

Objetivos da Consulta Pré-Anestésica:

- Identificar riscos específicos do paciente e do procedimento.
- Planejar intervenções para minimizar riscos (ex.: exames, avaliações de especialistas).
- Garantir a segurança do paciente e a execução de um plano anestésico individualizado.
- Fornecer ao paciente informações claras sobre o procedimento e obter o consentimento informado.

Aspectos fundamentais:

- Doenças prévias e comorbidades (ex.: hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, hepáticas e renais).
- Cirurgias e complicações anestésicas anteriores.
- Uso atual de medicamentos, incluindo fitoterápicos e suplementos.
- Hábitos como tabagismo, consumo de álcool e uso de substâncias ilícitas.
- História de apneia obstrutiva do sono e alergias conhecidas.

Foco:

- Sistema cardiovascular e respiratório.
- Local da cirurgia e características específicas que possam interferir no procedimento (ex.: escoliose para anestesia raquidiana).
- Avaliação de sinais de infecção.

Crítérios:

- Apenas exames específicos, baseados na história clínica e riscos identificados. **Tabela I**
- **Testes comuns incluem:**
 - Hemograma, glicemia e função renal (para pacientes acima de 50 anos ou com comorbidades).
 - ECG para pacientes com mais de 45 anos ou fatores de risco cardiovascular.
 - Radiografia de tórax e testes de função pulmonar em casos de doença respiratória crônica.

- Classificação ASA
- Broncoaspiração
- Náuseas/Vômitos
- Risco de Tromboembolismo Venoso (TEV)
- Cefaleia Pós-Punção
- Hipotermia Intraoperatória
- Lesão por Posicionamento
- Sangramento Intraoperatório
- ICR para prever complicações cardíacas e outros desfechos adversos.

Consulta Pré-Anestésica

Histórico Clínico

Exame Físico

Exames Complementares

Avaliação de Riscos

Planejamento Anestésico

Crítérios de Indicação: indicada para pacientes e situações que fogem ao padrão de baixo risco, contribuindo para a segurança e eficácia do ato anestésico.

- Pacientes com idade ≥ 65 anos.
- Presença de comorbidades significativas (hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, doença coronariana, doenças pulmonares crônicas, doenças renais ou hepáticas).
- Gestantes.
- Obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$, especialmente obesidade mórbida com $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$).
- Histórico de complicações anestésicas (hipertensão maligna, alergias a anestésicos, dificuldade de via aérea).
- Crianças prematuras ou de baixo peso ao nascimento.
- Cirurgias de grande porte e alto risco (cardíaca, torácica, abdominal, vascular ou ortopédica de grande porte).
- Cirurgias com previsão de grande perda sanguínea.
- Uso de anticoagulantes ou antiplaquetários.
- Polifarmácia, especialmente em idosos e pacientes com múltiplas comorbidades.
- Presença de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS).
- Histórico de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) ou fatores de risco associados.
- Pacientes imunossuprimidos (câncer, uso de imunossupressores, HIV).

Crítérios de Exclusão: aplicáveis a situações de baixo risco e em que a avaliação pré-anestésica não agrega benefícios significativos ao manejo perioperatório.

- Pacientes saudáveis, classificados como ASA I (sem comorbidades ou condições clínicas relevantes).
- Cirurgias de pequeno porte e baixo risco (ex.: procedimentos dermatológicos ou oftalmológicos simples).
- Procedimentos realizados sob anestesia local, sem sedação, em pacientes sem comorbidades.
- Ausência de histórico de complicações anestésicas em cirurgias anteriores.
- Pacientes jovens, sem fatores de risco clínicos ou cirúrgicos significativos.
- Procedimentos em que o planejamento anestésico e cirúrgico já tenha sido claramente definido e validado por consulta recente (<30 dias) e o estado clínico do paciente permaneça inalterado.

Definição:

- Tipo de anestesia mais adequado (geral, regional ou local).
- Necessidade de monitorização especial, como profundidade anestésica, gases anestésicos e ventilação.

Preparação:

- Ajustes em medicamentos e tratamentos conforme os riscos identificados (ex.: manejo de anticoagulantes e betabloqueadores).
- Garantia de condições adequadas de analgesia, controle de náuseas e recuperação da função motora.

Encaminhamento ao Cardiologista:

Quando houver necessidade de estratificação adicional do risco cardiovascular ou de otimização clínica para reduzir complicações perioperatórias.

Tabela II

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade

Continua na próxima página

Definir o local de recuperação anestésica adequado

Estratégia para Decisão:

1. Identifique o perfil ASA e comorbidades do paciente.
2. Classifique o risco do procedimento cirúrgico.
3. Analise os fatores clínicos e anestésicos que podem impactar o pós-operatório.
4. Defina o local mais adequado para recuperação, comunicando a equipe cirúrgica e institucionalizando o plano.

