

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE



Unidade de Cirurgia
de **Ambulatório**

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

3ª edição

Maio 2019

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Diretor: Prof. Dr. João Coutinho
Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

INTRODUÇÃO

O Manual de Boas Práticas da Cirurgia de Ambulatório do CHULN – Polo HPV (UCA-HPV) - integra um conjunto de orientações que permitem organizar as atividades realizadas numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório de modo a normalizar procedimentos que, além de garantirem a qualidade do serviço assistencial prestado, devem também permitir a uniformização de protocolos de atuação e a padronização de processos, podendo ser o primeiro passo para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade.

Este Manual, de consulta útil e fácil, pretende ser um instrumento de apoio aos médicos na sua atividade diária, procurando responder mais facilmente às questões colocadas pelo utente e pelos outros profissionais de saúde e simultaneamente contribuir para a adopção de metodologias de trabalho mais direcionadas para o atendimento personalizado do doente cirúrgico.

O Manual de Qualidade tem como principais objetivos:

- Descrever a Política de Qualidade e a Estrutura Organizativa da UCA
- Estabelecer e formalizar regras de funcionamento na admissão e atendimento de utentes
- Estabelecer, uniformizar e formalizar os procedimentos técnicos
- Apoiar o desempenho dos profissionais no exercício das suas funções e apoiar a integração dos novos profissionais

CONCEITOS PRÁTICOS

Em termos práticos o utente passa por quatro etapas do processo em cirurgia de ambulatório:

- 1ª Etapa – Pré-operatório
- 2ª Etapa – Per-operatório
- 3ª Etapa – Pós-operatório
- 4ª Etapa – Follow-up

Cada uma destas etapas tem as suas especificidades relevantes para a qualidade dos serviços prestados ao utente e bom funcionamento da Unidade de Cirurgia de Ambulatório.



1ª ETAPA – PRÉ-OPERATÓRIO

1. No pré-operatório o doente é avaliado em Consulta Externa de Especialidade Cirúrgica, onde é efetuada a seleção dos doentes tendo em conta os critérios clínicos, sociais e administrativos da cirurgia de ambulatório (Anexo1). Nesta consulta para os doentes que preenchem os critérios designados, são pedidos os exames complementares de diagnóstico de acordo com Norma da Direção Geral da Saúde Nº 029/2013, atualizada a 24/04/2015. É fornecida a informação geral e específica quer verbal quer escrita (Anexo 2) sobre a patologia e o procedimento cirúrgico previsto. Após as devidas explicações e a aceitação de proposta cirúrgica em ambulatório pelo doente, é assinado o Consentimento Informado específico para o tratamento proposto (Anexo 3).

De acordo com a classificação do risco clínico e cirúrgico devem ser prescritos os meios complementares de diagnóstico (MCDT), indicados nas seguintes tabelas.

- a) Doentes sem patologia (Tabela 1)
- b) Doentes com patologia ligeira (Tabela 2)
- c) Doentes com patologia grave (Tabela 3)
- d) Doentes idosos (> 75 anos) (Tabela 4)
- e) Doentes obesos (Tabela 5.1 e 5.2)

Nota: É necessário requisitar exame da urina em utentes com sintomas de infeção urinária e o teste de gravidez em mulher em idade fértil para os quais, se resultado positivo, altera o plano anestésico-cirúrgico.

Tabela 1 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)
Doentes sem patologia

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	Doente c/ fatores de risco clínico (Modelo Lee)	Doente c/ fatores de risco clínico (Modelo Lee) >= 65 anos sem fatores de risco
Rx	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior
Bioquímica		Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional



Tabela 2 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)
Doentes com patologia ligeira

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	Doente c/ fatores de risco clínico (Modelo Lee)	Doente c/ fatores de risco clínico (Modelo Lee) >= 65 anos sem fatores de risco
Rx	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior DPOC Doença cardíaca
Bioquímica		Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional Alterações endócrinas Disfunção renal e hepática
Hemograma		Doença hepática e renal Idosos História de anemia ou outras alterações hematológicas
Coagulação		Disfunção renal e hepática
Ecocardiografia transtorácica		Suspeita de doença valvular severa Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória		Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática



Tabela 3 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)
Doentes com patologia grave

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	Doente c/ fatores de risco clinico (Modelo Lee)	Doente c/ fatores de risco clinico (Modelo Lee) >= 65 anos sem fatores de risco
Rx	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior	História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior DPCO Doença cardíaca
Bioquímica		Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional Alterações endócrinas Disfunção renal e hepática
Hemograma		Doença hepática e renal Idosos História de anemia ou outras alterações hematológicas
Coagulação		Disfunção renal e hepática
Ecocardiografia		Suspeita de doença valvular severa Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória		Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática



Tabela 4 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)
Doentes idosos

Avaliação pré-anestésica do Idoso

Sem Patologia		Patologia Ligeira/Moderada*	
Cirurgia baixo risco	Cirurgia risco intermédio	Cirurgia baixo risco	Cirurgia risco intermédio
- Norma da DGS nº 029/2013 atualizada a 24/04/2015	- Norma da DGS nº 029/2013 atualizada a 24/04/2015	Se fator risco CV ou renal: - Ureia, creatinina, - Ionograma - ECG Se > 75 anos: + - Hemograma Se doença hepática: + - Coagulação - Função hepática Se doença hematológica: + - Hemograma	- Hemograma - Coagulação Se > 75 anos ou fator risco CV ou doença renal: + - Ureia, creatinina, - Ionograma - ECG Se doença hepática: - Coagulação - Função hepática
			*Considerar a patologia associada

* vários artigos sugerem para efeitos cirúrgicos idoso > 75 anos



Tabela 5.1 – Critérios de Elegibilidade do Doente Obeso para CA (IMC <30kg/m²)

