

Saiba + Mais

A SUA NEWSLETTER DA SAESP



Edição número 02
Junho de 2020

Conteúdo de autoria SAESP.
É proibida a reprodução total ou parcial por
qualquer meio sem prévia autorização.



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo



PALAVRA DA PRESIDENTE

PROFA. DRA. RITA DE CÁSSIA RODRIGUES



UMA GESTÃO DE DESAFIOS

Em 23 de abril, iniciou-se uma nova gestão da SAESP, em plena crise da COVID-19 no Brasil, sendo São Paulo, nossa região de abrangência, seu epicentro. Tempos COVID. Tempos de reflexão, introspecção, solidariedade, compaixão, perdas e grandes mudanças.

O que ganhamos e o que perdemos com esta pandemia, além das incertezas da evolução da doença, do seu tratamento e de como contê-la?

Respostas difíceis. Mas, tendo que levar adiante os anseios de uma sociedade profícua, e querendo mais ganhar do que perder, nos voltamos para a missão de atuar colaborativamente com as políticas públicas, oferecer conhecimento e buscar inovações.

Com estas convicções foi criado o Ação Solidária SAESP, que, de início, propiciou treinamento gratuito de intubação traqueal no paciente COVID-19 para 491 médicos de diversas especialidades. E, enquanto anesthesiologistas viravam intensivistas, e artigos diversos eram lançados em abundância no meio científico, nos deixando mais dúvidas do que certezas, iniciou-se uma programação de aulas síncronas em ambiente virtual, com os mais variados temas de interesse.

Nesta profusão de acontecimentos e mudanças, estamos cientes de que, não obstante as dificuldades enfrentadas, juntos somos mais fortes, e que ações solidárias, conhecimento e comprometimento nos levarão a ser a SAESP SEMPRE MAIS — tão almejada por todos.

#SaespSempreMais

“ SAESP SEMPRE MAIS ”

TREINAMENTO EM ACESSO À VIA AÉREA NO PACIENTE COM COVID-19



Dr. Daniel Perin, TSA-SBA
Membro da Diretoria da Society for Airway Management (SAM)



Dra. Mariana Fontes Lima Neville, TSA-SBA
Coordenadora do Núcleo de Anestesia Pediátrica da SAESP



1 - O que é Treinamento em Acesso à Via Aérea no Paciente com COVID-19? É um curso básico sobre o manejo da via aérea, com adaptações necessárias ao paciente suspeito ou com diagnóstico de COVID-19. Esse curso foi oferecido gratuitamente pela SAESP a médicos de todas as especialidades.

2 – Como acontece o treinamento?

O curso ocorreu no Centro de Simulação da SAESP, e teve 1h30min de duração, sendo:

- Quarenta minutos de aula teórica.

- Cinquenta minutos de treinamento prático em manequins.

Os alunos tiveram a oportunidade de treinar manobras de manejo da via aérea, como intubação orotraqueal, ventilação de resgate sob máscara facial e inserção de máscara laríngea. As turmas práticas tiveram entre três e cinco alunos para evitar aglomerações.

3 – Qual é o principal objetivo do treinamento?

Em primeiro lugar, ensinar de forma sistematizada as etapas do manejo da via aérea no paciente com COVID-19. Além disso, discutir sobre cuidados e manobras para otimizar a laringoscopia e a ventilação de resgate, quando necessária. Ademais, apresentar as medicações que devem ser administradas para a intubação traqueal. Por fim, demonstramos alguns dispositivos que facilitam o manejo da via aérea, como o guia introdutor (bougie), usado de forma corriqueira por anestesistas, mas possivelmente desconhecido para muitos médicos.

Durante o curso, deixamos claro que a intubação traqueal é apenas a conclusão de um processo que passa por diversas etapas, sendo o planejamento a mais importante delas. Mais do que a técnica de intubação em si, deu-se ênfase ao preparo do procedimento e a detalhes cuja importância é subestimada por médicos generalistas, como posicionamento do paciente e uso de coxins.

A escolha dos fármacos para indução e intubação foi um tópico que gerou discussões e dúvidas desde o início. Por isso, procuramos discuti-lo mais detalhadamente. Nas conversas com os alunos, ficou claro o escasso conhecimento geral sobre o papel de cada um desses fármacos. O resultado disso é o uso corriqueiro da combinação de Midazolam e Fentanil (em subdoses e sem respeito às suas latências) para indução anestésica do paciente a ser intubado por esses profissionais. Entendemos que é de grande relevância orientá-los sobre a escolha correta desses fármacos, enfatizando os benefícios do

uso do bloqueador neuromuscular para a obtenção de uma visão laringoscópica adequada.

4 – Como foi coordenar o projeto na SAESP no atual momento que vivemos?

Gratificante, diante do retorno positivo que tivemos dos participantes e da avidez com que eles buscavam a informação. Entretanto, foi também desafiador, pelo pouco tempo que tivemos para organizar o curso.

No início da pandemia, ouvimos diversos relatos de manejo inadequado da via aérea de pacientes com COVID-19, o que pode ter resultado em pior evolução clínica ou até em situações catastróficas.

As primeiras diretrizes para intubação traqueal no paciente com COVID-19 enfatizavam a necessidade de indução e intubação em sequência rápida, evitando-se ventilação não invasiva sob máscara facial. Assim, a disseminação de aerossóis seria minimizada. Diversas entidades médicas e de outras especialidades se posicionaram e respaldaram esse aspecto. No entanto, notamos que essa recomendação foi interpretada como um paradigma: a ventilação de resgate não deveria ser realizada em qualquer circunstância. Acreditamos que essa interpretação errônea ou exagerada tenha contribuído para alguns casos malsucedidos de manejo da via aérea.

Sentimos que, nessas circunstâncias, havia muitos pontos de melhoria sobre os quais poderíamos atuar, compartilhando conhecimento sobre um procedimento que nós, anestesiólogos, realizamos diariamente. Mas precisávamos agir rápido.

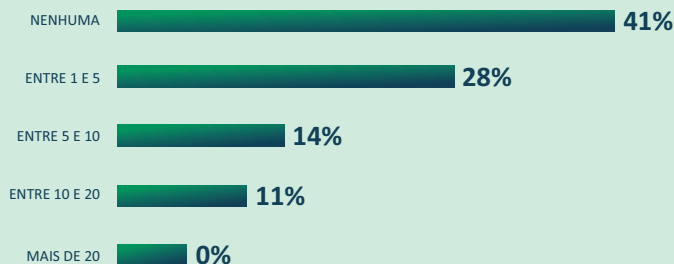
Alguns aspectos colaboraram para que tudo fosse viabilizado em tempo hábil:

- A estrutura do Centro de Simulação já estava pronta;
- Tínhamos acabado de ministrar um curso muito semelhante a residentes de clínica médica da EPM-Unifesp;
- Ao ouvir a proposta, os instrutores engajaram-se prontamente.

