

ANESTESIA GERAL E ANALGESIA EM CIRURGIA OCULAR

PROF. CLÓVIS PAIVA *

Sempre nos par
rurgião ocular deveria caber — pelo menos em determinadas intervenções cirúrgicas — tão somente, a preocupação com a técnica operatória. Ao anesthesiologista estaria reservada a importante tarefa de oferecer ao cirurgião as condições ideais de anestesia e de acinesia necessária ao ato cirúrgico.

Não somos contra a anestesia local na operação da catarata, por exemplo. Acharmos, mesmo, que ela continuará a ter o seu lugar e a prestar a sua inestimável colaboração na cirurgia oftalmológica. Entretanto, achamos, também, que, na época atual, face aos grandes progressos da anesthesiologia, não podemos nem devemos continuar divorciados deste importante auxiliar do cirurgião.

O avanço extraordinário da neuro-cirurgia e da cirurgia cardiovascular, por exemplo, deve-se, em grande parte, às conquistas no campo da anesthesiologia. Nós oculistas temos de tomar conhecimento e de usufruir, no mesmo passo, das suas reais vantagens.

Nada há mais «stressante» e desagradável, para o cirurgião, do que operar um doente agitado e emocionalmente perturbado, o que ocorre frequentemente quando usamos a anestesia local.

Vai longe o tempo em que o doente operado sob anestesia geral deixava a sala de operações altamente intoxicado e a agitação psico-motora e os vômitos eram quase a regra geral no pós-operatório, imediato.

A lembrança de tais episódios certamente, ainda hoje, mantém no espírito de muitos oculistas o conceito de que existe uma incompatibilidade formal entre a anestesia geral e a operação da catarata. Entretanto, muita coisa mudou, para melhor, nesse setor. A anesthesiologia ganhou fóros de especialidade bem individualizada. Os agentes anestésicos perderam a sua elevada toxicidade; são prontamente metabolizados e eliminados do organismo. Muitos deles são **antieméticos e baixam a pressão intraocular**. A margem de segurança foi ampliada tornando-os não inflamáveis e não explosivos.

Bem sabemos que bom número de oculistas continua e continuará fiel ao emprego da anestesia loco-regional na facectomia, respaldado no conceito de que a anestesia geral representa um risco desnecessário imposto ao doente cujas condições físicas, pela idade avançada de muitos deles, geralmente são precárias.

* Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

A propósito vale transcrever as palavras de Joaquim Barraquer, detentor de uma larga experiência no campo da anestesia geral em oftalmologia: «Apesar de comumente se acreditar que, em cirurgia ocular, com a anestesia geral se submete o doente a um risco desproporcionado, a realidade é que se o paciente foi estudado e tratado previamente, as complicações da anestesia geral não devem ser, hoje em dia, nem maiores nem mais frequentes do que as da anestesia local».

Queremos deixar claro, entretanto, que se não dispuzermos de um anesthesiologista experiente e familiarizado com as peculiaridades da cirurgia oftalmológica, melhor será não utilizá-la.

Entre os modernos anestésicos inalatórios com que conta, hoje, a medicina temos usado, com mais frequência, o Flutane que se enquadra satisfatoriamente nos requisitos exigidos pela cirurgia oftálmica.

Estamos experimentando, de uns tempos para cá, uma outra alternativa no campo da anestesia ocular. É a anestesia convencional (instilação e infiltração) associada à analgesia geral administrada pelo anesthesiologista. É mais simples do que a anestesia geral e, praticamente, sem contra-indicações. O seu único senão, ao nosso ver, consiste no fato de necessitar da anestesia de Van Lint ou O'Brien e da retro-bulbar. Sempre achamos imprudente aumentar, numa operação de catarata, o conteúdo orbitário com a substância anestésica, principalmente quando tal aumento é acrescido pelo eventual e discreto sangramento vascular provocado pela agulha da injeção. Esses hematomas sub-clínicos são, no nosso entender, os mais perigosos porque não alertam o cirurgião para os riscos potenciais decorrentes de um aumento circunstancial da pressão intraocular, pois os grandes hematomas, facilmente detectáveis, apresentam, apenas, um problema, o diferimento da operação, sem maiores consequências para a integridade do olho.

A analgesia é conseguida pela associação de um analgésico (Fentanil) e de um neuraléptico (Droperidol) em partes iguais. Tem o nome comercial de Inoval. O seu antídoto é o Cloridrato de Nalorfina que antagoniza os efeitos depressores respiratórios causados pelas drogas morfomiméticas.

O esquema da analgesia é o seguinte:

45 minutos antes da operação: Inoval 1 ml. associado a 1/2 mg. de Atropina i.m.

Na sala de cirurgia: Soro glicosado ou fisiológico instalado na veia. Através do tubo do soro injetam-se 5 mg. de Dienpax e 1 ml. de Inoval diluídos em 10 ml. de água destilada. Com este tipo de analgesia é possível colocar uma cânula faringéa conectada a uma sonda através da qual o paciente recebe oxigênio durante todo o ato operatório. Finda a cirurgia injeta-se através do tubo do soro uma ampola de Plasil como precaução contra possíveis vômitos. O paciente deixa a sala de cirurgia desperto e consciente.

Temos usado a analgesia na cirurgia da catarata, do descolamento da retina, do glaucoma, em enucleação do globo ocular, etc., sempre com excelentes