

ANALGESIA PERIDURAL DOMICILIAR: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA*

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta**
Cristiane Lemos Fukuda***

RESUMO: O tratamento domiciliar da dor crônica com sistemas peridurais, é um método que ainda merece estudos que avaliem sua efetividade, complicações e custos na realidade nacional. Relata-se a experiência de elaboração de um programa educativo visando instruir pacientes e familiares de um ambulatório de dor para o autocuidado. Apresenta-se também estudo de seguimento de 27 pacientes (17 com dor de origem oncológica e 10 com dor crônica não oncológica) onde se avaliou os riscos e benefícios da analgesia com catéter peridural. Discute-se ainda o papel educativo, de acompanhamento da resposta terapêutica, detecção e prevenção de complicações do enfermeiro.

ABSTRACT: Chronic pain relief with epidural systems is a therapy that still requires researches to evaluate its effectivity, complications and costs in our reality. In order to prepare the patients and family to self-care, we elaborated an educative program that is presented here. We had studied 27 patients (17 with oncological pain and 19 with chronic pain non oncological) and evaluated the risks and benefits with this therapy. We discuss also the role of the nurse in the aspects of education, assessment of therapeutic answers and prevention of complications.

UNITERMOS: Dor - Câncer - Analgesia Peridural

1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A analgesia peridural domiciliar para o controle da dor crônica, principalmente de origem maligna, foi desenvolvida no final da década de 70⁽¹⁾ e pode estar indicada quando não foi possível o alívio com drogas por via oral. As vantagens dessa via, comparada às sistêmicas, é que as doses necessárias para analgesia são muito menores, resultando em menos efeitos colaterais, maior liberdade de movimentação para o paciente e possibilidade de tratamento domiciliar.

Esta terapia consiste na colocação de um catéter no espaço peridural, por um médico habilitado, através de uma punção freqüentemente na coluna torácica ou lombar. Por este artefato o paciente/familiar infunde analgésicos, do tipo morfínicos, no sistema ner-

voso central. O opiáceo colocado no espaço peridural difunde-se através de dura-mater para o liquor e liga-se a receptores morfínicos existentes no corno dorsal da medula, produzindo analgesia sem bloqueio motor, que varia de 8 a 24 h, no caso da morfina. A dose ideal é a menor possível que controla a dor, e através de um esquema de avaliação periódica, é ajustada de acordo com o alívio obtido e aparecimento de efeitos colaterais^(7, 10, 14, 15).

Há basicamente dois diferentes sistemas utilizados para administrar opiáceos no sistema nervoso central: sistema parcialmente e totalmente implantados. Sistema parcialmente implantado é aquele que possui uma ponta do catéter no espaço peridural e outra externalizada, através da qual infunde-se a solução analgésica. Um sistema totalmente implantado

* Trabalho apresentado como Tema Livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda-Recife-PE, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

** Enfermeira Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

*** Aluna de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

pode ser obtido pela utilização de um catéter acoplado a um dispositivo tipo *porth-a-cath*. Neste caso, a infusão do fármaco no sistema nervoso central é feita através de uma punção percutânea no reservatório. Ainda como um sistema totalmente implantado temos a utilização de bombas de morfina, que por possuírem reservatório grande, evitam punções freqüentes no sistema, e por permitirem controle externo do volume de infusão, são manuseadas pelo próprio paciente ou seu familiar. Os sistemas totalmente implantados estão menos suscetíveis à infecção e deslocamento do catéter, quando comparados aos sistemas parcialmente implantados^(8,9).

Podem advir desta terapia complicações e efeitos colaterais diversos. Os efeitos colaterais relacionados ao uso de morfina são: depressão respiratória, náuseas e vômitos, retenção urinária, prurido, diminuição da motilidade intestinal, sonolência e alucinações⁽⁶⁾. A depressão respiratória severa, embora rara em doses adequadas, pois a própria dor atua como estimulante, deve-se à redução da resposta dos quimiorreceptores dos centros respiratórios do tronco cerebral à tensão de CO₂, levando à diminuição da frequência e volume respiratório. Náuseas e vômitos, são efeitos colaterais bastante freqüentes, que tendem a desaparecer após alguns dias. Devem-se à estimulação de quimiorreceptores da zona de gatilho, próxima ao 4º ventrículo, que regula o reflexo do vômito. A redução da motilidade e aumento do tônus do duodeno, ocasionando retardo no esvaziamento gástrico, contribuem para a ocorrência de náuseas e vômitos.