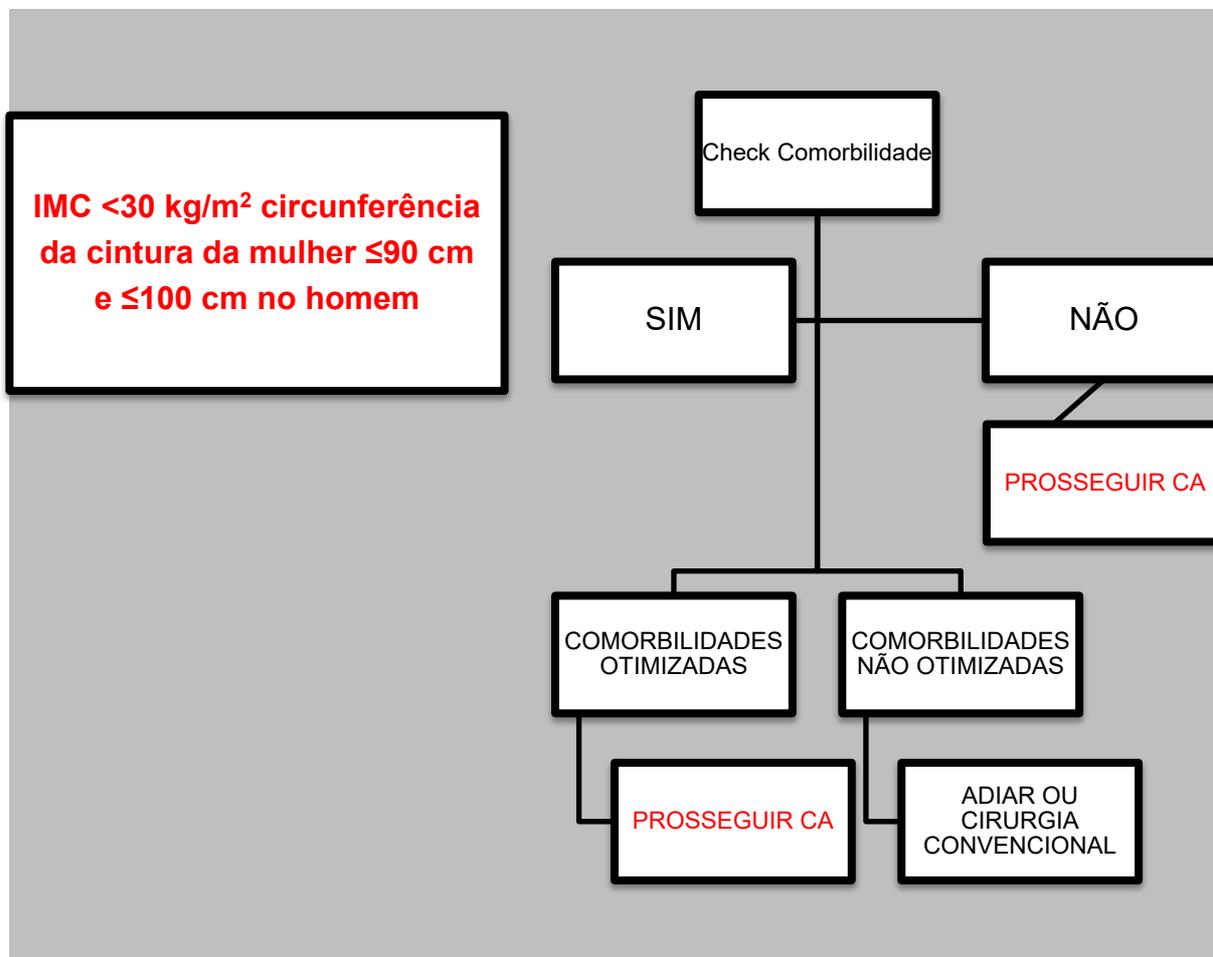
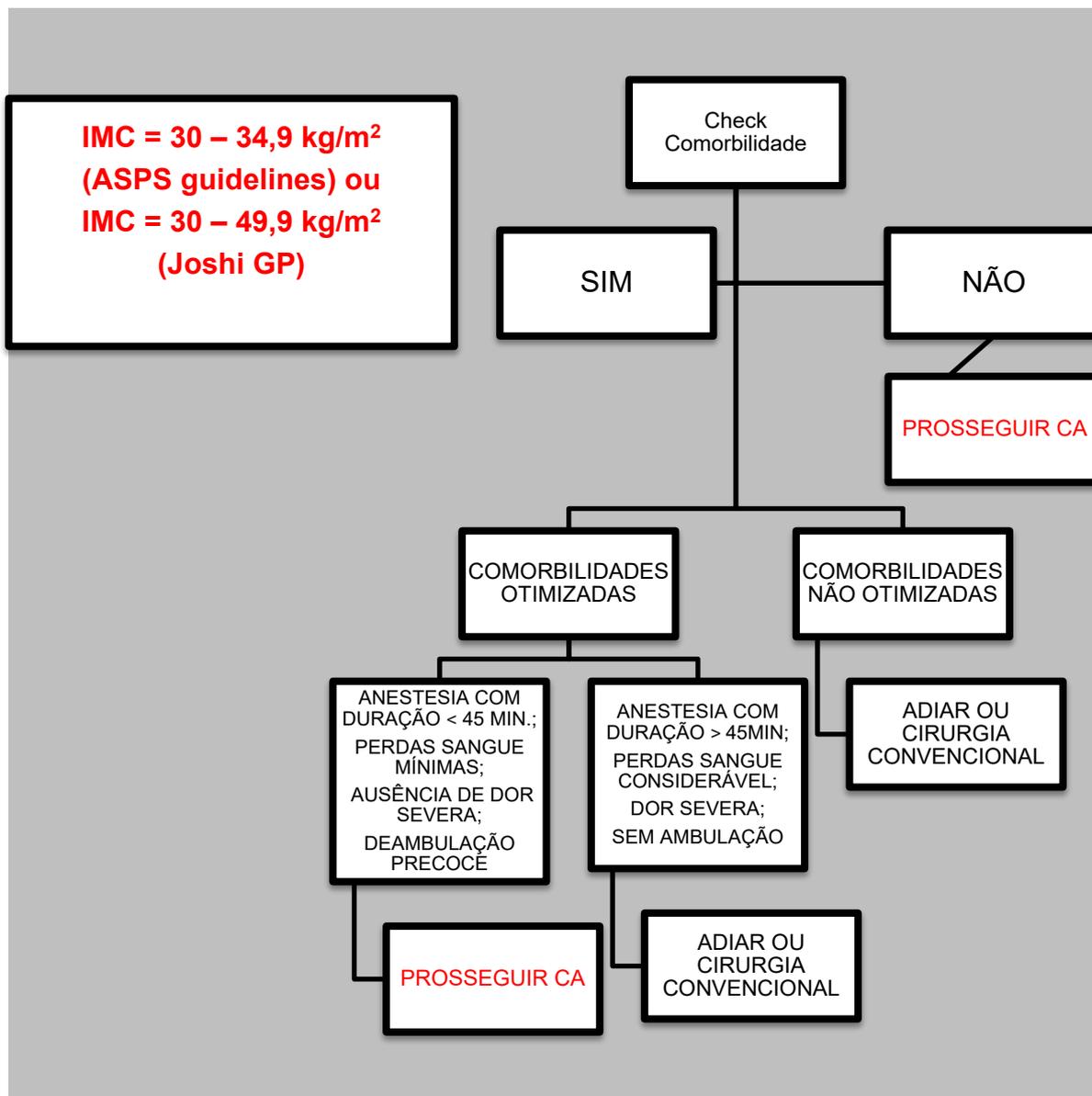




Tabela 5.2 – Critérios de Elegibilidade do Doente Obeso para CA (IMC 30-49,9kg/m²)





2. A referenciação dos doentes para a Consulta de Anestesiologia é efetuada de acordo com o Protocolo estabelecido com o Serviço de Anestesiologia (Anexo 4).

A avaliação pré-anestésica é da responsabilidade do anestesiolista e inclui:

A. Avaliação clínica:

A.1 História clínica do doente (diagnósticos atuais, medicação habitual, estado clínico, risco de reação alérgica)

A.2 Exame físico pré-anestésico (avaliação da via aérea, cardiovascular e pulmonar)

B. Seleção e temporização dos exames complementares pré – operatórios dependerão do risco clínico:

B.1 Co-morbidades de acordo com gravidade e sistemas (Tabela 6)

B.2 Risco cirúrgico associado à cirurgia de ambulatório (Tabela 7)

C. Na Consulta de Anestesiologia o doente preenche um questionário pré – operatório (Anexo 5) necessário para uma melhor avaliação do risco anestésico/cirúrgico e se necessário, são efetuados pedidos adicionais dos exames complementares de diagnóstico.

D. É fornecida a informação geral e específica sobre o procedimento anestésico previsto. Após as devidas explicações e a aceitação dessa proposta pelo doente, é assinado o Consentimento Informado específico para o ato anestésico proposto (Anexo 3).

O doente é informado sobre a manutenção ou suspensão da medicação habitual, tipo de anestesia planeada e necessidades de jejum. As recomendações sobre as medidas preventivas de tromboembolismo no peri-operatório são feitas de acordo com a Check- list do risco de tromboembólico (Anexo 6).

❖ A medição de parâmetros vitais é efetuada na consulta de Enfermagem pré-anestésica associada à consulta de Anestesiologia.



