

Analgesia epidural obstétrica

ELSA MARTINS*, MARIA JOÃO MARQUES*, JOÃO TOMÉ**

RESUMO

Objetivos: Rever os potenciais benefícios, riscos e efeitos secundários maternos e fetais da analgesia epidural obstétrica, especificando as indicações, contra-indicações e situações que exigem cuidados adicionais.

Métodos: Revisão crítica da literatura, procedendo-se a pesquisa bibliográfica em Medline, livros de texto e revistas da especialidade, privilegiando os artigos publicados nos últimos 5 anos.

Conclusões: Em Portugal, a analgesia epidural em obstetria está já muito divulgada e é cada vez mais solicitada pelas parturientes, embora algumas mulheres ainda a receiem e recusem. Utilizada criteriosamente, constitui o método mais inócuo e eficaz de alívio da dor durante o trabalho de parto e o puerpério. No entanto, pode ter algumas complicações e efeitos secundários, que podem relacionar-se com a técnica, a parturiente ou o parto. A decisão do seu uso deve ser tomada de forma consciente e ponderada, o que só é possível se as utentes grávidas forem informadas atempadamente pelo seu Médico de Família, de forma objectiva e científica, durante as Consultas de Vigilância em Saúde Materna.

Palavras-chave: Analgesia epidural; Complicações; Dor; Parto; Saúde Materna.

INTRODUÇÃO

Senhor Doutor, o que acha da Epidural?... é uma questão cada vez mais colocada aos Médicos de Família. Nos EUA mais de 50% das grávidas optam pela analgesia epidural para alívio da dor^{1,2}. Também em Portugal cada vez mais se fala em «parto sem dor». Para tentar ilustrar o panorama de analgesia epidural obstétrica foi possível obter os dados relativos ao ano de 2000 de dois Serviços de Anestesiologia da região centro, o do Hospital S. Sebastião e o da Maternidade Bissaya Barreto, pertencente ao Centro

Hospitalar Coimbra. A taxa de analgesia epidural do trabalho de parto foi de 45% do total dos trabalhos de parto no Hospital S. Sebastião³ e de 53,5% na Maternidade Bissaya Barreto⁴. Relativamente à anestesia em cesariana, no Hospital S. Sebastião realizaram-se 32,3% com anestesia geral, 67,7% com anestesia loco-regional e na Maternidade Bissaya Barreto, 15% e 85%, respectivamente. Na verdade, a analgesia epidural é cada vez mais solicitada pelas mulheres para aliviar a dor no trabalho de parto, embora algumas parturientes ainda a recusem por medo da técnica (agulhas!...), receio de «ficarem paralisadas», de não poderem participar no parto, ou por acreditarem que «pode fazer mal» ao seu bebé. Efectivamente, na era em que o consentimento informado é uma prioridade, torna-se urgente esclare-

cer todas as dúvidas e desfazer todos os mitos. Ora, a altura ideal para o fazer é o período pré-natal, durante as Consultas de Vigilância em Saúde Materna. Com efeito, o Médico de Família é muitas vezes abordado com questões sobre riscos, benefícios e técnicas, pelo que é fundamental que esteja apto para esclarecer, não de uma forma empírica, mas de uma forma objectiva e científica, as utentes grávidas. É também importante que conheça bem as contra-indicações e as situações que exigem cuidados adicionais.

De facto, com uma boa orientação da grávida com patologia específica, podem ser evitadas situações potencialmente graves e incentivado o uso da epidural nas situações que constituem indicações formais e que mais beneficiam com a técnica.

*Internas do complementar de Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Aveiro

**Interno do complementar de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Coimbra

METODOLOGIA

Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica com consulta à *Medline*, realizada durante os meses de Setembro e Outubro de 2001, sobre o tema anestesia e analgesia epidural obstétrica. As palavras-chave utilizadas foram: anestesia epidural, analgesia obstétrica, da lista dos descritores em ciências da saúde da BIREME⁵.

