dr. poderia dar para ilustrar esse raciocínio?*

Dr. José Carlos: Já abordei a situação das pacientes de alto risco, para as quais, de maneira geral, a anestesia peridural é melhor. Hospitais onde se pratica o ensino têm procedimentos de longa duração, sendo o uso da raqui-anestesia limitada pelo seu tempo de duração que é de 90 minutos no máximo, se queremos ter sucesso em 100% dos casos. Hospitais com grande volume de casos têm na raqui-anestesia a técnica mais adequada, já que permitem uma otimização, com segurança, das salas operatórias e de recuperação pós-anestésica. Para que a raqui-anestesia seja considerada uma opção válida para a anestesia peridural, entretanto, deve-se partir do princípio que as agulhas utilizadas são apropriadas, de forma a minimizar o problema da cefaléia pós-raqui.

*O dr. citou que um aspecto fundamental nessa nova posição que a raqui-anestesia ocupa em obstetrícia é o uso de agulhas apropriadas. No HCFMUSP têm sido realizados, nos últimos anos, estudos comparativos entre as agulhas tipo Whitacre e tipo Quincke. O que os levou a realizar tais estudos?*

Dr. José Carlos: Um dos mais importantes fatores limitantes do uso da raqui-anestesia em obstetrícia é a cefaléia pós-raqui. Sabemos que este grupo de pacientes é de alto risco para essa complicação, que limita as atividades da paciente, com grande desconforto, prolonga sua internação hospitalar e aumenta os custos de seu atendimento. Sabemos que a incidência e a gravidade da complicação estão relacionadas ao calibre e ao tipo de ponta da agulha, entre outros fatores. Quanto menor o calibre, menor a incidência de cefaléia. Agulhas de mesmo calibre com ponta cortante, tipo Quincke, produzem mais cefaléia que as de ponta não cortante, tipo Whitacre. Como a diminuição exagerada do calibre da agulha traz problemas técnicos, o grande avanço foi o aprimoramento das pontas das agulhas. Como as agulhas de ponta não cortante ainda não haviam sido introduzidas no Brasil até 1992, decidimos avaliá-las no nosso meio e estimular o seu uso.

*Os resultados foram encorajadores?*

Dr. José Carlos: Definitivamente sim. Inicialmente comparamos agulhas tipo Whitacre e tipo Quincke calibre 25. Houve uma redução dramática da incidência de cefaléia de 11% para 2,4% com o uso das agulhas atraumáticas, tipo ponta de lápis. O problema é que essa incidência, apesar de menor, ainda é muito grande, inaceitável para a prática moderna da anestesia obstétrica. Principalmente se considerarmos que nessa casuística essas pacientes necessitaram de tratamento com o tampão sanguíneo (blood patch). Posteriormente utilizamos a agulha tipo Whitacre calibre 27 e, aí sim, os resultados foram os ideais. A incidência de cefaléia com essa agulha foi zero em nosso primeiro estudo e mostrou ficar abaixo de 1% após utilização rotineira em grande número de pacientes.

Além dessa baixa incidência, um aspecto importante é que quase todas as pacientes que apresentaram cefaléia têm remissão espontânea do quadro. Com esses resultados, a agulha tipo Whitacre calibre 27 mostra-se a agulha ideal para a prática da raqui-anestesia em obstetrícia.

*O dr. citou o problema das dificuldades técnicas com agulhas de fino calibre. Isso representa um problema para o uso clínico?*

Dr. José Carlos: Esse é um aspecto muito importante. Há alguns anos tivemos problemas técnicos quando trabalhamos com agulha cortante de calibre 27. A identificação dos planos era mais difícil, a obstrução da agulha mais frequente e era comum termos que abandonar aquela agulha para utilizarmos outra de maior calibre. Já, a agulha tipo ponta-de-lápis, mesmo a de calibre 27, é muito fácil de ser usada, mesmo por anestesiológicos em treinamento. No HCFMUSP os residentes a utilizam rotineiramente com excelentes resultados. Sua ponta romba permite fácil identificação dos planos que estamos atravessando. Acredito que esse seja um aspecto muito importante e que deva encorajar aqueles que pretendam utilizá-la.

