

Anestesia Peridural com Bupivacaína à 0,5%

Sr. Editor:

Mais uma vez somos forçados a discordar do Dr E Zarzur, que no Vol 31:4: 305-310, da Rev Bras Anest, em seu trabalho "Bupivacaína a 0,5% etc.", faz afirmativas que nos pareceram sumamente arriscadas sobre técnica de punção peridural e analgesia obstétrica.

O citado anestesista, preconiza o uso de agulhas relativamente finas (80 x 8), de raquianestesia, de bisel longo e delgado (2 mm), com o fito de evitar o uso prévio de anestesia local da pele e tecidos profundos, alegando que o emprego de tal instrumento tornaria a punção indolor e menos traumática para o enfermo.

Todos os autores que tem se manifestado sobre bloqueios peridurais são de parecer contrário^{2,3,4,9,10,13}. As agulhas para punção peridural devem ser de calibres entre 19 e 17G, com ponta mais romba que aguda e com bisel bem curto, para diminuir a possibilidade de

perfuração da dura e permitir sensação clara de penetração nos distintos planos, especialmente nos ligamentos.

Em nossa experiência, apesar do uso de agulhas de Tuohy n.ºs 17 e 18G, tivemos vários casos de raque total, a despeito de todas as tentativas de aspiração de liquor através de agulha terem sido negativas. Com agulhas mais finas e de bisel longo e agudo, a incidência deste acidente teria sido muito maior.

Temos, em média, um caso de perfuração acidental da dura em 300 anestésias e a ocorrência de raque total uma vez em cada 200 bloqueios peridurais, empregando agulhas do tipo Tuohy, nos calibres descritos (17 ou 18G) (Experiência pessoal).

As complicações neurológicas assinaladas ultimamente após anestésias peridurais no Brasil e Exterior¹³, com aparecimento de aracnóidite adesiva, paralisias de hipertensão, craniana, estiveram associados, em 80% dos indivíduos afetados, com a injeção acidental

e maciça de grande quantidade de anestésico local no espaço sub-dural (raque total). Algumas destas punções foram feitas com agulhas finas, do tipo das descritas por Zarzur.

Estes efeitos tardios, mais que os imediatos, de hipotensão arterial e insuficiência respiratória a pós raque total, no obrigam, de todos os modos, a evitar qualquer método ou técnica que facilite ou favoreça a injeção acidental da solução anestésica no espaço sub-dural, após uma perfuração inadvertida da dura mater, na execução de bloqueio peridural.

No trabalho em pauta, podemos fazer ainda os seguintes reparos:

1) Na Metodologia afirma "os casos em que houve perfuração da dura não foram computados". Quantos foram? Indiscutivelmente, com agulhas como as descritas, de bisel longo e fino, o seu número deve ter sido muito maior do que o que se observa com as agulhas de Crawford ou Tuohy 18 ou 17G.

2) Em "Técnica", no parágrafo 5.º diz: "Após constatar que a paciente não apresenta nenhum sintoma de bloqueio subaracnóideo, injetam-se, etc.". Como determinou este fato? Quanto tempo esperou para verificar que não houve injeção sub-dural inadvertida da 1.ª dose? Tivemos uma paciente na qual os sinais de raque total apareceram subitamente, 10 min. após a injeção de 600 mg de prilocaína, supostamente no espaço peridural. Que parâmetros usa o autor para concluir que não houve sinais de bloqueio raquídeo antes da introdução do volume total de anestésico?

3) Em "Resultados", afirma não ter sido nenhum fracasso. E os casos de perfuração acidental da dura, não foram fracassos? Quando isto ocorreu, foi abandonado o método ou foi feita uma nova punção em outro nível? O Dr Zarzur nada nos informa sobre isto.

4) 0,5 ml/seg. não é o nosso conceito de "injeção lenta". Nos parece mesmo difícil, com seringas de 20 ml, conseguir velocidades maiores que as descritas, sem ocasionar grande desconforto para a enferma.

5) A quantidade do anestésico local necessária para uma analgesia não depende do metabolismo basal. Nas grávidas a termo, submetidas à narcose, é aceito, por unanimidade, que a paciente necessita doses menores de agentes anestésicos¹¹. Em bloqueios peridurais, algumas autoridades acreditam que a quantidade do anestésico local empregado deva ser menor⁸, enquanto outros sugerem que esta deva ser a habitual para a faixa etária e a altura do indivíduo, sem levar em conta o fato de estar grávida⁷. Nunca encontramos autores que afirmassem que a mulher, durante uma cesareana ou durante uma analgesia de parto, necessitasse maiores doses de anestésico local por causa de seu "metabolismo elevado". Isto é descoberta do Dr. Zarzur^{1,4,5,6}.