Desta metodologia resultaram 213 resumos de artigos internacionais, que datam de 1996 a 2001, dos quais apenas considerámos 58 pela sua relevância para o tema. Destes, consultaram-se os textos integrais de 22 artigos, usados como referências bibliográficas. Das 28 publicações portuguesas encontradas seleccionámos apenas oito, por só estas se relacionarem com os objectivos deste trabalho. Foram ainda consultados livros de texto e revistas médicas de Anestesiologia e de Obstetrícia.

CORPO DA REVISÃO

Analgesia epidural obstétrica

A técnica

O bloqueio epidural é uma técnica que pode proporcionar analgesia durante o parto eutócico ou anestesia na cesariana, consoante o tipo, dose e concentração dos fármacos que são introduzidos no espaço epidural - normalmente um anestésico local (ropivacaína, bupivacaína ou lidocaína) associado ou não a um opiáceo (fentanil ou sufentanil)^{6,7}. A porta de entrada é um espaço intervertebral na região lombar, geralmente entre L2 e L5, na linha média, pois neste ponto é mínimo o risco de provocar lesão medular ou punção venosa directa com a agulha⁷⁻⁹. O cateter epidural, de calibre 20, é colocado com a grávida na posição

de sentada com curvatura anterior do tronco ou em decúbito lateral, e permanece no espaço epidural para administração do agente anestésico e/ou analgésico, em administrações repetidas ou perfusão contínua⁹. A solução injectada espalha-se no referido espaço, bloqueando, embora de forma não selectiva, as fibras nervosas que são responsáveis pela transmissão da dor (nociceptivas). A zona e o grau de analgesia dependem da quantidade e da concentração do fármaco utilizado, da localização da ponta do cateter e da posição da grávida^{6,8}. Com vista a diagnosticar atempadamente alguma complicação que possa surgir, é feita uma monitorização contínua de determinados parâmetros, idealmente pressão arterial, oximetria de pulso, electrocardiograma da grávida e frequência cardíaca fetal. Dado que situações de instabilidade hemodinâmica em parturientes podem evoluir rapidamente para sofrimento materno ou fetal, estes procedimentos devem ser efectuados numa área com equipamento adequado para intervenção imediata em caso de complicações, incluindo o necessário para reanimação cardio-respiratória⁸ e sala de operações.

Efeitos no trabalho de parto

Não há nada que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto^{8,10,11}. Pelo contrário, o *stress*, a ansiedade e a dor produzem, através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna, especificamente hiperactividade adrenérgica e hiperventilação, que determinam uma diminuição da oxigenação e da estabilidade cardiovascular materna, com significativas repercussões fetais^{6,8,10}.

A analgesia epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do parto. Utilizada

critériosamente é a técnica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal^{10,12}. Tem como objectivo proporcionar o alívio da dor sem produzir um bloqueio motor significativo⁷, já que interessa manter a parturiente colaborante durante o parto. Continua a ser controverso e fonte de numerosos trabalhos de investigação se a analgesia epidural prolonga o trabalho de parto e se aumenta o número de partos instrumentados e de cesarianas. Diversos estudos defendem que a analgesia epidural não aumenta o número de cesarianas^{1,13-15}. Há, no entanto, outros estudos que referem um aumento de partos por cesariana com utilização da analgesia epidural, com um aumento de risco nos casos de posição alta da cabeça fetal aquando do início da analgesia. No que diz respeito aos partos distócicos instrumentados, há também alguma divergência, mas existem vários estudos a defender o aumento deste tipo de partos, com o uso da analgesia epidural¹³⁻¹⁷. Alguns destes referem também que a analgesia epidural prolonga o trabalho de parto (em média 25 minutos) por aumentar a 2ª fase do trabalho de parto^{1,16,17}. De facto, a epidural parece favorecer a abolição do reflexo de expulsão e o bloqueio da musculatura abdominal, pelo que a rotação da cabeça fetal e a descida do bebé podem ser mais demoradas⁷, o que poderá aumentar o número de partos instrumentados^{7,10}. Em situações de falha da dinâmica uterina está indicada a sua correcção pelo uso de oxitocina intravenosa^{1,10}. A analgesia não deve ser aplicada antes de o trabalho de parto estar bem estabelecido, embora se considere que não prolonga a fase de dilatação do colo uterino^{1,7,10,16}. Contudo, é preciso salientar que o bloqueio loco-regional pode mesmo

melhorar a dinâmica do parto pelo alívio da dor e da ansiedade, com um impacto psicológico inegável. A repercussão da analgesia epidural no aumento das distocias é ainda influenciada pelo perfil psicológico da parturiente e pela experiência do anestesista e do obstetra.

