

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

PEDIÁTRICA

JÚLIA M. PAES DE CARVALHO

LUCIANO A. M. PINTO

RESUMO

A elaboração de risco cirúrgico para a população pediátrica apresenta peculiaridades inerentes a esta faixa etária. Essas peculiaridades relacionam-se com a prevalência de condições crônicas distintas das encontradas na população adulta e com a ocorrência comum de eventos agudos em crianças. O profissional envolvido na avaliação pré-operatória pediátrica deve estar familiarizado com esses conceitos, tornando-se apto a atuar criteriosamente na seleção de exames e indicação de condutas perioperatórias.

PALAVRAS-CHAVE: *Risco cirúrgico; Exames pré-operatórios; Cirurgia pediátrica.*

INTRODUÇÃO

O preparo pré-operatório das crianças e adolescentes possui particularidades que o diferencia da avaliação da população adulta. É fundamental que essas informações sejam disseminadas e conhecidas por todos os que lidam com a população pediátrica submetida a intervenções cirúrgicas, incluindo anestesistas, cirurgiões e pediatras gerais. O pediatra assistente deve desempenhar um papel ativo na avaliação e preparação clínica e psicológica

das crianças antes das cirurgias ou de quaisquer procedimentos anestésicos¹.

A morbidade e a mortalidade relacionadas à anestesia sofreram um acentuado declínio nos últimos anos. Ainda assim, o risco de eventos adversos é maior em lactentes e crianças menores quando comparado ao encontrado em crianças maiores e adultos; a incidência da parada cardíaca durante o procedimento anestésico na população pediátrica é três vezes maior que a da população adulta. A incidência de complicações anestésicas na população infantil é de 0,7 em 1000 procedimentos, mas pode chegar a 4,3 em 1000 procedimentos nos menores de um ano⁸. As principais complicações durante o ato anestésico em crianças relacionam-se aos eventos respiratórios (43-53%). A taxa de mortalidade nas crianças que sofreram algum evento adverso durante o procedimento anestésico é maior que a encontrada na população adulta acometida por algum evento similar (50% e 35%, respectivamente). No período de recuperação anestésica a complicação mais comum é a ocorrência de vômitos (77% das complicações relatadas)^{4,8}.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A avaliação pré-operatória busca identificar potenciais fatores que aumentem o risco de complicações durante e após o ato cirúrgico e que estejam associados com uma maior morbidade ou mortalidade. A maior parte das crianças previamente hígdas necessita de uma avaliação pré-operatória mínima, composta basicamente por anamnese e exame físico¹⁶, sendo desnecessária a solicitação rotineira de exames complementares¹¹.

A anamnese deve contemplar a história da doença atual; as doenças crônicas subjacentes que podem influenciar o ato anestésico ou cirúrgico; o uso atual ou progresso de medicações, com especial ênfase no uso de salicilatos ou outros antiinflamatórios; o conhecimento de alergias medicamentosas ou a substâncias que contenham látex (balões ou bexigas); o relato de experiências anestésicas anteriores, com a descrição de dificuldades ou complicações ocorridas durante o procedimento; a história familiar de complicações relacionadas à anestesia, como hipertermia maligna ou paralisia prolongada após anestesia (indicando possível deficiência de pseudocolinesterase), bem como história de sangramentos e doenças neuromusculares¹. A anamnese deve ainda ser dirigida para a pesquisa de algumas condições clínicas que possam ter impacto no procedimento anestésico e cirúrgico, como veremos mais adiante.

EXAMES COMPLEMENTARES NO PRÉ-OPERATÓRIO

Embora inúmeros estudos demonstrem a inexistência de benefícios na solicitação rotineira e indiscriminada de exames complementares no pré-operatório de pacientes saudáveis², esta é uma prática comum e adotada por diversos profissionais, instituições e serviços pediátricos¹⁰. Definimos como exame de rotina todo aquele que é solicitado na ausência de uma indicação ou propósito clínico específico^{1,2}. A simples triagem pré-operatória não deve ser considerada uma indicação clínica consistente².