5 – Quais eram as expectativas com o treinamento? Foram alcançadas? O público do curso foi bastante heterogêneo. Recebemos desde anestesiólogos com alguns anos de formação até psiquiatras, oftalmologistas e recém-graduados em Medicina. Com bagagens tão diferentes, o aproveitamento individual também diferiu entre os

PESQUISA SAESP REALIZADA NO CURSO

QUANTAS INTUBAÇÕES TRAQUEAIS VOCÊ REALIZOU NO ÚLTIMO ANO?



participantes. No entanto, acreditamos que a maioria deles teve um bom aprendizado e se sentiu mais segura para atender um paciente com COVID-19 em insuficiência respiratória.

Alguns aspectos observados:

Muitos profissionais que fazem o primeiro atendimento ao paciente com COVID-19 não estão habituados a manejar a via aérea de um paciente em insuficiência respiratória - muitos deles praticaram a intubação traqueal pela última vez há anos; alguns, há décadas. O atendimento ao paciente COVID-19 deve ser baseado em um tripé, que envolve a segurança do profissional, a segurança do ambiente e a segurança do paciente. Caso algum desses aspectos seja preterido, há risco de contaminação do profissional ou de piora da qualidade na assistência. O uso de EPIs torna o manejo da via aérea, que já é um momento de alta tensão, ainda mais desafiador.

A maioria dos médicos não estava preparada para essa mudança repentina no perfil de atendimento. Aqueles que atendiam apenas consultas ambulatoriais saíram de sua zona de conforto e foram deslocados para o pronto atendimento nas mais diversas circunstâncias. A seguir, alguns relatos: *“Senti que poderia ajudar os pacientes e ser útil durante esta pandemia; O movimento do consultório caiu de forma brusca e busquei outra fonte de renda; Como estava ocioso em meu posto, a chefia me direcionou a outro setor”*. Médicos do Serviço Público que já atendiam em Pronto Atendimento ou Unidade Básica de Saúde relataram mudança no perfil dos pacientes: *“Eles chegam a nós cada vez mais graves”*.

Diante da mudança tão repentina, esses médicos viram-se diante da possibilidade real de serem os responsáveis pelo primeiro atendimento de pacientes com insuficiência respiratória grave.

Durante o curso, a ansiedade e a insegurança gerada por essa situação eram visíveis em vários participantes. Isso porque, na maioria das Unidades de Saúde, toda essa reviravolta ocorreu sem que houvesse nenhum tipo de treinamento sistemático ou instituição de protocolos.

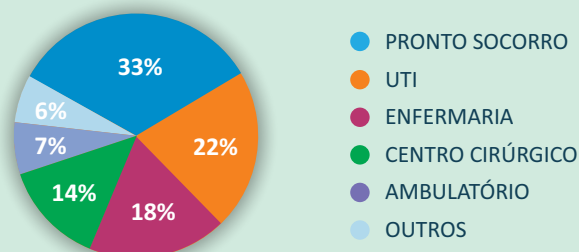
“Tenho convicção de que, apesar do tempo limitado, este treinamento gera uma luz, um farol que dá esperança e amparo aos colegas que se colocam (ou são colocados) na linha de frente” — instrutor Mauricio Malito.

RESULTADOS FINAIS ALCANÇADOS

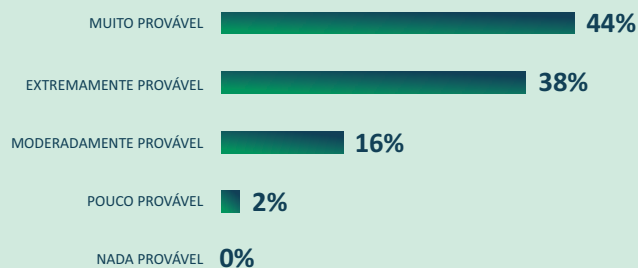
EM 12 DIAS DE TREINAMENTO



SETOR DE TRABALHO



QUAL A PROBABILIDADE DE VOCÊ MODIFICAR A SUA TÉCNICA DE ABORDAGEM À VIA AÉREA APÓS O TREINAMENTO



AValiação DO TREINAMENTO DE 1 a 5 ESTRELAS



Esta é uma contribuição de todos os sócios da SAESP à sociedade civil do Estado de São Paulo.

PROBABILIDADES SUBJETIVAS, ERROS COGNITIVOS E AS INCERTEZAS DE ESTUDOS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS



Prof. Dr. Rogério Luiz da Rocha Videira, TSA, Ph.D.

Professor adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, UFF.

Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP.

Corresponsável pelo CET-SBA do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF).

Ex-Diretor Científico da SAESP — Biênio 2006-2007

Estamos acostumados a considerar probabilidade como a chance de um evento específico ocorrer sobre o total de eventos observados. Essa probabilidade objetiva é fácil de entender e podemos usá-la para tomar decisões que sigam os princípios da lógica e racionalidade aplicadas a um grupo de pessoas. Mas quando tomamos decisões relacionadas a eventos muito rotineiros na nossa profissão ou relacionadas a um único indivíduo e não temos informação suficiente ou confiável, muitas vezes sendo até contraditória e prejudicada pela falta de tempo, nos baseamos em processos mais primitivos, como a intuição, que exige menor atenção a detalhes e se baseia em nossas crenças ou probabilidades subjetivas aplicadas a reconhecimentos de padrão ou a regras simplificadoras, tecnicamente conhecidas como heurísticas, que usualmente não são explícitas ou conscientes¹ (Figura1).

Na medicina baseada em evidências, a teoria normativa indicada para a tomada de decisões é a chamada probabilidade condicional, formulada pelo teorema de Bayes, que atualiza a crença em determinada hipótese quando uma nova evidência é apresentada. Para isso é usada como base a crença prévia — isto é, antes da evidência —, a plausibilidade da nova evidência e a presença daquela nova evidência na população estudada. O teorema de Bayes permite analisar tanto a probabilidade objetiva quanto a subjetiva, mas exige o cumprimento de regras de lógica e racionalidade matemática. Essa teoria é usada para indicar qual é o comportamento ideal, mas não para explicar como comportamentos desviantes, considerados não racionais, podem ocorrer.²

Há cerca de 15 anos, incrédulo ante a grande incidência de bloqueio neuromuscular residual relatada na literatura, resolvi verificar qual era essa incidência no hospital onde trabalhava. Os registros foram feitos com a colaboração voluntária e anônima de colegas que aceitaram ser submetidos a auditoria clínica. A incidência de $T4/T1 < 0,9$, logo antes da extubação traqueal, foi de cerca de 60%, similar à relatada na literatura. O que mais me impressionou foi que, apesar de os colegas terem sido informados do resultado, quase metade deles realizou a extubação. Até mesmo um paciente com $T4/T1 = 0$, mas que tinha contrações diafragmáticas regulares, foi extubado. E não houve falha no equipamento, pois os valores aumentaram gradativamente ao longo de 30 minutos.³

A constatação desse comportamento sistematicamente errado em colegas responsáveis e profissionalmente capazes me estimulou a analisar a hipótese de que simples negligência ou desconhecimento não explicaria satisfatoriamente o que havia sido observado. Procurei então compreender melhor o processo da tomada de decisão clínica nos campos da matemática, administração, psicologia organizacional e sociologia do trabalho, à procura de respostas para reduzir a profunda dissonância cognitiva (diferença entre o que é esperado e o observado) que vivenciei.

