

Anestesia Ambulatorial em Paciente Idoso

*Luiz Marciano Cangiani**

Introdução

Se considerarmos que o paciente idoso é aquele que tem idade a partir de 65 anos, muitos procedimentos anestésico-cirúrgicos podem ser realizados em regime ambulatorial. Na realidade muitos pacientes desta faixa etária podem se beneficiar do regime ambulatorial, desde que se observem as condutas gerais do atendimento e as características individuais de cada paciente e do próprio procedimento a ser realizado ¹.

Considerando a grande evolução da Anestesiologia no que diz respeito às drogas, às técnicas anestésicas, a monitorização adequada e eficiente, permitindo a condução do ato anestésico com segurança, faz com que o mesmo não seja, na maioria das vezes, um fator limitante para a realização de procedimentos cirúrgicos ou exames diagnósticos em regime ambulatorial.

O atendimento ambulatorial, entretanto, apresenta características próprias e exige o estabelecimento de critérios rígidos na seleção dos pacientes, das drogas, das técnicas anestésicas, do fluxograma da unidade ambulatorial e da alta hospitalar, proporcionando com isso a aproveitar as vantagens desse tipo de atendimento, inclusive para os pacientes idosos ².

Neste capítulo serão abordados os seguintes aspectos: seleção de pacientes, seleção de drogas, seleção de técnicas, seleção de procedimentos e critérios de alta.

Seleção de pacientes

Na faixa etária acima de 65 anos existe uma variabilidade biológica muito grande. Encon-

* Co-responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento de Anestesiologista do Instituto Penido Burnier
Chefe do Departamento de Anestesia e Terapia da Dor do Centro Médico de Campinas
Chefe da Revista Brasileira de Anestesiologia

tram-se pacientes hígidos em várias idades, assim como pacientes com doenças preexistentes incapacitantes que podem acometer vários órgãos e sistemas.

Existe consenso que paciente estado físico ASA I ou II podem ser enquadrados no esquema ambulatorial, ficando o ato cirúrgico como fator limitante. A discussão gira em torno dos pacientes com estado físico ASA III.

Poucos são os trabalhos que mostram a evolução e complicações peri-operatórias em pacientes com estado físico ASA III em regime ambulatorial. Alguns autores relataram que doenças preexistentes contribuíram para alguma complicação cardiovascular, pulmonar ou neurológica. A maioria dos eventos ocorreu 48 horas após o ato anestésico-cirúrgico, mostrando relação com a doença e a idade avançada³. Outros dados demonstraram que as maiores complicações, como infarto do miocárdio, déficit do sistema nervoso central e embolia pulmonar, ocorridos até 30 dias no pós-operatório, teve menor incidência quando comparada na população geral de idosos que não se submetem à cirurgia ambulatorial⁴. Os autores atribuíram isso a adequada seleção e preparo pré-operatório dos pacientes submetidos a anestesia e cirurgia ambulatorial, onde os critérios de exclusão foram rigorosamente seguidos^{3,4}.

Outros estudos mostraram relação da idade com a duração da recuperação ou a incidência de complicações pós-operatórias. No entanto, esta incidência é pequena em relação aos pacientes saudáveis e a população geral³.

Na realidade os estudos epidemiológicos mostraram que a cirurgia ambulatorial não deve ficar restrita a pacientes jovens e saudáveis. Os pacientes idosos e com estado físico ASA III podem ser enquadrados no esquema ambulatorial, desde que as doenças sistêmicas preexistentes sejam adequadamente controladas no pré-operatório. Deve-se levar em conta também o caráter invasivo da cirurgia e as condições para os cuidados pós-operatórios no lar, especialmente em pessoas com baixo nível sócio-econômico.

Aos pacientes estado físico ASA III com grave doença preexistente, não se pode assegurar a sua liberação dentro da rotina ambulatorial, devendo-se sempre prever a possibilidade de permanência no hospital.

A liberação do paciente para cirurgia ambulatorial depende de uma eficiente avaliação pré-operatória, que inclui história, exame físico e relevantes exames laboratoriais.

