

A Arte da Anestesia Regional Periférica

Nos últimos seis anos (de 2000 até setembro de 2005), foram publicados em nossa revista, 26 artigos relacionados a bloqueios periféricos (Tabela I), dentre os quais, apenas seis tiveram incluídos dentre os objetivos primários, o incremento da analgesia pós-operatória (Tabela II).

Tabela I - Artigos sobre Bloqueios Periféricos Publicados na Rev Bras Anestesiol entre os Anos de 2000 e 2005 (Número 5)

Técnicas	n	%
Bloqueio do plexo braquial	7	26,92
Bloqueio peribulbar	5	19,23
Bloqueio 3 x 1 (perivasculares inguinal)	4	15,38
Bloqueio pleural	3	11,54
Bloqueio plexo lombar	2	7,69
Bloqueio do nervo poplíteo	1	3,85
Bloqueio do nervo maxilar	1	3,85
Bloqueio do nervo ciático	1	3,85
Infiltração intra-articular	1	3,85
Cateter em nervo periférico	1	3,85
Total	26	100,00

Tabela II - Técnicas nas quais o Objetivo Primário do Artigo incluiu Analgesia Pós-Operatória

Técnicas	n	% #
Bloqueio 3 x 1 (perivasculares inguinal)	1	3,85
Bloqueio pleural	3	11,54
Cateter em nervo periférico	1	3,85
Infiltração intra-articular	1	3,85
Total	6	23,08

- percentual calculado sobre o total de artigos levantados (26)

Na absoluta maioria destes trabalhos sobre bloqueios periféricos, prevaleceram comparações de técnicas, avaliação de desempenho de novos anestésicos locais e demonstração de alternativas regionais de anestesia para procedimentos específicos. Apenas seis (23,08%) das publicações incluíram, dentre os objetivos primários da pesquisa, analgesia pós-operatória e conforto ao paciente. A despeito de nos dedicarmos bastante, em nosso cotidiano, à anestesia regional, em cirurgias periféricas (perineais ou de membros) indicamos bloqueios plexulares ou centrais e as alternativas de analgesia pós-operatória restringem-se a técnicas contínuas centrais. Tais alternativas garantem, sim, analgesia de longo curso, mas ainda são discutíveis sob a esfera do conforto: prurido, aumento de náusea e vômito e o desagradável

prolongamento da parestesia/paresia extensa são as desvantagens que comprometem a plena satisfação dos pacientes.

Neste número da Revista Brasileira de Anestesiologia, Imbelloni e col. apresentaram experiência de analgesia pós-operatória, após cirurgia orifical, sob regime ambulatorial, realizada com anestesia subaracnóidea de curta duração (lidocaína a 2% - 50 mg), complementada com bloqueio bilateral de nervo podendo utilizando bupivacaína 0,25% com 50% de excesso de enantiômero levógiro (R25-S75). O bloqueio dos pudendos foi orientado por neuroestimulador. O método permitiu deambulação precoce e alta hospitalar após 6 h de pós-operatório com acompanhamento à distância, através de contatos telefônicos. A analgesia pós-operatória alcançou $23,77 \pm 4,49$ h de duração e houve alto índice de satisfação dos pacientes¹.

Nos últimos anos, temos acompanhado, nas publicações e nos encontros científicos internacionais, um incremento de indicação de técnicas regionais periféricas, simples ou contínuas²⁻⁶, tendo como argumento principal o prolongamento da analgesia residual em pós-operatório imediato, com concentração da área de analgesia/anestesia sobre a região operada, o que aumenta conforto e melhora recuperação do paciente⁷. Os bloqueios periféricos, até as simples infiltrações, têm sido incluídos nos planejamentos multimodais de analgesia p.o. para cirurgia ambulatorial⁶. Indubitavelmente, para alcançar tais objetivos são necessários: uso do neuroestimulador para apuro técnico; domínio das várias alternativas de bloqueios periféricos de condução; e a intenção de alcançar conforto e analgesia, plena e prolongada, no pós-operatório. Tudo isto, parece, foi atingido nesta proposta de Imbelloni e col.

A tendência à automação plena da Anestesia Geral (AG) evidencia-se diante dos equipamentos programáveis que, em breve, poderão se tornar autoprogramáveis, a partir da retro-alimentação dos monitores de profundidade de analgesia/anestesia (BIS) e de condução neuromuscular. A possibilidade de incremento de automação na AG tende a minimizar o requerimento de habilidades específicas e a transformar o que constituía desafio e arte, num futuro breve, em rotinas de programação de equipamentos.

Certamente, arte, habilidade, conhecimento da anatomia e, principalmente, qualidade de atenção ao paciente, continuarão a nos destacar profissionalmente. O domínio das Técnicas Regionais Periféricas de Anestesia e Analgesia para prover pós-operatório sem dor, com limitação da área anestesiada ao necessário ajudará a fazer a diferença!

Dr. Antonio Leite Oliva Filho, TSA
Membro do Conselho Editorial

The Art of Peripheral Regional Anesthesia

In the last six years (from 2000 to September 2005), our journal has published 26 articles on peripheral blocks (Table I). Among them, only six have included the improvement of postoperative analgesia as primary outcome (Table II).

