

Sr. Editor:

Recebi a cópia da carta enviada à V. S., por Peter Spiegel. Procurarei esclarecer as sérias dúvidas relatadas.

É claro que se deve preocupar com o fator tempo, pois toda técnica que necessitar de tempo prolongado, só pode trazer prejuízos para o conforto do paciente, descreditando a eficiência do método junto à equipe cirúrgica.

Não tivesse conseguido a redução dos tempos, não teria razão de ser a publicação da técnica do bloqueio peridural duplo, com a deposição simultânea, da solução anestésica, em dois pontos diferentes do espaço peridural, para conseguir, no mesmo tempo, o bloqueio de maior número de raízes nervosas.

Refere o colega, que nas minhas mãos consigo uma punção rápida, tempo de latência curto, tempo curto entre término da injeção e início da cirurgia ou abertura do peritônio.

Ora, isto é essencial para o conforto do paciente, fazendo com que sua ansiedade se dissipe, também, em "curto tempo".

Quanto à segurança do paciente, em nenhum dos cinco itens apresentados encontrei dados para sua afirmativa.

À seguir passo a comentar os 5 itens.

1 - A posição sentada é a ideal para a punção, sendo utilizada por muitos autores^{1, 6, 7, 8, 10, 11, 12}, um deles¹⁰ publicou trabalho, incluindo duas fotografias da posição adotada.

O bloqueio é melhor executado nesta posição, tornando a técnica mais fácil do que na de decúbito lateral, permitindo, com a influência da gravidade, maior difusão do anestésico em sentido das raízes sacrais.

Com paciente apenas atropinizado, as chances de hipotímia são pequenas e menores ainda se estiver com seus membros inferiores estendidos sobre a mesa operatória.

A punção com agulha comum, 80 x 8, de bisel de 2 mm, muito fino, produz dor perfeitamente suportável, igual à de uma injeção venosa, com agulhas 30 x 7 ou 30 x 8. A confecção de botão intradérmico não é isenta de dor.

2 - Sabe-se que a incidência de perfuração acidental da dura-máter depende da experiência do anestesiológico. Para Bromage² até 2% é considerado satisfatório, mas Moore⁹ refere 100 perfurações em 3000 casos (3,3%).

Entre nós não encontrei referências à respeito.

O orifício na dura-máter, feito pela agulha, pode persistir por dias ou semanas.

É claro que quanto maior for o calibre da agulha, maior será o orifício com maior saída do líquido céfalo-raquidiano, perdendo-se o equilíbrio entre formação e saída de líquido, com conseqüente diminuição da pressão líquórica.

Havendo perfuração com agulhas finas, as perdas serão menores e com cefaléias mais brandas e iguais às provocadas por punções para a raquianestesia.

As agulhas de grosso calibre (16 G ou 18 G) quando perfuram a dura-máter, determinam cefaléias em 77,5% dos casos⁵, por vezes são tão intensas e incapacitantes que obrigam a prolongar a hospitalização.

Portanto, uma punção acidental da dura-máter com

agulha grossa deve ser levada à sério.

A possibilidade de uma raquianestesia total existe tanto para o bloqueio peridural como para o bloqueio subaracnóideo.

Na peridural é preciso ter certeza, absoluta, de que a ponta da agulha está no espaço peridural, antes de se injetar a solução anestésica, seguindo a técnica por mim recomendada.

Quanto às complicações neurológicas, atribuídas à acidez da solução anestésica, se tiverem que ocorrer, tanto faz se a perfuração for devida à uma ou duas punções.

A marcaína a 0,5% pode ter sua acidez diminuída se usada sem adrenalina ou então se a adrenalina for adicionada momentos antes de sua utilização.

3 - Na literatura não encontrei nenhuma técnica parecida, para merecer comparação. Trata-se de bloqueio duplo simultâneo, isto é, duas anestésias peridurais praticadas simultaneamente em dois pontos diferentes e distantes entre si.

Não pode ser comparada ao bloqueio peridural em dose única, qualquer que seja o volume empregado.

Cleland⁴ e Bromage² empregam a técnica de duas agulhas, lombar e sacral, para executar através de cateteres, bloqueios peridurais, em tempos diferentes. Especificamente utilizam o método para aliviar a dor do trabalho de parto, injetando solução anestésica no cateter cranial, na primeira fase do trabalho de parto, e só depois de certo tempo, a injeção é feita no cateter caudal, para o alívio da fase de expulsão.

