

Anestesia ambulatorial: Anestesia Regional

*Marcelino Jäger Fernandes **

O número de cirurgias ambulatoriais tem crescido exponencialmente. Só nos EUA, calcula-se que cerca de 50 a 70% dos procedimentos cirúrgicos são realizados desta forma. O objetivo primário da anestesia nesta situação é a recuperação rápida do paciente que permita alta precoce com o mínimo de efeitos adversos. Menor tempo gasto na sala de recuperação e alta precoce da unidade de cirurgia ambulatorial pode gerar benefícios econômicos para a unidade, bem como para o paciente.

Anestesia regional nas suas diversas formas tem sido advogada como meio de apressar a recuperação anestésica por causa da minimização dos efeitos colaterais sistêmicos induzidos pelos anestésicos gerais. Além disso, promove analgesia por um tempo maior, diminuindo o uso de opióides, reduzindo desta maneira o risco de náuseas e vômitos no pós-operatório, principal causa de retardo de alta hospitalar e readmissão em casos de cirurgia ambulatorial.

Anestesia regional tem sido usada em cirurgia ambulatorial há muito tempo. Pode-se usar raquianestesia, anestesia peridural e bloqueios periféricos diversos. Algumas vezes seu uso tem sido protelado pelo benefício de rápida recuperação com o uso de agentes como propofol, sevoflurano e desflurano. Entretanto, como foi dito acima, a anestesia regional pode apresentar certos benefícios que devem ser levados em conta quando estamos diante do caso específico.

Raquiantesia tem sido usada para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Entre as várias vantagens podemos citar a facilidade da técnica, tempo de latência curto que permite início rápido do procedimento, e recuperação rápida se usado um agente de tempo de ação curto, obviamente. Entretanto, pode levar ao desenvolvimento de cefaléia pós punção subaracnóidea, sendo esta a principal razão que leva alguns anestesiológicos a preferir a técnica se o paciente é ambulatorial. A cefaléia pós raquianestesia está diretamente relacionada ao calibre da agulha usada para a punção.

* Médico anestesiológico Hospital Sarah Centro de Brasília
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Outros fatores existem como por exemplo idade: quanto maior a idade, menor a probabilidade de ocorrência. A probabilidade de ocorrência de cefaléia não deve ser razão para deixar de usar a técnica. Em casos selecionados é uma excelente escolha, devendo-se tomar algumas medidas para minimizar o risco de cefaléia como o uso de agulhas de calibre fino e bisel atraumático. Assim como a raquianestesia, a anestesia peridural também pode ser uma excelente opção. Em mãos experientes, praticamente inexistente o risco de cefaléia pós punção da dura-máter. O tempo de ação também pode ser determinado fazendo-se uma boa escolha do agente a ser utilizado, e como a raquianestesia, tem boa indicação nos procedimentos realizados no abdome inferior e membros inferiores. Ambas as técnicas acompanhadas de sedação pode permitir recuperação acelerada, com poucos efeitos adversos, menor incidência de náuseas e vômitos e boa analgesia residual no pós-operatório imediato. Tem sido demonstrado que o tempo de indução anestésica está aumentado cerca de 8 minutos quando comparado com anestesia geral simples, mas o tempo para alta da unidade de cirurgia ambulatorial pode ser maior que 30 minutos, pelo fato de ser impossível dar alta diante da incapacidade de deambulação do paciente.

Várias outras técnicas podem ser utilizadas como bloqueio de plexo braquial, plexo lombar, nervo femoral, bloqueio peri bulbar e retro bulbar e outras. Para todas tem sido demonstrado os benefícios citados acima. Além disso, podem ser associadas a anestesia geral superficial, trazendo o benefício de um paciente absolutamente confortável no intra-operatório e com analgesia estendida no pós-operatório.

O bloqueio de plexo braquial via interescalênica é usado para procedimentos ortopédicos e vasculares de ombro e membro superior proximal, especialmente pela excelente analgesia pós-operatória. Existem evidências que a técnica resulta em boa analgesia pós-operatória, proporciona menor incidência de náuseas e vômitos e acelera a alta da sala de recuperação e da unidade de cirurgia ambulatorial. Tem sido usada, inclusive, a técnica contínua, prolongando o período de analgesia pós-operatória para além do pós operatório imediato. O índice de falha varia entre 0 e 9,5% e a necessidade de conversão para anestesia geral chega a 16%. O paciente pode apresentar síndrome de Horner, rouquidão, e dispnéia que raramente são causas de protelamento de alta. O risco de lesão neurológica é baixo e aceitável. A técnica supra-clavicular tem sido usada para cirurgias no cotovelo, antebraço, punho e mão. Contudo, a técnica tem sido relegada a segundo plano devido a relatos de ocorrência de pneumotórax, apesar de outros autores terem relatado em grandes séries a não ocorrência de pneumotórax, nem outras complicações graves, com uma taxa de sucesso de cerca de 97%. Existem poucos estudos sobre esta técnica em pacientes ambulatoriais. A técnica infraclavicular tem praticamente as mesmas indicações da técnica supraclavicular, com a vantagem de ter um plano de inserção fixa, que facilita a fixação de um cateter para analgesia pós-operatória contínua. A incidência de pneumotórax é de 0,7%. Porém, é uma técnica pouco popularizada em relação à técnica supraclavicular. O bloqueio axilar também tem as mesmas indicações, apresentando todas as vantagens acima descritas. Foi a primeira técnica descrita para analgesia contínua em pacientes ambulatoriais. É fácil de realizar e permite o bloqueio de nervos individualmente. Na técnica contínua existe o risco de deslocamento do cateter pela própria característica da região anatômica e de infecção, que ainda não foi adequadamente estudado.