A decisão deve ser tomada ainda na consulta pré-anestésica, com base nos critérios apresentados na TABELA III e na avaliação do anestesiológista responsável.

Critérios de definição do Local de Recuperação

Comunicação e Consentimento

Informação ao paciente:

- Explicação dos riscos e benefícios do procedimento.
- Obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Avaliação no Dia do Procedimento

Revisão: Confirmação do estado clínico atual e reavaliação se necessário, principalmente em casos de alterações clínicas desde a consulta inicial.

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade

TABELA: CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

EXAME	INDICAÇÃO CLÍNICA
Hemograma completo (HC)	<ul style="list-style-type: none"> - Idade > 65 anos. - Suspeita de anemia, infecção ou distúrbios hematológicos. - Cirurgias com grande risco de sangramento.
Glicemia de jejum	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico ou suspeita de diabetes mellitus. - Cirurgia de grande porte ou vascular.
HbA1c	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus conhecido ou controle glicêmico inadequado.
Eletrolitos séricos (sódio, potássio)	<ul style="list-style-type: none"> - Doença renal crônica ou suspeita de desequilíbrio eletrolítico. - Uso de diuréticos ou medicamentos nefrotóxicos.
Creatinina e Taxa de Filtração Glomerular (TFG)	<ul style="list-style-type: none"> - Idade > 50 anos. - Cirurgia de médio ou grande porte. - Uso de contraste iodado. - Diagnóstico ou suspeita de insuficiência renal.
Função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas)	<ul style="list-style-type: none"> - História ou suspeita de doença hepática. - Uso crônico de medicamentos hepatotóxicos.
Coagulograma (TP, TTPa, INR)	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. - História de sangramentos ou coagulopatias. - Cirurgias com alto risco de sangramento.
ECG (Eletrocardiograma)	<ul style="list-style-type: none"> - Idade: homens > 45 anos, mulheres > 50 anos. - História ou risco de doença cardiovascular (hipertensão, diabetes, tabagismo, dislipidemia).
Radiografia de tórax	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomas ou fatores de risco para doença pulmonar ou cardíaca (dispneia, tosse crônica, DPOC, ICC).
Teste de gravidez (beta-hCG)	<ul style="list-style-type: none"> - Mulheres em idade fértil, independentemente de história menstrual.
Gasometria arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com doença pulmonar crônica grave (ex.: DPOC). - Risco de insuficiência respiratória pós-operatória.
Função pulmonar (espirometria)	<ul style="list-style-type: none"> - Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou asma descompensada.
Troponina e BNP	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de alto risco cardiovascular em cirurgias de grande porte.
Lactato sérico	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento de perfusão tecidual em casos críticos.
Ferritina e ferro sérico	<ul style="list-style-type: none"> - Suspeita ou diagnóstico de anemia por deficiência de ferro.

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade

TABELA II: CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO CARDIOLOGISTA

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
História de doença cardiovascular ativa	- Angina instável ou IAM recente (últimos 30 dias). - Insuficiência cardíaca descompensada (edema pulmonar, congestão sistêmica).
Doença valvar significativa	- Estenose aórtica ou mitral moderada a grave. - Insuficiência valvar grave documentada por ecocardiograma.
Arritmias não controladas	- Fibrilação atrial com alta resposta ventricular. - Arritmias ventriculares sintomáticas. - Bloqueio atrioventricular avançado (ex.: Mobitz II).
Alterações significativas no ECG	- Isquemia aguda ou alterações do segmento ST. - Bloqueios cardíacos de alto grau. - Síndrome do QT longo.
Fatores de risco múltiplos	- Presença de diabetes mellitus em uso de insulina. - Doença renal crônica (TFG < 30 mL/min). - História de AVC ou AIT. - Idade > 65 anos.
Baixa capacidade funcional (< 4 METs)	- Incapacidade de realizar atividades como subir escadas ou caminhar sem sintomas (dispneia, dor torácica).
Cirurgias de alto risco cardiovascular	- Cirurgia vascular suprainguinal. - Procedimentos intratorácicos ou intraperitoneais de grande porte.
Avaliação de anticoagulação	- Necessidade de suspensão ou ponte terapêutica com heparina em pacientes em uso de anticoagulantes (ex.: varfarina, NOACs).
Manejo de medicamentos cardiovasculares	- Ajuste de betabloqueadores, estatinas ou antiplaquetários para o perioperatório.
Índice de Risco Cardíaco Revisado (IRCR)	- IRCR ≥ 2 (ex.: insuficiência cardíaca, doença cardíaca isquêmica, AVC, diabetes com insulina, insuficiência renal).
Hipertensão pulmonar suspeita	- Evidências clínicas ou ecocardiográficas de hipertensão pulmonar significativa.
Sintomas inexplicados	- Dor torácica, dispneia ou síncope que necessitem esclarecimento diagnóstico antes da cirurgia.
Doenças cardíacas específicas	- Miocardiopatia hipertrófica ou restritiva.

