

**RODRIGO LOPES NUNES**

**ANÁLISE DO PERFIL PRÉ-ANESTÉSICO DOS  
PACIENTES QUE SE SUBMETEM A CIRURGIAS NO  
HU/UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito à conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2011**

**RODRIGO LOPES NUNES**

**ANÁLISE DO PERFIL PRÉ-ANESTÉSICO DOS  
PACIENTES QUE SE SUBMETEM A CIRURGIAS NO  
HU/UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito à conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Professor Orientador: Prof. Dra Maria Cristina Simões de Almeida

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2011**

Nunes, Rodrigo Lopes

Análise do perfil pré-anestésico dos pacientes que se submetem a cirurgias no HU/UFSC /  
Rodrigo Lopes Nunes – Florianópolis, 2011.

42p.

Orientador: Prof. Dra. Maria Cristina Simões de Almeida

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, meu irmão, minha avó e até meu cachorro simplesmente por existirem e me apoiarem.

À minha orientadora professora Maria Cristina, pela orientação, pelas broncas e por toda a bagagem científica passada nesse longo período.

Ao professor Lucio Botelho pela grande ajuda na parte estatística e gráfica, quando eu mais estava perdido em como continuar.

À Caroline, Michele e especialmente a Aline, que me ajudaram na pesquisa durante todo o longo ano de coleta de dados, e esse período de realização do trabalho em si.

À Greice, minha orientadora não oficial a quem eu recorro quando em problemas acadêmicos de todas as espécies e a quem eu devo muito pelo passado.

Aos meus grandes amigos Gabriel, Eduardo, Arthur, Antonio, Rodrigo, Bruno, Thales, Guilherme e Gustavo. Por terem me proporcionado bons momentos e de alguma forma terem mantido minha vida social viva nesses tempos difíceis de pesquisa.

## **RESUMO**

**Introdução:** O pré-anestésico é parte essencial do processo cirúrgico. Um bom planejamento dessa fase acarreta em melhores desfechos para o paciente e menores custos para a instituição.

**Objetivos:** Traçar um perfil pré-anestésico dos pacientes que são operados no hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, na UFSC.

**Métodos:** Foram coletados dados devidamente autorizados de 1411 pacientes que foram operados no HU/UFSC entre Março de 2010 e Fevereiro de 2011. Os dados foram coletados da nova ficha anestésica para uma ficha de apoio e analisados individualmente.

**Resultados:** O Centro Cirúrgico do HU/UFSC atende pacientes jovens e em regime essencialmente eletivo. Há um expressivo índice de via aérea difícil e uma alta taxa de solicitação de exames pré-operatórios em nosso hospital.

**Conclusões:** O perfil da população de pacientes submetidas a cirurgias no HU/UFSC é de jovens, brancos, igualmente distribuídos entre os sexos, submetidos a cirurgias eletivas, sendo a maior parte destas realizadas pela cirurgia geral e ginecologia. HAS e diabetes são as comorbidades mais prevalentes e o tabagismo o vício mais comum. Encontra-se um alto índice de via aérea difícil.

**Palavras-chave:** Perfil pré-anestésico, avaliação Pré-operatória, Custos hospitalares, Gestão hospitalar.

## **ABSTRACT**

**Background:** The pre-anesthetic evaluation is an essential component of the surgical process. Adequate planning of this step leads invariably to better outcomes and lesser costs for the institution.

**Objective:** Delineate a pre-anesthetic profile of the patients who undergo surgery in Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital, at UFSC.

**Method:** Properly authorized, we collected data from 1411 patients who underwent surgery on HU/UFSC between March 2010 and February 2011. Data were collected from the new form of anesthesia then transcribed for a research support form and analyzed individually.

**Results:** Our Surgical Center attends essentially young patients under elective circumstances. There is a significant rate of difficult airway and a high tax of pre-operative exams requested.

**Conclusions:** The profile of the patient who undergoes surgery in our hospital is young, white, equally distributed between the sexes and undergoing elective surgery, most of these performed by Gynecology and General Surgery. Hypertension and Diabetes are the most prevalent co morbidities while smoking is the most common addiction. There is a high incidence of difficult airway as well.

**Keywords:** Pre-anesthetic profile; Preoperative evaluation; Hospital costs; Hospital management.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

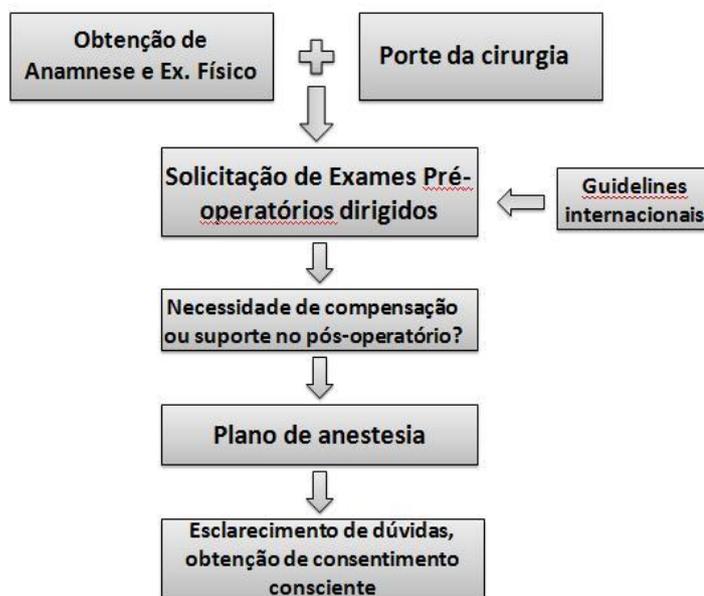
Um bom planejamento pré-anestésico tem como resultado uma redução dos custos hospitalares, uma melhor utilização de recursos, pessoal e materiais das instituições de saúde e uma significativa redução de testes laboratoriais e de imagens. Por exemplo, estima-se, em um determinado hospital Europeu, gastos de £114,000 por ano em exames de sangue de rotina pré-operatória. Em 60% dos casos, exames dessa natureza não seriam necessários caso fossem feitos anamnese detalhada e bom exame físico, já que em apenas 0,22% dos casos foram reveladas alterações que modificaram o curso peri-operatório. Neste mesmo hospital, a abolição de exames de rastreamento de rotina sem base em histórico médico e exame físico, poderiam gerar economias de até £50,000 por ano (1). Igualmente importante na realização do pré-anestésico é o menor número de cancelamentos de cirurgias eletivas, fato este que por sua vez também colabora com redução nos gastos financeiros (2). Isso demonstra claramente a necessidade de um bom planejamento pré-anestésico.

Até recentemente, a ênfase na redução de gastos na anestesia se focava nos custos gerados por drogas e tecnologias. As drogas são responsáveis por apenas 10% dos gastos anestésicos e os aparatos tecnológicos por apenas 5%, enquanto que os gastos com os profissionais se aproximam de  $\frac{3}{4}$  dos custos totais. Assim, economias significativas são muito mais facilmente atingidas quando se reduz o número de profissionais envolvidos no atendimento, o tempo em que pacientes ficam em salas de cirurgia, salas de recuperação e enfermarias. Essa filosofia levou a uma mudança do modelo clássico com longas internações pré-operatórias, para procedimentos

ambulatoriais e admissão hospitalar no mesmo dia do procedimento, até mesmo para cirurgias de grande porte (3).

A avaliação pré-anestésica consiste no conjunto de informações de múltiplas fontes que incluem o histórico médico do paciente, a anamnese, o exame físico, e os testes e avaliações instrumentais, além de, quando indicado, avaliações por pareceres de outras especialidades (4). O objetivo principal da avaliação pré-anestésica é a redução da morbi-mortalidade do paciente cirúrgico (5). Outros objetivos também importantes são: minimizar a ansiedade pré-operatória, diminuir o custo do atendimento peri-operatório e possibilitar ao paciente a recuperação de suas funções em um ritmo adequado (6). A avaliação deve ser completa, precisa e sistemática, para benefício do paciente e por questões médico-legais. De acordo com Davenport et cols. (7) a influência do pré-anestésico é tamanha que a complexidade da cirurgia e, principalmente, os fatores de risco pré-operatórios levantados na anamnese são mais preditivos do aumento dos custos totais do que as próprias complicações pós-operatórias, que até então eram vistas equivocadamente como as grandes vilãs dos altos gastos hospitalares.

