RESSALVA

Alertamos para ausência dos itens **“Discussão, Conclusões e Referências”,** não incluídos pelo autor no arquivo original.

Hugo Eckener Dantas de Pereira Cardoso

Internamento não planejado após cirurgia ambulatorial. Estudo retrospectivo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª Adj. Eliana Marisa Ganem

Botucatu – SP

2011

Dedico este trabalho a três pessoas muito especiais, três mulheres. À Elvira, minha mãe, sem a qual nada disso existiria, sendo elemento principal da minha formação. À Iara, minha irmã, pode-se dizer uma segunda mãe. À Ticiana, minha esposa, que participou incondicionalmente desta etapa.

À Prof. Adjunta Livre Docente Eliana Marisa Ganem,

pela orientação, dedicação, paciência e confiança durante a elaboração desta dissertação.

Esse trabalho não seria possível sem o apoio de uma série de pessoas, que foram de fundamental importância ao longo da minha vida. Um muito obrigado a:

- *Meu pai, que se aqui estivesse estaria radiante.*
- *Ticiana, pelo apoio, compreensão, carinho e companheirismo.*
- *Minhas irmãs, Maria Teresa, Ana, Iara e Regina pelo exemplo e apoio ao longo do tempo.*
- *Jeconias, pelo apoio, amizade e exemplo de vida.*
- *Duas pessoas muito importantes, pela amizade e incentivo, Bruno Gardélio e José Admirço. Vocês foram fundamentais.*
- *Braulio Macedo, pelo apoio irrestrito para a realização deste trabalho.*
- *Tânia Chagas, pela ajuda.*
- *Anderson Gazineu, que levou todos nós para a Unesp.*
- *Rodrigo e Jonga, pela amizade e companheirismo nessa jornada.*
- *Luciano Garrido, pela amizade e oportunidades.*
- *Carlos Eduardo, pela amizade e exemplo, sem falar no apoio durante essa jornada.*
- *Stela, pela ajuda e colaboração.*
- *Igor Di Vinícius, Uirá Pires e Maurício Santana pela ajuda e colaboração.*
- *Clínica de Anestesia de Salvador pelo apoio.*
- *Dona Joana Jacirene, secretária do Departamento de Anestesiologia pelo presteza e pelo trabalho gráfico.*
- *Nelí e aos funcionários do Departamento de Anestesiologia da Unesp pela presteza e auxílio.*

"É preferível arriscar coisas grandiosas. Alcançar triunfo e glória mesmo expondo-se à derrota, do que formar filas com os pobres de espírito, que nem gozam muito e nem sofrem muito porque vivem nesta penumbra cinzenta que não conhece vitória e nem derrota".

Theodore Roosevelt

Cardoso HEDP. Internamento não planejado após cirurgia ambulatorial. Estudo retrospectivo. Botucatu, 2011. 61p. Dissertação (Mestrado em Anestesiologia) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP.

RESUMO

Introdução: A modernização da cirurgia ambulatorial iniciou-se na década de 1960, com o surgimento do primeiro serviço de cirurgia ambulatorial, no Butterworth Hospital, em Michigan nos Estados Unidos da América (EUA). Nos dias atuais, 70% dos procedimentos cirúrgicos nos EUA são realizados em regime ambulatorial, os demais países vêm progressivamente acompanhando essa tendência. No Brasil a cirurgia ambulatorial foi regulamentada por meio de Resolução do Conselho Federal de Medicina no ano de 2008.

Objetivo: Determinar a incidência, os fatores preditivos e os desencadeadores de internamento não planejado após procedimentos ambulatoriais em hospital dia no – Itaigara Memorial Hospital Dia.

Metodologia: Foram analisados retrospectivamente todos os procedimentos ambulatoriais sob anestesia, sendo conduzido um estudo longitudinal retrospectivo tendo como evento a presença de internamento não planejado e a descrição de suas características. Foram avaliadas informações referentes à avaliação pré-anestésica, ao procedimento anestésico cirúrgico, a evolução do paciente durante o internamento no hospital dia e as informações referentes ao internamento em outra instituição, sendo estas correlacionadas ao internamento não planejado, passando por análise estatística.