Essa procura me levou a conhecer o trabalho de Kahneman e Tversky, que desenvolveram juntos vários estudos sobre Psicologia da Decisão,

pelos quais foram premiados com o Nobel em Ciências Econômicas no ano de 2002. Baseado nesse conjunto de pesquisas, Tversky formulou a teoria do suporte, que engloba uma série de erros cognitivos do processo de decisão, também conhecidos como vieses de decisão. Essa é uma teoria descritiva que procura entender como ocorre, no ser humano, a preferência por certezas e tomadas de decisão baseadas em probabilidades subjetivas não racionais, mesmo quando ele é confrontado com evidências contrárias.^{4,5}

Vou dar alguns exemplos usando as percentagens relacionadas à atual pandemia. Se um medicamento ineficaz X foi prescrito a todas as pessoas com sinais de COVID-19, a interpretação de quem não utiliza o raciocínio científico adequadamente é que 80 % das pessoas tiveram uma boa evolução de quadro clínico por terem tomado o medicamento X. A mente humana se baseia em uma simples simultaneidade para atribuir relações de causa e efeito que posteriormente poderão se provar falsas.

Para aumentar a probabilidade de fazermos inferências corretas sobre causa e efeito, é recomendada a realização de estudo prospectivo com grupo de controle adequado, paralelo no tempo, com pacientes alocados aleatoriamente em cada grupo, em que tanto o paciente como quem o está tratando desconheçam qual medicamento está sendo usado.²

Sabe-se que o ser humano atribui maior peso a evidências que confirmam a sua crença inicial e tende a dar menor importância àquelas que a refutam (Viés de confirmação). Assim, podemos atingir altos níveis de crença, isto é, alta probabilidade subjetiva, quando observamos um único grupo de pacientes, sem outro grupo paralelo para comparação.

Outra característica de como a nossa mente lida com a probabilidade subjetiva é a subaditividade. Isso quer dizer que quando consideramos várias categorias como uma só, temos a tendência a reduzir a nossa estimativa da ocorrência de um evento nesse grupo resultante da união de vários subgrupos (Viés do desdobramento). Voltando ao exemplo da pandemia, intuitivamente consideramos que a ocorrência de morte por COVID-19 associada à obesidade, hipertensão arterial ou cardiopatia é maior que a por COVID-19 em geral. Essa estimativa pode valer para a análise de um único paciente, mas quando a aplicamos numa perspectiva frequentista a uma população vemos que uma distorção é criada, pois as categorias nas quais consideramos mais provável a ocorrência de morte são simplesmente subgrupos da condição geral que é a de ter COVID-19.

O bloqueio neuromuscular residual pode ser considerado o resultado de alguns erros cognitivos que cometemos no processo de tomada de decisão. Uma lista desses erros, ou vieses cognitivos, já foi elaborada para a nossa especialidade⁶ (Tabela I). A metacognição ou conhecimento e análise dos nossos próprios processos de pensamento e seus vieses é importante, mas insuficiente para lidar com a falta de

NOVABUPI[®]

cloridrato de levobupivacaína
em excesso enantiomérico de 50%

Todas as apresentações embaladas em estojos esterilizados Sterile Pack[®] são⁽¹⁾ rastreados pelo código DataMatrix.⁽²⁾



Anestésico loco-regional em estojos esterilizados^(1,3) que oferece maior tempo de analgesia, menor latência no aparecimento do bloqueio motor e menor neuro e cardiotoxicidade.*⁽⁴⁾

ANALGESIA mais prolongada (de até 15 horas) em relação à ropivacaína em bloqueios periféricos.⁽⁵⁾

Reduz o consumo de analgésicos pós-operatório.⁽⁶⁾



0,25%
com e sem vaso

**Infiltração local.⁽⁶⁾
Dor pós-operatória.⁽⁶⁾
Analgesia do trabalho de parto.⁽⁷⁾**

0,50%
isobárica

Raquianestesia.⁽⁸⁾

0,50%
com e sem vaso

**Epidural:^(9,10)
Bloqueios dos nervos periféricos.^(11,12,13)**

0,75%
com e sem vaso

Anestesia Oftálmica.⁽¹⁴⁾

*em relação à mistura racêmica

Contraindicações: Hipersensibilidade ao fármaco ou a qualquer anestésico do tipo amida. **Interações medicamentosas:** Anestésicos locais ou substâncias relacionadas estruturalmente aos anestésicos locais do tipo amida podem ter seus efeitos tóxicos aumentados.

Referências Bibliográficas: 1. Fernandes CR, Fonseca NM, Rosa DM, Simões CM, Duarte NMC. Brazilian Society of Anesthesiology Recommendations for Safety in Regional Anesthesia. Rev Bras Anestesiol 2011; 61(5): 668-94. 2. Resolução-RDC Nº 54 de 10 de dezembro de 2013 [Internet]. Ministério da Saúde. 2013 [citado 04 dez 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0054_10_12_2013.pdf 3. Novabupi[®] - com e sem vasoconstritor e Novabupi[®] isobárica: cloridrato de levobupivacaína em excesso enantiomérico de 50%. Bula do medicamento. 4. Gonçalves RF, Lauretti GR, de Mattos AL. Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% e Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em Anestesia Peridural. Rev Bras Anestesiol 2003; 53: 2: 169 - 176. 5. Hamaji A, de Rezende MR, Mattar R Jr, Vieira JE, Auler JO Jr. Comparative study related to cardiovascular safety between bupivacaine (S75-R25) and ropivacaine in brachial plexus block. Braz J Anesthesiol. 2013 Jul-Aug;63(4):322-6. 6. Imbelloni LE, Beato L, Beato C, Cordeiro JA, Souza DD. Analgesia pós-operatória com bloqueio bilateral do nervo pudendo com bupivacaína S75-R25 a 0,25%. Estudo piloto em hemorroidectomia sob regime ambulatorial. Rev Bras Anestesiol 2005; 55: 6:614-621. 7. Duarte NMC, Caetano AMM, Lima LC, Chagas AS. Estudo comparativo entre bupivacaína racêmica (S50-R50) a 0,125% e Bupivacaína em excesso enantiomérico de 50% (S75R25) a 0,125% e 0,25% em anestesia peridural para analgesia de parto. Rev Bras Anestesiol 2008; 58: 1:5-14. 8. Imbelloni LE, Lúcia B. Comparação entre bupivacaína racêmica (S50-R50) e mistura enantiomérica de bupivacaína (S75-R25), ambas isobáricas, a 0,5 por cento em raquianestesia. Estudo em cirurgias ortopédicas. Rev Bras Anestesiol; 2001. 51(5):369-376. 9. Côrtes CAF, Oliveira AS, Castro LFL, Cavalcanti FS, Seratim MM, Taia C, Filho ST. Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% e Ropivacaína a 0,75% Associadas ao Fentanil em Anestesia Peridural para Cesarianas. Rev Bras Anestesiol 2003;53:2:177-187. 10. Tanaka PP, Souza RO, Salvalaggio MFO, Tanaka MAA. Estudo Comparativo entre a Bupivacaína a 0,5% e a Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) a 0,5% em Anestesia Peridural em Pacientes Submetidos a Cirurgia Ortopédica de Membros Inferiores. Rev Bras Anestesiol 2003;53:3:331-337. 11. Volpato MA, Ranali J, Ramacciato JC, et al. Anesthetic Efficacy of bupivacaine solutions in inferior alveolar nerve block. Anesth Prog. 2005; 52:132-135. 12. Soares LF, Barros ACM, Almeida BP, Boos GL, Oliveira Filho GR. Volume Anestésico Mínimo para bloqueio retrobulbar extraocular: comparação entre soluções a 0,5% de bupivacaína racêmica, de levobupivacaína e da mistura enantiomérica S75/R25 de bupivacaína. Rev Bras Anestesiol 2005; 55:3: 263-268. 13. Cangiani LH, Cangiani LM, Pereira AMSA. Bupivacaína com Excesso Enantiomérico (S75-R25) a 0,5%. Bupivacaína Racêmica a 0,5% e Lidocaína a 2% no Bloqueio do Nervo Facial pela Técnica de O'Brien: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2007; 57: 2: 136-146. 14. Canedo JLP, Sarcinelli AC, Silva MLH, Miglioli R. Comparação entre a Levobupivacaína S75-R25 a 0,75% e Ropivacaína 1% na anestesia para cirurgia de catarata. Resultados Parciais: Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol 2004; 54 (Supl 33): CBA 133.