A avaliação pré-operatória tem alguns pontos chave a serem seguidos de forma lógica e adequada (8):



A anestesia está mais segura do que nunca. Estima-se que as taxas de mortalidade anestésica estejam na faixa de um a cada 250.000 a 400.000 pacientes. Isso encoraja a anestesia a uma expansão para novos procedimentos, nova gama de pacientes, e grande variedade de locais fora do centro cirúrgico onde são administradas anestésias (9).

Um dos modelos de avaliação pré-anestésica utilizados atualmente em grandes centros são as clínicas destinadas unicamente ao preparo pré-anestésico, onde o paciente consulta previamente e toda avaliação, exames, histórico médico, e internação são processados e realizados na própria clínica. Há tendências futuras, de clínicas de pré-anestésico com uso de tecnologia remota como forma de maior economia. Por exemplo, entrevistas feitas por telefone, sem necessidade de locomoção do paciente. Existem

evidências na literatura de que essa abordagem proporciona maior satisfação e adesão do paciente, pois as entrevistas tomariam menos tempo dos pacientes, além da economia financeira proporcionada, já que são necessárias menos instalações e equipe médica (9). No entanto exame clínico e exames complementares permanecem insubstituíveis (4).

No centro cirúrgico Dr. Roldão Consoni, no HU-UFSC, os registros do perfil pré-anestésico inexistiam de forma aproveitável, e qualquer pesquisa deveria ser feita de forma manual e retrospectiva, prontuário a prontuário, individualmente. Por este motivo, foi elaborada uma nova ficha e implantada no serviço no início de 2010. A partir desta nova ficha podem-se obter registros mais detalhados das anestésias.

Pela importância da avaliação Pré-anestésica, justifica-se uma pesquisa que vise avaliar o perfil pré-anestésico dos pacientes operados no Hospital Universitário.

## **OBJETIVOS**

Analisar e estabelecer o perfil pré-anestésico dos pacientes que se submetem a intervenções no centro cirúrgico Dr. Roldão Consoni no HU/UFSC.

## MÉTODOS

Após análise e aprovação do projeto pela CEPESH sob N° 437 e da obtenção do consentimento consciente na véspera do procedimento (anexo 1) dos pacientes maiores de 18 anos, ou dos responsáveis no caso dos pacientes menores de idade. Foram coletados diariamente no período entre Março de 2010 e Fevereiro de 2011 dados referentes ao pré-anestésico. Esses dados foram obtidos com partir da nova ficha anestésica de implantação recente no HU (anexo 3). Ao total, foram registrados 26 dados relacionados ao pré-anestésico, totalizando um potencial para cruzamento de dados de 325 possíveis combinações. Foram os seguintes os dados coletados:

a. Dados antropométricos e referentes ao indivíduo:

1. Peso;
2. Altura;
3. Sexo;
4. Cor;
5. Etnia.

b. Regime da cirurgia realizada:

1. Eletiva;
2. Urgência;
3. Emergência.

c. Hábitos ou Vícios:

1. Tabagismo;
2. Etilismo;

3. Drogas Ilícitas.
- d. Co-morbidades ou gestação:
1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
  2. Doença Coronariana;
  3. Disritmias;
  4. Diabetes;
  5. Doenças Renais;
  6. Asma;
  7. Doenças Pulmonares;
  8. Doenças Neuromusculares;
  9. Doenças Hematológicas;
  10. Sepses;
  11. Alergias;
  12. Gravidez;
  13. Doenças Neoplásicas;
  14. Doenças Metastáticas;
  15. Outras Comorbidades.
- e. Histórico familiar relacionado à anestesia:
1. Positivo (e.g. Hipertermia Maligna, Síndrome Neuroléptica Maligna, outros);
  2. Negativo (Sem histórico ou registro).
- f. Especialidade cirúrgica;
1. Cirurgia Geral;
  2. Buco Maxilo Facial;
  3. Cabeça e Pescoço;

4. Cirurgia Vascular;
  5. Ginecologia e Obstetrícia;
  6. Cirurgia Plástica;
  7. Cirurgia Torácica;
  8. Oftalmologia;
  9. Ortopedia;
  10. Proctologia;
  11. Urologia
  12. Otorrinolaringologia;
  13. Outras Especialidades.
- g. Indicadores de dificuldade de manutenção das vias aéreas:
1. Mallampati;
  2. Cormack-Lehane;
  3. Abertura Bucal;
  4. Patil.
- h. Classificação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA):
1. ASA 1;
  2. ASA 2;
  3. ASA 3;
  4. ASA 4;
  5. ASA 5.
- i. Exames complementares pré-operatórios (sim ou não):
1. Hematócrito;
  2. Hemoglobina;

3. Contagem de Leucócitos;
4. Contagem de Plaquetas;
5. Uréia;
6. Creatinina;
7. Glicose;
8. Sódio (Na+);
9. Potássio (K+);
10. Tempo de Protrombina (TAP);
11. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA).

Como a nova ficha de anestesia ainda não está informatizada, os dados supracitados foram transcritos a uma ficha de apoio para pesquisa (anexo 2).

**Critérios de exclusão:**

1. Não aceitar participar do estudo ou desistir da pesquisa após ter assinado o termo de consentimento.

**Análise estatística**

O método da análise estatística foi feito de forma descritiva. Os dados foram armazenados em um banco de dados sigiloso, com acesso exclusivo dos pesquisadores, no programa Microsoft Office Excel v. 7.0 (Seattle, 2003). Posteriormente o programa Analysis – Epi info v. 3.3.2 (CDC, 2005) foi usado para análise.

## RESULTADOS

Foram entrevistados e devidamente autorizados via termo de consentimento um total de 1411 pacientes (n=1411). Nas seguintes variáveis não foram possíveis coletar os dados resultantes:

1. Altura;
2. Realização do pré-anestésico (sim/não);
3. Suspensão da cirurgia.

O motivo deve-se a um mau preenchimento ou não preenchimento da ficha de apoio (anexo 2).

No quadro 1 figura os pacientes agrupados por sexo. Há um predomínio do sexo feminino.

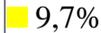
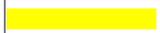
**Quadro 1. Pacientes agrupados por Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Feminino</b>	822	 58,3%
<b>Masculino</b>	548	 38,8%
<b>Não Consta</b>	41	 2,9%
<b>Total</b>	1411	 100,0%

No quadro 2 está demonstrada a estratificação dos pacientes por faixa etária. A faixa etária dos jovens (até 65 anos) perfaz a grande maioria.

A média de idade foi de 43,6 anos, sendo que entre os pacientes do sexo Feminino a média ficou em 42,6 anos. Já no sexo masculino a média alcançada foi de 45 anos de idade. Cálculo da média resultando um  $p=0,0570$ , o que reflete uma diferença das médias das idades estatisticamente não significante

**Quadro 2. Pacientes agrupados por Faixa Etária:**

Faixa Etária	Frequência (n)	Porcentagem
65 ou mais	137	 9,7%
Até 65	1044	 74,0%
Não Consta	230	 16,3%
<b>Total</b>	1411	 100,0%

O quadro 3 exibe uma separação dos pacientes baseada em sua etnia auto-declarada. É claro o predomínio da raça branca entre os mesmos.

