

Anestesiologia avaliação pré-operatória

AUTORA: Fátima Néry Plch
PALESTRANTE: Joana Mourão
REVISÃO: Iva Svobodová

NÍVEL QCER: C1
ÁREA DISCIPLINAR: Medicina
DURAÇÃO: 150 minutos

MATERIAIS DIDÁTICOS:

1. 1x áudio vídeo (00:36:32 minutos):
<https://medial.phil.muni.cz/Play/26301#!>
2. 7 exercícios (60 minutos)

OBJETIVO:

O objetivo deste REA é explicar, através da palestra vídeo, algumas questões básicas sobre a anestesiologia no contexto de avaliação pré-operatória. Na sua apresentação, a professora doutora Joana Mourão do Centro Hospitalar Universitário de São João no Porto, coloca várias questões básicas sobre a anestesia pré-operatória. É o objetivo deste cenário desenvolver, em particular, a competência textual, por meio de exercícios focados na verificação da veracidade informacional de texto na percepção correta da referência nominal (uso de determinantes) e organização, coerência e coesão textual. Ao mesmo tempo, desenvolvemos a competência fonética (por meio de um exercício de identificação de palavras erradas conforme a gravação), gramatical (centrando-nos nas categorias verbais de tempo e modo no uso de preposições). A nível lexical, o aluno aprende vocabulário científico. Adquirindo novas informações, potencializa, igualmente, a competência geral (por meio das atividades relacionadas com a compreensão do conteúdo da palestra e com a percepção de texto mais complexo).

COMPETÊNCIAS:

Competência **comunicativa textual**, fonética, lexical e discursiva.
Competência geral.

CAPACIDADES:

Organização, coesão e coerência textual.
Compreensão de texto mais complexo.
Seleção do vocabulário adequado conforme o contexto.
Definição de alguns conceitos básicos relacionados com a dita área.
Aquisição de vocabulário científico.
Uso correto de determinantes.
Identificação de palavras erradas conforme a gravação.
Aquisição de novas informações.
Trabalho com dicionários *em linha*.

ATIVIDADES

I. Veja a seguinte palestra sobre a avaliação de anestesia pré-operatória.

ACESSO:

<https://medial.phil.muni.cz/Play/26301#!>

(duração: (00:36:32 minutos)

II. Depois de ouvir a primeira parte do vídeo, diga se as afirmações seguintes são verdadeiras (V) ou falsas (F).

		V	F
1.	Nesta gravação é feita uma introdução conjunta às 3 lições que compõem a unidade temática avaliação pré-operatória.		
2.	Nesta lição faz-se a introdução de como reconhecer os determinantes do risco anestésico, como classificar o doente relativamente ao estado físico ASA pré-operatório e reconhecer a importância da avaliação pré-anestésica na diminuição da <i>morbi</i> - mortalidade após procedimento anestésico-cirúrgico.		
3.	Diversos estudos efetuados confirmam que a maioria dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos tem ter dores após a operação.		
4.	Em qualquer processo anestésico-cirúrgico está inerente uma determinada <i>morbi-mortalidade</i> . Para isso contribuem diversos fatores: o tipo de anestesia, o doente, o próprio procedimento cirúrgico e a equipa do bloco		
5.	A anestesia é o fator de maior risco de mortalidade.		
6.	Para avaliar o fator de risco do doente usa-se a classificação médica ASA, composta de 6 graus, através da qual se avalia, apenas através da história clínica do doente, o risco de morte do doente com a anestesia.		
7.	Segundo a classificação ASA quanto menor o ASA, quanto maior o risco de morte. Isto é, fator ASA1 corresponde a um maior risco de morte.		
8.	Diferentes intervenções cirúrgicas podem implicar um maior ou menor risco de morte. Para a sua avaliação existem diversas classificações. Nesta gravação é apresentada a classificação da DGS, baseada apenas no risco cardíaco.		
9.	A morbilidade <i>perioperatória</i> <i>minor</i> , não é muito importante porque não traz grande impacto para os doentes.		
10.	Todos os doentes que são anestesiados têm de ter uma avaliação pré-operatória completa, feita pessoalmente pelo anestesiolologista - Estratificação do Risco do doente, recorrendo ao SORT Score		
11.	É fundamental envolver o doente sempre no processo de decisão e mantê-lo informado sobre os procedimentos a seguir.		
12.	O objetivo desta avaliação é fazer um plano anestésico adequado às exigências do procedimento cirúrgico, às características do nosso doente, tendo sempre em conta os recursos disponíveis.		