Ao liberar o paciente para cirurgia ambulatorial com importante doença preexistente, é necessário saber se ele está nas melhores condições para submeter-se ao procedimento proposto; se sua doença está controlada; se é possível realizar uma técnica anestésica com mínimo impacto sobre o organismo; quais os cuidados pré e pós-operatórios que devem ser seguidos para que o paciente realmente se beneficie do tratamento em regime ambulatorial⁴.

As doenças cardiovasculares (isquemia, infarto do miocárdio, valvulopatias, hipertensão arterial), as respiratórias e o diabetes, por sua freqüência e morbimortalidade, merecem atenção especial.

Está demonstrado que o infarto do miocárdio peri-operatório está associado a fenômenos isquêmicos pré-operatórios em pacientes com doença da artéria coronária. Episódios de isquemia no peri-operatório ocorrem com a mesma freqüência que aqueles em pacientes com padrão anginoso⁴.

Ao se detectar o fenômeno isquêmico é necessário manter o paciente em observação mais prolongada no pós-operatório. Se houver mudanças ao traçado eletrocardiográfico ou episódios isquêmicos prolongados, que necessitem intervenção, o paciente deverá pernoitar no hospital⁵.

A liberação de pacientes com lesões valvulares cardíacas depende da localização da lesão, da sua gravidade e do estado funcional dos ventrículos. História de insuficiência cardíaca está associada a lesões graves.

Os pacientes com hipertensão arterial apresentam alto risco de isquemia coronariana e infarto do miocárdio. As complicações estão em razão direta do grau de alterações orgânicas que a hipertensão causou. Assim, a hipertrofia ventricular esquerda aparece como principal indicador de aumento da morbidade cardiovascular.

O comportamento da pressão arterial é variável nos pacientes hipertensos. Muitos mantêm pressão arterial normal durante o sono (natural ou induzido) e apresentam hipertensão arterial quando acordados. O estresse pré-operatório frequentemente aumenta a pressão arterial, muitas vezes a um nível perigoso. É freqüente o aumento da pressão arterial no pré-operatório, voltando a nível normal, ou habitual após a saída do paciente do ambiente hospitalar.

Alguns pacientes, mesmo em tratamento, mantêm níveis pressóricos acima do normal, e a redução em 20% da pressão diastólica pode resultar em isquemia tecidual. Investigação adequada do comportamento pressórico destes pacientes deve ser realizada. Entretanto, o adiamento da cirurgia e uma avaliação minuciosa são recomendáveis sempre que a pressão diastólica for igual ou superior a 110 mmHg⁴.

Na avaliação pré-operatória é necessário colher dados como duração da hipertensão, o tratamento que vem sendo realizado e o acometimento de órgãos-alvo, definindo o grau de malignidade da hipertensão arterial^{6,7}.

Dentre as doenças clínicas e lesões de órgãos-alvo estão incluídas: hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, insuficiência cardíaca, revascularização do miocárdio, nefropatia, acidente vascular encefálico temporário. Existe relação entre os níveis pressóricos e o risco cardiovascular^{8,9}.

Hoje o número de pacientes hipertensos, que se submetem à cirurgia aumentou muito. Existem casos que o paciente não sabe que é hipertenso e o achado é feito durante a avaliação pré-operatória. Esses pacientes não controlam e não tratam a pressão arterial^{8,9}.

Estudos mostram que a incidência de episódios isquêmicos, durante a indução anestésica em pacientes hipertensos não tratados, é 10 vezes maior do que naqueles que tratam continuamente¹⁰. Assim sendo, os pacientes hipertensos não controlados, candidatos à cirurgia eletiva, mesmo de pequeno porte, devem ser compensados no pré-operatório, com o propósito de reduzir os eventos isquêmicos no pós-operatório.

Com relação aos pacientes diabéticos, em princípio, existem dois aspectos que devem ser considerados: a) o uso de hipoglicemiantes e, b) manifestação sistêmica da doença.

Com relação ao uso de hipoglicemiantes orais ou insulina é perfeitamente possível programar o ato anestésico-cirúrgico ambulatorial, geralmente de pequeno porte, sem interferir no atual esquema de tratamento.