**Quadro 3. Pacientes agrupados por etnia auto-declarada:**

Etnia	Frequência (n)	Porcentagem
Amarela	23	 1,6%
Branca	1195	 84,7%
Negra	58	 4,1%
Parda	33	 2,3%
Não Consta	102	 7,2%
<b>Total</b>	1411	 100,0%

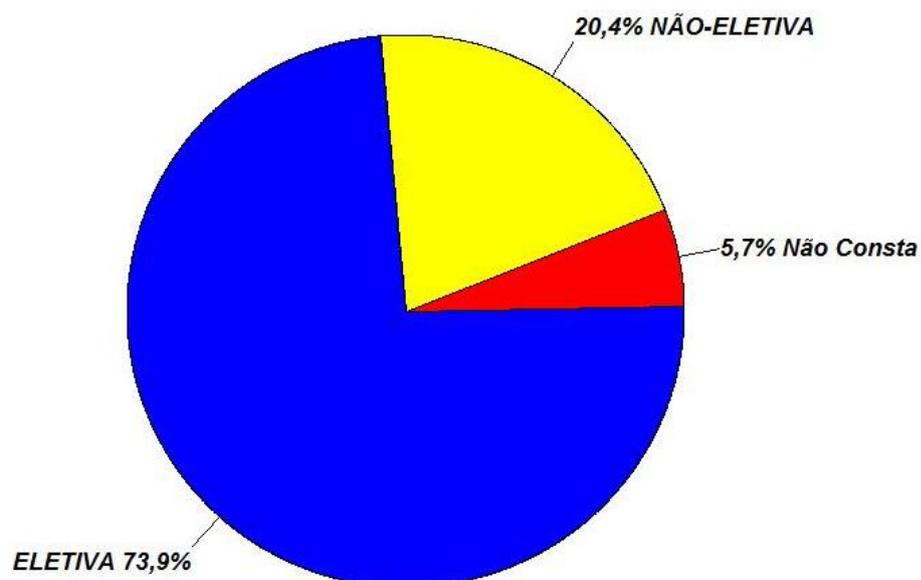
No quadro 4 figura a separação dos pacientes de acordo com a Classificação do Estado Físico tal como criado pela ASA. Houve um predomínio dos pacientes classificados como ASA 2.

**Quadro 4. Pacientes estratificados por Classificação do estado físico (ASA)**

ASA	Frequência (n)	Porcentagem
1	374	28,0%
2	719	53,7%
3	216	16,1%
4	29	2,2%
5	0	0%
<b>Total</b>	1338	100,0%

Na figura 1 está demonstrado a circunstância das cirurgias, com maior incidência de cirurgias eletivas.

**Figura 1. Circunstância das cirurgias realizadas.**



Na figura 2 estão demonstrados os hábitos e vícios auto-declarados. É importante ressaltar que alguns pacientes possuem mais de 1 destes itens assinalados. O tabagismo é o mais prevalente dentre os hábitos pesquisados.

**Figura 2. Hábitos e Vícios auto-declarados.**

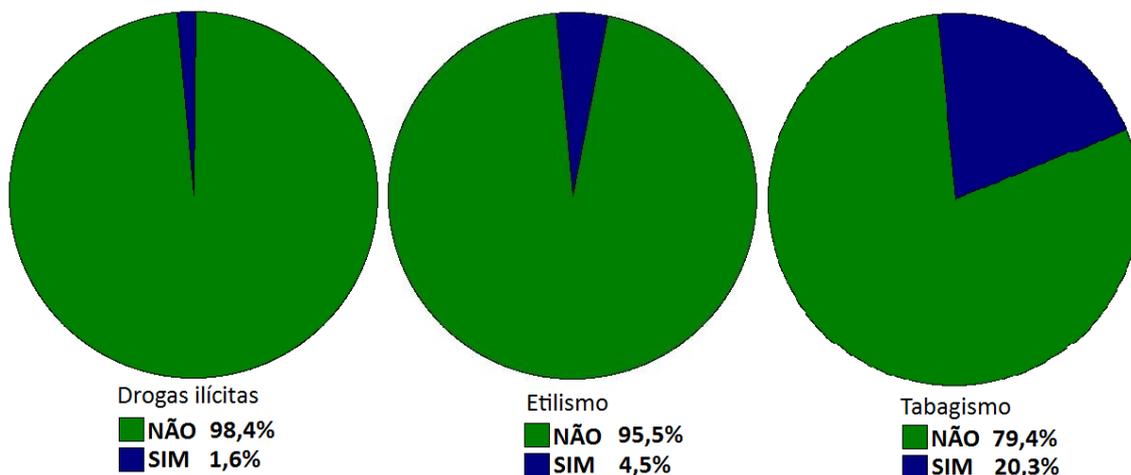


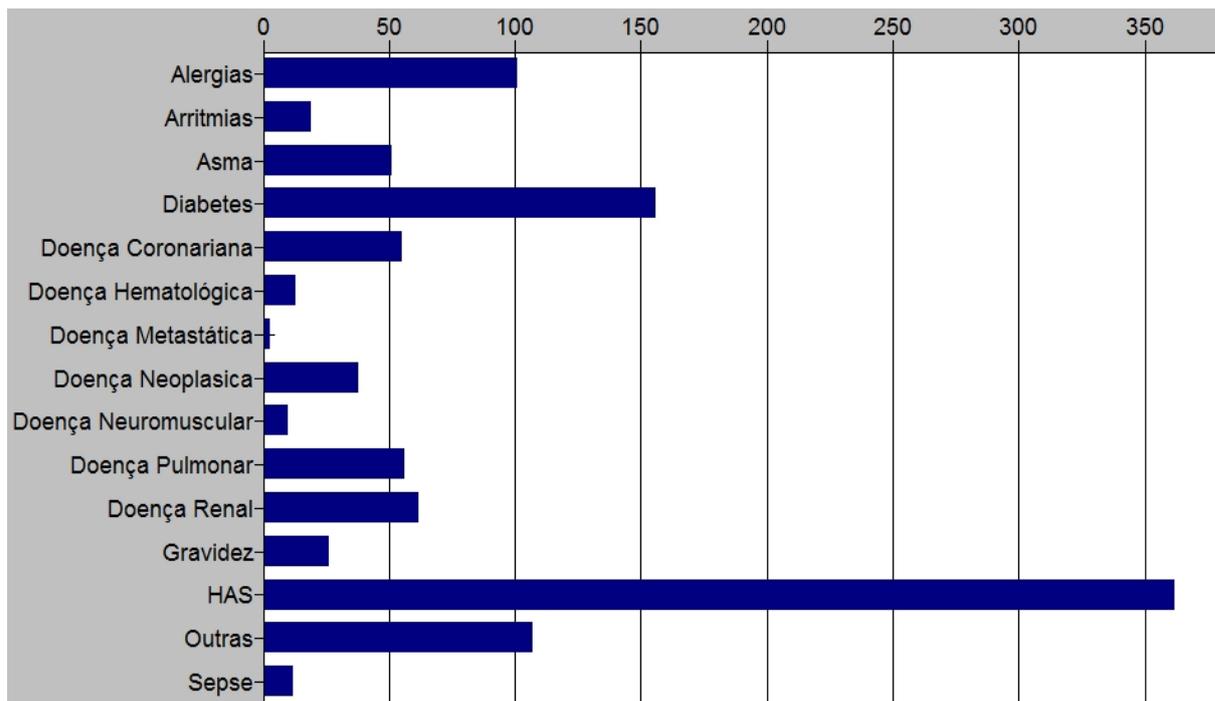
Figura no quadro 4 uma análise dos vícios isolados ou associados. Tabagismo isolado é o hábito mais comum. Entre os associados, tabagismo e etilismo são os mais prevalentes.

**Quadro 4. Análise global dos Hábitos e Vícios.**

Hábitos e Vícios	Frequência (n)	Porcentagem
<b>Drogas</b>	9	0,6%
<b>Etilismo</b>	20	1,4%
<b>Tabagismo</b>	236	16,7%
<b>Tabagismo e Drogas</b>	7	0,5%
<b>Tabagismo e Etilismo</b>	36	2,6%
<b>Tabagismo, Etilismo e Drogas</b>	7	0,5%
<b>Nenhum</b>	1096	77,7%
<b>Total</b>	1411	100,0%

Na figura 3 está demonstrada a prevalência das comorbidades. Há uma maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida por Diabetes Mellitus. Mais de uma co-morbidade pode ter sido registrada para o mesmo paciente.

**Figura 3. Co-morbidades mais prevalentes no período da pesquisa**



No quadro 5 demonstra-se numérica e graficamente a porcentagem de pacientes com histórico familiar positivo para complicações anestésicas. Fica demonstrado o grande predomínio de pacientes sem o registro de tais eventos.

