

A Anestesia no Sarah - Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor: Visita Pré-Anestésica ‡

Cleômenes R. de A. Barreto, EA ¶, Eduardo Guerra, EA ¶ Elson Figueira ¶, Enéas Cruz Junior, EA ¶, João da Silva Barbosa ¶, José Marcelino de A. Neto, EA ¶ & Paulo Câmara Martins ¶

Barreto C R A, Guerra E, Figueira E, Júnior E C, Barbosa J S, Neto J M A, Martins P C — Anestesia no Sarah — Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor: visita pré-anestésica. Rev Bras Anest 32: 4: 295 - 297, 1982.

A participação do anestesiológico no conhecimento da problemática do paciente cirúrgico tem sido nossa preocupação constante. Deste julho de 1978, criou-se a reavaliação conjunta dos pacientes cirúrgicos, na semana anterior à data prevista da cirurgia, da qual participam anestesiológicos, cirurgiões e colegas consultores. Os pacientes são entrevistados pelos anestesiológicos, seus prontuários são revistos, faz-se um exame clínico dirigido e discutem-se os problemas pertinentes com os cirurgiões ou consultores e os pacientes recebem a orientação final.

De 866 pacientes que foram vistos, 49 pacientes foram medicados, para reavaliação na internação. 36 cirurgias foram suspensas pelos anestesiológicos, por apresentarem diversas patologias. Dois pacientes foram internados para tratamento clínico hospitalar.

Esta experiência trouxe diversas contribuições: uma melhor avaliação dos pacientes, evitou-se a marcação de cirurgia sem adequado preparo; racionalizando-se o uso do centro cirúrgico, melhora-se a possibilidade da aceitação das técnicas regionais em pacientes pediátricos e melhora-se também o relacionamento cirurgião-anestesiológico, contribuindo para a unidade de pensamento e de conduta dos próprios anestesiológicos.

Unitermos: MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA: visita pré-anestésica

A PARTICIPAÇÃO do anestesiológico no conhecimento da problemática do paciente cirúrgico tem sido nossa constante preocupação.

‡ Trabalho realizado no Sarah — Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor, Brasília, DF

¶ Anestesiológicos do Sarah — Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor, Brasília, DF

Correspondência para Cleômenes R. de A. Barreto
SMHS, Quadra 501
70330 Brasília, DF

Recebido em 7 de agosto de 1981

Aceito para publicação em 30 de outubro de 1981

© 1982, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

O contacto com o paciente inicia-se com uma visita pré-anestésica (VPA), pelo menos no dia anterior à cirurgia¹.

Comunicamos o plano de trabalho no nosso serviço.

METODOLOGIA

Nosso hospital conta com 300 leitos; atende principalmente a população do Centro-Oeste, Norte e Nordeste brasileiros, nas áreas de Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica e Urologia².

Desde julho de 1978, criou-se uma reavaliação conjunta dos pacientes com indicação cirúrgica, na semana anterior à data prevista da cirurgia. Participam dessa "revisão cirúrgica" como a chamamos, todos os cirurgiões, anestesiológicos e residentes além de um colega representante de cada área: pediatra, fisiatra, cardiologista, radiologista, fisioterapeuta, etc., que são acionados durante a visita pré-anestésica. Ela é feita no ambulatório geral do Hospital, todas as quintas-feiras à tarde: os pacientes são vistos inicialmente pelos cirurgiões com a dupla finalidade de revisão final da indicação cirúrgica e a de ensino. Em seguida, os pacientes são entrevistados pelos anestesiológicos, seus prontuários com os exames pré-operatórios são revistos, faz-se um exame clínico dirigido, discutem-se os problemas pertinentes com os cirurgiões e informa-se aos pacientes a técnica anestésica indicada para seus casos.

Uma equipe de enfermeiras orienta o paciente quanto às normas do Hospital e cuidados de higiene. Os pacientes liberados nesse primeiro contacto serão vistos novamente, de modo sumário, na véspera da cirurgia, já internados, para se verificar a continuidade ou não das condições pré-operatórias, e para que se prescreva a medicação pré-anestésica.

CASUÍSTICA

866 pacientes para cirurgia eletiva foram vistos, incluindo 297 crianças de até 12 anos. Por apresentarem diversas patologias (Tabela I), 36 (4%) pacientes tiveram adiadas suas operações. Dois pacientes, em decorrência desta visita, foram internados para tratamento clínico em preparo para cirurgia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presença do anestesiológico no ambulatório de revisão pré-operatória tem trazido diversas contribuições: melhora a avaliação das condições físicas e psíquicas dos nossos pacientes, já que o primeiro contacto se dá em local e tempo adequados, com cirurgiões e consultores presentes para discussão dos problemas pré-operatórios.

