

Pré, peri e pós-operatório de cirurgias do segmento anterior: cuidados com medicamentos prescritos para pacientes geriátricos*

Alberto Affonso Ferreira & Eduardo Paulino

As cirurgias do segmento anterior compreendem grande parte da estatística oftalmológica, pois englobam as extrações de catarata, tratamento cirúrgico do glaucoma, ceratoplastias, vitrectomias anteriores, etc.

Apesar de serem realizadas em pacientes de todas as idades, é na faixa geriátrica que elas atingem o seu pico de frequência. Concatenam estes pacientes a para-fisiológica involução homeostática da senectude, associada quase sempre a afecções crônicas (pulmonares, cardiovasculares, metabólicas, renais, etc.), que muitas vezes embotam o bom andamento de qualquer cirurgia, por mais eletiva que seja (3, 7, 9).

Neste trabalho visamos enfocar, sob a forma de um memento prático, aquelas drogas de uso rotineiro na clínica médica, cuja ação primária ou secundária à interação medicamentosa, possa ser prejudicial ao bom andamento de qualquer processo cirúrgico, fato este mais comum e de maior periculosidade nos pacientes de faixa etária elevada (2, 5, 8).

METODOLOGIA — CASUÍSTICA

No período de 21 anos compreendido entre 1956 e 1977, foram realizadas, no Instituto Penido Burnier, 27.877 cirurgias do segmento anterior. Baseamo-nos na vivência desta realidade estatística, a qual nos conferiu preciosa experiência no preparo do paciente geriátrico, que vai ao encontro do ato cirúrgico a fim de curar sua patologia ocular (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Na verdade trazem eles um problema em potencial, retratado por uma bagagem de medicamentos em uso constante, cuja maioria é passível de causar complicações através do processo de interação medicamentosa.

Neste estudo, coletamos aleatoriamente 275 fichas elaboradas com o pré e trans-operatório dos pacientes de mais de 60 anos, os quais foram submetidos, no período de agosto de 1978 a janeiro de 1979, a cirurgias do segmento anterior (exclusivamente cataratas, glaucomas e ceratoplastias).

Apreciamos e analisamos os seguintes dados: sexo, idade, cirurgia programada, hábitos de fumo e álcool, uso crônico de medicamentos e condições de saúde física e mental.

MÉTODOS

Os pacientes foram divididos conforme os dados acima enumerados, bem como de acordo com a cirurgia proposta.

As fichas pré-operatórias, em número de 275, foram analisadas e agrupadas conforme as medicações que os pacientes faziam uso por ocasião da indicação cirúrgica.

Foi obedecida a ordem alfabética das indicações terapêuticas na classificação das inúmeras medicações em uso.

RESULTADO

As 27.877 operações do segmento anterior representam 43,2% de todas as cirurgias realizadas naquele período de 21 anos (1956 até 1977), porcentagem esta subdividida em 25% de cirurgias realizadas em pacientes com 60 anos ou mais e 18,2% naqueles abaixo desta faixa etária.

Foram realizadas 20.332 (73,3%) extrações de catarata; 6.813 (24,3%) operações antiglaucomatosas e 732 (2,4%) ceratoplastias.

A análise das 275 fichas pré e peri-operatórias revelou: sexo: 37% masculino, feminino 63%.

Idades: (extrema: 91 anos) com as seguintes médias:

- até 59 anos — 149 (54,1%)
- de 60 a 69 anos — 64 (23,2%)
- de 70 a 79 anos — 446 (16,7%)
- de 80 e acima — 16 (6%)

Os 126 pacientes, com mais de 60 anos, como era de se esperar, apresentavam farta patologia geral, fazendo uso crônico de inúmeros medicamentos para:

- afecções pulmonares: 31 pacientes (11,3%)
- doenças cardíacas e vasculares: 90 pacientes (32,7%)

* Trabalho do Instituto Penido Burnier.

