

CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORADOS EM ANESTESIA AMBULATORIAL

MONITORED ANESTHESIA CARE FOR AMBULATORY ANESTHESIA

ADRIANO BECHARA DE SOUZA HOBAIKA*, MÚCIO PEREIRA DINIZ**, CARLOS HENRIQUE VIANA DE CASTRO***

RESUMO

A anestesia ambulatorial representa todo o procedimento anestésico que oferece ao paciente uma pronta recuperação, sem a necessidade de internação hospitalar. Dessa forma, o paciente retorna ao trabalho e ao lar precocemente e fica menos exposto ao risco de infecção, além de os custos hospitalares serem muito reduzidos. A unidade de anestesia ambulatorial requer infra-estrutura adequada, sendo suas atividades regulamentadas pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina. Devido ao aumento crescente no número de pacientes tratados em regime anestésico ambulatorial, o anestesiológico possui papel fundamental no processo de seleção. Muitos dos procedimentos ambulatoriais são diagnósticos ou terapêuticos e várias podem ser as técnicas anestésicas empregadas. Entre estas, os cuidados anestésicos monitorados apresentam algumas vantagens para o paciente ambulatorial, proporcionando conforto e segurança, além de uma recuperação mais rápida e com poucos efeitos indesejáveis.

Palavras-chave: Anestesia; Anestésicos; Assistência ambulatorial; Período de recuperação da anestesia

INTRODUÇÃO

A anestesia ambulatorial é todo procedimento anestésico realizado em ambulatório ou hospital, que permite ao paciente pronta recuperação, em geral, sem a necessidade de pernoite ou internação. Este tipo de tratamento tem como vantagens o retorno precoce ao lar e ao trabalho, gerando mais satisfação para o paciente e para seus fami-

liares, menor risco de infecção e redução importante dos custos hospitalares¹. Esta modalidade de cuidado médico tem sido prática cada vez mais comum em nosso meio, representando cerca de 20% de todas as anestésias administradas, em nosso serviço, no ano de 2001.

ORGANIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO

A unidade de atendimento ambulatorial requer infra-estrutura adequada e os mesmos níveis de cuidados oferecidos ao paciente internado devendo, inclusive, oferecer a possibilidade de internação, se isso for necessário. A anestesia ambulatorial, no Brasil, é regulamentada pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1363/93 e nº 1409/94², que estabelecem as normas para as condições de funcionamento da unidade e os critérios

* Ex-Residente em Anestesiologia do Hospital Felício Rocho.

** MBA, Presidente da COOPANEST, Conselheiro da Federação Nacional das Cooperativas Médicas, Ex-Diretor da SAMG, Anestesiológico do Hospital SOCOR e do Hospital Felício Rocho.

***TSA/SBA, Coordenador do Departamento de Anestesiologia do Hospital Life Center, Intensivista pela AMIB.

Instituição: Serviço de Anestesiologia do Hospital Felício Rocho

Endereço para correspondência:

Adriano B.S. Hobaika

Avenida do Contorno, 9530 - 3º andar,

CEP: 30110-908, Bairro Prado, Belo Horizonte, MG.

E-mail: hobaika@globo.com

Data de Submissão:

30/04/03

Data de Aprovação:

21/07/04

de seleção e alta dos pacientes (Tabela 1). A resolução CFM nº 1363/93 determina, entre outras normas, que o anesthesiologista avalie, com antecedência, as condições clínicas dos pacientes, mantenha a vigilância permanente durante o ato operatório e os transfira à sala de recuperação pós-anestésica, onde devem permanecer até que apresentem condições de alta.

Tabela 1 - Resumo da Resolução do CFM nº 1409/94, que regulamenta os critérios de seleção e alta dos pacientes ambulatoriais

Critérios de seleção do paciente
a) paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;
b) procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório;
c) exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado.
Condições de alta do paciente da Unidade
a) orientação no tempo e no espaço;
b) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;
c) ausência de náuseas e vômitos;
d) ausência de dificuldade respiratória;
e) capacidade de ingerir líquidos;
f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
g) sangramento mínimo ou ausente;
h) ausência de dor de grande intensidade;
i) ausência de sinais de retenção urinária;
j) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

O anesthesiologista possui papel fundamental no funcionamento da unidade de atendimento ambulatorial, pois deve realizar o ato anestésico de forma que permita ao paciente ter condições de alta em tempo menor, com índice mínimo de complicações. Deve estar também atento ao tipo de procedimento, avaliando a possibilidade de sua realização em regime ambulatorial e as condições físicas do paciente para esse procedimento, além de identificar as causas mais comuns de atraso ou cancelamento na alta do paciente (Tabela 2)³.

