

Frederico Coimbra da Rocha*
Miriam Kemper**

RESUMO

O presente trabalho terá como objetivo apresentar ao leitor importância da realização do preparo pré-operatório completo visando a realização das cirurgias buco-maxilo-faciais uma vez que a população que procura por este tipo de procedimento tem cada dia a faixa etária mais avançada, e por isso apresentando as comorbidades associadas. Por outro lado, também tais procedimentos atualmente também se apresentam como cirurgias complexas e por isso exigindo um bom estado de saúde por parte dos pacientes. Para tanto realizamos uma revisão da literatura acerca do assunto para verificar a necessidade e a importância da realização de exames pré-operatórios em cirurgia buco-maxilo-facial. Foi observado que em muitos casos há um exagero com relação aos pedidos de exames e que não há diferença em muitos dos casos. No entanto com a crescente judicialização da área de saúde bem como o aumento da procura para estes procedimentos de uma população acima dos 40 anos devemos ressaltar a necessidades de exames pré-operatórios para evitarmos complicações peri e pós-operatórias. Se, de um lado, a utilização dos exames complementares é fundamental para se fechar o diagnóstico, de outro, em muitas oportunidades, deposita-se demasiada ênfase na informação que se espera obter de uma bateria de provas desse tipo.

Palavras-chave: Pré-operatório, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia odontológica.

ABSTRACT

The present work will aim to present to the reader the importance of carrying out the complete preoperative preparation aiming at the oral and maxillofacial surgeries, since the population looking for this type of procedure has the most advanced age group every day, and therefore presenting the associated comorbidities. On the other hand, these procedures nowadays also present themselves as complex surgeries and therefore require a good state of health on the part of patients. To this end, we conducted a literature review on the subject to verify the need and importance of performing preoperative exams in oral and maxillofacial surgery. It was observed that in many cases there is an exaggeration in relation to the requests for exams and that there is no difference in many of the cases. However, with the increasing judicialization of the health area as well as the increased demand for these procedures from a population over 40 years old, we must emphasize the need for preoperative exams to avoid perioperative and postoperative complications. If, on the one hand, the use of complementary exams is essential to close the diagnosis, on the other hand, on many occasions, too much emphasis is placed on the information that is expected to be obtained from such a battery of tests.

Type Keywords: preoperative, oral maxillofacial surgery.

* Capitão Dentista do Serviço de Saúde. Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)2002. Especialista em Cirurgia Buco-maxilo-facial pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)2009. Curso de formação de Oficiais pela Escola de Formação Complementar do Exército (ESFCEX-ESAEX) 2011.** Capitão Dentista do Serviço de Saúde. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 1995. Especialista em Dentística Restauradora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2003. Curso de Formação de Oficiais pela Escola de Saúde do

*

**

Exército (EsSEx) em 2007. Especialista em Ciências Militares pela Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais (EsAO) em 2015.

1 INTRODUÇÃO

Uma avaliação pré-operatória minuciosa para identificar anormalidades médicas corrigíveis e entender o risco residual é obrigatória para todos os pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, incluindo cirurgia oral. Para assegurar o conforto, a segurança do paciente e garantir melhor desempenho da cirurgia, a avaliação pré-operatória deve ser realizada (VAN KLEIN et al., 2002). A avaliação pré-operatória de rotina irá variar entre os pacientes, dependendo da idade e da saúde geral. De acordo com Conselho Federal de Medicina, Resolução 1802/2006, é obrigatória a realização da avaliação pré-operatória antes de qualquer anestesia eletiva, especialmente para conhecer, com antecedência, as condições clínicas do paciente.

Macuco et al. (1999), coloca que o papel do anestesiológista no preparo e na avaliação do paciente candidato a cirurgia muitas vezes é transferida aos clínicos ou cardiologistas, sendo que ao assumir efetivamente este espaço no mercado de trabalho, diversifica e amplia as funções da especialidade, o anestesiológista busca ainda, além de melhor qualidade no atendimento, ampliar o escopo da Anestesiologia.

Com a inegável evolução da Odontologia, o Cirurgião-Dentista, na condição de um profissional envolvido em uma equipe de saúde e cuja atividade visa a promoção dessa saúde de forma global, não pode se restringir aos exames, tratamento dos dentes e estruturas anexas como entidades isoladas sem olhar o paciente como um todo anatômico, fisiológico e psicológico. As doenças originalmente isoladas na boca podem ser manifestações desse todo, da mesma forma que alterações da boca podem refletir-se no organismo (GENOVESE, 1996).

Com o avanço da medicina e da terapêutica medicamentosa, a expectativa de vida dos pacientes está aumentando, bem como as interações medicamentosas estão cada vez maiores, o que cria a necessidade de se fazer uma avaliação pré-operatória cada vez mais rigorosa.

1.1 PROBLEMA

Existem na literatura alguns trabalhos que demonstram o exagero de exames pré-operatórios, solicitados sem critério e sem necessidade. Abrindo campo para que se possa pesquisar a necessidade e a influência destes exames pré-operatórios em relação a detecção de possíveis complicações (ROHRER et al.,

1988; ROIZEN, 1989; SILVA et al., 1990; WAGNER & MOORE, 1991; GOLUB et al., 1992). Baseado na controvérsia existente sobre a necessidade da solicitação rotineira de exames laboratoriais defendida por vários autores e de outros será um exagero realizar solicitações de exames pré-operatórios para pacientes que serão submetidos á cirurgia buco-maxilo-facial ?

