

ANESTESIA PARA CIRURGIA AMBULATORIAL (*)

1482

DR. ANTONIO LEITE OLIVA F.º, E.A. ()**
DR. JOSÉ TADEU VASCONCELOS ARAUJO ()**
DR. JOÃO CARLOS BOZA ()**
DR. MANOEL ANTONIO ALMEIDA N.º (*)**

AP 1968

São conceituadas as anestésias para os pacientes ambulatoriais, estabelecendo-se as indicações para tal procedimento do ponto de vista cirúrgico, anestésico e pessoal do paciente. É firmado um conceito de dinâmica hospitalar aos pacientes com tal indicação e os critérios da avaliação pré-anestésica. Estendem-se na escolha das técnicas e drogas para tais casos, orientações na recuperação imediata na realimentação; medicações pós-operatórias e cuidados por parte dos pacientes. São apresentados os resultados obtidos com tais critérios no serviço onde com aproveitamento total da dinâmica hospitalar, alcançaram índice de 40,18% de cirurgias ambulatoriais no ano de 1975, sem complicações significativas.

Atualmente há uma tendência cada vez maior na execução de procedimentos anestésico-cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos sem internação do paciente ou sob internação mínima fundamentada em vários aspectos.

Graças ao desenvolvimento e melhora do padrão técnico da anestesiologia, do aparecimento de novas drogas, do melhor conhecimento da farmacologia das mesmas, o anestesiológico pode desenvolver técnicas que permitiram ao cirurgião prescindir do internamento hospitalar nos casos de procedimentos cirúrgicos diagnósticos ou terapêuticos de menor monta, que por motivos vários o impossibilitassem de realizá-los no próprio consultório.

Em alguns serviços houve mesmo uma hipertrofia da modalidade de intervenção sendo incluídas temerariamente

(*) Trabalho apresentado na 12.ª Josulbra e 1.ª Jornada de Anestesiologia. «Del cono sur de América».

(**) Anestesistas do Hospital de Fraturas e Ortopedia XV Ltda. — Curitiba.

(***) Residente do C.E.T. — Dr. Francisco Beduschi; estagiário no Hosp. de Frats. e Ortop. XV Ltda. — Curitiba.

técnicas e indicações passíveis de críticas e mesmo de elevação de riscos. Nos propomos comentar alguns tópicos deste campo de atuação da anestesiologia, ponderar algumas vantagens e desvantagens deste procedimento, estabelecer alguns critérios de indicação ao mesmo tempo que demonstraremos a conduta do nosso serviço e seus resultados.

CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO

- 1 — *Porte cirúrgico*: Sem dúvida, o primeiro aspecto a ponderar seja o procedimento cirúrgico em si: ^(2,6) a extensão da agressão, os riscos inerentes à intervenção, a previsibilidade do grau de sofrimento do paciente na evolução, das possíveis intercorrências pós-operatórias, além dos cuidados necessários para o êxito da intervenção realizada.

A comodidade oferecida ao cirurgião moderno, pelos hospitais, quanto a instrumental mais ou menos dispendioso, a disponibilidade de condições de assepsia e esterilização, além da qualidade dos serviços de Anestesiologia fez com que muitos procedimentos anteriormente realizados em consultórios, fossem trazidos para os centros cirúrgicos.

Assim são factíveis ambulatorialmente as biópsias diagnósticas de tumores superficiais, cauterizações, procedimentos endoscópicos, pequenas cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, ^(1,2) retiradas de corpos estranhos, retirada de material de osteossíntese, ⁽²⁾ exames ginecológicos e oftalmológicos em pacientes não colaboradores, tratamentos odontológicos, ^(2,4,5,6,8) etc. Seria imensa a relação de procedimentos individualizados a enumerar. Devemos ressaltar, em especial, em cirurgia pediátricas as postectomias, freno ou frenectomias, ressecção de apêndices supranumerários, e mesmo herniorrafias inguinais de menor porte. ^(2,6).