*Mesmo com toda essa evolução, ainda podem existir pacientes que desenvolvam a cefaléia pós-raqui. Isso pode limitar seu uso?*

*O tampão sanguíneo é um tratamento aceito pelos anestesiológicos?*

Dr. José Carlos: O risco de cefaléia existe

tanto na anestesia peridural quando ocorre perfuração acidental, como na raqui-anestesia. É uma questão de estatística. Entretanto, se utilizarmos as agulhas adequadas, a incidência de pacientes com cefaléia que necessitarão o tampão sanguíneo será semelhante para as duas técnicas. De todos os tratamentos propostos, o tampão sanguíneo é o único que tem se mostrado realmente eficaz em 96% dos casos. Contudo, apesar de ser bem conhecido, não deixa de ser um procedimento invasivo e, por vezes, o anestesiológico reluta em utilizá-lo. Desde que corretamente aplicado, com técnica rigorosamente padronizada, o tampão

sanguíneo garante resultados ótimos, praticamente sem complicações.

*Há problemas com o uso das agulhas tipo Whitacre de fino calibre?*

Dr. José Carlos:

Alguns autores alegam que, por possuírem orifício lateral, o uso dessas agulhas pode determinar maior incidência de falhas quando comparadas com agulhas de ponta tipo Quincke. Na minha experiência isso não se observa. Entretanto, o problema que mais preocupa no momento é a sua possível participação na neurotoxicidade da lidocaína 5% hiperbárica, assunto que tem merecido a atenção de pesquisadores e clínicos de todo o mundo. A base racional para esse envolvimento é que o orifício lateral direciona para a região caudal altas concentrações de lidocaína, principalmente se considerarmos que a injeção através dessas agulhas é mais lenta, dificultando a diluição do anestésico no liquor. Enquanto o assunto não for totalmente esclarecido, é prudente que a lidocaína não seja utilizada com essas agulhas. Caso seja necessário sua utilização, o orifício da agulha deve ser voltado para a região cefálica e o tempo de injeção deve ser curto. Embora potencialmente todos os anestésicos locais possam determinar neurotoxicidade, não se observou as mesmas complicações com a bupivacaína. Assim sendo, temos utilizado de rotina bupivacaína hiperbárica com agulhas Whitacre 27 em obstetrícia, sem complicações. Mesmo assim, vale a pena observar a recomendação de direcionar o orifício lateral da agulha cefalicamente para minimizar os riscos deste tipo de complicação.

**“Para que a raqui-anestesia seja considerada uma opção válida para a anestesia peridural, deve-se partir do princípio que as agulhas utilizadas são apropriadas, de forma a minimizar o problema da cefaléia pós-raqui.”**

Em foco: Prof. Dr. José Leonardo Machado Vaz

## Profissão de fé na Anestesiologia



Na Faculdade de Medicina de Vassouras, há um homem que aparece homenageado como patrono, paraninfo ou em homenagem especial em todos os retratos dos formandos, desde a turma de 1970. É o Prof. Dr. José Leonardo Machado Vaz, atual titular da Disciplina de Anestesiologia da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro e chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital Universitário “Gaffree e Guinle”. Casado com a prof. dra. Márcia da Silveira Charneca Vaz, também livre docente em Anestesiologia, o prof. José Leonardo Machado Vaz tem se dedicado, neste últimos 40 anos, ao desenvolvimento e ensino desta especialidade médica no Brasil.

*Fomos informados que, atualmente, o senhor é o único professor titular de Anestesiologia concursado no Rio de Janeiro. Por que há tal escassez de professores concursados nesta disciplina?*

Prof. José Leonardo Machado Vaz: O outro docente, professor titular concursado em Anestesiologia, pela Universidade Federal Fluminense, era o professor José Afonso Zugliani, já falecido. Embora atualmente existam grandes anesthesiologistas no Rio de Janeiro, infelizmente poucos têm interesse em ensinar, pois não há estímulo para ser

professor no Brasil, em todos os níveis, não só na Universidade. Muitas vezes, o médico sente que está sendo penalizado ao dar aulas, pois ele tem que deixar a sua prática clínica para se dedicar ao ensino. Financeiramente isso não é interessante.

