

ORIENTAÇÃO ANESTÉSICA E PRÉ-OPERATÓRIA PARA ATENDIMENTO DE PORTADORES DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA

Au: Prof Dr. *Eric Wittkugel

Tradução e adaptação: Prof Dra Vania Declair Cohen

Farmacologista Clínica

Especialista em Dermatologia e Epidermólise Bolhosa

São Paulo – Brasil - vdcohen@hotmail.com

Qualquer processo operatório é bem mais complicado em pacientes portadores de EB. Assim, antes da cirurgia, leia as orientações abaixo e se você for familiar ou amigo de um portador de EB, imprima esse documento, ou dê o endereço desse site para que os profissionais de saúde que estiverem envolvidos no procedimento possam estar cientes das orientações necessárias, proporcionando um procedimento para o paciente com menos risco possível.

Lembre-se que qualquer informação necessária poderá também ser obtida através do e-mail: vdcohen@hotmail.com.br ou pelo telefone (11) 73730186 ou (11) 76721970. Consulte também o blog: <https://groups.live.com/souportadordeeb/>

A avaliação pré-operatória:

A cirurgia não deverá ser agendada antes que o paciente passe por avaliação do médico anestesista responsável em realizar a anestesia no dia da cirurgia.

Vias aéreas – pode ser uma área crítica devido a progressão da patologia que:

- diminui a circunferência da boca e juntamente com cicatrizes hipertróficas limitam a abertura da mesma (microstomia)
- presença de lesões da mucosa que podem ser de leve à grave;
- presença de cárie dentária e dentes com excesso de placas bacterianas
- língua pode ser fundida ao assoalho da boca
- dentes desalinhados, voltados para dentro e as vezes presença da dentição de leite aderida ao osso da maxila e dentição definitiva apresentando-se como 2 ou 3 fileiras de dentes
- estenose esofágica alta

- Considere a probabilidade de realizar entubação oral com auxílio de endoscópio de fibra óptica. Caso contrário o trauma pode levar ao sangramento abundante piorando o quadro de anemia geralmente presente nesses pacientes.
 1. Considerar que a entubação por visualização laringoscópica pode envolver outros sistemas como:
- **Pulmonar:** Infecções respiratórias (q já podem ser freqüentes)
 - Aspiração
 - Diminuição da função pulmonar

2. Trauma das VIAS implica em agravamento do fator nutricional q já está comprometido:
 - Deve-se aumentar demanda calórica no pré e PO (Aconselhável realizar suplementação nutricional com Cubitan)
 - Falha do crescimento e déficit de crescimento
 - Anemia de deficiência de ferro (*porém evitar a administração de Fe endovenoso) e de doenças crônicas
3. Considere a realização de ecocardiograma pré-operatório
 - Coração: Cardiomiopatia Dilatada em pacientes com RDEB possivelmente relacionados com a carnitina e / ou deficiência de selênio).
 - Sopros cardíacos costumam também estar presentes
4. Na escolha do anestésico, considere:
 - Osteomuscular: contraturas e rigidez muscular
5. Oximetria de pulso:
 - Fusão Digital (deformidades nas mãos e pés – encapsulamento, falta das unhas, má formações)
6. Punção e locação de cateter central. Considerar punção da Jugular externa:
 - Obs: A maior parte dos pacientes apresentam plaquetocitose. Muito comum perda do cateter por obstrução. Orientar equipe.
 - Difícil acesso IV Punção venosa periférica difícil, dolorosa e de curta duração.
7. Pele
 -Extrema fragilidade
 - Bolhas e erosões
 -Tendência a carcinoma espinocelular
 -Infecção relacionada ao comprometimento da integridade da pele
 -Imuno depressão devido à desnutrição e sangramentos freqüentes

Procedimentos cirúrgicos mais comuns na EB:

- A cirurgia plástica para correção de pseudosindactilia I das mãos, pés
- Dilatação esofágica
- Biópsias de pele para descartar carcinoma de células escamosas
- Cirurgia p/ exereses de carcinoma de células escamosas com rotação de retalho ou enxertia
- Reabilitação dentária
- Gastrostomia* ou jejunostomia* em casos de estenose de esôfago
- Endoscopia do TGI
- Colocação de cateteres p/ fácil via de acesso em pcts graves de dependem de transfusão freqüentes
- A dilatação de esôfago costuma ser um procedimento simples desde q realizado por médico experiente