Há diversas justificativas teóricas para a solicitação rotineira de exames pré-operatórios,

por exemplo: detecção de anormalidades sem manifestações clínicas que possam ter impacto no risco de morbidade e mortalidade cirúrgicos, estabelecimento de valores laboratoriais basais que poderão sofrer alterações e necessitarão de monitorização no pós-operatório, e, finalmente, por questões médico-legais¹³.

Façamos agora uma análise crítica dos exames costumeiramente solicitados e suas possíveis indicações na clientela pediátrica.

HEMATÓCRITO E HEMOGLOBINA

A avaliação hematológica rotineira de crianças saudáveis antes de uma cirurgia eletiva não é necessária. As alterações discretas nos valores de hemoglobina ($Hb > 9,5g/dL$) podem não ser diagnosticadas clinicamente, sendo detectadas por vezes somente através do exame laboratorial. Esse achado, porém, não altera a conduta anestésica e a evolução pós-operatória^{1,4,11}. Além disso, a maioria das crianças com alguma alteração hematemétrica detectada durante o pré-operatório acaba por não receber nenhum acompanhamento específico para investigar e tratar essa condição, o que pode acarretar questões éticas e médico-legais¹⁰. Ainda assim, este é o exame laboratorial solicitado com maior frequência no pré-operatório pediátrico⁴.

A determinação do hematócrito e da hemoglobina tem seu emprego nas situações de risco aumentado para anemia: lactentes menores de um ano (principalmente os prematuros), jovens do sexo feminino após a menarca e pacientes com doenças crônicas. A determinação do hematócrito e da hemoglobina basal também é indicada quando a intervenção cirúrgica proposta está associada a grande perda sanguínea^{1,4,10,11}. Nos demais casos, o exame deve ser solicitado somente quando houver suspeita clínica de anemia^{12,13}.

Devemos, todavia, considerar que a prevalência de anemia carencial na população abrangida pelos estudos norte-americanos e europeus é possivelmente diferente da encontrada na

população brasileira. Isso decorre das diferenças nas condições gerais de vida da população, no acesso aos serviços de saúde e no emprego da profilaxia universal com ferro no primeiro ano de vida. Logo, são necessários mais estudos nacionais para definir a prevalência de anemia na população cirúrgica pediátrica de nosso país e para corroborar ou não a indicação da inclusão deste exame em uma rotina pré-operatória.

COAGULOGRAMA

Os questionamentos acerca da realização rotineira do coagulograma já foram tema de inúmeras publicações.

A utilização de exames de triagem como o tempo de sangramento, o tempo de protrombina, o tempo parcial da tromboplastina e a contagem plaquetária não tem valor preditivo positivo para identificar a ocorrência de sangramento durante o ato cirúrgico ou no pós-operatório³. Estes testes apresentam, ainda, uma alta taxa de resultados falso-positivos, acarretando em investigações clínicas desnecessárias e aumentando o estresse familiar no pré-operatório.

O coagulograma deve ser solicitado quando a anamnese ou o quadro clínico do paciente indicarem a possibilidade de uma doença da hemostasia, quando o procedimento proposto possa induzir distúrbios hemostáticos (bypass cardiopulmonar) ou quando a ocorrência de qualquer pequeno sangramento possa acarretar danos permanentes (como na cirurgia oftalmológica e nos procedimentos neurocirúrgicos). Outras indicações incluem as hepatopatias crônicas, a desnutrição, o uso de antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes, ou o uso crônico de antibióticos que levem à depleção dos fatores de coagulação¹³.

Não existe consenso na literatura quanto à realização rotineira desses exames antes da tonsilectomia e/ou adenoidectomia. A Academia Americana de Cirurgia de Cabeça e Pescoço Otorrinolaringológica recomenda a realização deste exame somente quando a história ou o exame clínico da criança apontam para uma diátese hemorrágica³.

URINÁLISE

A justificativa utilizada para a realização rotineira da análise do sedimento urinário inclui a identificação e o tratamento das crianças com infecção urinária ou doença renal não diagnosticada¹⁰. Esse exame, porém, apresenta baixa sensibilidade e especificidade para a detecção de qualquer doença assintomática que possa ter algum impacto sobre a conduta perioperatória¹. Assim sendo, a análise da urina deve ser reservada para procedimentos urológicos específicos ou na presença de sintomas urinários².