Todas as indicações devem levar em conta a não submissão do paciente a qualquer tipo de risco após a alta, tais como hemorragias, ⁽²⁾ infecções pós-operatórias, ⁽²⁾ dificuldades na realimentação ou sofrimento excessivo, ⁽²⁾ eventualidades nas quais enquadraremos as adenoamigdalectomias, ⁽²⁾ por nós não consideradas como cirurgias ambulatoriais.

- 2 — *Anestesia*: Paralelamente a importância da agressão anestésica deve ser ponderada nas indicações. ⁽⁶⁾ Assim o cirurgião deve encaminhar o paciente com indicação de cirurgia ambulatorial ao serviço de Anestesiologia informando o seu plano de intervenção. O anestesiológis-

ta, na avaliação prévia, levando em conta o estado do paciente, o plano cirúrgico e o plano de anestesia proposto, deve referendar a opção do cirurgião ou negá-la sugerindo o internamento hospitalar, expondo as razões. Achamos nesses casos, que cabe-nos a palavra final, ⁽²⁾ e abusos tais como "só um cheirinho", "uma troncularzinha", "é coisinha de cinco minutos", não devem, em absoluto, prevalecer sobre o critério de seleção, cuidados prévios, avaliação de riscos por parte do anestesiológico que acatará ou não o pedido.

A cirurgia sob anestesia do paciente ambulatorial evoluiu graças ao desenvolvimento da Anestesiologia e ao profissional da especialidade cabe cuidar da manutenção do conceito e elevação do mesmo. Uma orientação bem firmada neste campo de atuação promove melhor reconhecimento pelos pacientes da importância da especialidade; o reconhecimento do anestesiológico como médico atuante e importante da equipe cirúrgica e paralelamente, uma maior produtividade do serviço com o melhor aproveitamento dos centros cirúrgicos onde desempenha sua atividade.

- 3 — *Paciente*: Do ponto de vista do paciente, a indicação fica induzida diante de dificuldade de afastamento prolongado do ambiente familiar ou de trabalho. Nas crianças, na prevenção de traumatismos psíquicos maiores pela agressão do ambiente hospitalar, ^(2,6) principalmente nas enfermarias, na prevenção das contaminações ⁽⁶⁾ fundamentam-se as indicações.

A economia do paciente pode e deve ser ponderada com a diminuição das despesas relativas às diárias hospitalares. ^(6,2)

- 4 — *Hospital*: Para o hospital, apesar da necessidade de desenvolver um departamento específico de atendimento ao paciente ambulatorial, tanto do ponto de vista de secretaria, pessoal paramédico de encaminhamento e orientação do paciente, ⁽⁷⁾ além da sala de recuperação, ⁽⁷⁾ acaba possibilitando um aumento da produtividade do departamento cirúrgico, melhor aproveitamento dos leitos disponíveis para os casos que, realmente, exijam internamento. Se por um lado, economicamente perdem-se algumas diárias, acaba-se usufruindo de maior rentabilidade do centro cirúrgico ou departamentos afins, que se tornam menos ociosos a partir do instante que os cirurgiões percebam as vantagens da utilização dos recursos hospitalares para as intervenções ambulatoriais.

5 — *Outros critérios para enquadramento das indicações:*

- a - **Distância da residência:** Indubitavelmente muitas intervenções poderão ter a indicação ambulatorial suspensa se for muito distante a moradia do paciente. Seremos, na eventualidade, obrigados a solicitar a permanência no Hospital, sob regime de internamento. Mesmo pequenas intervenções merecem cuidados, neste aspecto, e nunca serão permitidas viagens no pós-anestésico imediato.
- b - **Meios de comunicação:** ⁽⁶⁾ Se a cirurgia proposta for cabível, a anestesia permissível, mas o paciente após a alta não tiver fácil condição de comunicação com o hospital a indicação ficará restrita a pequenas intervenções sob anestesia local ou outros bloqueios menores.
- c - **Acompanhantes:** Só serão promovidas anestésias gerais ou mesmo bloqueios mais extensos em pacientes ambulatoriais que se fizerem acompanhar por adulto no momento da recepção. ^(2,4,6,7) Desde que não se deve permitir dirigir veículos, ⁽⁷⁾ tomar decisões, ⁽⁷⁾ ingerir bebidas alcoólicas, ⁽⁷⁾ o acompanhante torna-se importante para substituir ou coibir eventuais intenções do paciente, que pode se achar em plenas condições
- d - **Resistência do paciente:** O paciente, após esclarecido, que não aceitar ser operado sob regime ambulatorial por receios de qualquer origem, deve ter sua opinião acatada e obviamente, ser internado.
- e - **Patologias paralelas mais sérias:** ⁽²⁾ Diabetes, bronquites asmáticas, insuficiências coronarianas, renais crônicas, etc; impedem o regime ambulatorial.