O grande problema do paciente diabético é a repercussão orgânica da doença, como aterosclerose, coronariopatia, hipertensão arterial, cardiomiopatia, neuropatia autonômica e nefropatia. Sua seleção para cirurgia ambulatorial dependerá do grau de comprometimento orgânico que apresenta. A neuropatia autonômica com instabilidade hemodinâmica, hipotensão postural e síncope contra-indicam procedimentos em regime ambulatorial⁴.

Com relação às doenças respiratórias, aquelas que são traduzidas por hiper-reatividade das vias aéreas como asma, bronquite crônica e enfisema, são as que necessitam cuidados especiais. É necessário que o paciente esteja na melhor de suas condições ventilatórias. Sabe-se que mesmo com os devidos cuidados na indicação da técnica anestésica e na sua execução, existe a possibilidade do desenvolvimento de broncoespasmo, que certamente prolongará o tempo de permanência hospitalar, implicando, algumas vezes, em internação.



Pelo exposto é necessário que o paciente idoso seja bem avaliado antes do dia marcado para a cirurgia. Não existe consenso quanto ao tempo, se 30 ou sete dias, mas o fato é que o paciente precisa ser submetido a avaliação cardiológica acurada e exames laboratoriais relevantes como glicemia, uréia, creatinina, sódio, potássio, hemograma e outros, na dependência da sua história clínica, do exame físico, do uso de drogas, do procedimento e da técnica anestésica que se pretende realizar.

Além da avaliação clínica é necessário saber se o paciente apresenta condições para cumprir com o regime ambulatorial. Assim sendo, é necessário que o paciente tenha um acompanhante adulto e idôneo, ter fácil locomoção e contato com a unidade ambulatorial, condição de cumprir com as ordens médicas para o pós-operatório, nível intelectual e condição sócio-econômica adequada.

Na dependência do impacto que o procedimento pode causar para o organismo a idade avançada poderá ser um fator limitante para o regime ambulatorial. Assim sendo, é aconselhável que pacientes idosos, com estado físico ASA III tenham sempre prevista a possibilidade de internação e que se o procedimento for realizado em centro cirúrgico de unidade ambulatorial, que essa seja do tipo IV, que é anexa ao, ou integrada ao hospital, disponibilizando assim todos os recursos hospitalares para tratar todos os incidentes, acidentes ou complicações de forma imediata que, algumas vezes, exige atendimento multidisciplinar.

Considerando que para procedimentos minimamente invasivos a grande variável é o paciente, pode-se estabelecer critérios de inclusão e exclusão no regime ambulatorial de acordo com o estado físico, como os que se seguem:

- Os pacientes com estado físico ASA I podem ser liberados. Deve ser observado se não existem pródromos de afecções agudas, mesmo que leves, especialmente respiratórias;
- Os pacientes estado físico ASA II também podem ser liberados, com as mesmas recomendações anteriores e a certeza de que a doença esteja realmente sob controle e que o ato anestésico-cirúrgico não venha interferir com a mesma;
- Pacientes com estado físico ASA III só poderão ser liberados se o procedimento anestésico-cirúrgico for de pequeno impacto para o organismo, suas doenças estiverem controladas e que realmente haja benefício e segurança para o paciente.

Seleção de drogas

Em outros capítulos desta edição foram apresentadas a farmacodinâmica e a farmacocinética dos fármacos venosos e inalatórios no paciente idoso mostrando o perfil de cada uma delas.

A escolha dos agentes anestésicos segue os critérios gerais da anestesia ambulatorial, quais sejam: rápido início de ação, rápida eliminação e poucos efeitos residuais. Na realidade, dentre as várias particularidades que caracterizam a anestesia ambulatorial a escolha das drogas figura como uma das mais importantes, porque acabará refletindo, na dependência da resposta do organismo, no tempo e nas condições de alta segura do paciente, após o ato anestésico¹¹. Em se tratando de agentes venosos lipossolúveis, esta afirmação torna-se particularmente verdadeira porque os agentes venosos dependem da biotransformação para posterior eliminação do organismo, ao contrário dos agentes anestésicos inalatórios, cuja eliminação é feita pela via pulmonar.