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade

TABELA III: CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DO LOCAL DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

CRITÉRIO	INDICAÇÃO DE RECUPERAÇÃO EM SRPA	INDICAÇÃO DE RECUPERAÇÃO EM UTI
Classificação do Estado Físico (ASA)	- ASA I-II: Recuperação em SRPA padrão, sem necessidade de monitorização avançada, exceto em situações específicas.	- ASA III: Possível transferência para SEMI ou UTI, dependendo da estabilidade hemodinâmica e complexidade do procedimento. - ASA IV-V: Recuperação direta em UTI devido ao risco elevado de complicações.
Tipo e Risco do Procedimento Cirúrgico	- Cirurgias de baixo risco (ex.: oftalmológicas, dermatológicas): SRPA padrão.	- Cirurgias de alto risco (intratorácicas, intraperitoneais, vasculares maiores): Recuperação em SEMI ou UTI. - Cirurgias de médio risco podem requerer UTI para pacientes instáveis ou ASA III-IV.
Necessidade de Monitorização Avançada	- Não indicada, a menos que o paciente esteja hemodinamicamente estável após monitorização breve.	- Pacientes que necessitam de monitorização invasiva (ex.: pressão arterial invasiva, cateter venoso central). - Cirurgias com grande perda sanguínea ou instabilidade intraoperatória.
Condições Clínicas Pré-Existentes	- Pacientes estáveis com doenças controladas e cirurgias de baixo ou médio risco.	- Doenças cardiovasculares: Insuficiência cardíaca, arritmias ou isquemia recente, em cirurgias de médio ou grande porte. - Doenças respiratórias: DPOC grave, SAOS grave ou necessidade de ventilação pós-operatória. - Insuficiência renal ou hepática grave: Risco de descompensação metabólica.
Escore de Risco Cardíaco e Perioperatório	- ICR < 2: Sem fatores de risco cardiovascular significativos.	- ICR ≥ 2: Maior risco cardiovascular, indicando SEMI ou UTI. - Idosos com fragilidade significativa ou incapacidade funcional.
Planejamento do Pós-Operatório	- Analgesia simples ou manejo não invasivo da dor. - Estabilidade hemodinâmica e respiratória garantida.	- Analgesia complexa com infusões contínuas de opioides. - Necessidade de suporte ventilatório ou monitoramento metabólico avançado.
Alterações Intraoperatórias	- Cirurgias sem complicações hemodinâmicas ou metabólicas significativas.	- Cirurgias com complicações graves, como sangramento significativo (> 20% da volemia), acidose metabólica ou choque séptico.

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOCIEDADE EUROPEIA DE ANESTESIOLOGIA (ESA). **Avaliação pré-operatória de adultos submetidos a cirurgia não-cardíaca eletiva**. Guideline traduzido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, com autorização da ESA. Publicado originalmente em: *European Journal of Anaesthesiology*, v. 35, p. 407-465, 2018.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006**. Publicado no *Diário Oficial da União*, 27 fev. 2018. Seção 1, p. 75-84.
3. SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGISTAS (ASA). **Physical Status Classification System**. Atualizado em 15 out. 2014. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines>. Acesso em: 15 dez. 2024
4. LEE, T. H.; MANGIONE, C. M.; LIPSON, C. L.; et al. **Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery**. *Circulation*, v. 100, n. 10, p. 1043-1049, 1999.
5. BARASH, P. G.; CULLEN, B. F.; STOELTING, R. K.; et al. **Clinical Anesthesia**. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.
6. BASTOS, C. S.; MACEDO, A. V. **Avaliação pré-anestésica: bases fisiológicas e indicações**. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 65, n. 3, p. 207-215, 2015.
7. NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Routine preoperative tests for elective surgery**. NICE guideline NG45. London, 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>. Acesso em: 15 dez. 2024.

Elaborado:

Dra.Aline Bonfante, Dr. Marcos Cury, Dra. Raquel Feliciani e Dra.Rosemary Cury
Anestesiologistas

Revisado:

Iara Grasel Kottwitz
Enfa. Qualidade Anest

Aprovado:

Comite de Qualidade