1.2 OBJETIVOS

O presente estudo pretende avaliar a fundamentação da necessidade dos exames pré-operatórios na prática rotineira da clínica de cirurgia odontológica. Com a finalidade de delimitar e alcançar o desfecho esperado para o objetivo geral, levantou-se objetivos específicos que irão conduzir na consecução do objetivo deste estudo como apresentar a importância de realizar exames pré-operatórios nos pacientes que irão se submeter cirurgias odontológicas, apresentar quais exames e suas indicações, apresentar quais patologias podem ser detectadas, apresentar os procedimentos que necessitam exames pré-operatórios, apresentar o rol de pacientes que necessitam realizar exames pré-operatórios.

1.3 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES

A avaliação pré-operatória é realizada visando estabelecer se a capacidade física e emotiva do paciente lhe permitirá tolerar o tratamento odontológico proposto. A partir da análise das respostas dadas pelo paciente às questões formuladas no questionário de saúde, o profissional verifica a necessidade de avaliação médica, pré-medicação, seleção de anestésico, limitação da quantidade a ser empregada ou eliminação do vasoconstritor, modificação do planejamento inicial, emprego de analgesia inalatória ou de anestesia geral, pesquisa de história anterior de sensibilidade a drogas ou a substituição de alguma droga a ser empregada devido à contraindicação (SONIS et al., 2000).

Se, de um lado, a utilização dos exames complementares é fundamental para se fechar o diagnóstico, de outro, em muitas oportunidades, deposita-se demasiada ênfase na informação que se espera obter de uma bateria de provas desse tipo. Essa expectativa significa subestimar o exame clínico e ignorar seu verdadeiro valor (SONIS et al., 2000).

O conhecimento do grau de especificidade e sensibilidade de um exame complementar, em relação a uma determinada doença, contribui significativamente para a indicação precisa desse exame, evitando que o paciente perca tempo e tenha gastos desnecessários (SONIS et al., 2000).

Com o presente estudo pretende-se contribuir para o EB com relação a busca pela excelência nos atendimentos relacionados à família militar. Principalmente com relação as cirurgias odontológicas avançadas como as de enxertia óssea maxilar, cirurgias avançadas de implante dentária, cirurgia ortognática, de grandes patologias ósseas e do trauma maxilo-facial ressaltando a importância do correto pré-operatório e com isso evitando-se os maus resultados bem como as intercorrências clínicas.

1 METODOLOGIA

Para colher subsídios que permitissem formular uma possível solução para o problema, o delineamento desta pesquisa contemplou leitura analítica, fichamento das fontes e discussão de resultados. Quanto a forma de abordagem do problema, utilizaram-se, principalmente, os conceitos de pesquisa bibliográfica pois as referências obtidas por meio da revisão da literatura foram fundamentais para a compreensão dos objetivos do presente trabalho. Portanto, a presente pesquisa do tipo bibliográfica, que se trata do levantamento de toda bibliografia já publicada, seja na forma de livros, publicações avulsas, revistas ou imprensa escrita, sendo considerada como o primeiro passo para toda a pesquisa científica, possui finalidade de colocar o autor por dentro de todo assunto que foi determinado na pesquisa, permitindo oferecer meios para definir, resolver, não somente os problemas resolvidos, assim como explorar novas áreas e desta forma atualizarmos os conhecimentos referentes aos exames pré-operatórios frente as cirurgias buco-maxilo-facial.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada com o intuito de reunir e expor os dados referentes a importância dos exames pré-operatórios para realização de cirurgias complexas dentro da odontologia.

O Cirurgião-Dentista desfruta de uma posição estratégica, podendo ser o primeiro profissional da saúde a suspeitar ou mesmo diagnosticar graves doenças, contribuindo para um diagnóstico precoce e possibilitando um prognóstico melhor (SONIS *et al.*, 1996).

A aplicação, na odontologia, de conhecimentos de hematologia permite que uma série de exames complementares sejam, com frequência, manipulados pelo Cirurgião-Dentista, trazendo a certeza de um atendimento seguro tanto para o paciente quanto para o profissional (SONIS *et al.*, 1996).

Na atividade clínica são habitualmente indicados:

- exames complementares para a detecção da suspeita de alteração na hemostasia;
- hemograma para detectar suspeita clínica de alterações na parte celular do sangue;
- exames sorológicos e bioquímicos (GENOVESE, 1996).

Um número relativamente pequeno de exames de laboratório costuma ser usado pelo dentista clínico geral. Estes incluem, em geral, exames para confirmar ou excluir anemia, alterações dos leucócitos, problemas de sangramento, diabetes mellito e hepatite. Além disso, podem ser usados culturas bacterianas e antibiogramas (SONIS *et al.*, 1996).

Alguns autores como Klessling *et al.* (1961), Goldman *et al.* (1977), Keats (1978), defendem a solicitação rotineira de exames laboratoriais pré-cirúrgicos para todos os tipos de pacientes, pois acreditam que os mesmos podem determinar desordens preliminares como doenças cardíacas isquêmicas, arritmias cardíacas, glaucoma e hepatite.

Lewin *et al.* (1971) avaliaram riscos cirúrgicos e anestésicos a 82 pacientes idosos que se submeteram a cirurgias sob anestesia geral. Os autores puderam observar que quanto mais comprometido sistemicamente (classificação ASA maior) maior era a morbidade e mortalidade destes pacientes e que orientam a solicitar exames complementares no pré-operatório para se tentar diminuir este índice, pois há uma grande chance dos pacientes possuírem patologias não detectadas

cl clinicamente. E que, portanto, pacientes classificados como ASA I e II representam, de certa forma, segurança no tratamento.

Tisi em 1979, após realizar uma ampla revisão da literatura a respeito da avaliação pulmonar de pacientes no pré-operatório, chegou à conclusão de que se faz necessário a realização de exames complementares como exames de laboratórios e radiográficos no pré-operatórios das cirurgias para se evitar complicações no pós-operatório das mesmas, reduzindo com isto a morbidade cirúrgica.