Mais uma vez aparece aqui o problema da variabilidade biológica, mesmo em se tratando de uma faixa etária determinada, ou seja, pacientes com mais de 65 anos. Na verdade alguns, hígidos, de menor idade e sem doenças preexistentes tolerarão muito bem as drogas nas doses habituais, enquanto outros, especialmente com idade avançada, certamente, serão mais sensíveis, obrigando

por princípio a titulação e administração lenta dos fármacos, com verificação contínua do estado de consciência e dos sinais vitais de forma muito mais criteriosa e particular para cada caso.

Dentre os **benzodiazepínicos** a escolha recai sobre o midazolam por seus efeitos ansiolítico e amnésico e por ser eliminado mais rapidamente do que o diazepam, que tem efeito residual mais duradouro. O midazolam é muito utilizado em técnicas de sedação consciente isoladamente, ou associado ao fentanil em doses fracionadas.

Dentre os **hipnóticos** a escolha recai sobre o propofol e o etomidato. O propofol apresenta curto tempo de despertar, mas o que chama mais a atenção é a fase que se segue ao despertar, com o paciente apresentando-se orientado e com clareza de pensamento ¹¹.

O propofol liga-se intensamente às proteínas plasmáticas e este fato torna-se particularmente importante em pacientes com hipoproteinemia, como na idade avançada e na desnutrição, assim como nas doenças hepáticas e renais ¹². Outra característica importante do propofol é o seu efeito antiemético que dura além do seu efeito hipnótico, constituindo-se de grande valia em anestesia ambulatorial, pois vômitos retardam a alta do paciente ¹³⁻¹⁷.

Contrapondo-se as qualidades do propofol, existe o problema da depressão cardiovascular determinada por ele. Ele diminui de 25% a 40% a pressão arterial, efeito provocado pela depressão direta do miocárdio e vasodilatação periférica ¹⁸. A frequência cardíaca também diminui e o mecanismo de compensação por barorreceptores fica deprimido. Assim sendo, em idosos tem que ser administrado com muita cautela ¹⁹.

Estudos mostram a eficácia do propofol quando comparado com o tiopental e o etomidato, em pacientes ambulatoriais. No entanto, o etomidato apresenta como principal vantagem sobre o propofol, a mínima interferência com os parâmetros hemodinâmicos, conferindo, mesmo em doses menores (0,5 a 1,7 mg.kg⁻¹) boa estabilidade cardiovascular e mínima resposta simpática à laringoscopia e intubação traqueal, quando associado à opióides ²⁰. O etomidato constitui-se assim como uma boa alternativa ao propofol, principalmente em pacientes idosos com doenças cardiovasculares.

Na realidade quando se indica anestesia geral com intubação traqueal no idoso a internação já deve estar programada e a alta hospitalar no mesmo dia será eventual.

Dentre os **opióides** o fentanil e o alfentanil são os mais utilizados, tanto associados com o midazolam quanto ao propofol ou etomidato nas técnicas de sedação ou indução da anestesia geral.

Quanto aos **bloqueadores neuromusculares** dá-se preferência aos de ação intermediária como o atracúrio, rocurônio ou vecurônio.

Dentre os agentes **anestésicos inalatórios** a preferência atual é pelo sevoflurano. O isoflurano também pode ser utilizado, tendo apenas o inconveniente de causar taquicardia. O óxido nitroso continua sendo um grande adjuvante.

Os **anestésicos locais** de uso clínico corrente (lidocaína, bupivacaína e ropivacaína) são utilizados nas várias concentrações. Hoje com o grande estímulo à analgesia pós-operatória com bloqueio de nervos periféricos ou simples infiltração da ferida operatória, os anestésicos de longa duração estão sendo mais empregados.

Seleção de técnicas anestésicas

A escolha da técnica anestésica depende do estado físico do paciente, do tipo de cirurgia, do tempo de cirurgia, da habilidade do cirurgião, assim como a programação da analgesia pós-operatória, proporcionando conforto ao paciente e, em se tratando de paciente ambulatorial, o mais breve retorno ao lar.

As técnicas anestésicas vão desde sedação leve até anestesia geral e desde a simples infiltração da ferida operatória, até bloqueios tronculares e no neuro-eixo.

