

Unidade aos Pacientes com Morfina Peridural no Pós-Operatório Uma Real Necessidade?

Prezado Sr. Editor:

Ao ler um interessante trabalho¹, que conclui da real necessidade de se criar uma unidade para pacientes em uso de opiáceos por via peridural para analgesia pós-operatória, me senti estimulado a fazer algumas observações.

No estudo de 3 trabalhos estrangeiros^{2,3,4} e dois nacionais^{5,6} de revisão do método, foi constatado:

Autor	Nº Pacientes	DR	%	Ret. Urm.	%
2	1200	01	0,08	181	15
3	6000 a 9150		0,25 a 0,40	---	10
4	268	00	0	---	56
5	296	01	0,33	20	6,75
6	148	01	0,67	15	25

As desvantagens do uso PD de opiáceos estão relacionadas aos pequenos efeitos colaterais como prurido, náuseas, vômitos, retenção urinária e o mais importante a ocorrência rara de DR grave. Embora a DR seja a mais séria complicação associada à administração PD de opiáceos, ela representa menos de 0,70% nos artigos de revisão. Esta complicação é dose-dependente, podendo ser relatada

com pequenas doses, tendo como mecanismo de ação a distribuição dos opiáceos dentro do líquido espinhal, e a posição de 45° não oferece nenhuma proteção após morfina PD^{1,2}. O início da DR é normalmente acompanhado de sonolência e miose puntiforme⁷, responde prontamente ao uso de naloxona e o teste da mudança do CO₂ é o método mais sensível para a sua detecção precoce⁸.

Doses terapêuticas de morfina (2 a 4 mg) PD causam uma moderada mais consistente e prolongada depressão central da respiração⁸ de magnitude similar após doses terapêuticas por via parenteral⁸. Os achados nos trabalhos de revisão e na minha impressão clínica mostram que a DR é rara quando se utiliza pequenas doses de opiáceos e são evitados os riscos de fatores adicionais como: idade avançada; uso concomitante de sedativos, anti-histamínicos e opiáceos; anestesia residual; reinjeções repetidas de opiáceos por qualquer via (PD, IM, VO, EV); premedicação com opiáceos.

Já a incidência de retenção urinária, que é menos alarmante, variou de 6,75% a 56% nos trabalhos de revisão. Ela independe da dose de morfina PD e todos os pacientes apresentam uma resposta imediata de relaxamento do músculo detrussor com aumen-

to da capacidade da bexiga, levando à retenção urinária de duração média de 14 a 16 horas, período após o qual há recuperação espontânea das suas funções⁹. Os efeitos urodinâmicos da morfina PD são claramente diferentes após morfina IM ou EV⁹. Quinze minutos após morfina (2,4 ou 10 mg) PD há um completo relaxamento do músculo detrussor da bexiga levando à retenção urinária⁹. Após 10 mg IM ou EV de morfina, as mudanças na contração máxima do músculo detrussor da bexiga são mínimas, não se observando dificuldade de esvaziamento da bexiga⁹. Pequenas doses de naloxona endovenosa revertem estes efeitos, devendo ser o seu método de tratamento⁹. A retenção urinária é mais um incômodo do que uma grave ameaça, sendo facilmente revertida pelo uso endovenoso de naloxona. Entretanto, a retenção urinária é um perigo potencial se a cateterização é necessária após cirurgia de prótese ortopédica levando à infecção urinária com posterior bacteremia e infecção da prótese.

Não há um consenso acerca da duração da vigilância necessária para o uso de opiáceos PD. Alguns autores admitem que a vigilância na RPA por breve período é inaceitável, enquanto outros não tomam precauções especiais. Como a DR varia principalmente com o tipo de opiáceo utilizado, é razoável de que se determine o tempo de vigilância de acordo com a droga usada. A duração média da analgesia após injeção de morfina é de 12,3 h, de 8,7 h para metadona, de 6,6 h para petidina e 5,7 h para o fentanil¹¹. Assim o período de vigilância será pequeno para o fentanil, ao passo que com a morfina a necessidade de vigilância será maior do que 12 horas.