- afecções renais: 35 pacientes (12,7%).
 - distúrbios metabólicos: diabéticos — 21 pacientes (7,6%) tireoideais — 4 pacientes (1,5%)
 - descompensações psiconeuróticas: 55 pacientes (20%)
 - patologia reumática: 39 pacientes (14,1%)
 - pacientes epiléticos: 8 pacientes (3%)
- A maior parte dos doentes apresentavam várias patologias associadas.

DISCUSSÃO

Grande parte dos pacientes, que são submetidos a cirurgias do segmento anterior do globo ocular, situa-se nas sexta, sétima e oitava décadas, épocas em que inúmeras regressões fisiológicas ocorrem, tornando necessária a prescrição de muitos medicamentos na tentativa de restaurar aquelas funções de deficiente desempenho (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Mediante este levantamento estatístico realizado no Instituto Penido Burnier, o qual vem comprovar estas idéias, sentimos a necessidade de enfocar esta problemática, que muitas vezes é relegada a um segundo plano, fato que pode ser a causa de uma catástrofe iatrogênica. Assim, é comum que tais pacientes tenham hipertensão arterial (32,7%), outros (20%) façam uso crônico de ansiolíticos ou de depressores do SNC (3%); outros, ainda ocorre o uso crônico de drogas anti-reumáticas (14,1%) ou de hormônios (insulina e hipoglicemiantes orais — 7,6% ou de antitireoideais — 1,5%). Pacientes com passado de afecções renais estão presentes na nossa casuística em 12,7% e com afecções pulmonares crônicas em 11,3%.

Para a compensação das alterações provocadas pelas patologias descritas são receitados inúmeros medicamentos potentes, os quais são usados cronicamente. No pré-operatório imediato, para o sucesso da cirurgia e restabelecimento total do paciente é imprescindível que algumas drogas sejam suspensas, outras substituídas e outras, tenham suas doses diminuídas ou elevadas (1, 2).

Em relatório anexo, estão enumerados os fármacos mais encontrados em nosso meio, e as condutas que teoricamente deverão ser seguidas para obviar as frequentes interações com substâncias usadas no período cirúrgico (1, 2).

O caráter essencialmente prático deste trabalho, se por um lado facilita a principal conduta do Oftalmologista, não traz conteúdo suficiente para prescindirmos do bom-senso e da experiência do Clínico Geral, maior conhecedor do organismo do paciente.

As condutas recomendadas dizem respeito à ocasião em que o Oftalmologista indica tratamento cirúrgico, o qual será realizado normalmente no período de duas semanas. Em outras circunstâncias, o Cirurgião deve ter em mente a possibilidade de interação de drogas sistêmicas com substâncias anestésicas, avisando o Anestesista do risco aventado.

Para firmar uma conduta ideal nas atuais condições, vamos forjar um caso clínico, com exagerada e hipotética patologia geral e oftálmica, visando tornar a apresentação bastante didática:

— A. A. F., 64 anos, masculino, branco, há dois anos foi submetido a facectomia de OE sem sucesso; visão nula. Foi internado para extração de catarata em OD no qual apresenta ainda glaucoma secundário controlado por miótico e acetazolamida. Exame clínico geral revela: hipertensão arterial (220 x 130mmHg), diabetes controlada com dieta e insulina; etilista moderado, tabagista forte (40 cigarros/dia), enfisematoso. Nictúria. Obesidade moderada. Medicação em uso crônico: acetazolamida, miótico (pilocarpina), metildopa, digoxina, insulina simples e NPH, benzodiazepina.

Conduta Aconselhável:

Visita e conselhos pré-operatórios:

- Suspender fumo, incentivando o ato de tossir até a hora da cirurgia;
- Permitir a última ingestão de bebida alcoólica até 15 h antes da operação (1,2);
- Dieta de diabético. Exame de urina e glicemia
- Treinar o ato de micção na posição deitada, na cama
- Incentivar a necessidade de repouso absoluto do olho e cabeça, nos dois primeiros dias do pós-operatório.

