

Mortalidade Associada à Anestesia

O ato anestésico-cirúrgico constitui um risco para todos os indivíduos a ele submetidos, independentemente do seu estado físico. Este risco é proveniente de uma grande variedade de fatores, e não apenas de possíveis erros cometidos pelo anestesiológico. A conexão entre anestesia e cirurgia é tão íntima que 'em muitos casos de morte é praticamente impossível separar o papel desempenhado pela anestesia dos fatores cirúrgicos.

Já em 1979, Keats apontava a tendência de todos os estudos sobre mortalidade anestésica para atribuí-la a erros do anestesiológico e condenava o conceito corrente de que, sem erros, esta mortalidade seria nula¹. Há mecanismos e interações extremamente sutis, pelos quais os anestésicos podem contribuir para a mortalidade, independentemente de erros do anestesiológico. Observações recentes de Caplan e col.², sobre casos de parada cardíaca súbita em pacientes hígidos que receberam raquianestesia, são exemplos disto.

Utting e col.³, num levantamento sobre 348 casos de morte ou lesão cerebral hipóxica associados à anestesia, atribuíram 34,7% deles ao infortúnio e ao risco inerente ao ato cirúrgico (sensibilidade a drogas, doenças coexistentes, hemorragia incontrolável, embolismo, hipertermia maligna); nos restantes 65,3% aparentemente houve erro humano.

Luhn e Mushin⁴, em análise de 365 casos de morte possivelmente ligados à anestesia, ocorridos no Reino Unido, concluíram que apenas 58 (15,9% dos casos) a anestesia foi totalmente responsável. Em 169 (46,3% dos casos) ela teve alguma contribuição, e em 138 (37,8%) dos casos a anestesia não teve nenhuma participação na causa da morte. Entre os eventos através dos quais a anestesia contribui para a mortalidade, primária ou secundariamente, foram incluídos:

1. aspiração de vômito;
2. hipotensão acidental;
3. erros grosseiros no manuseio clínico;

- 3.1. hipoventilação pulmonar;
- 3.2. intubação esofágica;
- 3.3. balanço de fluidos inadequado;
- 3.4. pré-medicação excessiva;
- 3.5. ausência de pré-oxigenação em paciente de risco;

4. Cuidados pós-operatórios deficientes.

Os mesmos autores reissaltam a notável segurança do ato anestésico, baseados nos seguintes números: enquanto um em cada 166 pacientes (0,6%) morre dentro do período de seis dias de uma cirurgia, apenas um em cada 10.000 morre de causa totalmente imputável à anestesia. As causas desta mortalidade não mudaram muito nos últimos trinta anos. Não obstante, permanece o fato de que muitas das mortes totalmente imputáveis à anestesia são provavelmente evitáveis. E é para esta direção que devemos voltar nossa atenção: procurar interromper a cadeia de eventos provocada por um acidente, evitando assim a morte do paciente. Isto pode ser encaminhado através de algumas medidas⁵:

1. aperfeiçoar métodos para a detecção de acidentes (monitores);
2. melhorar a capacidade do anestesiológico, utilizando "simuladores de anestesia" para treinamento e educação continuada;
3. melhorar as condições da recuperação pós-anestésica, com equipamento apropriado a cada tipo de cirurgia;
4. divulgar protocolos que chamem a atenção para a ocorrência e o controle de incidentes que podem contribuir para a mortalidade.

Esta é uma tomada de posição adulta e consciente sobre o problema da mortalidade associada a anestesia. No passado, colegas de profissão, e até de especialidade, procuravam atribuir invariavelmente cada morte ocorrida a um erro cometido pelo anestesiológico. Esta atitude maniqueísta, tão bem denunciada e condenada por Keats, não tem mais lugar na atualidade: os trabalhos acima citados comprovam esta assertiva.

José Roberto Nocite, TSA
Rua Ayrton Roxo, 870
Caixa Postal, 707
14025 – Ribeirão Preto – SP

REFERÊNCIAS

1. Keats A S – What do we know about anesthetic mortality? *Anesthesiology*, 1979; 50:387-392.
2. Caplan R A, Ward R J, Posner K, Cheney F W – Unexpected cardiac arrest during spinal anesthesia: a closed claims analysis of predisposing factors. *Anesthesiology*, 1988; 68: 5-11.
3. Utting J E, Gray T C, Shelley F C – Human misadventure in anesthesia. *Canad Anaesth Soc J*, 1979; 26: 472-478.
4. Lunn J N, Mushin WW - Mortality Associated with Anaesthesia, London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
5. Gaba D M, Maxwell M, De Anda A – Anesthetic mishaps: braking the chain of accidental evolution. *Anesthesiology*, 1987; 66: 670-676