Rehder (1982) pesquisou complicações anestésicas em 6798 pacientes cirúrgicos, de diversas idades e com classificação ASA variada, que se submeteram à anestesia geral. Encontrou um total de 1735 complicações, destas 1491 (86%) foram complicações menores, 231 (13,3%) foram consideradas maiores e 13 ocorrências de mortes (0,7%). Portanto, é a favor de se realizar exames nos pré-operatórios das cirurgias para não haver comprometimento para o paciente e para o profissional.

Turnbull & Buck (1987), ao investigar 5003 exames colhidos pré operatoricamente, alcançaram 225 resultados anormais e destes, 104 de potencial importância sendo de pouca relação com o exame clínico realizado anteriormente. Portanto, para os presentes autores, é necessário a realização destes exames pré-operatórios, para qualquer paciente que será submetido à cirurgia a fim de se detectar alterações patológicas que possam interferir no procedimento.

Cohen, Duncan (1988) realizaram um estudo num período entre 1975 e 1983 avaliando complicações anestésicas para pacientes cirúrgicos que se submeteram a procedimentos sob anestesia geral de um total de 11.200 anestésias realizadas. Encontraram um total cerca de 10.000 complicações anestésicas, observando que a posição de classificação ASA, quanto pior, maior era a morbidade para estes pacientes e que a classificação ASA e a idade somente não poderiam ser levadas em conta com relação a predisposição para complicações e, sim, uma avaliação com a solicitação de exames complementares no pré-operatório.

Livros de cirurgia e anestesia recomendam exames laboratoriais específicos para avaliação pré-operatória. Vários autores sugerem o modelo de hemoglobina e hematócrito, análise da urina, radiografia de tórax, eletrocardiograma, glicose e creatinina somente para aqueles pacientes acima de 45 anos de idade (ARTZ *et al.*,

1976; SABISTON, 1977.). Textos incluem também estudo da coagulação e suas indicações (ELLIOT *et al.* 1982; KWAN, 1982).

BARNETT (1968) orienta quanto aos cuidados de interpretação de exames complementares, pois estes resultados podem estar alterados devido a interpretações laboratoriais diferentes de um laboratório para outro, o que levaria a diferenças na conduta de tratamento. Estas diferenças podem ser de natureza técnica, fisiológicas, habilidade em distinguir valores anormais de normais, entre outras.

No que se refere a exames bioquímicas, LEONARD *et al.* (1975), relataram que exames bioquímicas não têm valores significantes para avaliação pré-operatória em hospitalização por menos de uma semana em pacientes pediátricos; assim como KORVIN *et al.* (1975), realizaram exames bioquímicas rotineiros em 1 000 pacientes na admissão hospitalar, visto que se submeteriam a procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral posteriormente e que nenhum destes testes produziram um novo diagnóstico que foi benéfico a cada paciente.

DURBRIDGE *et al.* (1976) obtiveram resultados semelhantes analisando exames feitos em 1500 pacientes que realizaram cirurgias sob anestesia geral onde havia um grupo que fazia exames laboratoriais pré-operatórios e outro grupo o qual não se realizavam estes exames. Concluíram que não houve resultado benéfico aos pacientes que realizavam exames pré-operatórios quando comparados com os pacientes que não realizavam estes exames.

Para SCHWARTZ *et al.* (1976) são favoráveis a realização de um exame físico bem detalhado, pois é através dele que na maioria das vezes se consegue determinar alterações que indiquem a solicitação de exames complementares como, por exemplo, testes de sangramento.

Olsen *et al.* (1976), não encontraram diferença na morbidade entre o grupo controle e o grupo que havia realizado os testes pré operatoricamente. Através dos resultados encontrados nos exames complementares realizados em pacientes hospitalizados, em que se realizaria cirurgias eletivas diversas sob anestesia geral, Catchlove, em 1979, chegou à conclusão de que a maioria destes exames solicitados não alteraram o curso do tratamento destes pacientes, mas ocasionaram um custo alto e desnecessário no tratamento dos mesmos. No caso dos eletrocardiogramas, encontraram cerca de 25% de resultados alterados em pacientes com idade inferior a 40 anos; para as radiografias de tórax, cerca de 14%

foram alterados, nos exames bioquímicas cerca de 41% e na contagem de células sanguíneas, cerca de 7% de resultados alterados foram encontrados para pacientes com idade inferior a 40 anos.

Estudos mostram, portanto, que a história e exame físico fornecem informações mais confiáveis para proteção dos pacientes. Sandler (1979), notou que a história e exame físico determinam mais de 90% do curso clínico que foi atribuído ao paciente para a consulta sobre doenças cardiovasculares, neurológicas ou respiratórias.

Em 1979, Sandler relatou a importância da história e do exame físico em 630 pacientes. A história foi o fator mais importante no que se refere ao diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, neurológicas, respiratórias, análise de urina e entre outros problemas, correspondendo a 56% de todos os diagnósticos e 6% de todos os tratamentos. Enquanto o exame físico correspondeu cerca de 17% para os diagnósticos e também 17% para o tratamento. Já, exames hematológicos de rotina

e urina trouxeram pouca contribuição na detecção de doenças ou alterações importantes, correspondendo menos de 1% para os diagnósticos.

Exames pré-operatórios para função da coagulação em pacientes com história clínica de possível sangramento no transe pós-operatórios de cirurgias foram realizados por Eisenberg et al. (1982). Os exames solicitados foram Tempo de Protrombina e Tempo de Tromboplastina Parcial em 750 pacientes, aos quais, 611 (81 %) não tinham história de problemas de coagulação evidente na história ou exame físico e dos 139 pacientes que tinham indicações clínicas, apenas 25 (18%) tiveram os resultados dos exames alterados. Já dentre os 611 pacientes que não relataram qualquer história de sangramentos anteriores, 480 realizaram os exames, tendo 13 (2, 7%) pacientes apresentando resultados anormais e 0,2% ou seja, apenas um paciente foi beneficiado com este achado.