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

A Academia Americana de Pediatria recomenda a eliminação deste exame da rotina pré-operatória desde o início dos anos 80. Todavia, o aumento na incidência da infecção pelo HIV e a coinfeção com a tuberculose trouxe à tona a discussão acerca da proteção das demais crianças internadas. Ainda assim, considerando que a tuberculose na criança é na maior parte dos casos, uma infecção paucibacilar e que o exame radiológico rotineiro pouco acrescenta à avaliação do risco pré-operatório do paciente^{10,12}, a solicitação deste exame deve ser reservada para os pacientes sabidamente portadores ou com suspeita de doenças cardíacas ou pulmonares^{12,13}.

TESTE DE GRAVIDEZ

Embora não exista nenhuma recomendação específica para a solicitação de testes de gravidez em jovens menores de 15 anos, deve-se ter em mente a prevalência da gravidez na adolescência e em nosso meio. O exame deve ser considerado após a menarca e sexarca quando houver suspeita clínica de gravidez ou história de atraso menstrual¹⁰.

VALIDADE DOS EXAMES

Os exames laboratoriais realizados com indicação bem estabelecida podem ser utilizados para a elaboração do risco cirúrgico por até seis meses, desde que não ocorra nenhuma modificação significativa no quadro clínico do

paciente².

CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS EM PEDIATRIA

Algumas condições clínicas prevalentes na população pediátrica devem ser identificadas na avaliação pré-operatória. Passamos a considerar as mais importantes.

ASMA

A incidência da asma vem aumentando e até 40% das crianças com seis anos apresentam hiperreatividade brônquica, sendo que 18% utilizam medicamentos para o controle da enfermidade¹⁴. A asma é uma das doenças crônicas que mais frequentemente podem complicar o desfecho das crianças submetidas à anestesia geral⁸. O broncoespasmo durante o ato operatório tem graves repercussões, pois dificulta a ventilação, levando a hipercarbia, acidose, hipóxia, colapso cardiovascular e óbito.

A hiperreatividade brônquica pode persistir por semanas após o controle da crise. Logo, há um aumento no risco de ocorrência de eventos adversos durante o ato operatório tanto durante as exacerbações agudas quanto nas semanas que a sucedem¹⁴.

O tratamento da criança asmática deve sempre ser revisto e otimizado no período pré-operatório, mesmo nas situações em que o paciente encontra-se estável, com controle adequado dos sintomas e das exacerbações. As crianças com asma intermitente, que utilizam medicamentos somente nos casos de crise, devem iniciar o uso de beta-agonistas inalatórios ou orais de três a cinco dias antes do procedimento operatório. Já as crianças com asma persistente que utilizam esteróides e beta-agonistas de forma regular devem ser orientadas a intensificar o tratamento, ou associar novos medicamentos ao esquema⁸. O emprego dos glicocorticóides no preparo pré-operatório é capaz de reduzir os eventos adversos desencadeados pelos procedimentos do ato anestésico (laringoscopia, intubação traqueal, aspiração das vias aéreas, estímulos reconhecidos para a ocorrência de broncoespasmo)¹⁴. O

tratamento deve ser iniciado 48 horas antes da cirurgia e deve ser feito preferencialmente com a administração oral do medicamento, pois não há evidência de benefício da corticoterapia inalatória nesta situação. Recomenda-se o uso da prednisona ou prednisolona na dose diária de 1mg/kg, por três dias. Alguns autores também indicam corticoterapia oral para todas as crianças que tenham recebido algum tratamento farmacológico para asma no último ano¹⁶.

INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

A população pediátrica apresenta uma maior incidência de laringoespasma e broncoespasmo quando comparada com a população adulta⁸. As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) e o período de recuperação que as segue estão associados a um aumento ainda maior na probabilidade de ocorrência desses eventos. As IVAS associam-se também com o aumento na incidência da queda de saturação da hemoglobina e hipoxemia, que podem, todavia, ser prontamente revertidas com a administração de oxigênio inalatório¹.