O entendimento da fisiologia da dor, a compreensão do mecanismo de ação dos morfínomiméticos associado ao uso de doses adequadas de opiáceos por via PD, a DR tem sido cada vez menos relatada. O uso de infusão peridural contínua na dose de 0,1 mg. h⁻¹ de morfina elimina a necessidade de monitoragem intensiva no pós-operatório, requerendo supervisão mínima do anestesiológico¹⁰.

Existe um consenso da necessidade de vigilância constante destes pacientes, mas a criação de uma UNIDADE parece que é querer ir longe demais. Nos Hospitais onde existe a Unidade Intermediária (UI) ele preenche os requisitos de um local de vigilância mais constante no pós-operatório, após alta da RPA, para onde são encaminhados os pacientes que realmente necessitem de uma analgesia mais potente.

Finalizando, existe os pacientes crônicos onde este método tem sido empregado em tratamento ambulatorial ou mesmo em residências, sem apresentarem DR, mas freqüentemente apresentam retenção urinária. A DR associada ao uso da morfina PD é rara e acreditamos que um bom cuidado de

enfermagem, gasometria arterial realizada por volta da 8ª h, associada à contagem da FR de h/h e avaliação do tamanho da pupila, após morfina PD, permitem um diagnóstico precoce da DR, além do que o uso de naloxona permite a prevenção de sérias complicações.

A utilização de opiáceos por via PD não deveria nos acarretar maiores preocupações em razão da retenção urinária do que em relação à DR?

Atenciosamente

Luiz Eduardo Imbeloni
Av. Epitácio Pessoa, 2566/410-A
Lagoa - Cep. 22471 - Rio de Janeiro, RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes J C B, Wanderley W R, Werner W, Vasconcellos E Q — Unidade aos pacientes com morfina peridural: Uma necessidade. *Rev Bras Anest*, 1984; 34: 331 - 335.
2. Reiz S, Westberg M — Side-effects of epidural morphine. *Lancet*, 1980; July 26: 203 - 204.
3. Gustafsson L L, Schildt B, Jacobsen K — Adverse effects of extradural and intrathecal opiates: Report of a Br J Anaesth, 1982; 54: 479 - 486.
4. Mehnert J H, Dupont T J, Rose D H — Intermittent epidural morphine instillation for control of postoperative pain. *Am J Surg*, 1983; 146: 145 - 151.
5. Nocite J R, Nunes A M M, Pereira C G, Soriano R R R — Experiência clínica com morfina por via espinhal: Estudo retrospectivo. *Rev Bras Anest*, 1984; 34: 319 - 323.
6. Imbeloni L E — Utilização de narcóticos espinhais (peridural e subaracnóidea) no controle da dor: A propósito de 160 casos. *Rev Bras Anest*, 1985; 35 (no prélo).
7. Behar M, Orr I A, Dundee J W — Shringing pupils as a warning of respiratory depression after spinal morphine. *Lancet*, 1981; April 18: 843.
8. Rawal N, Watwil — Respiratory depression after epidural morphine. An experimental and clinical study. *Anesth Analg*, 1984; 63: 8 - 14.
9. Rawal N, Mollefors K, Axelsson L, Lingardh G, Widman B — An experimental study of urodynamic effect of epidural morphine and of naloxone reversal. *Anesth Analg*, 1983; 62: 641 - 647.
10. El-Baz N M I, Penfield Faber L, Jensik R J — Continuous epidural infusion of morphine for treatment of pain after thoracic surgery: a new technique. *Anesth Analg*, 1984; 63: 757 - 764.
11. Torda T A, Pybus D A — Comparison of four narcotic analgesics for extradural analgesia. *Br J Anaesth*, 1982; 54: 291 - 295.
12. Molke Jensen F, Madsen J B, Goldager H, Christensen A A, Eriksen H O — Respiratory depression after epidural morphine in the postoperative period. Influence of posture.