DINÂMICA DE ENCAMINHAMENTO NO HOSPITAL AO PACIENTE CIRÚRGICO AMBULATORIAL

Nas situações de urgência como suturas, redução de fraturas, etc; o anestesiolegista é habitualmente solicitado ao serviço de emergência e rapidamente, porém com senso, avalia o paciente e as possibilidades de execução de técnicas que permitam a alta ambulatorial e as executa.

Nas indicações eletivas deve-se ter uma rotina pré-estabelecida que permita dinamicamente a orientação dos casos até a sua execução com perfeito entrosamento entre os vários departamentos do hospital, interessados. ^(2,7)

Indicada a cirurgia ambulatorial pelo cirurgião assistente, o mesmo deve encaminhar o paciente ao serviço de Anes-

tesioLOGIA, através da secretaria, indicando data e horário provável da intervenção, além de anotação do plano cirúrgico. (2) A secretaria promoverá o registro devido do paciente, encaminhando-o à consulta a Anestesiologia. Passará por avaliação clínica pré-anestésica, dentro dos mesmos moldes de um paciente internado. (2,4,5,7) Nas indicações solicitar-se-ão exames complementares cabíveis ao laboratório do hospital (2,4,7) (que devolverá os resultados a secretaria para anexação ao prontuário). Nesta oportunidade cabe ao anestesioLOGISTA, orientar o paciente, ou acompanhantes, todos os cuidados pré-operatórios como jejum, eventuais medicações, local, data e hora da cirurgia, onde e quando se apresentar na oportunidade. Essas orientações podem ser sintetizadas em impresso apropriado, entregue ao paciente, para dirimir dúvidas. (6,7)

No dia da cirurgia o paciente deverá chegar ao Hospital pelo menos de 30 a 60 minutos antes do horário da intervenção, apresentando-se a secretaria, que encaminhará junto com o prontuário, ao posto de enfermagem para o devido preparo (tricotomias, trocas de roupa, esvaziamento vesical e intestinal etc) (4,5) e daí ao centro cirúrgico, onde será reavaliado pelo serviço de anestesiologia que finalmente processará o início do ato anestésico.

Após o ato cirúrgico o paciente deverá permanecer no hospital, em recuperação até que o anestesioLOGISTA o avalie em condições de alta.

TÉCNICAS DE ANESTESIA

Medicação pré-anestésica: Desde que tenha se estabelecido confiança e empatia anestesioLOGISTA/paciente nos diálogos pré-anestésicos, é desnecessária a administração de quaisquer medicações. (2,4,5,6,8) Quando, eventualmente, o paciente se mostra irrequieto ou demasiadamente tenso, por época do exame pré-anestésico, diazepínicos orais podem ser prescritos à noite que antecede a intervenção (euhípnicos) repetidos 2 a 3 horas antes do horário previsto (benzodiazepínicos) oralmente. (4,5,6,7)

Nos casos pediátricos habitualmente não utilizamos droga alguma. (5,6) Substitui-se por escolha de horário ideal (pela manhã, bem cedo) além do acompanhamento dos pais até a indução do sono.

TÉCNICAS

a — Sempre que possível em cirurgias de extremidades ou superficiais devemos optar por bloqueios menores, por se-

rem, indiscutivelmente, as técnicas de menor repercussão sistêmica e mais seguras para o paciente ambulatorial. (6) Assim, infiltrações locais (perpetradas na maioria pelos cirurgiões), (2) bloqueios de campo, tronculares, bloqueios de plexo braquial, e anestesia venosa regional são as técnicas freqüentemente utilizadas para as indicações compatíveis.

