

Mortalidade em Anestesia

Sr. Editor,

O editorial de Nocite J.R. "Mortalidade em Anestesia: o Risco Inerente" (Rev Bras Anest 1990; 40: 1-2) tem uma importância fundamental pois abre à discussão um assunto polêmico e atual, apesar das referências não se relacionarem a anesthesiologia brasileira.

Após o primeiro relato de morte em anestesia em 1848, vários estudos foram realizados, mostrando que no final do século XIX ocorria uma morte em 3.000 anestesias com clorofórmio e uma em 20.000 com éter. Neste século, na década de 70, a anestesia como causa primária de morte variava de uma para 852 anestesias e uma para 6.048¹. A década de 80 foi fundamental para o estudo da mortalidade em anestesia no primeiro mundo. Infelizmente, só no início da década de 90 que a Sociedade Brasileira de Anesthesiologia (SBA) resolve, através deste editorial, abrir discussão sobre tão importante assunto,

Quase todos os trabalhos relacionando a causa de morte associada com a anestesia demonstram que os mais importantes fatores são: 1. erro humano; 2. falha do equipamento e 3. avaliação deficiente do paciente¹⁻¹³. Em 1979³, ao estudar o erro em anestesia, Keats AS concluiu que, sem erro, a mortalidade anestésica poderia ser nula. Já em 1989, trabalhos realizados em países do primeiro mundo concluem que: 1/3 da morbidade relacionada à anestesia são preveníveis⁴ e a falha humana continua sendo um importante fator no desencadear desses acidentes⁵.

Em seu editorial, Nocite afirma que há um percentual de mortes absolutamente inevitáveis e para as quais a anestesia não apresenta nenhuma contribuição. A hepatite por halotano, a hipertermia maligna e os fenômenos tromboembólicos são causas dramáticas desses acidentes, mas eles são tão raros que nem sempre aparecem nos estudos sobre a mortalidade em anestesia. Os três perfazem menos de 10% em todas as mortes relacionadas à anestesia⁶.

As referências citadas pelo editorialista com suas próprias conclusões mostram que: em 65,3% a anestesia pode ter contribuído em algum grau para a fatalidade⁷; em 15,9% a anestesia foi totalmente responsável⁸ e 22% dos casos fatais foram totalmente atribuídos a anestesia⁹. Entretanto, alguns dados importantes foram omitidos destas referências, que

devem ser lembrados. A troca de drogas (p. ex. adrenalina por atropina) é um erro indefensável⁷; como é indefensável, também, as situações nas quais são chamadas de falta do anestesista: o anestesista deixa a sala de operação para atender ou usar o telefone ou tomar uma xícara de café⁷. Metade das mortes e coma totalmente atribuídos à anestesia são devidos à depressão respiratória pós-anestésica⁹. A anestesia regional é uma técnica segura quando todas as precauções são tomadas e as suas contra-indicações respeitadas¹⁰.

A SBA já definiu a qualificação dos médicos que teriam o "privilégio" de administrar anestesia, através da criação e manutenção dos Centros de Ensino e Treinamento, e a exigência de que todos os anesthesiologistas tenham aí, sua formação. O que é preciso agora é a SBA definir o papel do anesthesiologista na avaliação pré-anestésica, na necessidade da sua permanência o tempo todo na sala de operação e na sua responsabilidade nos cuidados pós-anestésicos imediatos.

Os avanços tecnológicos não diminuíram as causas de morbidade e de mortalidade em anesthesiologia. Raramente, os problemas com os equipamentos anestésicos causam acidentes sem a falha humana¹¹. O mais importante fator na prevenção de acidentes continua sendo a maneira como o anesthesiologista se comporta frente a seu paciente. A monitorização mínima necessária para um ato anestésico, embora polêmica, é um assunto já definido por inúmeras sociedades do mundo inteiro, mas ainda não exigido pela SBA. Mas, certamente, os mais apurados monitores dos avançados equipamentos anestésicos JAMAIS substituirão a presença constante e vigilante do anesthesiologista à cabeceira do paciente.

Será que, como afirma o editorialista, "em todas as observações, a hipoxemia aparece como principal causa naqueles casos onde a anestesia contribui definitivamente para a morte", não existiu uma falha? As causas mais freqüentemente relatadas de falhas são¹¹⁻¹³ desconexão ou conexão errada do sistema respiratório, sobredose inadvertida de agentes venozos ou inalatórios por falhas de técnica ou de julgamento, intubação de esôfago ou endobrônquica e extubação precoce ou acidental.

No Brasil, nos últimos 15 anos na Rev Bras Anest, o único estudo relacionando a morte com a anestesia¹⁴ demonstrou que em 36% das mortes a anestesia

foi o fator desencadeante, com valores similares à literatura mundial, ou seja, duas mortes em 10.000 anestésias eletivas e sete em 1.000 anestésias de urgências. Este estudo demonstrou ainda que a sobredose foi a maior responsável pelas mortes, e que 60% dessas mortes aconteceram durante a manutenção e 40% durante a indução. Outro estudo nos USA¹⁵ demonstrou que uma em cada três paradas cardíacas em anestesia foi por sobredose absoluta (i.e., dose bem acima da média clínica usual).

De 1980 a 1990 (uma década) poucos relatos de acidentes em anestesia por troca de droga¹⁶, erro na colocação do vaporizador¹⁷, erro de conduta¹⁸, foram publicados na Rev Bras Anest. Realmente, concordo com o editorialista, todos os pacientes devem ser

alertados para os riscos, ainda que pequenos, do ato anestésico-cirúrgico. O que não posso concordar e que os mais graves acidentes conhecidos na anesthesiologia brasileira sejam eternamente imputados como "choque anestésico" e sejam extensivamente discutidos na imprensa leiga ao invés de os serem na Revista Brasileira de Anesthesiologia.

