

Monitorização do Paciente Anestesiado

Consultando um dicionário, certificamo-nos de que **MONITOR** é algo que "dá lições, admoesta e avisa"³. Em Medicina, o termo é usado para exprimir a vigilância sobre funções vitais, por meio de avaliações ou medidas, periódicas ou contínuas. A necessidade de monitorização em Medicina tem aumentado nas últimas décadas, na medida das exigências da população quanto à segurança dos procedimentos médicos.

O uso de agentes anestésicos mostrou, desde o início, que a anestesia traz consigo o risco de morte. A margem de segurança entre a dose clínica eficaz e aquela que produz depressão perigosa dos sistemas orgânicos não é grande. Assim, os primeiros anestesiológicos preocuparam-se em monitorizar a **profundidade da anestesia**, através de observações sobre a respiração, a circulação, reflexos, etc. Em 1937, Guedel publicava os famosos estágios e planos da anestesia pelo éter etílico⁴. Tratava-se, em última análise, de acompanhar o grau de profundidade da anestesia a partir de características da respiração, da circulação, da atividade ocular, da motricidade, de reflexos diversos. O anestesiológico estava de tal modo treinado a valorizar estes sinais eminentemente **clínicos** que, na impossibilidade de contar com eles, ficava inseguro quanto ao grau de profundidade da anestesia que estava ministrando. Recordo-me de uma conversa que mantive com um velho profissional do interior, no início de década de 1960, quando se tornava prática corrente em nosso país o uso indiscriminado de relaxantes musculares e de ventilação controlada durante a anestesia. O velho anestesista mantinha-se resistente à incorporação dos relaxantes e do respirador automático à técnica anestésica por ele adotada rotineiramente. Perguntei-lhe a razão desta resistência e ele respondeu: como poderei estar certo de não administrar sobredose de anestésicos ao meu paciente se, por meio de uma outra droga, eu anulo propositalmente os sinais respiratórios e motores desta sobredose? Obviamente, esta observação singela e até certo ponto ingênua levava ao extremo a importância do seguimento clínico do paciente durante a anestesia.

À medida que os relaxantes musculares, os narcóticos

e os ventiladores de pulmão ganharam a rotina anestésica, passou a ser cada vez mais rara a avaliação contínua do grau de profundidade da anestesia. Passou-se a administrar anestésicos inalatórios em concentrações tão superficiais que qualquer risco de sobredose tornava-se improvável. E sobreveio o problema oposto: com certa frequência passaram a ocorrer casos de pacientes que se tornaram conscientes durante a anestesia, relatando no pós-operatório sua experiência muitas vezes terrificante, ao anestesiológico. Também neste ponto a atenção voltou-se à monitorização de sinais clínicos capazes de indicar uma superficialização indesejável da anestesia, notadamente os relacionados a variação do diâmetro pupilar, sudorese, frequência e ritmo de pulso, pressão arterial.

É claro que a utilidade destes sinais na avaliação da profundidade da anestesia é muito variável e está na dependência do anestésico (ou da Associação de anestésicos) empregado².

De qualquer maneira, é preciso que fique claro que a monitorização do paciente anestesiado não implica necessariamente - como muitos acreditam - em prendê-lo a uma série de fios e aparelhos, capazes de fornecer a cada momento um número tão grande de informações sobre seu organismo que muitas vezes o dado essencial se perde na multiplicidade destes números. Há, é certo, um número básico de monitores que o anestesiológico deve aprender a manejar durante sua formação: no entendimento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, são os constantes da tabela para Avaliação Objetiva de Centros de Ensino e Treinamento da SBA, resumidos no Quadro¹. Sabemos que nem sempre, devido às condições do meio em que ele desempenha suas funções, poderá contar com todo este equipamento. Entretanto, não há desculpa para o anestesiológico que, alegando falta de recursos, não pratica regularmente aquela monitorização "clínica", que independe de máquinas sofisticadas e inclui a inspeção periódica do aparelho de anestesia e suas conexões, das características do pulso periférico, do enchimento capilar digital, dos ruídos cardíacos e respiratórios, da pressão arterial, do ritmo respiratório, da temperatura

Tabela para avaliação objetiva de CETS - SBA

2.7. Estetoscópio precordial, estetoscópio esofágico, esfigmomanômetro, sistema para medida de PVC, controle de diurese, de acordo com a gravidade de cada caso.

2.8. Outros equipamentos: eletrocardiógrafo, teletermômetro, sistema para medida de PAM, manômetro para pressão intratraqueal, ventilômetro de Wright ou similar, monitor de FiO_2 , estimulador de nervos periféricos, monitor eletrônico de pulsação.

corporal e de tantos outros parâmetros capazes de fornecer informações valiosas sobre os rumos da anestesia. Trata-se, em última análise, de acender uma vela no quarto escuro de uma casa onde não há luz elétrica: qualquer intensidade de luz é preferível à escuridão.

José Roberto Nocite, EA
Caixa Postal 707
14100 - Ribeirão Preto, SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuário SBA 1981 - 1982, Fascículo Primeiro, 1981, pp 34 - 45.
2. Eger II E I – Monitoring the depth of anesthesia. In "Monitoring in Anaesthesia" (Ed Saidman L J & Smith NT), New York, Wiley Med Publ, 1978, pp 1-14.
3. Ferreira A B H – Novo Dicionário da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, Ed Nova Fronteira, 1975, p 946.
4. Guedel A E – Inhalational Anesthesia, New York, Macmillan Co, 1937.