Tabela 6 – Co-morbilidades de acordo com gravidade e sistemas

	Doença sistémica ligeira ou ASA II	Doença sistémica grave ou ASA III ou IV
Patologia Cardiovascular		
Angina	Sem uso de nitratos SOS ou uso ocasional; Não inclui doentes com angina instável	Uso frequente de nitratos SOS (2-3x /semana) ou angina instável
Tolerância ao Exercício	Não limitante da atividade	Limitante da atividade
Hipertensão	Bem controlada com monoterapia	Mal controlada, necessitando de vários hipotensores
Diabetes mellitus	Bem controlada, sem complicações óbvias	Mal controlada, com complicações (ex: claudicação, diminuição função renal)
Revascularização Coronária Prévia	Sem relevância direta - depende dos sintomas e sinais atuais	
Patologia Respiratória		
DPOC	Tosse produtiva; dispneia bem controlada com inaladores; episódios de infeção respiratória aguda ocasionais	Dispneia para pequenos esforços; dispneia frequente; vários episódios de infeção respiratória aguda anuais
Asma	Bem controlada com medicação/inaladores; não limita estilo de vida	Mal controlada; limita estilo de vida; em altas doses de corticoides orais/ inalados; internamentos recentes por exacerbações da asma
Patologia Renal		
	Elevação Creatinina sérica (> 1,13mg/dl e <2,26mg/dl); algumas restrições da dieta	Diminuição da Função Renal documentada (Cr>2,26mg/dl); Programa de diálise regular (peritoneal ou hemodiálise)

Fonte: Traduzido e adaptado de www.nice.org.uk



Tabela 7 - Risco cirúrgico associado à cirurgia de ambulatório

BAIXO RISCO < 1%	RISCO INTERMÉDIO 1-5%
Mama	Cirurgia da cabeça e pescoço
Hérnias da parede abdominal	Colecistectomia
Proctológica	Cirurgia da hérnia do hiato
Dentária	Angioplastia arterial periférica
Ortopédica minor (meniscectomia)	
Reconstrutiva	
Endócrina: Tiroide	

- ❖ Deve ser ponderada a avaliação dos factores de risco cardiovasculares na presença de características clínicas específicas
- ❖ O risco cardiovascular é avaliado, através do *Modelo Lee*, utilizado na estratificação do risco anestésico (Tabela 8)

Tabela 8 - Factores de risco clínico de acordo com índice de risco cardíaco (Modelo de Lee)

FATORES DE RISCO
História de Doença Isquémica Cardíaca
Insuficiência Cardíaca
AVC / AIT
Insuficiência Renal (creatinina sérica > 170 mol/l ou 2mg/dl ou <i>clearance</i> creatinina < 60ml/min/1.73m)
Diabetes mellitus insulino-dependente



- ❖ A avaliação de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) deve ser efetuada de acordo com o questionário STOP BANG (Tabela 9)

Tabela 9 – STOP BANG

S	Snoring	Roncopatia	Ressona alto
T	Tiredness	Cansaço	Cansaço diurno
O	Observed	Apneia observada	Para de respirar
P	Pressure	Pressão Arterial	HTA tratada ou não
B	BMI	BMI > 35kg/m ²	
A	Age	Idade > 50 anos	
N	Neck	Circunferência pescoço > 43cm no homem; > 41cm na mulher	
G	Gender	Sexo masculino	

- ❖ Na avaliação e estratificação do doente idoso (para efeitos cirúrgicos é considerado o doente com > 75 anos) para além do reconhecimento e otimização das comorbilidades associadas (diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, a doença hepática e renal, o estado nutricional / hidratação antes da cirurgia), alguns aspetos merecem a especial atenção (Fig.1).

A avaliação cognitiva no idoso, usando o teste do relógio¹⁴, ou através de outros instrumentos como o Mini Mental Status Examination, o Short Portable Mental Status Questionnaire ou similares^{15,16,17} é essencial e deve ser realizada, documentada e registada na avaliação pré-operatória. Redução de 10% do peso, em três meses, é um importante sinal de desnutrição, porém a relação entre peso e altura fornece dados mais fidedignos, estando os níveis inferiores a 20 associados à desnutrição protéico-calórica. O parâmetro bioquímico mais utilizado é a albumina plasmática. A desidratação é a alteração hidro-eletrolítica mais frequente e associa-se, muitas vezes, a modificações eletrolíticas, principalmente relacionadas ao sódio, potássio, magnésio e cálcio. A fragilidade pode ser avaliada através da Escala Clínica de Fragilidade de Rock-Wood^{18,19} que inclui uma avaliação de fraqueza, perda de peso, cansaço, baixa atividade física, e diminuição da marcha.



- ❖ A obesidade infantil é um fator de risco independente na morbi /mortalidade peri-operatória, associada a um aumento significativo de co-morbilidades, nomeadamente SAOS com uma incidência de cerca de 59%. A avaliação da criança obesa é feita através da análise das curvas de percentis (P) do índice de massa corporal (IMC) – Tabela 10. O despiste de SAOS é mandatário. A abordagem peri-operatória é semelhante à do adulto, diferindo nos critérios de diagnóstico da SAOS (indicadores clínicos, história de aparente obstrução da VA durante o sono e sonolência) - Figura 2.

Tabela 10 – Classificação da Obesidade Infantil

	EXCESSO DE PESO	OBESIDADE
0 – 2 Anos	Peso/ Comprimento > P97	> P 99
2 – 5 Anos	IMC> P 97	> P 99
5 – 19 anos	IMC> P85	> P 97

Fig.1 - Particularidades na avaliação e estratificação do doente idoso

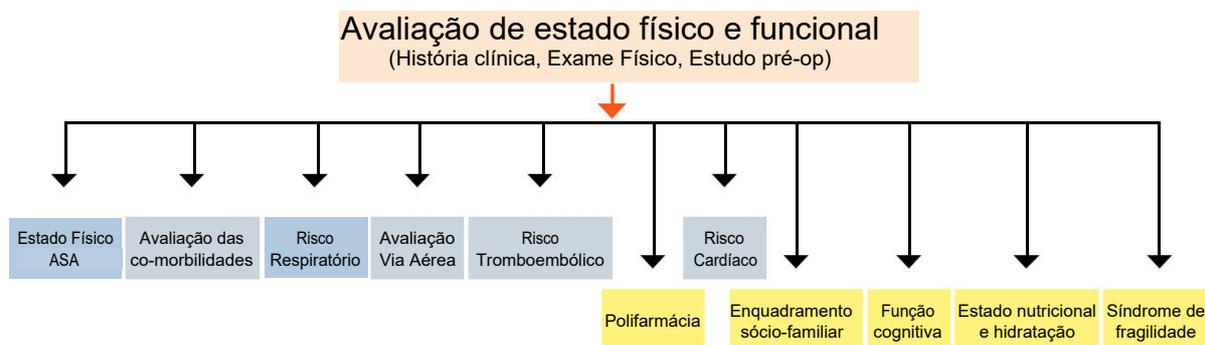
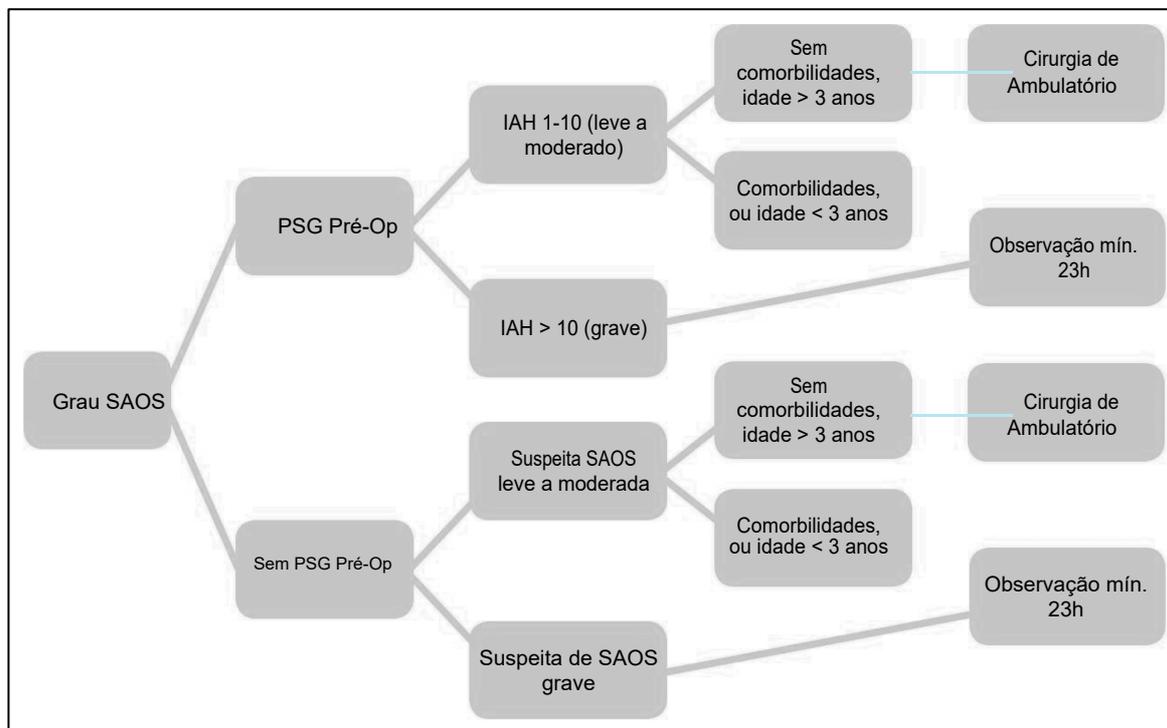