Barber et al. (1985), defendem também que exames laboratoriais de rotina não são o modo mais eficiente de avaliação pré-operatória dos pacientes, sendo a avaliação clínica imperativa; onde, por exemplo, no estudo desenvolvido por Barber et al. (1985) avaliaram por um período de seis meses pacientes que seriam submetidos a cirurgias de pequeno e grande porte representando as craniotomias e transplantes renais, observando que alterações nos exames laboratoriais nem sempre indicam possíveis problemas durante uma cirurgia.

Kaplan et al., em 1985, avaliaram resultados de exames laboratoriais em 2000 pacientes, os quais submeter-se-iam a cirurgias eletivas, durante um período de quatro meses. E destes, cerca de 60% poderiam ter sido evitados se tivessem tido indicações precisas; e em torno de 0,22% destes exames revelaram resultados alterados o que poderiam, por sua vez, influenciar no trans-operatório das cirurgias se estas tivessem sido realizadas.

Em 1986, Blery et ai. sugeriram um protocolo de solicitação de exames complementares após avaliarem cerca de 3866 pacientes cirúrgicos. Segundo opiniões dos anestesistas cerca de 0 a 2% dos exames seria interessante sua solicitação e cerca de 0 a 4% teriam critérios pré determinados, segundo os autores. No protocolo sugerido neste trabalho, no que diz respeito aos pacientes com idade inferior a 40 anos não há indicação para esta solicitação rotineira de nenhum exame complementar.

Akin et al. (1987) realizaram estudo em pacientes internados, nos quais solicitaram exames de urina e avaliaram quais as anormalidades detectadas e se estas interferiam no cuidado com os pacientes. Obtiveram como resultados que os exames de análise de urina solicitados rotineiramente tinham pouco impacto no tratamento dos pacientes e os resultados alterados encontrados determinaram condutas erradas frente a tratamentos alternativos, como prescrição de antibioticoterapia para uma anormalidade no exame de laboratório como sendo uma possível infecção, a qual, posteriormente na análise de cultura bacteriana não se evidenciou crescimento algum. Além de elevar custos não havia indicação precisa. Assim, os autores perceberam que a indicação para a solicitação destes exames é determinada através da história médica e exame físico destes pacientes.

KieL & Moskowitz (1987) são contra a solicitação de exames de análise de urina de forma rotineira, pois acreditam que apesar de poder detectar desordens sistêmicas como doenças renais, diabetes, entre outras, estas dificilmente, acometem indivíduos jovens e que a análise microscópica da urina só deveria ser feita a partir de dúvidas ou suspeitas no exame macroscópico da urina.

Charpack et al. (1988) depois de avaliar 3883 pacientes cirúrgicos, concluíram que a rotina de exames radiográficos de tórax pré-operatórios podem ser abandonados sem alterar os cuidados com os pacientes. Seu estudo foi incapaz de ligar a mortalidade ou morbidade pulmonar com exames pré-operatórios de radiografias de tórax.

Rohrer et al. (1988) demonstraram por meio de 282 pacientes que através de 514 exames laboratoriais para tempo de protrombina, tromboplastina parcial, contagem de plaquetas e tempo de sangramento que exames laboratoriais para coagulopatias são desnecessários quando solicitados aleatoriamente. Pois, dos 514 exames realizados apenas foram detectados com alterações e nenhuma coagulopatia clinicamente significativa foi justificada com estas alterações. Portanto, deve-se indicar os exames baseados na anamnese prévia.

Roizen, em 1989, é a favor de um exame físico mais detalhado para se avaliar o paciente e dispensa o uso da solicitação de exames laboratoriais de forma rotineira. Cita que em torno de 60% dos exames pré-operatórios podem ser eliminados sem trazer riscos aos pacientes e custos desnecessários.

Silva et al. (1990) avaliaram a utilidade de exames bioquímicos, hematológicos, de urinálise, eletrocardiograma e radiograma de tórax no pré-operatório em 1280 cirurgias realizadas em 1093 pacientes. Destas, foram selecionadas aleatoriamente 200 prontuários por ano no período de 1983 a 1988. Obtiveram como resultados anormais 13%, mas apenas em 11 casos estes resultados contribuíram para o diagnóstico de doença ainda desconhecida e, em apenas oito pacientes eles deram uma contribuição importante na decisão de transferência da cirurgia. Os autores recomendaram que os exames rotineiros devam ser solicitados quando for realmente necessários, dependendo da avaliação física realizada anteriormente.

Wagner , Moore (1991) também defenderam a abolição de exames laboratoriais excessivos, pois podem trazer aos pacientes riscos extras de saúde quando, por exemplo, da ingestão de contraste para determinado tipo de exame onde o paciente pode ser alérgico a substância utilizada para este mesmo contraste, cortes desnecessários para uma análise mais precisa de uma determinada alteração em um determinado órgão, operações ineficientes, além de gastos enormes com estes exames pré-operatórios não indicados -corretamente, pois quanto mais exames alterados a possibilidade de resultados falso-positivos aumenta, e mais exames serão solicitados para elucidar dúvidas surgidas nesta solicitação rotineira.

Golub et al. (1992) realizaram um estudo retrospectivo em 325 pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais nos quais haviam sido solicitados exames laboratoriais. Destes 325 pacientes, foram notados 273 pacientes com resultados anormais em pelo menos um tipo de exame. Destes

resultados, 262 pacientes foram ignorados pelos médicos responsáveis. Portanto, os autores chegam a conclusão que para indivíduos com idade superior a 50 anos deve-se solicitar pelo menos eletrocardiograma. Hematócrito só deve ser solicitado quando houver grande perda de sangue na cirurgia, e todos os outros exames devem ser solicitados baseados na história e exame físico dos pacientes.