Vantagens

A parturiente mantém-se colaborante durante o parto, especificamente no período expulsivo, melhorando o ambiente na sala de partos. Mais, se o cateter ficar aplicado é possível controlar a dor no pós-parto¹⁰. Por outro lado, a analgesia epidural obstétrica exclui a necessidade de medicação analgésica sistêmica, que poderia produzir depressão neonatal⁷. Ao aliviar a dor favorece uma boa perfusão útero-placentária, quer por diminuir a secreção de catecolaminas endógenas, quer por reduzir a hiperventilação durante as contracções e a consequente alcalose respiratória.

Outro aspecto positivo é o facto de poder ser usada para anestesia em caso de cesariana, sendo assim minimizados os riscos associados a uma anestesia geral, nomeadamente a aspiração pulmonar materna⁶.

Indicações

As indicações obstétricas são: a indução do parto, as distocias dinâmicas, parto pré-termo, as apresentações pélvica e occipito-posterior persistente, a gravidez gemelar e a cesariana^{6,10}. Como indicações médicas temos a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, a asma e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas^{8,10}.

Contra-indicações

São contra-indicações absolutas (Quadro I) para uso da epidural^{7,8} a recusa pela parturiente, a hipoten-

são acentuada ou hemorragia grave, as perturbações da coagulação, as infecções sistémicas ou no local da punção e o sofrimento fetal com indicação para cesariana urgente, pelo tempo de execução técnica e de instalação do bloqueio. A maioria dos autores consideram como valor decisivo uma contagem de plaquetas inferior a 100.000/pg. No entanto, alguns centros de anesthesiologia contestam estes valores e apontam esta situação como contra-indicação não absoluta, mas relativa, por considerarem segura a sua utilização em determinados casos abaixo deste valor¹⁸. Outras situações que podem cursar com alteração dos tempos de coagulação são as parturientes em anticoagulação, em pré-eclâmpsia ou com descolamento prematuro da placenta⁷.

São contra-indicações relativas

(Quadro I) o uso de heparinas de baixo peso molecular, aspirina ou outros anti-agregantes plaquetares e as cefaleias crónicas ou pré-operatórias. Também se englobam neste grupo certas cardiopatias congénitas ou estenose aórtica, porque podem não tolerar quedas bruscas na resistência vascular periférica^{8,10}.

Outras situações que exigem cuidados adicionais são as grávidas com espinha bífida ou outras deformidades da coluna vertebral, as portadoras de patologia neurológica (central ou periférica) e os casos de obesidade mórbida, estes últimos pela dificuldade de execução técnica¹⁰. Além destas, uma parturiente muito jovem (adolescente), por mais vezes se apresentar agitada ou não colaborante, pode ser um risco considerável de punção dural inadvertida e mesmo de lesão grave de es-

QUADRO I

CONTRA-INDICAÇÕES DA ANALGESIA EPIDURAL

Contra-indicações absolutas:

- Sepsis
- Bacteriémia
- Infecção no local da punção
- Hipovolémia severa
- Coagulopatia
- Terapêutica anticoagulante
- Hipertensão intracraniana
- Não consentimento pela parturiente

Contra-indicações relativas:

- Neuropatia periférica
- Uso de heparinas de baixo peso molecular
- Uso de aspirina ou outros anti-agregantes plaquetares
- Psicoses ou demências
- Doença desmielinizante do SNC
- Certas cardiopatias: Estenose aórtica ou estenose subaórtica hipertrófica idiopática (IHSS)
- Instabilidade psicológica ou emocional
- Pacientes não colaborantes
- Cirurgia prolongada ou de duração imprevisível
- Resistência da equipa cirúrgica a pacientes acordadas

truturas neuronais, durante o posicionamento da agulha. A grávida toxicodependente (ou ex-toxicodependente) é também um caso particular, pela necessidade de ajuste da dose de opiáceos.