**Quadro 5. Histórico Familiar anestésico relatado.**

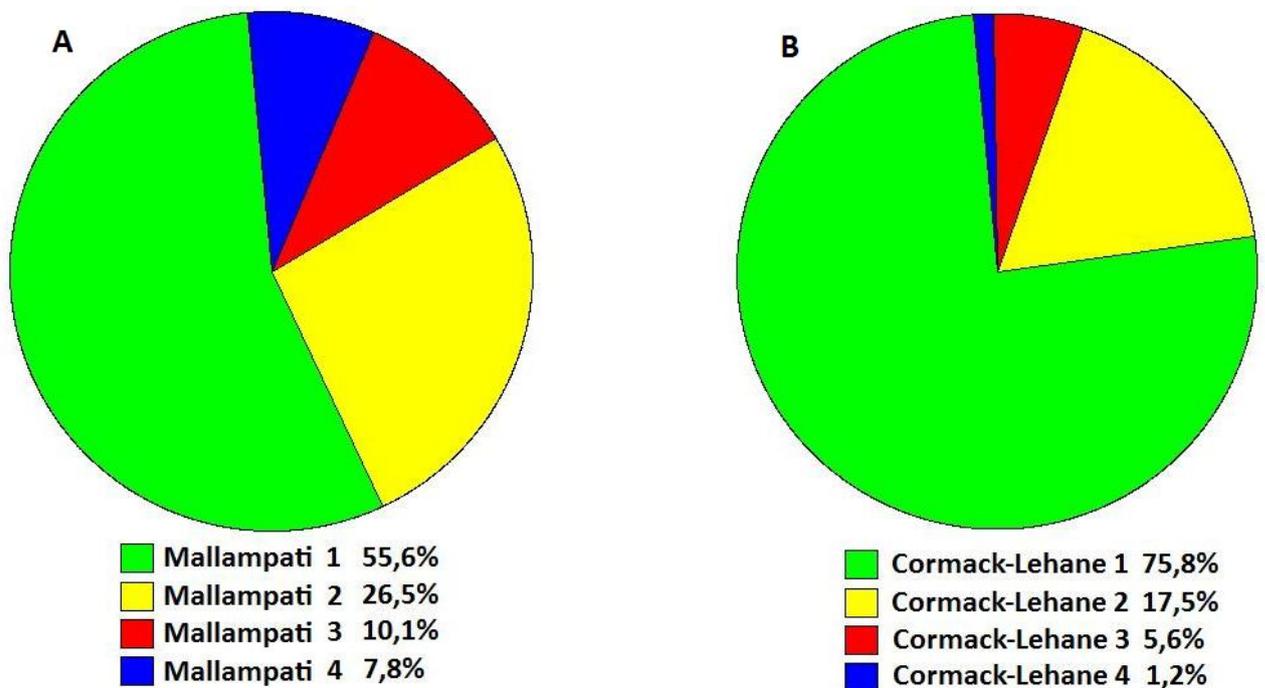
Histórico Familiar	Frequência (n)	Porcentagem
NÃO	952	96,0%
SIM	40	4,0%

<b>Total</b>	992	 100,0%	
--------------	-----	--	--

Na figura 4 e 5 estão representados os testes clínicos e instrumentais referentes à avaliação de dificuldade de intubação orotraqueal.

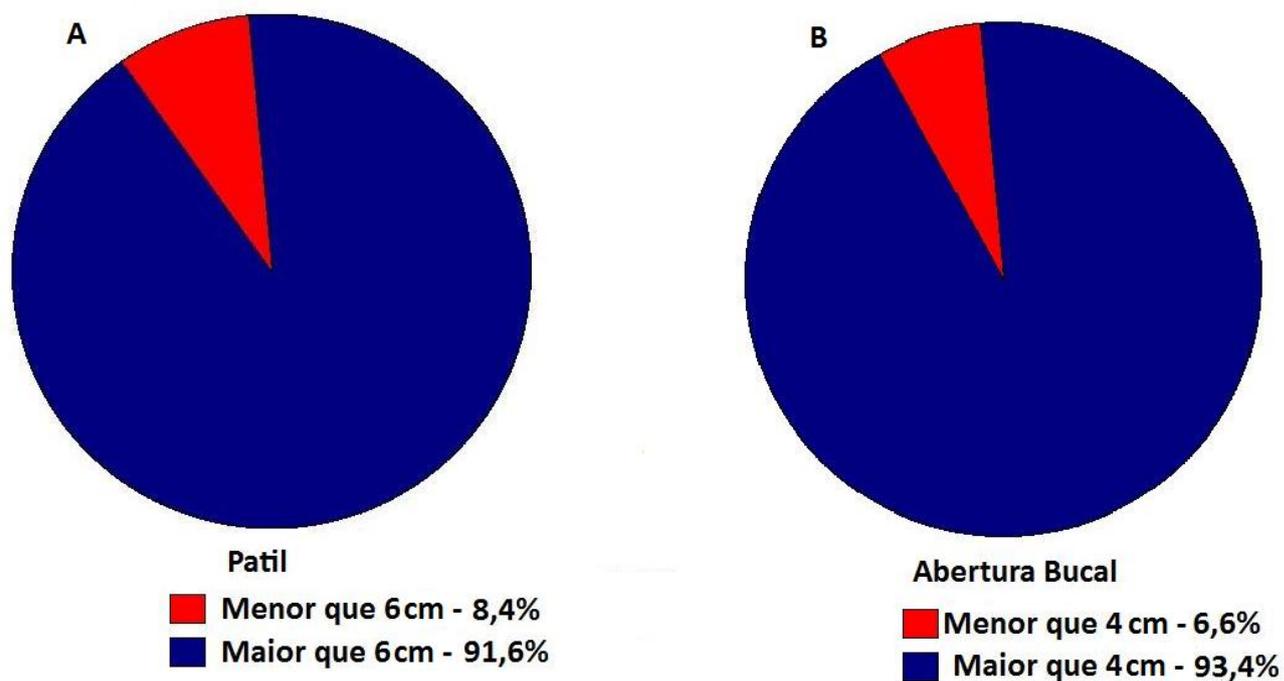
Na figura 4.A estão demonstradas as variações do teste de Mallampati, enquanto que na figura 4.B o score de Cormack-Lehane. Conforme visto nas figuras, predominam os graus “1” dos dois testes.

**Figura 4. Testes clínicos de dificuldade de intubação traqueal.**



Na figura 5.A e 5.B estão demonstrados os testes clínicos de Patil e abertura oral respectivamente. Em ambos os testes prevaleceu um indicativo de via aérea fácil.

**Figura 5. Testes clínicos de dificuldade de intubação traqueal.**



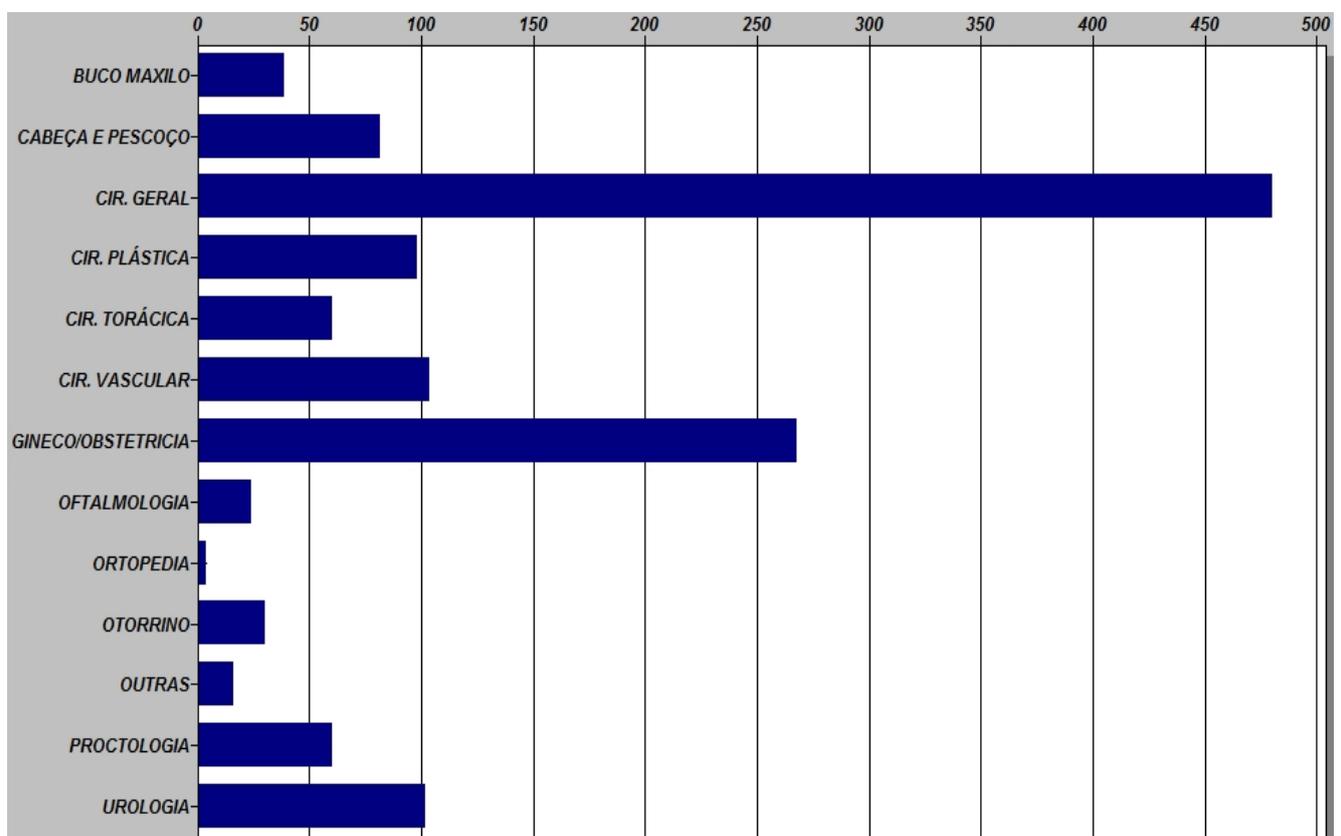
Na tabela 1 os pacientes foram estratificados de acordo com sua faixa etária versus os testes laboratoriais pré-operatórios. Fica evidente a alta taxa de solicitação de exames complementares na população jovem.

