

Suporte Básico de Vida-A Interface para o anestesiológico: emergência

*José Delfino - TSA **

Entende-se por interface a área em que coisas diversas, como dois departamentos ou duas ciências, interagem; ou, ainda, o elemento que proporciona uma ligação física e lógica entre dois sistemas, ou partes de um sistema, que não poderiam ser conectados diretamente.

Existe uma diferença sutil entre urgência e emergência: urgência é definida como uma situação crítica, ou muito grave, que tem prioridade sobre outras; enquanto que emergência é o momento crítico de uma situação muito grave que leva ao risco de morte iminente.

A aplicação de uma técnica ou de um método anestésico é reconhecida, em princípio, como uma situação de risco potencial; devendo ser as suas eventuais intercorrências, as vezes imprevisíveis, consideradas como momentos críticos, que se enquadram como emergência. Passíveis, portanto, da aplicação de técnicas de suporte básico ou avançado de vida.

Tais situações implicam na permeabilização de vias de acesso, na aplicação de reanimação cardio-respiratória, suporte farmacológico e na utilização de monitorização adequada.

As respostas adequadas aos protocolos vão depender de três variáveis.

- a habilidade técnica do profissional, adquirida por treinamento especializado;
- a capacitação teórica obtida em situação semelhante;
- a resposta individual de cada paciente em circunstâncias específicas.

Dependem, também, da magnitude do fenômeno ocorrido. A rigor, todas as intercorrências graves poderiam ser oriundas de falha ou minimização do método empregado, bem como de situações inesperadas. Destacam-se:

- premedicação excessiva;
- não consideração do uso crônico de determinadas drogas;
- “overdose” de anestésico geral;

* Professor de Anestesiologia da UFRN.

- absorção vascular de anestésicos locais;
- efeitos cardiovasculares dos bloqueios regionais;
- hipertensão nas vias aéreas;
- hemorragia;
- efeitos vagais da estimulação cirúrgica;
- mudanças de posição ou movimentos ativo ou passivos do paciente;
- choque séptico;
- transfusão de sangue incompatível;
- hipertermia maligna;
- anafilaxia;
- revascularização;
- “refentanização”.

A média entre estudos de mortalidade no ato anestésico exibe o valor de 1,37 mortes/10.000 anestésias. Isto indica, grosso modo, a incidência de uma ou duas mortes associadas à anestesia em cada 10.000 anestésias administradas.

Com relação às ocorrências estatísticas de morte atribuível ao ato anestésico destacam-se:

- falha na condução de raqui ou peridural;
- aspiração de vômito;
- hipotensão arterial.

Com respeito às ocorrências estatísticas onde a morte ocorreu com alguma contribuição da anestesia notam-se:

- inexperiência do anestesista no caso;
- ausência de SRPA;
- sobredose de drogas.

As ocorrências estatísticas onde a morte não guardou relação com a ato anestésico referem-se a situações de trauma cerebral severo e traumas múltiplos.

Dentre as estratégias preventivas destacam-se, necessidade de ambiente hospitalar com condições adequadas de trabalho, a educação básica e continuada, total vigilância, revisão contínua de métodos e técnicas e melhor monitorização durante o ato anestésico.

Referências Bibliográficas

- Controvérsias em Anestesiologia – Delfino/Vale – Ed. Atheneu;
Clinical Anesthesia – Barash/Cullen/Stoelting – Ed. Lippincott – Raven;
SAVA –Manual de Suporte Avançado de Vida - SBA.