ROTINA DE NARCÓTICO PERIDURAL

1. Freqüência Respiratória de hora/hora, com limite mínimo de 10 irpm.
2. Pressão Arterial de hora/hora, com limite mínimo de 80/50 mm Hg.
3. Se possível fazer Gasometria Arterial por volta da 8ª hora após a primeira dose.
4. Diurese de 24 horas.
5. Se a Freqüência Respiratória Menor do que 10 irpm fazer:

Narcan 0,4 mg = 1 ml + 9 ml de água destilada
Retirar 2 ml desta solução e Injetar por via venosa até no máximo 3 vezes.
Se não melhorar após 3 vezes avisar o médico

de solução fisiológica e Injetar pelo cateter como primeira dose.

Doses subsequentes 1 ml da solução + 9 ml s. fisiológico.

6. Se o paciente não conseguir Urinar, neste caso utilizar a mesma solução descrita no item 5 e fazer até 2 vezes.

Se ainda Não Urinar, passar uma sonda vesical fina para esvaziar a bexiga.

7. Se der Prurido (Coceira) tentar convencer o paciente que se fizer a medicação contra a coceira a Dor Vai Voltar:

– Se persistir fazer solução descrita - item 5.

8. Não usar Anti-Histamínico (Fenergan, etc.) para o Prurido.

9. Permanecer na Recuperação Por 24 Horas.

10. Diluição da Morfina

Morfina 10 mg = 1 ml

S. Fisiológica 0,9% = 9 ml

Retirar 3 ml desta solução e acrescentar 7 ml

Tabela I – Analgesia pós-operatória em trabalhos isolados

Nº de casos pesquisados: 1211

Depressão respiratória: 1,98%

Retenção urinária: 27,46%

DROGAS MAIS COMUMENTE UTILIZADAS

Buprenorfina: 80 µg (variou de 60 a 300 µg)

Diamorfina: 0,1 mg. kg⁻¹

Fentanil: 100 µg

Heroína: 5,5 mg

Metadona: 4 mg

Morfina: 4,21 mg (variou de 0,5 a 10 mg)

Pentazocina: 0,3 mg. kg⁻¹

Tabela II – Analgesia em trabalhos de revisão

Nº de casos pesquisados: 8997 - 12147

Depressão respiratória: 0,30 a 0,40% (36 casos)

Retenção urinária: 25,79%

Nº	AUTORES	REVISTA	Nº Casos	DR < 10	Ret. Urinária nº	%	DROGA	DOSE
1	Beeby D. et	Anaesthesia 1984; 39: 61 - 63	178	0	15	8,4	Metadona	4 mg
2	Murphy DF et	Anaesthesia 1984; 39: 181 - 183	15	0	0	0	Buprenorfina	60 µg
3	Hughes S C et	Anesth. Analg. 1984; 63: 319 - 324	30	0	Ktt	Ktt	Morfina	2-5-7,5 mg
4	Rawal N et	Anesth. Analg. 1984; 63: 583 - 592	15	0	0	0	Morfina	4 mg
5	Lanz E et	Anesth. Analg. 1984; 63: 593 - 598	111	0	0	0	Buprenorfina	150 µg 300 µg
6	Watson J et	Anesth. Analg. 1984; 63: 629 - 634	18 18	0 3	2 0	11,1 0	Morfina Heroína	5 mg 5,5 mg
7	El-Baz N M I et	Anesth. Analg. 1984; 63: 757 - 764	30 30	8 0	30 2	100 6,6	Morfina Morfina	5 mg 0,1 mg. h ⁻¹
8	Shulman M et	Anesthesiology 1984; 61: 659 - 675	15	0	Ktt	Ktt	Morfina	5 mg
9	Kalia P K	Anesth. Analg. 1983; 62: 949 - 950	20	0	9/16	56	Pentazocina	0,3 mg. kg ⁻¹
10	Jacobson L et	Anaesthesia 1983; 38: 10 - 18	18	0	Ktt	Ktt	Diamorfina	0,1 mg. kg ⁻¹
11	Rosen M A et	Anesth. Analg. 1983; 62: 666 - 672	30	0	Ktt	Ktt	Morfina	2-5-7,5 mg
12	Legagneux F et	Cahiers d'An 1983; 31: 267 - 269	14 14	0 0	Ktt	Ktt	Morfina Fentanil	4 mg 100 µg
13	Cohen S E et	Anesthesiology 1983; 58: 500 - 504	19	0	1	5,2	Morfina	5 mg
14	Nordberg G et	Anesthesiology 1983; 58: 545 - 551	20	1	Ktt	5	Morfina	2-4-6 mg
15	Chambers W A et	Br J Anaesth 1983; 55: 1201 - 1203	15	0	Ktt	Ktt	Morfina	5 mg
16	Carmichael F J et	C Anaesth S J 1982; 29: 359 - 363	10 9	0 2	Ktt	Ktt	Morfina Morfina	4 mg 8 mg
17	Klinck J R et	Anaesthesia 1982; 37: 907 - 912	10	0	4	40	Morfina	4 mg

