

ANESTESIA/ANALGESIA EPIDURAL

Rosa Maria Dos Santos Moreira*



0 - INTRODUÇÃO

A Anestesia Epidural é hoje, uma das técnicas loco-regional mais utilizadas. A utilização do catéter epidural como meio de administração de analgésicos é também um método revolucionário e bem aceite na terapia da dor no pós-operatório e no trabalho de parto.

Actualmente são muitas as intervenções cirúrgicas que se praticam mediante anestesia epidural.

Nascida no século XX a anestesia epidural desenvolveu-se mais lentamente que a raquianestesia.

"Corning", Neurologista Americano, foi o primeiro em 1885 a sugerir a ideia de injectar medicamentos na região raquidea. Em 1909 "Stoeckel", utilizou a anestesia caudal para atenuar as dores do parto. Mas só em 1921 a anestesia epidural segmentar foi descrita e utilizada pela primeira vez, pelo cirurgião Espanhol "F. Pagés".

Melhores técnicas, materiais e avanços farmacológicos, como um melhor conhecimento da fisiologia da anestesia e da analgesia epidural, permitiram uma maior aceitação da sua utilização clínica a partir dos anos 60.

Vários estudos demonstraram que é uma técnica segura e facilmente manejável, que permite assegurar uma anestesia segmentar contínua em excelentes condições.

A descrição dos receptores medulares específicos para os opiáceos, deu uma nova dimensão à utiliza-

ção da anestesia epidural para analgesia a partir de 1979.

Pelas suas numeroasa vantagens, e em especial pela possibilidade de realizar anestésias prolongadas, a anestesia epidural e a administração epidural de opióides é actualmente, uma das técnicas loco-regional mais utilizadas não apenas com fins cirúrgicos ou obstétricos, mas também no tratamento de diferentes tipos de dor, aguda ou crónica.

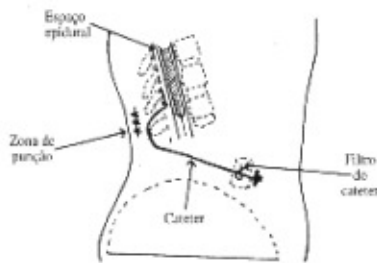
1 - DEFINIÇÃO

Caracteriza-se pela interrupção voluntária, logo reversível da função das fibras nervosas a qualquer nível do seu trajecto, conseguida pela administração de determinadas quantidades de anestésicos locais. Deste modo podemos proporcionar a um doente consciente, analgesia completa a uma determinada área por vezes mantendo actividade motora. O utente permanece acordado e apercebe-se de tudo o que acontece a seu redor. A função respiratória e o estado de consciência não ficam comprometidos, portanto a recuperação e a reabilitação é mais rápida.

A colocação do catéter pode ser feita na região cervical, torácica, lombar ou sagrada.

A Anestesia Epidural lombar é feita pela injeção da solução de anestésico local, no espaço epidural lombar do canal vertebral. A punção é feita geralmente ao nível das vertebrae L2 e L3 ou L3 e L4, usando um catéter.

* Enfermeira, Maternidade Bissaya Barreto, Serviço de Obstetria.



2 - INDICAÇÕES

- Cirúrgicas abdominais de grande porte
- Partos por via baixa
- Cesariana
- Histerectomia
- Cirurgia ano e peri-rectal
- Cirurgia das extremidades inferiores
- Procedimentos urológicos
- Diagnóstico e tratamento da dor crónica

3 - CONTRA-INDICAÇÕES

- Hemorragia grave ou choque
- Infecção local no sítio da punção
- Septicémia
- Doenças neurológicas pré-existentes
- Distúrbios da morfologia do sangue e/ou terapia com anti-coagulantes (risco de complicações neurológicas caso haja hemorragia no espaço epidural)
- Toxémia gravídica grave
- Idades avançadas
- Lombalgia crónica ou cefaleia pré-operatória
- Hipotensão ou hipertensão acentuada
- Artrite ou deformidades da coluna
- Utente psicótico ou não cooperativo
- Recusa do doente