O plexo lombar é formado a partir das raízes de L1 a L4 e dá origem aos nervos cutâneo femoral lateral, obturador, femoral, genitofemoral iliohipogástrico e ilioinguinal que são responsáveis pela inervação do abdome inferior, virilha, coxa anteromedial e lateral, e porção medial da panturrilha. Os nervos femoral e obturador suprem a articulação do joelho. Encontrou-se as mesmas vantagens, mas algumas desvantagens podem ser citadas como o risco de difusão peridural do anestésico local, causando bloqueio motor que pode retardar a alta e alguns estudos mostraram

que anestesia peridural ou raquianestesia determinou menor consumo de analgésicos, mas quando comparado com anestesia geral existe uma evidente superioridade do bloqueio de plexo lombar. Também tem sido usado na forma contínua quando se coloca um cateter, mesmo para uso domiciliar. Para alguns procedimentos pode não oferecer grandes vantagens, como por exemplo artroscopia, visto ser um procedimento pouco doloroso no pós-operatório.

O bloqueio de nervo femoral é de fácil execução e quando associado a bloqueio de nervo ciático tem boa aplicabilidade em cirurgias mais complexas do joelho. Tem sido advogado o seu uso em artroscopias, mas em termos de analgesia pós-operatória, por tratar-se de procedimento pouco doloroso pode não apresentar grandes vantagens.

O bloqueio de nervo ciático tem sido indicado para cirurgias mais distais ou associado a bloqueio de nervo femoral para aumentar a eficiência analgésica no pós-operatório em cirurgias mais altas. Pode ser realizado pela técnica clássica ou mais distalmente na fossa poplítea. Resulta em anestesia cirúrgica de boa qualidade com baixa incidência de complicações. Quando realizado na fossa poplítea pode obrigar o uso de garroteamento mais abaixo, algo que alguns cirurgiões acham controverso.

O bloqueio paravertebral tem ressurgido como opção especialmente para cirurgia de câncer da mama, observando-se melhor controle da dor pós-operatória. Entretanto, a depender do nível em que é feito carrega o risco de complicações graves e ameaçadoras à vida, embora isto possa ser contornado com uma técnica adequada e preparação em caso de necessidade de tratamento e suporte básico e avançado de vida.

Algumas considerações têm sido feitas quanto a dar alta ou não na vigência do bloqueio. Se for decidido dar alta apenas após a recuperação completa do bloqueio nervoso, pode-se correr o risco de prolongar a permanência do paciente na unidade desnecessariamente. Hoje já é completamente aceitável dar alta na vigência do bloqueio, desde que o paciente preencha os outros requisitos básicos para alta que são: ser capaz de se mover voluntariamente ou sob comando, respirar profundamente e tossir, pressão arterial ± 20 mmHg dos níveis pré-anestésicos, estar consciente e orientado, e mantendo uma saturação de oxigênio $> 92\%$ respirando ar ambiente. Se o membro operado ainda estiver anestesiado, a alta poderá ser dada, desde que o paciente seja orientado a proteger devidamente o membro afetado (pois há uma perda dos mecanismos de defesa naturais às lesões traumáticas ou não) e é mandatório a existência de um sistema de comunicação através do qual o paciente possa entrar em contato rapidamente com a equipe e retornar imediatamente à unidade hospitalar em caso de necessidade.

Existem ainda os bloqueios de face e os bloqueios retro e peri bulbar para cirurgias oftalmológicas que são bastante populares entre os colegas que trabalham com cirurgias plásticas e oftalmologistas apresentando as mesmas vantagens já citadas.

Concluindo, podemos afirmar que anestesia regional, seja bloqueios centrais ou periféricos, tem vantagens que podem sobrepujar o uso rotineiro de anestesia geral simples em casos de anestesia ambulatorial, devendo ser usada sempre que houver indicação e as condições ideais para a sua condução estejam presentes.

Referências Bibliográficas

1. LIU SS et al – A Comparison of Regional Versus General Anesthesia for Ambulatory Anesthesia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesth Analg* 2005; 101: 1634 – 1642.
2. KLEIN SM et al – Peripheral Nerve Block Techniques for Ambulatory Surgery. 2005; 101: 1663 – 1676.