Material destinado a publicações exclusivas ao profissional médico, dispensadores e prescritores.

Para acessar informações da Bula



SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

um sinal confiável que torne mais precisa a nossa decisão clínica de usar o antagonista.

Essa falta de um sinal confiável, que auxilie na tomada de decisão, está relacionada ao nosso ambiente de trabalho, pois a maioria das instituições hospitalares continuam a ignorar a existência e a importância dos monitores neuromusculares objetivos, que permitem o diagnóstico mais fidedigno do bloqueio neuromuscular residual e compensam a nossa insuficiência sensorial.

Nas poucas instituições brasileiras que disponibilizam um estimulador de nervos simples ao anestesista, podemos usar nossa capacidade visual ou tátil para estimar a resposta motora do polegar, mas só conseguimos diagnosticar bloqueio neuromuscular residual quando a relação T4/T1 < 0,4. A nossa insuficiência sensorial para fazer esse diagnóstico e a falta de auditoria regular sobre o resultado das nossas decisões, aliadas a pressões por tempo e produtividade, nos levam a considerar “normal” o paciente que apresenta T4/T1 entre 0,4 e 0,9.

Na maioria dos hospitais do Brasil e de países em desenvolvimento a situação é ainda pior, pois nem estimuladores neuromusculares simples estão disponíveis nos centros cirúrgicos, obrigando o anestesista a usar um exercício de simples previsão farmacológica do tempo de ação do bloqueador neuromuscular para decidir sobre o uso do antagonista.³ O fato de não se ter certeza se a decisão de usar o antagonista foi correta, ou não, cria a ilusão de que a decisão foi correta (Viés do feedback).

Há quase 10 anos foi publicado o estudo em que analisei as regras simplificadoras usadas por anestesistas no processo de tomada de decisão intuitiva sobre o uso do antagonista de bloqueador neuromuscular.³ Apesar da introdução de novo antagonista na prática clínica, pouca coisa mudou desde então. Em estudo publicado em 2019, realizado em 10 hospitais nos EUA, a incidência de paralisia residual no momento da extubação traqueal em pacientes sem o monitor neuromuscular objetivo foi similar ao que observei há mais de 10 anos: 64%.⁷

Mas o aperfeiçoamento da nossa prática pode melhorar o desfecho clínico? Evidências recentes indicam que sim, pois o simples ato de antagonizar o bloqueio neuromuscular com neostigmina está associado à redução pela metade na incidência de pneumonia pós-operatória, de 4 para 2 casos em 10 mil pacientes/ano. Considerando um tempo médio de internação de 3 dias, evitaríamos 1 pneumonia para cada 1.700 pacientes. Estimando um volume global de cirurgia de 300 milhões/ano, isso implica que há um potencial para evitar pneumonia em cerca de 150 mil pessoas anualmente.⁸

Não fazer nada também é uma decisão. Muitas vezes a mais perigosa. Será que é demais pedir monitores que permitam maior qualidade e segurança no cuidado dos pacientes já internados? Precisaremos de mais uma década para tornar obrigatória a disponibilidade de monitor neuromuscular objetivo nos centros cirúrgicos do Brasil? Qual será o custo da nossa inação e quem pagará por isso?

Figura 1. Processos cognitivos usados na tomada de decisão clínica. Modelo de Croskerry



Adaptado de Stiegler MP, Anesthesiology 2014.

Tabela 1. Alguns exemplos de erros cognitivos na decisão médica

Erros cognitivos	Implicação
Confiança excessiva	A grande maioria dos médicos se acha melhor que a média de todos
Viés da disponibilidade	O 1º diagnóstico avaliado é similar ao de um caso marcado na memória
Viés de confirmação	Procura preferencial por evidências que confirmam o diagnóstico inicial
Finalização prematura	Precocemente desiste de avaliar alternativas ao diagnóstico inicial
Viés do feedback	Interpretação equivocada: ausência de feedback = feedback positivo

Adaptado de Stiegler MP, BJA 2012.

REFERÊNCIAS

- 1 - Stiegler MP, Tung A. Cognitive processes in anesthesiology decision making. *Anesthesiology* 2014; 120:204-17. doi: 10.1097/ALN.0000000000000073.
- 2 - Hunink M, Weinstein MC, et al. *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*. 2nd ed. University Press, Cambridge 2014. ISBN13 978-1-107-69047-9.
- 3 - Videira RL, Vieira JE. What rules of thumb do clinicians use to decide whether to antagonize nondepolarizing neuromuscular blocking drugs? *Anesth Analg* 2011; 113:1192-6. doi: 10.1213/ANE.0b013e31822c986e.
- 4 - Brenner LA, Koehler DJ, Rottenstreich Y. Remarks on Support Theory: recent advances and future directions. Gilovich T, Griffin D, Kahneman D ed. *Heuristics and biases: the psychology of intuitive judgement*. Cambridge University Press, New York. 2007. p 489-509. ISBN 978-0-521-79679-8.
- 5 - Tversky A, Koehler DJ. Support Theory: a nonextensional representation of subjective probability. *Psychol Rev* 1994; 101:547-67. doi: 10.1037/0033-295X.101.4.547.
- 6 - Stiegler MP, Neelankavil JP, Canales C, Dhillon A. Cognitive errors detected in anaesthesiology: a literature review and pilot study. *Br J Anaesth* 2012; 108:229-35. doi: 10.1093/bja/aer387.
- 7 - Saager L, Maiese EM, Bash LD, et al. Incidence, risk factors, and consequences of residual neuromuscular block in the United States: The prospective, observational, multicenter RECITE-US study. *J Clin Anesth* 2019; 55:33-41. doi: 10.1016/j.jclinane.2018.12.042.
- 8 - Bulka CM, Terekhov MA, Martin BJ, et al. Nondepolarizing neuromuscular blocking agents, reversal, and risk of postoperative pneumonia. *Anesthesiology* 2016; 125:647-55. doi: 10.1097/ALN.0000000000001279.