Fig. 2 – Avaliação pré-operatória da criança com SAOS



Adaptado: *Obstructive sleep apnoea in children: perioperative considerations, BJA 2013*⁹



3. A última etapa é opcional e compreende as explicações adicionais, nomeadamente sobre o vestuário, acompanhantes, acesso e percurso a realizar até à UCA e/ou uma visita guiada a esta Unidade. Esta etapa é efetuada pelos enfermeiros da UCA pois oferece as seguintes vantagens:

- Familiarização do doente com o espaço e pessoal, permitindo a diminuição de ansiedade do doente;
- Colheita de dados dos doentes, permitindo desta maneira, uma maior rapidez e eficácia no dia de admissão;
- Avaliação do doente, em termos de planeamento das necessidades individuais de cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato;
- Ensino para o alcance das capacidades máximas de autocuidado no pós-operatório.



ANEXO 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

O sucesso da cirurgia de ambulatório depende de uma cuidadosa seleção dos doentes e procedimentos adequados quer do ponto de vista cirúrgico, quer do ponto de vista anestésico.

A) Critérios Sociais:

1. Doente que compreende e aceita a proposta cirúrgica e as instruções dadas para o pré e pós-operatório
2. Saneamento básico
3. Domicílio fixo
4. Contacto telefónico
5. Transporte assegurado em veículo automóvel
6. Presença de acompanhante
7. Acompanhamento por adulto nas primeiras 24h de pós-operatório
8. Residência – tempo máximo de deslocação de 60min.
9. Unidade Hospitalar com SU perto do local de residência

B) Critérios Clínicos

1. Doentes clínica e psiquicamente estáveis
2. Idade fisiológica deve ser considerada em vez da idade nominal. Exceção: Prematuros que têm que ter 60 semanas pós gestação (risco de apneia da prematuridade)
3. ASA I e ASA II (segundo a American Society of Anesthesiologists)
4. ASA III (caso preencham os critérios definidos) e eventualmente ASA IV
5. A intervenção cirúrgica deve ter uma duração inferior a 120min.
6. Perdas sanguíneas mínimas (inferior a 200ml)
7. Probabilidade de complicações pós-operatórias mínimas
8. Controle da dor pós-operatória eficaz por via oral



C) Critérios de Inclusão de utentes ASA III

Os utentes ASA III podem ser incluídos no programa de Cirurgia do Ambulatório caso preencham os seguintes critérios:

1. Devem ter boa capacidade funcional (pode subir um lance de escadas sem parar)
2. Não seja necessário posições prona ou sentado / cadeirão
3. Stent coronário deve estar colocado há > 12 meses; já não devem ser mantidos com Clopidogrel (não interromper simplesmente para a cirurgia), é permitido a manutenção da terapêutica com Ácido Acetilsalicílico no pré-operatório
4. Doente com CDI só se não está prevista a utilização de eletrocautério
5. Não há história de insuficiência cardíaca congestiva
6. Hipertensão arterial controlada
7. Doentes com DPOC ligeira a moderada, não oxigénio ou córtico-dependentes
8. Doente com CPAP <12 cm H2O
9. DMID e DMNID controlada
10. Não haja risco para hipertermia maligna
11. Não haja distúrbios hemorrágicos
12. Doente com doença renal crónica sem necessidade de hemodiálise ou diálise peritoneal
13. Doente com IMC > 40 terá de ser avaliado por um anestesiológista antes do dia da cirurgia

Todos os utentes ASA III devem ser avaliados uma semana antes da cirurgia por um anestesiológista da UCA.

D) Critérios de Inclusão de utentes ASA IV

Os utentes ASA IV somente submetidos a anestesia local necessitam de ser cuidadosamente avaliados pré-operatoriamente e selecionados caso a caso, devem estar hemodinamicamente estáveis e suportar a posição de decúbito dorsal.

E) Contra - indicações absolutas para Cirurgia de Ambulatório:

1. Suspeita de Hipertermia Maligna
2. Porfíria
3. Alterações da hemóstase
4. Anemia de células falciformes
5. Esclerose múltipla
6. Doenças do foro psiquiátrico não controladas
7. Stent coronário há < 12 meses



8. Doente com CDI, a menos que não se use eletrocautério
9. Doenças cardiovasculares graves
10. Doenças respiratórias graves
11. SAOS com CPAP > 12cm H2O
12. Uso e abuso de fármacos/drogas
13. Vias aéreas de difícil acesso
14. Dificuldades de mobilização
15. Doenças endócrinas ou genéticas não controladas
16. Previsibilidade de difícil controle da dor, hemorragia ou drenagem abundantes no pós-operatório
17. Imobilização prolongada no pós-operatório
18. Cirurgias emergentes
19. Intervenções cirúrgicas superiores a 4h
20. Criança com SAOS:
 - a) idade <3 anos
 - b) falta de adesão aos dispositivos de pressão positiva no pós-operatório
 - c) falta de acompanhamento adequado no pós-operatório



ANEXO 2 – FOLHETOS INFORMATIVOS

No sentido de facilitar a compreensão de recomendações a seguir antes de cirurgia e após a alta hospitalar, os folhetos deverão ir ao encontro daquelas que são as principais dúvidas e inquietações do utente da UCA, a forma de as superar e onde recorrer caso necessário, fornecendo-lhe confiança e segurança no sistema.

Existem duas categorias de informação ao doente: geral e específica.

Informação geral refere-se a aspetos organizacionais da UCA e suas práticas e procedimentos. Identifica a localização e dá outra informação útil, por exemplo morada, números de telefone, informação sobre transportes públicos, estacionamento, etc. Inclui ainda informação geral sobre todos os procedimentos realizados na cirurgia do ambulatório, isto é critérios de inclusão, etc. Os procedimentos específicos referem informação clínica tendo em vista a situação clínica do doente e a sua intervenção cirúrgica. Deve existir um folheto para cada intervenção realizada na UCA, isto porque folhetos referindo mais do que uma intervenção poderão confundir o doente. A informação deverá incluir pormenores acerca da situação clínica, o porquê e como será realizado o procedimento, procedimento pré operatório específico e instruções sobre o recobro pós-operatório, tais como os cuidados com a sutura operatória.

Assim, estes documentos devem conter a informação acerca de:

1. Patologia e intervenção cirúrgica (descrição simples da patologia, o que vai acontecer durante a cirurgia e complicações que podem suceder)
2. Informação pré-operatória (local e hora, jejum, medicação habitual, etc.)
3. Informação pós-operatória (alimentação, medicação, penso, higiene pessoal, exercício físico, consultas de seguimento, etc.)
4. Sinais e sintomas mais frequentes esperados no pós-operatório e quando contactar o médico
5. Contactos telefónicos caso dúvidas ou situações de urgência
6. Informação de que será contactado nas primeiras 24 horas pela enfermagem da UCA



ANEXO 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente:

Nome do procedimento: (se possível nome técnico e designação comum)

Objetivo:

Modo de realização:

Efeitos esperados e eventuais benefícios:

Alternativas terapêuticas:

Riscos/complicações: (frequência e gravidade no geral e neste doente em particular)

Outras informações:

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico: _____ Nº mecanográfico: _____

Assinatura:

Data:



CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e autorizo a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados que, por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da doença. Em qualquer caso, será omitida a identidade e garantida a confidencialidade dos dados.

O doente / representante legal

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o menor:

Assinatura:

RECUSA DO PROCEDIMENTO MÉDICO

Não autorizo a realização do ato proposto e assumo as consequências que daí possam resultar.