Como consequência desta melhor avaliação, 71 (8%)

dos pacientes tiveram suas cirurgias suspensas e 49 (5,5%) pacientes foram medicados e orientados para reavaliação na internação, sendo os demais pacientes liberados para cirurgia. Saliente-se o fato de que houve cancelamento ou adiamento de 35 cirurgias pelos próprios cirurgiões que modificaram a indicação cirúrgica, devido a melhor avaliação do paciente.

O cancelamento da cirurgia na véspera ou no dia do procedimento prejudica o uso do Centro Cirúrgico; essa revisão prévia evitou referido fato.

As causas mais freqüentes de suspensão ou adiamento da cirurgia neste atendimento ambulatorial foram: os estados gripais, as lesões de pele (impetigo, escabiose), a hipertensão arterial, e a cárie dentária avançada (Tabela I).

Tabela I – Cirurgias suspensas ou adiadas durante a revisão ambulatorial

	Quantidade
Infecção de vias aéreas superiores	10
Infecção de pele	07
Hipertensão arterial	06
Cárie dentária	05
Infecção intestinal	02
Convulsão	02
Asma	01
Ascaridíase	01
Infecção urinária	01
Hipertiroidismo	01
Suspensas ou adiadas pelo cirurgião	35
Total =	71

Atualmente é obrigatória a passagem de pacientes por este ambulatório, como rotina pré-operatória.

As técnicas anestésicas regionais são usadas para a cirurgia de extremidade, na grande maioria dos nossos pacientes adultos; acreditamos, firmemente, que estes bloqueios podem ser usados também em crianças³ como ocorre conosco. Na visita pré-anestésica, aproveita-se a oportunidade para orientar a criança – em geral acima de 7 anos de idade – a receber o bloqueio com mais naturalidade e sem a expectativa apavorante do desconhecido; é importante enfatizar o apoio dos pais ou responsáveis, sempre presentes nesta visita.

Pela presença dos consultores de cada especialidade envolvida, diminuiu-se a permanência hospitalar dos pacientes, que, de outra maneira, seriam ainda encaminhados para o parecer especializado, em outra ocasião.

Esta revisão ganha maior importância para os pacientes externos, que vão para a cirurgia e recebem alta no mesmo dia.

Outro aspecto é o de que o anestesiolegista tem a oportunidade de assumir o preparo clínico do paciente cirúrgico, através da discussão com o cirurgião, tarefa para a qual deve estar perfeitamente apto como profissional de boa formação clínica básica⁴.

Queremos ressaltar a importância do trabalho em regime de tempo integral, que nos permite mais facilmente executar atividades como esta^{5, 6}. Apesar disso, acreditamos que essa proposição é também viável no regime de trabalho de tempo parcial, desde que se crie um clima de cooperação entre cirurgiões e anestesiolegistas, com o ambulatório feito em dois turnos, já que as equipes são diferentes.

Concluindo, acreditamos que essa experiência melhora o relacionamento com o paciente e melhora a passagem dos pacientes no Hospital. O relacionamento cirurgião-anestesiolegista, passa a ter um sentido de unidade de pensamento e conduta capaz de estabelecer rotinas de técnicas anestésicas.

Barreto C R de A, Guerra E, Figueira E, Júnior E C, Barbosa J da S, Neto J M de A, Martins P C – Pre Anesthetic visit in the Sarah – Instituto Nacional de Medicina do Aparelho Locomotor. *Rev Bras Anest* 32: 4: 295 - 297, 1982.

The anesthesiologist's participation in the overall problems of surgical patient has been our constant concern. We herein report our working plan regarding the preanesthetic visit.

Since July 1978, the SARA H – National Institute for Medicine of the Locomotor System started a conjoint review of surgical patients, surgeons and consultants.

The patients were interviewed by the anesthesiologists, their charts were reviewed, clinical examinations were done and the problems were discussed with surgeons and consultants for final decision and orientation.

866 patients were seen, 49 patients were medicated for later review during hospital admission; 36 surgeries were cancelled by the anesthesiologists, for several reasons; 2 patients were admitted in the hospital for treatment.