III. Complete o estrato de gravação (quadro 6, 2:45, 7 – 3:25) com palaras dadas e, em seguida, controla com a gravação.

anestesia, recente, tem, maioria, procedimento, estima-se, demonstra, mediante

Quadros - 2:45

Ora o que nos _____ a literatura é que o risco de morte é inerente efetivamente, na sua _____, ao doente, isto é, aos fatores de risco que o doente _____. A seguir o _____ cirúrgico, e muito, muito mais longe a _____. A anestesia tem evoluído bastante e _____ que a mortalidade seja 1 para 200 mil a 500 mil, _____ o desenvolvimento do país em termos de cuidados de saúde. Isto num estudo Lancet já realizado em 2015, mas o qual não houve nenhum mais _____.

Quadro 7 - 3:25

procedimento, história clínica, mortalidade, equipa do bloco, classificação, risco de morte, verificámos

Para isso, e para como o doente, como _____ até agora é o fator de risco mais importante para contribuir para essa _____ e para sabermos o risco do doente, era necessário utilizar um Score ASA. E esta _____ médica do estado físico ASA, que não é mais do que as _____ de American Society Anaesthesiology, porque foi esta que em 1960 o criou, permite, através apenas da _____ conseguirmos verificar qual é o _____ do doente com a anestesia. Exclusivamente com a anestesia, aqui não tem em conta o _____ cirúrgico, nem a _____, nem o tipo de anestesia.

IV. Para completar as frases que se seguem, escolha o verbo mais adequado e conjugue-o no tempo e modo necessários:

1. Todo o doente que _____ ser anestesiado deve ter uma avaliação pré-operatória.
ir – ter - poder
2. Diferentes intervenções cirúrgicas _____ implicar um maior ou menor risco de morte
poder – ser – ter
3. O objetivo é _____ um plano anestésico adequado às exigências do procedimento cirúrgico, às características do nosso doente e _____ em conta os recursos disponíveis.
 - a. **expor – formar – fazer**
 - b. **desenhar – criar – ter**
4. É fundamental, de acordo com as políticas europeias e da melhoria dos cuidados prestados aos doentes, que o doente _____ englobado também no processo de decisão, _____ ele sempre o centro da nossa decisão.
 - a. **ir – ser – ter de**
 - b. **ser – haver – poder**
5. Relativamente ao risco de morte o que é que nos _____ o ASA? Quanto maior o ASA, quanto maior o risco de morte. O doente ASA I, como (vocês) _____ não _____ praticamente risco de morte nenhum com a anestesia.
 - a. **dar – dizer – ter**
 - b. **ver – ser – ter**
 - c. **ter – poder - alcançar**

V. Complete o extrato da gravação (quadro 8 – 4:20) com as preposições (e o artigo se necessário) que achar mais adequadas. Confirme em seguida as suas escolhas com a gravação.

Então, é assim que surge a classificação ASA, que é a classificação médica mais utilizada _____ todo o mundo. Tinha inicialmente 5 graus, entretanto passou _____ 6 e teve uma revisão _____ 2014, _____ sentido de dar exemplos do que era os diferentes graus ASA, uma vez que havia alguma variabilidade _____ sua aplicação. Sendo assim, o Estado Físico:

ASA I é referente a uma pessoa saudável, _____ doença orgânica, bioquímica ou psiquiátrica. Doente ASA II, é um doente _____ doença sistémica ligeira ou moderada tratada, _____ impacto significativo _____ atividade diária. Por exemplo, incluem-se aqui os fumadores, porque o risco de anestesia _____ um fumador é diferente _____ um doente que não fume. Também se incluem aqui as grávidas, como doentes ASA II, porque o facto _____ estarem grávidas introduz alterações fisiológicas que indicam que a doente tem um risco maior do que um doente ASA I de morte _____ a anestesia. E, _____ diante, até chegarmos a ASA V que será a pessoa moribunda _____ quem são reconhecidas escassas hipóteses _____ sobrevivência, 24 horas _____ ou _____ o procedimento. E como necessitamos de anestésiar os doentes _____ morte cerebral, ou seja, os dadores de órgão, e era necessário classificá-los. Seria injusto _____ os doentes ASA V, classificá-los como tal. Então, é criada uma nova classificação que é o doente ASA VI, que é o dador _____ órgão.