O procedimento anestésico pode ser realizado mesmo na presença de IVAS, o que se justifica pela frequência com que as crianças apresentam esta condição e pelas consequências emocionais e financeiras advindas do cancelamento de uma cirurgia¹⁴. De uma forma geral, o procedimento poderá ser realizado na presença de coriza nasal hialina ou tosse seca, no caso de pequena intervenção cirúrgica e na ausência da necessidade de intubação traqueal durante o procedimento. É indicado o cancelamento do procedimento quando a criança tem menos de um ano de idade, ou quando a IVAS é acompanhada de rinorreia purulenta, tosse produtiva, sibilos ou sintomas gerais (febre, cefaleia, irritabilidade, dificuldade para alimentar-se, prostração).

As alterações na reatividade das vias aéreas podem persistir por até sete semanas após a resolução do episódio agudo de infecção respi-

ratória, principalmente nas crianças com quadro associado de asma, exigindo uma atenção especial na indicação de procedimentos operatórios durante este período¹⁴.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR

A displasia broncopulmonar (DBP) aumenta o risco de broncoespasmo e de queda na saturação de oxigênio durante o ato operatório ao longo de todo o primeiro ano de vida do lactente. Além disso, as alterações ocorridas no leito vascular pulmonar dessas crianças as tornam mais suscetíveis à vasoconstrição pulmonar exagerada, desencadeada por estímulo hipóxico⁸. A função pulmonar dessas crianças deve, sempre que possível, ser otimizada durante o preparo pré-operatório e é fundamental que após o ato cirúrgico a monitorização cardiopulmonar seja estendida por até 48 horas.

ANEMIA FALCIFORME

Os pacientes com doença falciforme compõem uma população de risco especialmente aumentado no que tange ao ato anestésico. Diversas situações que podem ocorrer durante o procedimento cirúrgico são fatores desencadeantes para o afoçamento das hemácias e deflagradores de uma crise vasooclusiva, tais como: hipóxia, hipercarbia, acidose, hipotermia, hipovolemia e estados de hipoperfusão^{8,9}. As complicações podem ser prevenidas através de um preparo adequado dessas crianças no pré-operatório, período em que pode ser indicado o aumento do hematócrito basal e a redução do nível de hemoglobina S, que não deve ultrapassar 30%. Esses objetivos são atingidos com a hemotransfusão simples ou com a exsanguineotransfusão parcial. A conduta adotada será determinada pelo hematócrito e pela eletroforese de hemoglobina do paciente^{8,9,14}.

A presença do traço falcêmico não tem qualquer impacto sobre o prognóstico anestésico e operatório^{1,8}.

SOPRO CARDÍACO

O achado de um sopro sistólico durante o exame físico de uma criança é um evento

comum e levanta a seguinte questão: trata-se de um sopro inocente ou é um sinal de doença cardíaca congênita não diagnosticada? A definição da presença de uma doença cardíaca é fundamental para a previsão de possíveis eventos hemodinâmicos durante a cirurgia (inversão de shunt esquerdo-direito, embolia paradoxal) e para a definição da necessidade de profilaxia antibiótica para endocardite bacteriana^{4,8,14}.

Alguns dados simples da anamnese auxiliam na resposta a essa pergunta. Deve-se indagar sobre a prática regular e a tolerância a atividades físicas e brincadeiras com crianças da mesma faixa etária, a ocorrência de cianose ou episódios sincopais em repouso ou em situações de esforço (choro, alimentação) e a presença de sinais sugestivos de insuficiência cardíaca em crianças (lentidão para alimentar-se, sudorese inespecífica, edema palpebral pela manhã, baixo ganho ponderal)^{8,9,14}. O exame físico também poderá auxiliar na diferenciação entre o sopro inocente e a doença cardíaca. A criança deve ser auscultada na posição supina e em decúbito, a cronologia dos sons cardíacos deve ser bem definida e o sopro bem caracterizado, todos os pulsos devem ser palpados e a pressão arterial aferida em todos os membros. Outros sinais sugestivos de insuficiência cardíaca devem ser pesquisados (hepatomegalia, estertores crepitantes). Nos casos duvidosos, pode ser necessário ampliar a avaliação com exames complementares (eletrocardiograma, ecocardiograma, radiografia de tórax, saturação de oxigênio) e parecer do especialista^{1,8}.