Silva et al. em 1997, estudaram retrospectivamente 401 prontuários de crianças estado físico ASA I submetidas a cirurgias de pequeno porte de caráter ambulatorial, onde foram solicitados exames de hemoglobina e hematócrito. Os resultados não trouxeram qualquer benefício decorrente do conhecimento das taxas destes exames no pré-operatório.

Nascimento Jr. et al., em 1998, também são a favor do abandono da solicitação de exames laboratoriais, pois estudaram 1 065 pacientes com idade a partir de 12 anos, estado físico ASA I, II, III internados no Hospital das Clínicas em Botucatu para a realização de procedimento cirúrgico eletivo. Os pacientes foram divididos em sete grupos de diferentes faixas etárias, variando quase de 10 em 10 anos cada grupo iniciando no grupo 1 na faixa de 12 aos 20 anos e, assim, sucessivamente, com distribuição aleatória em relação ao sexo; solicitando-se exames laboratoriais do tipo hematócrito, hemoglobina, uréia e creatinina séricos, perfazendo um total de 4025 exames laboratoriais. Os resultados encontrados pelos autores permitiu concluir que os valores médios obtidos, tanto de hematócrito e hemoglobina, quanto de uréia e creatinina séricos, em todos os grupos etários, são completamente aceitáveis para pacientes cirúrgicos, de uma maneira geral. Mas, realmente, parecem inúteis se forem considerados apenas como números e nenhuma correlação clínica tiver sido estabelecida.

Assim como Haug & Reifeis (1999) não defendem a solicitação dos exames pré-operatórios de forma rotineira, pois na pesquisa desenvolvida pelos autores em 235 pacientes classificados como ASA I ou II, entre 15 e 54 anos de idade que necessitaram de procedimento dento-alveolar de rotina sob sedação ou anestesia geral, obtiveram como resultados alterados de exames laboratoriais como contagem de células sanguíneas e análise de urina apenas 2%, não representando nenhuma alteração no programa da cirurgia e nem no pós-operatório das mesmas. Uma boa história e exame físico minuciosos do paciente previamente ao procedimento, podem direcionar a solicitação ou não destes exames e o tratamento a ser instituído.

A literatura mostra trabalhos que demonstram o exagero na solicitação de exames pré-operatórios em medicina, solicitados sem critério e sem necessidade. Isto ainda deve ser observado para as patologias de uma forma geral. Em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais acreditamos ser maior esta porcentagem de exames solicitados de maneira desnecessária. Isso abre campo para que possamos pesquisar a necessidade e a influência destes exames pré-operatórios em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (WAGNER; MOORE, 1991).

2 DISCUSSÃO

O principal objetivo da avaliação pré-operatória é reduzir a morbidade cirúrgica. Este é alcançado através do adequado planejamento pré-operatório e da compensação da saúde do paciente antes da cirurgia. Esta conduta baseia-se na descoberta de condições ocultas que podem causar problemas durante e após a cirurgia. É indubitável que um exame complementar visa, principalmente, confirmar a suspeita diagnóstica resultante de exame clínico ou servir de subsídio para acompanhar a evolução do processo patológico. Contudo, a realização de alguns destes exames já foi instituído de forma rotineira em determinados momentos.

Ao avaliar um paciente para qualquer procedimento cirúrgico, os cirurgiões devem considerar dois aspectos:

1. O trabalho necessário que deve ser realizado para o procedimento;
2. Se o paciente pode ser submetido com segurança ao procedimento cirúrgico planejado.

Na avaliação pré-operatória de um paciente para cirurgia oral, independente do cenário clínico, uma boa história clínica e, sem dúvida, o aspecto mais importante um histórico médico detalhado identificará problemas potenciais de manejo (fisiológicos e farmacêuticos) e permitirá que o cirurgião dentista formule um plano de tratamento cirúrgico oral a luz do status médico. Os pacientes apresentarão um ou vários diagnósticos médicos estabelecidos, que podem alterar a maneira como o atendimento odontológico será realizado. O papel do cirurgião dentista é determinar como esses problemas médicos irão influenciar o cuidado, ou como os cuidados dentários e maxilo-faciais podem afetar o tratamento médico. A comorbidade do

paciente pode predispor a descompensação fisiológica aguda sob estresse ou incapacidade de fazer bem pós-tratamento ou levar a interações medicamentosas. O cirurgião dentista deve estar ciente do que potencialmente pode ocorrer e quais precauções devem ser tomadas para minimizar os riscos. Devem identificar questões que devem ser abordadas antes do tratamento (insulina, varfarina, uso de aspirina de fitoterápicos, etc) como doenças que podem causar descompensação fisiológica durante a cirurgia (angina, distúrbios convulsivos, asma) e condições que podem afetar a fase pós tratamento (diabetes (infecção e cicatrização retardada) uso de aspirina (prejuízo da hemostasia). A revisão da história odontológica deve revelar o motivo do paciente para procurar a cirurgia oral, porque o procedimento será irreversível. A experiência anterior do paciente com a cirurgia oral também deve ser determinada, pois isso ajudará na decisão de usar a sedação e na determinação de como lidar com a dor pós-operatória. Cirurgiões devem conhecer o paciente; o velho ditado “nunca tratar um estranho” deve ser aplicado na avaliação pré-operatória normal.

A avaliação inicial deve ajudar o cirurgião dentista a decidir sobre a complexidade do procedimento.