Recorda-se que não são contra-indicações e podem até ser beneficiadas pela técnica os casos de grávidas com cesariana precedente, com hipertensão arterial induzida pela gravidez, diabéticas, asmáticas e as situações de placenta baixamente inserida ou parto pré-termo^{8,10}.

Complicações/ Efeitos secundários

Como todos os medicamentos, estes agentes anestésicos têm certas particularidades decorrentes do seu uso. Por isso, é efectuada uma monitorização contínua de determinados parâmetros da grávida, que permite diagnosticar atempadamente eventuais complicações. Os efeitos mais vulgarmente associados a este tipo de analgesia podem relacionar-se com a técnica, a parturiente ou o parto e são quase sempre de carácter transitório e sem sequelas^{10,19}. Os mais frequentes e clinicamente relevantes são:

Analgesia ineficaz ou incompleta – Cerca de 97% das mulheres referem alívio significativo das dores e destas, mais de 85% um alívio completo. Apenas 3% não sentem qualquer diminuição das dores¹⁰. Situações de ineficácia completa devem-se provavelmente a mau posicionamento do cateter. A sua frequência diminui com a experiência do anestesista²⁰.

Hipotensão arterial materna – É o efeito secundário mais frequente, embora por regra sem gravidade. Provocada por compressão aorto-cava e bloqueio simpático, eventualmente acentuados por hemorragia¹⁰. Na maioria dos casos é facilmente

diagnosticada pela monitorização da pressão arterial da grávida, a intervalos regulares, e corrigida precocemente pela administração endovenosa rápida de soluções salinas (soro fisiológico, lactato de Ringer) e/ou efedrina. Se não corrigida pode conduzir a insuficiência utero-placentária⁷.

Cefaleias – Podem ocorrer por jejum prolongado, hidratação insuficiente ou punção acidental da duramater, que acontece em cerca de 1% dos casos⁶. Alguns autores referem haver associação entre a duração do período expulsivo e a incidência de cefaleias pós-punção dural²¹. Nesta última situação a dor deve-se à tracção caudal dos vasos e nervos meníngeos por saída de líquido céfalo-raquidiano do espaço subaracnoideu para o espaço epidural¹⁰. Esta complicação é habitualmente autolimitada, mas por vezes muito incapacitante, com duração de dias a poucas semanas. Exige repouso no leito, hidratação endovenosa e beneficia do uso de analgésicos e/ou citrato de cafeína¹⁰. Em casos raros, pode ser necessário executar-se um *patch* salino ou sanguíneo epidural, que funciona como um tampão no local da perda de líquido^{7,8}. Embora muito raras, em situações de cefaleias pós-parto complicadas por deterioração neurológica, é fundamental não esquecer situações de diagnóstico diferencial^{22,23} como o hematoma subdural intracraniano, cujo diagnóstico precoce pode permitir um tratamento exclusivamente médico e assim evitar uma intervenção cirúrgica²³.

Náuseas e vômitos – Ocorrem com alguma frequência. Devem-se ao jejum prolongado, estimulação visceral do trabalho de parto, hipotensão e/ou a uma estimulação vagal predominante por bloqueio simpático^{6,9}. O tratamento consiste na pro-

moção de uma boa oxigenação, elevação da pressão arterial ou, em casos excepcionais, na administração de antieméticos e atropina endovenosos⁶.