O doente /representante legal

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o menor:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

De forma livre e consciente decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente /representante legal

Nome:

Data:

BI/CC:

Parentesco com o menor:

Assinatura:



ANEXO 4 - REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES PARA A CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA PRÉ-OPERATÓRIA

PROTOCOLO DA UCA COM O SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

O Protocolo da UCA com o Serviço de Anestesiologia baseia-se na Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos, Norma da DGS Nº 029/2013, atualizada a 24/04/2015.

A Avaliação pré-anestésica é um fator de segurança e qualidade imprescindível para todos os doentes cirúrgicos e é a responsabilidade de Anestesiologista. Dependendo do risco cirúrgico e co-morbilidades do doente, a avaliação pré-anestésica é efetuada ou no próprio dia da cirurgia ou em consulta externa prévia.

Atendendo que os procedimentos cirúrgicos na UCA são de baixo ou intermédio risco cirúrgico, em doentes sem doenças sistémica (ASA I) ou com doenças sistémicas ligeiras (ASA II) bem controladas esta avaliação é efetuada no dia da cirurgia.

Os doentes ASA II com suspeita de doença pouco controlada ou de via aérea difícil e os doentes com doenças sistémicas graves (ASA III) devem ser avaliados no âmbito de uma consulta externa antes do dia de procedimento. A temporalização desta avaliação dependerá da patologia do doente e do tipo de cirurgia proposta.

Exceção: Doentes com patologia da tiroidea

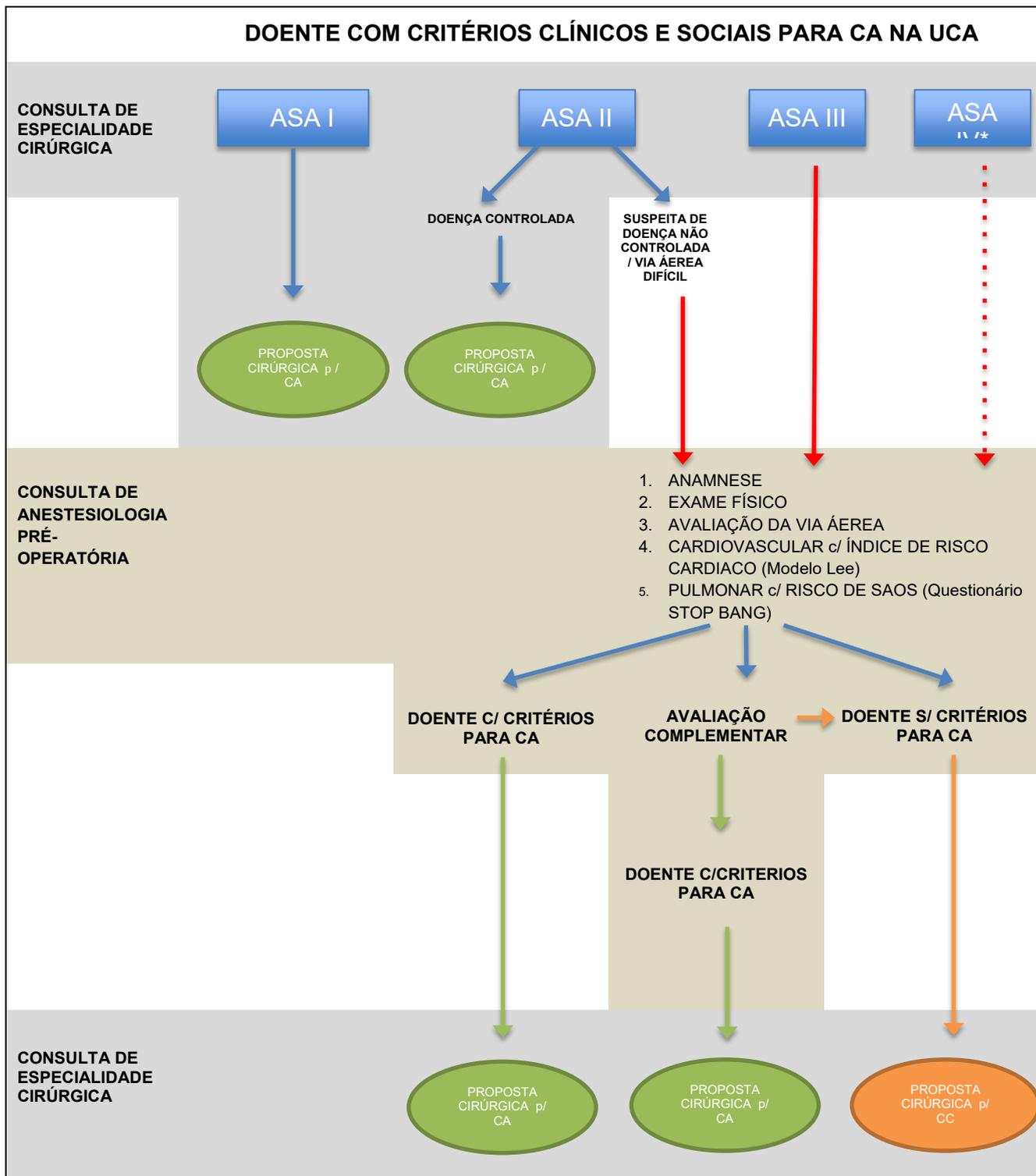
Devido as particularidades da cirurgia da glândula de tiroidea e risco aumentado de desvio da traqueia e entubação difícil, todos os doentes com esta patologia independente da ASA atribuído são avaliados em consulta externa da anestesiologia

DOENTE	AVALIAÇÃO ANESTÉSICA	
	DIA DA CIRURGIA	CONSULTA EXTERNA PRÉVIA
ASA I	✓	
ASA II	± ✓	± ✓
ASA III		✓

No âmbito de uma consulta externa a avaliação é destinada a obter informação sobre comorbilidades do doente, medicação habitual, estado clínico, antecedentes anestésicos, para além do exame físico que deve incluir avaliação da via aérea, cardiovascular, pulmonar ou outra patologia. Por outro lado, a avaliação em consulta externa permite informar/esclarecer o doente sobre a técnica e o risco da intervenção anestésica, solicitar e obter o seu consentimento escrito para a anestesia proposta, assim como, e se for caso disso, otimizar clinicamente o doente antes daquela.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA: REFERENCIAÇÃO A CONSULTA EXTERNA DE ANESTESIOLOGIA PARA O DOENTE PROPOSTO PARA SER INTEVENCIONADO NA UCA

* Intervenções cirúrgicas / procedimentos invasivos só com anestesia local
CC – Cirurgia Convencional





ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO

QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO

NOME:

NSC:

IDADE:

SEXO: M F

Colocar uma cruz na resposta verdadeira

1 - Critérios de seleção social

1.1 Tem telefone em casa?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
1.2 Tem fácil acesso à casa de banho?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
1.3 Tem necessidade de subir escadas?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
1.4 Tem alguém para cuidar de si em casa?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
1.5 Tem alguém para o levar para casa?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>

2 - Avaliação médica

2.1 Tem dor torácica ou falta de ar quando sobe dois lances de escadas?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.2 Tem dor no peito mais do que uma vez por mês?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.3 Teve um ataque cardíaco nos últimos 12 meses?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.4 Tem ataques de asma mais do que 1 vez por mês?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.5 Tem ataques de epilepsia?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.6 Está a ser tratado com insulina para a diabetes?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.7 Está a ser tratado para alguma doença cardíaca?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.8 Está ser tratado para alguma doença renal?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.9 Está ser tratado para alguma doença hepática?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.10 Tem dificuldade na mobilidade do pescoço?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.11 Teve algum problema com algum anestésico?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
2.12 Tem familiares que tiveram problemas com anestésicos?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>



3 - Informação adicional

3.1 Tem alguma reação alérgica a medicamentos?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.2 Se mulher - pode estar grávida?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.3 Tem dentes soltos ou coroas dentárias?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.4 Tem pacemaker?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.5 Tem aparelho auditivo?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.6 Tem lentes de contacto?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.7 Tem hábitos tabágicos?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
3.8 Bebe mais do que 1 cerveja/2 copos de vinho/ 2 shots por dia?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>

4 - Escreva a lista de medicamentos que está a tomar

4.1 _____

4.2 _____

4.3 _____

4.4 _____

4.5 _____

5 - Indique a lista de cirurgias anteriores

5.1 _____

5.2 _____

5.3 _____

5.4 _____

5.5 _____

6 - Contacto em caso de emergência

Nome: _____

Relacionamento com o doente: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Muito obrigado!