Medicamentos em uso:

- Continuar com o miótico até as 24h
- Acetazolamida oral até a véspera. Mudar para acetazolamida intravenosa no dia da operação.
- Continuar com metildopa até a hora da cirurgia
- Digoxina — continuar na dose habitual prescrita. Evitar 4h antes da cirurgia. Se necessário, passar para digitalico intravenoso.

— Insulina simples ou NPH — na dependência das taxas de glicemia e glicosúria, suspender a administração, em vista do prolongado jejum. Preferível operar em hiperglicemia. O conhecimento das concentrações é importante para controle da glicemia, mas irrelevante para mudar o quadro clínico repentinamente (9).

— Tranquilizantes — continuar seu uso até mesmo na pré-anestesia, pois é droga hipotensora ocular (benzodiazepínico).

Conduta durante a cirurgia:

— A maneira mais segura e rápida de baixar a PIO durante a cirurgia é pelo aprofundamento da anestesia, como barbiturato I.V. A infusão de manitol, muito eficaz neste mistér, traz incômodo aumento de sangramento.

— Aproveitar a posição próclive para conseguir mais um fator capaz de diminuir tanto a PIO como o sangramento.

— Não prescindir da acinesia do orbital. Preferimos a técnica de O'Brien.

— Utilizar monitoragem pelo cardioscópio, observando uma derivação do ECG, maneira mais segura e precoce de detectar arritmias cardíacas originárias de inúmeras drogas que o paciente vem ingerindo, como também por estímulos do globo ocular, órgão extremamente rico de inervação autonômica.

CONCLUSÃO

Para que os pacientes cirúrgicos do segmento anterior do olho sejam operados nas melhores condições homeostáticas possíveis, é necessário que o cirurgião, o clínico geral e o anestesista tomem em especial consideração a medicação sistêmica e local que aqueles pacientes vêm fazendo, porque em grande parte estão situados na sexta, sétima e oitava décadas de idade, faixa etária esta capaz de sofrer com maior facilidade o impacto e uma interação medicamentosa indesejável. É, pois, fundamental o profundo conhecimento das drogas em uso afim de se obter um correto manuseio das mesmas durante o comemorativo cirúrgico.

MENTO

Anorexiantes

protótipo: dietil-propiona

usos: regime de emagrecimento

problema cirúrgico: aumento sangramento

conduta: suspender medicamento uma semana antes da cirurgia.

Ansiolíticos

protótipo: diazepam e benzodiazepínicos

problema cirúrgico: recuperação anestésica prolongada. Pesadelos no pós-operatório

conduta: continuar droga

Antiarrítmicos

protótipo: quinidina

problema cirúrgico: arritmias cardíacas

Potencializa relaxantes musculares

conduta: continuar droga. Solicitar monitorização com ECG, reduzir doses de músculo relaxantes no intra-operatório.

Antibióticos

protótipo: tetraciclina

problema cirúrgico: lesão renal quando usado com metoxifluorano

conduta: suspender 3 dias antes da anestesia ou não usar metoxifluorano

(Aminosinas)

protótipo: neomicina

problema cirúrgico: sinergismo com relaxantes musculares

conduta: vigiar pós-operatório imediato no que concerne a monitorização respiratória, se necessário dar gluconato de cálcio.

Anticoagulantes

protótipo: hidroxycumarina

usos: prevenção e tratamento de tromboembolismo

problema cirúrgico: sangramento exagerado

conduta: continuar droga se indicado, associada a controle hematológico. Evitar anestesia regional.

Anticonvulsivos

protótipos: difenilhidantoina, trimetadiona, barbituratos, succinamídes

usos: epilepsia

problema cirúrgico: tolerância a depressores SNC

conduta: continuar drogas. Aumentar doses depressores do SNC (anestésicos). Associar diazepam.