Resultados: Foram analisados retrospectivamente 129.850 procedimentos, no período entre janeiro de 1998 e junho de 2010, sendo encontrados 49 casos (0,038%) de internamento não planejado. A videolaparoscopia diagnóstica, a colonoscopia e a histeroscopia associada ou não a videolaparoscopia foram os procedimentos que mais determinaram internamento em números absolutos. Os principais motivos de internamento foram sangramento (32,7%) e dor (16,3%). O tempo de anestesia e índice de massa corpórea foram maiores entre os pacientes que tiveram internamento não planejado. Os pacientes estado físico ASA III apresentaram maior incidência de

internamento, sendo internados em Unidade de terapia intensiva (UTI). Os pacientes submetidos à cirurgia otorrinolaringológica e cirurgia pediátrica tiveram maior incidência de internamento, sendo que os submetidos à cirurgia oftalmológica e coloproctológica tiveram maior incidência de internamento em UTI.

Conclusão: A incidência de internamento não planejado foi baixa, sendo que a população com internamento apresentou tempo de anestesia e índice de massa corpórea maiores que a população que obteve alta. Os pacientes estado físico ASA III apresentaram maior risco de internamento. Entre os pacientes internados observou-se maior risco na população pediátrica; pacientes submetidos à cirurgia otorrinolaringológica e à cirurgia pediátrica. O principal motivo de internamento foi o sangramento, seguido de dor.

Palavras chaves: internamento não planejado, cirurgia ambulatorial, estado físico ASA III, estudo retrospectivo.

Cardoso HEDP. Unplanned hospitalization in ambulatory surgery. Retrospective study.

ABSTRACT

Introduction: The modernization of ambulatory surgery began in the 1960s with the emergence of the first ambulatory surgery service at Butterworth Hospital in Michigan in the United States of America (USA). Nowadays, 70% of U.S. surgical procedures are performed in outpatient settings, other countries are gradually following this trend. In Brazil, the outpatient surgery was regulated by Resolution of the Federal Council of Medicine in 2008.

Purpose of review: To determine the incidence, predictive factors and triggers of unplanned admission after outpatient procedures in a day hospital - Itaigara Memorial Day Hospital.

Methods: The authors retrospectively reviewed all outpatient procedures under anesthesia, and conducted a retrospective longitudinal study with event as the presence of unplanned hospitalization and description of their characteristics. We evaluated information regarding preoperative evaluation, the surgical anesthetic procedure, the patient's evolution during the hospital admission days and information pertaining to admission at another institution, which are related to unplanned hospital admission.

Results: In the period between January 1998 and June 2010, 129,850 procedures were analyzed retrospectively and found 49 cases (0.038%) of unplanned admissions. A diagnostic laparoscopy, colonoscopy and hysteroscopy with or without laparoscopic procedures were more determined to hospital admissions in absolute numbers. The main reasons for hospitalization were bleeding (32.7%) and pain (16.3%). Anesthesia time and body mass index were higher among patients who had unplanned hospital. The ASA III had a higher incidence of hospitalization, being hospitalized in intensive care unit (ICU). Patients undergoing otorhinolaringologic surgery and pediatric surgery had a higher incidence of hospitalization, and those undergoing ophthalmic and coloproctology surgery had higher incidence of hospitalization in ICU.

Conclusions: The incidence of unplanned admission was low, and these patients had anesthesia time and body mass index greater than the population that was discharged. The ASA III had a higher risk of hospitalization. Among the patients admitted there was

greater risk in the pediatric population, patients undergoing otorhinolaringologic surgery and pediatric surgery. The main reason for hospitalization was bleeding followed by pain.