SAESP LANÇA PROGRAMA AÇÃO SOLIDÁRIA COM AÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS



Profa. Dra. Rita de Cássia Rodrigues, TSA-SBA
Presidente da SAESP

Sabemos que cada indivíduo tem dentro de si, inegavelmente, um potencial enorme para fazer coisas boas acontecerem e também para sentir as necessidades e dificuldades do outro. Porém, nem sempre somos capazes de sozinhos realizar ações efetivas. Talvez nos falte conhecimento, orientação, apoio; enfim, quando vemos, o tempo passou, a oportunidade se foi, e o outro, ou os outros, continua lá, precisando de uma ajuda, de um auxílio, de uma atitude!

Mas e como instituição? Será que este potencial para fazer coisas boas acontecerem não é maior e mais factível? Tal como o ditado popular: a união faz a força? Sim! Foi com esta certeza, de que atitudes coletivas e metas bem definidas constituem eixos estruturantes para realizações exitosas, que a SAESP criou o **AÇÃO SOLIDÁRIA**.

O **Ação Solidária** tem como objetivos reconhecer as dificuldades e necessidades do outro, quer sejam individuais, de uma classe, entidade, ou mesmo de um país, e criar iniciativas ou programas que nos movimentem em prol do outro e da sociedade.

Imbuídos destes propósitos, iniciamos em 30 de abril o **Ação Solidária SAESP** com o Treinamento em Intubação orotraqueal (IOT) no paciente com COVID-19 ou suspeito, para médicos de qualquer especialidade, totalmente gratuito.

Esta primeira iniciativa nasceu da necessidade de contratação, pelos hospitais, de médicos de qualquer especialidade, em face do aumento progressivo de pacientes com COVID-19. Neste contexto, sabíamos que muitos médicos seriam ou estavam sendo admitidos sem a prática necessária de intubação traqueal, técnica inerente à especialidade da anestesiologia, e vital para os pacientes graves com COVID-19. Para aprimorar esta habilidade, tão rapidamente requerida, abrimos as portas do nosso Centro de Simulação, e, aliando a estrutura necessária a profissionais capacitados e competentes, criamos o **Curso de Ensino e Treinamento em IOT** para médicos, totalmente gratuito, com todas as precauções e cuidados inerentes à não transmissibilidade. No período de 30 de abril a 27 de maio, quando o curso se encerrou, foram treinados 491 médicos das mais diversas especialidades, dos quais 71% tinham pouquíssima experiência nesta prática.

Nossa segunda **Ação Solidária**, lançada no dia Internacional do combate às drogas, em 26 de junho, é o **Programa WE CARE**, voltado para os anestesistas adictos, ou dependentes químicos.

A adicção e o suicídio entre os anesthesiologistas são trágicos sinais do estágio avançado de uma doença mental, que é a dependência química. Trata-se de uma doença crônica, caracterizada por distúrbios neurobiológicos e comportamentais que induzem ao uso compulsivo de drogas e geram um intenso desejo de obtê-las.

Há anos, repetidamente, somos surpreendidos pela perda voluntária de algum colega ou ficamos aflitos pela suspeita de que outros possam ser dependentes químicos. “Assistir” passivamente pesquisas sobre incidência, razões e consequências do uso de drogas, ler e ouvir sobre o assunto, não tem sido suficiente para diminuir a adicção entre os anesthesiologistas. Entendemos que era preciso muito mais. Fomos buscar o conhecimento de renomados psiquiatras e anesthesiologistas nesta área da atuação da dependência química, e juntos criamos o projeto **WE CARE**. Trata-se de uma iniciativa inédita no âmbito das sociedades médicas, pois gratuitamente e com total anonimato proverá ao apoio e à orientação iniciais ao anestesista associado adicto e seus familiares, chefes de serviço ou amigos. Através da opção por uma, de duas clínicas selecionadas, ambas altamente qualificadas contando com profissionais especializados em dependência química, e um laboratório para dosagem de substâncias psicoativas, o anesthesiologista e seu familiar receberão assistência e orientações individuais iniciais.

A terceira **AÇÃO SOLIDÁRIA** em andamento é o **Programa África de Língua Portuguesa**. Em conjunto com a World Federation of Societies of Anaesthesiologists, WFSA, a SAESP iniciará sua participação no programa SAFE Obstetric e SAFE Pediatric em países africanos de língua portuguesa. Trata-se de um projeto desenvolvido pela Associação de Anestesistas da Grã-Bretanha e Irlanda (AAGBI) e pela WFSA que tem como objetivo treinar médicos anestesistas e, em grande parte, não médicos que praticam atos anestésicos em países africanos. O objetivo é levar conhecimento e habilidades essenciais para que eles prestem cuidados seguros a seus pacientes, mesmo em locais com poucos recursos, e treinar o maior número possível de profissionais de anestesia em cada país, a fim de criar um modelo de treinamento sustentável que possa ser incorporado ao seu sistema nacional de saúde.

E assim caminhamos, rumo a uma **#SaespSempreMais**.



*E assim caminhamos,
rumo a uma **#SaespSempreMais***





Dra. Rosa Marina Avilla, Médica Anestésista, TSA-SBA

Mestre em Ciências pela Unifesp (Psiquiatria e Psicologia Clínica).
Coordenadora do curso de pós-graduação em Anestesia da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.



Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, MD, PhD

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp.
Orientador do curso de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da Unifesp.
Coordenador da UNIAD — Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Unifesp.
Diretor do Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas.

A cena que descreverei a seguir pode ter ocorrido com você, num dia comum de trabalho e de modo inesperado, meu caro colega anestésista...

Eu estava fazendo uma anestesia para fratura de antebraço, quando a enfermeira entrou na sala e me chamou, tentando manter calma e discrição:

- “Dra. Hígia, dá pra senhora vir imediatamente aqui na sala do Dr. Aquiles? Ele está precisando de ajuda...”.

Como eu não podia negar auxílio a um paciente em situação de emergência, solicitei ao técnico em Enfermagem da sala que “ficasse de olho” no paciente e nos monitores, avisei o cirurgião e fui de imediato auxiliar o Dr. Aquiles. Sala do lado, voltaria rapidamente... Tratava-se de uma colpoperineoplastia, normalmente feita com um bloqueio de condução e sedação, cirurgia simples, de cerca de uma hora ou uma hora e trinta minutos.

Para minha surpresa e desolação, espanto e inabilidade, ou, ainda, completo despreparo pessoal em face de uma situação até então inusitada, a paciente estava ótima! O problema era o Dr. Aquiles! Completamente descontrolado e julgando que a paciente se encontrava em estado de choque hipovolêmico, ele pedia aos brados hemoderivados, enquanto diluía drogas vasoativas!! Atônita, solicitei ajuda adicional, e conduzimos ambas as cirurgias a um desfecho adequado. Este foi meu primeiro contato com um colega dependente químico.

E eu apostaria uma passagem de ida para a Itália no período pós-pandemia que você, meu colega, já soube de outros médicos portadores de doenças decorrentes do uso de substâncias psicoativas, que é a denominação mais apropriada...

Sim, eu disse doença! Porque a dependência química é uma doença crônica e recidivante, tratável, assim como o diabetes e a hipertensão ou, ainda, a asma brônquica. Está classificada no Código Internacional das Doenças sob a letra F.