VI. Corrija as frases seguintes extraídas da gravação e em seguida compare a sua correção com a gravação (quadros 11 - 7:03 e 12 – 7:35 e 1 – 00:28)

1. Trago-vos a classificação da DGS (..) Esta classificação é baseado ... era feito em 2015 e é baseada do risco cardíaco apenas. E o que é que significa isto? Baixo risco -1% é um risco da morte a um evento cardíaco até os 30 dias após uma cirurgia. Só para sabem que também existem diferentes classificações. (5 erros)
2. E depois o que é isto da Morbilidade Perioperatória? A Mortalidade é fácil, adjetivável, não há dúvidas. Relativamente há morbilidade o que é que nos preocupamos em termos de Morbilidade Major? (3 erros)
3. Muito bom dia, boa tarde ou boa noite, consoante a hora a que estão a ouvir esta seção. Hoje a sessão é sobre a avaliação pré-operatória, é constituída por três lições diferentes que poderam ter, e devem, obviamente, ouvir antes de frequentaram a avaliação pré-operatória. (6 erros)

VII. Ao fazermos a transcrição, a passagem seguinte ficou um pouco desorganizada. Tente ordená-la da forma que lhe parecer mais adequada. Confirme em seguida com a audição (quadro 8 - 4:20)

Então, é assim que surge a classificação ASA, que é a classificação em todo o mundo médica mais utilizada. entretanto passou a 6 e teve uma revisão em 2014, Tinha inicialmente 5 graus, no sentido de dar exemplos do que era os diferentes graus ASA, uma vez que havia alguma variabilidade na sua aplicação. o Estado Físico ASA I Sendo assim, é referente a uma pessoa saudável, sem doença orgânica, bioquímica ou psiquiátrica.

Doente ASA II, é um doente com doença ou moderada tratada sistémica ligeira, sem impacto significativo diária na atividade. Por exemplo, incluem-se aqui os fumadores, porque o risco de anestesia dum doente que não fume num fumador é diferente. Também se incluem aqui as grávidas, como doentes ASA II, porque o facto de estarem grávidas introduz alterações fisiológicas que indicam que a doente tem um risco maior do que um doente ASA I de morte com a anestesia. E, por diante, até chegarmos a ASA V que será a pessoa moribunda, 24 horas com ou sem o procedimento, em quem são reconhecidas escassas hipóteses de sobrevivência. E como necessitamos de anestésias os doentes em morte cerebral, ou seja, os dadores de órgão, e era necessário classificá-los. Seria injusto para os doentes ASA V, classificá-los como tal. Então, é criada o doente ASA VI uma nova classificação que é, que é o dador de órgão.

SOLUÇÕES

I. TRANSCRIÇÃO DO VÍDEO

Gravação 1 – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto – Anestesiologia – 2022/23 – Mestrado integrado em Medicina – dra. Joana ????

Quadro 1 – 00:28

Muito bom dia, boa tarde ou boa noite, consoante a hora a que estão a ouvir esta sessão. Hoje a sessão é sobre a avaliação pré-operatória, é constituída por três lições diferentes que poderão ter, e devem, obviamente, ouvir antes de frequentarem a avaliação pré-operatória.

Quadro 2 - 00:30

Hoje, venho-vos então falar na primeira sessão e nos objetivos das três sessões, que estão conjuntos, porque não são indissociáveis, é nomeadamente: reconhecer os determinantes do risco anestésico, classificar o doente relativamente ao estado físico ASA pré-operatório e reconhecer a importância da avaliação pré-anestésica na diminuição da morbi-mortalidade após procedimento anestésico- cirúrgico.

