

Nos últimos anos, o número de procedimentos endoscópicos diagnósticos e terapêuticos aumentou consideravelmente.

Tais procedimentos são, em sua maioria, realizados sob sedação, para conforto do paciente e redução das respostas hemodinâmicas, além de proporcionar ao endoscopista melhores condições para realização do exame.

A sedação pode ser leve, moderada ou profunda, dependendo da resposta do paciente a estímulos dolorosos, permeabilidade das vias aéreas e estabilidade hemodinâmica. As drogas anestésicas mais comumente utilizadas para a sedação são os benzodiazepínicos e opióides, além do propofol.

Entre os BDZ, o **midazolam** é a droga mais utilizada. Sua meia vida mais curta (1 a 4 h) e propriedade de produzir algum grau de amnésia são fatores que influenciam sua escolha. Doses baixas (menores de 3 mg) dispensam o uso de antagonistas (flumazenil).

Nos últimos anos, o **Propofol** tem sido cada vez mais utilizado, por seu rápido início de ação e curta duração. Deve ser administrada com cuidado, podendo causar depressão respiratória e hipotensão, especialmente em pacientes idosos e desidratados (pelo preparo da colonoscopia). Cuidado especial também com o uso em pacientes cardiopatas. Por sua capacidade em produzir apnéia, deve ser utilizado com cautela e por médicos endoscopistas com treinamento no manejo das vias aéreas. A dor a injeção endovenosa do propofol pode ser reduzida através do uso de lidocaína ou pequenas doses de opióides.

Para diminuir a dor e os reflexos autônomos, as drogas utilizadas são os **opioides** (fentanil, meperidina, alfentanil ou morfina). Agem em receptores do SNC e podem apresentar como efeitos colaterais náuseas, prurido e depressão respiratória. Se usados em doses baixas, são consideradas seguras e não necessitam de antagonistas.

Outras drogas que podem ser utilizadas durante o exame são os anticolinérgicos, como a atropina e escopolamina. Produzem aumento da frequência cardíaca, relaxamento da musculatura lisa, broncodilatação e diminuição da salivagem.

A fim de reduzir os riscos relacionados ao preparo e a sedação, algumas considerações devem ser observadas:

1. **Avaliação médica inicial:** a avaliação médica inicial, antes do preparo, é fundamental para identificar doenças associadas e estratificar os pacientes de acordo com os riscos anestésico-cirúrgicos, através dos critérios da American Society of Anesthesiology:

Classificação ASA/ Condição Física do Paciente

1: Normal, Saudável

2: Doença Sistêmica Compensada

3: *Doença Sistêmica Descompensada (Não Incapacitante)*

4: *Doença Incapacitante/Risco de Vida*

5: *Moribundo/Risco de Morte >24hs*

De acordo com a Resolução CFM 1886/2008, somente pacientes ASA 1 e 2 devem ser atendidos em ambiente ambulatorial. Os demais pacientes devem ser atendidos em regime hospitalar. É obrigatória a presença de acompanhante adulto para realização do procedimento sob sedação.

2. **Monitorização:** É obrigatória a monitorização do paciente durante o exame, através de oximetria de pulso, cardioscopia e pressão arterial não invasiva (isso é lei!). Se for realizada anestesia geral, a capnografia deve ser incluída.

3. **Pré-oxigenação:** a pré-oxigenação antes do início da sedação é muito importante para evitar hipoxemia. Mesmo que o paciente passe por um período de apneia após a indução, ele ainda tem uma “reserva” de oxigênio que pode evitar ou pelo menos, atenuar um episódio de hipoxemia.