Keywords: Unplanned hospitalization, ambulatory surgery, ASA III, retrospective study

Lista de Figuras

Figura 1 Incidência de internamento não planejado por 1000 procedimentos com anestesia, independente do fator desencadeante, no período do estudo..... 27

Figura 2 Incidência de internamento não planejado desencadeado pela anestesia por 1000 procedimentos ao longo dos anos..... 28

Figura 3 Incidência de internamento não planejado total e desencadeados pela anestesia por 1000 procedimentos no período estudado..... 28

Lista de Tabelas

Tabela 1 Número total de procedimentos por ano e número de internamentos não planejados total e decorrentes da anestesia. Resultados expressos em número total e incidência por 1000 procedimentos..... 27

Tabela 2 Número de cirurgias por especialidades cirúrgicas. Resultados expressos em número absoluto (n) e porcentagens (%)..... 29

Tabela 3 Incidência de internamentos total e desencadeadas pela anestesia em relação a especialidade cirúrgica. Resultados expressos em número absoluto (n) e percentagem (%)..... 29

Tabela 4 Tipo de cirurgia entre os pacientes com internamento não planejado decorrentes ou não da anestesia e decorrentes da anestesia. Valores expressos em valor absoluto (n) e porcentagem (%)..... 30

Tabela 5 Motivo do internamento. Avaliação de todos os eventos. Resultado expresso em número absoluto (n) e porcentagem (%)..... 31

Tabela 6 Motivo do internamento desencadeado pela anestesia. Resultados expressos em número absoluto (n) e porcentagem (%)..... 31

Tabela 7 Idade (anos), IMC ($kg.m^{-2}$), tempo de cirurgia (min), tempo de anestesia (min). Comparação entre variáveis de pacientes que receberam alta sem intercorrências com os que tiveram internamento não planejado, independente da causa. Valores expressos em média e desvio padrão e valor de p..... 32

Tabela 8 Idade (anos), IMC ($kg.m^{-2}$), tempo de cirurgia (min), tempo de anestesia (min). Comparação entre variáveis de pacientes que receberam alta sem intercorrências com os que tiveram internamento não planejado decorrente da anestesia. Valores expressos em média e desvio padrão e valor de p..... 32

Tabela 9 Comorbidades entre pacientes internados e entre o numero total de pacientes. Resultados expressos em numero absoluto (n) e porcentagem (%)..... 32

Tabela 10 Sexo, idade, ASA, tipo de anestesia, período da cirurgia, especialidade cirúrgica. Avaliação das variáveis em relação ao número de procedimentos, número de internamentos, incidência por 1000 procedimentos e risco relativo e valor de p de todos os procedimentos..... 33

Tabela 11 Sexo, idade, ASA, tipo de anestesia, período da cirurgia, especialidade cirúrgica. Avaliação das variáveis em relação ao número de internamentos, número de internamentos decorrentes da anestesia, incidência por porcentagem e risco relativo e valor de p dos internamentos decorrentes da anestesia..... 34

Tabela 12 ASA, faixa etária, período da cirurgia, cardiopatia e tipo de anestesia. Avaliação do número absoluto, tempo de internamento e valor de p em relação as variáveis. Internamento decorrentes ou não da anestesia. 35

Tabela 13 ASA, faixa etária, período da cirurgia, cardiopatia e tipo de anestesia. Avaliação do número absoluto, tempo de internamento e valor de p em relação as variáveis. Internamento decorrentes da anestesia..... 36

Tabela 14 Unidade de internamento de acordo com o estado físico. Expresso em número absoluto (n) e porcentagem (%)..... 36

Tabela 15 Tipo de anestesia em relação a unidade de internamento. Valores expressos em número absoluto (n) e porcentagem (%)..... 37

Tabela 16 Especialidade em relação a unidade de transferência. Valores expressos em número absoluto (n) e porcentagem (%)..... 37

Sumário

1 Introdução..... 14
2 Objetivo 19
3 Casuística e Método..... 20
4 Resultados..... 26
5 Discussão..... 39
5.1 Limitações do estudo..... 52
6 Conclusões..... 53
7 Referências..... 54

1 Introdução

A mudança do pensamento médico sobre o valor terapêutico do repouso no período pós-operatório possibilitou o aparecimento de novas perspectivas que culminaram com o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial. No período entre os anos 1800 e 1940, o repouso era visto como o principal responsável pela recuperação pós-operatória. Todavia, a partir das experiências assistenciais vivenciadas na 2ª Grande Guerra Mundial aumentaram as evidências que mostraram a segurança, para o reestabelecimento do paciente, da redução nos períodos de repouso pós-operatório e de internação [1].