4 - Referi que com o bloqueio peridural duplo, as alterações da pressão arterial foram iguais às obtidas quando da utilização de anestesia peridural em dose única.

A hipotensão não é uma complicação e sim uma conseqüência do bloqueio do simpático.

Do mesmo modo a hipotalgia, a analgesia ou o bloqueio motor, são devidos à ação de várias concentrações do anestésico local sobre as raízes nervosas.

Existe técnica de bloqueio peridural duplo³, com o objetivo de produzir analgesia na área de operação e ao mesmo tempo hipotensão, por bloqueio do simpático, para se conseguir acentuada diminuição do sangramento.

5 - O colega não observou bem os quadros. O quadro I mostra que de fato 38 foi o número total de gastrectomias mais colecistectomias.

No quadro II, constata-se, entre os 54 casos estudados:

pacientes não necessitando sedação.	34
pacientes necessitando sedação.	12
pacientes necessitando anestesia geral	8

Total. 54

Concluindo: Em nenhum momento foi relegado à segundo plano o problema do conforto e segurança do paciente.

Somente iniciei o trabalho após intensas pesquisas e observações dos resultados de mais de 8000 anestésias peridurais, executadas no serviço onde trabalho.

Sei que trabalho publicado adquire validade, porém colegas jovens (de experiência), afoitos ou não, não devem executar determinadas técnicas sem terem ao seu lado quem possa orientá-los. Já os com grande experiência no campo da anesthesiologia podem reproduzir a técnica tão bem ou melhor do que o autor e resolver possíveis

complicações sem arriscar a vida do paciente. Isto é o que motiva o cientista para a realização de novas pesquisas.

Discordo do colega quando diz que em caso de acidentes posteriores a responsabilidade é também do editor por ter publicado o artigo. A responsabilidade é sempre de quem pratica o ato. Quem estiver habilitado a executar um bloqueio peridural simples, pode também executar o bloqueio peridural duplo simultâneo.

O meu trabalho foi apresentado no 26.º Congresso

Brasileiro de Anestesiologia e consta na revista "Resumos dos Trabalhos", do congresso.

Solicito que esta carta seja publicada na mesma revista em que constar à do colega Peter Spiegel.

Atenciosamente

*Edmundo Zarzur
Praça Carlos Gomes, 107
01501 - São Paulo, SP*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braz J R C , Vianna P T G , Castiglia Y M M , Vane L A , Carvalho I L , Batista B – Efeitos da bupivacaína e da associação bupivacaína-lidocaína no bloqueio peridural - Rev Bras Anest 28: 570, 1978.
2. Bromage P R – Epidural analgesia - W B Saunders 1978, 544.
3. Brown P R , Arthurs G J , Glashan R W – Epidural analgesia in treatment of bladder carcinoma. Anaesthesia 29: 422, 1974.
4. Cleland J G P – Continuous peridural and caudal analgesia in obstetrics. Anesth Analg 28: 61, 1949.
5. Crawford J B , Eptein B S , Coakley C S – Prophylaxis of dural puncture headache with epidural saline Anesth Analg 52: 228, 1973.
6. Drummond J P – Bloqueio peridural em analgotocia - Rev Bras Anest 28: 498, 1978.
7. Eugenio A G B – Bloqueio peridural lombar com bupivacaína na analgesia do parto Repercussão na condição de vitalidade do recém-nato avaliada pela apreciação do seu estado acidobásico. Rev Bras Anest Supl 4 25: 13, 1975.
8. Gutierrez A – Anestesia metamérica epidural - Rev Cir Buenos Aires 12: 672, 1932.
9. Moore D C , Bridenbaugh D , Ackeren E G , Belda F B , Cole F V – Spread of radiopaque solutions in the epidural space of human corpse 19 - 384, 1958.
10. Neme B – Raquianestesia em grávidas: nova técnica de punção. Rev Bras Anest 15: 362, 1965.
11. Reis A – Analgesia em obstetrícia: bloqueio peridural contínuo. Rev Bras Anest 15: 289, 1965.
12. Varella A L – Hidrodinâmica do espaço peridural - Rev Bras Anest 29: 336, 1979.

*Pain - New Perspectives in Measurement
And Management*

*Editado por: A.W. Harcus, M.B., D. Obst R.C.O.G. - Chefe dos Negócios Médicos
R.B. Smith, B. Sc., M.B., M.D., Dip. Pharm. Med. - Diretor Médico e De-
senvolvimento Internacional.
B.A. Whittle, B. Pharm, F. P. S., M. Sc., Ph. D. - Responsável pelo Regula-
mento.*

Todos os membros da Divisão de Pharmaceutical Division, Reckitt & Colman.