A avaliação pré-operatória é a base para maximizar as chances do resultado desejado, tanto da perspectiva cirúrgica quanto da anestesia, pois durante esse processo os riscos são identificados e mitigados, e é desenvolvido um plano que equilibra melhor os riscos, benefícios e alternativas disponíveis. Os produtos do processo de avaliação pré-operatória são a diminuição da ansiedade do paciente e a realização dos primeiros passos de mitigação do risco e a primeira fase essencial do processo de consentimento informado. Em última análise, a soma do produto do trabalho leva a um plano que abrange os períodos pré, intra e pós-operatório e estabelece o plano de gerenciamento da dor e para onde o paciente irá após a cirurgia.

Quando a avaliação pré-anestésica é feita adequadamente, ela promove redução do tempo médio de internação (MENDES ET AL, 2005). Esta diminuição resulta no aumento do número de admissões no mesmo dia da cirurgia e consequente aumento do número de pacientes que são submetidos a cirurgias em regime day hospital, otimizando o fluxo de cirurgias (STEIN, 2006).

De acordo com Stein (2006) a consulta pré anestésica permite o levantamento de algumas situações que envolvem condições dos pacientes como:

indagar o histórico médico pregresso do paciente, buscando antecedentes mórbidos, avaliar as condições sistêmicas e psíquicas do paciente, a solicitação de exames pré-operatórios e consultorias se necessário, avaliar via aérea e acesso venoso, planejar cuidados pré-operatórios, a anestesia e a analgesia, bem como o esclarecimento sobre o procedimento anestesiológico, e com isso obter o consentimento informado do paciente ou de seu representante legal. Então, o plano perfeito também aquele que mescla as necessidades do paciente. As capacidades da equipe de cuidado (conhecimento, experiência) e a capacidade da organização de apoiar o procedimento contemplado. Para completar, o procedimento perfeito é aquele que maximiza o resultado desejado pelo paciente. Ocasionalmente, o procedimento perfeito é tão distante do que está sendo oferecido que nenhum procedimento deve ser realizado, e outras vezes um procedimento deve ser realizado em outro lugar. O paciente e a equipe de cuidados devem decidir, de forma colaborativa, tudo próximo da perfeição é aceitável, quando a própria perfeição é elusiva. Durante o processo de avaliação pré-operatória e quando essa decisão de “ir/não ir” deve ser tomada.

Cada membro da equipe de atendimento clínico deve realizar uma avaliação. Inquestionavelmente, cada membro pode usar as informações obtidas por outro, e independentemente verificar as informações conforme necessário. A equipe deve conhecer que cada especialidade tem sua própria perspectiva, ainda que sobreposta, para trazer para a tabela de avaliação. Por exemplo, o cirurgião pode considerar o gênero do ponto de vista da prevalência e função da doença, o enfermeiro do ponto de vista das questões sociais e o anestesiológico, pode estar pensando na necessidade de um teste de gravidez. Cada especialidade tem seus próprios pontos de ansiedade que devem ser abordados durante o período de avaliação, e portanto, cada especialidade deve, em alguma medida, realizar sua própria avaliação. Portanto, ao realizar a indicação de uma intervenção cirúrgica é necessário realizar também a avaliação do risco do procedimento.

A anamnese e exame físico são as mais importantes etapas para estimar o risco cirúrgico, e, quando necessário, exames complementares devem ser solicitados, sendo esses definidos a partir de dados sugestivos encontrados na anamnese e no exame físico (STEIN, 2006). Da mesma forma, o ponto de vista único que cada especialidade traz para a avaliação de dados históricos o que é

levado ao exame físico. Os médicos aprendem desde cedo que os achados positivos e negativos pertinentes são os motores não só da história, mas também do exame físico. O ponto de orgulho do anesthesiologista é o exame das vias aéreas, com foco na tentativa de discernir se será encontrada dificuldades na ventilação ou na intubação do paciente. Não existe um componente de exame de melhor via aérea; em vez disso, o anesthesiologista deve integrar a totalidade do exame para chegar a uma conclusão.

A classificação de Mallampati que relaciona o tamanho da língua ao tamanho da faringe é um componente comum de um exame completo das vias aéreas. O exame é realizado com o paciente sentado, a cabeça em posição neutra, a boca aberta e a língua protuberante ao máximo. A classificação subsequente é atribuída de acordo com as estruturas faríngeas visíveis.

Classel: visibilidade dos pilares do palato mole, úvula e amígdala,

Classell: visibilidade do palato mole e da úvula,

Classelll: visibilidade da base do palato mole da úvula,

Classe IV: incapacidade de ver o palato mole.

As considerações anatômicas para determinar se o paciente pode ser intubado giram em torno da capacidade de abertura da boca, dos tamanhos relativos das estruturas orais e da capacidade das partes móveis dos eixos das vias aéreas de se alinharem em uma posição de farejar “engolidor de espadas”. Embora a classificação de Mallampati avalie os tamanhos e relações dos tecidos moles, juntamente com a abertura da boca, outras características do exame também devem ser consideradas com parte da avaliação das vias aéreas. Outras partes específicas do exame físico, além do exame básico do coração e do pulmão, são dirigidas pela cirurgia e técnica anestésica contempladas, juntamente com a apresentação do paciente. Por exemplo, um paciente submetido a uma endarterectomia de carótida exigiria um exame neurológico mais combinado. A arte da história e do exame físico deve abranger a documentação dos achados positivos e negativos pertinentes após a integração de grandes quantidades de informações do cirurgião, do paciente e de outras fontes.

Para Stein (2006) o sucesso da cirurgia é dependente da aptidão e da habilidade técnica do cirurgião, bem como da indicação e do preparo prévio, do manejo e do cuidado pré-operatório, o que dimensiona os riscos, previne e trata complicações. Porém, os riscos eminentes dos procedimentos cirúrgicos dependem de fatores próprios do paciente, além do tipo de procedimento cirúrgico.