Lombalgias – Cerca de 44% das mulheres queixam-se de «dores de costas» após o parto²⁴. Contudo, demonstrou-se que muitas destas queixas são erradamente atribuídas à punção epidural. Mais, muitas mulheres que não foram submetidas a este tipo de analgesia descrevem lombalgias. Porém, esta queixa não deve ser considerada desde logo infundada, já que a penetração da agulha causa hiperémia, irritação tecidual local e espasmos musculares reflexos. Como resultado, existe uma hipersensibilidade na zona da punção, que dura uma a duas semanas⁷. É uma dor geralmente moderada e autolimitada, sendo o tratamento conservador, insistindo na tranquilização da puérpera e recorrendo a analgésicos nos casos de dor intensa⁹. Nessa situação, contudo, devem ser excluídos hematoma ou abscesso epidural.

Tremores – Ocorrem por vasodilatação periférica, com perda de calor¹⁰. Podem ser intensos, mas de curta duração. A sua incidência é de cerca de 30%¹⁰. Para o seu aparecimento contribui o arrefecimento corporal provocado pela infusão rápida de soros frios.

Prurido – É frequente. Sabe-se ser induzido por opiáceos, apesar de o mecanismo não ser totalmente conhecido⁶. Pode eventualmente ser revertido pela naloxona em doses baixas, pelo que a sua administração não anula o efeito analgésico.

Retenção urinária – Surge por hipertonidade do esfíncter e atonia vesical, sendo mais frequente quando se usam opiáceos. Além disso, em casos de bloqueio intenso, a sensação de bexiga cheia pode estar

diminuída ou ausente^{8,25}. Por isso, é preciso vigiar a puérpera para evitar retenção urinária e excessiva distensão da bexiga. A atitude indicada é a algaliação, com vista a esvaziar a bexiga, até que esta disfunção transitória seja ultrapassada.

Complicações hemorrágicas – Por punção vascular (veia epidural) durante a introdução da agulha ou do cateter, o que ocorre com uma incidência de cerca de 1%^{9,10}. Em situações muito raras e particularmente em doentes hipocoaguladas, pode surgir uma complicação grave, que pode provocar compressão medular – o hematoma epidural, cujo tratamento é cirúrgico (laminectomia descompressiva).

Bloqueio subaracnoideu – Se o anestésico for introduzido neste espaço em vez do epidural, geralmente por migração do cateter, produz-se uma anestesia completa do neuro-eixo, com depressão respiratória grave e depressão miocárdica. Embora muito rara, pode tratar-se de uma situação potencialmente grave⁶. O tratamento assenta em medidas de suporte e reanimação.

Parestesias – Por traumatismo directo dos nervos raquídeos, quando da introdução do cateter, o que produz um efeito sensitivo e limitado ao território de distribuição¹⁰. São geralmente reversíveis, desaparecendo espontaneamente. A sua incidência é inferior a 1/10000.⁸

Infecções – No local da punção (superficiais, cutâneas) ou atingindo o SNC, estas últimas extremamente raras. Podem ocorrer meningite, aracnoidite ou abscessos epidurais^{9,26,27}. Em casos excepcionais, porém bem documentados, a analgesia epidural contínua resultou em abscessos epidurais que deixaram sequelas neurológicas, especificamente cursando com lesão medular e paraplegia²⁸.

Febre e sepsis neonatal – A analgesia obstétrica está alegadamente associada com febre materna e com aumento do risco de sepsis neonatal. Vários estudos encontram uma forte associação entre a analgesia epidural e a febre materna^{29,30}. Contudo, a maior duração de analgesia e a nuliparidade são também co-factores na febre atribuída à analgesia epidural³¹. Por outro lado, a associação com a sepsis neonatal ainda não está bem definida, havendo vários estudos que contestam esta associação^{29,30}.

Reacções tóxicas aos agentes anestésicos – São possíveis, embora pouco frequentes. Podem ocorrer por hipersensibilidade individual ou sobredosagem⁷.

Após a leitura desta revisão poderá parecer que os efeitos secundários ultrapassam os múltiplos benefícios da técnica, no entanto não poderíamos deixar de os enumerar e descrever. Salienta-se o facto de a sua frequência e gravidade serem globalmente pouco relevantes, desde que o seu diagnóstico e terapêutica sejam efectuados em tempo útil.