Quadro 3 - 01:00

Não sei se já tiveram pessoas na família que foram anestesiadas, mas já devem ter ouvido alguém dizer que tinha muito receio em ser anestesiado e não acordar após a cirurgia. Efetivamente, isto é um mito que ficou desde há bastantes anos, e continuamos a ter diversos doentes com este receio. Mas será este um receio fundamentado?

Quadro 4 - 1:28

Em 2012, fizemos este estudo, aqui no Centro Hospitalar São João, em que fomos verificar efetivamente qual era o receio dos doentes perante um procedimento anestésico-cirúrgico. E a grande maioria referia efetivamente o não acordar após a cirurgia, seguido do risco de infeção cirúrgica, e depois do facto de ter dor, acordar durante a cirurgia, problemas com a tensão, náuseas e vômitos pós-operatórios. Se tomamos este estudo, o ano passado, em 2021, e continuamos a constatar um elevado número de doentes que receiam não acordar após a cirurgia. Mas será este um medo fundamentado? É isso que iremos verificar.

Quadro 5 - 2:15

Quando somos submetidos a um processo anestésico-cirúrgico está-lhe inerente uma determinada morbi-mortalidade. Para essa morbi-mortalidade vão contribuir diversos fatores, nomeadamente o tipo de anestesia, o doente, o procedimento cirúrgico que temos e a equipa do bloco. Mas quais serão destes os mais relevantes? Será a anestesia? O não acordar?

Quadro 6 - 2:45

Ora o que nos demonstra a literatura é que o risco de morte é inerente, efetivamente, na sua maioria, ao doente, isto é, aos fatores de risco que o doente tem. A seguir o procedimento cirúrgico, e muito, muito mais longe a anestesia. A anestesia tem evoluído bastante e estima-se que a mortalidade seja 1 para 200 mil a 500 mil, mediante o desenvolvimento do país em termos de cuidados de saúde. Isto num estudo Lancet já realizado em 2015, mas o qual não houve nenhum mais recente.

Quadro 7 - 3:25

Para isso, (e para) como o doente, como verificámos até agora, é o fator de risco mais importante para contribuir para essa mortalidade e para sabermos o risco do doente, era necessário utilizar um Score ASA. E esta classificação médica do estado físico ASA, que não é mais do que as abreviaturas de American Society Anaesthesiology, porque foi esta que em 1960 o criou, permite através apenas da história clínica conseguirmos verificar qual é o risco de morte do doente com a anestesia. Exclusivamente com a anestesia, aqui não tem em conta o procedimento cirúrgico, nem a equipa do bloco, nem o tipo de anestesia.

Quadro 8 - 4:20

Então, é assim que surge a classificação ASA, que é a classificação médica mais utilizada em todo o mundo. Tinha inicialmente 5 graus, entretanto passou a 6 e teve uma revisão em 2014, no sentido de dar exemplos do que era os diferentes graus ASA, uma

vez que havia alguma variabilidade na sua aplicação. Sendo assim o Estado Físico ASA I é referente a uma pessoa saudável, sem doença orgânica, bioquímica ou psiquiátrica. Doente ASA II, é um doente com doença sistêmica ligeira ou moderada tratada, sem impacto significativo na atividade diária. Por exemplo, incluem-se aqui os fumadores, porque o risco de anestesia num fumador é diferente dum doente que não fume. Também se incluem aqui as grávidas, como doentes ASA II, porque o facto de estarem grávidas introduz alterações fisiológicas que indicam que a doente tem um risco maior do que um doente ASA I de morte com a anestesia. E por diante, até chegarmos a ASA V que será a pessoa moribunda, em quem são reconhecidas escassas hipóteses de sobrevivência, 24 horas com ou sem o procedimento. E como necessitamos de anestesiá-los, era necessário classificá-los. Seria injusto para os doentes ASA V, classificá-los como tal. Então, é criada uma nova classificação que é o doente ASA VI, que é o dador de órgão.

Quadro 9 - 6: 08

Relativamente ao risco de morte o que é que nos diz o ASA? Quanto maior o ASA, quanto maior o risco de morte. O doente ASA I, como veem não tem praticamente risco de morte nenhum com a anestesia. O ASA II tem ligeiramente superior, mas insignificante. No entanto, a partir de ASA III para ASA V o risco de morte mais que triplica ou quadruplica.

