

CARTA AO EDITOR

GAWA em plena pandemia de COVID-19: um retrocesso?

O presente ano ficará marcado, indubitavelmente, pelo aparecimento da pandemia de SARS-CoV-2 que, pelo risco de contágio por meio de aerossóis e gotículas, exigiu adaptações excepcionais por parte de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, particularmente a Anestesiologia, tão presente na intitulada *linha da frente* do combate.

Em Portugal, grande parte dos doentes cirúrgicos realizam o teste de pesquisa de SARS-CoV-2 (*Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction SARS-CoV-2*). No entanto, atendendo a que o teste não é precedido de isolamento e à sua sensibilidade próxima de 70%, as precauções para minimizar o contágio são mantidas independente de um resultado negativo.

Deste modo, é dada preferência à anestesia regional - quer do neuroeixo, quer periférica - em detrimento da anestesia geral e consequente abordagem da via aérea. Esta traduz-se em um dos momentos de maior risco de contágio viral através da aerosolização, exigindo o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por parte de todos os elementos envolvidos, bem como o cumprimento do tempo de renovação do ar da sala operatória e posterior limpeza. Tanto a otimização do tempo de sala operatória como o uso racional de EPIs são fatores importantes a ter em conta na tão desejada retoma da atividade cirúrgica.

Contudo, existem situações nas quais a anestesia geral não pode ser evitada. A definição de anestesia geral, segundo a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*¹, revista em 2019, integra como condição obrigatória a perda de consciência sem resposta a estímulos dolorosos e pode estar associada a: intervenção frequente na via aérea, de forma a manter a sua patência; possibilidade de uma ventilação espontânea inadequada ou de uma depressão da fração neuromuscular, com necessidade de ventilação com pressão positiva; e eventual prejuízo da função cardiovascular.

Em seguida, apresentam-se dois casos clínicos ocorridos durante a pandemia nos quais foi realizada uma anestesia geral sem abordagem da via aérea, denominada, por alguns autores, *General Anesthesia Without Airway (GAWA)*². Uma vez que não se trata de um estudo, não foi necessária a aprovação por parte da Comissão de Ética da instituição. Os doentes não foram selecionados, mas produto das circunstâncias.

O primeiro caso retrata uma doente do sexo feminino, 45 anos, IMC 32 kg/m², ASA II, com teste RT-PCR SARS-CoV-2 não detectável, diagnóstico de fratura bimaléolar unilateral e proposta para artroscopia do tornozelo e osteossíntese com necessidade de garrote pneumático na coxa. Realizou-se um bloqueio subaracnoideo com levobupivacaína 10 mg e sufentanil 2,5 mcg, após o qual a doente foi posicionada em decúbito ventral. Ao fim de 10 minutos, não se constatou qualquer bloqueio sensitivo, motor ou simpático. Face ao insucesso da técnica e ao posicionamento da doente no momento da avaliação da sua eficácia, procedeu-se à conversão para anestesia geral após a colocação de cânula nasal com análise de gases expirados (*Sentri™ ETCO2*

nasal cannulae) e oxigênio a 3L/min, mantendo-se a máscara cirúrgica da doente. Administraram-se por via endovenosa cetamina 20 mg, fentanil 100 mcg e propofol em perfusão, modo *Target Controlled Infusion (TCI)*, modelo Marsh e alvo 3-4 mcg/mL. A cirurgia durou 2,5 horas com tempo de garrote de 108 minutos. A respiração manteve-se regular - sem taquipneia ou hipopneia - assim como a curva de capnografia, sem tendência crescente da fração expirada de dióxido de carbono (EtCO₂). O tempo até a emergência anestésica não foi superior ao habitualmente verificado com a abordagem da via aérea.

O segundo caso refere-se a uma doente do sexo feminino, 12 anos, IMC 17 kg/m², ASA I, com teste RT-PCR SARS-CoV-2 não detectável, diagnóstico de cisto ganglionar volar do punho e proposta para excisão. Após colocação de cânula nasal com análise de gases expirados (*Sentri™ ETCO2 nasal cannulae*), oxigênio a 2L/min e sem remoção da máscara cirúrgica da doente, administrou-se fentanil 50 mcg e iniciou-se uma perfusão de propofol em TCI, alvo 4-5 mcg/mL. A duração da cirurgia foi de 45 minutos. Não se registrou qualquer comprometimento hemodinâmico ou ventilatório nem atraso no despertar.

Neste contexto, é importante antecipar o cenário em que o doente perde a ventilação espontânea. A utilização de capnografia, constituinte da monitorização padrão da ASA, permite a detecção precoce de bradipneia e apneia e guia a titulação dos agentes anestésicos. A pronta abordagem da via aérea é essencial e pode estar dificultada quando o doente se encontra em decúbito ventral, como apresentado no primeiro caso. A presença de um anestesiologista experiente no manuseio da via aérea em decúbito ventral é crítica, e o acesso imediato a um dispositivo supraglótico é essencial. Em situações extremas, poderá ser necessário interromper o procedimento cirúrgico e reposicionar o doente em decúbito dorsal - motivo pelo qual temos sempre disponível uma segunda maca à porta da sala do bloco operatório.

A seleção dos doentes é fundamental para o sucesso da GAWA. Esta não deve ser utilizada em doentes com risco aumentado para depressão respiratória, especificamente com apneia do sono, obesidade, doença pulmonar e via aérea previsivelmente difícil.³ Tais medidas de segurança são preocupações comuns em ambientes fora do bloco, como nas colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas que, frequentemente, exigem sedações de uma profundidade próxima da anestesia geral e com o doente em decúbito ventral.⁴ Em situações de risco, deve-se dar ênfase a uma comunicação aberta e multidisciplinar desde o início do procedimento que inclua a discussão da escolha da técnica anestésica e preocupações de segurança com a aplicação da *WHO Surgical Safety Checklist*.

Na retomada da atividade cirúrgica ainda em fase de pandemia, perante a impossibilidade de realizar uma técnica de anestesia regional ou face ao seu insucesso, a GAWA apresenta vantagens claras, especialmente em cirurgias de curta duração e nas quais o relaxamento neuromuscular é considerado dispensável. Simultaneamente, e integrada em um plano individualizado, esta modalidade pode constituir tanto a primeira opção como uma técnica de resgate de uma anestesia regional.

Conflito de interesse

Nenhum.

Referências

1. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. 2019 Oct.
2. Napoli V, Napoli E, Parino E. General anesthesia with spontaneous ventilation without intubation for short-stay operations. *Minerva Anesthesiol.* 2002 Sep;68(9):669-80.
3. Hillman D, Platt P, Eastwood P. The upper airway during anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2003;91(1):31-9.
4. Walls J, Weiss M. Safety in Non-Operating Room Anesthesia (NORA). Anesthesia Patient Safety Foundation. 2019 Jun;34(1):3-4.

Sofia Almeida Carvalho^{1*}, Inês Fernandes Ferraz¹, Filipa Pires Duarte², Miguel Ghira².

¹ *Interna de Anestesiologia; Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal*

² *Serviço de Anestesiologia; Hospital Beatriz Ângelo: Avenida Carlos Teixeira 3, 2674-514 Loures, Portugal*

³ *Diretor do Serviço de Anestesiologia; Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal*

**Autor correspondente: Sofia Almeida Carvalho, (sofia6592@hotmail.com).*

0104-0014 / © 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).