CONCLUSÕES

A analgesia epidural obstétrica veio trazer novas concepções sobre a assistência ao parto, humanizando-o. Constitui o método mais eficaz de alívio da dor, não só durante o trabalho de parto, como também no pós-parto (caso o cateter fique aplicado), o que pode evitar perturbações emocionais na puérpera, passíveis de afectar a relação mãe-filho. De facto, ocorre alívio significativo das dores em quase todas as mulheres, com alívio completo na maioria dos casos. Apenas uma pequena percentagem não sente qualquer diminuição das dores. É um

facto que a epidural parece diminuir ligeiramente a actividade uterina no período expulsivo e assim poderá favorecer o aumento do número de partos instrumentados, mas considera-se que não aumenta o número de cesarianas. Por outro lado, mantém a parturiente colaborante durante o parto, podendo mesmo melhorar a dinâmica do parto, pelo alívio da dor e da ansiedade, que só por si provocariam efeitos prejudiciais sobre a parturiente e o feto. A técnica tem poucas contra-indicações, às quais se contrapõem algumas situações que comprovadamente beneficiam com a sua utilização. Utilizada criteriosamente produz efeitos secundários pouco frequentes, sendo o mais comum a hipotensão arterial materna. A maioria das complicações são autolimitadas ou de fácil correcção com terapêutica médica, portanto quase sempre sem sequelas. A decisão do seu uso deve ser tomada de forma consciente e ponderada, o que só é possível se as utentes grávidas forem informadas atempadamente, durante as Consultas de Vigilância em Saúde Materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang J, Yancey MK, Klebanoff MA, Schwarz J, Schweitzer D. Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 128-34.
2. Vincent RD Jr, Chestnut DH. Epidural analgesia during labor. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1785-92.
3. S/a. Casuística anestésica do Serviço de Anestesiologia do Hospital S. Sebastião, Santa Maria da Feira, 2000. *In* URL <http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/servmedicos/index.htm>.
4. S/a. Casuística anestésica do Serviço de Anestesiologia da Maternidade Bis-saya Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra, 2000. (Dados não publicados)

5. BIREME. Descritores em ciências da saúde(DeCS). São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (3ªed.), 1996.

6. Brown DL. Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. In: Miller RD (Ed.). Anesthesia. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000: 1491-516.

7. Wadlington JS, Natale M, Crowley M. Anesthesia in Obstetrics and Gynaecology. In: Hurford WE, Bailin MT, Davidson JK, Haspel KL, Rosow C (Eds). Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital, Department of Anaesthesia and Critical Care, Harvard Medical School (5ª ed). Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher, 1998: 523-52.

8. Tetzlaff JE, MD. Spinal, Epidural and Caudal Blocks. In: Morgan GEJ, Mikhail MS (Eds.). Clinical anaesthesiology (2ª ed.) Connecticut, Appleton & Lange, 1996: 211-44.

9. Rowan M, May CM, Smith P. Spinal, Epidural and Caudal Anaesthesia. In: Hurford WE, Bailin MT, Davidson JK, Haspel KL, Rosow C (Eds). Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital, Department of Anaesthesia and Critical Care, Harvard Medical School (5ª ed). Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher, 1998: 243-63.

10. Brazão R. Analgesia e anestesia no parto. In: Graça LM (Ed.). Medicina Materno-fetal: Fundamentos e prática clínica, Volume II. Lisboa, 1996: 67-81.

11. Mendes ML. Parto (II - Conduta clínica) In: Mendes ML (Ed.). Curso de Obstetrícia. Coimbra, Centro Cultural da Maternidade dos HUC, 1991: 287-99.

12. Gomar C, Fernandez C. Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. Eur J Anaesthesiol 2000; 17: 542-58.

13. Echt M, Begneaud W, Montgomery D. Effect of epidural analgesia on the primary cesarean section and forceps delivery rates. J Reprod Med 2000; 45: 557-61.

14. Impey L, MacQuillan K, Robson M. Epidural analgesia need not increase operative delivery rates. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 358-63.