ANEXO – 6 CHECK LIST DE TROMBOPROFILAXIA



CHECK-LIST DE TROMBOPROFILAXIA

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

IDADE:
PESO:
ALTURA:
IMC:

FATORES DE RISCO FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS E CIRÚRGICOS:

	SIM	NÃO	
1. TEMPO ANESTÉSICO/ CIRÚRGICO SUPERIOR A 90 MIN.			§
2. CIRURGIA PROPOSTA DO PERÍNEO/ MEMBROS INFERIORES SUPERIOR A 60 MIN.			§
3. ANTECEDENTES DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA/ TROMBOEMBOLISMO PULMONAR			§
4. HISTÓRIA DE NEOPLASIA ATIVA OU EM TRATAMENTO (TALIDOMIDA OU LENALIDOMIDA)			§
5. SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO			§
6. DÉFICE DE PROTEÍNA C, S OU AT III			§
7. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) SUPERIOR A 30 Kg/m ²			§
8. IDADE SUPERIOR A 60 ANOS			
9. MUTAÇÃO FATOR V LEIDEN			
10. MOBILIDADE REDUZIDA POR MAIS 3 DIAS			
11. MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA			
12. DIABETES MELLITUS			
13. VARIZES SIGNIFICATIVAS DOS MEMBROS INFERIORES			
14. SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS			
15. USO DE CONTRACEPTIVOS ORAIS/ TERAPÉUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO			
16. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL			
17. FATORES DE RISCO HEMORRÁGICO: # HEMORRAGIA ATIVA (ÚLCERAS ATIVAS, DIÁTASE HEMORRÁGICA) # COAGULOPATIA # INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA # INSUFICIÊNCIA RENAL # TERAPIA COM ANTICOAGULANTES ORAIS OU ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS # HTA SEVERA (230/120mmHg) # TROMBOCITOPENIA < 70.000 # COAGULOPATIA CONGÉNITA # HEMOFILIA A # DOENÇA DE VON WILLEBRAND			

§ - RISCO MAJOR

PROFILAXIA RECOMENDADA:

	SIM	NÃO
HIDRATAÇÃO ADEQUADA/ DEAMBULAÇÃO PRECOCE/ MOBILIZAÇÃO ATIVA DOS MEMBROS INFERIORES		
USO DE MEIAS ELÁSTICAS DE COMPRESSÃO GRADUAL (MECG)		
HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR (HBPM)		

MÉDICO/A:

Nº MEC.:

DATA: / /

UNIDADE DE
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551
www.chln.pt

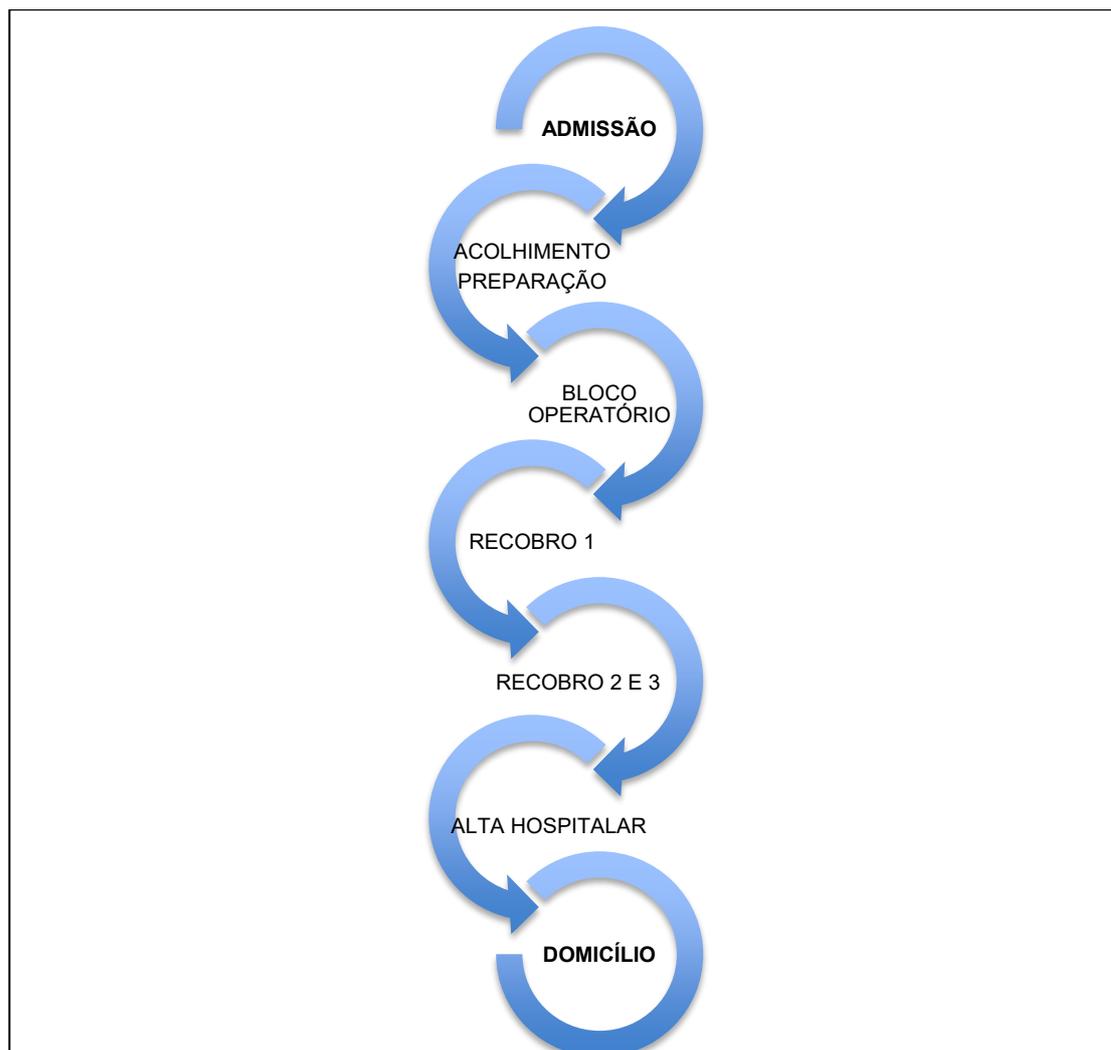
Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



2ª ETAPA – PER-OPERATÓRIO

O circuito do doente está representado no Fluxograma abaixo.

FLUXOGRAMA DA UCA



NOTA: Presença de acompanhante no recobro 1 apenas no caso da pediatria, possibilidade de acompanhante é permitida no recobro 2 e recobro 3

Esta etapa compreende a aplicação de protocolos clínicos, referentes a atividades específicas desenvolvidas na UCA. Os protocolos devem ser avaliados anualmente ou sempre que se justifique pelo Conselho Diretivo da UCA.



Os protocolos clínicos incluem:

1. Protocolos Cirúrgicos – Para cada patologia cirúrgica, é elaborado um protocolo específico. Neste protocolo está definido a constituição da equipa, preparação pré-operatória, os equipamentos, o material de apoio, os instrumentos cirúrgicos, o posicionamento do doente e descrição da intervenção cirúrgica em causa. Compete ao Interlocutor da especialidade e à Direção do respetivo Serviço, elaborar os protocolos para as várias cirurgias das suas áreas. Compete à chefia de enfermagem do bloco operatório incluir nestes protocolos as atividades inerentes às funções dos enfermeiros.

2. Protocolos Anestésicos – Define e descreve as diferentes técnicas anestésicas, fármacos utilizados e níveis de monitorização clínica, a utilizar pelos anestesiólogistas que têm atividade no programa da UCA.