Ocorre que ninguém passa vergonha ou é estigmatizado por sofrer de uma doença no pâncreas, no caso o diabetes mellitus, por ter úlceras em membros inferiores, ou por aplicar insulina subcutânea. Mas imagine um médico, de qualquer especialidade, mas sobretudo da nossa, que apresente doença no cérebro por abuso dessas substâncias! Ele tem medo, vergonha, e faz de tudo para esconder esse flagelo que o acompanha.

Em média, um médico demora seis anos e meio para procurar ajuda¹, e, se o faz, é porque foi obrigado a fazê-lo, seja pelo cônjuge, família ou empregador. Teme perder suas fontes de renda, mas está constantemente exposto aos estímulos que o levaram à adicção. É como entrar numa loja de doces maravilhosos e resistir a eles 100% do tempo. É como sentir calor e não conseguir retirar uma jaqueta

apertada de lã, ou, ainda, ter sede e não poder beber água. Nos Estados Unidos, quase 1% dos residentes em treinamento apresenta sinais da doença² e a American Society of Anesthesiologists (ASA) tem disposições sérias a respeito de educação e acompanhamento dos médicos em especialização desde seu primeiro ano³.

A incidência da doença entre os médicos é igual à da população geral, ou seja, cerca de 10-15%⁴, porém a resposta ao tratamento parece ser melhor entre esses profissionais⁵. Boa parte deles é adicta a opioides, uma verdadeira epidemia nos EUA e Canadá, mas outras substâncias podem estar no rol de vilãs: benzodiazepínicos, propofol, inalatórios, assim como outras drogas de rua: maconha, cocaína e seus derivados, anfetaminas, o álcool e, ainda, as drogas sintéticas, altamente lesivas à saúde, dado seu grau de impureza e contaminação.

A incidência entre os anestésistas pode estar superestimada, visto que eles são os especialistas que mais procuram os recursos de tratamento disponíveis⁵. A doença implica em alto risco em três esferas diferentes: risco pessoal, o que inclui óbito por overdose numa recaída; risco ao paciente, pela possibilidade de o profissional estar sob efeito de drogas ou em abstinência; risco à instituição⁴.

Há vários fatores relacionados à possibilidade de desenvolvimento da doença, que abrangem também um perfil pessoal e comportamento característicos. O estresse e a Síndrome de Burnout (NEJM, 2018) estão altamente associados ao uso abusivo e à dependência química. Outros fatores seriam: um histórico familiar de dependência química e outras comorbidades psiquiátricas; famílias disfuncionais; a busca por alívio de sobrecarga emocional, sobretudo nos primeiros anos após a graduação; inabilidade pessoal de enfrentamento de crises, entre outros⁶. O fácil acesso a drogas rapidamente aditivas entre anestésistas e intensivistas é um fator determinante para a experimentação, seja por curiosidade, seja para alívio do seu cansaço e estresse, seja para auxílio ao sono ou ao tratamento de estados depressivos. Em estágios tardios da doença, o uso continuado é uma forma de manter-se longe dos quadros graves de fissura e abstinência.

Não há sinal patognomônico do uso, e a negação é comum. Alguns sinais, porém, podem levar à presunção da possibilidade do abuso de substâncias psicoativas:

1. Mudanças súbitas de comportamento: ansiedade excessiva, depressão, irritação extrema seguida de euforia, sono intenso.
2. Uso crescente de opioides na anestesia e “quebras” frequentes de ampolas.
3. Preenchimento inadequado, ilegível e confuso dos registros de anestesia.
4. Preferência por trabalhar em sala sozinho.
5. Recusa a sair para o “café”, mas disponibilidade frequente para substituir amigos.

6. hábito de voluntariar-se para plantões e casos extras, sobretudo em cirurgias em que o uso de opioides é maior.
7. pedidos frequentes para ir ao banheiro, e permanência neste por períodos prolongados.
10. desaparecimentos inexplicáveis no meio do plantão.
8. desejo de administrar opioides pessoalmente a pacientes que, com frequência, apresentam dores desproporcionais ao uso de narcóticos registrado.
9. uso de blusas de manga longa para esconder locais de punção.
10. pupilas puntiformes.
11. sinais e sintomas de abstinência: diaforese, tremores, midríase, rinorreia, mialgias, náuseas e vômitos.
12. perda de peso e palidez que não são explicadas por outras doenças sistêmicas.
13. síncope, coma, morte.
14. envolvimento em eventos adversos graves e outros acidentes.

REFERÊNCIAS

1 - Hammer N Palhares in dependência química entre médicos: a experiência de um serviço pioneiro no Brasil - rede de apoio a médicos. Características sociodemográficas, padrões de consumo, comorbidades e repercussões do uso de álcool e outras drogas entre médicos. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de doutor em Ciências. 2 - Michael R. Oreskovich, MD, et al. The Prevalence of Substance Use Disorders in American Physicians. *The American Journal on Addictions*, 24: 30–38, 2015. DOI: 10.1111/ajad.12173. 3 - Model Curriculum on Drug Abuse and Addiction for Residents in Anesthesiology. American Society of Anesthesiologists Committee on Occupational Health Chair, Arnold J. Berry, M.D., M.P.H. Task Force on Chemical Dependence. 4 - Michael G. Fitzsimons, M.D. Reducing the Incidence of Substance Use Disorders in Anesthesiology Residents. 13 Years of Comprehensive Urine Drug Screening. *Anesthesiology* 2018; 129:821-8. 5 - Gabriel Schonwald, MD. Anesthesiologists and Substance Use Disorders. *Anesthesia Analgesia*. November 2014 • Volume 119 • Number 5. 6 - Gold KJ, Schwenk TL. Physician Suicide—A Personal and Community Tragedy. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(6):559–560. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0009.

OS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NOS TERMOS DA LEI Nº 13.787/2018



Dr. Fábio Roberto de Almeida Tavares
Almeida Tavares e Silva - Sociedade de Advogados

A segurança das informações dos pacientes, que durante muito tempo esteve submetida à regulamentação dos Conselhos das Classes, agora conta com um importante instrumento legal criado através da Lei nº 13.787/2018 para resguardá-la através do formulário médico eletrônico.

Já utilizada em larga escala pelos profissionais da saúde, esta norma estabelece todas as condições para a digitalização, utilização de sistemas informatizados para a guarda, armazenamento e manuseio do prontuário eletrônico, que, segundo o Conselho Federal de Medicina em sua Resolução nº 1.638/2002, é o “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Visando assegurar a integridade, confidencialidade e a segurança deste conjunto de informações, sinais e imagens, a lei estabelece que toda sua digitalização deve ser realizada utilizando-se o certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

A comissão permanente de revisão de prontuários criada pela Lei é a responsável por analisar os documentos físicos que serão destruídos após sua digitalização, constatando a integridade dos documentos digitais e também preservando documentos de valor histórico seguindo a legislação arquivística. Em que pese não ser possível apreendê-lo automaticamente da leitura da lei, entende-se que não

A educação e informação são passos importantes e constituem partes essenciais de projetos que visem auxiliar os anestesistas adictos. O lançamento de um Programa de acolhimento, orientação e reinserção profissional do paciente/anestesiologista, como o desenvolvido pela SAESP, o We Care, embora não garanta a resolução do problema, é um enorme avanço, pois passa-se da constatação para a ação.