PREMATURIDADE

As principais preocupações relacionadas ao lactente nascido antes do termo são a presença e o impacto da BDP e a ocorrência de apnéia pós-operatória. Os principais fatores associados com o aumento do risco de apnéia no pós-operatório desses pacientes são a presença de anemia (hematócrito < 30%), o relato de apnéia prévia, a idade gestacional corrigida no momento do procedimento e a idade gestacional ao nascimento¹.

O risco de apneia no pós-operatório pode

ser reduzido com a administração prévia de cafeína ou teofilina, através da escolha de anestesia local em vez de geral ou pela postergação da cirurgia até que o lactente atinja entre 48 e 60 semanas de idade gestacional corrigida, desde que o procedimento proposto não tenha urgência.

Outra preocupação inclui os prematuros previamente submetidos à intubação traqueal. Estes pacientes podem ser portadores de estenose subglótica, dificultando a intubação pré-anestésica e a extubação pós-anestésica e aumentando assim o risco de complicações perioperatórias. A presença dessa condição pode ser suspeitada na história clínica quando houver relato de crupe ou estridor.

Essas crianças devem ser obrigatoriamente monitorizadas de forma intensiva no período pós-anestésico por no mínimo 24 horas⁹.

ALERGIA AO LATÉX

A preocupação com a alergia ao látex deve ter início no preparo pré-operatório, durante a anamnese. Deve-se indagar sobre história de alergia a produtos contendo látex (edema e hiperemia peribucal ao tentar insuflar balões), especialmente nas crianças com maior risco para o quadro (crianças com espinha bífida, malformações do trato urinário, atopia e as submetidas a múltiplos procedimentos cirúrgicos)⁹. A maior parte dos relatos de anafilaxia ao látex em crianças é naquelas com espinha bífida (73%), provavelmente em decorrência da exposição repetida à substância através de múltiplos procedimentos cirúrgicos e cateterismo vesical intermitente.

JEJUM

É bastante comum encontrarmos nas prescrições de crianças internadas a recomendação de “jejum após a meia-noite” na véspera de suas cirurgias. Essa conduta anacrônica carece de fundamentação científica. Já foi demonstrado que não há diferença no volume residual ou no pH gástrico das crianças mantidas em jejum por mais de oito horas quando comparados

com as que podem ingerir líquidos de baixa osmolaridade até duas horas antes da cirurgia. Essa conduta reduz o risco de desidratação e hipoglicemia nas crianças no momento do ato operatório. As diretrizes atuais recomendam jejum de oito horas para sólidos, seis horas para as fórmulas infantis, quatro horas para o leite materno e duas horas para líquidos de baixa osmolaridade^{6,7,8}.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O artigo 46 do Código de Ética Médica determina que é vedado ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”⁵.

O consentimento informado tem como base o princípio ético do respeito à autonomia do paciente e objetiva habilitá-lo na tomada de decisões da forma mais substanciada possível. No caso da população pediátrica, o consentimento é geralmente obtido dos pais ou responsáveis legais, acreditando-se que estarão sempre decidindo em prol do melhor para o bem estar da criança. Com o desenvolvimento da capacidade cognitiva de tomar decisões ao longo dos anos, a criança a partir do período escolar deve ser informada, consultada e estimulada a participar no processo decisório acerca do seu tratamento, ainda que o consentimento final seja de um adulto legalmente competente.

Quando o médico assistente acredita que os responsáveis estejam optando por uma conduta inaceitável, que poderá acarretar danos à saúde da criança, é seu papel contatar os órgãos de defesa da criança e adolescente, a fim de que medidas legais cabíveis sejam tomadas¹⁵.

