



Incidentes críticos em anestesia

• No decorrer do 58º CBA, em Fortaleza, CE, muitos colegas preencheram o formulário de incidentes críticos em anestesia à disposição na pasta do congresso e no próprio estande da SBA, o que contribuiu, sobremaneira, para que a CQSA/SBA revise suas ações para prevenir os incidentes mais frequentes.

Nesse contexto e para dar retorno para os colegas que contribuíram naquela ocasião, expomos os aspectos mais interessantes e de maior relevância na prática anestesiológica que se apresentaram para nossa análise.

Dificuldade de intubação e hipóxia durante a indução foram os eventos mais frequentemente citados, e as observações nos formulários apontam para diversas causas, desde deficiência na avaliação pré-anestésica do paciente com via aérea difícil até extubação acidental durante o procedimento. Outras ocorrências, como parada cardiorrespiratória (PCR) por hipóxia, também foram vivenciadas em anestesia pediátrica ou em cirurgia bariátrica.

Outras abordagens anestésicas merecedoras de destaque no elenco dos incidentes críticos relatados foram hipotensão arterial e bradicardia, culminando com PCR decorrente de bloqueios do neuroeixo. Punção inadvertida da dura-máter, aparentemente com desfecho menos impactante, também foi relatada. Hipotensão arterial grave após instalação do bloqueio em cesariana continua a ser notificada. Esses relatos sugerem a necessidade de maior atenção aos cuidados preventivos da repercussão hemodinâmica da anestesia peridural e raquianestesia.

A isquemia cerebral perioperatória em paciente submetido à cirurgia de ombro em posição sentada surgiu como complicação em paciente sob bloqueio

de plexo braquial combinado com anestesia geral. Esse evento adverso alerta para os cuidados no posicionamento do paciente na mesa cirúrgica. Ainda relacionado com o bloqueio de plexo, observou-se caso de injeção intravascular de anestésico local. A questão que então se apresenta está ligada à importância do conhecimento e ao treinamento do profissional para a habilidade necessária à técnica, principalmente ao se considerar a disseminação do uso de ultrassom na prática clínica hodierna.

A sobredose de agentes anestésicos e bloqueadores neuromusculares despontou como evento relacionado com a administração de medicamentos. Esse tema remete à necessidade de o profissional obedecer às diretrizes de administração desses fármacos, além do emprego e da utilização de equipamento já disponível na maioria dos hospitais, como monitor de bloqueio neuromuscular e bomba de infusão adequada.

As reações anafiláticas/anafilactoides a medicamentos no intraoperatório (outro relato) são sinais importantes na adesão à lista de verificação cirúrgica (checklist de cirurgia segura – programa da Organização Mundial da Saúde, OMS, que estabelece uma conferência de itens essenciais para a segurança do paciente, como a identificação de alergia medicamentosa antes da indução anestésica).

Outro aspecto levantado na análise dos formulários foi a importância da checagem dos equipamentos de anestesia, estejam eles no ambiente cirúrgico ou não. Outra vez o checklist de cirurgia segura torna-se prática fundamental, pois o equipamento de anestesia deve estar disponível e em bom funcionamento, conforme também estabelecido na Resolução CFM 1.802/06.

O anestesista não deve perder a oportunidade de relatar seus eventos adversos.

Entre todos os relatos, dois se destacam por denotarem falhas na avaliação pré-anestésica e estratificação/gestão do risco. O primeiro deles ocorreu em paciente pediátrico com infecção de via aérea superior (IVAS) não valorizada, determinante de broncoespasmo ao final do procedimento e posterior PCR. O segundo caso foi o relato de PCR em paciente séptico submetido à anestesia sem a adesão, no pré-operatório, ao protocolo de tratamento precoce em sepses. Ambos os casos enfatizam a importância da avaliação pré-anestésica criteriosa e abrangente, que poderá, muitas vezes, redirecionar prioridades da conduta clínica pré-operatória.

Existem situações, observadas nos relatos recolhidos, que têm impacto na anestesia, mas apresentam seunexo causal com o próprio procedimento cirúrgico, como o emprego de manobras cirúrgicas intempestivas, objeto de redobrada atenção pelo anestesista.

O anestesista não deve perder a oportunidade de relatar seus eventos adversos, seja em questionários apresentados como este ou em sistemas de notificação específicos. Não se deve esquecer, entretanto, que também os chamados quase acidentes (near-misses), isto é, o incidente ocorrido, mas que, por um acaso, não causou dano ao paciente, são mais comuns, porém determinantes em estudos de prevenção de eventos adversos. ■

*A autora é presidente da Comissão de Qualidade e Segurança em Anestesia da SBA.

Errata

O artigo “Riscos e acidentes em anestesiologia: relação médico/paciente”, do dr. Armando Fortuna, publicado na Anestesia em revista 01/2012, página 21, cita a Resolução CFM 1363/93, que na realidade foi revogada pela Resolução 1802/2006.

A AR e o dr. Armando Fortuna agradecem ao Dr. Genival Veloso de França, médico e bacharel em Direito, professor titular de Medicina Legal nos cursos de Medicina e Direito da Universidade Federal da Paraíba, que nos alertou para o equívoco.

Fica valendo o texto abaixo:

“Aparentemente, o baixo pagamento dos atos anestésicos, associados à falta de profissionais do ramo e a demanda aumentada, estão contribuindo para o crescimento desta prática criminal, proibida claramente em nosso Código de Ética, Resolução CFM 1802/2006, que reza, textualmente, “IV: É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestesia em paciente distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico”. Não é preciso lembrar aqui que este instrumento tem força de lei!”