

Mario Geller¹, Luiz Fernando Saubermann², Helio Wolff³

1 - Presidente do Capítulo Brasileiro do American College of Allergy, Asthma and Immunology PR-Network; 2 - Co-Respon-sável pelo CET-HospitalGeral de Ipanema, Rio de Janeiro; 3 - ME-1 do CET-Hospital Geral de Ipanema, Rio de Janeiro.

Não há ainda consenso internacional ou nacional quanto à conduta anestésica em pacientes asmáticos. O levantamento bibliográfico da Medline nos encorajou a fazer uma análise crítica e objetiva da literatura existente^{1,2}. Por estarem associados ao broncoespasmo não devem ser utilizados os beta-bloqueadores, a prostaglandina F-2-alfa, a metilergonovina e a ergovina. Os inibidores da ciclo-oxigenase (aspirina e antiinflamatórios não-esteroidais) devem ser evitados, uma vez que podem estar associados a manifestações alérgicas e idiossincrásicas. Os opiáceos e os relaxantes musculares (curares) devem ser empregados com muita cautela, pois podem induzir a imprevisível liberação histamínica basofílica e mastocitária. O fentanil e os seus derivados são considerados os opiáceos mais seguros no paciente asmático³.

As anestésias regionais (peridural e raquianestesia), são as preferidas por sua segurança na asma.

O sulfato de magnésio, os inibidores de cálcio e a ocitocina podem ser utilizados. Os agentes beta-2-agonistas, geralmente administrados por via inalatória, são broncodilatadores e podem prevenir o broncoespasmo induzido pela intubação traqueal. A atropina e o glicopirrolato, utilizados como pré-anestésicos, são também broncodilatadores. A cetamina é o indutor anestésico de eleição nos asmáticos e junto com o propofol são broncodilatadores, diminuindo a resistência das vias aéreas ao relaxar a musculatura lisa brônquica. Os anestésicos voláteis halogenados (desflurano, iso-flurano, enflurano e sevoflurano) também são broncodilatadores e podem ser usados em baixas concentrações, para não aumentar a hiperreatividade brônquica⁴.

O controle antiinflamatório do paciente asmático antes da cirurgia está associado à normalização das provas funcionais respiratórias e à diminuição da morbiletalidade peri e pós-anestésica. Nos casos em que foi empregada a corticoterapia prolongada, sistêmica ou inalatória, torna-se necessário prevenir a insuficiência supra-renal aguda, mediante a administração parenteral pré, peri e pós cirúrgica da hidrocortisona ou similar.

Com uma boa oxigenação, níveis anestésicos adequados, broncodilatadores e corticóides, previne-se o broncoespasmo perioperatório associado à hiperreatividade brônquica, estimado entre 0,17 e 4,2%⁵. Obtém-se, assim, uma anestesia segura e eficaz no paciente asmático.

Referências bibliográficas

1. Geller M, Coslovsky S. Asma pré-menstrual e na gravidez. GO Atual. 2000;3:29-34.
2. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Rev. bras. alerg. imunopatol. 1998;21(S1).
3. Gal TJ. Bronchial hiperresponsiveness and anesthesia: physiologic and therapeutic perspectives. Anesth Analg. 1994;78:559-573.
4. Pizov R, Brown RH, Weiss YS. Wheezing during induction of general anesthesia in patients with and without asthma. Anesthesiology. 1995; 82:1111-1116.
5. Bremerich DH. Anesthesia in bronchial asthma. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2000;35:545-558.

Endereço para correspondência

Dr. Mario Geller
Rua Visconde de Pirajá, 303 Gr. 603 - Ipanema
22410-001 - Rio de Janeiro - RJ
Fax: 0XX-21-2287.4360
E-mail: gellerm@attglobal.net



[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.

Copyright 2001- SBAI - Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000