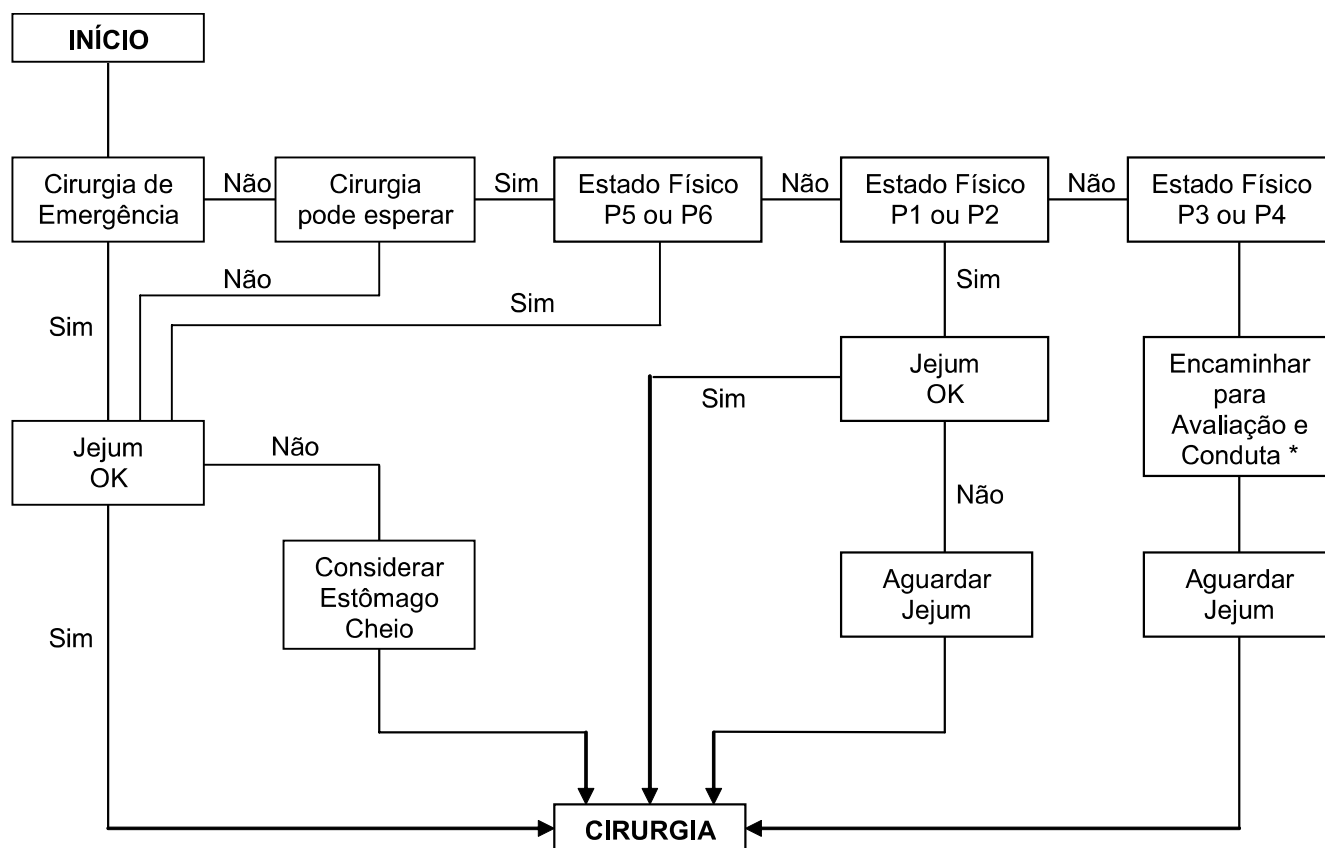


ROTINAS DE ANESTESIA



* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
 - PAS > 180 mmHg
 - PAD > 110 mmHg
 - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

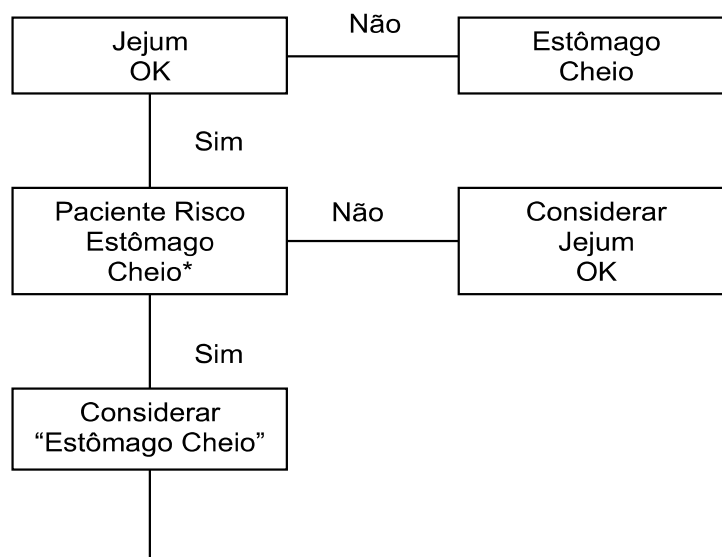
CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO

Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, distúrbios neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

- a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação

Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

Suspender hipoglicemimante

Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.

Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.