Por outro lado, mesmo anteriormente, havia registros publicados na literatura de experiências bem sucedidas em cirurgias ambulatoriais tanto na América do Norte quanto na Europa [2,3]. Em 1909, Nicholl, do Royal Glasgow Hospital for Children, na Escócia, apresentou os resultados do tratamento cirúrgico ambulatorial em aproximadamente 9000 crianças, salientando que estes eram tão satisfatórios quanto aqueles obtidos com as operações realizadas em regime hospitalar [2.]

Também no Canadá, em meados de 1940, no Shouldice Hospital, foram realizadas hernioplastias inguinais em adultos, sob anestesia local e sedação, com internamento de curta permanência hospitalar[3].

A modernização da cirurgia ambulatorial iniciou-se na década de 1960, com o surgimento do primeiro serviço de cirurgia ambulatorial, no Butterworth Hospital, em Michigan nos Estados Unidos da América (EUA)[4]. O tratamento de pacientes sem internamento passou a contar com o apoio técnico da anestesiologia. A cirurgia ambulatorial tornou-se prática segura quando realizada com padronização, tanto no que

se referia aos procedimentos cirúrgicos quanto aos anestésicos, não havendo diferenças na incidência de complicações em relação ao regime de internamento convencional[5].

Em alguns países da Europa e nos EUA houve crescente aperfeiçoamento dos conceitos e das condutas utilizadas nos pacientes submetidos a procedimentos em regime ambulatorial. O desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, os recursos terapêuticos para prevenção e tratamento da dor e de náusea e vômito, a possibilidade de maior rotatividade dos leitos hospitalares, o maior conforto para os pacientes e seus familiares permitindo breve retorno ao lar e as suas atividades, a diminuição do risco de infecção hospitalar e a redução dos custos do internamento (entre 25% e 75%) contribuíram para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial [6,7,8].

Nos dias atuais, aproximadamente 70% dos procedimentos cirúrgicos nos EUA são realizados em regime ambulatorial, e os demais países do mundo vêm acompanhando essa tendência[8,9].

No Brasil, a cirurgia ambulatorial ou procedimentos com internação de curta permanência foi regulamentada por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina de número 1886, publicada em 21 de novembro de 2008 no Diário Oficial da União[10].

A Resolução nº1886 define como ‘’cirurgia ambulatorial ou cirurgias com internação de curta permanência os procedimentos que, pelo seu porte, dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas, contemplando todas as técnicas anestésicas’’[10].

Os estabelecimentos de saúde que realizam as cirurgias ambulatoriais ou cirurgias com internação de curta permanência são classificados como unidades tipo I, II, III e IV.

A unidade tipo I é o consultório médico, independente de hospital, destinado à realização de procedimento clínico ou diagnóstico sob anestesia local (com doses de lidocaína inferiores a 3,5 mg/kg ou doses eqüipotentes de outros anestésicos locais), sem sedação e sem necessidade de internação.

A unidade tipo II é o estabelecimento de saúde, independente de hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte. As salas cirúrgicas devem ser adequadas para esta finalidade, com condições de internações de curta permanência. Deve possuir sala de recuperação, sendo permitida a anestesia loco-regional (exceto os bloqueios do neuroeixo) com ou sem sedação.

A unidade tipo III é o estabelecimento de saúde, independente de hospital, destinado a realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade, com condições de internação de curta permanência. Pode-se realizar cirurgias de pequeno e médio porte sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida. A internação não poderá ser superior a 24 horas.

A unidade tipo IV é aquela anexada ao hospital, que permite a realização de procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial. Pode ser utilizada a estrutura de apoio e equipamentos do hospital, desde que o tempo de internação não ultrapasse 24 horas.