A retenção urinária, que pode advir desta terapia, deve-se ao aumento do tônus do esfíncter vesical pela morfina, o que pode tornar difícil a micção.

A ocorrência de prurido deve-se à liberação de histamina na presença de morfina e, embora freqüente, é geralmente leve.

A obstipação é muito freqüente quando se utilizam opiáceos, e deve-se à redução acentuada das ondas peristálticas propulsivas e aumento do tônus do esfíncter anal, o que acarreta considerável ressecamento das fezes.

Como complicações relacionadas ao catéter temos: infecção, migração do catéter para o subaracnóideo, perda, dobras e quebra^(2, 5, 15). Saídas acidentais, dobras e quebra do catéter podem advir de manipulação inadequada nas trocas de curativo, movimentação brusca e catéteres excessivamente longos. O uso de catéteres específicos para longa permanência (tipo DU PEN) podem minimizar esta ocorrência. A migração do catéter para o intravascular ou espaço subarac-

nóideo, são também complicações possíveis. Se o catéter mudar de compartimento, há necessidade de reavaliação antes de nova infusão, visto os riscos de superdosagem.

A possibilidade de infecção no sistema nervoso central é sem dúvida uma grande preocupação quando se cateteriza o espaço peridural. Pode advir de condições assépticas inadequadas durante a colocação do catéter; contaminação durante o preparo, manuseio e infusão da solução analgésica; pela contaminação da pele em torno do local onde o catéter se exterioriza e migração ascendente de microorganismos.

Há controvérsia na literatura referentes aos benefícios e riscos da analgesia epidural, e estudos que avaliem sua efetividades, complicações e custo na realidade nacional são ainda necessários.

Frente à variedade e relativa complexidade desta terapia, pacientes e familiares precisam ser instruídos para compreender o tratamento ao qual se submetem, preparar e infundir corretamente a solução analgésica nestes artefatos, conhecer e saber prevenir as possíveis complicações e como agir frente aos efeitos colaterais da droga. Compete à enfermeira o papel educativo, visando habilitar pacientes/familiares para que possam atuar com segurança. Cabe ainda ao enfermeiro, em conjunto com outros profissionais, acompanhar o paciente para verificação da resposta terapêutica obtida, detecção precoce e prevenção de complicações e efeitos adversos. A partir da experiência em um ambulatório de dor, elaborou-se este relato cujos objetivos são:

- apresentar o programa educativo desenvolvido junto a pacientes/familiares em esquema de analgesia peridural domiciliar;
- divulgar os resultados da eficácia, efeitos colaterais e complicações apresentados por um grupo de pacientes que se submeteram à terapia analgésica com sistemas peridurais.

2. O PAPEL EDUCATIVO DA ENFERMEIRA

À medida que aumenta a sobrevida de doentes portadores de doenças crônicas, sofisticam-se os métodos terapêuticos e acentua-se a tendência ao tratamento domiciliar. Nestas situações, os pacientes e familiares assumem a responsabilidade de executar, prestar cuidados para os quais não estão preparados. O sucesso e a adesão ao tratamento, estão diretamente relacionados ao conhecimento, envolvimento e compromisso destes com a terapia.

Visando preparar pacientes e familiares de um ambulatório de dor, para o tratamento domiciliar com catéteres epidurais, elaborou-se um programa educativo que consta de :

- explanação individual com o paciente/familiar sobre a terapêutica, modo e local de colocação do catéter epidural; mecanismo de alívio da dor; possíveis efeitos colaterais e atuação frente a eles;
- demonstração da infusão da solução analgésica, utilizando-se um boneco como modelo;
- devolução pelo paciente/familiar da técnica de infusão da solução analgésica no catéter peridural;
- fornecimento ao paciente/familiar de um manual ilustrado que contém todas as informações fornecidas verbalmente e descrição passo a passo das técnicas de preparo e infusão da solução analgésica, cuidados locais com o catéter e manejo dos efeitos colaterais⁽¹¹⁾.