18	Jensen P J et al	Acta A Scand 1982; 26: 511 - 513	39	0	1	2,5	Morfina	4 mg
19	Martin R et al	Anesthesiology 1982; 56: 423 - 426	60	1	23	38,3	Morfina	0,5-1-2 4-8 mg
20	Petersen T K	Br J Anaesth 1982; 54: 1175 - 1178	32	0	14	44	Morfina	4 mg
21	Rawal N et	Anesth Analg 1982; 61: 93 - 98	30	0	—	22	Morfina	4 mg
22	Rybro L et	Acta Scand 1982; 26: 514 - 518	14	0	4	28,5	Morfina	4 mg
23	Steppe J et	Acta A Belg 1982; 1: 43 - 51	37 11	0 6	Ktt Ktt	Ktt Ktt	Morfina Morfina	5 mg 10 mg
24	Imbeloni L E et	Rev Bras Anest 1982; 32: 25 - 31	35	0	Ktt	Ktt	Morfina	3 mg
25	Nocite J R et	Rev Bras Anest 1982; 32: 57 - 64	36	0	Ktt	Ktt	Morfina	2 - 3 mg
26	Imbeloni L E et	Rev Bras Anest 1982; 32: 349 - 353	20	0	0	0	Morfina	3 mg
27	Katayama M et	Rev Bras Anest 1982; 32: 355 - 358	29	0	19	65	Morfina	5 mg
28	Imbeloni L E et	Rev Bras Anest 1983; 33: 251 - 255	20	1	4	20	Morfina	4 mg
29	Nascimento N R et	Rev Bras Anest 1983; 33: 255 - 159	100	1	—	8	Morfina	4 mg
30	Lucchesi M R et	Rev Bras Anest 1983; 33: 265 - 273	18	0	—	3,2	Fentanil	100 µg
31	Barros Gomes J C et	Rev Bras Anest 1984; 34: 119 - 123	21	0	Ktt	Ktt	Morfina	1-2-4 mg
32	Barros Gomes J C et	Rev Bras Anest 1984; 34: 331 - 335	70	0	—	30,8	Morfina	2 mg

ARTIGOS DE REVISÃO

Nº	AUTORES	REVISTA	Nº Casos	DR < 10	Ret. Urinária nº	%	DROGA	DOSE
1	Reiz S et	Lancet 1980, July 26: 303 - 304	1200	1	181	15	Morfina	2 mg
2	Gustafson L L et	Br J Anaesth 1982; 54: 479 - 486	6000 a 9150	23	—	10	Morfina	2-4 mg
3	Mehnert J H et	Am J Surg 1983; 146: 145 - 151	268	0	—	56	Morfina	1-6 mg
4	Nocite J R et	Rev Bras Anest 1984; 34: 319 - 323	296	1	20	6,75	Morfina	2-5 mg
5	Stenseth R et	Acta Scand 1985; 29: 148 - 156	1085	10	—	42	Morfina	4-18 mg
6	Imbeloni L E	Rev Bras Anest 1985; 25:.....	148	1	15	25	Morfina	3-4 mg