Tendo em vista o grande crescimento dos procedimentos ambulatoriais nas últimas décadas e o aumento na proporção de pacientes com afecções cada vez mais complexas que se apresentam para esses procedimentos, foram estabelecidos alguns critérios de contra-indicação à anestesia ambulatorial^{4,5}. Entre esses, podemos citar as doenças sistêmicas tratadas inadequadamente (angina instável, asma sintomática, diabetes descompensada), a obesidade mórbida, o uso de inibidores de monoaminoxidase, a dependência de cocaína, pacientes ex-prematuros em idade inferior a 60 semanas⁶ e, pacientes sem responsáveis legais para acompanhá-los após a alta.

TÉCNICAS ANESTÉSICAS

Grande variedade de procedimentos pode ser feita em regime ambulatorial e várias são as técnicas anestésicas

Tabela 2 - Fatores que podem atrasar a alta do paciente ambulatorial

Fatores do paciente
Angina pectoris Asma Doença pulmonar obstrutiva crônica Insuficiência cardíaca congestiva Diabetes mellitus Arritmias Refluxo gastro-esofágico História de acidente vascular cerebral Hipertensão Infarto agudo do miocárdio Obesidade Tabagismo Doença cardíaca valvular
Tipo de procedimento cirúrgico
Otorrinolaringológica por alta incidência de náusea e vômitos Ortopédica por alto índice de dor pós-operatória
Técnica anestésica empregada
Anestesia geral > Anestesia regional > Cuidados anestésicos monitorados

empregadas. A anestesia regional é bem indicada, pois apresenta menores riscos e complicações do que a anestesia geral. Dessa forma, diminui-se a incidência de náuseas e vômitos, sedação residual, aspiração, hipoxemia e outras complicações relacionadas à manipulação de vias aéreas.

Entre os bloqueios espinhais, a raqui-anestesia ressurgiu como excelente opção, em decorrência do desenvolvimento de agulhas de calibre fino (25G e 27G), o que permitiu a redução na incidência de cefaléia pós-punção dural para aproximadamente 1% a 2%^{7,8}.

A anestesia peridural também pode ser realizada, dando-se preferência para o uso de anestésicos locais de curta a média duração, para não retardar a alta do paciente.

Os bloqueios de membros superiores e inferiores são muito úteis na medida em que propiciam analgesia pós-operatória duradoura. Esses bloqueios, quando realizados com o auxílio dos estimuladores de nervo periférico, permitem localização menos traumática e mais fidedigna dos plexos nervosos.

A anestesia geral com intubação traqueal ou máscara laríngea, associada a drogas de curta ação, é uma técnica amplamente utilizada, porém possui o inconveniente da manipulação de vias aéreas e suas complicações.

A sedação profunda, apesar de a traquéia não ser intubada, implica inconsciência e, também, requer manipulação de vias aéreas. Portanto, para fins práticos e de acordo com a literatura, é considerada anestesia geral.

Quando os procedimentos são de menor porte, geralmente diagnósticos ou terapêuticos, a sedação consciente, ou sedação leve, também pode ser realizada: o paciente permanece consciente durante a maior parte do tempo, cooperando na realização do procedimento, se necessário.

Cuidados anestésicos monitorados

Em 1996, a American Society of Anesthesiologists considerou o termo “sedação consciente” inadequado, já que ele não se referia a um serviço anestésico específico,

propondo para esta técnica a denominação de “cuidados anestésicos monitorados”. Estes cuidados, por definição, se referem a um serviço praticado por anestesiológicos e, como qualquer outro, significam oferecer ao paciente todo o tipo de assistência necessária ao ato anestésico, como consulta pré-anestésica, monitorização perioperatória adequada, vigilância realizada por médico anestesiológico e local para recuperação pós-anestésica.

Apesar de geralmente envolver o uso de drogas que deprimem os reflexos de vias aéreas, a aplicação adequada desta técnica implica manter esses reflexos preservados durante a maior parte do procedimento¹⁰. Na prática, para se obter esse efeito, deve-se titular a administração das drogas anestésicas com a finalidade de manter níveis plasmáticos suficientes para proporcionar boa analgesia, hipnose, amnésia e cooperação do paciente. Titular significa empregar doses menores de drogas, de forma incremental, de acordo com as necessidades do paciente ou do procedimento. Os cuidados anestésicos monitorados visam, portanto, à recuperação mais rápida da anestesia e com mínimos efeitos indesejáveis, apresentando-se, dessa forma, muito adequados para o paciente ambulatorial.