**Tabela 1. Percentual de exames complementares realizados nos pacientes de acordo com sua faixa etária**

Exames	Até 65 anos		Mais de 65 anos	
	Sim	Não	Sim	Não
<b>Hematócrito</b>	774 (74,1%)	270 (25,9%)	118 (86,1%)	19 (13,9%)
<b>Hemoglobina</b>	764 (73,2%)	280 (26,9%)	116(84,7%)	21 (15,3%)
<b>Leucócitos</b>	733 (70,2%)	311 (29,8%)	109 (79,6%)	28 (20,4%)
<b>Plaquetas</b>	686 (65,7%)	358 (34,3%)	105 (76,6%)	32 (23,4%)
<b>Uréia</b>	361 (34,6%)	683 (65,4%)	75 (54,7%)	62 (45,3%)
<b>Creatinina</b>	486 (46,6%)	558 (53,4%)	102 (74,5%)	35 (25,5%)
<b>Glicose</b>	368 (35,2%)	676 (64,8%)	78 (56,9%)	59 (43,1%)
<b>Sódio (Na+)</b>	267 (25,6%)	777 (74,4%)	73 (53,3%)	64 (46,7%)
<b>Potássio (K+)</b>	268 (25,7%)	776 (74,3%)	79 (57,7%)	58 (42,3%)
<b>TAP</b>	458 (43,9%)	586 (56,1%)	76 (55,5%)	61 (44,5%)
<b>TTPA</b>	439 (42,0%)	605 (58,0%)	74 (54,0%)	63 (46,0%)

Na figura 6 está demonstrado o número de cirurgias de acordo com cada especialidade. A cirurgia geral é a especialidade que mais realiza intervenções, seguida pela ginecologia e obstetrícia.

**Figura 6. Distribuição das cirurgias realizadas entre as especialidades:**



Na Tabela 2 figuram as especialidades de acordo com a faixa etária. É perceptível a predominância da faixa etária jovem em todas as especialidades.

**Tabela 2. Faixa etária dos pacientes submetidos a cirurgias em cada especialidade:**

Especialidade	Até 65 anos	Mais de 65 anos	Total
Buco Maxilo Facial	31 (96,9%)	1 (3,1%)	32 (100%)
Cabeça e Pescoço	62 (91,2%)	6 (8,8%)	68 (100%)
Cirurgia Geral	362 (89,8%)	41 (10,2%)	403 (100%)
Cirurgia Plástica	80 (97,6%)	2 (2,4%)	28 (100%)
Cirurgia Torácica	43 (82,7%)	9 (17,3%)	52 (100%)
Cirurgia Vascular	60 (77,9%)	17 (22,1%)	77 (100%)
Gineco e Obstetrícia	212 (91,4%)	20 (8,6%)	232 (100%)
Oftalmologia	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)
Ortopedia	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)
Otorrinolaringologia	22 (95,7%)	1 (4,3%)	23 (100%)
Outras	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (100%)
Proctologia	41 (82,0%)	9 (18,0%)	50 (100%)
Urologia	69 (81,2%)	16 (18,8%)	85 (100%)

Na tabela 3 estão demonstradas as especialidades com seus respectivos número de comorbidades. É notável a alta taxa de comorbidades presentes em especialidades como Cirurgia Vascular e Oftalmologia.

**Tabela 3. Número de co-morbidades encontradas entre as diferentes especialidades**

Especialidade	Numero de Comorbidades			
	0	1	2	3 ou mais
Buco Maxilo Facial	23 (59,0%)	14 (35,9%)	2 (5,1%)	0 (0,0%)
Cabeça e Pescoço	44 (53,7%)	22 (26,8%)	8 (9,8%)	8 (9,8%)
Cirurgia Geral	286 (59,6%)	126 (26,3%)	50 (10,4%)	18 (3,8%)
Cirurgia Plástica	65 (66,3%)	23 (23,5%)	10 (10,2%)	0 (0,0%)
Cirurgia Torácica	20 (33,3%)	24 (40,0%)	13 (21,7%)	3 (5,0%)
Cirurgia Vascular	31 (29,8%)	20 (19,2%)	34 (32,7%)	19 (18,3%)
Gineco e Obstetrícia	135 (50,4%)	89 (33,2%)	35 (13,1%)	9 (3,4%)
Oftalmologia	6 (25,0%)	7 (29,2%)	8 (33,3%)	3 (12,5%)
Ortopedia	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Otorrinolaringologia	20 (66,7%)	8 (26,7%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)
Outras	7 (43,8%)	5 (31,3%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)
Proctologia	33 (55,0%)	17 (28,3%)	6 (10,0%)	4 (6,7%)
Urologia	35 (34,3%)	39 (38,2%)	18 (17,6%)	10 (9,8%)

A correlação entre solicitação de exames e classificação do estado físico (ASA) está demonstrada na tabela abaixo. Fica evidente a alta taxa de solicitação de exames pré-operatórios para pacientes ASA 1 e 2.

**Tabela 4. Correlação entre solicitação de exames complementares e classificação do estado físico segundo a ASA**

Exames	ASA 1 e 2		ASA 3		ASA 4	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
<b>Hematócrito</b>	819 (74,9%)	274 (25,1%)	179 (82,9%)	37 (17,1%)	21 (72,4%)	8 (27,6%)
<b>Hemoglobina</b>	804 (73,6%)	289 (26,4%)	180 (83,3%)	36 (16,7%)	21 (72,4%)	8 (27,6%)
<b>Leucócitos</b>	771 (70,5%)	322 (29,5%)	168 (77,8%)	48 (22,2%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)
<b>Plaquetas</b>	720 (65,9%)	373 (34,1%)	161 (74,5%)	55 (25,5%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)
<b>Uréia</b>	364 (33,3%)	729 (66,7%)	120 (55,6%)	96 (44,4%)	16 (55,2%)	13 (44,8%)
<b>Creatinina</b>	493 (45,1%)	600 (54,9%)	152 (70,4%)	64 (29,6%)	20 (69,0%)	9 (31,0%)
<b>Glicose</b>	378 (34,6%)	715 (65,4%)	103 (47,7%)	113 (52,3%)	16 (55,2%)	13 (44,8%)
<b>Sódio (Na<sup>+</sup>)</b>	260 (23,8%)	833 (76,2%)	119 (55,1%)	97 (44,9%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)
<b>Potássio (K<sup>+</sup>)</b>	258 (23,6%)	835 (76,4%)	121 (56,0%)	95 (44,0%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)
<b>TAP</b>	478 (43,7%)	615 (56,3%)	112 (51,9%)	104 (48,1%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)

<b>TTPA</b>	458 (41,9%)	635 (58,1%)	113 (52,3%)	103 (47,7%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)
-------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------	---------------

## DISCUSSÃO

Os dados que mais chamaram atenção, foram atendimento majoritário à população jovem, o grande número de cirurgias em regime eletivo, o expressivo índice de vias aéreas classificadas como difícil, e especialmente, a elevada taxa de solicitação de exames pré-operatórios para pacientes jovens e de classificação ASA 1 e 2.