*No entanto, o senhor vem administrando aulas durante quatro décadas. Como o professor explica tal dedicação pelo ensino da Anestesiologia?*

Prof. Vaz: Eu ingressei na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1952, onde concluí meu curso em 1957 e,

já na época de estudante fiquei muito interessado pela prática da anestesia. Pode parecer engraçado, mas eu ficava impressionado ao ver o paciente dormir sob efeito do anestésico.

Eu ainda sou do tempo em que se anestesiava com a máscara de Ombredane, com éter e clorofórmio. Na época, eram poucos os que se interessavam pela anestesia, todo mundo queria fazer cirurgia. No entanto, percebi que a anestesia era muito importante para o serviço de cirurgia e assim fiz a opção por esta especialidade. Como não se divorcia

daquilo que se ama, eu nunca deixei a Anestesiologia, aliás, sempre lutei para levá-la à Universidade. Tanto que, durante 25 anos, fui o chefe do Serviço de Anestesiologia do Instituto Nacional do Câncer. Desde 1970 sou professor titular da Disciplina de Anestesiologia da Universidade de Vassouras. Naquele ano prestei concurso para livre docente na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, embora já fosse chefe de Serviço de Anestesiologia. Em 1976 tornei-me professor responsável pela disciplina e, no ano passado, prestei concurso para o cargo de professor titular. Quando vim estudar medicina no Rio de Janeiro, não existiam os Serviços de Anestesiologia, não havia a preocupação com procedimentos de recuperação pós-anestésica. Portanto, posso dizer que nos últimos 40 anos esta especialidade evoluiu muito em nosso país. Evoluiu tanto que a Sociedade Brasileira de Anestesiologia está entre as maiores e mais importantes do mundo, seja em número de filiados como em qualidade e nível de seus integrantes.

*Como o professor tem participado na evolução da Anestesiologia nos hospitais em que tem atuado?*

Prof. Vaz: Para o Hospital Universtitário “Gaffree e Guinle” eu trouxe o conhecimento acumulado em minha experiência profissional no Instituto Nacional do Câncer, no Hospital “Carlos Chagas” e na Maternidade “Fernando Magalhães”. Além disso, procuramos conhecer os Serviços de Anestesiologia de outros hospitais do Brasil, do exterior, participando também de eventos internacionais. Em 1989 estivemos na Universidade de Coimbra e naquela ocasião participamos do Congresso Europeu de Bloqueio em Anestesia Regional, apresentamos um trabalho sobre bloqueio regional combinado à anestesia geral em cirurgias nos portadores de feocromocitoma. Participamos em 1991 do Congresso de Pós-Graduação em Anestesiologia em Nova Iorque. No ano passado estivemos no Congresso Latino-Americano realizado em Cuba e sempre estivemos presentes em vários congressos da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Além disso, procurei desenvolver vários estudos e pesquisas que resultaram em alguns livros como “Anestesia Para

Cirurgia do Aparelho Digestivo”, “Anestesia Analgésica Sequencial” e “Parada Cardíaca e Anestesia”. Em 1994 foi publicado outro trabalho de minha autoria, “Da Importância dos Receptores Alfa-Adrenérgicos na Parada Cardíaca por Halotano”. Sempre tive esta preocupação com a reanimação cardiopulmonar e principalmente com a parada cardíaca durante a anestesia devido ao uso de um anestésico.

*Na sua opinião, qual a tendência de utilização entre a anestesia peridural e a raquianestesia?*

Prof. Vaz: Houve uma época em que se diminuiu as indicações de raquianestesia devido às complicações pós-anestésicas características deste tipo de anestesia espinal, principalmente as cefaléias pós-raqui. Com o advento dos novos anestésicos locais e, principalmente, com as agulhas de calibres mais finos, foi possível reduzir as complicações da raquianestesia, aumentando suas indicações.

Logicamente, não adianta usar uma agulha sofisticada, de calibre mais fino, se ela não estiver esterilizada. Por isso eu preconizo o uso de agulhas descartáveis e que sejam usadas uma única vez, sem reaproveitamento. É inadmissível que, por qualquer justificativa, se reutilize material descartável. Uma aracnoidite, uma meningite, ou qualquer outra complicação causada no paciente por uso de agulha descartável reprocessada e contaminada, é algo inaceitável. Já, em relação à peridural, que é uma técnica mais usada em obstetrícia e cirurgias diversas, hoje há a tendência de associá-la com anestésicos mais opióides e anestésico geral. Sabe-se atualmente que em pacientes de alto-risco, pacientes com diminuição da competência imunológica, a analgesia mais profunda realizada com a combinação de bloqueio regional com a anestesia geral, possibilita bons resultados. Nós sabemos que ocorre alta incidência de infecção pós-operatória e que o ato anestésico constitui-se num dos fatores de depressão imunológica. Portanto, estamos realizando estudos para

conhecer quais são as técnicas anestésicas que causam menor depressão imunológica ao paciente.

*Até agora, quais são os resultados destas pesquisas?*

Prof. Vaz: Estamos iniciando esses estudos, pesquisando a quantidade de linfócitos que se desenvolvem após as cirurgias e anestésias. Tudo indica que a falta de analgesia deprime imunologicamente o paciente. A técnica combinada, isto é bloqueio com anestesia geral, tem dado bons resultados. Ainda é cedo para afirmarmos conclusivamente, mas parece que a combinação é uma tendência

mundial. O importante é chegarmos a uma anestesia que proporcione maior conforto ao paciente e a técnica combinada tem se apresentado como uma opção de analgesia pós-operatória. Além

**“Quando vim estudar medicina no Rio de Janeiro, não existiam os Serviços de Anestesiologia, não havia a preocupação com procedimentos de recuperação pós-anestésica. Portanto, posso dizer que nos últimos 40 anos esta especialidade evoluiu muito em nosso país.”**

disso, eu acredito que o bloqueio isoladamente, não resolve todos os casos. As pesquisas apontará quais as técnicas que minimizam a depressão imunológica.

*Qual a perspectiva que o professor vê para a Anestesiologia no Brasil?*

Prof. Vaz: É a melhor possível, pois acredito no país, acredito nos jovens deste país. Mundialmente, a Anestesiologia brasileira é reconhecida pela sua alta qualidade e eu acho que vale a pena lutara para manter este patrimônio. Mas para isso precisamos defender a Anestesiologia da corrupção e evitar que aconteça com ela as catástrofes que vêm ocorrendo na área de saúde no Brasil. Temos que valorizar o ensino da Anestesiologia para que os mais jovens tenham interesse em substituir os velhos professores. O ensino é um verdadeiro sacerdócio e eu sei que é difícil para o médico jovem abdicar de suas atividades clínicas para dar aulas numa faculdade. Mas esse sacrifício vale a pena, assim como vale a pena estudar e fazer o melhor pela Medicina e pela Anestesiologia. É nesse sentido que eu tenho muita fé em meus alunos. ●

# Whitacre

A ponta de lápis original



- Ponta de lápis

**Ponta de lápis com exclusivo orifício lateral ovalado** - reduz a incidência de cefaléia pós-raque que associado ao orifício lateral, perfeitamente posicionado, garante apurada colocação do agente anestésico.

**Cânulas de paredes finas** - Seu maior diâmetro interno oferece um fluxo igual ao de uma agulha de parede regular, de maior calibre.

**Canhão Luer-Lok<sup>®</sup>, com visor translúcido e internamente cônico, codificado por cores** - Garante conexão segura, perfeita visualização do líquido, facilita a reinserção do mandril e permite fácil indentificação do calibre.