Esses cuidados monitorados apresentam vantagens em relação à sedação profunda e à anestesia geral (Figura 1) por permitirem melhor controle das vias aéreas do paciente com menor risco de aspiração, avaliação contínua do estado mental e recuperação mais rápida.

Associações de drogas venosas em cuidados anestésicos monitorados

A anestesia venosa moderna permite a associação de várias drogas, beneficiando-se das vantagens de cada uma e proporcionando ao paciente todos os elementos necessários ao ato anestésico seguro e eficaz.

O propofol apresenta um perfil farmacológico muito atrativo em anestesia ambulatorial, pois permite hipnose titulável, suave e de pronta recuperação devido à sua depuração metabólica muito alta^{11,12}. Parece apresentar propriedades antieméticas também. Seu inconveniente é a dor à injeção, que pode ser aliviada com o uso adjuvante de lidocaína intravenosa.

O midazolam é um benzodiazepínico de curta ação que proporciona amnésia e hipnose potentes. Entretanto, pode atrasar a alta devido à sedação residual.

Os opióides de ação curta, como o fentanil e seus congêneres, são drogas seguras e eficientes para estes pacientes porque estabelecem analgesia e sedação potentes e tituláveis. Por outro lado, o uso de opióides também pode levar a efeitos indesejáveis em anestesia ambulatorial, podendo atrasar a alta do paciente em decorrência de depressão respiratória e dos reflexos de vias aéreas, náuseas, vômitos, prurido, retenção urinária, rigidez torácica e sedação residual. Associados ao propofol e/ou

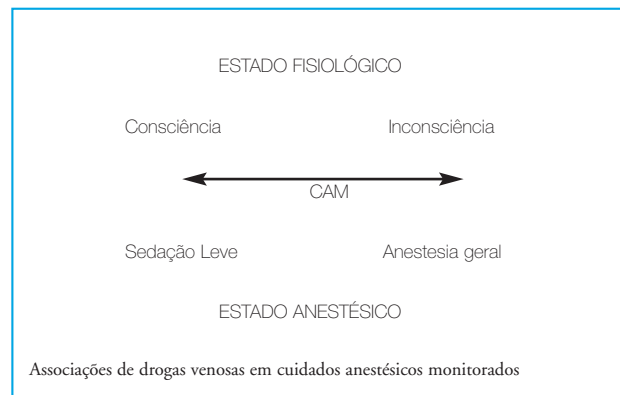


Figura 1 - Estados fisiológicos dos pacientes durante os cuidados anestésicos monitorados

midazolam, os opióides apresentam uma técnica satisfatória para a anestesia ambulatorial.

A cetamina é droga de ação rápida que produz intensa analgesia e anestesia dissociativa. Quando associada ao propofol e utilizada em doses baixas (até 0,5mg/kg), apresenta índice mínimo de complicações, oferecendo vantagens em anestesia ambulatorial¹³. Além disso, esta associação possui efeito complementar: o propofol reduz a incidência dos efeitos alucinatórios, hemodinâmicos e de hipersialorréia induzidos pela cetamina e esta, por outro lado, determina menor depressão respiratória e melhor manutenção dos reflexos protetores de vias aéreas (muito importantes em cuidados anestésicos monitorados).

Recuperação anestésica e critérios de alta

São medidas objetivas da eficácia de uma técnica de anestesia ambulatorial a qualidade e a rapidez na recuperação pós-anestésica, e esta última é dividida em três etapas: fase I (despertar da anestesia), fase II (período intermediário) e fase III (período pós-operatório tardio).

Durante a fase I o paciente acorda da anestesia e recupera a função motora. A escala de Aldrete¹⁴ é o método de escolha para transferir o paciente da fase I para a fase II de recuperação, devendo o paciente ter atingido nove ou dez pontos (Tabela 3). Esta próxima fase é conduzida em um ambiente onde o paciente pode deambular, ingerir líquidos e urinar sob a supervisão de profissionais de saúde.

A alta para casa pode ser avaliada pela escala de Chung¹⁵⁻¹⁷, e o paciente deve obter nove ou dez pontos para ser liberado (Tabela 3). Nesta escala pode ser eliminada a necessidade de o paciente urinar e de se alimentar no hospital, permitindo alta precoce. No caso de bloqueio espinal, o paciente só deve ser liberado para casa após a micção, pois apenas após esse evento está demonstrado que não existe mais bloqueio motor ou simpático. Todos os pacientes devem ser liberados com acompanhante adulto responsável, que o conduza o

paciente à casa e permaneça com ele durante a noite. Devem ser dadas orientações verbais e por escrito a ambos sobre o pós-anestésico, incluindo a observância de não operar máquinas, dirigir automóveis e tomar decisões importantes por 24 horas. A anestesia raramente interfere na fase III, que é efeito direto do ato cirúrgico.