Princípios gerais de manipulação do paciente:

- Evitar força de cisalhamento sobre a pele para minimizar a formação de bolhas.
- **Levante**, NUNCA DESLISE O paciente SOBRE A CAMA OU LENÇOL durante a transferência.
- Não utilizar fitas adesivas, micropore, ou fixar eletrodos de ECG , sondas, oxímetro de pulso diretamente sobre a pele
- Só utilizar adesivos a base de Silicone (Mepilex lite ou Mepilex Transfer – distribuídos no Brasil pela Neve IND e Materiais Cirurgicos na Europa pela Molnlyncke).

Preparação:

- Aquecer a sala de cirurgia. Esses ptes sentem mais frio por apresentarem grandes áreas sem epitélio
- Providenciar colchão térmico
- Durante o ato cirúrgico, o paciente deverá ser mantido sobre colchão de baixa pressão, ou colchão piramidal (caixa de ovo)
- Lubrificar os olhos do pcte durante o ato operatório Refresh ® ou SF 0,9%

Deixar a disposição na sala de cirurgia: .

- Curativo não adesivo: Mepitel ®, Mepiform ®, Mepilex lite e transfer (Molnlycke Healthcare)
- Gaze de não tecido
- Fita de algodão para fixar tubo endotraqueal (ETT)
- Linóleo ® ou Aquaphor ® para lubrificar máscara de anestesia
- Xilocaína Gel
- Sondas
- Oxímetro de pulso

Monitoramento: mínimo razoável

- Colocar Mepilex lite ou Transfer sob manguito de PA
- Utilizar sensor do oxímetro de pulso não adesivo
- Eletrodos de ECG almofadada ou com adesivo cortado e fixado com curativo de silicone
- Manter termômetro p/ mensuração de temperatura axilar, se necessário

Indução

- Máscara comum para pacientes pediátricos lubrificada
- Indução IV pode ser difícil devido ao acesso venoso pobre

Acesso IV

- Não usar garrote
- Fixar IV com Mepitel ou em área de pele com cicatrizes hipertróficas
- Envolver com atadura de crepe sobre Mepilex Transfer. Não usar adesivos!
- Laryngeal Mask Airway (LMA) podem causar bolhas na faringe.
- Fixar ETT com fita de algodão n adesiva ou sutura de dentes.

Técnicas Utilizadas

- Considerar a possibilidade de evitar a anestesia geral e intubação endotraqueal. Se possível utilizar sedação profunda para dilatação do esôfago e reabilitação dentária. Já nas cirurgias abdominais e exegese de tumores, anestesia geral.
Máscara de anestesia para procedimentos breves

Outras opções:

Anestesia venosa total (TIVA) com Propofol + Remifentanil ou Cetamina para cirurgias periféricas

Anestesia Regional: bloqueio axilar, espinhal, peridural, caudal

- relaxantes musculares, incluindo a succinilcolina são muito bem
- Evitar drogas liberação de histamina, por exemplo, morfina para minimizar o prurido no pós-operatório, já que esses pacientes apresentam prurido constantemente.

RPA/ cuidados pós-operatórios

- Orientar enfermeiros do RPA - evitar trauma de vias aéreas, de pele
- Aspirar TOT suavemente quando necessário com cateter de sucção lubrificado
- Extubação qdo pcte estiver acordado para minimizar a obstrução das vias aéreas e a necessidade de pressão da máscara no rosto

Analgesia adequada

- Antieméticos profiláticos para prevenir náuseas e vômitos no pós-operatório
- Cuidado para não desenvolver novas lesões de pele
- Monitor das vias aéreas

Considerações gerais:

- Antibióticos adequados transoperatório – evitar a utilização de ciprofloxacina devido seu alto risco de reação alérgica no portador de EB.
- O preparo da pele deverá ser realizado com Choroexidine. Aplicar sem atrito e remover o excesso, suavemente, com gaze estéril.