Independente do tipo da unidade, quando necessária a internação por período de tempo superior a 24 horas, esta deverá ser feita em hospital de apoio. Portanto todas as unidades, obrigatoriamente, deverão contar com um hospital de apoio para receber os pacientes que necessitem de internação.

Pela resolução também foram estabelecidos critérios de seleção para os pacientes submetidos a cirurgias com internação de curta permanência. Estes estão

relacionados ao estado físico (classificados nas categorias ASA I e ASA II da Sociedade Americana de Anestesia)[11]; a extensão e a localização do procedimento e que não seja necessária a realização de procedimentos especializados no período intra e pós-operatório e a aceitação do tratamento proposto.

Os pacientes a serem submetidos a procedimentos realizados nas unidades tipo II, III e IV devem ser acompanhados de pessoa adulta, lúcida e responsável.

As avaliações clínico-cirúrgica e a pré-anestésica deve ser realizada previamente em consultório, não sendo permitida que a mesma seja efetuada no momento do procedimento.

A alta hospitalar é responsabilidade de um dos médicos da equipe envolvida no ato anestésico-cirúrgico, podendo ser tanto da equipe cirúrgica quanto da anestésica. Deve ter por base a estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos, ausência de náusea e vômitos, ausência de dificuldade respiratória, capacidade de ingerir líquidos, capacidade de locomoção recuperada, se a cirurgia permitir; sangramento ausente ou mínimo e ausência de dor importante e de retenção urinária[10].

A qualidade de atendimento médico é imprescindível quando a anestesia é realizada em regime ambulatorial, contudo, avaliar a qualidade de atendimento é um desafio[12].

Os indicadores de qualidade utilizados em procedimentos ambulatoriais se referem a morbidade e a mortalidade, ao internamento não planejado, aos efeitos adversos como êmese e dor no período pós-operatório, ao tempo de retorno às atividades habituais e a satisfação do paciente[13].

Os níveis de satisfação dos pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial são bastante elevados, situando-se entre 95-97%[10] e a morbidade e mortalidade, por serem eventos raros, costumam ser pouco utilizados como indicadores de qualidade.

Assim sendo, o internamento não planejado, após cirurgia ambulatorial é indicador importante por que está relacionado ao objetivo primordial dos procedimentos ambulatoriais, que é a liberação do paciente em tempo inferior a 24 horas após realização do mesmo.

Os estudos existentes na literatura sobre os indicadores de qualidade, dentre eles o internamento não planejado após cirurgia ambulatorial, são raros e com resultados discordantes[12,14,15].

2 Objetivo

O objetivo deste estudo retrospectivo foi determinar a incidência, os fatores preditivos e os desencadeadores de internamento não planejado após procedimentos ambulatoriais sob anestesia em hospital dia (Itaigara Memorial Hospital Dia – Salvador –BA) no período compreendido entre janeiro de 1998 a junho de 2010.

3 Casuística e Método

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Espanhol de Salvador, Bahia, foram utilizados o banco de dados (Microsoft Excel®) e os prontuários dos pacientes de todos os procedimentos realizados no Serviço de Anestesiologia do Itaigara Memorial Hospital Dia no período de janeiro de 1998 a junho de 2010, para análise retrospectiva de todas as cirurgias ambulatoriais com anestesia. Foram estudados os pacientes que tiveram internamento não planejado.

Foi considerado como internamento não planejado os pacientes que tiveram que ser transferidos para outras unidades devido a impossibilidade de alta nas primeiras 24 horas após a cirurgia.

Foram coletadas informações referentes à avaliação pré-anestésica, ao procedimento anestésico-cirúrgico, a evolução do paciente durante o internamento no hospital-dia e as informações referentes ao internamento em outra instituição, discriminados abaixo:

A - Avaliação pré-anestésica, foram observados os seguintes atributos:

1- idade - divididos em faixas etárias menor 12 anos, entre 12 a 65 anos, maior que 65 anos;
2- sexo- masculino e feminino;
3- índice de massa corpórea (IMC)- determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura em metros. IMC = massa corporal / (altura x altura) = $kg.m^{-2}$;