This experience brought several contributions: better workup of our patients; we avoided schedule patients without good preoperative preparation, avoiding undue Operation Room light schedule, better orientation of pediatric patients regarding regional techniques; improvement of the anesthesiologists-surgeon relationship and we believe it gives unity of thought among the anesthesiologists.

Key Words: PRE ANESTHETIC MEDICATION: pre anesthetic visit.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collins V J – Principles of Anesthesiology, 2nd edition, Lea & Febiger, 1976, 175
2. Campos da Paz Jr. A – Considerações sobre a problemática do incapacitado físico no Brasil. *Seara M Neurocirúrgica* 2: 237 - 242, 1980
3. Bromage P R – Epidural Analgesia, 1st edition W B Saunders Co, 1978, 484.
4. Pereira E e Vieira Z E G – Visita pré-anestésica – Responsabilidade intransferível do anestesiologista. *Rev Bras Anest* 27: 337 - 353, 1977.
5. Machado L J P – Para onde vamos? Editorial *Rev Bras Anest* 27: 659 I a IV, 1977.
6. Vieira Z E G – Encontros e desencontros da Anestesiologia com as necessidades nacionais de saúde. *Rev Bras Anest* 27: 659 - 675, 1977.

UM ESTUDO DE RECEPTORES GLICOCORTICOIDES EM TUMORES INTRACRANIANOS

Os receptores aos glicocorticoides tem sido bem estudados e caracterizados em animais de laboratório como os de outros hormônios esteroides. Alguns estudos na espécie humana mostraram que esses receptores existem e são semelhantes, do ponto de vista químico, aos encontrados em animais.

O autores se propuseram a investigar se existe relação entre a concentração de receptores glicocorticoides em vários tumores e os efeitos clínicos dos hormônios esteroides ou do edema encefálico.

Para isso retiraram fragmentos de tecido nervoso tumoral ou traumatizado de doentes, nos quais analisaram a concentração de receptores aos glicocorticoides. A técnica de análise foi descrita em publicação anterior.

Os resultados mostraram que existe uma concentração máxima de receptores aos glicocorticoides em tumores metastáticos e nos meningiomas e mínima nos casos de contusão cerebral. Há muita diferença na concentração desses receptores entre o tecido lêsado (tumor ou contusão) e o normal.

Não houve correlação entre o grau de malignidade e a concentração dos receptores.

Os autores sugerem que o primeiro passo para o efeito benéfico de dexametasona no tratamento do edema cerebral seja por formação de um complexo glicocorticóide-receptor nas partes periféricas do tumor.

Esses fatos mostram também que a formação de complexo deve ser responsável pela iniciação de uma série de ações bioquímicas dos esteróides no edema cerebral.

(A Study of glucocorticoid receptors in intracranial tumors. 2 Y Yu, O Wrange, J Boethrics, A Hatam, L Granholm & JA Gustafsson J Neurosurg. 55: 757-760, 1981.

COMENTÁRIOS: *Cada vez mais aumenta o número de grupos de drogas aos quais se atribuem a existência de receptores ao nível do sistema nervoso central. Interessante no trabalho é a observação de uma concentração maior de receptores nos tipos de tumores que melhor respondem à terapêutica por dexametasona. Brevemente veremos, provavelmente, a indentificação de receptores glicocorticoides em várias regiões do encéfalo e, que poderiam ser responsáveis por muitos dos efeitos terapêuticos e colaterais dessas drogas. (Cremonesi E).*

Risco Profissional Oftalmológico?

Senhor Editor:

De minhas considerações: Quero relatar um fato que sucedeu há algum tempo. Ao final de uma jornada de trabalho de 12 horas, notei uma leve alteração na minha acuidade visual, com visão borrada, que não me impedia de trabalhar e à qual não dei importância. A enfermeira encarregada da sala de operações que me chamou à atenção, advertindo-me que eu estava apresentando anisocoria importante. Ao me olhar no espelho, comprovei com espanto que a minha pupila direita estava dilatada ao máximo enquanto a esquerda permanecia normal. Exceto pela visão borrada não tinha nenhum outro sintoma. A dilatação pupilar desapareceu espontaneamente no dia seguinte e eu, um pouco irresponsavelmente (ou por auto-defesa psicológica) esqueci o assunto. No entanto, algo além de três semanas depois o episódio voltou-se a repetir, desta vez em minha casa. Desta feita, tomei de minha bicicleta e fui correndo à casa de um oculista amigo, que não encontrou nada anormal em meus olhos, exceto a midriase direita total, que desapareceu ao longo de umas quatorze horas.

