

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO E RISCO NO PACIENTE GERIÁTRICO (*)

AP 2 206
A idade cronológica do indivíduo pode não corresponder a sua idade biológica, mas em termos gerais, podemos considerar dentro da geriatria, todas as pessoas com mais de 65 anos. A importância do tema é óbvio se considerarmos os dados estatísticos com base aos quais Hanlon (1), menciona o fato de que 25% dos pacientes operados teriam mais de 65 anos e pensava que poderia chegar a dita porcentagem a 50% se se incluíam os doentes de urologia e oftalmologia.

O envelhecimento pode definir-se como uma diminuição potencial da energia biológica que nos permite a manutenção das funções vitais e da constituição orgânica.

Com a finalidade de valorizar o paciente geriátrico, realizaremos um estudo *superficial* das características de seus órgãos funcionais.

Os problemas biológicos da senilidade se estabelecem em vários níveis (2): célula-tissular; do meio interno; dos órgãos e suas funções.

Ao nível célula-tissular constata-se diminuição da permeabilidade da membrana, com alteração na rapidez e intensidade do intercâmbio entre o meio celular interno e externo, que traz consigo, diminuição do metabolismo e debilidade das relações de defesa frente à agressão. A substância intersticial se encontra hipertrofiada e com fibrose. Os parênquimas reduzidos com desidratação e atrofia.

(*) «Trabalho apresentado nas «Primeiras Jornadas Anestesiológicas do Interior da República», levada a cabo na cidade de Flórida da República Oriental do Uruguai, nos dias 18 e 19 de maio de 1973».

Meio interno (3) — A este nível se constata aumento do sódio, cloro e cálcio com diminuição do potássio, magnésio, fósforo e nitrogênio. Altera-se o estoque enzimático com aumento dos elementos eletropositivos (lipobases), o que condiciona utilização errônea de lipoproteínas, conduzindo a aterosclerose com tendência a aglomeração dos elementos figurados e predisposição à trombose.

A água corporal cai a 54% do peso corporal aos 80 anos com diminuição no líquido intracelular e aumento do extracelular (4); em estudos feitos com pacientes geriátricos se encontrou persistência da retenção do sódio, durante muito mais tempo que em outros doentes, não se normalizando até 12 dias depois da operação em doentes graves. A perda de nitrogênio protéico também foi maior e de mais duração.

A conduta deve ser — alimentação adequada desde o pré-operatório, correta administração de calorías e proteínas por via venosa, diminuindo a perda de nitrogênio.

Estes elementos representam ademais grande retenção de água.

Em relação ao metabolismo árido-básico, podemos encontrar diminuídas, as capacidades de reserva funcional dos sistemas respiratório, cardiovascular e renal, com alteração da capacidade de manipular quantidades crescentes de ions hidrogênio e anidrido carbônico, chegando a acidose respiratória ou metabólica que pode evoluir por acidose mista.

Setor Órgano-Funcional — De forma geral, com exceção do cérebro, começa a involução de todos os órgãos a partir dos 50 anos, sendo concomitante a diminuição da margem de segurança de suas funções (5).

Aparelho Cardiovascular — A arteriosclerose, pela redução do calibre arteriolar é a responsável pelo deficit da capacidade de adaptação. A insuficiência da circulação coronária, conduz a uma atrofia do coração (6), com alterações específicas das funções do miocárdio que vão se sobrecarregando progressivamente. A hipertensão arterial, a obesidade, o tabagismo e o alcoolismo são coadjuvantes da disfunção miocárdica. O anestesologista deve ter um conhecimento completo da patologia cardiovascular de seu doente, pedindo consulta e entrando em contato direto com o cardiologista. É absurdo satisfazer-se com um exame que termina com a simples indicação de oxigenar bem o doente.

Como exemplo, podemos dizer, que o anestesologista, deve conhecer o grau de insuficiência cardíaca, a terapêutica instituída, o grau de insuficiência da circulação coronária, que terapêutica tem, se recebe bloqueadores beta, que tipos de arritmias apresenta, se está recebendo quinidina. Frente

a um hipertenso, as características de sua hipertensão e a terapêutica estabelecida.