Table I - Articles on Peripheral Blocks Published by the Brazilian Journal of Anesthesiology from 2000 to 2005 (Edition 5)

Techniques	n	%
Brachial plexus block	7	26.92
Peribulbar block	5	19.23
3 x 1 block (perivascular inguinal)	4	15.38
Pleural block	3	11.54
Lumbar plexus block	2	7.69
Popliteal nerve block	1	3.85
Maxillary nerve block	1	3.85
Sciatic nerve block	1	3.85
Intra-articular Infiltration	1	3.85
Peripheral Nerve Catheter	1	3.85
Total	26	100.00

Table II - Techniques in which the Primary Outcome has Included Postoperative Analgesia

Techniques	n	% #
3 x 1 block (perivascular inguinal)	1	3.85
Pleural block	3	11.54
Peripheral nerve catheter	1	3.85
Intra-articular Infiltration	1	3.85
Total	6	23.08

- calculated on the total of surveyed articles (26)

The absolute majority of these studies on peripheral blocks have compared techniques, evaluated the performance of new local anesthetic agents and shown regional anesthetic alternatives for specific procedures.

Only six (23.08%) publications have included postoperative analgesia and patients wellbeing as primary outcome. Although we dedicate a lot to regional anesthesia for peripheral surgeries (perineal or limb procedures) we indicate plexus or central blocks, and postoperative analgesia restricted to continuous and central techniques. Yes, such alternatives assure long-lasting analgesia, but are still questioned in terms of patients wellbeing: pruritus, increased nausea and vomiting and unpleasant prolongation of extensive paresis/paresthesia are disadvantages impairing total satisfaction of patients.

In this edition of the Brazilian Journal of Anesthesiology, Imbelloni et al. have presented their experience with postoperative analgesia after orificial surgery in outpatient regimen, performed with short-lasting spinal anesthesia (2% lidocaine - 50 mg), complemented with bilateral pudendum nerve block with 0.25% R-25-S75 bupivacaine. Pudendum nerves block was oriented with neurostimulator. The method allowed for early

ambulation and hospital discharge 6 hours after surgery with distant follow-up by telephone calls. Postoperative analgesia lasted 23.77 ± 4.49 h with high level of patients' satisfaction¹.

Recently, we have followed in international publications and scientific meetings, an increase in the indication of peripheral regional techniques, simple or continuous²⁻⁶, with the primary goal to prolong residual anesthesia in the immediate postoperative period, improving patients' wellbeing and recovery⁷. Peripheral blocks, even mere infiltrations, have been included in multimodal planning of postoperative analgesia for outpatient procedures⁶. Undoubtedly, such objectives are reached with: neurostimulator for technical enhancement; mastering of different alternative for peripheral conduction blocks; and the intention to promote postoperative wellbeing and total and prolonged analgesia. All of these were achieved by this proposal of Imbelloni et al.

The trend toward total General Anesthesia (GA) automation is confirmed by programmable equipment which, soon, may become self-programmable as from the feedback of analgesia/anesthesia depth monitors (BIS) and neuromuscular conduction. The possibility of further GA automation tends to minimize the requirement of specific skills, and to transform, in a near future, what was challenge and art into routine programming of equipment.

Certainly, art, skills, anatomy understanding and, especially quality of attention to patients, will continue to distinguish us professionally. The mastering of Anesthesia and Analgesia Peripheral Regional Techniques to promote a painless postoperative period, limiting anesthetized area to what is needed, will help to make the difference!

Antonio Leite Oliva Filho, TSA, M.D.
Member of the Editorial Board

REFERÊNCIAS - REFERENCES

- 01 - Imbelloni LE, Beato L, Beato C et al - Analgesia pós-operatória com bloqueio bilateral do nervo pudendo com bupivacaina S75:R25 a 0,25%. Estudo piloto em hemorroidectomia sob regime ambulatorial. Rev Bras Anesthesiol, 2005;55:614-621.
02. Liu, SS - Why Should We Use Regional Analgesia for Postoperative Pain Relief? Texts and Abstracts of the 13th World Congress of Anesthesiologists. Paris. 2004: L06.
03. Steele, SM - Peripheral nerve blocks for ambulatory surgery. Texts and Abstracts of the 13th World Congress of Anesthesiologists. Paris. 2004: CO3a.
04. Borgeat A - Advantages of continuous perineural catheter. Actas del 34^o Congreso Argentino de Anestesiología. Buenos Aires, 2005:30-1.
05. Borgeat A - Peripheral nerve blocks for the lower extremity. Actas del 34^o Congreso Argentino de Anestesiología. Buenos Aires, 2005;340-342.
06. White PF - Role of Non-Opioid Analgesics in the management of acute perioperative pain. Actas del 34^o Congreso Argentino de Anestesiología. Buenos Aires, 2005;375-385.
07. Capdevila X, Barthelet Y, Biboulet P et al - Effects of perioperative analgesic technique on the surgical outcome and duration of rehabilitation after major knee surgery. Anesthesiology 1999;91: 8-15.

Revista Brasileira de Anestesiologia
Vol. 55, Nº 6, Novembro - Dezembro, 2005