Este programa foi avaliado sistematicamente, em cerca de 56% da população, que até então havia dele participado. Após o programa instrucional, o paciente/familiar era investigado utilizando-se um *check-list* para verificação da técnica de preparo e infusão da solução analgésica no catéter. Foi também levantado o conhecimento dos doentes ou seu familiar sobre complicações possíveis, efeitos colaterais e como atuar nestas situações. Os resultados obtidos demonstraram que o programa permitiu aos doentes e familiares adequado aprendizado da técnica de infusão dos fármacos e das complicações e efeitos colaterais da terapia. Notou-se porém que indivíduos com escolaridade menor que 4 anos apresentaram um índice de erros significativamente maior que os demais, o que indicou a necessidade de um reforço no programa instrucional destes⁽¹²⁾.

3. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA, EFEITOS COLATERAIS E COMPLICAÇÕES DA TERAPIA ANALGÉSICA PERIDURAL

Os pacientes retornavam ao ambulatório periodicamente onde eram avaliados em relação à analgesia obtida e quanto ao aparecimento de efeitos colaterais ou complicações. Os dados eram registrados em um instrumento elaborado para este seguimento.

Durante o ano de 1992 estudou-se uma amostra de 27 doentes (17 com dor de origem oncológica e 10 com dor crônica não maligna). Compuseram a amostra os pacientes que freqüentaram assiduamente o

ambulatório, o que permitiu adequada coleta de dados.

A solução analgésica consistia de sulfato de morfina adicionado a um frasco de lidocaína a 1%, freqüentemente em uma concentração de 1mg/ml. Todos os pacientes receberam analgésicos anteriormente, sem efeito satisfatório, sendo que 16 (59,25%) receberam opiáceos. Esses opiáceos eram do tipo codeína, por não haver no serviço morfina por via oral par fornecer aos doentes.

A média de idade do grupo dos pacientes oncológicos foi de 51 anos (9 mulheres e 8 homens), e câncer de útero (6), seguido de câncer de cólon (2) e de pulmão (2) foram os diagnósticos mais freqüentes. A partir da mensuração da dor feita pelos pacientes utilizando uma escala de 0 a 10, onde zero é ausência de dor e 10 a dor máxima suportável, compôs-se o critério de classificação do alívio obtido:

- muito bom: alívio 70%
- bom: alívio entre 50 e 70%
- regular: alívio entre 20 e 50%
- insuficiente: alívio <20%

O alívio obtido nos pacientes oncológicos foi muito bom em 29% dos casos, bom em 24% e insuficiente em 24% das vezes. Nossos resultados assemelham-se aos de outros autores^(2, 4, 5).

A média de idade dos portadores de dor crônica não maligna foi de 45 anos (4 mulheres e 6 homens) e os diagnósticos mais freqüentes foram distrofia simpática reflexa (2) e dor isquêmica (2). O alívio obtido foi muito bom/bom em 50% das vezes e regular/insuficiente nos 50% restantes. Estes dados diferem do de outros autores, que encontraram alívio de bom a razoável em 95% dos pacientes não oncológico, que utilizaram esta terapia⁽²⁾.

Vinte e cinco (25) doentes utilizaram sistemas externalizados (catéter peridural para curta permanência) e o período médio de tratamento foi de 44 dias (variando de 10 a 117 dias); 6 fizeram uso de sistemas totalmente implantados (tipo *porth-a-cath* ou bombas de morfina) e o período médio de tratamento foi de 89 dias (variando de 20 a 240 dias). Quatro pacientes utilizaram inicialmente sistemas externalizados em seguida sistemas implantados.

Foram utilizados 43 catéteres, perfazendo uma média de 1,7 catéter por paciente. A duração média do catéter externalizado foi de 25,48 dias e as razões para troca foram: perda (38,88%), secreção na pele (27,77%), refluxo de sangue (11,11%), vazamen-

to/quebra (11,11%), obstrução (5,55%) e perda de líquido (5,55%).

Em outro estudo⁽⁵⁾ também se encontrou em 44% dos casos complicações relacionadas a perdas e quebras dos catéteres.

