

Hipotermia Acidental ou Presumível?

Após equacionamento de métodos, sistemas e monitorização, essenciais em anestesia, torna-se necessário aumentar o conforto e os cuidados ao paciente, em áreas antes não tão destacadas. No que concerne ao controle da temperatura de um modo geral não é dada a devida atenção.

Diversos autores^{1, 2} concordam que a melhor maneira de esfriar um paciente é anestesiá-lo. A anestesia geral promove o esfriamento agindo diretamente em áreas termorreguladoras centrais (hipotálamo, septo interventricular e formação reticular). Periféricamente promove vasodilatação e aumento das trocas térmicas ambientais^{3,4}.

Fatores cirúrgicos, como as soluções de antisepsia, exposição de grandes cavidades e interrupção regional da circulação arterial também promovem perdas térmicas consideráveis⁵. A propósito, neste número Reis Júnior apresenta estudo sobre os fatores modificadores das alterações de temperatura corporal conseqüente a garroteamento de membro.

Os relaxantes musculares, por seu lado, modificam a contratilidade muscular e a conseqüente produção de calor.

Devem-se, ainda, considerar outros fatores importantes como a temperatura dos gases inspirados, soluções de irrigação e de perfusão que podem extrapolar em muito a capacidade de produção de calor.

Quanto aos métodos de aquecimento (colchão térmico, aquecedor de líquidos, gases inspirados, isolamento de pele) isoladamente não são suficientes para repor mais que 20% das perdas basais. Comprometendo mais, no Brasil, os centros cirúrgicos de um modo geral possuem apenas refrigeração, e não condicionamento do ar ambiental (que mantém a temperatura ideal também no inverno). Conseqüentemente o problema existe entre nós e talvez de uma forma até mais impiedosa que em países frios.

Na recuperação de uma anestesia, o organismo lança mão de métodos de preservação térmica e auto-aquecimento (vasoconstrição periférica, tremores, piloereção), que aumentam consideravelmente o consumo de oxigênio (até 800%)e, podendo induzir isquemia miocárdica e infarto pós-operatório, mesmo que a anestesia tenha se conduzido no maior rigor técnico.

Assim, temos que analisar o problema de uma forma global, devendo o anestesista participar assessorando projetos de reforma e construção de blocos cirúrgicos, instruindo enfermagem e cirurgiões, tentando criar condições ideais de trabalho e segurança ao paciente.

Concluindo, a hipotermia operatória certamente pode acontecer se não são tomados os cuidados específicos. Tal fato não deve ser rotulado de acidental e sim de hipotermia presumível. A nossa obrigação é minimizar os seus efeitos.

Celso Homero Santos Oliveira, TSA
Rua Estácio de Sá, 399/501
30430- Belo Horizonte - MG

REFERÊNCIAS

1. Pickering G - Regulation of body temperature in health and disease. Lancet 1958; 1: 59-64.
2. Orkin F K Cooperman LH- Complications in Anesthesiology. J B Lippincott Ed., New York 1984:33-38.
3. Morley P K Foster B S C - Unintentional Hypothermia in the operating room. Can Anaesth Soc J 1986; 33:4, 5-6-519.
4. Lonning P E et alii - Acidental Hypothermia - Review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 1986; 30:601-603.
5. Imrie M M, Hall G M - Body temperature and anesthesia. British Journal of Anaesthesia 1990; 64:340-354.
6. Lilly R B- Inadvertent Hypothermia - a real problem. ASA Refresher Courses in Anaesthesiology 1987:93-107.