A prática de **sedação**, com os cuidados de monitorização, envolve tipicamente a administração de drogas venosas para produzir sedação, ansiólise e amnésia para realização de pequenos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ou suplementar analgesia proveniente de técnicas regionais ou locais. Assim, a sedação tem indicações em procedimentos não dolorosos, porém desconfortáveis e nos procedimentos dolorosos onde a técnica principal é um bloqueio regional, ou anestesia tópica, ou infiltrativa.

Às vezes é necessária sedação mais profunda num determinado tempo do procedimento, sendo desejável sedação mais leve posteriormente. Um exemplo típico é a sedação para realização dos bloqueios retrobulbar ou peribulbar, que podem exigir sedação mais profunda, entretanto, durante a cirurgia é importante que o paciente esteja consciente, porém calmo e cooperativo²¹. Na verdade em todos os bloqueios de face, onde o acesso a via aérea fica comprometido, esta prática é desejável.

Nos bloqueios periféricos realizados nos membros superiores, tórax e abdômen e membros inferiores, onde geralmente o seguimento cefálico está livre, o anestesiolegista poderá optar por sedação leve ou profunda na medida da necessidade.

Para os bloqueios peridural e subaracnóideo a prática da sedação deve considerar a interação com o bloqueio simpático causado pelos referidos bloqueios. Outro aspecto a ser considerado é a posição do paciente durante a realização do bloqueio. Na posição sentada a sedação deve ser muito leve, na posição em decúbito lateral a sedação pode ser um pouco mais profunda, porque nesta posição é possível manter a cabeça hiper-estendida, as vias aéreas livres e suplementar a oxigenação com cateter nasal.

Técnicas de sedação onde se empregam midazolam, fentanil, alfentanil ou propofol, isoladamente têm sido preconizadas.

No idoso a sedação deve ser titulada procurando encontrar o ponto ideal, em que o paciente fique calmo e cooperativo com poucas repercussões respiratórias e hemodinâmicas. Com esse propósito a injeção venosa de midazolam, ou sua associação com fentanil, ou alfentanil foram descritas. Alguns problemas podem ocorrer quando se utiliza benzodiazepínico para sedação. Dentre eles observa-se agitação, inquietude e sedação prolongada.

Doses crescentes de propofol em infusão contínua (de 8 a 67 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$) aumentam progressivamente o nível de sedação e, conseqüentemente, a possibilidade de depressão respiratória e apnéia. No entanto, é possível ajustar uma dose ideal para cada caso. Alguns autores preconizam o uso de midazolam (2 mg) antes da infusão contínua de propofol (50 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$)²². Entendem que a dose ótima para o início da sedação com o propofol é 50 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$. Com esta dose se alcança um bom nível de sedação podendo variá-la de 25 a 100 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ dependendo da sensibilidade do paciente e do nível de sedação desejada.

A associação de propofol em infusão contínua e opióides (fentanil e alfentanil), promovem boa sedação com analgesia, podendo, em alguns casos, se constituir na principal técnica para alguns procedimentos onde a dor não é fator importante no prolongamento do tempo de permanência hospitalar.

Técnicas de **anestesia venosa** com propofol associado a opióides podem ser empregadas em muitos procedimentos de curta duração, em pacientes idosos em regime ambulatorial.

A **anestesia inalatória** pura não é muito praticada em pacientes adultos, geralmente é combinada com agentes venosos, precedendo a administração do anestésico inalatório. Na realidade, quando a escolha é por uma técnica combinada (venosa e inalatória) com intubação traqueal em

paciente com idade avançada a permanência no hospital já deve ser programada. O agente anestésico inalatório de escolha é o sevoflurano associado, ou não, ao óxido nitroso.

Os **bloqueios de nervos periféricos** estão sendo empregados com muita frequência não só como técnica principal, associado a sedação venosa, como adjuvantes de técnicas de anestesia geral, venosa ou inalatória. Dentre as vantagens principais do seu emprego estão a analgesia cirúrgica e a analgesia pós-operatória. Assim, podem ser realizados os seguintes bloqueios: supra-orbitário, supratroclear, nasociliar, infra-orbitário, zigomático, retrobulbar, peribulbar, periconal, subtenoniano, intercostal, radial, mediano, ulnar, ileoinguinal, ileohipogástrico, peniano, femoral, tibial, fibular, sural e anestesia intravenosa regional.