A iniciativa da Sociedade de Anestesia do Estado de São Paulo se apoia em pilares fundamentais para a prevenção, acompanhamento e a orientação do paciente, familiares, colegas e gestores de serviço. Ela constitui a pedra angular para superamos o descaso, rumo ao tratamento de nossos colegas.

Temos certeza do sucesso do programa e antecipamos nossos parabéns pela coragem e desprendimento.

há nenhum óbice a esta comissão ser conjugada com a já existente “Comissão de Revisão de Prontuários” disciplinada pela Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, obrigatória nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

O armazenamento das informações é legalmente protegido do acesso, uso, alteração, reprodução e destruição não autorizados, através de sistema especializado de gerenciamento eletrônico. Os prontuários eletrônicos em conformidade legal terão o mesmo valor probatório que os documentos originais em qualquer esfera, sendo a guarda dos eletrônicos ou em papel obrigatória por 20 anos, após o que poderão então ser destruídos ou devolvidos aos pacientes. Tal prazo poderá ser estendido em função do potencial de uso em estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, bem como para fins legais e probatórios.

Com efeito, em substituição aos termos da Resolução nº 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina, que impunha ao prontuário em meio digital a sua guarda permanente, a Lei nº 13.787/2018 equiparou o prontuário eletrônico ao de papel quanto ao tempo de guarda: ambos devem ser mantidos por 20 (vinte) anos.

Assim, o estabelecimento pela primeira vez, por lei, de tempo mínimo de guarda das informações do paciente, a equiparação do prontuário eletrônico aos documentos originais, a garantia de confidencialidade (sigilo) e autenticidade dos prontuários foram importantes avanços para garantir a segurança dos profissionais de saúde e pacientes introduzidos pela Lei nº 13.787/2018.

NOVOS DESAFIOS DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA SAESP



Prof. Dr. Luiz Fernando dos Reis Falcão, TSA-SBA
Diretor Científico da SAESP



Dra. Chiara S. Tessmer Gatto, TSA-SBA
Vice-diretora Científica da SAESP

A SAESP, em seus 50 anos de história, tem longa tradição na contribuição para o aperfeiçoamento e atualização dos médicos anesthesiologistas. Suas atividades científicas tiveram seu início em 1977 com os cursos de atualização, evoluindo ao longo das últimas décadas e chegando ao ponto de abrigar o quinto maior congresso de anesthesiologia do mundo — COPA —, além de contar com atividades científicas semanais que englobam todas as áreas de conhecimento da especialidade.

Em 2017, a SAESP, de forma pioneira, lançou-se a um novo desafio: a construção de um Centro de Simulação equipado para receber e desenvolver novas atividades de ensino. Em pouco tempo, já foram criados 19 workshops teórico-práticos realizados semanalmente por profissionais capacitados e respeitados em suas respectivas áreas. Em paralelo, a SAESP deu início a mais uma atividade pioneira: a realização de parcerias internacionais com o objetivo de estabelecer pontes para aprimorar as atividades científicas. Neste período foram assinados memorandos de entendimento da SAESP com a ASA — *American Society of Anesthesiology* —, ASRA — *American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine* —, AQI — *Anesthesia Quality Institute* —, APSF — *Anesthesia Patient Safety Foundation* —, ERAS LatAm, ERAS Society — *Enhanced Recovery After Surgery Society* —, ESA — *European Society of Anaesthesiology* —, ISPCOP — *International Society for the Perioperative Care of the Obese Patient* —, SCA —

Society of Cardiovascular Anesthesiologists —, SAMBA — *Society for Ambulatory Anesthesia* —, S.C.A.R.E. — *Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación* —, PSMF — *Patient Safety Movement Foundation* — SPA — *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia* — e NYSSA — *The New York State Society of Anesthesiologists*.

Em pleno século XXI, em que as transformações acontecem com frequência diária, entendemos que não há barreira geográfica ao conhecimento. Sendo assim, a SAESP, seguindo a sua missão de fomentar a excelência na prática da anestesia através da educação e desenvolvimento profissional, e alinhada aos seus valores de inovação, dinamismo, colaboração e liderança, se lança a um novo desafio: fazer o conhecimento científico de alta qualidade produzido pela SAESP e seus parceiros chegar de forma virtual a todos aqueles que desejam manter-se atualizados para cumprir com excelência a nobre missão de cuidar dos seus pacientes.

Segundo Protágoras (Grécia, séc. V a.C.), “Muitas coisas impedem o conhecimento, incluindo a obscuridade do tema e a brevidade da vida humana”. Vencendo estas barreiras, a gestão 2020/2021 muito se orgulha de lançar a **Plataforma Educacional SAESP**, que contará com os webinars semanais e os cursos horizontais que agora estarão ao alcance de todos.

Ketamin cloridrato de dextrocetamina

- **Infusão de cetamina no intra-operatório reduz a dor e o consumo de analgésicos pós-operatórios.** ⁽¹⁾

- **ANALGESIA SUPERIOR à cetamina racêmica.** ^(4,5)

4 X + Estereosseletividade pelos receptores NMDA. ⁽⁶⁾

Anestésico venoso que proporciona analgesia efetiva. ^(1,2)

Ketamin
cloridrato de dextrocetamina
Solução injetável - 50 mg/mL
Ketamin - Embalagem com 5, 25 ou 50 frascos-ampola contendo 10 mL. ⁽³⁾



COM CÓDIGO DATAMATRIX®

Ketamin NP
cloridrato de dextrocetamina
Ketamin NP - (sem conservantes)
solução injetável 50 mg/mL
embalagem com 25 ampolas contendo 2 mL. ⁽³⁾



COM CÓDIGO DATAMATRIX®

Para acessar informações da Bula



KETAMIN E KETAMIN NP SÃO MEDICAMENTOS. DURANTE SEUS USOS, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.
Interações medicamentosas: Tubocurarina, hidrocarbonetos halogenados, anti-hipertensivos, depressores do SNC, hormônios tireoideais, diazepam. **Contraindicações:** Absolutas: Hipersensibilidade à cetamina e porfiria. Relativas: Hipertensão arterial, antecedentes de acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca severa.

Referências Bibliográficas: 1. Hong BH, Lee WY, Kim YH, Yoon SH, Lee WH. Effects of intraoperative low dose ketamine on remifentanyl-induced hyperalgesia in gynecologic surgery with sevoflurane anesthesia. *Korean J Anesthesiol.* 2011 Sep;61(3):238-43. 2. Joly V, Richebe P, Guignard B, Fletcher D, Maurette P, Sessler DI, Chauvin M. Remifentanyl-induced postoperative hyperalgesia and its prevention with small-dose ketamine. *Anesthesiology.* 2005 Jul;103(1):147-55. 3. Ketamin e Ketamin NP: cloridrato de dextrocetamina. Bula do medicamento. 4. Lauretti GR, Lima ICPR, Buscatti RY et al - Avaliação clínica dos efeitos hemodinâmicos, analgésicos, psicodélicos e do bloqueio neuromuscular da cetamina racêmica e de seu S(+)-isômero. *Rev Bras Anestesiol.* 2000;50:357-362. 5. Arendt-Nielsen L, Nielsen J, Petersen-Felix S, Schneider TW, Zbinden AM. Effect of racemic mixture and the (S+)-isomer of ketamine on temporal and spatial summation of pain. *Br J Anaesth.* 1996 Nov;77(5):625-31. 6. Ishizuka P, Garcia JBS, Salaka RK, Issy AM, Mulich SL. Avaliação da S(+)-Cetamina por Via Oral Associada à Morfina no Tratamento da Dor Oncológica. *Rev Bras Anestesiol.* 2007; 57(1):19-31.

