

Possibilidade do Anestesiologista no Diagnóstico e Terapia da Dor†

R. Rizzi¶, M. Morini§ & S. Scanggion§

Rizzi R, Morini M, Scanggion S – The anesthesiologist in pain diagnose and therapy. Rev Bras Anest, 1984; 34: 3: 207 - 211

The authors present their experiences and a new conception about pain management. They presents arguments about the importance of a specialized multidisciplinary center of analgesic therapy. In such a center, physicians, surgeons, neurologists, neurosurgeons, radiotherapists, psucologists, psychiatrics, and naturally, the anesthesiologist, must work in intensive relationship. They call attention about the importance of consider the patient as a total human being, in all aspects, psychological and social.

Key - Words: ANESTHESIOLOGIST; PAIN: diagnose, therapy

A DOR sempre foi um permanente problema para o homem, e continua sendo a fonte de contínuos esforços para combatê-la e aliviá-la. A terapêutica mais comum e que existe há milênios e, que é utilizada ainda hoje pela maioria dos médicos, é a baseada em substâncias que baixam a sensibilidade à dor ou retardam o estímulo, ou então, a administração de medicamentos que atingem o sistema nervoso central.

Estes últimos bloqueiam a dor a nível cortical, envolvendo o subconsciente, a vontade e a capacidade normal do paciente. E isto constitui a desvantagem desta terapia, que além de aniquilar o homem, mesmo que temporariamente, o subtrai do mundo levando-o à depressão psíquica. O doente concentra-se mais na própria dor, criando um círculo vicioso que pode levá-lo à psicopatia ou ao suicídio.

Há muito tempo a Medicina procura um meio de diminuir a intensidade da dor, respeitando a integridade psíquica do paciente. Esta etapa começou com a introdução dos primeiros anestésicos locais, com sua utilização em consultórios para as pequenas cirurgias. Percebeu-se então, que com estas substâncias era possível executar diferentes tipos de bloqueios: loco-regionais, tronculares e espinhais.

Da observação dos resultados obtidos nas cirurgias, surgiu a idéia do emprego desses efeitos com fins analgésicos,

isto é, interromper o estímulo nervoso aferente e aferente por meio de bloqueios da transmissão do nervo tributário da parte do corpo humano sede e/ou partida do estímulo algógeno. Isto tornou-se possível após a descoberta de novos anestésicos locais, com menor toxicidade que a cocaína, e que reduziram notavelmente a mortalidade que se tinha após cirurgias sob anestesia geral com éter, clorofórmio etc, e abriram as portas para novas pesquisas: o bloqueio nervoso periférico com terapia analgésica.

Movidos pela necessidade, os cirurgiões foram os primeiros a aplicar estas técnicas. Porém estas tentativas individuais ainda não entram no quadro da propriedade dita "terapia da dor".

Após a Segunda Guerra Mundial, na década de 50, as especialidades médicas se multiplicaram e a Anestesiologia, com a introdução do "curare", dos relaxantes musculares de síntese e dos hipnóticos, foi conquistando uma autonomia e um destaque cada vez mais importante. Tratando diariamente e diretamente com a dor, tanto no per como no pós-operatório, o anestesiologista acumulou maiores conhecimentos deste problema e começou, assim, a se destacar como figura pricipal na analgesia, substituindo o cirurgião e, atraindo sobre si não só vários especialistas em Medicina como também as Indústrias Químicas. No âmbito de uma bem definida especialidade, a anestesia passou de uma conduta sintomática e rotineira para um interesse cada vez mais vivo sobre a matéria, visando a dor crônica em todos os seus componentes neurofisiológicos, psíquicos e sócio-econômicos.

A derrota frente à dor, cede o lugar a um passo decisivo, também na terapia de pacientes portadores de males incuráveis.

Papper em 1950, assegurava que, se antigamente se administrava hipnoanalgésico em doses excessivas para aliviar os pacientes sofredores, hoje a dor está colocada em um plano mais amplo e que merece ser estudado profundamente para permitir à pessoa que sofre sentir-se consciente e não um resto humano.

Começam assim, a nascer bases para um estudo mais orgânico da dor para melhora do doente, particularmente do paciente crônico e para ser feita uma correta tera-

† Trabalho realizado no Departamento de Anestesiologia, Reanimação e Terapia Antálgica do Hospital Regional de Vicenza, Itália. Trabalho apresentado no Centro Médico de Campinas em julho, 1983

¶ Chefe do Serviço de Anestesia, Reanimação e Terapia Antálgica do Hospital Regional de Vicenza, Itália

§ Membros do Serviço de Anestesia, Reanimação e Terapia Antálgica do Hospital Regional de Vicenza, Itália

Correspondência para Ruggiero Rizzi
Reperto di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antálgica
Ospedale Regionale di Vicenza

Vicenza, Itália 36100

Recebido em 21 de julho de 1983

Aceito para publicação em 14 de novembro de 1983

© 1984, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

pia que de sintomática passa a ser até etiopatogênica e assim, curativa. A partir de novos conceitos neurofisiológicos sobre a dor que foram se sucedendo e com a bio-engenharia trazendo sua valiosa contribuição, o campo dos métodos diagnósticos, prognósticos e terapia das síndromes dolorosas foram se ampliando.

O anestesiológista, consciente disto, procurou se aliar a outros especialistas para melhor combater os complexos problemas de diagnóstico e terapia da dor, isto é, um contato mais profundo com o doente.

Esta mudança ocorreu, não porque alterou-se profundamente o conceito da dor, mas devido a formação do anestesiológista, voltado mais para técnicas que para diagnósticos e, porque tecnicamente o anestesiológista freqüentemente se encontra em situação crítica cuja única solução exige diagnóstico instantâneo e depois a terapia.

Atualmente o contato com a dor crônica é mais comum em centros especializados de terapia analgésica. Existem clínicas completas onde atuam grande número de especialistas (clínicos, cirurgiões, neurologistas, neurocirurgiões, psiquiatras, radioterapeutas, anestesiológistas, psicólogos) com a colaboração de auxiliares médicos e de posse de avançados instrumentos para facilitar o diagnóstico correto da dor. Nesses modernos centros, o paciente é consultado e é submetido a exaustivos exames e testes com finalidades diagnóstica a fim de se indicar uma terapia eficaz (Tab. 1 e 2). A ciência médica cresce de tal forma que se corre o risco de não alcançar o andamento da própria especialidade. A integração de conhecimentos e experiências individuais deveria ser o principal fator para o enriquecimento do conhecer profissional para o próprio benefício do paciente. Todo o especialista, além disso, tem o ponto de vista fixo no próprio ramo que exerce na Medicina, a respeito do diagnóstico da dor. Quanto maior for a pesquisa de cada médico na especialidade geral da medicina, saindo do seu próprio parecer e acatando a opinião e estudos de outros especialistas, tanto melhor será a possibilidade de um diagnóstico mais correto e mais profundo quanto ao problema fisiopatológico do doente.

Entre as várias equipes médicas, o anestesiológista exerce o papel principal, não somente pela preparação que tem como pela experiência diária com as diversas formas de dor e com o contínuo uso de substâncias analgésicas.

Os motivos que justificam a posição destacada do anestesiológista nos vários ramos da medicina podem ser assim divididos:

1 - Os anestesiológistas enfrentam a dor cirúrgica e pós-cirúrgica. É o médico mais solicitado na terapia imediata contra a dor, seja do ponto de vista farmacológico como técnico. É, sem dúvida alguma, o médico que deu impulso à medicina incluindo as analgesias da dor aguda e da crônica.

2 - O anestesiológista que entre com as técnicas de anestesia periférica, juntamente com o neurologista e o fisiatra, tem maior prática no manuseio do sistema nervoso periférico, e isto é de notável auxílio no diagnóstico para intervenções neurocirúrgicas e ortopédicas.

3 - Graças à sua atividade no campo da reanimação intensiva, o anestesiológista está acostumado a enfrentar

graves complicações conseqüentes às várias terapias que possam por em risco a vida do paciente.

4 - Juntamente com o clínico e o neurologista, o anestesiológista enquadra o paciente e a dor globalmente, considerando o indivíduo nos seus aspectos psíco-sociais.

Concluindo, uma clínica especializada é uma instituição necessária e essencial, mas ainda não é bem aceita no meio médico. Nem todos estão dispostos a dedicar tempo e pesquisa no atendimento de um só paciente, discutindo e trocando idéias entre vários colegas. Aqui se impõe um novo relacionamento entre médicos, pondo a disposição de todos os próprio parecer e conhecimento e aceitando o parecer de outros.

É porisso que devemos colocar de lado o orgulho, combater os obstáculos da própria cultura e organização social, deixando de lado interesses pessoais e consolidar uma nova disciplina para o bem da ciência médica a respeito da síndrome dolorosa e sua correspondente terapia analgésica, que há séculos permaneces como exigência terapêutica e que agora está se tornando necessidade: fazer o seu primeiro diagnóstico e instituir uma correta terapia.

Com as bases mais claras, esperamos que o processo siga adiante com passo mais firme para a meta almejada.

No campo terapêutico, as oportunidades do anestesiológista são notáveis: a farmacoterapia em suas várias modalidades (oral, parenteral, peridural, subaracnóidea), o bloco farmacológico com solução aquosa ou lítica, ao qual acrescentamos o termo-lesivo e criolesivo, a acupuntura chinesa, com suas várias modalidades trazidas para países ocidentais, até as diversas formas de eletroestimulação (transcutânea, peridural, medular), da cordotomia a céu aberto até aquela transcutânea para chegar à neuro-adenolise alcoólica (NALP). Os caminhos são vários e se uma Clínica Especializada e completa não dispor de tudo isto, não se chegará um bom resultado.