4- comorbidades:

a. hipertensão arterial sistêmica- HAS – (considerados hipertensos aqueles que apresentavam diagnóstico prévio de HAS, uma vez que durante o tempo do estudo os critérios diagnósticos foram alterados)

b. cardiopatias foram separadas em insuficiência coronariana- ICO- (definida pela presença de angina – estável, instável ou de Prinzmetal ou precordialgia atípica ou isquemia silenciosa, dispnéia aos esforços, eletrocardiograma ou prova de esforço ou estresse farmacológico sugestivos, história de doença coronariana já documentada por angiografia coronariana), insuficiência cardíaca congestiva - ICC- (definida pela presença de uma ou mais das seguintes manifestações: dispnéia aos esforços inicialmente, até ocorrer em repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, fadiga, edema periférico que pode chegar a ascite, estertores pulmonares, estase jugular, dor à palpação hepática, presença de terceira bulha ou ritmo de galope, presença de sopros de insuficiência mitral ou tricúspide, eletrocardiograma, radiografia de tórax e exames laboratoriais compatíveis) e disritmias atriais e ventriculares

c. doenças neurológicas e reumatológicas, com diagnóstico prévio das mesmas

d. diabetes *mellitus*- DM- foram classificados em tipo I (insulino-dependente) e tipo II (não insulino-dependente), com diagnóstico baseado em parâmetros clínicos como poliúria, polidipsia, perda ponderal, visão turva, prurido e parâmetros laboratoriais: glicemia de jejum= 126 mg/dL ou teste de tolerância= 200 mg/dL ou glicose plasmática aleatória= 200 mg/dL

e. doenças pulmonares em doença pulmonar obstrutiva crônica -DPOC- (definida como associação de bronquite crônica e enfisema, caracterizada pelo desenvolvimento progressivo de limitação ao fluxo aéreo, associada a processo inflamatório anormal dos pulmões, diagnosticada pela presença de tosse crônica, produção de secreção crônica, dispnéia progressiva, exposição a fatores de risco como tabagismo e poluição ambiental e dados laboratoriais, espirometria com valores da relaçãoVEF1/CVF após broncodilatador < 0,7 e radiografia de tórax e/ou tomografia compatíveis)[35] e asma (diagnosticada pela presença de sinais ou sintomas sugestivos como tosse, dispnéia, chiado, opressão torácica, provas de função pulmonar que mostram obstrução variável das vias aéreas e hiperreatividade brônquica direta ou indireta a agentes broncoconstritores)

f. doenças renais (os que apresentavam insuficiência renal aguda, de causas pré-renal, intrínseca ou pós- renal e crônica)

g. a obesidade definida como paciente portador de IMC maior que 30 $kg.m^{-2}$;

5- estado físico segundo a classificação da ASA (Sociedade Americana de Anestesia):

a. ASA I - Paciente saudável

b. ASA II – Paciente com presença de doença sistêmica discreta

c. ASA III – Presença de doença sistêmica grave, não incapacitante

d. ASA IV – Presença de doença sistêmica grave e incapacitante

e. ASA V – Paciente moribundo, sem esperança de vida por mais de 24h, com ou sem cirurgia.

f. ASA VI – Doador de orgãos

B – Procedimentos cirúrgicos e técnica anestésica foram analisados:

1- cirurgia proposta;

2- especialidade cirúrgica;

3- anestesia realizada, que foram subdivididas em tipos:

   a. local

   b. local associada a sedação

   c. sedação

   d. anestesia geral venosa

   e. anestesia geral balanceada

   f. anestesia regional periférica

   g. bloqueios do neuroeixo

4- fármacos utilizados na anestesia

5- duração da anestesia

6- duração da cirurgia

7- período em que foi realizada a cirurgia

   a. manhã (07h00min às 12h59min)

   b. tarde (13h00min às 19h)

C - Evolução do paciente no pós-operatório imediato (período compreendido entre o fim da cirurgia e o momento da alta ou transferência para internamento).

