

Avaliação da dor pós-operatória e alta hospitalar com bloqueio dos nervos ilioinguinal e ílio-hipogástrico durante herniorrafia inguinal realizada com raquianestesia: estudo prospectivo

GUILHERME DE CASTRO SANTOS¹, GISELA MAGALHÃES BRAGA², FÁBIO LOPES QUEIROZ³, TÚLIO PINHO NAVARRO⁴, RENATO SANTIAGO GOMEZ⁵

¹ Cirurgião Geral; Mestrando do Curso de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Cirurgia e Oftalmologia, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG

² Anestesiologista do Hospital Israel Pinheiro, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG

³ Cirurgião Geral do Hospital Israel Pinheiro, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG

⁴ Cirurgião Geral e Cardiovascular; Doutor em Cirurgia e Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG

⁵ Pós-doutorado em Anestesiologia, Professor Associado do Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG

RESUMO

Objetivo: Comparar a qualidade da analgesia (intensidade da dor e consumo de analgésicos) e o tempo de alta hospitalar dos pacientes que receberam ou não bloqueio ilioinguinal (II) e ílio-hipogástrico (IH) pós-incisão associado à infiltração da ferida operatória com ropivacaína 0,75% em cirurgia de herniorrafia inguinal, sob raquianestesia. **Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo, aleatório, duplo-cego com 34 pacientes submetidos à herniorrafia inguinal. Eles foram divididos em dois grupos: controle (C) e bloqueio II e IH (B). O grupo C (n = 17) recebeu raquianestesia com 15 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica e o grupo B (n = 17) recebeu raquianestesia com 15 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica em associação com bloqueio II e IH (10 mL de ropivacaína 0,75%) e infiltração da ferida cirúrgica (10 mL de ropivacaína 0,75%). Foram registrados os dados antropométricos, intensidade da dor pela escala analógica visual (EAV) e número de doses de analgésicos (dipirona, cetorolaco e nalbufina) no pós-operatório imediato, assim como o tempo de alta hospitalar. **Resultados:** A EAV em repouso três horas após o término do procedimento e o tempo de hospitalização foram significativamente menores no grupo B em comparação com o grupo C (p < 0,05). A EAV durante a movimentação foi semelhante entre os grupos em todos os períodos do pós-operatório. O número de doses de analgésicos no pós-operatório foi semelhante entre os grupos. **Conclusão:** O bloqueio II e IH associado à infiltração da ferida cirúrgica com ropivacaína 0,75% propiciou melhor analgesia pós-operatória e alta mais precoce em pacientes submetidos à herniorrafia inguinal sob raquianestesia.

Unitermos: Anestesia local; nervos periféricos; hérnia inguinal; raquianestesia; analgesia.

SUMMARY

Assessment of postoperative pain and hospital discharge after inguinal and iliohypogastric nerve block for inguinal hernia repair under spinal anesthesia: a prospective study

Objective: This study was designed to evaluate analgesia (pain intensity and analgesic consumption) and the time of discharge of patients who underwent ilioinguinal (II) and iliohypogastric (IH) nerve block associated with wound infiltration with 0.75% ropivacaine, or not, after inguinal hernia repair surgery under spinal anesthesia. **Methods:** This was a prospective, randomized, double-blind study with 34 patients undergoing inguinal hernia repair. Patients were divided into two groups: control (C) and II and IH nerve block (B). Group C (n = 17) received spinal anesthesia with 15 mg hyperbaric 0.5% bupivacaine and Group B (n = 17) received spinal anesthesia with 15 mg hyperbaric 0.5% bupivacaine associated with II and IH nerve block (10 mL of 0.75% ropivacaine) and surgical wound infiltration (10 mL of 0.75% ropivacaine). The following data were analyzed: demographic data, pain intensity according to the visual analog scale (VAS), and number of doses of analgesics (dipyrone, ketorolac and nalbuphine) in the immediate postoperative period, as well as at the time of hospital discharge. **Results:** The VAS at rest was significantly lower in Group B compared with Group C (p < 0.05), three hours after the procedure, with no differences on VAS during movement in all postoperative periods. The number of doses of analgesics during the postoperative period was similar in both groups, but patients in Group B were discharged earlier than in Group C. **Conclusion:** II and IH nerve block associated with surgical wound infiltration with 0.75% ropivacaine provides better postoperative analgesia and early hospital discharge in patients undergoing inguinal hernia repair under spinal anesthesia.

Keywords: Local anesthesia; peripheral nerves; inguinal hernia; anesthesia, spinal; analgesia.

Trabalho realizado
no Hospital Israel Pinheiro,
Belo Horizonte, MG

Artigo recebido: 18/03/2011
Aceito para publicação: 15/06/2011

Correspondência para:
Renato Santiago Gomez
Av. Alfredo Balena, 190 sl. 203
Santa Efigênia
Belo Horizonte – MG
CEP: 30130-100
Tel: (31) 3409-9760
renatogomez2000@yahoo.com.br

Conflito de interesse: Não há.