15. Fogel St, Shyken JM, Leighton BL, Mormol JS, Smeltzer Js. Epidural labor analgesia and the incidence of cesarean delivery for dystocia. Anesth analg 1998; 87: 119-23.

16. Zimmer EZ, Jakobi P, Itskovitz-Eldor J, Weizman B, Solt I, Glik A, Weiner Z. Adverse effects of epidural analgesia in labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 89: 152-7.

17. Rojansky N, Tanos V, Reubinoff B, Shapira S, Weinstein D. Effect of epidural analgesia on duration and outcome of induced labor. Int J Gynaecol Obstet 1997; 56: 237-44.

18. Beilin Y, Zhan J, Comerford M. Safe epidural analgesia in thirty parturients with platelet counts between 69,000 and 98,000/mm³. Anesth Analg 1997; 85: 385-8.

19. Kemmerly Jr, Lambard WW, Russell RC. Epidural analgesia provided during labor by obstetricians: outcome analysis. South Med J 1999; 92: 1075-8.

20. Burnstein R, Buckland R, Pickett JA. A survey of epidural analgesia for labour in United Kingdom. Anaesthesia 1999; 54: 634-40.

21. Angle P, Thompson D, Halpers S, Wilson DB. Second stage pushing correlates with headache after unintentional dural punctures in parturients. Can J Anaesth 1999; 46: 861-66.

22. Ponder TM. Differential diagnosis of postdural puncture headache in the parturient. CRNA 1999; 10: 145-54.

23. Ferrari L, De Servi F, Vigue JP, Granry JC, Preckel MP. Intracranial subdural hematoma after obstetric dural puncture. Ann Fr Anesth Reanim 2001; 20: 536-6.

24. Buggy D, MacEvilly M. Do epidurals cause back pain? Br J Hosp Med 1996; 56: 99-101.

25. Olofsson CI, Ekblom AO, Ekman-Ordeberg GE, Irestedt LE. Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia. Eur J

Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 71: 31-4.

26. Dawson S. Epidural catheter infections. J Hosp Infect 2001; 47: 3-8.

27. Kindler CH, Seeberger MD, Staender SE. Epidural abscess after epidural anesthesia and analgesia. An analysis of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 1998; 42: 614-20.

28. Bulow PM, Biering-Sorensen F. Paraplegia, a severe complication to epidural analgesia. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43: 233-5.

29. Gonen R, Korobochka R, Degani S, Gaitini L. Association between epidural analgesia and intrapartum fever. Am J Perinatol 2000; 17: 127-30.

30. Viscomi CM, Manullang T. Maternal fever, neonatal sepsis evaluation, and epidural labor analgesia. Reg Anesth Pain Med 2000; 25: 549-53.

31. Philip J, Alexander JM, Sharma SK, Leveno KJ, McIntire DD, Wiley J. Epidural analgesia during labor and maternal fever. Anesthesiology 1999; 90: 1271-5.

Endereço para correspondência

Elsa Sofia da Cruz Martins
Avenida das Descobertas n°4 - 2ºH
3800-013 Aveiro

Recebido para publicação em 14/02/02
Aceite para publicação em 06/05/02

OBSTETRIC EPIDURAL ANALGESIA

ABSTRACT

Objectives: To review the potential benefits, risks and secondary effects both to mother and child of obstetric epidural analgesia, to describe its indications and contraindications, and to identify situations in need of additional procedures.

Methods: Critical review of published materials, based in a Medline search, textbooks and anesthesiology journals, with an emphasis on papers published in the last five years.

Conclusions: In Portugal obstetric epidural analgesia is well established and increasingly requested by women, though some still fear and refuse the procedure. If used adequately, epidural analgesia is the least harmful and effective means of pain relief during delivery. However, some complications and secondary effects may occur, related to the procedure, the woman or the delivery process. The decision of submitting to epidural analgesia must be taken consciously; this involves timely and objective information from the family doctor of the pregnant patient during prenatal care consultations.

Key-words: Epidural analgesia; Complications; Pain; Delivery; Prenatal care.