

Complicações em Anestesia

A anestesia, segundo Bruce, é uma doença iatrogênica¹. E como toda doença, pode apresentar complicações, as quais são com frequência dramáticas tendo em vista que a anestesia agride agudamente importantes mecanismos homeostáticos do organismo.

Vai longe o tempo em que se supunha que os anestésicos inalatórios entravam e saíam do organismo pelos pulmões sem sofrer alterações em suas estruturas moleculares. Sabe-se hoje que as moléculas destes anestésicos sofrem biodegradação, originando metabólitos potencialmente tóxicos, capazes de originar complicações graves, em particular renais e hepáticas. Já os anestésicos venosos podem desencadear reações anafiláticas ou anafilactóides, que terminam afetando principalmente as funções hemodinâmica e pulmonar. As complicações observadas com anestésicos locais são quase sempre decorrentes da exacerbação dos efeitos farmacológicos destas drogas sobre o SNC e o sistema cardiovascular, seja por sobredose seja por injeção vascular de dose adequada. A succinilcolina — um agente coadjuvante da anestesia — pode originar complicações de naturezas diversas, entre elas as decorrentes de liberação aguda de potássio das células musculares para a circulação. Manobras integrantes da técnica anestésica visan-

do garantir a perviabilidade das vias aéreas e a ventilação pulmonar normal durante a anestesia, são com certa frequência responsáveis por complicações que podem manifestar-se tanto durante o ato anestésico como no período de recuperação pós-anestésica. O oxigênio, que se utiliza durante a anestesia com a finalidade precípua de prevenir hipoxia, especialmente cerebral e miocárdica, não é de todo inocente, podendo acarretar algumas complicações, felizmente, raras.

Estes são alguns exemplos de complicações que podem advir do manejo — ainda que correto — de drogas e técnicas utilizadas com a mais humana das finalidades, qual seja a de controlar a dor. Eles constituem o tema deste NÚMERO EDUCACIONAL da Revista Brasileira de Anestesiologia.

José Roberto Nocite, TSA-SBA
Caixa Postal 707
14100 - Ribeirão Preto — SP

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Bruce DL. Functional toxicity of anaesthesia. New York. Grune & Stratton, 1980: 1-2.

Resumo de Literatura

RPC: O QUE É NOVO

Atualmente há consenso de que a desfibrilação precoce está associada a sobrevivência, por isso recomenda-se que o pessoal paramédico, os técnicos em emergência tradicionalmente treinados para os primeiros socorros básicos de vida, devam ser preparados para reconhecer fibrilação ventricular e serem capazes de manusear o desfibrilador. No tratamento fora do hospital, três choques elétricos, imediatos e consecutivos devem ser aplicados tão logo o desfibrilador seja disponível. Esta resolução contrasta com a de 1980 que recomendava duas desfibrilações consecutivas.

Nas obstruções de vias aéreas por corpo estranho, somente a manobra de Heinelich foi mantida em adultos. Os golpes entre as espáduas foram abolidos. Estes golpes só se aplicam em lactentes e crianças menores.

O cloreto de cálcio e isoproterenol foram eliminados. O cloreto de cálcio só deve ser empregado nas paradas cardíacas relacionadas a hiperpotassemia, hipocalcemia ou reações tóxicas a bloqueadores de cálcio. A mais significativa alteração diz respeito ao bicarbonato de sódio. Considerou-se a desfibrilação, intubação traqueal, compressões torácicas, epinefrina e antidarrítmicos como prioritários e, só empregar o bicarbonato de sódio após dados laboratoriais de sua absoluta indicação.

A nitroglicerina, verapamil e amrinone são as novas drogas incorporadas.

Quanto às compressões torácicas e ventilação artificial, no paciente intubado, a ventilação deve ter frequência de 12 a 15 incursões por minuto, sem necessidade de sincronismo. No tratamento básico de adultos, para evitar confusões e simplificar o aprendizado, os leigos devem ser ensinados a tratar sozinho e com especial enfoque a manutenção das vias aéreas livres. O reanimador deve fazer duas ventilações, contrastando com as quatro ventilações rápidas, anteriormente recomendadas, portanto, a relação compressão/ventilação passou a 15:2, aumentando-se a frequência de compressões para 80 a 100 por minuto. Quando há dois reanimadores, a relação manteve-se a mesma de 5:1, apenas a frequência de compressões aumentou para 80 a 100 por min, porém deve ser ensinado somente a pessoal médico e paramédico.

No tratamento de crianças, eliminou-se o cálcio e, em recém-nascidos, também a atropina. O bicarbonato é recomendado nas reanimações prolongadas para tratamento de acidose metabólica documentada e não deve ser empregado nas paradas cardíacas breves ou episódios de bradicardia.

Estas alterações foram feitas baseadas nos dados científicos disponíveis, visando aumentar a sobrevivência das vítimas de paradas cardiorrespiratórias.

Rinke CM: CPR 1986: What's New (Editorial) JAMA, 1986; 255: 2291-2991.

COMENTÁRIOS. Trata-se de Editorial contendo um resumo da Conferência Nacional sobre padronização da reanimação cardiorrespiratória e cuidados de emergência cardiológica 1986, realizada em Dallas em julho de 1985. O médico quase sempre está ausente nas situações críticas fora do hospital e, sem dúvida, as recomendações sobre o reconhecimento de fibrilação ventricular e desfibrilação eram exigidas. Da mesma forma, a manutenção das vias aéreas, incluindo a intubação esofágica e traqueal, foram discutidas, devendo-se estender, no futuro, também ao pessoal paramédico. Mesmo dentro do hospital, as paradas cardiorrespiratórias são presenciadas quase sempre pelo pessoal da enfermagem ou atendentes, raramente o médico se encontra presente, exceto nos centros cirúrgicos.

A exclusão do bicarbonato de sódio e atropina em pediatria, parece-nos as mudanças mais radicais e importantes, por já estarem consagradas. Reciclagens devem ser feitas, no sentido de que as novas medidas recomendadas sejam por nós incorporadas, em que pese nosso estado incipiente de aprendizado e treinamento. Em que pese as evidências científicas, estamos muito longe para atender todas as modificações propostas, pois ainda não incorporamos as primeiras recomendações (1980) no tratamento da urgência. Urge que se inicie um programa nacional de padronização, tal qual a existente nos países superindustrializados (Katayama M).