



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

Estudo randômico controlado que compara os efeitos da anestesia com propofol, isoflurano, desflurano e sevoflurano sobre a dor pós-colecistectomia videolaparoscópica

Jaime Ortiz^{a,*}, Lee C. Chang^a, Daniel A. Tolpin^a, Charles G. Minard^b, Bradford G. Scott^c e Jose M. Rivers^a

^a Departamento de Anestesiologia, Baylor College of Medicine, Houston, TX, Estados Unidos

^b Dan L. Duncan Institute for Clinical and Translational Research, Baylor College of Medicine, Houston, TX, Estados Unidos

^c Michael E. DeBakey Department of Surgery, Baylor College of Medicine, Houston, TX, Estados Unidos

Recebido em 11 de dezembro de 2012; aceito em 20 de março de 2013

Disponível na Internet em 8 de fevereiro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Colecistectomia
laparoscópica;
Dor;
Propofol;
Anestésicos
inalatórios

Resumo

Justificativa e objetivo: a dor é a principal queixa e também o motivo principal de recuperação prolongada pós-colecistectomia laparoscópica. A nossa hipótese foi que os pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica apresentariam menos dor quatro horas após a cirurgia se recebessem manutenção anestésica com propofol em comparação com isoflurano, desflurano ou sevoflurano.

Métodos: neste estudo prospectivo e randômico, 80 pacientes agendados para colecistectomia laparoscópica foram designados para receber propofol, isoflurano, desflurano ou sevoflurano para manutenção da anestesia. Nosso desfecho primário foi dor mensurada em escala analógica numérica quatro horas após a cirurgia. Também registramos o uso intraoperatório de opiáceos, bem como o consumo de analgésicos durante as primeiras 24 horas pós-cirúrgicas.

Resultados: não houve diferença estatisticamente significativa nos escores de dor quatro horas após a cirurgia ($p=0,72$). Também não houve diferença estatisticamente significativa nos escores de dor entre os grupos de tratamento durante as 24 horas pós-cirúrgicas ($p=0,45$). O uso intraoperatório de fentanil e morfina não variou significativamente entre os grupos ($p=0,21$ e $0,24$, respectivamente). Não houve diferença no consumo total de morfina e hidrocodona/APAP durante as primeiras 24 horas ($p=0,61$ e $0,53$, respectivamente).

Conclusão: os pacientes que receberam propofol para manutenção da anestesia geral não apresentaram menos dor pós-colecistectomia videolaparoscópica em comparação com os que receberam isoflurano, desflurano ou sevoflurano.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

* Autor para correspondência.

E-mail: jaimeo@bcm.edu (J. Ortiz).

Introdução

A dor é a principal queixa e o principal motivo para a recuperação prolongada pós-colecistectomia laparoscópica.¹ Estudos prévios que investigaram a dor pós-colecistectomia laparoscópica relataram uma grande variação entre os indivíduos.² A dor pós-colecistectomia videolaparoscópica tem três componentes: dor incisional, dor visceral e dor referida no ombro.² Nos últimos 20 anos, vários estudos examinaram essa questão com o uso de uma abordagem multimodal para o manejo da dor pós-operatória após colecistectomia laparoscópica.³⁻⁸

Os anestésicos inalatórios (isoflurano, desflurano e sevoflurano) são comumente usados para garantir a manutenção da anestesia geral durante a cirurgia. Há relato de que certos agentes inalatórios aumentam a sensibilidade à dor em concentrações mais baixas como as presentes durante emergências, mas aliviam a dor em concentrações mais elevadas.⁹ Os efeitos diferenciais dos agentes inalatórios em vias nociceptivas podem influenciar o desenvolvimento da dor pós-operatória. Investigadores demonstraram, especificamente, que a hiperalgesia associada ao isoflurano pode ser modulada pelo receptor nicotínico.¹⁰

Estudos clínicos que avaliaram o propofol *versus* agentes inalatórios para manutenção da anestesia geral revelaram os potenciais benefícios da administração de propofol, dentre os quais: melhoria do bem-estar, diminuição do escore de dor no pós-operatório e da incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO).¹¹⁻¹⁴ Porém, nem todos esses estudos foram desenhados ou imponderados para avaliar especificamente a dor pós-operatória. Um estudo conduzido por Fassoulaki¹⁵ não mostrou qualquer diferença nos escores de dor pós-operatória após histerectomia abdominal ou miomectomia, quando propofol, desflurano e sevoflurano foram comparados para manutenção da anestesia. As conclusões divergentes no que diz respeito ao potencial benefício analgésico do uso de propofol para manutenção da anestesia resultaram em opiniões variadas na literatura.¹⁶⁻¹⁸