Quanto às anestésias no neuro-eixo, a preferência é pelo **bloqueio subaracnóideo**, que é uma técnica simples, de baixo custo e que nos idosos a incidência de cefaléia é muito baixa, sendo praticamente nula, naqueles com idade avançada, independente do calibre da agulha (27G ou 25G) e do tipo de ponta (Quincke ou Withacre).

Seleção de procedimentos

Alguns fatores são limitantes na seleção de procedimentos ambulatoriais, como a extensão, a duração, a presença de dor, hemorragia e infecção. O procedimento deve ser minimamente invasivo. A presença de dor não controlável com analgésicos comuns é um dos fatores mais importantes e que limita a alta do paciente.

Grande hemorragia durante a cirurgia implicará em vigilância contínua no pós-operatório. Situações que impliquem em observação continuada de fenômenos flogísticos, administração de antibióticos, por via venosa, hidratação e troca de curativos necessitarão de maior tempo de permanência hospitalar²³.

Os quadros I a VIII mostram alguns procedimentos que podem ser feitos em regime ambulatorial, ressalvadas especialmente as condições clínicas do paciente²³.

Quadro I - Cirurgias Oftalmológicas

· Biópsia (esclera, íris e conjuntiva)	· Iridectomia (laser ou cirúrgica)
· Blefarorrafia definitiva	· Paracentese
· Capsulotomia (Yag laser ou cirúrgica)	· Ptose palpebral
· Ciclodiatomia	· Recobrimento conjuntival
· Cirurgia antiglaucomatosas	· Remoção de hifema
· Criocicloterapia	· Retinopexia pneumática
· Epicanto	· Simbléfaro
· Epilação	· Sutura (com ou sem hérnia de íris)
· Evisceração com implante	· Sutura da conjuntiva
· Evisceração sem implante	· Sutura ou reconstituição dos canalículos
· Exérese de tumor escleral	· Tarsorrafia
· Facectomia com implante de lente intra-ocular	· Transplante conjuntival
· Facectomia sem implante	· Triquíase com diatermo-coagulação
· Fechamento de pontos lacrimais	· Tumor conjuntival
· Fototrabeculoplastia (laser)	· Transplante conjuntival
· Implante secundário de lente intra-ocular	· Triquíase com diatermo-coagulação
· Injeção retrobulbar	· Tumor conjuntival

Quadro II - Cirurgias Otorrinolaringológicas

· Abscessos
· Biópsia de cavum e orofaringe
· Biópsia de hipofaringe
· Corpo estranho de faringe
· Corpos estranhos, pólipos ou biópsia nasal
· Exérese de cálculo de canal salivar
· Polipectomia nasal
· Tumor benigno da língua

Quadro III - Cirurgias Ortopédicas

· Abertura de bainha tendinosa	· Dedo em gatilho
· Amputação de dedo	· Dedo em martelo – tratamento cirúrgico
· Artrodese interfalangeana ou metacarpofalangeana	· Encurtamento de tendão
· Artroscopia do joelho para diagnóstico ou cirurgia	· Luxação acromo-clavicular ou esterno clavicular
· Biópsia óssea	· Luxação do joelho – redução incruenta
· Biópsia de músculo	· Ressecção da bolsa sinovial do olecrânio
· Ressecção de bolsa pré-patelar	· Ressecção do processo estilóide do rádio e da ulna
· Bursectomia	· Síndrome do canal carpiano
· Capsulectomia (mão)	· Tenolise ou tendonose
· Cisto sinovial	· Tenorrafia
· Corpo estranho intra-articular	· Tenotomia

Quadro IV - Cirurgias Ginecológicas

· Criocauterização do colo do útero
· Curetagem uterina
· Dilatação do colo uterino
· Eletro-coagulação do colo do útero
· Excisão de ductos principais de mama
· Excisão de pólipo uterino
· Exérese de nódulo de mama
· Extirpação de lesão da vulva e do períneo
· Extirpação de mamilo
· Extração de corpo estranho
· Fistulectomia da mama
· Histeroscopia cirúrgica