Prezado Sr. Editor:

Uma unidade para vigilância padronizada é dependente da existência constante e de fluxo justificável de pacientes que passam a dispor de analgesia pós-operatória com o uso de opiáceo espinhal. Não houve necessidade de criar uma nova planta física no hospital para realizá-la, porque centralizamos num mesmo setor, ocupando enfermarias de 3 leitos, onde permaneceram sempre os que não haviam ainda completado as primeiras 24 horas¹. Optamos pelas áreas mais próximas aos postos de enfermagem, e sempre que completávamos 3 ou múltiplos de 3, estes passavam a ocupar área contígua. Instalações separadas de conformidade com o sexo foram adotadas. O que não permitimos foi a permanência isolada em local de pequena circulação do

peçoal de enfermagem. Resumidamente, o mais importante foi a centralização. Fixamos e treinamos o corpo de enfermagem na observação e cumprimento do protocolo de vigilância intensa, que foi de muito fácil assimilação. Todo o corpo clínico de anesthesiologistas foi orientado para uniformização de condutas pré-anestésicas, per-operatórias e pós-operatórias.

A depressão respiratória é um efeito indesejável no uso dos opiáceos, nem sempre é detectada quando de pequena intensidade, mas seguramente muitos casos graves e até mesmo fatais ocorrem e não são relatados na literatura médica. Acreditamos que quando pretendemos utilizar então a via espinhal para administrarmos opiáceos e prover analgesia, tendo recebido a confiança do paciente, fundamentando que nossas técnicas visam aumen-

tar sua segurança na agressão anestésica-cirúrgica, necessário se faz que possamos oferecer alguma forma de vigilância intensa e padronizada nas 24 horas subseqüentes.

Outros efeitos indesejáveis do opiáceo espinhal, como náuseas, vômitos, prurido, miose, quando de pequena intensidade já são comprobatórios da difusão rostral do opiáceo, Alertando-nos da possibilidade de ocorrência da depressão respiratória.

A distensão abdominal e a retenção urinária são freqüentes quando se usam os opiáceos por via parenteral, sendo a retenção urinária mais comum quando utilizamos a via espinhal com pequenas doses. Sua identificação mais precoce ou não, é dependente do débito urinário, no entanto, seu tratamento deve ser o mais imediato possível, não nos esquecendo que o manuseio cirúrgico nas vias urinárias, bem como a anestesia condutiva podem também ser responsabilizados. Quando a retenção urinária é devida ao opiáceo, deve regredir com pequenas doses de seu antídoto. A distensão abdominal após opiáceo espinhal é comum quando usamos grandes e repetidas doses por via peridural, como por exemplo nos cânceres com dor intratá-

vel, pois grande parte deste opiáceo é absorvida no plexo venoso peridural, atingindo a circulação sistêmica, e a partir daí os receptores intestinais e da mesma forma que o uso parenteral, provoca então uma lentidão no trânsito intestinal, e conseqüente distensão das alças.

Acreditamos que foi somente com a observação padronizada e constante dos pacientes submetidos ao opiáceo espinhal em analgesia pós-operatória, que pudemos identificar e tratar precocemente os efeitos da difusão rostral, bem como da retenção urinária.

Atenciosamente

J. C. de Barros Gomes, TSA
Rua Santos, 366 - Apto. 1102
86100 - Londrina, PR

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gomes J C B — Unidade aos pacientes com morfina peridural: uma necessidade. Rev Bras Anest, 1984; 34: 5: 331 - 335.