Se existe premência de tempo, em anestesia obstétrica, deve-se recorrer à narcose ou a raquianestesia, deixando o bloqueio peridural para indicações outras que não as de cirurgia de urgência.

A anestesia peridural não bloqueia o vago ou o frênico. A cadeia simpática é atingida até níveis de T₅/T₆, com volumes de anestésicos locais em torno de 20 ml. Os ramos intactos vão permitir a passagem de alguns estímulos dolorosos, acompanhados que são por

fibras aferentes ligadas ao sistema de transmissão e percepção da dor.

Por estas razões, a melhor maneira de se combater o mal estar ou dor que sentem algumas mulheres durante a colocação de afastadores, compressas abdominais e quando da retirada do feto, não é aumentando as doses do agente anestésico.

O tratamento mais adequado para isto está num tempo de espera mais longo, após à injeção peridural, numa média de 15 min., dependendo do agente e da concentração da substância empregada, associado, quando necessário, à inalação de N₂O / O₂ sob máscara por um curto período, durante as manobras mais desconfortáveis ou dolorosas.

Para concluir, devemos assinalar que orientações do tipo das indicadas pelo Dr. Zarzur, se nos afiguram perigosas e irão contribuir, caso sejam seguidas, para um aumento da morbidade e mortalidade obstétrica, pois contrariam todos os princípios universalmente aceitos sobre técnicas de punção e anestesia peridural^{1,2,3,4,9,10,11}.

Lembramos ao Editor da Revista a responsabilidade que lhe cabe pela publicação de comunicações desta natureza, como tão bem conceituou Spiegel¹². Afinal, nada o obriga a colocar nas páginas da Rev Bras Anest. tudo aquilo que lhe chega as mãos.

Atenciosamente

Armando Fortuna, EASBA
Professor Titular, Disciplina de Anestesiologia
Faculdade de Ciências Médicas de Santos.
Caixa Postal 29 - 11100 - Santos, SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica, J J - *Obstetric Analgesia and Anesthesia*. 2nd Edit., Amsterdam, World Federation of Societies of Anaesthesiologists, 1980. Pag. 168.
2. Bromage, P R - *Epidural Analgesia*, Philadelphia, W B Saunders, 1978, pag 329.
3. Bonica, J J - *The Management of Pain*, Philadelphia, Lea, Febiger, 1953, pag 517.
4. Fortuna, A - Bloqueios Anestésicos. *Rev Bras Anest.* 13: 227-262, 1963.
5. Rocha, R C, Pereira, A C - Bupivacaína (marcaína) a 0,75% - Nossas Observações em Bloqueio Peridural. *Rev Bras Anest.* 28: 376-379, 1978.
6. Fortuna, A, Santos, J C, Carvalho, N H - Estudo Comparativo Entre Bupivacaína a 0,75% (marcaína) e Etidocaína a 1%, para Cesareanas. *Rev Bras Anest* 29: 726-731, 1979.
7. Grundy, E M, Zamora, A M, Winnie, A P - Comparison of Spread of Epidural Anesthesia in Pregnant and Non-pregnant Women. *Anesth Analg* 57: 544-546, 1978.
8. Bromage, P R - Spread of Analgesic Solutions in the Epidural Space and their Site of Action: a Statistical Study, *Br J Anaesth* 34: 161-178, 1962.
9. Lund, P - *Peridural Analgesia and Anesthesia*, Springfield, Charles C Thomas, 1966, pag. 147, fig. 147, V-2.
10. Moore, D C - *Regional Block*, Springfield, Charles C Thomas, 4.º Edit. 1965, pag 410.
11. Shnider, S M, Levinson, G - *Anesthesia for Obstetric*, London, Williams, Wilkins, 1979, pag. 261.
12. Spiegel, P - Sobre Bloqueio Peridural Duplo, "Cartas ao Editor", *Rev Bras Anest* 31: 168, 1981.
13. Fortuna, A - Síndrome de Catástrofe Medular, 28.º Congresso Bras Anest Recife, Nov 30-Dez- 4, 1981. Tema Livre.