3. Protocolo Recobro 1 (imediato) - Este protocolo define o percurso do utente desde o fim da intervenção cirúrgica até ao recobro imediato, bem como os cuidados prestados ao utente neste período. Deverá ser avaliado o bloqueio motor segundo a Escala de Avaliação de Bloqueio Motor (Anexo 7) e a analgesia pós-operatória segundo Escalas de Avaliação da Dor - doente adulto (Anexo 8). Deverá ter alta para o recobro 2 segundo os critérios de Aldrete (Anexo 9).

ANEXO 7 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO BLOQUEIO MOTOR

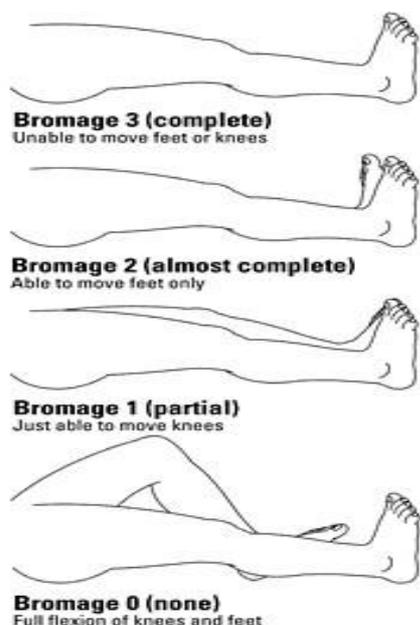
1. Considerações Gerais

Nos doentes submetidos a técnicas regionais que envolvem a administração de anestésicos locais, nomeadamente nos bloqueios do neuroeixo (bloqueio subaracnoideu ou epidural) e nos bloqueios de plexos ou nervos periféricos é indispensável proceder à avaliação regular e registo do grau de bloqueio motor, de modo a:

- Determinar o grau de função motora
- Prevenir o aparecimento de zonas de pressão
- Assegurar a deambulação segura do doente (se permitida)
- Detetar precocemente o aparecimento de complicações (por exemplo, hematoma ou abscesso epidural, no caso de doente estar medicado com analgesia por via epidural)

2. Escala de avaliação do grau de Bloqueio Motor

Nos doentes submetidos a anestesia por bloqueio subaracnoideu, ou anestesia/analgesia por via epidural lombar ou bloqueio de plexos ou nervos periféricos dos membros inferiores, a avaliação do grau de bloqueio motor dos membros inferiores deverá ser feita pela Escala de Bromage (Fig.3). Esta avaliação deverá ser sempre feita bilateralmente.



0 – Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés)

1 – Bloqueio parcial (é capaz de elevar os joelhos)

2 – Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés)

3 – Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés)

Escala de Bromage – Fig.3



Nos doentes com bloqueio do Plexo Braquial deverá ser feita a avaliação e registo do grau de bloqueio motor dos membros superiores, testando a extensão e flexão das mãos e dedos.

3. Periodicidade da monitorização do grau de Bloqueio Motor

3.1 A periodicidade da avaliação e registo do grau de bloqueio motor está definida em cada protocolo analgésico.

3.2 Além destas avaliações periódicas deverá também ser feito nas seguintes situações:

- Na chegada à UCPA, após a cirurgia
- No momento em que o doente tem alta da UCPA e regressa à UCA
- Antes de o doente iniciar deambulação (se permitida)

Em caso de:

- Existência de bloqueio motor completo ou quase completo (Grau 2 ou 3 da Escala de Bromage)
- Agravamento súbito do grau de bloqueio motor

INTERROMPER a administração do anestésico local e contactar a anestesiolegista de urgência.

ANEXO 8 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR (DOENTE ADULTO)

1. Escala Numérica Simples

O doente deverá classificar a intensidade da sua dor através de uma escala numérica de 10 pontos:



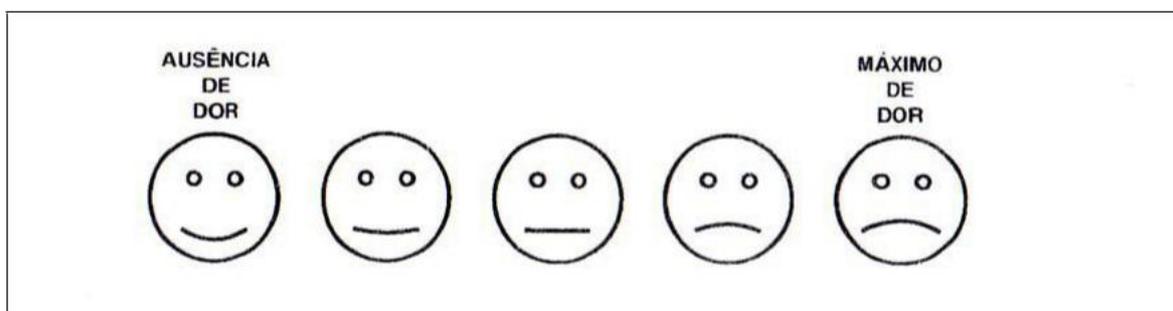
2. Escala Verbal Simples

O doente deverá classificar a intensidade da sua dor através dos adjetivos ausente, ligeira, moderada, intensa ou muito intensa:



3. Escala de Expressões Faciais

Consiste num pictograma de 5 faces, expressando níveis progressivos de dor, desde a face sorridente (sem dor) até à muito triste (dor muito intensa). Esta escala é adequada para avaliação da dor nos doentes com dificuldades de a expressar verbalmente, tais como doentes incapazes de falar, devido a dificuldades linguísticas ou outras. Esta escala é uma alternativa fidedigna à utilização da escala verbal simples para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas ligeiras, porém não deverá ser utilizada em doentes com alterações cognitivas graves.



Quadro I - Escala de Wong-Baker (modificada)



4. Escala CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators)

A escala CNPI é uma escala de observação comportamental, criada para avaliar a dor, em repouso e em movimento, em doentes com alterações cognitivas graves (por exemplo: idosos).

A escala está dividida em 5 itens comportamentais, geralmente observados em doentes idosos com dor, e inclui as vocalizações não verbais, as queixas verbais, a agitação, as expressões faciais e comportamentos como agarrar e massajar. Cada item é avaliado de forma dicotómica (1 = está presente, 0 = não está presente) quer em repouso quer em movimento.

A soma da classificação atribuída para cada um dos itens dará uma pontuação final para dor em repouso, e uma outra para dor com o movimento. A interpretação desta classificação é feita do seguinte modo:

	Em Repouso	Com Movimento
Vocalizações não verbais – Expressões não verbais de dor tais como gemidos, lamentos, choro, arfar, suspirar		
Queixas verbais – Expressão verbal da dor utilizando palavras tais como “ai” ou “dói”; praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto tais como “já chega” ou “pára” utilizando palavras tais como “ai” ou “dói”; praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto tais como “já chega” ou “pára”		
Agitação – Mudança de posição constante ou intermitente, balançar, movimentos das mãos constantes ou intermitentes, incapacidade de se manter quieto		
Expressões faciais – Testa “franzida”, olhos semicerrados, lábios cerrados, mandíbula caída, dentes cerrados, expressão distorcida		
Agarrar – Agarrar-se à cama, às proteções laterais da cama ou à área afectada durante o movimento		
PONTUAÇÃO		

Pontuação de 0 – Ausência de dor

Pontuação de 1 - 2 – Dor Ligeira

Pontuação de 3 - 4 – Dor Moderada

Pontuação de 5 – Dor Intensa



ANEXO 9 - CRITÉRIOS DE ALDRETE MODIFICADOS

Critérios de Aldrete Modificados

SINAIS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Atividade	Capaz de mobilizar os 4 membros voluntariamente ou quando solicitado	2
	Capaz de mobilizar os 2 membros voluntariamente ou quando solicitado	1
	Capaz de mobilizar 0 membros voluntariamente ou quando solicitado	0
Respiração	Respira profundamente e tosse livremente	2
	Dispneico ou com limitação da respiração	1
	Apneico	0
Circulação	Pressão arterial em +/- 20% do valor pré – anestésico	2
	Pressão arterial em +/- 20% - 50% do valor pré – anestésico	1
	Pressão arterial em +/- 50% do valor pré - anestésico	0
Consciência	Totalmente acordado	2
	Desperta quando solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	Sat O ₂ > 92% - ar ambiente	2
	Necessita de aporte de O ₂ para manter Sat O ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com aporte de O ₂	0

A alta da unidade de cuidados pós anestésicos será dada quando o doente obtenha uma contagem global ≥ 9 .