Não devemos dentro desta lógica, optar por bloqueios maiores como epiduras ou subdurais a não ser exclusivamente as epidurais em pacientes sob regime de semi-internamento (12 horas).

As possíveis complicações tardias da anestesia raquidiana (cefaleia pós-puncional, p. ex) só manifestar-se-ão muito tempo após a punção, tornando-se incompatíveis com um bom seguimento e colaborando para o desprestígio do método e da técnica. Mantemos este critério embora autores, como Dillon, (2) não objetem tais procedimentos no paciente ambulatorial.

As epidurais, pelo bloqueio autonômicos muito mais prolongado que o bloqueio motor e sensitivo, podem desencadear hipotensões ortostáticas sérias longe das vistas do Anestesiologista, em altas muito precoces. Assim, também a recuperação lenta do bloqueio motor, com aparente recuperação da capacidade de deambulação do paciente, pode manifestar uma fadiga maior com relaxamento muscular após a alta com suas implicações psicológicas sérias e pouco estéticas (quedas, p. ex.)

Ainda nos bloqueios raquídeos devemos contraindicá-los na expectativa de eventuais disúrias, dificuldades que podem se apresentar prolongadamente no pós-operatório, embora estas sejam muito menos freqüentes com a deambulação precoce.

Dentre as opções do agente anestésico para os bloqueios, somos pela bupivacaína na maioria das oportunidades pelo prolongamento da analgesia residual pós-operatória.

Para anestesia venosa regional a opção fica entre a prilocaína e lidocaína praticamente equiparáveis na latência, recuperação, potência e toxidez.

Nos bloqueios de plexo cervical superficial ou profundo, plexo braquial interescalênico para intervenções sobre o pescoço e membros superiores, opta-se também por anestésicos de curta duração (novocaína ou lidocaína) tendo como razão a eventualidade dos bloqueios de recorrente laríngeo ou frênico homolaterais que implicam em manter o paciente sob vigilância até a recuperação total do bloqueio.

b — Em várias circunstâncias onde são possíveis os bloqueios tais como pacientes pediátricos ou adultos não colaboradores ou excessivamente tensos, uma opção bastante re-

comendável é a indução de anestesia geral leve, associada a instalação de bloqueio e manutenção de sedação em nível superficial. Permite-nos um excelente resultado do ponto de vista da analgesia, uma recuperação breve e manutenção de analgesia residual por tempo prolongado. Exemplificando: Retirada de material de osteossíntese de antebraço em criança de 4 anos — indução inalatória ($N_2O + O_2 +$ halotano) sob máscara, bloqueio de plexo braquial axilar com bupivacaína e manutenção de inalação em níveis superficiais. Da mesma forma para postectomia com a mesma técnica inalatória associada a infiltração do nervo dorsal do pênis.

c — Anestesia Geral: Quanto a anestesia geral, vários aspectos a considerar:

Indução: Dado ao tempo prolongado de atuação mesmo em níveis subhipnóticos, devemos abolir totalmente o uso de barbitúricos, ^(1,3,7) mesmo os de ação ultra-curta (metohexital) ^(1,3,8) bem como os diazepínicos ⁽¹⁾ e a ketamina. ⁽¹⁷⁾ Restam as opções inalatórias (Ciclopropano, óxido nítrico ^(4,5) halotano ^(4,5) ou enflurano) ⁽¹⁾ e os venosos (Propanidid ^(4,8,7) alfadiona). ⁽⁷⁾ Pelo desaparecimento do nosso mercado do propanidid, resta a alfadiona, de eliminação bem mais prolongada (alteração de raciocínio até 6 horas o uso em testes de direção) ⁽³⁾ que o propanidid (só duas horas), ⁽³⁾ porém usada criteriosamente, de bons resultados. A atropinização nestes casos é obrigatória pela intensa sialorréia promovida pelos dois agentes. Nas induções inalatórias só atropinizamos nas indicações específicas. Não devemos sugerir dosagens padronizadas nem à alfadiona, nem ao propanidid, pois a opção prevalente é uma indução lenta com dosagem suficiente para atingir hipnose compatível com a seqüência da anestesia (aceitação da máscara, adaptação a cânula orofaringeana, assistência ventilatória).