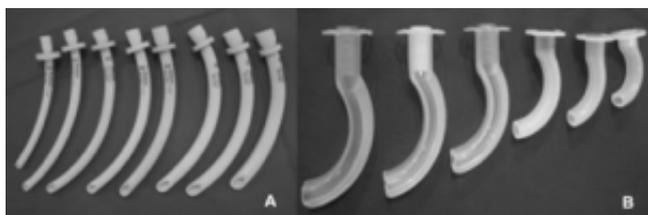
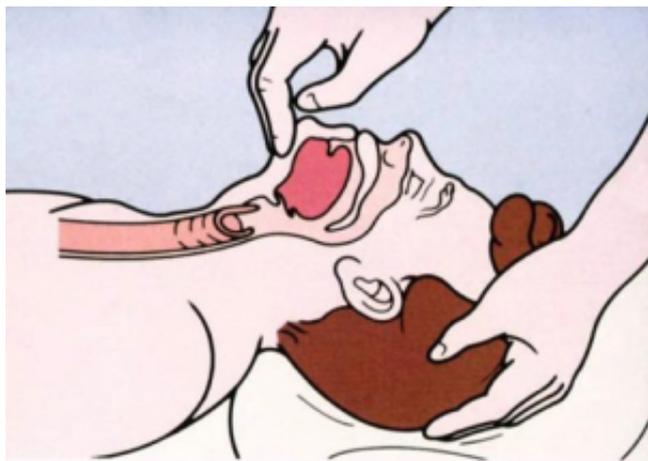
4. **Tenha calma!:** aguarde o tempo de ação dos sedativos. É comum ficarmos muito ansiosos e apressados na correria da nossa rotina, mas nunca devemos acelerar essa etapa durante a sedação. Aguarde o tempo de ação de cada anestésico, especialmente em pacientes idosos e cardiopatas, nos quais o débito cardíaco é menor e as drogas circulam mais lentamente.

5. **Esteja atento às possíveis complicações:** as complicações decorrentes da sedação incluem: depressão respiratória, laringoespasmo, instabilidade hemodinâmica, reações alérgicas e aspiração de conteúdo gástrico.

- A depressão respiratória ocorre por ação das drogas anestésicas, e pode ser facilmente revertida através do uso da ventilação com pressão positiva (mascara-ambu).

Fatores como IMC > 26, ausência de dentes, presença de barba, história de roncos, apneia do sono e uso de CPAP podem ser indicativos de dificuldade a ventilação.

- A obstrução das vias aéreas ocorre por queda da língua no momento da sedação. O uso das cânulas de Guedel e manobras como “jaw thrust” ou “chin lift” são efetivas na manutenção da permeabilidade das vias aéreas.



- O laringoespasmto ocorre por hiperreatividade das vias aéreas, quando manipuladas em pacientes em plano anestésico superficial. Pode ocorrer queda rápida da saturação de oxigênio, estridores e dificuldade a ventilação. Para reversão do quadro, devemos proceder ao aprofundamento do plano anestésico (propofol) e ventilação com pressão positiva.
- Em caso de reações alérgicas, identificar e suspender o agente desencadeante. Se necessário, oxigoterapia, hidratação, corticóides e medicações de suporte estão indicadas.
- A aspiração de conteúdo gástrico ocorre com maior frequência em pacientes submetidos a colonoscopia. Não existe consenso em relação ao tempo de jejum após o manitol. Sendo assim, o endoscopista e o anestesista devem estar preparados para evitar a broncoaspiração, através de um sistema de sucção eficiente, além de evitar ventilação com pressão positiva. Pacientes obesos, gestantes, portadores de hérnia de hiato e doenças que levam a retardo do esvaziamento gástrico como diabetes e hipotireoidismo constituem maior risco a aspiração.

6. Avaliação pós-anestésica: após o procedimento, o paciente pode receber alta da unidade. Para tanto, alguns critérios devem ser obedecidos:

- orientação temporo-espacial
- estabilidade dos sinais vitais por pelo menos 60 min
- ausência de dificuldade respiratória

- capacidade de ingerir líquidos
- ausência de náuseas ou vômitos
- ausência de dor ou sangramento

Lembrar que a avaliação pós-anestésica deve estar documentada no prontuário de todos os pacientes.

7. **Orientação dos cuidados pós-alta:** é importante orientar os pacientes quanto aos cuidados pós-alta, de preferência, por escrito. Nas 24 h subsequentes ao procedimento, para segurança, orientamos não dirigir, operar máquinas e/ou ingerir bebidas alcoólicas.

NOTA: Um importante cuidado para os paciente que serão submetidos a colonoscopia é iniciar reposição volêmica precoce com soluções isotônicas ao plasma (SF, ringer simples ou ringer lactato). Essa medida é fundamental para evitar instabilidade hemodinâmica e distúrbios hidroeletrólitos, como hipopotassemia. Atenção especial aos idosos e pacientes com doenças renais e cardiopatias.



Postado por

Cindy Galvão Perez

Médica Coordenadora do Serviço de Anestesiologia do Grupo Fleury