Toda técnica terapêutica tem sua indicação, seu limite e contra-indicação. Está portanto, na responsabilidade dessa Clínica, no caso de ter toda a organização citada acima, por todas as indicações certas para cada caso de dor, sem excluir o indivíduo, ser pessoa, no paciente.

Podemos dizer também que as novas técnicas de terapia analgésica ficaram cada vez menos cruentas sob o ponto de vista cirúrgico, e modificaram a figura do cirurgião incluindo como parte principal, o anestesiológista.

O anestesiológista assim, assume uma vida nova; passa da sala de operações, chega à Terapia Intensiva e se vê às voltas com todas as especialidades médicas relacionadas à dor.

Como exemplo das possibilidades do anestesiológista na terapia analgésica, estão aqui alguns dados que se referem aos últimos 20 anos no Centro de Terapia Analgésica do Hospital de Vicenza.

A Tabela I mostra a evolução gradual na medida que os anestesiológistas se expandiram em vários setores. A diminuição numérica das várias analgesias referentes aos últimos anos, tem como explicação a aplicação de uma ou duas vezes das modernas técnicas que substituem 8 a 10 das antigas.

Um dos campos em que houve destaque foi o da dor isquêmica, derivada das vasculopatias (Tabela II) particularmente às crônicas e aos membros. Está é uma atividade que louvou os anestesiológistas, especialmente se-

Tabela I – Repartição de terapia analgésica do Hospital Regional de Vicenza atendimentos analgésicos com diferentes métodos

ANO	Bloqueios Nervosos			Internações			
	Fam.	Crio-Termo-lesivo	Acupuntura	Eletro-estimulação	Magneto Terapia	Leitões	n.º Pac.
17,3							
63	67						
1964	109						
1965	57						
1966	126						
1967	59						
1968	160						
1969	429						
1970	481						
1971	468					3	2
1972	1009					3	1
1973	1225					3	8
1974	1309					3	8
1975	1416					3	35
1976	1040					3	19
1977	816		471			3	20
1978	1858		419			3	26
1979	2124		250	50		3	40
1980	3374		71	143	842	12	71
1981	4668	6	75	664	2730	12	108
1982	4755	73	33	213	2122	12	148
30.4	1304	29			1180	12	44
83							
Total exec.	27214	108	1320	1043	6732		530
Total pacien.	2261	81	214	86	383		

Tabela II – Vasculopatias

Patologias	Grupo Nervoso Reversível		Magneto
	Cadeia simpática	Grupo venoso (guanetidina)	
Vasoespasmo cerebral			
Trombose cerebral	45		
Vasoespasmo pós-operatório			
Acrocianoses			
Raynaud	77	25	
Morbo de Burger	32		
Arteriosclerose + diabete	410	03	21
TOTAL PACIENTES	564	28	21

guiados de simpatectomias ou anastomoses cirúrgicas, ou com a substituição de troncos arteriais. Em lugar de se usar bloqueio nervoso troncular, que também comprometia a parte motora, passou-se a usar rizotomia seletiva, a cordotomia, a alcoolização da glândula hipófise, pa-

ra depois voltar à morfina por via peridural, se isto for necessário. (Tabela 3).

Enfim, as Tabelas 4 e 5 mostram os vários ramos da Medicina que o anestesiolegista pode interferir.

Concluindo, podemos tornar claro que as possibilida-

des do anestesiolegistas no tratamento da dor, seja benigna como maligna, estão se tornando cada vez mais numerosas a ponto de, não somente ter a própria especiali-

dade bem destacada, como ter também um lugar na Clínica com pessoal auxiliar competente ao inteiro dispor, para estudos e pesquisas da terapia da dor.

Tabela III – Neoplasias

Patologias	Grupo nervoso reversível			Bloqueio nervoso irreversível			Magneto
	Troncular	Simpático	Peridural com Morfina	Neuro-lesivo	Crio-lesivo	Termo-lesivo	
Rosto-pescoço			03	84		08	
Tórax	11		24	42		15	
Abdômen superior, inferior e quadril	35	05	16	54	01	10	
Membros	30			07			09
Total de Pacientes	76	05	43	187	01	33	09