A frequência de reação na pele, no local de exteriorização do catéter foi de 27,77%. O catéter era fixado à pele com ponto, o que por si só é um fator irritante. Não foram colhidas amostras da secreção para cultura, assim, não é possível avaliar se estavam ou não contaminadas. Também pelo fato de não se dispor de curativos transparentes e impermeáveis, os pacientes eram obrigados a efetuar trocas mais frequentes, o que expunha o local a maior manipulação.

Dos 43 catéteres utilizados foi localizado o resultado de cultura da ponta de 9, sendo que em 8 (88,88%) houve crescimento bacteriano. Os microrganismos encontrados foram *S. epidermidis* (S), *Enterobacter* (i), *E. coli* (i), *P. mirabilis* (i). Cabe ressaltar que as culturas foram qualitativas e não quantitativas, o que permite verificar que houve colonização, mas como não se conhece o número de colônias presentes, não se pode afirmar a ocorrência de infecção.

Em estudo ainda a ser publicado, onde se avaliou a eficácia dos filtros bacterianos de 0,22, em uso comercial, verificou-se alta capacidade de retenção de microrganismos após trinta infusões com soluções altamente contaminadas. Isto sugere que o uso de filtros nos catéteres pode minimizar o risco de infecções. Assim, possivelmente a contaminação da ponta do catéter ocorreu no momento de passagem do catéter, por migração ascendente no local da pele, onde o catéter se exterioriza, ou no momento de coleta para envio da ponta para cultura, pois se considerarmos a eficácia da proteção oferecida pelo filtro bacteriano, a possibilidade de contaminação através da infusão da solução analgésica fica minimizada.

Encontra-se referência na literatura de taxas de contaminação da ponta do catéter de 5%⁽¹⁵⁾, 8,8%⁽²⁾, 25%⁽⁵⁾.

Os efeitos colaterais encontrados foram: náusea/vômito (45%), sonolência (29%), prurido (22%), alucinações (22%), obstipação (20%), retenção urinária (16%); 13% dos doentes não apresentaram efeitos colaterais. Cabe ressaltar que os efeitos colaterais foram leves, não sendo necessário intervir através da administração de drogas, na maioria das vezes. Em 2 pacientes houve necessidade de suspender a terapia devido a náuseas e vômitos. Todas as vezes que os

pacientes apresentaram alucinação, foi preciso reduzir a dose e houve remissão do efeito indesejável.

Talvez possa ter contribuído para esta *super-ocorrência* de efeitos colaterais o fato dos pacientes estarem bem orientados quanto a eles e a indagação sistemática, a cada retorno, da presença destes desconfortos. Acredita-se que pacientes bem orientados e busca ativa de sinais de complicações e efeitos indesejáveis por parte dos profissionais, são sinais de respeito e responsabilidade, essenciais na prestação de cuidados à saúde dos indivíduos.

A progressão do consumo de sulfato de morfina foi constante. A dosagem diária inicial média foi de 5,5mg, evoluindo para 8,76mg no primeiro mês, 12,6mg no segundo mês e 18,0mg no terceiro mês. Nos pacientes não oncológicos a dose inicial foi mais baixa; 3,33mg e 5,57mg no primeiro mês. Possivelmente a necessidade de doses crescentes deve-se, em parte, ao fenômeno de tolerância, universalmente descrito quando se utilizam drogas que competem com neurotransmissores e também à evolução da doença e aumento de estímulos nociceptivos, no caso dos pacientes oncológicos.

A média diária de morfina utilizada por nossos doentes oncológicos foi aquém da descrita por outros autores: 90mg⁽¹⁵⁾; 52mg⁽³⁾; 22mg⁽¹³⁾. Esta diferença talvez justifique, em alguns casos, o pequeno resultado analgésico.

Quando indagados a respeito de sua percepção sobre o tratamento, 10 pacientes (40%) referiram que o catéter externalizado atrapalhava-os no desempenho das atividades da vida diária como dormir, virar na cama, tomar banho, entre outras, e os receios que possuíam eram: tracionar/retirar acidentalmente o catéter (24%) e medo de infecção (20%).

O significado simbólico do catéter para alguns doentes foi de: *ficar prisioneiro, sentir-se preso e é um corpo estranho*.