©2011 Elsevier Editora Ltda.
Este é um artigo Open Access sob a
licença de CC BY-NC-ND

INTRODUÇÃO

A herniorrafia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados¹⁻³. A dor no pós-operatório imediato é uma questão importante que pode retardar a deambulação e atrasar o retorno da motilidade gastrointestinal, limitando, assim, a alta hospitalar mais precoce dos pacientes⁴. Além disso, grande preocupação tem surgido em relação à presença de dor crônica após herniorrafia, o que pode ocorrer em até 50% dos pacientes^{5,6}. Este quadro parece estar relacionado ao tratamento inadequado da dor no pós-operatório imediato, tornando-se fundamental o seu controle.

Apesar da disponibilidade de várias opções analgésicas, o tratamento da dor pós-operatória é frequentemente insatisfatório. O uso de opioides, anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos ocorre frequentemente no tratamento da dor pós-operatória, mas está associado a vários efeitos indesejáveis e parece não ser totalmente eficaz na prevenção e no tratamento da mesma⁷. O bloqueio dos nervos ilioinguinal (II) e ílio-hipogástrico (IH) é uma técnica regional anestésica popular para procedimentos cirúrgicos na área sensitiva desses nervos⁸. De fato, para cirurgia inguinal (hérnia inguinal, por exemplo), o bloqueio dos nervos II e IH é tão efetivo quanto o bloqueio caudal⁹. O bloqueio dos nervos II e IH pré-incisão é recomendado para diminuir o uso de opioides no intraoperatório, mas a analgesia preemptiva com anestésico local não parece ser mais efetiva em prevenir a dor pós-operatória do que a administração pós-incisão¹⁰.

O objetivo deste estudo foi comparar a qualidade da analgesia (intensidade da dor e consumo de analgésicos) e o tempo de alta hospitalar dos pacientes que receberam ou não bloqueio II e IH pós-incisão associado a infiltração da ferida operatória com ropivacaína 0,75% em cirurgia de herniorrafia inguinal, sob raquianestesia.

MÉTODOS

Após aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido formal, participaram do estudo, no período de janeiro de 2008 a outubro de 2009, 34 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 80 anos, estado físico ASA I e II, submetidos à correção de hérnia inguinal unilateral não recidivada pela técnica de Lichtenstein. Foram excluídos do estudo pacientes com dor crônica, uso diário de medicações do sistema nervoso central, índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 kg/m² e pacientes com contraindicações à técnica anestésica proposta.

A monitoração foi feita com eletrocardiografia, estoscópio precordial, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Todos os pacientes receberam raquianestesia com agulha 27G Quincke (15 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica) em posição sentada e punção no

interespaço L2-L3 ou L3-L4. Eventual hipotensão foi corrigida com infusão inicial de cristaloides e, quando necessário, doses fracionadas de 5 mg de efedrina endovenosa, até correção da hipotensão. Todos os pacientes receberam sedação intravenosa com midazolam em doses crescentes, para se obter sedação satisfatória.

Antes do fechamento da ferida cirúrgica, os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: o grupo B (bloqueio II e IH; n = 17) recebeu bloqueio dos nervos II e IH e infiltração da ferida cirúrgica; e o grupo C (controle; n = 17) não recebeu o bloqueio dos nervos II e IH e infiltração da ferida cirúrgica. O bloqueio dos nervos II e IH foi realizado administrando-se 10 mL de ropivacaína 0,75%, 2 cm superior e 2 cm medial à espinha ilíaca anterossuperior, de acordo com Hadzig¹¹. A infiltração da ferida cirúrgica foi feita com 10 mL de ropivacaína 0,75% na camada superficial e profunda da incisão cirúrgica.

Após o término da cirurgia, os pacientes foram encaminhados à unidade de recuperação pós-anestésica. A intensidade da dor em repouso e em movimento (paciente colocado sentado com as pernas pendentes) foi avaliada segundo a escala analógica visual (EAV: 0 – sem dor; 10 – máximo de dor) 3, 6 e 12 horas do pós-operatório e no momento da alta hospitalar. Os pesquisadores que avaliaram o pós-operatório desconheciam o grupo de estudo ao qual o paciente pertencia.

EAV > 4 em repouso foi considerado para o resgate analgésico, iniciando-se com dipirona intravenosa (2,0 g). Caso ineficaz, adicionou-se cetorolaco intravenoso (30 mg) e, quando necessário, nalbufina intravenosa (3 mg). O número de doses dos analgésicos, o intervalo de tempo da primeira dose do analgésico utilizado e o tempo de hospitalização foram anotados. Os critérios de alta incluíram recuperação motora completa, capacidade de micção, ausência de náuseas e vômitos, sangramento e dor excessiva.

O cálculo da amostra foi baseado no estudo de Toivonen *et al.*¹², que detectaram uma diferença de 0,9 na EAV com um desvio-padrão de 1,5 entre os pacientes que receberam bloqueio II e IH e os que receberam solução salina (grupo-controle). Considerando esses dados, 15 pacientes eram necessários com um poder de 80% e um erro tipo I de 0,05. Em decorrência da possibilidade de perda de pacientes durante o estudo, foram selecionados 17 pacientes em cada grupo.

Os dados foram apresentados como média (mín - máx), mediana (mín - máx) e números. O teste *t* de Student foi usado para comparar a idade, duração de cirurgia e IMC. O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar a EAV, tempo para primeira dose de analgésico, uso de medicação analgésica e tempo de hospitalização. O teste exato de Fisher foi utilizado para avaliar a ASA. Um valor de *p* < 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3828461>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3828461>

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