Manutenção: Para as cirurgias de duração diminuta (10 a 15') somos de mantê-la exclusivamente com alfadiona ou propanidid associados talvez, a pequena dose (1 a 2ml) de fentanil para potencialização da analgesia, diminuindo a incidência dos movimentos de extremidades tão desagradáveis ao cirurgião e ao anestesiológico, mesmo conscientes da total alienação do paciente a cirurgia e ao meio. A utilização de fentanil é permitida dada a sua rápida eliminação. ⁽¹⁷⁾ Aconselha-se assistência ventilatória nesses casos, com vigilância próxima.

Em cirurgias de maior duração, a opção recai sobre os agentes inalatórios ($N_2O - O_2$) ^(1,2,4,5,6,7,8) complementados com concentração suficiente de halotano ^(4,5) ou enflurano, ⁽¹⁾ potencializados eventualmente, por pequena dose de fentanil.

Sempre que possível, pela intervenção, associamos bloqueios para minorar a quantidade de drogas de ação sistêmica administradas, (2) bem como possibilitando analgesia residual.

É impraticável pelo tempo prolongado de ação a utilização de agentes como o metoxifluorano (1,6) ou éter, (1,6) ou agentes venosos como os barbitúricos, (1,6) butirofenonas, (1,5) promazínicos ou narcóticos, (5) e a ketamina, (1,6) que além de prolongar o tempo ideal de recuperação ainda permite ocorrência de alucinações (5) bloqueáveis com drogas que prolongam ainda mais a recuperação.

Com a manutenção bem conduzida, respiração espontânea assistida, (4,5) vigilância próxima do nível de anestesia permitimos uma recuperação suave e breve, com possibilidade de deambulação precoce e mínimas complicações.

Curarização: Exclusivamente nas cirurgias onde a entubação traqueal é obrigatória (tratamentos odontológicos prolongados). A opção recai sobre curares despolarizantes (2,4,6) pela ação muito mais curta, rápida inativação, além de muito mais fácil controle de dosagem. Permite o relaxamento intenso para a entubação traqueal com recuperação breve.

Como desvantagem temos a mialgia (2,4,6) que segue seu uso que pode ser diminuída pela prevenção da fasciculação, seja pela administração extremamente lenta e diluída, (2) seja com o uso de pequena dose (4,6) (cerca de 1/8 da dose curarizante) de qualquer dos agentes adespolarizantes (galamina (4) ou d-tubocurarina são os de nossa preferência).

Nunca usamos pelo tempo maior de ação e pela eliminação lenta, qualquer dos curares adespolarizantes para cirurgia ambulatorial. Primeiramente por prescindir-se do uso do curare em si para o per-operatório e secundariamente por ter função exclusivamente a de facilitar a entubação traqueal, em nível menos profundo de anestesia.

A lubrificação ampla das cânulas, com geléias anestésicas, (4,5) anestesia tópica de laringe e manutenção de ventilação em regime de relativa hiperventilação, desobrigam curarizações maiores.

Reposições: O aporte calórico e hídrico para compensação do jejum é feito com solução glicosada a 5% (10 ml/kg peso) repetida cada 4 horas de anestesia. A manutenção se faz com Ringer Lactato 3 ml/kg/hora. Outras reposições são habitualmente desnecessárias.

Recuperação: Terminado o ato cirúrgico inicia-se a recuperação dos pacientes sob vigilância próxima pelos Anestesiologistas até a total recuperação no ambiente apropriado.

Utilizamos, eventualmente, analgésicos, (4,6) quando solicitados, do tipo do propoxifeno, aspirina ou dipirona.

Antieméticos (^{4,6}) (metoclopramida) são eventualmente administrados lembrando que tanto os analgésicos (o propoxifeno principalmente) como os antieméticos utilizados indiscriminadamente podem prolongar a recuperação plena.

