

Ambulatório de Pré-Anestesia . Experiência da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina

A. Magri, TSA¹, I. Lo-Ré Jr.² & L. G. M. Leite²

Magri A, Lo-Ré Jr. I., Leite L G M — Ambulatory pre-anesthetic evaluation experience. Department of anesthesiology, Escola Paulista de Medicina.

The authors describes the pre-anesthetic evaluation by the anesthetist in ambulatory system, few days before the surgery. This new service was encouraged by some disregarded surgeries for several reasons, including the most important, the bad physical status of the patients on the day of the procedures. No surgery was postponed after the anaesthetist's evaluation, and the pre-anesthetic procedures advantages are discussed.

Key - Words: ANESTHESIA; PRE-ANESTHETIC VISIT: ambulatory

No início de 1984 foi criado dentro da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, o Ambulatório de Pré-Anestesia (A.P.A.). Este ambulatório iniciou suas atividades de maneira experimental, escolhendo como clínica piloto para atendimento a Disciplina de Oftalmologia em agosto do mesmo ano. A determinação do fluxo dos pacientes, salas a serem utilizadas, e horários, bem como o entrosamento entre a nossa Disciplina e a referida clínica foi tarefa que requereu vários contatos. Outra adaptação necessária relacionou-se ao tipo de formulário que seria utilizado, sendo consultados livros textos que forneceram uma base que necessitou ser reestudada para adequação às nossas realidades e necessidades. Como princípio de trabalho tomamos por base de que a nossa atividade não devesse interferir na conduta pré-operatória do preparo do paciente, seguindo a rotina da clínica.

Assim, por volta de dezembro de 1984, já com boa parte de sua estrutura montada, e com relativo bom funcionamento do ambulatório, iniciamos a formação de um cadastro dos pacientes a nós encaminhados, e das informações contidas em suas fichas, desde a identificação, estado clínico, até a indicação da anestesia sugerida, de acordo com cada caso clínico-cirúrgico.

Esclarecimentos cabem sobre a motivação para a criação do A.P.A. que teve como base a observação de que com freqüência, cirurgias eram suspensas no pré-operatório imediato com os pacientes já internados, ou mesmo na sala de cirurgia, por não apresentarem um mínimo de condições clínicas para realização de anestesia geral. Isto levava a um prejuízo, tanto econômico para a instituição por prolongar de modo substancial a internação do paciente, como emocional para o paciente, e por vezes a um agravamento do seu quadro clínico-cirúrgico levando-o a intervenções de urgência sem nenhum preparo. Estes fatos promoviam atritos, e um ambiente de desgosto entre cirurgiões e anestesistas.

Frente a tal situação, optou-se pela criação dentro da Disciplina, de um setor que permitisse uma minimização dos problemas, sendo então instituído o A.P.A.

O fato da escolha haver recaído sobre os pacientes da Disciplina de Oftalmologia deveu-se a que os pacientes desta clínica são em sua maioria de faixa etária mais elevada (Tabela I, Figura 1) e portadores de maior índice de patolo-

Trabalho realizado na Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP

2 Professor Adjunto

2 Médicos Anestesiologistas

*Correspondência para Antonio Magri
Rua Botucatu, 740
04023 - São Paulo, SP*

*Recebido em 30 de outubro de 1985
Aceito para publicação em 20 de dezembro de 1985
© 1986, Sociedade Brasileira de Anestesiologia*

Tabela I – Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária.

Idade (anos)	N.º de pacientes
Pré-escolar 0 → 7	2
Escolar 7 → 12	3
Adolescente 12 → 20	6
20 → 30	13
30 → 40	13
40 → 50	19
50 → 60	48
60 → 70	51
70 → 80	39
80 → 90	19