Os preditores importantes da morbimortalidade no pós-operatório incluem idade do paciente e estado físico, segundo a American Society of Anesthesiology (ASA), descritos no Quadro abaixo:

ASA	Caracterização
I.	Saúde normal
II.	Doença sistêmica leve
III.	Doença sistêmica grave, não incapacitante
IV.	Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida.
V.	Paciente moribundo, com expectativa de sobrevivência mínima, independente da cirurgia.
VI.	Doador de órgãos (cadáver).

QUADRO 1. Classificação do estado físico segundo a ASA.

Fonte: American Society of Anesthesiologists, 2010.

A caracterização do paciente ASA I que não necessita de qualquer exame (pacientes ASA I, adulto, sem fator de risco ou antecedente mórbido), que será submetido à cirurgia de pequeno porte, é de fato criticado por alguns, pelo temor de complicações legais (MATHIAS & MATHIAS, 1997). A tendência atual é a realização de exames de laboratório, baseados em dados da história clínica e/ou exame físico, necessidade do cirurgião e/ou clínico de valores pré-operatórios de determinados exames. Por tudo isto, o anestesiolegista é o médico mais capacitado para avaliar as possíveis intercorrências clínicas (exceto advindas do ato cirúrgico), durante e também após o ato anestésico cirúrgico e desta forma, foi conduzido este trabalho (MATHIAS & MATHIAS, 1997). Portanto, não compete individualmente ao cirurgião buco-maxilo-facial avaliar as condições clínicas gerais dos pacientes, visto que não

possui formação para avaliar sistemicamente o indivíduo e determinar a sua condição orgânica como um todo; porém, compete a ele a decisão sobre o que é melhor para o seu paciente, cabendo a este suspender ou não o ato cirúrgico.

Quanto a classificação ASA do paciente, a maioria dos que nos procuram eram ASA I, por serem jovens e, de maneira geral, hígidos. Recomenda-se solicitar exames laboratoriais para pacientes ASA II ou superior, de acordo com sua doença preexistente. as indicações dos exames que devemos solicitar, na prática diária que solicitamos com mais frequência, de acordo com o Problema apresentado pelo paciente. Assim pedimos leucograma para infecção recente, HIV, quimioterapia/radiação e uso crônico de corticoides. Solicitamos hematócrito, hemoglobina e contagem de hemácias para pacientes com anemias. Contagem de plaquetas para pacientes com histórico de sangramento e doenças hepáticas. Exame de glicemia para os diabéticos. Tempo de sangramento, tempo de Protrombina e tempo de tromboplastina ativada para os pacientes com desordens sanguíneas, coagulopatias, alcoolismo, terapia com anticoagulante, doenças hepáticas e histórico de acidente vascular cerebral

Quando adequadamente realizada pelo médico anestesista, que é o profissional capacitado para isto, a avaliação pré-anestésica diminui a taxa de suspensão de cirurgias e reduz o número de consultas clínicas especializadas. Todos se sentem mais seguros, não havendo por parte do paciente aquele anseio por um "exame de sangue", já que teve a oportunidade de conversar com o anestesista.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às questões de estudo e objetivos propostos no início deste trabalho, conclui-se que a presente investigação atendeu ao pretendido, ampliando a compreensão sobre a necessidade do preparo pré-operatório nas cirurgias buco-maxilo-faciais.

A revisão de literatura possibilitou concluir que devemos avaliar o tipo de cirurgia a ser realizada e o estado de saúde o paciente através do exame físico

serão necessários para o profissional estabelecer quais exames serão necessários bem como a realização de interconsultas com outros profissionais especialistas.

Dessa forma, entende-se que os exames mais frequentemente solicitados, quando necessário são hemograma completo, perfil bioquímico do sangue (sódio, potássio, ureia e creatinina, glicemia em jejum), eletrocardiograma e radiografia de tórax para triagem de problemas cardiológicos e torácicos respectivamente.

Sendo que as cirurgias mais frequentemente em que realizamos o pedido de exames completos são as cirurgias normalmente realizadas sob anestesia geral como a cirurgia para tratamento das fraturas da face, cirurgia ortognática, cirurgias reconstrutivas ósseas e cirurgias para tratamento dos tumores maxilo-faciais.

REFERÊNCIAS

- AKIN, B.V. et ai. Efficacy of the routine admission urinalysis. *Am J Med*, New York, v.82, n.4, p.719-722, Apr. 1987.
- ARTZ, C.P.; COHN JR, 1.; DAVIS, J.H. **Brief Textbook of Surgery**. Philadelphia, PA: Saunders, 1976. 83p.
- BARBER, A. et ai. The bleeding time as a preoperative screening test. *Am J Med*, New York, v.78, n.5, p.761-764, May 1985.
- BARNETT, R.N. Medical significance of laboratory results. *Am J Clin Pathol*, Philadelphia, v.50, n.6, p.671-677, Dec. 1968.
- BLERY, C. et ai. Evaluation of a protocol for selective ordering of preoperative tests. *Lancet*, London, v.18, n.1, p.139-141, Jan. 1986.
- CATCHLOVE, B.R. Routine investigations in elective surgical patients. *Med J Aust*, Sydney, v.2, n.12, p.654-655, Dec. 1979.
- CHARPAK, Y. et ai. Prospective assessment of a protocol for selective ordering of preoperative chest x-rays. *Can J Anaesth*, Toronto, v.35, n.3, p.259-264, May 1988.
- COHEN, M.M.; DUNCAN, P.G. Physical status score and trends in anesthetic complications. *J Clin Epidemiol*, Oxford, v.41, n.1, p.83-90, Jan. 1988.
- DELAHUNT, B.; TURNBULL, P.R.G. How cost effective are routine preoperative investigations? *N Z Med J*, Wellington, v.92, n.10, p.431-432, Dec. 1980.
- DURBRIDGE, T.C.; EDWARDS, F.; EDWARDS, R.G. et a/ .Evaluations of benefits of screening tests done immediately on admission to hospital. *Clin Chem*, Baltimore, v.22, n.7, p.968-971, 1976.
- EISENBERG, J.M.; CLARKE, J.R.; SUSSMAN, S.A. Prothrombin and partial thromboplastin times as preoperative screening tests. *ArchSurg*, Chicago, v.117, n.1, p.48-51, Jan.1982.
- GENOVESE, W.J. Exames complementares na clínica odontológica. São Paulo: Fundação

Peirópolis, 1996. 93p.