Em situações em que se prevê a continuidade do tratamento a médio prazo, a utilização de sistemas sepultados no sub-cutâneo parecem oferecer maior duração, proteção contra infecções e outras complicações. Deve-se também considerar o custo de recolocação do catéter e o risco de se expor o paciente a mais de uma punção vertebral, na decisão de utilizar ou não sistemas implantados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização de informações, que dêem su-

porte para que pacientes e familiares participem de seu tratamento de maneira segura e consciente, deve ser considerada critério mínimo de qualidade quando são instituídas terapias domiciliares, onde o doente e sua família assumem também o papel de provedores de cuidados. O desenvolvimento de um programa educativo para pacientes com dor crônica, em tratamento ambulatorial com sistemas de analgesia epidural, mostrou-se adequado para a maioria dos pacien-

tes. Estudo prospectivo envolvendo 27 doentes mostrou que a utilização da via epidural é um recurso a mais no tratamento de dores intensas que não responderam bem aos analgésicos por via oral. No entanto, diversas complicações e efeitos indesejáveis advêm desta terapêutica. Assim, os profissionais que atuam com estes pacientes devem ter em mente que o alívio da dor pode ser obtido às custas de alguns riscos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BROMAGE, P.R. Clinical aspects of intrathecal and epidural opiates. In: *Adv. Pain Res. Ther.* v.9 Raven Press, 1985, p.733-48.
2. ERIKSEN, J.; ANDERSEN, H.B. Pain treatment on long-term basics using extradernal opiates. In: *Adv. Pain Res. Ther.* v.9, Raven Press, 1985, p.749-52.
3. HANSBERRY, J.L. et al. Managing chronic pain with a permanent epidural catheter. *Nursing*, v.20, n.10, p.53-55, 1990.
4. HASSENBACH, S.J. et al. Constant infusion of morphine for intractable cancer pain and implanted pump. *J. Neurosurg.* v.73, p.405-409, 1990.
5. HOGAN, Q. et al. Epidural opiates and local anesthetics for the management of cancer pain. *Pain*, v.46, n.3, p.271-79, 1991.
6. JAFFE, J.H. e MARTIN, W.R. Analgésicos e antagonistas opióides In: GOODMAN e GILMAR. *As bases Farmacológicas da Terapêutica*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, cap.3, p.321-47.
7. LEIB, R.A. e HURTIG, J.B. Epidural and intrathecal narcotics for pain management. *Heart & Lung*, v.14, p.164-71, 1985.
8. PAICE, J.A.A. Intraspinal drug therapy. *Nurs. Clin. North Am.* v.26, n.2, p.477-89, 1991.
9. PAICE, J.A.A. Intraspinal delivery systems in pain management. *Nurs. Clin. North Am.* v.22, n.3, p.15-25, 1987.
10. PIMENTA, C.A.M. Catéter peridural para analgesia domiciliar: Uma terapia para dor oncológica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.27, n.2, 1993 (prelo).
11. PIMENTA, C.A.M. CORREA, C., NOBREGA, M.C., TEIXEIRA, M.J. *Utilização de catéteres e reservatórios para infusão de analgésicos no sistema nervoso central*. Manual de orientação para pacientes. ABBOTT- Laboratório do Brasil, 1993.
12. PIMENTA, C.A.M.; ARAUJO, T.L.; LIMA, E.S.; TEIXEIRA, M.J. Analgesia domiciliar com catéter peridural: Ensinando o paciente o auto-cuidado. Encontro Internacional: Pesquisa em Enfermagem: uma questão de Saúde. In: *Programa*, 1992, r.22, p.62.
13. PLUMMER, J.L. et al. Long-term spinal administration of morphine in cancer and non-cancer pain: a retrospective study. *Pain*, v.44, p.315-20, 1991.
14. ROSEN, H.F. e CALIO, M.M. An Epidural Analgesia Program: Balancing Risks and Benefits *Crit. Care Nurse*. v.10, n.8, p.32-41, 1990.
15. WILLIAMS, A.R. et al. Chronic cancer pain management with Du Pen epidural catheter. *Cancer Nurs.* v.13, n.3, p.176-82, 1990.

Recebido para publicação em 4.12.93