As diferentes faixas etárias populacionais possuem características intrínsecas. Os idosos (65 anos ou mais) normalmente têm maior prevalência de comorbidades e acabam por necessitar de mais exames pré-operatórios e monitorização mais invasiva para uma anestesia mais segura. A maior taxa de mortalidade relacionada a anestesia se encontra entre a população de 85 anos ou mais (10). A população jovem, por sua vez, tende a ser mais sadia e assim depende de menos exames complementares (11). No presente estudo foi evidenciada (Quadro 2) cirurgia em 9,7% de idosos, enquanto que a população jovem atingiu 74%. É necessário, portanto, direcionar o atendimento a tal população, implementando soluções de educação e atualização dos profissionais, principalmente no que tange à solicitação de exames dirigidos e complementares às suspeitas clínicas. Muito embora os idosos não sejam a maioria, há necessidade também de preparo para esse atendimento.

Como demonstrado na figura 1, de cada quatro procedimentos realizados em nosso hospital, aproximadamente 3 ocorrem em regime eletivo (73,9%). Isso se traduz em uma realidade que permite à instituição implementar avaliações pré-anestésicas em consultórios a nível ambulatorial (9). Sabe-se que um bom planejamento pré-anestésico resulta em uma redução dos custos hospitalares totais, uma melhor utilização de

recursos e materiais das instituições de saúde, uma significativa redução de testes laboratoriais e de imagens, além de uma expressiva diminuição nos cancelamentos de cirurgias eletivas (2). Uma tendência em grande expansão atualmente são as clínicas ou ambulatórios de avaliação pré-anestésica, que permitem por estratégias dirigidas, otimizar a realização das cirurgias (9). Os pacientes são atendidos ambulatorialmente, dias antes do procedimento, em tempo hábil para uma melhor avaliação global, revisão de seu histórico anestésico e familiar – que muitas vezes encontra-se em outras instituições de saúde. Correll et Cols. (12) observam que tais clínicas têm o potencial de identificar e resolver uma variedade de problemas médicos que poderiam a vir a alterar o desfecho da cirurgia. Os objetivos principais da implementação de clínicas de avaliação pré-anestésica se resumem em (13):

1. Diminuir a morbi-mortalidade cirúrgica;
2. Minimizar custos, atrasos e cancelamentos dos procedimentos;
3. Avaliar e otimizar o estado de saúde do indivíduo;
4. Facilitar o planejamento da anestesia e dos cuidados peri-operatórios;
5. Reduzir a ansiedade do paciente através de explicação e retirada de dúvidas acerca do processo, e;
6. Obter consentimento livre e esclarecido.

Apesar de não haver na literatura uma definição padronizada para via aérea difícil (14), é importante ressaltar nessa pesquisa, a alta taxa de resultados de testes clínicos que sugerem dificuldades na manutenção das vias aéreas (figuras 4 e 5). Trata-se de dados que chamam atenção, se agruparmos os pacientes classificados como Mallampati 3 e 4 – que sugerem via aérea complexa, somam quase 20% de todos registrados. A literatura é clara ao afirmar que anamnese, exame físico inalterado e histórico médico sem intercorrências não isentam o paciente de uma dificuldade na

manutenção da vias aérea. Não há evidências científicas suficientes para avaliar o efeito dos testes clínicos na predição de uma via aérea complicada (14)(15). Assim sendo, uma vez demonstrado que os pacientes operados em nosso hospital tendem a ter esse perfil, torna-se válido conjecturar a necessidade de se investir em workshops de atualização e educação continuada, ainda que existam estudos (16) demonstrando a pequena aceitação e a baixa adesão à *guidelines* de via aérea complicada por parte dos profissionais (17). Uma vez evidenciado esse perfil de via aérea com alta taxa de dificuldade de nossos pacientes, torna-se ideal a adoção de medidas de prevenção como manter em sala, ao alcance do anestesiolegista, tecnologias como a máscara laríngea e a fibroscopia óptica, aparelhagens de ventilação não-invasiva e *kits* para acesso invasivo da via aérea (cricotireoidostomia) (14), ainda que a realidade financeira de nossas instituições sejam bem distintas das americanas onde são criados tais protocolos. A adoção de novas tecnologias melhora o desfecho e diminui o número de complicações se aplicadas às situações propícias. Tal melhora ficou evidente com o advento da intubação por fibra óptica na década de 70, máscaras laríngeas nos anos 80 e aparelhagens de transiluminação e videolaringoscopia na década passada, as quais diminuíram acentuadamente o número de desfechos negativos e mortes relacionadas à anestesia (16).

As tabelas 1 e 4, que dizem respeito à solicitação de exames complementares, são de uma grande significância para nossa instituição: Gasta-se muito mais do que o necessário e o preconizado por todos os *guidelines* internacionais (6)(1). É globalmente aceito em qualquer literatura especializada a assertiva de que história clínica e exame físico representam o melhor método para o diagnóstico de doenças. Realização de exames pré-operatórios de rotina em pacientes que são aparentemente sadios não traz benefício algum, além um gasto de recursos e de resultados falsos-positivo com

iatrogênia e terapêuticas (1). Por exemplo, analisando-se a grande solicitação de exames da coagulação (TAP/TTPA) para pacientes jovens – 43,9% e 42,0% respectivamente, juntamente com a figura 3 que demonstra que em um universo de mais de 1400 pacientes, menos de 25 casos possuem doenças hematológicas sugere que tais exames estão sendo solicitados sem qualquer fundamento científico e de forma rotineira. Tal comportamento, se estendido a outros exames laboratoriais, acarreta gastos importantes e injustificáveis. Segundo fontes internas do laboratório HU/UFSC, a realização de um exame de TAP e TTPA custa R\$2.68, sendo esta a única parcela mensurável - e menor - já que a maior parte do gasto vem dos funcionários, do material dos maquinários e sua manutenção. Em um hospital do Reino Unido, foram estimados gastos de £114,000 em 1 ano com exames de rotina pré-operatória (1). Em 60% dos casos, exames dessa natureza não seriam necessários caso fossem feitos anamnese detalhada e exame físico, já que em apenas 0,22% dos casos foram reveladas alterações que alteraram o curso peri-operatório. Neste mesmo hospital, a abolição de exames de rastreamento de rotina sem base em histórico médico e exame físico, poderiam gerar economias de até £50,000 por ano (1). Em nosso hospital não há estimativas de quanto poderia ser economizado se fossem adotados *guidelines* de solicitação de exames pré-operatórios baseado em evidências, porém conjectura-se através de análise dos dados demonstrados nesta pesquisa, que se trata de uma grande quantia, com potencial aplicabilidade em outros setores da instituição.

O hábito ou vício mais comum foi o tabagismo, com cerca de 20% dos pacientes (figura 2). É consenso na literatura que tabagistas tem maiores taxas de mortalidade e de todas as complicações cardiovasculares e sépticas e essa associação é comprovadamente dose-dependente (18). Atualmente a pergunta no enfoque pré-anestésico não é mais se existe tal associação e sim qual o tempo ótimo para cessar o fumo e acarretar melhores

desfechos cirúrgicos. Por exemplo intervenções no hábito do tabagismo em torno de 4 a 8 semanas prévias ao processo cirúrgico parecem diminuir as complicações peri-operatórias, todavia, a interrupção abrupta do tabagismo poucos dias antes da cirurgia, ainda que diminuam os níveis de nicotina no sangue e aumentem a oferta de oxigênio para os tecidos, pode aumentar o stress peri-operatório e piorar o desfecho cirúrgico (19). Estando disponíveis estratégias de avaliação pré-anestésica precoces e adequadamente planejadas, é importante considerar o custo-benefício de um investimento maciço na cessação do tabagismo visando melhores resultados cirúrgicos.