É concedida alta após total controle motor e mental do paciente, (⁷) como amarrar seus próprios sapatos e passear pela sala de recuperação desviando-se dos obstáculos sem atropelos e harmonicamente.

Recomendações no momento da alta devem ser repetidamente firmadas e podem ser apresentadas em impresso, entregue ao acompanhante, composta de:

a) Regra dos cinco D (em inglês) (⁷)

No Drink, no Drive, no Decision, no Dizziness, come and Discuss, que traduzimos para nenhum Drinque, não Dirigir veículos, não tomar Decisões importantes, em caso de tontura Deitar-se; procurar o serviço de anestesiologia para qualquer Dúvida.

b) Realimentação: Iniciamos com ingestão de água em pequena porções intervaladas e crescentes até a satisfação de sede. (⁶) Segue-se (mais ou menos 2 — 3 horas após a anestesia) a administração de caldo ou sopa, morna, sem resíduos, salgados, que em nossa experiência têm se mostrado excelentes para a recuperação do apetite e estabilização gástrica. Após a aceitação do caldo, liberamos a dieta, mantendo-a líquida ou pastosa no primeiro dia. Em casos de vômitos recomendamos a suspensão total de ingesta por 1 a 2 horas e reinício das seqüências.

c) Informações: Para evitar dúvidas e desnecessárias preocupações habitualmente informamos a ocorrência de eventuais coriza, dor faringiana, (⁴) rouquidão e tosse (nos casos que sofrem entubação) mialgias (⁴) ou vômitos. São solicitados a se comunicarem com o serviço diante de qualquer acontecimento fortuito maior (temperatura elevada, tosse persistente, hemorragias, vômitos repetidos, etc) para os devidos esclarecimento.

Se no pós-anestésico imediato ou no per-operatório nos encontrarmos diante de situações anormais (reações alérgicas, crises asmáticas, cirurgias maiores que o previsto) ou recuperação anormalmente prolongadas optamos pela manutenção do paciente internado até condições definitivas de alta. (^{2,6,7})

Seguindo estes critérios expostos, em nosso serviço, o qual é Hospital especializado em Ortopedia, Traumatologia,

Odontologia, Neurocirurgia, e cirurgia plástica durante o ano de 1975, podemos lhes apresentar os seguintes índices.

Características do Hospital

Nº de leitos disponíveis:	Suites	— 04
	Apartamentos	— 14
	Enfermarias	— 28
	U.T.I.	— 05
		—
	Total	— 51

Paralelamente ao fato de ser hospital de internamento, possui ambulatório próprio c/setor de pronto atendimento aos casos de urgência, e um departamento odontológico com gabinete completo.

Além disso para execução de arteriografias, artrografias e alguns outros procedimentos terapêuticos, e diagnósticos sob controle radiológico, o serviço de Anestesiologia estende seus atendimentos a:

Locais de Trabalho para o Anestesista

Salas de cirurgia:	— 03
Sala de pronto atendimento:	— 01
Gabinete Odontológico:	— 01
Sala de R.X.:	— 01

Durante o ano de 1975 o Hospital teve ocupação praticamente total, principalmente no setor de enfermarias, com maioria de pacientes cirúrgicos de porte elevado, tendo apresentado as seguintes médias:

Internamentos durante 1975: 1.764 pacientes

Ocupação média por dia: 38,31 (76,63%) pacientes/dia

Média de permanência: 7,94 dias/paciente

Nº de cirurgias realizadas: 2.293

Nº de cirurgias ambulatoriais: 796 (34,71%).

Nestes dados estão computados um grande número de pacientes com internamentos mínimo (12 a 24 horas), quais sejam os pacientes operados de 3ºs molares inclusos, de fraturas de nariz, etc.

Aqueles denominados ambulatoriais, ora em diante, são aqueles que tiveram alta hospitalar da sala de recuperação, com permanência máxima de 6 horas.