4 - VANTAGENS

- Permite a anestesia segmentar
- Não ocorre cefaleia pós-operatória
- A hipotensão é menos provável
- Menor número de objecções psicológicas por parte do utente
- Como promove bloqueio motor menor, pode ser usado tanto em cirurgia extratorácica como extraperitoneal, em utentes com grave déficite respiratório
- No pós-operatório pode servir como método analgésico
- A respiração é menos afectada
- Pode ser administrada a utentes com contra-indicação aos relaxantes musculares (ex: Miastenia Gravis)
- Na mulher grávida em trabalho de parto, possibilita:
 - participação activa no trabalho de parto
 - assistir ao nascimento do filho
 - reduzir ou anular os efeitos nefastos provocados pela dor da mãe no filho
 - envolvimento do marido
 - maior conforto e assistência personalizada

- melhoria da perfusão placentária
- previne a hiperventilação e redução do consumo de oxigénio pela mãe
- normaliza as contrações e permite um trabalho de parto mais rápido
- na permatividade permite obter esforços expulsivos pouco violentos
- no parto gemelar, diminui o intervalo entre o primeiro e o segundo gémeos e facilita a extração do segundo.

5 - DESVANTAGENS

- Tecnicamente difícil de realizar
- Como o espaço epidural é muito vascularizado, podem ocorrer reacções sistémicas decorrentes da droga absorvida
- É possível perfurar a dura-máter inadvertidamente
- É necessário uma dose maior de anestésico que aquele utilizado por via sistémica

6 - EFEITOS SECUNDÁRIOS

NEUROLÓGICOS: doses excessivas de anestésicos locais podem provocar alucinações e convulsões



CÁRDIO-VASCULARES: dependem das acções do anestésico local e de outras drogas associadas

RESPIRATÓRIOS: são mínimos

OBSTÉTRICOS: insensibilidade às contracções uterinas e diminuição da qualidade dos esforços expulsivos. Maior incidência de partos instrumentados. Disfunção vesical.

7 - COMPLICAÇÕES

- A punção acidental da dura-máter, que pode ser seguida a:
 - a) raquí-anestesia alta ou total, após injeção de grande volume de anestésico no espaço subaracnoideu, que levará à perda de consciência, paragem respiratória e bloqueio completo do simpático
 - b) cefaleia postural pós-raquí, secundária à drenagem de líquido cefaloraquidiano
 - podem ocorrer reacções sistémicas generalizadas, devidas à absorção rápida do anestésico local. O utente pode queixar-se de:
 - . gosto amargo na boca
 - . celaleias intensas
 - . tinido nos ouvidos
 - . irritabilidade
 - . câimbras
 - . pode ocorrer convulsões
 - O Anestésista pode não obter anestesia adequada devido ao mau posicionamento do catéter. Por vezes, obtém-se anestesia unilateral ou com ilhas.
 - o catéter pode sair do espaço epidural por um forame intervertebral

- Provoca contracção intestinal - a manipulação cirúrgica e a tracção do tracto gastro-intestinal podem desencadear dor visceral, náuseas, vómitos e hipotensão



- Pode provocar hipotonia uterina e sofrimento fetal concomitante
- Pode ocorrer disfunção vesical no pós-parto

ANALGESIA EPIDURAL COM AGENTES MORFÍNICOS

No nosso serviço a Morfina é o analgésico narcótico mais utilizado.

1 - EFEITOS COLATERAIS DA MORFINA MAIS FREQUENTES

- . Depressão respiratória (bradipneia intensa, miose, sonolência, ausência de resposta ao estímulo doloroso, hipoxémia e hipercápnia)
- . Retenção urinária
- . Prurido
- . Náuseas e vómitos
- . Alucinações
- . Sudorese



2 - ACÇÃO DA MORFINA

Geralmente, a acção da Morfina tem início passados 25 minutos, com alívio completo da dor 30 a 40 minutos e com duração de 12 a 24 horas.