Quadro 10 - 6:37

Também repararam que o risco cirúrgico não era igual para todos. Existem diferentes agressões cirúrgicas que também vão implicar mais risco de morte. E aí não é um risco só da anestesia, mas um risco conjunto, este pode existir.

Existem diversas classificações. Hoje. Trago-vos o exemplo de uma só, para ficarem com o conhecimento de que existe.

Quadro 11 - 7:03

Trago-vos a classificação da DGS (...) Esta classificação é baseada... foi feita em 2015 e é baseada no risco cardíaco apenas. E o que é que significa isto? Baixo risco -1% é um risco de morte a um evento cardíaco até aos 30 dias após uma cirurgia. Só para saberem que também existem diferentes classificações.

Quadro 12 - 7:35

E depois o que é isto da Morbidade Perioperatória? A Mortalidade é fácil, objetivável, não há dúvidas. Relativamente à morbidade o que é que nos preocupa em termos de Morbidade Major? Em termos de morbidade major, e que ocorre com alguma frequência, aos quais (a que) devemos estar atentos, temos nomeadamente a doença cardíaca, enfartes, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, a existência de uma infeção respiratória, embolias pulmonares e depois, não menos importantes, mas menos estudadas, a disfunção renal e a disfunção cognitiva.

Como morbidade minor, não é de desprezar, apesar de não trazer grande impacto para os doentes, ela traduz-se em um aumento de custos grandes a nível de internamentos e tempos de internamento, que é as náuseas e vômitos, que ainda é um grande problema, apesar de todos os esforços efetuados pelo anestesiológista ainda há doentes que vomitam infelizmente, e os estudos não são unânimes, dando uma variabilidade entre 10 a 30% ainda da sua incidência, e depois os riscos de Readmissão por dor não controlada e outras.

Quadro 13 - 8:57

Quando é que surgem então mais frequentemente estas situações no pós-operatório? Porque, efetivamente, atualmente os doentes têm alta muito precoce do internamento e muitas vezes ocorrem às urgências ou ao seu médico assistente, ao médico de família para relatar algo, que não estão bem após a cirurgia. Isto tem de vos alertar efetivamente para que nas primeiras 48 horas o mais frequente (em termos...) /são/ situações de disfunção cardíaca, alguma insuficiência respiratória. No entanto, essa insuficiência respiratória ocorre ou logo após a cirurgia, então às 48 horas ou na primeira semana. Depois o risco de tromboembolismo é sempre ao 7º, aproximadamente 14º até ao 20º dia poderá ocorrer, assim como disfunção cognitiva.

Quadro 14 - 9:56

Na avaliação pré-operatória. Porque é que ela é tão importante?

Primeiro porque temos que incluir o doente na tomada de decisão. O doente deve estar sempre no centro das nossas decisões. Segundo, porque devemos analisar qual é o risco perante o procedimento para a 'esquipa', tanto a anestesia / o anestesiológico/ como o cirurgião, escolher/em/ o procedimento cirúrgico-anestésico mais adequado a esse doente. Não vale a pena num doente que tem um risco de 60% de morte ou morbilidade grave fazer um procedimento que o vá colocar numa situação pior do que ele tinha previamente. Daí ser muito importante esta avaliação e haver avaliação conjunta. Deve-se também identificar todas as patologias que podem ser otimizadas no doente, de forma a aumentar a sua resiliência face ao stress e diminuir complicações pós-operatórias e, após isto, obter então o consentimento verdadeiramente informado do nosso doente.

Quadro 15 - 11:09

Quando um doente é submetido a uma cirurgia ele tem um determinado risco de mortalidade e morbilidade e a ausência de complicações é – menos um risco de Morbi – Mortalidade (p) /1-p/. Sempre que fazemos modificação dos cuidados, quer do intra-operatório, quer da do pré-operatório, nomeadamente esta avaliação pré-operatória que nos permite esta modificação dos cuidados, nós conseguimos uma solução desta Morbi-Mortalidade para menos de metade, e isso é muito relevante.