*Um livro do Simpósio de dois dias sobre DOR ocorrido em maio de 1977
no Estado de Guernsey, Inglaterra, onde houve a participação de médicos, cirurgiões e
cientistas com contribuições acadêmicas, de pesquisa e prática clínica em conexão com a
indústria farmacêutica.*

*O Simpósio foi dividido em 7 sessões, moderadas por J Parkhouse (2 vezes),
R W Houde, J D P Graham (3 vezes) e D Robbie, com 64 autores e participantes.*

*Iniciando o Simpósio Dr Jan Donald apresentou o seu ponto de vista em
relação a dor, como paciente. A sua contribuição nos parece de alta importância pois nós
médicos passamos numericamente por esta experiência em proporção reduzida e poucos
se propõem a relatos tão ricos de informes como este do Dr Donald.*

*A dor, sua avaliação e interpretação; efeitos respiratórios e circulatórios
dos analgésicos potentes e seus problemas associados, manuseio da dor crônica e aguda, da
dor no infarto do miocárdio e no pós-operatório; bupremorfina - aspecto farmacológico e
experiência clínica, estudo comparativo com a morfina e pentazocina; problemas do abu-
so e dependência de drogas analgésicas são os tópicos deste Simpósio muito bem apresen-
tado, editado e publicado pela Churchill Livingstone - Edinburgh London and New York -
1977.*

*Sérgio Paes Leme
Ladeira dos Guararapes, 263 - ZC - 45 - Tel 265-0212
Caixa Postal, 768 - ZC - 00
Rio de Janeiro, RJ*

TRATAMENTO DA DOR COM INJEÇÃO DE MORFINA NO ESPAÇO EPIDURAL

Foram administradas doses de 2 mg de morfina/10 ml de solução salina, em 62 pacientes divididos em quatro grupos: I - dor traumática ou pós-operatória; II - dor pós-cesariana; III - dor de trabalho de parto; IV - dor crônica. As injeções foram feitas por via epidural, no interespaço apropriado conforme a condição dolorosa.

Nos pacientes do grupo I, o efeito analgésico tornou-se evidente 6 minutos após a injeção e permaneceu por 16 a 24 horas. Todos puderam movimentar normalmente os membros e nenhum apresentou depressão respiratória ou hipotensão arterial. Incluíram-se neste grupo pacientes operados por hérnia inguinal, prótese de quadril, toracotomia, histerectomia, gastrectomia, prostatectomia e fraturas de costelas.

Nas pacientes do grupo II, o alívio da dor foi geralmente de curta duração (1 a 10 horas) quando comparado ao observado nos pacientes do grupo I.

Nas pacientes do grupo III, que receberam a droga com dilatação do colo uterino de 2 a 4 cm, não houve alívio da dor do trabalho de parto.

Nos pacientes do grupo IV, portadores de dor crônica, a duração da analgesia foi variável: 24 horas em dor lombar; 15 horas em dor de isquemia de membro inferior; 4 dias com injeções repetidas cada 12 horas (cateter epidural) em herpes zoster; 4 semanas com injeções repetidas (cateter epidural) em metástases de vértebras lombares.

Os autores comentam que, se realmente o efeito da morfina nestes casos ocorre após passagem para o líquido cerebrospinal, o estado de vasodilatação dos vasos do espaço epidural durante trabalho de parto, aumenta a reabsorção sistêmica do narcótico, tornando nulo ou quase nulo seu efeito analgésico. Daí os maus resultados obtidos em pacientes obstétricas.

(Chayen MS, Rudick V & Borvine A – Pain control with epidural injection of morphine. Anesthesiology 53: 338 - 339, 1980).

COMENTÁRIO: O efeito analgésico da morfina administrada por via intratecal parece ser devido à sua penetração no corno posterior da medula espinhal e à supressão da atividade de células da lâmina V na medula. Trabalhos recentes demonstraram, por outro lado, que a morfina administrada por via epidural atua predominantemente sobre a medula, e não sobre o cérebro após absorção sistêmica. Assim, após injeção epidural, a droga deve ganhar o espaço subaracnoideo para exercer seu efeito. Por esta razão, a latência observada quando se utiliza a via epidural é maior do que a observada na via intratecal. A duração da analgesia e a ausência de efeitos colaterais sobre a respiração e a circulação parecem tornar o método bastante útil especialmente em indivíduos com câncer em fase avançada e em mau estado geral. (Nocite JR).