

Insuficiência Respiratória na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

*Mario Nazareth Chaves Fascio, TSA **

Em relação ao tema é conveniente assinalar que o maior número de casos é encontrado em publicações do último quarto do século passado estando intimamente relacionado com a precariedade de monitorização do grau de bloqueio neuromuscular e hipoxemia por outras causas sendo estas, por exemplo: queda da língua, laringoespasma, edema da traquéia, hematoma cervical, paralisia de pregas vocais, broncoespasmo, hipoventilação e edema agudo de pulmão, atelectasia, aspiração, apnéia obstrutiva do sono e etc.

A prevenção das complicações respiratórias inicia-se com a administração de oxigênio desde o transporte do paciente da sala cirúrgica até a SRPA devendo-se selecionar criteriosamente quem necessitará desta medida: crianças, pacientes idosos ou com mais de 100kg encontram-se em maior risco de dessaturação. Estudos têm demonstrado que um grande número de pacientes apresenta saturação de oxigênio menor que 90% durante o transporte.

O diagnóstico é na sua grande maioria, baseado no quadro clínico e/ou na história do paciente. Oximetria de pulso e comprovação do grau do bloqueio neuromuscular são, como já afirmamos, de grande valia. Outros exames como gasometria arterial, radiografia do tórax e capnografia têm o seu papel relevante.

O tratamento será sempre orientado para a causa determinante da insuficiência respiratória com manobras e atitudes físicas, uso de drogas e sobretudo oxigenação administrada por cateter, CPAP e ventilação mecânica com o paciente intubado.

Cada vez mais, a CPAP está tendo a sua indicação na SRPA mas, ao finalizar, devemos considerar que o uso abusivo do oxigênio deixa de apresentar vantagem em troca de prejuízos inclusive o financeiro.

* Vice-presidente Sociedade de Anestesiologia Espírito Santo
Médico do Vitória Apart Hospital
Médico do Hospital Infantil ALZIR Bernardino Alves

Referências Bibliográficas

1. Drummond GB, Cullen JP-Detection of inspiratory resistive loads after anaesthesia for minor surgery. *European Journal of Anaesthesia*, 1977; 78(3): 308-310.
2. Ledesma M, Beltran de Heredia B, Roman J et al – Severe airway obstruction in 4 cases of postoperative obstructive hematoma. *Revista Espanhola de Anestesiologia y Reanimacion*, 1977; 44 (1): 39-40.
3. MC Bellamy, Berridge JC, Hussain SS – Surgical emphysema and upper airway obstruction complicating recovery from anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 1993; 71(4): 592-593.
4. N Milliet – Recurazation in the recovery room. *European Journal of Anaesthesiology*, 2000; 17(5): 332-333.
5. Libman RH, Keithley-J- Relieving airway obstruction in the recovery room. *American Journal of Neusing*, 1975; 75(4): 603-605.
6. Anonymous – Case history number 80: respiratory depression in the recovery room. *Anesthesia & Analgesia*, 1974; 53(5): 814-816.
7. S Bellinkoff – The recovery room and respiratory care. *International Anesthesiology Clinics*, 1971; 9(4): 21-29.
8. Abrão J – Recuperação Pós-Anestésica, em: Manica J – Anestesiologia Princípios e Técnicas, Porto Alegre. Artmed Editora, 2004; 1139-1155.
9. Roichman CBC, Lima LC, Lins RSM et al, Recuperação Pós-Anestésica, em: Cavalcanti IL – Medicina Perioperatória; Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2005; 305-325.
10. Morgan Jr GE, Mikail MS – Anestesiologia Clínica, 2ª Ed., Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter Ltda., 2003, 775-809.