Nesta pesquisa não foi possível chegar a conclusões acerca do cancelamento de cirurgias. Ainda que dispuséssemos do campo para registros de cancelamentos em nossa ficha de apoio (anexo 2), as fichas foram devidamente preenchidas. A ausência de tal dado configura uma falha na coleta, já que tal informação é preciosa para uma gestão hospitalar adequada. Em um estudo conduzido por Correll et Cols. (12) em Boston - Massachusetts, chegou-se a estimativas de perdas financeiras de aproximadamente US\$ 1500 por hora de cirurgia cancelada e de US\$ 10 por minuto de atraso em cada procedimento. Ademais, há relatos de índices de até 30% de cancelamentos em salas cirúrgicas quando não há realização adequada do pré-anestésico, enquanto os índices de cancelamento são de cerca de 6% em procedimentos realizados após avaliação pré-anestésica. A razão para os cancelamentos são variáveis em cada instituição e aponta-se as causas relacionadas aos pacientes como principal razão (20)(21). Em nosso hospital, não há meios, no momento, de se afirmar qual a razão dos cancelamentos, uma vez que não dispomos nem mesmo de registro dos números destas.

Excetuando-se pela etnia, co-morbidades e quantidade de cirurgias por especialidade, fatores estes que tem mais associação com particularidades locais e

mudam muito de uma instituição para outra, os demais resultados obtidos nesta pesquisa não tem informações de grande impacto que chamam a atenção do autor.

Esta pesquisa demonstra a riqueza de dados que são apontados na avaliação pré-anestésica, todos de importância para o procedimento anestésico-cirúrgico e para os gestores de nosso hospital.

## CONCLUSÃO

O perfil pré-anestésico dos pacientes atendidos no HU é de pacientes jovens, brancos, igualmente distribuídos entre os sexos e classificados como ASA 2 em sua maioria. Estes são submetidos majoritariamente a cirurgias em regime eletivo realizadas em sua maior parte pelas especialidades da Ginecologia e Cirurgia geral. O hábito mais comum é o tabagismo e as comorbidades mais prevalentes são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

A maioria dos pacientes mostra facilidade de intubação orotraqueal nos testes propícios, mas há uma quantidade substancial de via aérea difícil que chama atenção. Registrou-se uma expressiva taxa de solicitação de exames pré-operatórios, concordando com a literatura pesquisada. O maior número de comorbidades encontra-se entre os pacientes da Cirurgia Vascular e da Oftalmologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson RK, Mortimer a J. Routine pre-operative blood testing: is it necessary? *Anaesthesia*. 2002 Sep;57(9):914-7.
2. Fleisher L a. Effect of perioperative evaluation and consultation on cost and outcome of surgical care. *Current opinion in anaesthesiology*. 2000 Apr;13(2):209-13.
3. Bevan DR. The cost of cancelling surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1997;44(10):1033-5.
4. American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2002 Feb;96(2):485-496.
5. Egbert L, Battit G, Turndorf H, Beecher H. The value of preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. *JAMA*. 1963;185(7):553-5.
6. Roizen MD MF. More Preoperative Assessment by Physicians and Less by Laboratory Tests. *N Engl J Med*. 2000;342:204-205.
7. Davenport DL, Henderson WG, Khuri SF, Mentzer RM. Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. *Annals of Surgery*. 2005;242(2):463-71.
8. Barash PGC BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC. *Clinical Anesthesia*.
9. Kopp MD. VJ. Preoperative preparation. Value, perspective, and practice in patient care. *Anesthesiology*. 2000;18(3):551-74.
10. Li G, Warner M, Lang BH, Huang L, Sun LS. Epidemiology of Anesthesia-related Mortality in the United States, 1999–2005. *Anesthesiology*. 2009 Jul;110(4):759 - 65.
11. Mathias LA da ST, Guaratini ÁA. Avaliação Pré-anestésica - Ligia Andrade da Silva Telles Mathias. :17 - 29.
12. Correll DJ, Bader AM, Hull MW, Hsu C, Tsen LC, Hepner DL. Value of preoperative clinic visits in identifying issues with potential impact on operating room efficiency. *Anesthesiology*. 2006 Dec;105(6):1254-9; discussion 6A.
13. Fischer SP. Cost-effective Preoperative Evaluation and Testing. *American College of CHEST Journal*. 1999;October(115):96S - 100S.
14. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2003 May;98(5):1269-77.

15. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 1993;78:597 - 602.
16. Boet S, Bould MD, Diemunsch P. Evolving challenges and opportunities for difficult airway management guidelines. *Canadian journal of anaesthesia*. 2011 Aug;58(8):703-8.
17. Borges BCR, Boet S, Siu LW, Bruppacher HR, Naik VN, Riem N, et al. Incomplete adherence to the ASA difficult airway algorithm is unchanged after a high-fidelity simulation session. *Canadian journal of anaesthesia*. 2010 Jul;57(7):644-9.
18. Turan A, Mascha E, Roberman D, Turner P, You J, Kurz A, et al. Outcomes, Smoking and perioperative. *Anesthesiology*. 2011;114:837 - 46.
19. Katznelson R, Beattie WS. Perioperative smoking risk. *Anesthesiology*. 2011 Apr;114(4):734-6.
20. Sanjay P, Dodds A, Miller E, Arumugam P, Woodward A. Cancelled elective operations: an observational study from a district general hospital. *J Health Organ Manag*. 2007;21(1):54-8.
21. González-Arévalo A, Gómez-Arnau JI, DelaCruz FJ, Marzal JM, Ramírez S, Corral EM, et al. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*. 2009;64:487-493.

## ANEXOS

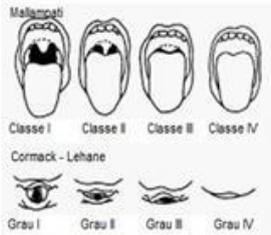
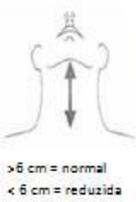
### Anexo 1. Termo de consentimento consciente e esclarecido

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA</p>
<p>Meu nome é Rodrigo Lopes Nunes, sou acadêmico da 7ª fase de medicina, na UFSC. Estou desenvolvendo minha Tese de Conclusão de Curso com o tema “Análise do perfil pré-anestésico dos pacientes que se submetem a cirurgias no HU-UFSC”, sob orientação da profa. Dra. Maria Cristina Simões de Almeida, anesthesiologista do Hospital Universitário.</p> <p>É sabido entre os especialistas que a fase que vem antes da anestesia (pré-anestésico) é peça chave para um bom resultado cirúrgico final. Assim sendo, é extremamente importante que seja feito um bom planejamento antes da anestesia visando menos complicações, tempo de internação após a cirurgia curto, menos dores após a operação, etc.</p> <p>Este estudo tem como objetivo registrar e avaliar os dados e condições antes da anestesia de todos os pacientes que são operados no HU, para que assim tenha-se uma idéia adequada do tipo de pacientes operados, permitindo um melhor planejamento pré-anestésico, que em última análise, resulta em benefícios para o paciente.</p> <p>O estudo não interfere em absolutamente nada no seu processo cirúrgico nem em sua internação, não serão feitos procedimentos fora da rotina hospitalar já que o trabalho é só de observação. A participação neste estudo não aumentará de nenhuma maneira o desconforto ou os riscos envolvidos na anestesia. Só serão feitos registros dos seus dados como peso, altura, doenças que você já tem, fatores de risco, hábitos, vícios, e dados de medicações em uso e as usadas durante a anestesia. Os dados obtidos serão mantidos em total sigilo, só serão usados pelo pesquisador e por sua orientadora.</p> <p>O(a) senhor(a) é absolutamente livre para aceitar ou não que seus dados estejam no estudo, não havendo qualquer diferença no atendimento caso o(a) senhor(a) não concorde. Terá garantia da qualidade nos cuidados durante toda a internação e seguimento após a cirurgia mesmo que não aceite participar do estudo.</p> <p>Para esclarecimentos sobre a pesquisa ou pedido de exclusão da mesma pode-se utilizar o meio telefônico (48) 99743869 ou e-mail <a href="mailto:nunizzzz@gmail.com">nunizzzz@gmail.com</a> / <a href="mailto:cristinajurere@yahoo.com.br">cristinajurere@yahoo.com.br</a></p> <p>Eu, _____, CPF _____ _____ tendo recebido as informações acima e sabendo dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo.</p> <p>A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o estudo e o tratamento a que serei submetido;</p> <p>A liberdade de desistir a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao tratamento recebido;</p> <p>A segurança de que as informações a meu respeito são confidenciais;</p> <p>Que não terei gastos financeiros com o estudo;</p> <p>Que não terei remuneração ao participar do estudo.</p> <p>Florianópolis, ___/___/____ Assinatura: _____</p>