Quadro 16 11:46

Então como é que se faz a Avaliação Pré- Operatória? É possível fazê-lo em todos os doentes? Idealmente sim, todo o doente que vai ser anestesiado deve ter uma avaliação pré-operatória. Pode não ser imediatamente com o anestesiológico, porque devido às necessidades crescentes do médico anestesiológico perante o seu doente temos que agilizar a avaliação pré-operatória de forma a evitar qualquer fuga de informação, mas ao mesmo tempo maximizar os recursos existentes. E, então, como é que isto deve ser feito? Mal o doente é inscrito para cirurgia ou tem alguma indicação cirúrgica, deve ser preenchido um questionário de auto-avaliação de saúde, idealmente este questionário poderia ser preenchido online pelo próprio doente, ou então com ajuda de alguém no caso do doente ter iliteracia informática. A seguir um anestesiológico faz uma Estratificação do Risco do doente, idealmente recorrendo a uma ferramenta que está validada a nível europeu que é o SORT Score e que nos permite prever o risco de morte aos 30 dias com determinado procedimento. Quando risco de morte é inferior a 1% podemos fazer esta avaliação por uma teleconsulta, novamente com um questionário e verificar se todos os exames auxiliares de diagnóstico para aquele procedimento e para aquele doente estão em ordem, e paráramos aí o processo e o doente viria para a cirurgia. No caso de risco intermédio, então o doente deve ser avaliado e alterar obviamente o que necessitar de ser alterado. No doente major, que é aquele que tem mais de 5% de risco de morte com a cirurgia aos 30 dias, esta avaliação deve ser multidisciplinar para equacionar efetivamente se o doente tem vantagem em fazer algum outro tipo de procedimento ou modificação do procedimento e assim informar o doente. Englobá-lo também sempre no processo de decisão é algo fundamental e que está de acordo com as políticas europeias e de melhoria dos cuidados prestados aos doentes, sendo o doente o centro da nossa decisão.

Quadro 17 – 14:13

A ter em conta sempre nesta decisão é o tempo que o doente dispõe para esta cirurgia, porque efetivamente para melhorarmos, muitas vezes, precisamos de um tempo que não temos, depende da urgência do procedimento e tudo isso tem de ser equacionado. Porquê? Porque o objetivo sempre é fazer um plano anestésico adequado às exigências do procedimento cirúrgico, às características do nosso doente e tendo em conta os recursos disponíveis. E o que é isto dos recursos disponíveis? É fundamental reconhecermos o local onde estamos a fazer o procedimento e se o mesmo tem condições para o risco do nosso doente, isso é fundamental.

E assim terminamos esta primeira sessão em que perceberam a importância da avaliação pré- anestésica na minimização do risco pré (...)

II. 1V, 2V, 3F, 4V, 5F, 6V, 7F, 8V

III. Quadro 6 - 2:45

Ora o que nos demonstra a literatura é que o risco de morte é inerente efetivamente, na sua maioria ao doente, isto é, aos fatores de risco que o doente tem. A seguir o procedimento cirúrgico, e muito, muito mais longe a anestesia. A anestesia tem evoluído bastante e estima-se que a mortalidade seja 1 para 200 mil a 500 mil, mediante o desenvolvimento do país em termos de cuidados de saúde. Isto num estudo Lancet já realizado em 2015, mas o qual não houve nenhum mais recente.

Quadro 7 - 3:25

Para isso, e para como o doente, como verificámos até agora é o fator de risco mais importante para contribuir para essa mortalidade e para sabermos o risco do doente, era necessário utilizar um Score ASA. E esta classificação médica do estado físico ASA, que não é mais do que as abreviaturas de American Society Anaesthesiology, porque foi esta que em 1960 o criou, permite, através apenas da história clínica conseguirmos verificar qual é o risco de morte do doente com a anestesia. Exclusivamente com a anestesia, aqui não tem em conta o procedimento cirúrgico, nem a equipa do bloco, nem o tipo de anestesia.

IV.

1. Todo o doente que **vai** ser anestesiado deve ter uma avaliação pré-operatória.
2. Diferentes intervenções cirúrgicas **podem** implicar um maior ou menor risco de morte.
3. O objetivo é **fazer** um plano anestésico adequado às exigências do procedimento cirúrgico, às características do nosso doente e **tendo** em conta os recursos disponíveis
4. É fundamental, de acordo com as políticas europeias e da melhoria dos cuidados prestados aos doentes, que o doente **seja englobado**, também, no processo de decisão, **sendo** ele sempre o centro da nossa decisão
5. Relativamente ao risco de morte o que é que nos **diz** o ASA? Quanto maior o ASA, quanto maior o risco de morte. O doente ASA I, como **veem** não **tem** praticamente risco de morte nenhum com a anestesia.