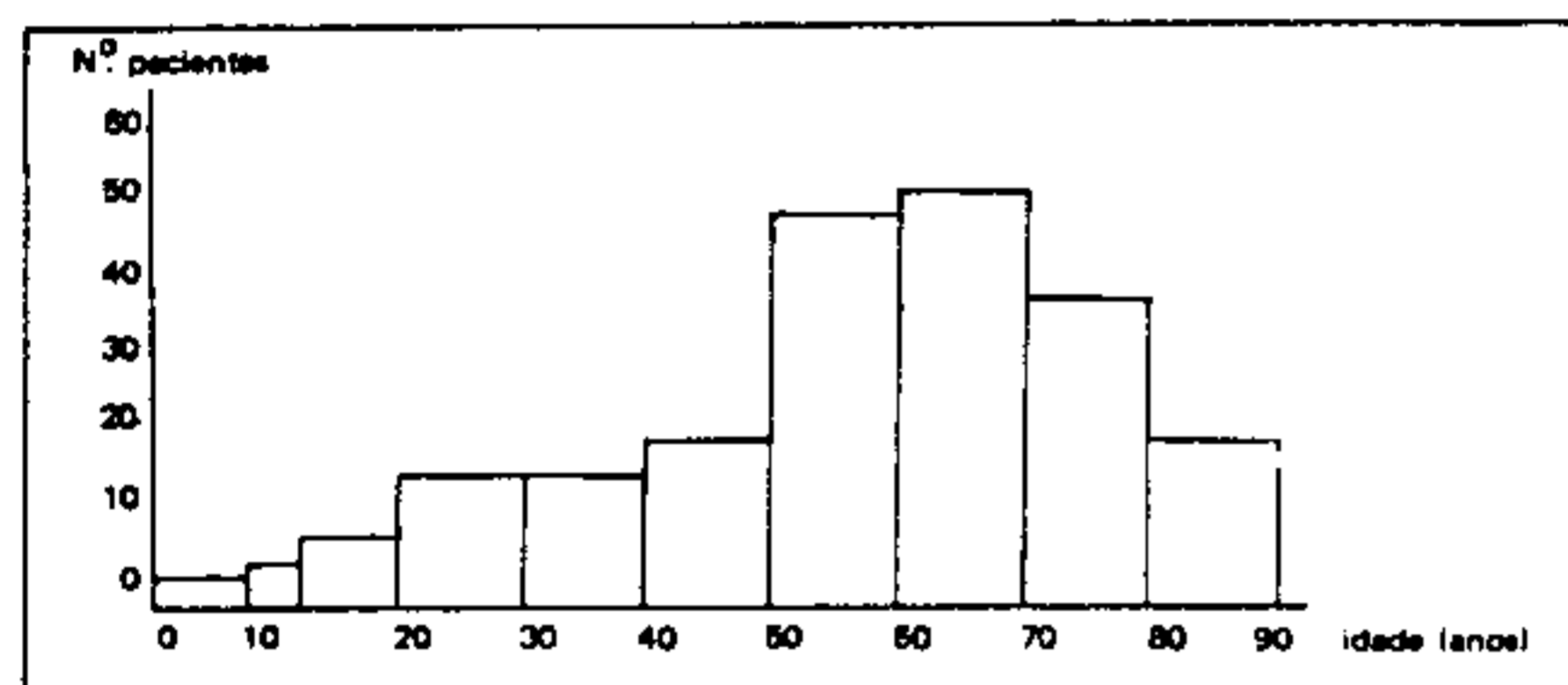


Fig. 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária.

gias (vide Tabela II), exigindo avaliação pré-anestésica mais aprimorada.

A distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de cirurgia, é vista na Tabela III.

Encontramos desde o início uma pronta aceitação por parte dos médicos da clínica oftálmica e da própria especialidade e, com os resultados obtidos, uma crescente credibilidade para com o nosso trabalho, e uma nova visão da importância e benefício para o bem comum.

Com os resultados desta primeira fase do experimento frente a uma análise positiva, estendemos nossas atividades para a Disciplina de Otorrinolaringologia que da mesma maneira apresenta bom número de pacientes nas condições a que nos propúnhamos. Feitas novas adaptações para o atendimento de mais uma clínica cirúrgica, voltamos a análise dos resultados, e diante do fato de que a divulgação de nosso trabalho o número de pacientes tornou-se progressivamente maior, atingindo cifras superiores à planejada no

Tabela II – Distribuição dos pacientes de acordo com as patologias associadas.

Patologias	N.º de pacientes
Arritmia cardíaca	8
Asma	17
Bronquiectasia	2
Cardiopatía congénita	1
Cirurgia cardiopulmonar	5
Diabetes	21
Displasia ectodérmica	1
Doenças psiquiátricas	2
Epilepsia	4
Estenose subaórtica hipertrófica	1
Etilismo	28
Hipertensão arterial	67
Hipoulgesia generalizada	1
Infecções	6
Insuficiência cardíaca	10
Insuficiência coronariana	5
Insuficiência renal crónica	1
Insuficiência vascular periférica	1
Obesidade	1
Prolapso de valva mitral	1
Reumatismos	3
Tireoidectomia	2
Tumor cerebral	1

início. Atualmente o A.P.A. tem planos para a viabilização do aumento dos períodos de atendimento, a fim de abranger um maior número de especialidades.