Durante o ano de 1975 é que passamos a desenvolver o setor de atendimento a cirurgia ambulatorial de forma mais organizada. Assim a partir de meados de abril é que come-

çamos a computar os benefícios do setor. Portanto para demonstração dos resultados obtidos só consideraremos as 1.595 cirurgias realizadas desde então:

Cirurgias realizadas: 1.595

Nº de cirurgias ambulatoriais: 641 (40,18%)

Neste total de cirurgias ambulatoriais estão computadas as cirurgias ou manobras sob anestesia executadas no serviço de pronto atendimento bem como cirurgias de rotina.

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

Rotinas: 329 (51,33%)

Emergências: 312 (48,67%)

Pela facilidade de controle e possibilidade de deambulação as cirurgias foram em maior número nos membros superiores. Cabeça e tronco, incluindo tratamentos odontológicos, exodontias mínimas, pequenos tumores, biópsia, etc, seguem em número. Sobre membros inferiores o número é bem reduzido dada a necessidade de grandes imobilizações gessadas e portes cirúrgicos elevados.

Assim quanto ao local da intervenção as cirurgias ambulatoriais tiveram os seguintes índices:

Membros inferiores: 55 (8,58%)

Cabeça e tronco: 208 (32,60%)

Membros superiores: 377 (58,81%)

Visto as características traumatológicas do grande número de intervenções ambulatoriais, incluindo acidentados do trabalho, nas emergências, a maior incidência foi para o sexo masculino:

Sexo feminino: 238 — (37,13%)

Sexo masculino: 403 — (62,87%)

Caracterizando nosso maior cuidado nas indicações c/ os pacientes pediátricos, além da alta incidência de tratamentos odontológicos restauradores em faixa etária baixa, bem como o cuidado em avaliar as boas condições de estado geral, a idade de maior incidência foi mais baixa:

0 — 10 anos: — 223 (34,79%)

10 — 20 anos: — 194 (30,26%)

20 — 50 anos: — 172 (26,83%)

Acima — 50 anos: — 52 (8,11%)

Quanto as técnicas de anestesia utilizadas, como procuramos enfatizar quase 50% foram bloqueios, além de grande número de anestesia gerais complementadas c/ bloqueios:

Plexo braquial axilar	— 224 (34,94%)
Plexo braquial supraclavicular	— 46 (07,18%)
Anestesia venosa regional	— 26 (04,06%)
Tronculares	— 12 (01,87%)
Peridurais	— 12 (01,87%)
Total	— 320 (49,92%)

O número maior de bloqueios de plexo braquial axilar deve-se a nossa preocupação com ocorrência de fortuitas punções pleurais e suas conseqüências. A baixa incidência de peridurais, como o já exposto, se deve a menor incidência de intervenção em membros inferiores, além de nossa preocupação em não realizá-las aos pacientes ambulatoriais. Os poucos casos ocorrem em situações de emergência, com pacientes que haviam ingerido alimentos em patologia de membros inferiores, e assim mesmo com seguimento imediato prolongado e altas bem mais tardias.

Técnica de anestésias gerais:

Inalatórias	— 235 (36,66%)
Inalatórias + venosas	— 73 (11,39%)
Inalatórias + bloqueios	— 66 (10,28%)
Venosas	— 37 (05,77%)
TOTAL	321 (50,08%)

Novamente demonstra-se nossa preocupação em administrar o mínimo de drogas dependentes de metabolização para eliminação, e mesmo assim, muitos casos associados com bloqueios para minimizar ainda mais a administração de agentes de ação predominante sistêmica.

O tempo de anestesia esteve em sua maior incidência nos procedimentos de duração igual ou inferior a (1) uma hora, embora tivéssemos casos de tratamentos odontológicos com até 5,5 (cinco e meia) horas de duração, os quais provocaram elevação do tempo médio:

0 — 60 min:	— 418 (65,21%)
60 — 120 min:	— 124 (19,34%)
120 — 180 min:	— 47 (07,33%)
mais de 180 min:	— 52 (08,11%)
menor tempo:	— 10 minutos
maior tempo:	— 330 minutos
média:	— 70,08 minutos

Após encerradas as anestésias a recuperação e alta dos pacientes teve um tempo variável dependendo da técnica muito menor nos bloqueios, com excessão das peridurais e oscilando em torno de 90 minutos para as anestésias gerais:

Tempo de alta:

menor:	5 minutos
maior:	360 minutos
média:	75 minutos

Nenhum dos casos relacionados acabou merecendo internamento ulterior ao ato cirúrgico, o que deve refletir a excelência das indicações.