Quadro V - Cirurgias Urológicas

· Abscesso periuretral
· Amputação peniana parcial
· Biópsia (epidídimo e testículos)
· Biópsia endoscópica
· Cálculo: extração por endoscopia
· Cateterismo ureteral
· Cistoscopia
· Cistostomia
· Corpo estranho de bexiga
· Dilatação uretral
· Eletrocoagulação endoscópica
· Epididimectomia
· Exérese de cisto de epidídimo
· Hicrectomia
· Implante de prótese bilateral
· Meatotomia uretral
· Orquiectomia
· Punções (vaginal, testículo, vesical)

Quadro VI - Cirurgia Geral e Proctológica

· Abscessos (anais, isquio-retal e de parede)
· Biópsias
· Cisto sacro-coccígeo
· Corpo estranho do reto
· Dilatação anal
· Estenose anal
· Fissurectomia
· Fistulectomia anal
· Hemorroidectomia
· Herniorrafia umbilical
· Polipectomia colo-retal endoscópica
· Trombose hemorroidária

Quadro VII - Cirurgia Plástica

· Exérese de cicatriz
· Exérese de nevus e hemangiomas
· Inclusão de prótese de silicone
· Mamoplastia (pequena)
· Mini-abdômen
· Pálpebras
· Ptose palpebral



Quadro VIII - Exames Diagnósticos

·Ortopedia
·Artroscopia, pesquisa de ligamentos
·Urologia
·Cistoscopia, urografia excretora
·Ginecologia
·Histeroscopia, histerossalpingografia
·Gastroenterologia
·Endoscopia, colonoscopia, esofagoscopia
·Radiologia
·Tomografia, ressonância magnética

Critérios de alta

A decisão de dar alta para pacientes submetidos à anestesia e cirurgia em regime ambulatorial é de grande responsabilidade, especialmente em pacientes idosos. O tempo que leva para se dar alta é variável, mas pode-se considerar que é o tempo que o paciente leva para estar clinicamente estável e capaz de repousar em casa sob vigilância de um adulto responsável²⁴.

Muitos guias práticos de orientação têm sido sugeridos e pode-se agrupá-los na seguinte ordem²⁴⁻²⁶:

- Os sinais vitais devem estar estáveis por pelo menos uma hora e serem condizentes com a idade e os níveis pressóricos iniciais;
- Ausência de sofrimento respiratório. O paciente não deve apresentar sinais de ruídos, obstrução, estridor, retrações ou tosse produtiva;
- O paciente deve estar apto a ingerir líquidos e tossir;
- Ausência de náuseas e vômitos. Na presença de vômitos que necessitem de tratamento, após a medicação o paciente deve ser capaz de ingerir e reter o líquido no estômago;
- Ausência de tontura. Ao se levantar o paciente deve estar apto a realizar movimentos condizentes com a sua idade e capacidade mental;
- Boa orientação no tempo e no espaço. Na dependência do seu grau de memória, o paciente deve estar ciente de onde ele se encontra, do que está acontecendo e estar desejando voltar para casa;
- Devem ser fornecidas instruções por escrito ao acompanhante, incluindo local e pessoa para contato;
- O paciente deve estar acompanhado por adulto responsável e permanecer na companhia desse em casa.

Cada unidade ambulatorial deve criar seu fluxograma de atendimento próprio, obedecendo a rígidos critérios de alta que devem incluir o tipo de cirurgia, o tipo de paciente, o tipo de anestesia e as condições sócio-econômicas e regionais.

Conclusão

É possível incluir idosos de idade avançada no regime de atendimento ambulatorial. Para tanto é necessário observar os critérios de seleção de pacientes, de drogas, de procedimentos e

obedecer aos critérios de alta, para que o paciente possa se beneficiar do atendimento de forma segura. Paciência, carinho e atenção são requisitos essenciais para o atendimento ao paciente idoso.