Características próprias no transcorrer da implantação do A.P.A. foi que ele exige para sua praticabilidade, maior rapidez na realização e análise dos exames subsidiários, incomum à maioria das outras atividades ambulatoriais, pois a idade avançada dos pacientes, bem como relativa instabilidade clínica própria e esta assim o exige, para que não se invalide as avaliações. Isto se fez notório em um caso de uma paciente que tendo sido submetida a uma cirurgia cerca de 3 meses antes da consulta no ambulatório, possuía uma avaliação eletrocardiográfica normal e que reavaliada mostrou alterações graves em um novo eletrocardiograma. Outra foi exigir entrosamento entre o serviço de anestesia e as clínicas cirúrgicas quanto à avaliação pré-operatória, para que os pacientes oriundos do A.P.A. tenham prioridade pelos motivos expostos. Devido à idade dos pacientes, este tipo de ambulatório deve ter instalações de fácil acesso, preferentemente em

Tabela III – Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de cirurgia.

Tipo de cirurgia	N.º de pacientes
Amigdalectomia	3
Blefaroplastia	1
Cisto braquial	1
Dacriocistorinostomia	21
Enucleação	1
Entrópio	1
Estapedectomia	2
Facectomia	198
Laringoscopia direta	1
Mastoidectomia	6
Cirurgia oftálmica sem referência	20
Cirurgia otológica sem referência	6
Parotidectomia	1
Prótese oftálmica	1
Polipose nasal	2
Recuo + ressecção	1
Retinopexia	1
Sinusectomia	1
Septoplastia	5
Trabeculectomia	22
Timpanoplastia	7
Tu palpebral	1
Turbinectomia	1

andares térreos e interligada com as demais dependências do prédio.

Uma das maneiras de agilizar alguns exames complementares é a realização de parte deles (ECG, dosagem de glicose sanguínea) pelo próprio anestesiológico no ambulatório.

Como metodologia de avaliação dos pacientes usamos critérios bem aceitos, e que tomam por base sexo e faixa etária (vide Tabelas IV e V).

Para classificação do estado físico dos pacientes, foi utilizada a classificação da A.S.A., cuja distribuição é vista na Tabela VI.

Dentro deste estudo fizemos uma comparação entre as indicações anestésicas pré-criação do ambulatório (vide Tabela VII) e pós-criação do A.P.A. (vide Tabela VIII).

Um dos primeiros resultados obtidos foi um melhor entrosamento entre as equipes cirúrgicas e os anestesistas, a diminuição de desagradáveis ocorrências anteriormente registradas, devido em grande parte a uma melhor avaliação pré-anestésica, a um melhor preparo e aceitação da conduta indicada, tanto da parte médica como do paciente.

Com esses resultados, e baseados na verificação de um índice comparativo da incidência de

Tabela IV – Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo.

Sexo	N.º de pacientes
Feminino	115
Masculino	88

Tabela V – Critérios utilizados para avaliação dos pacientes

Sexo	Idade	Critérios
Sexo feminino	0 anos → menarca	– nenhum exame pré
	menarca → 50a	– hematócrito – hemoglobina
	50a → 60a	– hematócrito, hemoglobina – uréia, creatinina – sódio, potássio séricos – glicose sanguínea – eletrocardiograma
	maiores que 60a	– hematócrito, hemoglobina – uréia, creatinina – sódio, potássio séricos – glicose sanguínea – eletrocardiograma – radiografias de tórax
Sexo masculino	0a → 40a	– nenhum exame pré
	40 → 50a	– eletrocardiograma
	50a → 60a	– hematócrito, hemoglobina – uréia, creatinina – sódio, potássio séricos – glicose sanguínea – eletrocardiograma
	maiores que 60a	– hematócrito, hemoglobina – uréia, creatinina – sódio, potássio séricos – glicose sanguínea – eletrocardiograma – radiografias de tórax

Tabela VI – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado físico.

A.S.A.	N.º
I	46
II	78
III	63
IV	8
V	–

Tabela VII – Anestésias realizadas em período anterior ao ambulatório.

Conduta	N.º de pacientes
Anestesia geral	91
Anestesia local	35

Tabela VIII – Distribuição dos pacientes de acordo com a conduta sugerida.

Conduta sugerida	Nº de pacientes
Anestesia geral	106
Anestesia local	30
Contra-indicação absoluta	2
Retorno para o A.P.A.	35
Encaminhamento a outras clínicas	12

suspensões de cirurgias das duas clínicas no período pós-criação do A.P.A., e um semelhante índice prévio à sua criação, cujos dados relatamos: em um período de 8 meses o total de cirurgias foi de 126, sendo realizadas 91 anestésias gerais e 35 anestésias locais e 19 cirurgias suspensas com pacientes internados, por falta de

Magri A, Lo-Ré Jr. I, Leite L G M — Experiência da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.

Os autores apresentam a experiência obtida com a formação experimental de um ambulatório de pré-anestesia, onde os pacientes são avaliados quando da marcação de cirurgias eletivas, antes da internação hospitalar. Um dos principais motivos da implantação de mais esta modalidade de serviço, foram os desencontros ocorridos com frequência entre os membros de diversos departamentos cirúrgicos com os anestesiológicos. Face a não avaliação prévia, muitas operações eram suspensas por inadequado preparo de pacientes já internados e que poderiam ser compensados em regime de ambulatório.

Com a implantação deste setor, praticamente nenhuma cirurgia foi adiada, havendo um aumento na incidência de anestésias gerais em relação à anestesia locorregional, que até então eram realizadas pela impossibilidade da administração de anestésicos gerais, face as condições dos pacientes. Os autores discutem as grandes vantagens da avaliação prévia dos pacientes em regime ambulatorial, concluindo que a Disciplina de Anestesiologia deve implantar o sistema em todas as demais clínicas cirúrgicas.

Unitermos: ANESTESIOLOGIA; VISITA PRÉ-ANESTÉSICA: ambulatorial

condições clínicas dos pacientes, correspondendo a 15,4%. Após a criação do A.P.A. o total de cirurgias em igual período foi de 136, das quais 106 anestésias gerais, 30 anestésias locais com um índice de suspensão zero. Destes dados extraímos que a indicação de anestésias locais diminuiu de 38,4% para 29,3%, com significativa diferença.

Outra constatação que corrobora com estes dados é que mesmo no transcorrer das atividades do A.P.A., 78 pacientes foram internados para cirurgia sem avaliação ambulatorial, dos quais 14 foram suspensos por falta de condições clínicas (17,4% de suspensões).

Concluimos que o ideal seria que todos os pacientes com indicação de cirurgia eletiva sejam pré-avaliados de forma ambulatorial, o que se tornou meta do nosso ambulatório.

Magri A, Lo-Ré Jr. I, Leite L G M — Ambulatorio de preanestesia, experiencia de la disciplina de anestesiología. En el Departamento de Cirugía de la Escuela Paulista de Medicina.

Los autores presentan la experiencia obtenida con la formación experimental de un ambulatorio de preanestesia donde los pacientes son evaluados a partir del momento en que la cirugía electiva está marcada, antes de la internación hospitalar. Uno de los principales motivos de la implantación de más esta modalidad de servicio, fueron los frecuentes desencuentros ocurridos entre los miembros de los diversos departamentos cirúrgicos con los anestesiológicos. Debido a una no previa evaluación, muchas operaciones eran suspensas por un no adecuado preparo de los pacientes que ya estaban internados y, que podrian ser compensados en régimen de ambulatorio.

Con la implantación de este sector, prácticamente ninguna cirugía fue postergada, habiendo un aumento en la incidencia de las anestésias generales con relación a las anestésias locorregionales, que hasta entonces, eran realizadas por la imposibilidad de la administración de anestésicos generales, de acuerdo con las condiciones de los pacientes.

Discuten los autores las grandes ventajas de la evaluación previa de los pacientes en régimen ambulatorial, concluyendo que la Disciplina de Anestesiología debe establecer el sistema en las demás clínicas cirúrgicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collins V J — Princípios de anestesiologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2ª Edição, 1976; págs. 23-24.
- Miller R D — Anesthesia. Interamericana. 1ª Edição, vol. 1 — cap. 1 e 2 — págs. 32 a 70.