Código	Cor	Especificação	Equivalência com agulhas reusáveis
405010	branca	22 G 3 1/2"	90 X 7
405012	azul	25 G 3 1/2"	90 X 5
405079	cinza	27 G 3 1/2"	90 X 4
409443	cinza	27 G 4 11/16"	120 X 4



- Canhão translúcido

# Insyte<sup>®</sup>

Vialon<sup>®</sup> faz a diferença



- Perfeito alinhamento agulha - cateter

**Agulha siliconizada com bisel bi-angulado e trifacetado** - Facilita a punção e reduz o traumatismo dos tecidos.

**Cateter (ou cânula) em Biomaterial Vialon<sup>®</sup>** - Oferece incomparável desempenho na punção, durante a permanência na veia, reduzindo a ocorrência de flebite.

**Geometria exclusiva de ponta** - Facilita a inserção.

**Conector Luer-Lok<sup>®</sup>, translúcido, codificado por cores e com ranhuras para fixação** - Permite segura conexão ao equipo, facilita a identificação do calibre e possibilita a fixação através de ponto cirúrgico.

**Sem memória de dobras** - Permite fácil colocação mesmo em articulações.



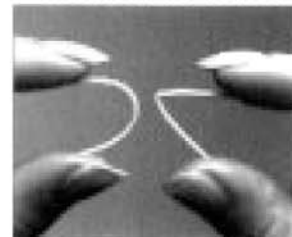
Código	Cor	Especificação
387814	rosa	14 G 2"
387816	amarela	16 G 2"
387518	bronze	18 G 1 1/4"
387818	bronze	18 G 2"
387420	verde	20 G 1"
387520	verde	20 G 1 1/4"
387820	verde	20 G 2"
387422	azul	22 G 1"
387324	lilás	24 G 3/4"

**Vialon**  
Clínica mente Superior



**Termosensível -  
Molda-se à corrente  
sangüínea**

**Não apresenta  
memória de dobras**



**Permite manutenção do  
fluxo, mesmo em  
articulações**

# Raquianestesia para Cesária com agulha de Whitacre calibre 27

José Carlos A. Carvalho, Henrique S. Nascimento, Katia Y. Yamamoto, Waldir G. Senra\*.

Disciplina de Anestesiologia da FMUSP

**Introdução:** O uso da raquianestesia para cesárea tem aumentado nos últimos anos, em parte devido à introdução na prática clínica de agulhas de ponta atraumática e/ou fino calibre, que reduziram a incidência de cefaléia pós-punção, uma das principais complicações da raquianestesia nesta população (1,2). As desvantagens atribuídas às agulhas finas são a dificuldade técnica e, no caso das atraumáticas com orifício lateral, a possibilidade de falhas anestésicas. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso clínico da agulha de Whitacre calibre 27 e comparar os resultados com os obtidos em estudos anteriores com as agulhas de Whitacre e Quincke calibre 25 (1) e Quincke calibre 27 (2).

**Método:** Após aprovação da Comissão de Ética, foram estudadas 85 pacientes submetidas a raquianestesia para cesárea. Com as pacientes na posição sentada, a punção foi realizada entre L2-L3 ou L3-L4 com uma agulha de Whitacre calibre 27, através de um introdutor calibre 22, sendo injetados 15mg de bupivacaína - 0,5% hiperbárica em 60 segundos. As punções foram realizadas por médicos residentes sob supervisão de médicos assistentes. A dificuldade técnica foi definida pelo número de tentativas necessárias para se conseguir a punção. A qualidade do bloqueio foi avaliada pelo nível máximo de bloqueio sensitivo, determinado pela técnica da picada de agulha, pela necessidade de complementação sistêmica com até 100 mg de fentanil e pela necessidade de nova raquianestesia ou anestesia geral. Todas as pacientes receberam 500 ml de SG5% e 500-1.000 ml de solução de Ringer com lactato