A dose depende da idade e estado físico do utente e o volume da localização do catéter. A Morfina deverá ser diluída com soro fisiológico, conforme prescrição do Anestésista.

3 - INDICAÇÕES

- Doentes submetidos a cirurgia, nas quais a dor pós-operatória é sempre responsável por um certo grau de comprometimento respiratório.
- Doentes com patologia respiratória em que por um lado a analgesia permite uma ventilação adequada e por outro, toleram mal os analgésicos opióides por via sistémica.
- Todo o doente em que existem vantagens de iniciar precocemente fisioterapia.

4 - CONTRA-INDICAÇÕES

- Todas as contra-indicações da colocação de catéteres epidurais.

- A administração de morfina por via epidural só deve ser efectuada, quando é possível manter vigilância da respiração do utente, nas 24 horas seguintes à sua administração.

5 -ANTÍDOTO DOS AGENTES MORFÍNICOS

O fármaco antagonista dos analgésicos morfínicos é a "NALOXONA", cujo nome comercial é "NARCAN".

Apresenta-se em ampolas de 1 ml com 0,4mg cada. Deve-se diluir a ampola em soro fisiológico até perfazer um volume total de 5 ml (cada ml contém 0,08mg de Naloxona).

Administrar em injeção intravenosa 0,08 mg cada 3 minutos, até ao desaparecimento dos sintomas ou até ao máximo de 0,4 mg. Atender sempre à prescrição do Anestesiista.

a acção desta é apenas de 30 a 45 minutos, ao fim dos quais o efeito analgésico é revertido.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM CATÉTER EPIDURAL PARA ANALGESIA

- Observar o estado e colocação do cateter, sua porta de entrada e seu trajecto, se não está partido, dobrado, etc.
- Confirmar se o terminal e o filtro bacteriológico estão em boas condições.
- Vigiar local da punção, para detectar possível saída de sangue ou LCR e evitar infecção local.
- Administrar a medicação com as máximas condições de assépsia, com o utente semi-sentado a 30 graus, injectando lentamente.



- Aspirar antes de administrar o fármaco para detectar se há saída de sangue ou LCR e verificar se oferece resistência, porque pode sair de espaço epidural, entrar num vaso / espaço subaracnoideu, dobrar, obstruir, partir.

- Geralmente o catéter permanece 48 horas e há cuidados que se devem ter quando é retirado:

- . se não oferece resistência (perigo de partir)
- . observar se está íntegro
- . se há sinais de infecção local

Nunca deve permanecer por um período superior às 72 horas, devido ao grande risco de infecção.

- Estar atento às complicações que possam surgir para actuação imediata. Comunicar com Anestesiista em SOS.
- Preparar e administrar o antídoto face a efeitos secundários acentuados.

CONCLUSÃO

O cateterismo epidural é sem dúvida uma técnica que vai pros-

seguir na sua evolução, como meio anestésico e analgésico. Actualmente já é uma técnica bem aceite pela maioria dos profissionais de saúde e até pelos doentes.

Espero que este trabalho desperte mais os Enfermeiros para este tipo de anestesia / analgesia, visando melhorar a prestação de cuidados aos utentes e o nosso desempenho.

SV

BIBLIOGRAFIA

BRUNNER/SUDDARTH - *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*, volume 1, Brasil, Interamericana 1982

MARTINHO, DR. - *Analgesia e trabalho de parto - Congresso de Saúde Materna e Obstétrica*, Coimbra, 1994

PHIPPS, LONG, WOODS - *Enfermagem Médico Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica - volume 1*, 1ª edição, Lusodidacta, 1990

REVISTA ROL DE ENFERMERÍA, N°133, Pág. 31 e 32, Espanha.