Referências Bibliográficas

1. Cangiani LM – Anestesia Ambulatorial: Conceito e Aspectos Gerais, em: Cangiani LM – Anestesia Ambulatorial, São Paulo, Atheneu, 2001;3-26.
2. Cangiani LM, Porto AM – Anestesia ambulatorial. *Rev Bras Anesthesiol*, 2000;50:68-85
3. Cutter TW – Patient Selection for Ambulatory Surgery, em: White PF – Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;3:133-137
4. Warner MA, Werner ME, Weber JG – Major morbidity and mortality with in 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA*, 1993;270:1437-1441
5. Gold BS, Fleisher LA – Management of Outpatients whit Pre-existing Diseases, em: White PF – Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;138-154
6. Silva HB, Mion DJ, Castro PJB – Hipertensão Arterial, em: Marcondes M, Sustovich DR, Ramos OL – Clínica Médica: Propedêutica e Fisiopatologia, 3^a Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984;837-862
7. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Clin Terap*, 1998;24:235-244
8. Ramos GC, Ramos FRF, Rassi Jr A – Considerações clínicas na hipertensão arterial e o paciente hipertenso em cirurgia eletiva. *Rev Bras Anesthesiol*, 2000;50:134-140
9. Savaris N, Marcon EN – Avaliação pré-operatória do paciente cardiopata. *Rev Bras Anesthesiol*, 1997;47:350-362
10. Prys-Roberts C, Foex P, Biro GB et al – Studies of anaesthesia in relation to hypertension. V – adrenergic beta-receptor blockade. *Br J Anaesth*, 1973;45:671
11. Pereira AMSA – Hipnóticos, em: Cangiani LM – Anestesia Ambulatorial, São Paulo, Atheneu, 2001;101-121.
12. Almeida MCS, Pederneiras SG, Latorre F – Reavaliação das variáveis que podem interferir com dose de indução de propofol. *Rev Bras Anesthesiol*, 1997;47:199-204.
13. Borgeat A, Wilder-Smith OH, Saia M et al – Subhypnotic doses of propofol possess direct antiemetic properties. *Anesth Analg*, 1992;74:539-541.
14. Raftery S, Sherry E – Total intravenous anesthesia with propofol and alfentanil protects against postoperative nausea and vomiting. *Can J Anaesth*, 1992;39:337-340.
15. Raeder JC, Mjyaland O, Aasbo V et al – Desflurane versus propofol maintenance for outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1998;42:106-110.
16. Song D, Whitten CW, White PF et al – Antiemetic activity of propofol after sevoflurane and desflurane anesthesia for outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Anesthesiology*, 1998;89:838-843.
17. Borgeat A, Wilder-Smith OH, Suter PM – The nonhypnotic therapeutic applications of propofol. *Anesthesiology*, 1994;80:642-656.
18. Shlugman D, Glass PS – Intravenous Sedative-Hypnotics and Flumazenil, em: White PF – Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;332-348.
19. Bryson HM, Fulton BR, Faulds D – Propofol: an update of its use in anaesthesia and conscious sedation. *Drugs*, 1995;50:513-559.
20. Jellish WS, Riche H, Salord F et al – Etomidate and thiopental-based anesthetic induction: comparisons between different titrated levels of electrophysiologic cortical depression and response to laryngoscopy. *J Clin Anesth*, 1997;9:36-41.
21. Cangiani LM, Oliveira AC, Camargo LLV et al – Sedação com midazolam ou com a associação midazolam-fentanil em cirurgia oftálmica sob bloqueio retrobulbar. *Rev Bras Anesthesiol*, 1995;45:363-368
22. Taylor E, Ghouri AF, White PF – Midazolam in combination with propofol for sedation during local anesthesia.



- J Clin Anesth, 1992;4:213-216
23. Cangiani LM – Seleção de Procedimentos Ambulatoriais, em Cangiani LM – Anestesia Ambulatorial , São Paulo, Atheneu,2001;389-398
 24. Porto AM – Critérios de Alta , em Cangiani LM – Anestesia Ambulatorial – São Paulo , Atheneu , 2001;323-338
 25. Korttila K – Recovery Period and Discharge, em White PF – Outpatient Anesthesia , New York , Churchill Livingstone , 1990;369-395
 26. Wetcheler BV – Problem Solving in the Postanesthesia Care Unit . em Wetcheler B – Anesthesia for Ambulatory Surgery , Philadelphia , JB Lippincott , 1990;3436-3756