Tabela IV – Distribuição

Patologias	Bloqueio nervoso reversível			Bloqueio nervoso irreversível			Tens	Magneto	
	Troncul.	Perid.	Simpat.	Neuro-Lesão	Crio-Lesão	Termo-Lesão			
Cefaléia	12		18	04			16		
Nevralgias trigeminas	67		03		35	06	13		
Síndrome de Sluder	05		02		04				
Nevralgias pós-Herpes	84	14	19		78				
Sintomas pescoço-ombro-mão	05		10						
Fraturas costais	215								
Artropatias degenerativas	75	04	03		01		75	210	
Distrofias simpático-reflex			15						
Exitos fraturas								75	
Esclerodermias	02		04						
Lombociatalgias				19				36	
Algias de deaferen (artofantasma)	03	01	07						
Fatos inflamatórios tendíneo-musculares								18	
Exitos laminectomias							03		
Total de Pacientes	468	19	81	23	118	06	13	94	339

Tabela V – Sintomas dolorosos tratáveis pelo anestesista

Nevralgias	Trigeminais Atípicas do rosto Típicas e atípicas
Nevrites	
Algias Pós-Traumatismos	Pós-Operatórias Politraumatismos
Causalgias e Distrofias	Simpático-Reflexas
Vasculopatias Periféricas	
Algias da Deaferentação (Arto-Fantasma)	
Cefaléia (Diagnósticos diferenciais)	
Estenocardias	
Algias Tumoriais	
Artromialgias	

Rizzi R, Morini M, Scanggion S – Possibilidades do anestesiolegista no diagnóstico e terapia da dor. Rev Bras Anest, 1984; 34: 3: 207 - 211

Os autores apresentam suas experiência no campo diagnóstico e tratamento da dor, sob uma nova concepção. Chamam atenção para a importância da estruturação de centros especializados de terapia analgésica, com aspectos multidisciplinares, onde devem atuar clínicos, cirurgiões, neurologistas, neurocirurgiões, psiquiatras, psicólogos, radioterapeutas e, naturalmente, o anestesiolegista. Chamam atenção para a importância de se considerar o paciente como um indivíduo, sob todos os aspectos psico-sociais e mostram as possibilidades do anestesiolegista dentro deste esquema proposto.

Unitermos: ANESTESIOLOGISTA; DOR: diagnóstico, tratamento

Rizzi R, Morini M, Scanggion S – Posibilidades del Anestesiolegista en el diagnóstico y terapia del dolor. Rev Bras Anest, 1984; 34: 3: 207 - 211

Los autores presentan sus experiencias en el campo diagnóstico y tratamiento del dolor, bajo una nueva concepción. Llamam la atención para la importancia de la estructuração de centros especializados de terapia analgésica, con aspectos multi-disciplinares, donde devem actuar clínicos, cirujanos, neurologistas, neurocirujanos, siquiатras radioterapeutas y, naturalmente, el anestesiolegista. Llamam la atención para la importancia de considerar el paciente como un individuo, bajo todos los aspectos psico-sociais, muestran las posibilidades del anestesiolegista dentro de este esquema propuesto.

IDENTIFICAÇÃO DE FALHAS NOS APARELHOS DE ANESTESIA

Cento e noventa indivíduos ligados a equipes de Anestesia (médicos, pós-graduandos, técnicas, dentistas e projetistas de aparelhos de anestesia) tiveram cinco minutos para identificar cinco falhas criadas intencionalmente em aparelhos de anestesia. As falhas foram as seguintes: 1) foram removidos os discos das válvulas ins e expiratória do absorvedor em sistema circular; 2) foram removidos os pinos para identificação de cilindros de N₂O e O₂; 3) a válvula de segurança para efeitos com o O₂ foi excluída do circuito de modo que o N₂O continuasse a ter fluxo mesmo com a pressão de O₂ a zero; 4) os tubos dos fluxômetros de ciclopropano e O₂ foram intercambiados; 5) o vaporizado de halotano foi carregado com metoxiflurano. Do total de participantes, 7,3% não identificaram nenhuma das falhas e 3,4% detectaram todas as cinco. O número médio de falhas identificadas foi 2,2. A formação profissional não influenciou os escores mas a habilidade para identificação das falhas foi maior nos indivíduos com dez anos ou mais de experiência. As falhas que não tornaram o aparelho inoperante, foram as mais frequentemente identificadas. Os autores concluem que os resultados apontam para a necessidade de maior ênfase nos fundamentos do "desingn" dos aparelhos anestésicos, bem como na identificação de falhas potenciais nos programas de educação.

(Buffington C W, Ramanathan S, Turndorf H – Detection of anesthesia machine faults. Anesth Analg, 1984; 63: 79 - 82).

COMENTÁRIO: *O número médio de falhas detectadas foi sofrível. Poder-se-ia argumentar que isso era esperado tendo em vista a multiplicidade de categorias representadas na amostra estudada (técnicos, dentistas, paramédicos, etc). Não obstante, ficou claro que o grau de formação profissional em Anestesiologia não influenciou a magnitude deste número. Este é o ponto crucial dos resultados: ele aponta para a necessidade de se dedicar maior aplicação ao assunto nos programas de educação em Anestesiologia (Note J R).*