Material destinado a publicações exclusivas ao profissional médico, dispensadores e prescritores.

Webinars SAESP

Todas as segundas feiras às 20hs

Assista no canal da SAESP no youtube



SAESP ANESTESIA

*Assista todos os webinars realizados
em nossa plataforma educacional*



Plataforma
Educatonal
SAESP

plataformasaesp.com.br

Webinar | Conversa com especialistas

Webinar | Pró e Contra

Webinar | Entrevista

Webinar | Hot Topics

Webinar | SAESP Acadêmicos

ANESTESISTAS TRANSFORMANDO-SE EM INTENSIVISTAS



Profa. Dra. Maria José Carvalho Carmona – TSA–SBA

Vice-Presidente da SAESP

Professora Associada da Disciplina de Anestesiologia, Departamento de Cirurgia, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

Diretora da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da FMUSP



Dr. Rafael Priante Kayano

Segundo-Secretário da SAESP

Supervisor do Serviço de Urgência e Trauma do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP

Com toda certeza este ano de 2020 será lembrado como o ano da pandemia do Coronavírus. E também como o ano em que muitos anestesistas tiveram de atuar como intensivistas para colaborar no tratamento de pacientes criticamente acometidos pela COVID-19.

No início de março, com o crescente número de casos de COVID-19, a cidade de São Paulo se tornou o epicentro da pandemia no Brasil, e foram criados diversos novos leitos de UTI nos principais hospitais públicos e privados, além de hospitais de campanha terem sido construídos. O HCFMUSP deu início a um plano de ação que designou o seu principal prédio, o Instituto Central, para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19. Devido à grande demanda de vagas de terapia intensiva, foram criadas por volta de 200 novas vagas, totalizando 300 leitos de UTI à disposição na atualidade. Além disso, foram criados 76 leitos dentro do centro cirúrgico nas 34 salas cirúrgicas deste Instituto, fazendo uso da estrutura já instalada nesses setores, como os aparelhos de anestesia, que, devido à escassez de ventiladores convencionais, estão servindo de suporte ventilatório aos pacientes.

Essa adaptação dos centros cirúrgicos em leitos de UTI não é uma realidade exclusiva do Brasil, já que países como Itália, Espanha, EUA, entre outros, também utilizaram essa estratégia no enfrentamento dessa crise. E, realmente, com algumas modificações e adaptações, a conversão da estrutura física para esse novo propósito não foi muito complexa, tendo sido necessários, principalmente, alguns ajustes na rede de gases medicinais, nas instalações elétricas, na rede de ar condicionado e a formulação de um sistema de rede de dados dos pacientes para vigilância remota. Assim, essa transformação tornou o ambiente bastante seguro para receber os pacientes. E com certeza também foi uma escolha óbvia, tendo em vista a grande diminuição nos procedimentos cirúrgicos eletivos da maioria das especialidades cirúrgicas.

Com as lições aprendidas por outros países que já haviam passado pelo pico da pandemia e que apresentaram um grande número de profissionais da saúde acometidos e afastados pela COVID-19, foi necessário instituir precocemente treinamentos intensos na correta utilização dos equipamentos de proteção individual e nas técnicas de paramentação e desparamentação, além de aperfeiçoamentos focados na realização de intubações orotraqueais seguras, e na utilização mais frequente do videolaringoscópio, respeitando-se, desse modo, o cuidado na assistência ao paciente e ao mesmo tempo minimizando a exposição às gotículas e aerossóis. Como consequência desse programa de treinamento, muitos poucos anestesistas foram infectados no ambiente hospitalar. Estudos imunológicos conduzidos com todas as equipes que atuam no HCFMUSP vêm constatando taxas de infecção pelo SARS-CoV-2 de cerca de 13%, consideradas elevadas

em comparação a dados populacionais de alguns bairros da cidade de São Paulo de mais de 5%.

Garantir essa segurança foi bastante importante para dar suporte na mudança da área de atuação do anestesologista. Vale lembrar que o anestesista já é um especialista no cuidado de pacientes críticos pelo menos temporariamente. E que as próprias UTIs nasceram dentro das unidades de recuperação anestésica, lá na década de 50... Essa significativa participação dos médicos anestesilogistas durante a crise de COVID-19 vem reforçando a grande versatilidade desses especialistas, pois, além de já dominar diversas áreas do intensivismo, como: ventilação mecânica, sedação, suporte hemodinâmico, o médico anestesista também trabalha muito bem em equipe, colaborando para o treinamento informal de profissionais da enfermagem em adaptação e demonstrando aos fisioterapeutas como utilizar os aparelhos de anestesia como ventiladores mecânicos nas UTIs. Mas também é muito importante reconhecer que temos limitações, e que precisamos de auxílio em algumas práticas diárias do intensivismo, por exemplo: o ajuste da nutrição de pacientes graves, a escolha da antibioticoterapia para quadros sépticos, o manejo de insuficiência renal aguda e a indicação de diálise. Em virtude dessas demandas e pela necessária continuidade no seguimento desses pacientes complexos, a colaboração de um diarista da Medicina Intensiva é fundamental.

E indo além da atuação como intensivistas, as equipes de anestesiologia têm assumido o papel dos Serviços de Transporte de Pacientes Críticos e dos Times de Resposta Rápida das instituições que priorizaram o tratamento de pacientes com COVID-19. Essas decisões foram motivadas pela necessidade de especialista em acesso à via aérea, visando reduzir eventos adversos durante a intubação orotraqueal.

De maneira geral, essa adaptação das salas cirúrgicas em leitos de UTI, e do anestesologista para atuar como intensivista, tem se mostrado bastante positiva e realmente menos complexa do que vislumbrávamos inicialmente. E o médico anestesilogista, desde que garantidos os recursos para sua segurança pessoal e com apoio institucional para suprir algumas de suas limitações, é um profissional que vem fazendo a diferença durante essa pandemia do Coronavírus, permitindo atender um maior número de pacientes com qualidade e salvar um maior número de vidas.



Artigos sobre
Anestesiologia e COVID-19
www.bjan-sba.org



Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

Edição 02

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

Rua Maestro Cardim, 1293 - conj. 131 | Bela Vista - São Paulo
+55 11 3673-1388 | secretaria@saesp.org.br | www.saesp.org.br

Faça parte
dessa história!

SAIBA MAIS SOBRE A SAESP



Clique no botão para acessar
o site SAESP e conferir as
vantagens de ser um
Associado SAESP



+55 11 3673-1388



secretaria@saesp.org.br



@saesp.anestesia



saesp.anestesia



SAESP ANESTESIA

Patrocínio

 **CRISTÁLIA**
Sempre um passo à frente...

Realização


Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo