

NORMAS DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO PACIENTE DE CIRURGIA AMBULATORIAL

UMA PROPOSTA DA LIGA DE CIRURGIA AMBULATORIAL CAOC/3ºCC

Aldo Junqueira Jr.¹
Milton Minoru Takeuti²
Israel Szajnbok²
Janete Kamikawa²
Oscar Lin²
Elisa M. Yamamuro²

I. RESUMO

A Liga de Cirurgia Ambulatorial do CAOC/3º CC foi fundada no ano de 1983 e objetiva promover o aprendizado e treinamento dos acadêmicos da FMUSP na prática cirúrgica. Este mister somente pode ser atingido se forem obedecidas condutas normativas previamente traçadas.

Desde o início, a preocupação com a seleção dos casos a serem submetidos a intervenções cirúrgicas no ambulatório é fator fundamental no sentido de propiciar segurança e cuidados médicos criteriosos ao paciente. No presente trabalho é apresentado o protocolo seguido e obedecido pelos acadêmicos ao avaliarem clinicamente os pacientes triados para cirurgia ambulatorial.

Além das normas, são discutidos aspectos dessa avaliação e as tendências da literatura que fornecem o necessário embasamento e justificam essas normas.

Na Liga de Cirurgia Ambulatorial do CAOC/3º CC, atualmente, são realizadas 10 intervenções cirúrgicas por semana.

II. INTRODUÇÃO

A cirurgia ambulatorial ou cirurgia do "paciente externo" define um conjunto de intervenções cirúrgicas realizadas sem a necessidade de internação do paciente.

Atualmente, muitos procedimentos para os quais se preconizava a internação para acompanhamento hospitalar, vêm sendo efetuados rotineiramente a nível ambulatorial. (1, 5, 7, 9)

Em função dos conhecimentos da cirurgia asséptica, dos efeitos e eficiência dos anestésicos locais ao lado das melhorias do material utilizado nas suturas, os cirurgiões que buscam segurança para o seu paciente em todo o procedimento operatório, passaram a considerar a cirurgia do doente não internado uma alternativa válida e consequente. (1, 5, 8)

Dentre as vantagens da utilização desta modalidade terapêutica podemos citar: a manutenção do paciente no ambiente sócio-familiar, a menor exposição do paciente aos riscos de assim chamada infecção hospitalar, o menor custo

¹ Assistente Doutor da 3ª Clínica Cirúrgica do HC FMUSP, Serviço do Prof. Dr. Mário Ramos, Coordenador da Liga de Cirurgia Ambulatorial – CAOC/3º CC HC FMUSP.

² Acadêmicos 5º anistas integrantes da Liga de Cirurgia Ambulatorial – CAOC/3º CC – do HC FMUSP.

do ato operatório uma vez que alivia a parcela referente à enfermagem e consequente serviço de suporte, a possibilidade de utilizar a prática de inúmeras operações de patologias mais superficiais, com o intuito de promover o treino psicomotor efetivo daqueles que se iniciam na prática cirúrgica.

Com o intuito de aproveitar essas vantagens, cumprindo também um objetivo social de se criar um serviço acadêmico onde o aluno de medicina generalista pudesse entrar em contato com procedimentos cirúrgicos básicos, ao mesmo tempo em que promovesse seu aprimoramento psicomotor, foi fundada em 1983 a Liga de Cirurgia Ambulatorial do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz/3ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da FMUSP (LCA) (6), sendo realizados, nestes quatro anos, cerca de 400 intervenções cirúrgicas. No momento, são programadas e realizadas 10 intervenções por semana.

Este trabalho tem o objetivo de apreciar os critérios de avaliação dos pacientes de cirurgia ambulatorial, analisando especialmente a abordagem pré-operatória dos pacientes cirúrgicos preconizada pela Liga de Cirurgia Ambulatorial da FMUSP/3ª CC.

Assim, pretendemos estabelecer critérios de seleção dos pacientes, ao mesmo tempo que fornecemos uma revisão dos componentes anamnéticos-propedêuticos necessários, como subsídio ao acadêmico em formação.

III. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Uma boa abordagem pré-operatória é necessária em todos os pacientes cirúrgicos, sendo que esta deve abranger a avaliação diagnóstica em si, assim como uma avaliação do estado geral do paciente. A partir disso avalia-se a necessidade e a viabilidade do tratamento cirúrgico, bem como opta-se por um regime de internação hospitalar ou de cirurgia ambulatorial.

A avaliação diagnóstica deve ser a mais precisa possível, baseando-se em uma história clínica e exame físico completos. (6)

A entrevista deve ser realizada em uma sessão calma, sem pressa, de modo a não transmitir ansiedade alguma em relação ao procedimento cirúrgico. Nessa oportunidade, informações sobre a anestesia a ser utilizada, assim como cuidados pré e pós-operatórios devem ser expostos ao paciente, procurando-se responder a todas as indagações do mesmo de maneira tranquila e compreensível. (13)

Na anamnese é importante investigar a respeito de: doenças cardíacas, hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hemofilia ou outras discrasias sanguíneas, febre reumática e tuberculose dentre as de maior importância. Não se deve esquecer a possibilidade de gravidez atual e os antecedentes cirúrgicos, assim como anestésicos, utilizados e alergia a drogas, incluindo qualquer complicação que tenha ocorrido anteriormente. O uso atual de medicamentos, quaisquer que sejam, também deve ser investigado. Segundo Ogg, deve-se dar atenção especial ao uso de psicofármacos (sedativos e tranquilizantes maiores), drogas anti-epilépticas, anti-hipertensivos, broncodilatadores, hipoglicemiantes, antibióticos, esteróides (cortisona dentre outros) e drogas para doenças tireoidianas. (1, 3, 4, 6 e 7)

De forma prática, muitos desses dados podem ser investigados, como sugerem Wilson et al (13), com as seguintes perguntas:

- O senhor tem se sentido doente?
- O senhor já teve alguma doença grave no passado?
- O senhor sente falta de ar ao realizar esforço que outras pessoas de sua idade suportam com maior facilidade?
- O senhor tem tosse?
- O senhor sente tonturas?
- O senhor tem dor precordial aos esforços?
- O senhor tem inchaço nas pernas?
- O senhor tem tomado algum medicamento nos últimos três meses? Qual?
- O senhor tem alergia a alguma coisa?
- O senhor foi submetido a alguma cirurgia nos últimos dois meses? Apresentou alguma complicação?
- O senhor ou seus parentes têm problemas com anestesia?
- O senhor já foi submetido a anestesia local, por exemplo em tratamento odontológico?

Ainda na avaliação pré-operatória, é feito o exame físico onde são investigados os dados necessários ao diagnóstico da patologia ao mesmo tempo em que se avalia a possibilidade desta ser tratada através de uma cirurgia ambulatorial. Juntamente com a história clínica, o exame físico deve afastar eventuais patologias concomitantes que possam contraindicar ou adiar um procedimento cirúrgico de ambulatório. Esta modalidade cirúrgica deve ser sempre um procedimento onde ocorram poucas complicações intra e pós-operatórias, estando sua técnica sob completo domínio do cirurgião. Segundo Epstein, a duração do procedimento é outro fator a ser considerado, sendo que este não deve exceder noventa minutos. (1, 4 e 6)

Exames laboratoriais subsidiários podem ser utilizados para os pacientes triados para a cirurgia ambulatorial com dois diferentes propósitos. Um objetivo a procura no pré-operatório de doenças não suspeitadas pela história e exame físico, através de uma série de exames laboratoriais. Com esta prática, procuram-se encontrar eventuais anormalidades que, corrigidas a tempo, promovam o benefício do paciente e possibilitem o tratamento cirúrgico necessário. O segundo objetivo é apreciar a anormalidade suspeitada pela história e exame físico, confirmando ou não a suspeita.

A LCA opta preferencialmente pela verificação de eventuais anormalidades através da própria história e do exame físico, transferindo aos examinadores (acadêmico — orientador) a responsabilidade do exame clínico adequado. Isto porque, a história e o exame físico constituem os dados de maior relevância na avaliação clínica dos pacientes. (9)

Utilizamos, com as ressalvas que se seguem, os seguintes exames laboratoriais:

— Hematócrito: normalmente não se pede este exame, por se considerar que 99% dos pacientes com níveis seguros de hematócrito apresentam ao exame das mucosas oral e conjuntival, aspectos indicativos deste dado.

— Exame de urina: pode ser usado em pacientes portadores de hipertensão arterial, nas suspeitas de diabetes e nos casos em que há suspeita de nefropatia.

— RX de tórax: reservamos a realização deste exame para os casos com queixa de dispnéia, tosse, hemoptise, etc. Contribuem, por consequências profissionais, população de risco e para os contactantes próximos de pessoas portadoras de doenças respiratórias contagiosas. (2)

HYDERGINE
OLCADIL
MIACALCIC
PARLODEL
ZADITEN
SIRDALUD
SANDIMMUN

anos de Sandoz no Brasil

PESQUISA SANDOZ
A Serviço da Saúde



Emagrecimento e saúde. Uma união que está dando certo há 5 anos.

Há 5 anos, o Campus Centro de Endocrinologia de Sorocaba vem unindo o científico ao agradável.

Localizado numa área de 15 alqueires e apresentando uma infra-estrutura a nível das clínicas mais conceituadas da Europa e E.E.U.U., o Campus criou condições para que a natureza seja uma grande aliada da Endocrinologia moderna.

Enquanto o paciente perde peso naturalmente e sem moderadores de apetite, seus dias são preenchidos com atividades que incluem: esportes (natação, volei, futebol, tênis, hipismo, etc.), ginástica e caminhadas orientadas por professores de educação física, hidroterapia e fisioterapia (reabilitação e estética) e o mais importante: intenso convívio social.

Uma equipe médica composta por endocrinologista, clínico geral, cardiologista, pneumologista, ortopedista, dermatologista, cirurgião-vascular, cirurgião plástico, fisioterapeuta, psicólogo e outros formam a base médico-científica do Campus que orienta e assiste o paciente durante todo o tratamento 24 horas por dia. Nestes 5 anos de atividades, o Campus colocou em prática, com sucesso, uma nova concepção no tratamento da obesidade e diabetes.

Mais de 4.000 pessoas em todo o Brasil passaram pelo Campus obtendo respostas altamente positivas, inclusive no acompanhamento fora da clínica.

Estes resultados fazem com que novos caminhos possam ser abertos, visando a conquista definitiva da saúde e da estética.



CENTRO DE ENDOCRINOLOGIA DE SOROCABA

Estrada dos Morros, s/nº - Fone: 32-2303
Cx. Postal 314 CEP 18.020 - Sorocaba - SP

**5 anos unindo o
científico ao agradável.**

LABORATÓRIO MÉDICO



SAE - Serviços de Análises Especializadas

- * Laboratório Geral
- * Cariograma
- * Citologia/Citoquímica
- * Ensaio Enzimático
- * Sorologia Especializada
- * Diagnóstico em Medicina Ocupacional (NR7)
- * Monitoragem de Fármacos
- * Radioensaio/Hormônios
- * Cromatografia Líquida e em Camada Delgada
- * Drogas de Abuso
- * Diagnóstico AIDS

SEDE: Rua Cubatão, 196 — Estacionamento Próprio — CEP 04013 — Fone: (011) 289-5033 —
Telex 1125211 SAES Br — São Paulo — SP. DIRETORIA: Dr. Evaldo Melo — Dra. Marilene Melo

— Eletrocardiograma: utiliza-se este exame para os pacientes com uma queixa expressiva à anamnese. Nos pacientes acima de 65 anos de idade, quando detectamos a presença de um número maior que dez extrassístoles em um minuto, submetemos o paciente a uma avaliação eletrocardiográfica. (2)

— Avaliação da coagulação: é feita através da história e do exame físico. A história investiga sangramentos anormais e o exame físico pesquisa a presença de petéquias e/ou púrpura. O tempo de sangramento (TS), o tempo de coagulação (TC) e a prova do laço são procedimentos de fácil execução e que fornecem um bom subsídio. (2)

— Casos especiais: nos pacientes diabéticos e insulino-dependentes avalia-se a glicemia, nos pacientes sob terapêutica diurética ou digitálica, deve-se fazer a avaliação dos eletrólitos plasmáticos. (2)

Em verdade, concordamos com Mários Ramos que assim se refere: "Quando considerar a utilização de um exame laboratorial, pergunte a si mesmo: o que faria se o resultado fosse positivo e o que faria se o resultado fosse negativo. Se as respostas forem as mesmas não peça o exame".

Toda esta avaliação pré-operatória é feita pelo acadêmico da LCA por ocasião da triagem médica, tendo a supervisão direta do médico assistente da 3ª CC do HC FMUSP, decidindo-se então pela necessidade ou não de uma cirurgia ambulatorial. Quando não há indicação para a mesma, o paciente é encaminhado ao serviço médico adequado.

As patologias mais comumente diagnosticadas e operadas na LCA são: sinais epidérmicos, cisto sebáceo, lipoma, cisto sinovial, patologias da unha, fimose e "freio curto", granulomas de corpo estranho como fios de sutura, projéteis de arma de fogo e hérnias umbilicais e epigástricas.

Durante a triagem médica o paciente é preparado para aceitar uma cirurgia em nível ambulatorial. Se, apesar disso, ele ainda apresentar-se amedrontado, a cirurgia é contra-indicada. (3)

IV. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Uma vez indicada a cirurgia ambulatorial, o paciente deve receber uma orientação detalhada a respeito do preparo pré-operatório. Estas instruções devem ser escritas e deve-se assegurar que o paciente seja capaz de entendê-las e realizá-las em sua residência. Caso isto não seja possível, o paciente não deve ser operado ambulatorialmente. Tais instruções são dadas pela equipe de enfermagem na ocasião da triagem médica e consistem em procedimentos quanto a higiene e tricotomia local, imunização anti-tetânica, alimentação no dia da cirurgia e o comparecimento no dia e horário marcados para a intervenção. (6)

No dia marcado da cirurgia, o paciente é atendido pelo acadêmico da Liga responsável pela cirurgia do dia, com auxílio e orientação de um residente de cirurgia geral e sob a supervisão do médico assistente da 3ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Nesta ocasião, o acadêmico preenche o prontuário da LCA com os dados referentes à identificação, histórico clínico, antecedentes mórbidos, condições de vida e hábitos do paciente, realizando também um exame físico. (6)

Por fim, a equipe de enfermagem verifica os sinais vitais do paciente (pressão arterial, pulso e temperatura) e completa o preparo do paciente. Diante de qualquer anormalidade importante nesses parâmetros, é recomendado um

pequeno repouso ao lado da sala de cirurgia, podendo-se usar sedativos no caso de pressão arterial muito elevada. Se persistir a pressão arterial elevada, a cirurgia é suspensa sendo o paciente encaminhado ao serviço médico adequado. Uma vez controlada a anomalia, o paciente pode voltar para reavaliação e intervenção cirúrgica. (6)

Se todos os parâmetros estiverem normais, a cirurgia é realizada seguindo-se os preceitos de antisepsia, assepsia e técnica cirúrgica. É feita a descrição completa da cirurgia nos prontuários da LCA e HC. (6)

Nos retornos, o acadêmico que realizou a cirurgia avalia a evolução do processo de cicatrização da ferida cirúrgica, eventuais complicações relacionadas e toma condutas que visam o melhor resultado funcional e estético para o paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, M.A.J. — How to select suitable procedures for outpatient surgery: The Shouldice Hospital experience. *A.C.S. Bulletin* 71: 7-11, 1986.
2. ASHCRAFT, K.E., GUINEE, W.S. and GOLLADARY, E.S. — Clinical Assessment of hematocrit and hemoglobin. *Anesthesiol. Rev.* 9(2): 37, 1982.
3. DUCKETT, J.B. — Preoperative assessment of the patient for outpatient anesthesia. Em Brown, Jr., Burnell R. (Editor), *outpatient anesthesia — contemporary anesthesia practice*. Philadelphia, Davis, 1978. pp. 21-29.
4. ESPÓRIO, I. — Normas gerais de pré e pós-operatório: Em "Manual do Residente de Cirurgia", Speranzini, M.B. & Oliveira, M.R. 2ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, pg. 1-4.
5. JANIS, K.M., and DOWNS, J.B. — The anesthesia screening clinic — Letters to the Editor. *JAMA* 223: 692, 1973.
6. JUNQUEIRA Jr., A.R., MAKSOUD, J., SPERANZINI, M. & YAMAMURO, E.R. — Normas e Condutas da Liga de Cirurgia Ambulatorial da 3ª CC do HC da FMUSP, 1986.
7. LEVY, M.L., and COAKLEY, C.S. — Organization and experience with outpatient anesthesia in a large university hospital. *Int. Anesth. Clin.* 14: 131-142, 1976.
8. OGG, T.W. — Assessment of pre-operative cases. *Br. Med. Jr.* 1: 82-83, 1976.
9. ORKIN, F.K. — in WETCHLER, B.V. — *Anesthesia for Ambulatory Surgery*, J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1985; pp. 77-123.
10. SHMIDT, K.F.: Evaluation of candidates for outpatient anesthesia and surgery. *Int. Anesth. Clin.* 14: 9-13, 1976.
11. THOMPSON, G.E., REMINGTON, J.M., MILLMAN, B.S., et al: Experiences with outpatient anesthesia. *Anesth. Analg.* (Cleve) 52: 881-887, 1973.
12. WILSON, J.L. — Cuidados pré-operatórios. Em "Diagnóstico e tratamento em cirurgia", Dunphy J.E., Way L.W. 3ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979, pp. 7-13.
13. WILSON, M.E., WILLIAMS, N.B., BASKETT, P.J.F. et al — Assessment of Fitness for Surgical Procedures and the Variability of Anaesthetists Judgements. *Br. Med. J.* 1: 509, 1980.