V.

Então, é assim que surge a classificação ASA, que é a classificação médica mais utilizada **em** todo o mundo. Tinha inicialmente 5 graus, entretanto passou **a** 6 e teve uma revisão **em** 2014, **no** sentido de dar exemplos do que era os diferentes graus ASA, uma vez que havia alguma variabilidade **na** sua aplicação. Sendo assim o Estado Físico:

ASA I é referente a uma pessoa saudável, **sem** doença orgânica, bioquímica ou psiquiátrica. Doente ASA II, é um doente **com** doença sistémica ligeira ou moderada tratada, **sem** impacto significativo **na** atividade diária. Por exemplo, incluem-se aqui os fumadores, porque o risco de anestesia **num** fumador é diferente **dum** doente que não fume. Também se incluem aqui as grávidas, como doentes ASAII, porque o facto **de** estarem grávidas introduz alterações fisiológicas que indicam que a doente tem um risco maior do que um doente ASA I de morte **com** a anestesia. E, **por** diante, até chegarmos a ASA V que será a pessoa moribunda **em** quem são reconhecidas escassas hipóteses **de** sobrevivência, 24 horas **com** ou **sem** o procedimento. E como necessitamos de anestesiá-los **em** morte cerebral, ou seja, os dadores de órgão, e era necessário classificá-los. Seria injusto **para** os doentes ASA V, classificá-los como tal. Então, é criada uma nova classificação que é o doente ASA VI, que é o dador **de** órgão.

VI.

1. Trago-vos a classificação da DGS (..) Esta classificação é baseada... **foi feita** em 2015 e é baseada **no** risco cardíaco apenas. E o que é que significa isto? Baixo risco -1% é um risco

- de** morte a um evento cardíaco até **aos** 30 dias após uma cirurgia. Só para **saberm** que também existem diferentes classificações.
2. E depois o que é isto da Morbilidade Perioperatória? A Mortalidade é fácil, **objetivável**, não há dúvidas. Relativamente à morbilidade o que é que nos **preocupa** em termos de Morbilidade Major?
 3. Muito bom dia, boa tarde ou boa noite, **consoante** a hora a que estão a ouvir esta **sessão**. Hoje a sessão é sobre a avaliação pré-**operatória**, é constituída por três **lições** diferentes que **poderão** ter e devem, obviamente, ouvir antes de **frequentarem** a avaliação pré-operatória.

VII.

Quadro 8 - 4:20) - Então, é assim que surge a classificação ASA, que é a **classificação médica mais utilizada em todo o mundo. Tinha inicialmente 5 graus, entretanto passou a 6** e teve uma revisão em 2014, no sentido de dar exemplos do que era os diferentes graus ASA, uma vez que havia alguma variabilidade na sua aplicação. **Sendo assim o Estado Físico ASA I** é referente a uma pessoa saudável, sem doença orgânica, bioquímica ou psiquiátrica.

Doente ASA II, é um doente **com doença sistémica ligeira ou moderada tratada**, sem impacto significativo **na atividade diária**. Por exemplo, incluem-se aqui os fumadores, porque o risco de anestesia **num fumador é diferente dum doente** que não fume. Também se incluem aqui as grávidas, como doentes ASA II, porque o facto de estarem grávidas introduz alterações fisiológicas que indicam que a doente tem um risco maior do que um doente ASA I de morte com a anestesia. E, por diante, até chegarmos a ASA V que será a **pessoa moribunda, em quem** são reconhecidas escassas hipóteses de sobrevivência, **24 horas com ou sem o procedimento**. E como necessitamos de anestesiar os doentes em morte cerebral, ou seja, os dadores de órgão, e era necessário classificá-los. Seria injusto para os doentes ASA V, classificá-los como tal. Então, é criada uma nova classificação **que é o doente ASA VI**, que é o dador de órgão.