Pelo que sabemos, não há estudo que investigue as diferenças em dor pós-operatória após colecistectomia laparoscópica na literatura e que tenha comparado a manutenção da anestesia com propofol, isoflurano, desflurano ou sevoflurano. Consideramos que seria importante neste estudo comparar propofol com os três agentes inalatórios comumente usados, pois resultados diferentes foram encontrados quando propofol foi comparado com cada um desses agentes isoladamente.¹¹⁻¹⁵ A nossa hipótese é que a manutenção da anestesia com propofol resultará em menos dor quatro horas após a colecistectomia laparoscópica em comparação com isoflurano, desflurano ou sevoflurano.

Pacientes, materiais e métodos

Recrutamento de pacientes

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Baylor College of Medicine IRB em agosto de 2009 e registrado no ClinicalTrials.gov (NCT00983918, setembro de 2009). Consentimento informado assinado foi obtido de 80 pacientes com idades entre 18 e 64 anos, classificados como ASA I, II ou III, de acordo com a classificação da Sociedade Americana

de Anestesiologistas, programados para serem submetidos à colecistectomia laparoscópica no Ben Taub General Hospital, em Houston, Texas. Os critérios de exclusão foram os seguintes: pacientes agendados para cirurgia ambulatorial, colecistectomia a céu aberto, disfunção renal ($Cr > 1,2$), alergia a qualquer um dos medicamentos do estudo, uso crônico de opiáceos em casa e incapacidade de descrever corretamente a dor no pós-operatório para os pesquisadores (por exemplo, barreira linguística, transtorno neuropsiquiátrico). Os pacientes foram inscritos de 23 de setembro de 2009 a 10 junho de 2010 por pesquisadores do estudo. O recrutamento do estudo foi provisoriamente interrompido de 23 de dezembro de 2009 a 9 de março de 2010 por causa de uma escassez local de propofol.

Randomização

Os pacientes foram divididos em quatro grupos de estudo por um administrador do departamento que usou um esquema de randomização gerado por computador por meio do site Randomization.com (<http://www.randomization.com>). Os pacientes tinham a mesma probabilidade de 25% de serem designados para qualquer um dos grupos. As designações dos grupos foram colocadas dentro de envelopes pardos numerados, como a seguir: Grupo P, manutenção da anestesia com perfusão de propofol; Grupo I, manutenção da anestesia com isoflurano; Grupo D, manutenção da anestesia com desflurano; Grupo S, manutenção da anestesia com sevoflurano. Após a inscrição, todos os indivíduos foram instruídos sobre o uso da escala analógica numérica (EAN) e sobre a rotina de dor pós-operatória. Explicou-se aos pacientes que um escore "0" representava nenhuma dor e um escore "10" representava a pior dor imaginável. Os pacientes, cirurgiões e enfermeiros que avaliaram os escores de dor desconheciam a designação do grupo e o agente anestésico. Os membros da equipe que aplicaram a anestesia geral tinham conhecimento das designações dos grupos.

Técnica anestésica

Após a instalação de cateter venoso periférico, a infusão de Ringer lactato foi iniciada. Um escore pré-operatório de dor em repouso foi registrado nesse momento. Monitoramento padrão e por meio do índice bispectral (BIS) (Aspect Medical Systems, Norwood, MA) foi feito em todos os grupos. Midazolam (1-2 mg IV) foi administrado para ansiólise, quando necessário. Após a pré-oxigenação com oxigênio a 100%, a anestesia foi induzida com fentanil (2 mcg/kg), lidocaína (1 mg/kg) e propofol (2,5 mg/kg). A intubação orotraqueal foi facilitada com succinilcolina (1-2 mg/kg) ou rocurônio (0,6 mg/kg).

A manutenção da anestesia foi providenciada da seguinte forma: Grupo P, infusão de propofol; Grupo I, isoflurano; Grupo D, desflurano e Grupo S, sevoflurano. A quantidade de anestésico para todos os grupos foi titulada para manter o valor do BIS entre 30 e 50 durante o procedimento. O relaxamento muscular foi mantido com rocurônio. Administração adicional de fentanil 50-100 mcg foi prescrita de acordo com os critérios da equipe de anestesia durante o procedimento. Todos os pacientes receberam ondansetron (4 mg IV) e cetorolac (30 mg IV) após a remoção da vesícula biliar. O bloqueio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749150>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749150>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)