	25 W (n=100)	25 Q (n=100)	27 W (n=85)	27 Q(n=38)
No de punções (média)	1,7	1,6	1,48	2,24
Falha parcial (%)	13	8	7	-
Falha total (%)	4	3	0	0,03
Cefaléia (%)	3	11	0	3
Tampão Sanguíneo (%)	2	4	0	0

Agulhas 25W e 25 Q: referência 1;  
Agulha 27Q: referência 2.

durante o procedimento. As pacientes não foram submetidas a nenhuma conduta profilática para a cefaléia pós-punção. Foram acompanhadas até o terceiro dia pós-parto, sendo registrado a incidência de cefaléia e a necessidade de tampão sanguíneo. Os resultados deste estudo foram comparados com os de estudos anteriores (1,2) sem análise estatística.

**Resultados:** 59 pacientes apresentaram estado físico ASA I (69,4%) e 26 pacientes ASA II (30,6%), sendo sua idade 28 +/- 6 anos, seu peso 70,2 +/- 11,6 kg e sua altura 1,56 +/- 0,07 m. O número de punções necessárias foi de 1 em 57 pacientes (67%), 2 em 17 pacientes (20%), 3 em 9 pacientes (10,6%) e 4 em 2 pacientes (2,3%). O bloqueio sensitivo máximo foi sempre acima de T6. Não houve falhas totais. A necessidade de complementação sistêmica com opióides foi de 7% (6 pacientes). Quatro pacientes apresentaram cefaléia não característica que regrediu espontaneamente. Nenhuma paciente apresentou quadro clínico de cefaléia pós-punção. Os resultados deste estudo e os dos anteriormente realizados encontram-se expressos na Tabela.

**Dicussão:** Embora os números de

pacientes estudados tenham sido diferentes, agulha de Whitacre calibre 27 parece oferecer os melhores resultados entre as utilizadas. A diminuição do calibre da agulha, assim como o seu orifício lateral, não determinaram prejuízo da qualidade do bloqueio. A facilidade de execução do bloqueio, mesmo que por médicos em treinamento e os bons resultados obtidos, sugerem que esta agulha seja de grande valia em anestesia obstétrica.

## Referências:

- Carvalho JCA, Sialyly MM, Kuriki W, Capelli EL, Mathias RS, Gomide do Amaral RV - Estudo comparativo de agulhas Quincke vs Whitacre, calibre 5 (25G) em raquianestesia para cesárea. Rev Bras Anestesiologia 1993;43:239-243.
- Carvalho JCA, Mathias RS, Senra WG, Torres MLA, Capelli EL, Vasconcelos A, Adam C - Uso clínico da agulha tipo Quincke-Babcock 90X4 em anestesia subaracnóideia para cesárea. Rev Bras Anestesiologia 1989;39:CBA 128.

Participaram deste trabalho: Monica M Sialyly, José Edison Moraes, Roberto S. Mathias.  
Revista Brasileira de Anestesiologia  
Vol. 44, Supl. No 18, Novembro, 1994.

## Assine grátis Dialogos Clínicos em Anestesia

Nome:.....  
Endereço:..... Tel:.....  
CEP:..... Cidade:..... Estado:.....  
Entidade em que trabalha:.....

Sobre quais assuntos ou produtos B-D para anestesia gostaria de receber informações?

Recorte ou tire cópia deste cupom e envie-o à B-D pela Caixa Postal 8122, CEP 01051-970 São Paulo-SP.

Diálogos Clínicos em Anestesia é uma publicação da Becton Dickinson Indústrias Cirúrgicas Ltda. R. Alexandre Dumas 1976, Chácara Santo Antônio, CEP 04717-004, São Paulo, SP. Tel. 545-9833. *Diretor da publicação:* Fábio de Sampaio Dória Filho. *Coordenadores:* Luiz Roberto Chiavenato Lopes e Igor Alexandre Carneiro Leão. *Jornalista responsável:* Milton Nespatti (MTB. 12460-SP) *Editores eletrônicos:* Page One Comunicação Visual Ltda. As matérias desta publicação podem ser reproduzidas desde que citada a fonte.