Antidepressivos

protótipo: nialimide

usos: depressão endógena

problema cirúrgico: reações anormais com inúmeras drogas usadas durante cirurgias de rotina. Hipotensão ortostática.

conduta: suspender droga por 15 dias antes da cirurgia

Nota: — Esta droga está fora de fabricação e de uso.

protótipo: imipramina

usos: depressão endógena

problema cirúrgico: depressão funções vitais. Instabilidade cardiovascular

conduta: continuar droga. Monitorização cardiovascular, se necessário dar fluidos para tratar hipotensão e cardiotônicos.

protótipo: fenotiazínicos

usos: psicose maniaco depressiva. Esquizofrenia

problema cirúrgico: parkinsonismo e alterações cardiovasculares

conduta: continuar droga. Reduzir pré-medicação anestésica, evitar droperidol, monitorização cardiovascular.

Antiglaucomatosos

protótipo: ecotiofato

problema cirúrgico: prolonga ação de succinilcolina

conduta: avisar anestesiologista para não usar succinilcolina

Anti-Hipertensivos

protótipo: metildopa
usos: hipertensão essencial
problemas cirúrgicos: sedação e hipotensão postural
conduta: continuar droga. Conservar pressão arterial normal do paciente se necessário com vasopressores.

Antimiastênicos

protótipo: neostigmina
problema cirúrgico: possibilidade apnéia
conduta: continuar droga até hora da cirurgia. Avisar anestesiologista

Antiparkinsonianos

protótipo: levodopa
problemas cirúrgicos: arritmias. Alterações extrapiramidais
conduta: continuar droga até véspera operação. Evitar músculo relaxantes, preferir técnica de anestesia inalatória ou regional. Monitorização-respiratória.

Anti-Reumáticos

protótipo: aspirina
usos: dor intermitente — artrite — tromboembolismo
problema cirúrgico: sangramento exagerado
conduta: solicitar tempo sangramento. Evitar bloqueios anestésicos

Betabloqueadores

protótipo: propranolol
usos: antiarrítmicos; tratamento angina e enxaqueca
problema cirúrgico: insuficiência cardíaca; broncoconstrição
conduta: continuar droga. Solicitar monitoragem com ECG. É droga hipotensora ocular

Corticosteroides

protótipos: dexametasona e derivados semelhantes
usos: anti-inflamatório, anti-asmático, anti-reumático, anti-edema, etc.
problema cirúrgico: hipotensão arterial. Alcalose. Hipocalcemia
conduta: continuar droga. Aumentar dose no peri-operatório. Monitorização cardiovascular.

Digitálicos

protótipo: digoxina
problemas cirúrgicos: arritmias cardíacas
conduta: continuar sempre a droga, que baixa a pressão intra-ocular. Solicitar monitorização

com ECG; cuidados com diuréticos que podem precipitar arritmias.

Diuréticos

protótipo: furosemida
usos: anti-hipertensor arterial
problemas cirúrgicos: hipocalcemia. Toxicidade digital aumentada
conduta: verificar taxa K: se menor 2,5mEq adiar operação. Solicitar monitorização com ECG.
protótipo: acetazolamida
usos: hipotensor ocular
problemas cirúrgicos: provoca vômitos por acidose hipoclorêmica
conduta: suspender medicamento oral 12h antes da cirurgia. Substituir pela via venosa

Etanol

protótipo: vinho, pinga, etc.
usos: alterações do humor. Abuso — etilismo
problemas cirúrgicos: tolerância depressores do SNC. Lesões hepáticas
conduta: continuar ingestão. Não tentar tratar o vício. Associar diazepam. Precaver-se contra síndrome de abstinência.

Hipno-analgésicos

protótipo: morfina
usos: dor aguda. Abuso — viciados
problemas cirúrgicos: síndrome abstinência. Tolerância aos depressores SNC (anestésicos). Vômitos.
conduta: confirmar vício. Manter dose adequada. Não tentar corrigir vício. Preferir bloqueios condutivos para dor e anestesia do tipo inalatória.