No momento atual (7) já é discutido o conceito de descontinuar as drogas hipotensoras antes da cirurgia. Deve-se diminuir e manter um grande expectativa durante o ato anestésico para compensar um desequilíbrio circulatório.

Não esquecer o risco de administrar demerol a doente tratados com inibidores da MAO (8) Ex. (Nordelzine, Fenelzine, Niamid, Marplan, Entonyl, Marsilid).

Em última instância, levar a cabo sempre uma correta anamnese e exame clínico, recordando que o teste de Seva-rese (9) da respiração detida, continua sendo um grande auxílio para a avaliação do risco cardiorespiratório.

O teste da Efedrina nos informa da disponibilidade de catecolaminas (a). Manter sempre à mão a medicação necessária para atuar prontamente, seja diante de um bloqueio, uma insuficiência cardíaca, uma taquicardia ou uma parada cardíaca, seja em diástole ou sistole.

Aparelho Respiratório — Em geral, o velho apresenta alguma forma de insuficiência respiratória pulmonar, seja do tipo ventilatório (neuromuscular, restritiva, obstrutiva), ou do tipo alvéolo-capilar (distributiva, difusa) (10). As entidades clínicas mais freqüentes são constituídas pelos processos inflamatórios brônquicos; agudos ou crônicos, sem estenose ou com estenose brônquica, sendo estes últimos os que proporcionam o maior número de complicações pós-operatórias (11).

É fundamental um correto exame clínico e o estudo radiológico. O teste do pavio de fósforo (12) é de grande ajuda para a avaliação de uma insuficiência respiratória, assim como para o encaminhamento do doente à realização de exames de função respiratória mais completos. Dentre tais exames com um simples aparelho (Vitalor), podemos determinar a capacidade vital por minuto, obtendo-se por medidas gráficas, a capacidade máxima ventilatória e a velocidade máxima de fluxo respiratório. Segundo estes últimos resultados, estamos em condição de aceitar inclusive uma pneumectomia ou dizer se antes deve ser submetido a um espirograma seletivo.

Quando é possível, instituir uma terapêutica pré-operatória com aerosolterapia, antibióticos, drenagens posturais e exercícios respiratórios.

A anestesia regional, quando a topografia cirúrgica o permite, constitui um grande auxílio ante pacientes com patologia pulmonar.

Aparelho Urinário — A arterioesclerose, os processos infecciosos e a hipertonía, são responsáveis pelas alterações

orgânicas e funcionais ⁽¹³⁾, que comprometem em diferentes graus os sistemas: — glomerular, tubular e vascular ⁽¹⁴⁾. Depois do traumatismo, a capacidade pode levar a cabo o trabalho osmótico está diminuído ⁽¹⁵⁾.

Devemos tratar previamente os fatores etiológicos e no possível evitar as causas de alterações do fluxo sanguíneo durante o ato anestésico. Seria indispensável considerar também: o sistema nervoso, o psiquismo, o aparelho digestivo, o sangue e os órgãos de secreção interna que não o fazemos por falta de tempo.

Pré-Anestésico — Em relação à este, dois conceitos fundamentais. O de Mushin ⁽¹⁶⁾, o qual estabelece que uma boa visita pré-anestésica equivale a 10 mgs de morfina, e o de Borman ⁽¹⁹⁷⁾, que segundo a estatística a visita pré-anestésica demonstrou que 28% dos pacientes não estavam em condições cirúrgicas.

Ato Anestésico — Durante o mesmo, realizar uma avaliação correta, pormenorizada e constante dos sinais vitais. Medindo quando seja necessário a diurese e a pressão venosa central, tendo-se em mente os fins de sua administração dos efeitos farmacológicos das diferentes drogas para evitar seus efeitos nocivos, assim como a cuidadosa técnica anestésica, que mantenha o máximo possível a normalidade dos parâmetros fisiológicos.

Não se deve adotar um método anestésico “padrão”, usando, os que sejam melhor conhecidos pelo anestesista, e que seja o mais indicado para o paciente.