CONCLUSÃO

Muito embora a avaliação pré-operatória pediátrica tenha o mesmo objetivo da avaliação realizada na população adulta, algumas dife-

renças no seu processo executório são bastante evidentes. Devemos ser criteriosos e judiciosos na indicação de exames complementares, uma vez que vimos que em sua maior parte são desnecessários e nada acrescentam às decisões perioperatórias nesta faixa etária, sendo somente fatores estressores para o jovem paciente. Além disso, o médico elaborador do risco cirúrgico deve conhecer as doenças crônicas do candidato ao procedimento, otimizando o esquema terapêutico sempre que necessário, e deve ainda estar habituado a lidar com as intercorrências agudas comuns em crianças, evitando assim o cancelamento desnecessário e traumático de uma cirurgia eletiva, evento sempre ansiosamente aguardado pela criança e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS SECTION ON ANESTHESIOLOGY BRIDGES COMMITTEE. Evaluation and preparation of pediatric patients undergoing anesthesia. *Pediatrics* 1996; 98:502-8.
2. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON PREANESTHESIA EVALUATION. Practice advisory for preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96:485-96.
3. ASAF, T., REUVENI, H., YERMIAHU, T. et al. The need for routine pre-operative coagulation screening tests (prothrombin time PT/partial thromboplastin time PTT) for healthy children undergoing elective tonsillectomy and/or adenoidectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 61:217-22.
4. BURD, R.S., MELLENDER, S.J., TOBIAS, J.D. Neonatal and childhood perioperative considerations. *Surg Clin N Am* 2006; 227-47.
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de Ética Médica, 16 ed. CREMERJ: Rio de Janeiro, 2007, p.16.
6. COTÉ, C.J. NPO after midnight for children – a reappraisal. *Anesthesiology* 1990; 72:589-92.
7. COTÉ, C.J. Pediatric anesthesia. In: MILLER, R.D. Miller's anesthesia 6th ed. Churchill Livingstone – Elsevier, 2005. Chap.60. Disponível em <http://www.mdconsult.com>. Acessado em 01 de Março de 2008.
8. MAXWELL, L.G. Age associated issues in preoperative evaluation, testing, and planning: pediatrics. *Anesthesiology Clin N Am* 2004; 22:27-43.
9. MAXWELL, L.G., YASTER, M. Perioperative management issues in pediatric patients. *Anesthesiology Clin N Am* 2000; 18:601-32.
10. PATEL, R.I., DeWITT, L., HANNALLAH, R.S. Preoperative laboratory testing in children undergoing elective surgery: analysis of current practice. *J Clin Anesth* 1997; 9:569-75.
11. PATEL, R.I., HANNALLAH, R.S. Laboratory tests in children undergoing ambulatory surgery: a review of clinical practice and scientific studies. *Ambulatory Surgery* 2000; 8:165-9.
12. SMETAMA, G.W. Preoperative medical evaluation of the healthy patient. Disponível em <http://www.uptodateonline.com>. Acessado em 06 de Março de 2008.
13. SMETAMA, G.W., MACPHERSON, D.S. The case against routine preoperative laboratory testing. *Med Clin N Am* 2003; 87:7-40.
14. VON UNGERN-STERNBERG, B.S., HABRE, W. Pediatric anesthesia – potential risks and their assessment: part I. *Pediatric Anesthesia* 2007; 17:206-15.
15. WAISEL, D.B., TRUOG, R.D. Ethical and legal aspects of anesthesia care. In: MILLER, R.D. Miller's anesthesia 6th ed. Churchill Livingstone – Elsevier, 2005. Chap.89. Disponível em <http://www.mdconsult.com>. Acessado em 01 de Março de 2008. Paginação não disponível.
16. WETZEL, R.C. Anesthesia and perioperative care. In: KLIEGMAN, R.M., BEHRMAN, R.E., JENSON, H.B. et al (Org). Nelson textbook of pediatrics 18th ed. Saunders-Elsevier, 2007, p.460-75.

ABSTRACT

The elaboration of preoperative evaluation for the pediatric population shows inherent peculiarities of this age group. These peculiarities

relate to the prevalence of chronic conditions distinct of those found in the adult population and with the common occurrence of acute illness in children. The healthcare provider involved in pediatric preoperative evaluation should be familiarized with these concepts, in order to become able to act with criterion in the selection of preoperative testing and periopera-

tive management.

