

# COMENTÁRIO EDITORIAL

Ana Fonte Boa

Anestesiologia

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho  
anabo75@gmail.com

## Abordagem anestésica minimalista: “Optimizing without compromising”

### *SPCCTV 4DVisions18 – Reflection of change, a glimpse of the future*

Em 2002 na Universidade de Rouen, Alain Cribier realizou o primeiro implante de válvula aórtica percutânea in vivo, num doente de 57 anos considerado inoperável. Este foi um dia marcante para a Cardiologia de Intervenção e revolucionou o tratamento da patologia cardíaca valvular, em especial da estenose aórtica severa. Trata-se de uma doença com elevada prevalência, reflexo das alterações demográficas e envelhecimento da população mundial e estima-se que esteja presente em mais de 25% dos adultos com idade superior a 65 anos.

Esta técnica transcáteter, teoricamente muito atractiva pelo seu aspecto de menor invasibilidade, alargou a possibilidade de tratamento a doentes de elevado risco anestésico/cirúrgico e inclusivamente com contra-indicação para cirurgia. No “*European Heart Survey*” de 2003, 31,8% dos doentes com estenose aórtica não eram operados devido às suas comorbilidades. A taxa de sucesso das TAVI é elevada, com mortalidade aos 30 dias inferior a 5%, mas por não ser desprovida de complicações, só equipas multidisciplinares e altamente diferenciadas deverão estar envolvidas no tratamento destes doentes.

Durante os primeiros anos de experiência, a abordagem anestésica era em tudo semelhante à da cirurgia cardíaca convencional, apesar de muitas vezes estes procedimentos serem realizados fora do bloco operatório e em locais remotos. A curva de aprendizagem das equipas, a rápida evolução tecnológica e o aparecimento de dispositivos de nova geração permitiram a redução marcada das potenciais complicações. Como resultado da simplificação do procedimento, tornou-se mandatária a procura de técnicas anestésicas adaptadas e menos invasivas, com menor interferência na homeostasia e, como tal, facilitadoras de uma recuperação mais precoce de doentes com elevados índices de risco e fragilidade.

As técnicas de sedação e abordagem anestésica “minimalista” têm sido cada vez mais utilizadas, especialmente na abordagem transfemoral convencional e nos

centros de grande volume e elevada experiência. A actual evidência sugere a sua segurança e não inferioridade em termos de *outcome* clínico, com potenciais benefícios também a nível económico. No entanto, esta evidência científica resulta quase exclusivamente de estudos observacionais, retrospectivos e com limitações, sendo a mais notória a ausência de critérios clínicos consensuais e bem definidos para a escolha da técnica anestésica. É imperiosa a realização de estudos bem desenhados, prospectivos e randomizados, que demonstrem o verdadeiro benefício destas técnicas anestésicas minimalistas versus anestesia geral.

O artigo “*Correlação entre decisão anestésica e as características clínicas e resultados em doentes submetidos a TAVI*”<sup>1</sup>, escrito com base num estudo retrospectivo realizado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, vai de encontro aos resultados presentes na literatura em geral. Neste estudo, e apesar da maior parte dos doentes ainda ter sido submetido a anestesia geral, verifica-se a tendência para o aumento do número de procedimentos com sedação e anestesia local, o que sem dúvida reflecte a confiança na técnica e a experiência da equipa.

Nunca será demais realçar que, perante a possibilidade de existência de potenciais complicações e necessidade de conversão para anestesia geral (entre outros motivos), é fundamental a presença “à cabeceira” de anestesiológistas experientes e com conhecimento detalhado da técnica, num ambiente com as condições logísticas apropriadas.

Tal como dizia Benjamin Franklin, *if you fail to prepare you are preparing to fail* e, na minha opinião, perante a ausência de consenso em relação à melhor abordagem anestésica para as TAVI, a discussão e escolha do tipo de anestesia deverá ser individualizada, adaptada à experiência de cada centro, **otimizada** a cada doente, sem nunca **comprometer** a segurança e os *outcomes* clínicos. Deverá por isso ser também um dos pontos de discussão, decisão e planeamento peri-procedimento, nas reuniões multidisciplinares de Heart Team.

REFERÊNCIAS

1. Martins AM, Castro LM, Fragata I. Correlação entre decisão anestésica e as características clínicas e resultados em doentes submetidos a TAVI. Rev Port Cir Cardiotorac Vasc. 2019;26(1): 37-44.