Atenciosamente,

Luiz Eduardo Imbeloni-TSA/SBA
Av. Epitácio Pessoa, 2566/410
22471 - Rio de Janeiro - RJ

REFERÊNCIAS

1. Goldstein A Jr, Keats A S -The risk of anesthesia. *Anesthesiology* 1970; 33: 130-43.
2. Fortuna A - Morte em anestesia. *Rev Bras Cir* 1986; 76:199-202.
3. Keats AS- What do we know about anesthetic mortality? *Anesthesiology* 1979; 50: 387-92.
4. Pederson T - Morbidity and mortality attributable to anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1989; 33:9 (Suppl. 91).
5. Cooper J B - Anesthesia mishaps: Causes. *Acta Anaesthesiol Scand* 1989; 33:10 (Suppl. 91).
6. Keenan R L - Anesthesia disasters: Incidence, causes and preventability. *Seminars in Anaesthesia* 1986; 5:175-79.
7. Utting J E, Gray T C, Shelley R C - Human misadventure in anaesthesia. *Can Anaesth Soc J* 1979; 26:472-78.
8. Lunn J N, Mushin W W - Mortality associated with anaesthesia, London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
9. Turet L, Desmonts J M, Hatton F, Vourch G - Complications associated with anaesthesia. A prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986; 33:336-44.
10. Olsson G L, Hallén B- Cardiac arrest during anaesthesia: a computer-aided study in 250,543 anaesthetics. *Acta Anaesthesiol Scand* 1988; 32: 653-64.
11. Cooper J B, Newbower R S, Kitz R J - Analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management. *Anesthesiology* 1984; 60: 34-42.
12. Craig J, Wilson M E -A survey of anesthetic misadventures. *Anaesthesia* 1981; 36: 933-36.
13. Williamson J - Critical incident reporting in anesthesia. *Anesth intensive Care* 1988; 16:101-103.
14. Ruiz Neto P P, Gomide Amaral R V - Parada cardíaca durante a anestesia em um complexo hospitalar. Estudo descritivo. *Rev Bras Anest* 1986; 36:149-58.
15. Keenan R L, Boyan C P - Cardiac arrest due to anesthesia. A study of incidence and causes. *JAMA* 1985; 253:2373-77.
16. Gouveia M A, Mauro C L, Amaral A - Injeção inadvertida de galamina no espaço subaracnóideo. Relato de um caso. *Rev Bras Anest* 1983; 33: 189-92.
17. Tonelli D, Martins N M, Shinsato Y - Instilação pulmonar acidental de halotano. Evolução clínica e radiológica. Relato de um caso. *Rev Bras Anest* 1980; 30:467-73.
18. Nocite J R, Cagnolati C A, Velludo F S - Succinilcolina em intubação traqueal. Armadilha para o anesthesiologista? *Rev Bras Anest* 1980; 30:35354.

Mortalidade em Anestesia - Réplica

Senhor Editor,

Muito feliz a citação bibliográfica¹ mostrando que os índices de mortalidade associada à anestesia no Brasil não diferem muito dos encontrados na literatura mundial. Entretanto, o missivista não me parece bem informado no que diz respeito a definição pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) das condições mínimas de segurança e monitorização do paciente anestesiado, aprovadas pela Assembléia de Representantes de 1989, publicadas em órgão oficial da Sociedade² e exaustivamente divulgadas em correspondência aos sócios e aos Hospitais. A relação dos equipamentos constantes das condições de segurança do paciente anestesiado foi passada recentemente pelo Presidente da SBA ao Sr. Ministro da Saúde Dr. Alceni Guerra, após audiência em Brasília (26.07.1990), na qual o Ministro comprometeu-se a implantá-los a curto e médio prazos dentro do esforço do Governo Federal para recuperação e reaparelhagem da rede hospitalar brasileira.

Também não me parece bem informado o missivista quando afirma que é preciso que a SBA defina o papel do anestesiológico na avaliação pré-anestésica, na necessidade de sua permanência o tempo todo na sala de operação (o que exclui a prática de

anestésias simultâneas) e a sua responsabilidade nos cuidados pós-operatórios imediatos. Este papel foi definido há bastante tempo na Revista Brasileira de Anestesiologia.^{3,4} e ressaltado em recente Editorial do Presidente da SBA no Boletim Anestesia⁵: ambas as publicações são órgãos oficiais da Sociedade.

Atenciosamente,

Jose Roberto Nocite
Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Rua Ayrton Roxo, 870
14025 - Ribeirão Preto - SP

REFERÊNCIAS

1. Ruiz Neto P P, Gomide Amaral R V - Parada cardíaca durante a anestesia em um complexo hospitalar. Estudo descritivo. Rev Bras Anest 1986; 36:149-158.
2. Cangiani L M - Normas gerais de segurança (Editorial). Boletim Anestesia 1989; 6:2.
3. Pereira E, Vieira Z E G - Visita pré-anestésica. Responsabilidade intransferível do anestesiológico. Rev Bras Anest 1977; 27:337-353.
4. Nocite J R - Recuperação pós-anestésica: estágio final da anestesia. Rev Bras Anest 1980; 30:487-490.
5. Nocite J R - Segurança em anestesia: o fator humano e o tecnológico (Editorial). Boletim Anestesia 1990:1:1.