Hormonioterápicos

insulina
protótipo: simples ou NPH
problemas cirúrgicos: nenhum
conduta: suspender cirurgia se houver acetonúria. Prevenir hipoglicemia. Utilizar taxa glicemia para manter níveis normais

Estrógenos

protótipo: estrógenos conjugados
usos: vasorroboração hemostática
problemas cirúrgicos: interação com drogas da anestesia geral. Risco de trombose aumentado
conduta: avisar anestesiologista

Extrato tireóide

protótipo: tireóide dessecada
uso: regime emagrecimento
problemas cirúrgicos: hipertensão arterial, taquicardia, arritmias, aumento do sangramento operatório

conduta: suspender droga 15 dias antes da cirurgia

Nicotina

protótipo: fumo de cigarro, charuto, etc.

usos: hábito bem explicado por Freud
problemas cirúrgicos: crises de tosse, pneumonia

conduta: suspender fumo 3 dias antes cirurgia. Inaloterapia quando indicada.

Vasodilatadores

protótipo: nitroglicerina e derivados

problemas cirúrgicos: hipotensão arterial e metemoglobinemia

conduta: continuar até manhã da operação. Vigiar cor sangue, monitorização com ECG.

RESUMO

Baseado em mais de 27.000 casos de cirurgias do segmento anterior do globo ocular, nos quais participaram direta ou indiretamente, os autores estabelecem algumas condições imprescindíveis para evitar que os medicamentos em uso crônico por pacientes geriátricos possam interferir no êxito cirúrgico.

Tomaram como base as medicações prescritas para o tratamento de patologias não oftálmicas, em 275 pacientes com mais de 60 anos de idade, que foram submetidos exclusivamente a operação do segmento ante-

rior do globo, no período compreendido entre Agosto 1978 e Janeiro 1979.

Como método prático incluem um momento das drogas mais utilizadas, suas respectivas particularidades frente a cirurgia oftálmica programada e as condutas recomendadas.

BIBLIOGRAFIA

1. CASCORBI, H. F. — Perianesthetic problems with nonanesthetic drugs. 1978 Annual Refresher Course Lectures A S A. Illinois 1978: 212 1-11.
2. FERREIRA, A. A. — Medicação pré-anestésica. Conceito atual. Rev. Bras. Anest. 18: 416-420, 1968.
3. FERREIRA, A. A. — Anestesia em cirurgia oftálmica. Anais do XIX Congr. Bras. Oftal. Rio de Janeiro, setembro 1977. pgs. 397-416.
4. FERREIRA, A. A.; KATAYAMA, M.; TORQUATO, R. & TEIXEIRA, E. R. — Etidocaina no bloqueio do nervo facial. Prêmio "Oscar Figueiredo Barreto" da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP) e Associação Paulista de Medicina (APM), São Paulo, 1977.
5. FERREIRA, A. A. & TORQUATO, R. — Pré-anestésico e vômitos no pós-operatório. Apres. na Assoc. Med. do Inst. Penido Burnier, outubro 1977. Aceito para publicação Rev. Bras. Anest. 1979.
6. FERREIRA, A. A. & KATAYAMA, M. — Anestesia em oftalmologia. Enciclopedia de Oftalmologia — Ed. Eurico Ferreira, Rio de Janeiro. No prelo.
7. FRANÇOIS, G. & FAIZENDE, J. — Examen pré-opératoire, prémédication et évaluation du risque opératoire. Encycl. Med. Chir. (Paris) 36375 A 05 6, 1978.
8. LYNCH, S. — The case for general anesthesia. Tr. Am. Ac. Ophth. & Otol. 79: 559-561, 1976.
9. OYAMA, T. — Anestesia en las enfermedades endocrinas. Salvat Edt. 1977, 121-138.