Como complicações temos 4 casos (0,62%) a referir: 1 de hemorragia post-exodontia, tratado ambulatorialmente c/ drogas e compressão da área cruenta, 2 casos de vômitos persistentes em odontopediatria, tratados também ambulatorialmente, com suspensão de ingesta de alimentos por 12 horas e início novamente nas características já preconizadas, sem drogas.

Um caso de crises convulsivas repetidas pós-anestesia geral em exodontia total em paciente adulto comicial, que houvera suspendido anticonvulsivantes há 30 dias, espontaneamente, e não informara nos exames pré-anestésicos tais antecedentes. Solicitado concurso do Neurologista para tratamento ambulatorial.

Conclusões: Seguindo o critério de seleção e orientação dos casos nos moldes preconizados os índices apresentados falam por si da segurança do método de trabalho.

O mínimo índice de complicações ocasionaram o entusiasmo dos cirurgiões o que se definiu pelo elevado índice de solicitações, permitindo uma produtividade do setor cirúrgico, inatingível se fosse obrigatório o internamento desses casos todos, dada a taxa de ocupação elevadíssima de nosso hospital, quase sempre lotação máxima pelos casos realmente necessários.

Sem dúvida paralelamente ao reconhecimento do serviço, a compensação econômica tanto para o hospital, como aos pacientes e obviamente à Anestesiologia nos induzem a manter e melhorar o setor.

Acreditamos nos bons resultados de um serviço de atendimento ao paciente cirúrgico ambulatorial, desde que a pro-

gramação seja global incluindo o corpo cirúrgico, setor administrativo e departamento de Anestesiologia.

A indicação final deve ser de responsabilidade da Anestesiologia que seguindo todos os critérios de segurança atingirá todos os benefícios previstos no programa.

SUMMARY

ANESTHESIA FOR OUTPATIENT SURGERY

Many smaller procedures may be scheduled as outpatient surgery in some hospitals. Patient and hospital conditions, as well as anesthesia techniques must be evaluated in order to indicate if outpatient surgery is a possibility. Many surgical procedures could be handled as outpatient surgery, several small surgical procedures may not because of possible postoperative complications. Several other factors may limit the indications of outpatient surgery and are also reviewed. Regional anesthesia may be used quite frequently, with the exception of spinal and rarely of epidural anesthesia. The anesthetic agents and techniques used for regional and general anesthesia in a small specialised clinic are indicated. About 1/3 of the patients operated upon stayed for less than 24 hours. Over half of the patients had surgery of the upper extremities, a large number had dental surgery and very little lower limb surgery.

REFERÊNCIAS

1. D'Arcangelo — Utile impiego dell'Ethrane n'ella anestesia per interventi ambulatoriali in chirurgia dermatologica. *Minerva Anest* 40:462, 1974.
2. Dillon — Anestesia em pacientes de ambulatório. *Temas de Anestesiologia, Ayerst Laboratories* 2:69, 1967.
3. Kari Kortilla e cols — Recovery and simulated driving in intravenous anesthesia with thiopental, metohexital, propanidid or alphadione. *Anesth* 43:291, 1975.
4. Menezes — Anestesia geral em odontologia. *Rev Bras Anest* 21:859, 1971.
5. Silva — Anestesia geral para tratamento dentário. *Rev Bras Anest* 25:550, 1975.
6. Steward — Outpatient pediatric anesthesia. *Anesth* 43:268, 1975.
7. Thompson e cols — Experiences with outpatients anesthesia. *Anesth & Analg* 52:881, 1973.
8. Young — Anesthesia for dental extraction: a comparison of various techniques in the author's hands. *Anaesth* 29:614, 1974.