KEYWORDS: Preoperative evaluation; Preoperative testing; Pediatric surgery.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

Haroldo Coelho da Silva

Médico da Unidade Docente Assistencial de Clínica Médica FCM - UERJ

Mario Fritsh T. Neves

Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Wille Oigman

Professor Titular de Clínica Médica FCM - UERJ

ARTIGO 1: A CONSULTA CLÍNICA PRÉ-OPERATÓRIA

Haroldo C. da Silva

Médico da Unidade Docente-Assistencial de Clínica Médica HUPE - UERJ

Raphael M. G. M. Gonçalves

Professor Substituto do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Haroldo Coelho da Silva

Hospital Universitário Pedro Ernesto –

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: harcoelho@terra.com.br

ARTIGO 2: A NECESSIDADE DE EXAMES COMPLEMENTARES PRÉ-OPERATÓRIOS

Márcia C. B. Ladeira

Professora Auxiliar do Departamento de Clínica Médica FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Márcia Cristina B. Ladeira

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: ladeira.marcia@gmail.com

ARTIGO 3: FÁRMACOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Rodrigo F. Garbero

Professor substituto do Departamento de Clínica Médica da FCM - UERJ

Luiz A. Vieira

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da FCM - UERJ

Endereço para correspondência:

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: rogarbero@hotmail.com

ARTIGO 4: AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR EM PRÉ- OPERATÓRIO DE CIRURGIA NÃO-CARDÍACA

Ronaldo A.O.C. Gismond

Professor Substituto do Departamento de Clínica Médica FCM-UERJ.

Mario F. Neves

Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Mario Fritsch Neves

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: mfneves@uerj.br

ARTIGO 5: O PACIENTE

HIPERTENSO

Daniel Arthur B. Kasal

Professor substituto no Departamento de Clínica Médica.

Wille Oigman

Professor Titular do Departamento de Clínica Médica.

Endereço para correspondência:

Wille Oigman

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: oigman@rio.com.br

ARTIGO 6: RISCO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM ARRITMIAS CARDÍACAS

Eduardo C. Barbosa

Professor Assistente da Disciplina de Cardiologia da FCM - UERJ.

Responsável pelo Setor de Arritmias Cardíacas do

Serviço de Cardiologia do HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:

Eduardo C. Barbosa

Hospital Universitário Pedro Ernesto – Setor de Arritmias

Av. 28 de Setembro, 77 – 2º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / 20551-030

Telefone.: 2587-6631

Email: correabarbosa@terra.com.br

ARTIGO 7: MANEJO PRÉ- OPERATÓRIO DOS PACIENTES COM DOENÇA ENDÓCRINA E DOENÇA RENAL CRÔNICA

Manoel R. A. de Almeida

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica.

Filipe S. Affonso

Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica.

Endereço para correspondência:

Manoel Ricardo A. de Almeida

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 – 3º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: mraalmeida@uol.com.br

ARTIGO 8: O PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR

Agnaldo J. Lopes

Chefe do Setor de Provas de Função Respiratória do HUPE-UERJ.

José Manoel Jansen

Professor Titular de Pneumologia FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Agnaldo J. Lopes

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Serviço de Pneumologia

Av. 28 de Setembro, 77, 2º andar – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ / CEP: 20551-030

Telefone.: 2587-6537

Email: phel.lop@uol.com.br

**ARTIGO 9: RECOMENDAÇÕES
PROFILÁTICAS PARA PACIENTES
CIRÚRGICOS**

Alan Mekler

Professor substituto do Departamento de Clínica
Médica FCM-UERJ

Aloysio G. da Fonseca

Professor Assistente do Departamento de Clínica
Médica FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Aloysio G. da Fonseca

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Clínica Médica

Av. 28 de Setembro, 77 sala 329 – Vila Isabel

Rio de Janeiro, RJ – CEP 20551-030

Telefone: 2587-6631

Email: aloysiofonseca@ajato.com.br

**ARTIGO 10: AVALIAÇÃO PRÉ-
OPERATÓRIA PEDIÁTRICA**

Júlia M. Paes de Carvalho

Médica Residente de Pediatria da FCM-UERJ

Luciano A. M. Pinto

Professor Assistente do Departamento de Pediatria
da FCM-UERJ

Endereço para correspondência:

Júlia M. Paes de Carvalho

Rua Gal. Artigas, 72/301 / CEP 22441-140

Telefone: 021 9626-5466

Email: juliapc@terra.com.br