## Anexo 2. Ficha de apoio para a pesquisa

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>FICHA DE APOIO</b> <b>ANESTESIA</b>	
Nome (iniciais): _____		Registro: _____	
Sexo: M <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> F <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Idade (anos): _____		Quarto: _____	
Etnia: Branca <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Negra <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amarela <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Parda <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Altura (cm): _____		Peso (kg): _____	
Cirurgia: _____		Data: _____	
<b>PRÉ- ANESTÉSICO</b>			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>HÁBITOS:</b> <input type="checkbox"/> Tabagismo <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Etilismo <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Drogas <sup>3</sup>		<b>COMORBIDADES:</b> <input type="checkbox"/> HAS <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> D. Coronariana <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Disritmia <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Diabetes <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> D. Renal <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Asma <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> D. Pulmonar <sup>7</sup>	
<input type="checkbox"/> D. Neuromuscular <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> D. Hematológica <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Sepsis <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Alergias <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Gravidez <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> D. Neoplásica <sup>13</sup> <input type="checkbox"/> D. Metastática <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> _____ <sup>15</sup>		Mallampati: _____ Cormack-Lehane: _____ Abertura Bucal: <input type="checkbox"/> >4 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <4 <sup>2</sup> Patil: <input type="checkbox"/> >6 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <6 <sup>2</sup> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ASA _____</div>	
<b>HISTÓRICO FAMILIAR ANESTÉSICO:</b> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>		<b>Especialidade:</b> <input type="checkbox"/> C. Geral <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Buco Maxilo <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> C. Vascular <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> C. Gineco/Obstétrica <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> C. Plástica <sup>6</sup>	
		<input type="checkbox"/> C. Torácica <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Oftalmologia <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Ortopedia <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Proctologia <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Urologia <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> ORL <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> _____ <sup>13</sup>	
<b>EXAMES:</b> <input type="checkbox"/> Ht <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Leucócitos <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Glicose <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> TPA			
<b>TRANS-ANESTÉSICO</b>			
Cirurgia iniciou: Pontualmente <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/>	<b>ANESTESIA</b> <b>Agentes:</b> <input type="checkbox"/> Isoflurano <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sevoflurano <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Remifentanil <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Propofol <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Midazolam <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Regional <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Fentanil <sup>7</sup>	<b>Monitorização:</b> <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> EtCO <sub>2</sub> <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> ECG <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Temp. <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> BIS <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> TOF <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Diurese <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Pani <sup>8</sup>	<b>VIA AÉREA:</b> <input type="checkbox"/> Fácil <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Difícil <sup>2</sup> <b>Via</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Masc. Facial <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Nasotraqueal <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Orotraqueal <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Masc. Laringea <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Tubo Dupla Luz <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Estilete <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Fibroscopia <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Traqueostomia <sup>9</sup>
<b>Motivo:</b> <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Anestesiologista	<b>PROFILAXIA</b> <b>Náuseas, Vômitos e Dor:</b> <input type="checkbox"/> Dexametasona <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ondansetrona <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Droperidol <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Opióides <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> AINES <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>6</sup>		
<b>COMPLICAÇÕES</b> <b>Indução:</b> <input type="checkbox"/> Hipoxemia <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Hipotensão <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hipertensão <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Disritmia <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>9</sup>			
<b>Manutenção:</b> <input type="checkbox"/> Hipoxemia <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Hipotensão <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hipertensão <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Disritmia <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>9</sup>			
<b>Despertar:</b> <input type="checkbox"/> Hipoxemia <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Hipotensão <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hipertensão <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Disritmia <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>9</sup>			
<b>PÓS-ANESTÉSICO</b>			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b> SRPA: <input type="checkbox"/> Dor <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> NVPO <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Hipovent./ Depressão <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hipo/ Hipertensão <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Bradi/ Taquicardia <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Arritmia <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> BNM Residual <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Odinof./ Rouquidão <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> IAM <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Prurido <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>13</sup>	<b>Tardio:</b> <input type="checkbox"/> Dor <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> NVPO <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Hipovent./ Depressão <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hipo/ Hipertensão <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Bradi/ Taquicardia <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Arritmia <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> BNM Residual <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Odinof./ Rouquidão <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> IAM <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Prurido <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Outros <sup>13</sup>		

### Anexo 3. Ficha Anestésica

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>FICHA DE ANESTESIA</b>										
Nome: _____		Quarto: _____										
Sexo: _____	Idade: _____	Raça: _____	Altura: _____									
G: _____		PN: _____	PC: _____									
A: _____		Diagnóstico Pré-operatório: _____										
Cirurgia: _____												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>PRÉ- ANESTÉSICO</b> </div>												
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Cirurgia:</b> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/>	<b>Cirurgia Suspense:</b> Pré-anestésico <input type="checkbox"/> Anestesiologista <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> D. Coronariana <input type="checkbox"/> Disritmia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> D. Renal	<input type="checkbox"/> D. Pulmonar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> D. Neuromuscular <input type="checkbox"/> D. Hematológica <input type="checkbox"/> Sepsis										
		Abertura Bucal: >4 cm <input type="checkbox"/> <4 cm <input type="checkbox"/>										
		<b>ASA</b> _____										
Anamnese: _____ Anestésias Prévias <input type="checkbox"/>		Exame Físico: _____										
Ht (%)	Hb (%)	Leucócitos (un./mm <sup>3</sup> )	Plaquetas (un./mm <sup>3</sup> )	Uréia (mg/dL)	Creatinina (mg/dL)	Glicose (mg/dL)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	TAP (RNI)	TTPA (RNI)	Grupo Sang.	Outros
ECG <input type="checkbox"/> RX tórax <input type="checkbox"/>		Pareceres especializados / Outros Exames: _____										
<b>Consentimento Informado:</b> Declaro para fins legais conforme segue: Estou ciente do fato de que, a meu pedido, estarei submetendo-me a procedimento anestésico junto ao Hospital Universitário, a fim de possibilitar a realização da minha cirurgia. Declaro ainda ter total conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade de meio, através da qual se obriga a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar. A fim de prevenir e evitar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico. Declaro que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/ internamento em geral. O serviço de Anestesia do Hospital Universitário não cobra por procedimentos e não autoriza a cobrança indevida em seu nome.												
X _____ Paciente ou Responsável Legal				X _____ Anestesiologista Avaliador				Florianópolis, ___/___/___				





**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

ESCORE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA		Entrada	15'	30'	45'	60'	90'	120'	Saida
<b>Movimentação</b>									
4 extremidades voluntariamente ou sob comando	2								
2 extremidades voluntariamente ou sob comando	1								
Sem movimentação	0								
<b>Respiração</b>									
Profunda e tosse livremente	2								
Limitada ou dispnéia	1								
Apneico	0								
<b>T. Arterial</b>									
Mais ou menos 20% da basal	2								
20 a 50% (+/-) da basal	1								
Mais ou menos 50% da basal	0								
<b>Consciência</b>									
Bem acordado	2								
Despertável quando chama	1								
Sem resposta	0								
<b>SpO<sub>2</sub></b>									
Acima de 92% em ar ambiente	2								
> 90% com O <sub>2</sub>	1								
< 90% com O <sub>2</sub>	0								
<b>TOTAL</b>									

SINAIS VITAIS						
Hora	Dor/EVA	PA	Pulso	SpO <sub>2</sub>	Temperatura	Medicação

SINAIS VITAIS						
Hora	Dor/EVA	PA	Pulso	SpO <sub>2</sub>	Temperatura	Medicação

Alta da SRPA			
Horário:	Destino:	Rubrica Anestesiologista:	Rubrica Enfermeira:
Recomendações especiais:			

**PÓS-ANESTÉSICO**

Intercorrências	SRPA	Pós-Anestésico Tardio	Hora	Observações:
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NVPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipoventilação / Depressão Resp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipo / Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bradi / Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BNM Residual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Odinofagia / Rouquidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Retenção Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prurido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Broncoaspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

X \_\_\_\_\_  
Anestesiologista Avaliador

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_