Em consulta com um professor da Faculdade de Medicina, um cuidadoso exame neurológico e de laboratório não arrojaram nenhum diagnóstico sobre a natureza des-

ta "midriase idiopática esporádica". Em nenhum momento eu me recorde de ter me instilado os olhos ou a face com drogas alguma e não tenho o costume de esfregar os olhos durante o trabalho, de modo que acho difícil imputar a culpa a alguma droga.

Vários meses se passaram e o medo de ser portador de um possível tumor cerebral desapareceu. No entanto, tenho visto que meu caso não é o único. Já li dois informes^{1,2} sobre situações análogas e se outros dois casos em minha cidade (Montevideo). Estou lhe escrevendo para colocar o tema em voga e despertar a curiosidade de meus colegas brasileiros sobre outros casos similares e as possíveis explicações.

Héctor Rodríguez Gamio
Anestesiista do Departamento de Anestesiologia
Hospital da Clínica da Faculdade de Medicina
Diretor: Prof. Dr. Martín Marx
Montevideo - Uruguai

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ralph S Vaughan - An ophthalmological occupational hazard *Anesthesia* 36: 423, 1981.
2. Ian R Fletcher, Phillida M Frost - Ophthalmological occupational hazard. *Anaesthesia* 37: 97 - 98, 1982.

Index Medicus

Sr. Editor

Encaminhamos a carta recebida do editor do *Index Medicus*, após reinício do processo de indexação, de acordo com suas instruções.

Atenciosamente
Bernadette L A Barbosa

Bethesda, 23 de julho de 1982
Ms M Bernadette L A Barbosa
Biblioteconomista,
Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Prezada Sra. Barbosa

Agradecemos o recebimento dos últimos números da **REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA**. Esta revista será apreciada por nossos consultores de seleção da literatura para o **INDEX MEDICUS**, e nós notificaremos sobre nossa decisão em **NOVEMBRO**.

Atenciosamente
Clifford A. Bachrach, MD
Editor, *Index Medicus*
National Library of Medicine
Bethesda MD 20209

EFEITOS CARDIOVASCULARES DE DOSES CONVULSIVANTES E SUPRA CONVULSIVANTES DE ANESTÉSICOS LOCAIS.

Tendo em vista relatos de dificuldades na ressuscitação de pacientes com reações tóxicas a bupivacaína e etidocaína, os autores estudaram em gatos anestesiados superficialmente e bem ventilados, os efeitos cardiovasculares de doses convulsivantes e supraconvulsivantes de bupivacaína e de etidocaína, comparando-os com observados com a lidocaína.

Os resultados mostraram que doses subconvulsivantes de bupivacaína e de etidocaína podem precipitar arritmias cardíacas, o que não ocorre com lidocaína. Mesmo assim, desde que o animal esteja bem ventilado, ele pode sobreviver a doses tão elevadas quanto duas vezes a dose convulsivantes, com qualquer dos anestésicos locais. Doses mais elevadas deprimem progressivamente a pressão arterial. No caso da lidocaína, a administração de um vasopressor como efedrina permite que o animal bem ventilado sobreviva a doses tão elevadas quanto três vezes a dose convulsivante, ou até maiores.

Dentro das limitações impostas pela extrapolação para o homem, estes resultados indicam que a ventilação e medidas de suporte à circulação são elementos fundamentais na ressuscitação de pacientes que receberam sobredose de anestésico local do grupo amida.

(Jong RH, Ronfeld RA, De Rosa RA – Cardiovascular effects of convulsant and supraconvulsant doses of amide local anesthetics. Anesth Analg 61: 3 - 9, 1982).

COMENTÁRIO: Os resultados deste trabalho mostram que, na evolução do quadro causado por sobredose de anestésico local, é mais importante a ventilação adequada e a adoção de medidas de suporte à circulação, do que propriamente a magnitude da sobredose, pelo menos no que diz respeito aos anestésicos do grupo amida. Estes cuidados são particularmente importantes em pacientes que recebem diazepínicos para sedação transoperatória: eles podem eventualmente receber doses supraconvulsivantes do anestésico local sem apresentar convulsões. Nem por isso, entretanto, deixam de ocorrer os efeitos cardiovasculares destas drogas. (Nocite JR).