Tabela 3 - Escalas de avaliação durante a recuperação anestésica

Escore	Escala de Aldrete	Escala de Chung
	Mobilidade	Sinais vitais (PA e pulso)
2	Move todas as extremidades	±20% do valor basal
1	Move duas extremidades	±20-40% do valor basal
0	Não move nenhuma extremidade	>40% de alteração do valor basal
	Respiração	Atividade
2	Inspirações profundas, tosse	Permanece em pé sem tonteiras
1	Dispnéia, respiração limitada	Assistência para deambular
0	Apnéia	Não deambula
	Circulação (PA)	Náuseas e vômitos
2	±20 mmHg do valor basal	Mínimos: medicações orais
1	±20-50mm Hg do valor basal	Moderados: medicações injetáveis
0	±50mmHg do valor basal	Intensos: tratamentos repetidos
	Saturação de oxigênio	Dor
2	SpO2 >92% em ar ambiente	Controlada com medicações orais
1	SpO2 >90%, oxigênio suplementar	Não controlada com medicações orais
0	SpO2 <90%, oxigênio suplementar	Persistente e intensa
	Consciência	Sangramento cirúrgico
2	Completamente acordado	Mínimo
1	Desperta ao ser chamado	Moderado
0	Inconsciente	Intenso

ABSTRACT

Ambulatory anesthesia represents all the procedures that offers a prompt recovery, without the need of hospitalization. The patient returns earlier to normal activities and has less exposure to infections. Besides, hospital costs are reduced. The ambulatory anesthesia unit requires appropriate structure. Its activities are regulated by the Federal Council of Medicine Resolutions. Owing to the increasing number of patients being submitted to ambulatory anesthesia regimen, the anesthesiologist plays an essential role in the procedure selection. A great proportion of ambulatory procedures are diagnostic or therapeutic. Several anesthetic techniques may be employed. Among these, monitored anesthesia care presents some advantages for the ambulatory patient, providing comfort and safety in addition to a faster recovery with fewer undesirable effects.

Keywords: Anesthetics; Ambulatory care; Anesthesia recovery period

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Cangiani LM, Porto AM. Anestesia ambulatorial. Rev Bras Anesthesiol. 2000;50:68-85.

2- Conselho Federal de Medicina. Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1363/93 e nº 1409/94. [Citado em set. 2004]. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>.

3- Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. Anaesth Intensive Care. 1993;21:822-7.

4- Duncan PG. Day surgical anaesthesia: Which patients? Which procedures? Can J Anaesth. 1991;38:881-2.

5- Rudkin GE, Osborne GA, Doyle CE. Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital. Med J Aust. 1993;158:308-12.

6- Malviya S, Swartz J, Lerman J. Are all preterm infants younger than 60 weeks postconceptual age at risk for postanesthetic apnea? Anesthesiology. 1993;78:1076-81.

7- Mulroy MF, Wills RP. Spinal anesthesia for outpatients: appropriate agents and techniques. J Clin Anesth. 1995;7:622-7.

8- Katayama M, Laurito GM, Vieira JL. Anestesia subaracnóidea para artroscopia de joelho em regime ambulatorial. Rev Bras Anesthesiol. 1991;41:173-8.

9- American Society of Anesthesiologists. Position on Monitored Anesthesia Care. Directory of Members. Park Ridge, Illinois: American Society of Anesthesiologists, 1997. p.413.

10- Sa Rego MM, Watcha MF, White PF. The changing role of monitored anesthesia care in the ambulatory setting. Anesth Analg. 1997;85:1020-36.

11- Newson C, Joshi GP, Victory R, White, PF. Comparison of propofol administration techniques for sedation during monitored anesthesia care. Anesth Analg 1995; 81:486-91.

12- Smith I, White PF, Nathanson M, Gouldson R. Propofol: An update on its clinical use. Anesthesiology. 1994;81:1005-43.

13- Badrinath S, Avramov MN, Shadrack M, Witt TR, Ivankovich AD. The use of a ketamine-propofol combination during monitored anesthesia care. Anesth Analg 2000; 90:858-62.

14- Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg. 1970;49:924-34.

15- Chung F. Are discharge criteria changing? J Clin Anesth. 1993;5:64S-8S.

16- Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. J Clin Anesth. 1995;7:500-6.

17- Chung F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. Anesth Analg. 1995;80:896-902.