D - Internamento não planejado:

1- motivo do internamento

   a. decorrente da anestesia

   b. não decorrente da anestesia

2- condição hemodinâmica no momento da transferência

   a. estável – paciente sem necessidade de drogas vasoativas

b. instável – paciente com necessidade de drogas vasoativas

3- condição respiratória no momento da transferência

a. ventilação espontânea

b. oxigenoterapia suplementar

c. ventilação mecânica

4- tipo de unidade para o qual foi transferido

a. unidade aberta

b. unidade fechada

i. unidade de terapia intensiva (UTI)

ii. unidade semi-intensiva

5- tratamento instituído

a. tratamento clínico

b. intervenção cirúrgica

6- tempo de internamento- medido em dias

Análise Estatística

Foi conduzido um estudo longitudinal retrospectivo tendo como evento a presença de internamento não planejado em cirurgia ambulatorial e a descrição de suas características. O período avaliado compreendeu os anos de 1998 a 2010.

O cálculo da incidência anual de complicações ambulatoriais foi descrito pela razão entre o número de pacientes com complicação e o número de procedimentos realizados, multiplicado por 1000. Para a verificação da tendência de evolução da incidência das complicações foi construído um gráfico de linhas, utilizando a regressão linear para estimativa da reta de tendência temporal.

Para a descrição das variáveis qualitativas foram utilizadas tabelas com freqüências absolutas e relativas e, para as variáveis quantitativas, as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão). A comparação entre variáveis qualitativas foi realizada com o teste do qui-quadrado ou com o teste exato de Fisher, conforme indicado. A comparação das médias do tempo de internamento entre as variáveis selecionadas foi realizada com o teste t de student ou com a análise de variância (ANOVA). Para verificar a homogeneidade das variâncias utilizou-se o teste de Levene ou o teste de Hartleys. Análises *pos-hoc* para comparação entre os grupos na ANOVA foram realizadas com o teste de Bonferroni ou o Games-Howell, conforme a homogeneidade das variâncias.

Todos os cálculos foram realizados para o total de complicações e as complicações relacionadas à anestesia.

A comparação da incidência de complicações entre os sexos, faixa etária, classificação ASA, tipo de anestesia e especialidade foi obtida pelo cálculo do risco relativo (RR) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Foi utilizada planilha eletrônica MS-Excel® para a digitação dos dados e os pacotes estatísticos SPSS® versão 13.0 e sítio eletrônico Open Epi® versão 2.3.1. Os gráficos foram construídos utilizando o MS-Excel®. Valores de p abaixo de 0,05 foram considerados significantes.

4 Resultados

Foi realizada análise retrospectiva de 129.850 procedimentos com anestesia, no Itaigara Memorial Hospital Dia entre janeiro de 1998 e junho de 2010, sendo estudados os pacientes que tiveram internamento não planejado. No período referido foram encontrados 49 casos de internamento não planejado, incidência de 0,38 por 1000 procedimentos (0,038%) (Tabela 1).

Com relação aos internamentos de pacientes, pode-se observar diminuição da incidência, independente do fator desencadeante, no decorrer do período (Figura 1). Também foi constatada redução na incidência de internamentos cuja etiologia foi desencadeada pela anestesia (Figura 2). A figura 3 mostra, graficamente, a incidência de todos os internamentos e daqueles decorrentes da anestesia.

Na tabela 2 está descrito o número total de procedimentos cirúrgicos de cada especialidade durante o período estudado e, a tabela 3, o total de internamentos e os desencadeados, exclusivamente, pela anestesia de acordo com a especialidade.

Pode-se observar que, em procedimentos oftalmológicos e de cirurgia geral, 100% dos internamentos foram associados à anestesia, entretanto a maior freqüência de internamentos ocorreu nos procedimentos ginecológicos (36,7%), sendo estes também responsáveis por 50% dos internamentos relacionados à anestesia.

A videolaparoscopia ginecológica, a colonoscopia e a histeroscopia associada ou não a videolaparoscopia foram os procedimentos que mais determinaram internamento (42,9%). Quando separados aqueles desencadeados, pela anestesia o procedimento que mais determinou internação foi a videolaparoscopia ginecológica (31,82%) (Tabela 4).