GOLDMAN, L. et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med*, Boston, v.297, n.16, p.845-850, Oct. 1977.

GOLUB, R. et al. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. *Am J Surg*, New York, v.163, n.6, p.565-571, June 1992.

HAUG, R.H.; REIFEIS, R.L. A prospective evaluation of the value of preoperative laboratory testing for office anesthesia and sedation, *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v.57, n.1, p.16-20, Jan. 1999.

HUPP, J.R. Avaliação do estado de saúde pré-operatório. In: PETERSON, L.J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap.1, p.1-

KAPLAN, E.B. et al. The usefulness of preoperative laboratory screening. *JAMA*, Chicago, v.253, n.24, p.3576-3581, June 1985.

KEATS, A.S. The ASA classification of physical status: a recapitulation. *Anesthesiology*, Philadelphia, v.49, n.4, p.233-236, Oct. 1978.

KIEL, D.P.; MOSKOWITZ, M.A. The urinalysis: a critical appraisal. *Med Clin North Am*, Philadelphia, v.71, n.4, p.607-625, July 1987.

KLESSLING, E. E.; SCHAFF, R.S.; L YLE, A.M. A re-evaluation of the T -wave changes in electrocardiogram of otherwise normal people. *Trans Assoc Life Insur Med Dir Am*, New York, v.45, p.70, 1961.

KORVIN, C.C.; PEARCE, R.H.; STANLEY, J. Admission screening: Clinical benefits. *Ann Intern Med*, Philadelphia, v.83, n.2, p.197-203, Aug. 1975.

KRUPP, M.A. et al. *Physicians Hand-book* 21th ed. Los Altos: Lange Medical, 1985. 29p. APUD: WAGNER, J.D.; MOORE, D.L. Op. cit. Ref.n.64.

KWAN, H.C. Diseases of hemostasis, IN: BEAL. J.M. (ed): *Critical Care for Surgical Patients*. New York: MacMillan, 1982, p. 588-598.

LEONARD, J.V.; CLAYTON, B.E.; COLLEY, J.R.T. Use of biochemical profile in Children's Hospital: Results of two controlled trials. *Br Med J*, London, v.21, n.2, p.662-665, Jun. 1975.

LEWIN, I. et al. Physical class and physiologic status in the prediction of operative mortality in the aged sick. *Ann Surg*, Philadelphia, v.174, n.2, p.217-231, Aug. 1971.

MATHIAS, L.A.S.T.; MATHIAS, R.S. Avaliação pré-operatória: um fator de qualidade. *Rev Bras Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.335-349, Jul. 1997.

NASCIMENTO JR, P. et al. Avaliação da necessidade de dosagem rotineira de hematócrito, hemoglobina, uréia e creatinina séricos durante a avaliação pré-anestésica. *Rev Bras Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n.4, p.264-271, Jul./Ago. 1998.

OLSEN, D.M.; KANE, R.L.; PROCTOR, P.H. A controlled trial of multiphasic screening. *N Engl J Med*, Boston, v.294, n.17, p.925-930, Apr. 1976.

SABISTON, D.C. (ed). *Textbook of surgery* 11 th.ed. Philadelphia: Saunders, 1977, p. 122-129. APUD: WAGNER, J.D.; MOORE, D.L. Op. cit. Ref. n.64.

SANDLER, G. Costs of unnecessary tests. *Br Med J*, London, v.2, n.6181, p.21-24, July 1979.

SILVA, M.C.S.A.J. et al. Exames complementares na avaliação pré-anestésica. *Rev Bras Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v.40, n.5, p.303-309, Set/Out. 1990.

SONIS, Stephen T; FAZIO, Robert C; FANG, Leslie. **Princípios e pratica de medicina oral.** 2a .ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1996.

TISI, G.M. Preoperative evaluation of pulmonary function: validity, indications, and benefits. *Am Rev Respir Dis*, Baltimore, v.119, n.2, p.293-310, Feb. 1979.

WAGNER, J.D.; MOORE, D.L. Preoperative laboratory testing for the oral and maxillofacial surgery patient. *J Oral Maxillofac Surg*, Philadelphia, v.49, n.1, p.177-182, Jan.1991

ROHRER, M.J.; MICHELOTTI, M.C.; NAHRWOLD, D.L. A prospective evaluation of the efficacy of preoperative coagulation testing. *Ann Surg*, Philadelphia, v.208, n.5, p.554-557, Nov. 1988.

ROIZEN, M.F. Preoperative patient evaluation. *Can J Anaesth*, Toronto, v.36, n.3, p.S13-S19, May 1989.

SCHWARTZ, S.O.; SILVER, O.; ALFONSI, A. What routine preoperative tests for bleeding tendencies? *JAMA*, Chicago, v.236, n.22, p.2547, Nov. 1976.

TURNBULL, J.M.; BUCK, C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy individuals. *Arch Intern Med*, Chicago, v.147, n.6, p.1101-1105, June 1987.