4. Protocolo Recobro 2 (tardio) – Este protocolo define o percurso do utente desde a admissão no recobro tardio, bem como os cuidados prestados ao utente neste período.

5. Protocolo Recobro 3 (tardio) – Este protocolo define o percurso do utente desde a admissão no recobro tardio até à alta, bem como os cuidados prestados ao utente neste período.

6. Protocolo de Analgesia Pós-Operatória durante a permanência do doente na UCA:
As prescrições devem ser efetuadas de acordo com as recomendações da APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória) para o tratamento da dor aguda pós-operatória em Cirurgia de Ambulatório e avaliadas segundo Escalas de Avaliação da Dor - doente adulto (Anexo 10).



**ANEXO 10 - Recomendações da APCA para o tratamento de dor
aguda no pós-operatório imediato do adulto**

DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR SEVERA
Paracetamol (1gr e.v., repetível após 4-6h) + Anestésico local (infiltração ferida operatória / BNP) +/- AINE (tradicional ou coxibe)	Paracetamol (1gr e.v., repetível após 4-6h) + Anestésico local (infiltração ferida operatória / BNP / instilação intra-articular) + AINE (tradicional ou coxibe) +/- Opióide (ex: tramadol; codeína; profilaxia NVPO)	Paracetamol (1gr e.v., repetível após 4-6h) + Anestésico local (infiltração da ferida operatória; BNP com ou sem cateter; instilação intra- articular / intracavitária +/- adjuvantes; bloqueios centrais) + AINE (tradicional ou coxibe) + Opióide (ex: tramadol; codeína; profilaxia NVPO)

7. Protocolo de Prevenção de Náuseas e Vômitos – Este protocolo estratifica, em diferentes graus, a probabilidade de incidência de náuseas e vômitos dos utentes propostos para cirurgia, atribuindo a cada um deles uma intervenção farmacológica para diminuir a sua incidência no pós-operatório.

PROFILAXIA E TRATAMENTO DE NVPO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DO ADULTO		
ESCALA DE APFEL MODIFICADA		
FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO	GRAU DE RISCO
Sexo feminino	1	0 FR = 10%
Não fumador	1	1 FR = 10-20%
História de NVPO ou Cinetose	1	2 FR = 30-40%
Opióides pós-operatórios	1	3 FR = 50-60%
TOTAL	0 a 4	4 FR = 70-80%



PROFILAXIA DE NVPO NO ADULTO

RISCO BAIXO (0-1FR)	RISCO MODERADO (2FR)	RISCO ELEVADO (3-4FR)
↓	↓	↓
<p>Sem profilaxia</p> <p>*Profilaxia, se vômito implica risco cirúrgico aumentado</p>	<p>Considerar profilaxia com monoterapia ou terapia dupla</p> <p>Escolher entre:</p> <p>*Droperidol 0,625-1,25m IV</p> <p>*Ondansetron 4mg IV</p> <p>*Dexametasona 4-5mg IV</p>	<p>Profilaxia com 2 ou 3 fármacos associados</p> <p>*Droperidol 0,625-1,25m IV</p> <p>*Ondansetron 4mg IV</p> <p>*Dexametasona 4-5mg IV</p>
<p>Medidas de redução do risco basal: 1. Preferir a anestesia loco-regional; 2. Propofol na indução e manutenção anestésica; 3. Evitar o N₂O; 4. Minimizar os halogenados; 5. Minimizar os opióides intra e pós-operatório; 6. Minimizar a neostigmina; 7. Hidratação adequada, 8. Ansiólise adequada.</p>		

TRATAMENTO DE NVPO NO ADULTO

COM PROFILAXIA PRÉVIA		SEM PROFILAXIA PRÉVIA
↓	↓	↓
<p>Se < 6 horas</p> <p>*Utilizar antiemético de classe diferente do usado na profilaxia;</p> <p>*Se terapêutica tripla fazer propofol 20mg IV (doente monitorizado em UCPA)</p>	<p>Se > 6 horas</p> <p>*Utilizar antiemético de classe diferente do usado na profilaxia;</p> <p>*Droperidol 0,625mg IV</p> <p>*Ondansetron 1mg IV</p> <p>* Não repetir a Dexametasona</p>	<p>*Ondansetron 1mg IV OU</p> <p>*Droperidol 0,625mg IV</p> <p>*Dexametasona 2 a 4mg IV OU</p> <p>*Propofol 20 mg IV em doente monitorizado</p>
<p>Excluir causas de vômitos (dor, obstrução, iatrogenia...)</p>		



PROFILAXIA E TRATAMENTO DE NVPO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DA CRIANÇA
ESCALA DE EBERHART MODIFICADA

FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO	GRAU DE RISCO
Idade ≥ 3 anos	1	0 FR = 9%
Cir. Estrabismo, Adenoidectomia/Amigdalectomia	1	1 FR = 10%
História de VPO/NVPO em familiares ou "Motion Sickness"	1	2 FR = 30%
Duração de cirurgia >30 min.	1	3 FR = 55%
TOTAL	0 a 4	4 FR = 70%

*Evitar exceder duração do jejum recomendado; *Prescrever medicação pré-anestésica; *Hidratação adequada; *Minimizar o uso de halogenados, se possível; *Preferir a anestesia loco-regional em vez de geral; *Utilizar propofol na indução e manutenção anestésica; *Minimizar o uso de opioides intra e pós-operatório; *Evitar a neostigmina

RISCO BAIXO (0-1FR)			RISCO MODERADO (2FR)			RISCO ELEVADO (3-4FR)		
↓			↓			↓		
Ponderar Monoterapia EV: *Ondansetron ou Dexametasona			Terapia dupla EV, optar entre: *Ondansetron + Dexametasona (1ª escolha)			Terapia dupla ou tripla EV: *Ondansetron *Dexametasona *Droperidol		
FÁRMACO			DOSE			TIMING ADMINISTRAÇÃO		
Ondansetron			0,05mg-0,1mg/kg até 4mg			Fim cirurgia		
Dexametasona			0,15mg/kg até 5mg			Na indução		
Droperidol			0,015mg/kg até 1,25mg			Fim cirurgia		

DOENTES COM VÓMITOS

SEM PROFILAXIA OU SÓ DEXAMETASONA	COM PROFILAXIA PRÉVIA	
*Ondansetron 0,05mg/kg EV até 1mg	*Terapia dupla	→ *Administrar fármaco de classe diferente (exceto Dexametasona)
	*Terapia tripla	→ Se < 6h após profilaxia, administrar Propofol 0,5 a 1mg/kg até 20 mg (UCPA)
		→ Se > 6h após profilaxia, repetir Ondansetron 0,05mg/kg EV até 1mg ou Droperidol 0,015mg/kg EV até 0,625mg



PROFILAXIA E TRATAMENTO DE NVPO DO ADULTO APÓS ALTA HOSPITALAR EM CA ESCALA DE APFEL MODIFICADA		
FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO	GRAU DE RISCO
Sexo feminino	1	0 FR = 10%
Não fumador	1	1 FR = 10-20%
História de NVPO ou Cinetose	1	2 FR = 30-40%
Opióides pós-operatórios	1	3 FR = 50-60%
TOTAL	0 a 4	4 FR = 70-80%

RISCO BAIXO (0-2FR)	RISCO MODERADO (3-4FR)	DOENTES QUE TIVERAM NAÚSEAS OU VÔMITOS ANTES DA ALTA
-------------------------------	-------------------------------	---



	CIRURGIA SEM ELEVADO RISCO	CIRURGIA DE ELEVADO RISCO	
↓	↓	↓	↓
Sem profilaxia	Sem profilaxia	Ondansetron 8mg 3cp (orodispersíveis) *1 cp na altura da alta *1 cp na primeira manhã de pós-operatório *1 cp na segunda manhã de pós-operatório Acupressão P6	
Medidas para reduzir o risco basal (aplicáveis a todos os doentes): 1) Adequada profilaxia no intra-operatório 2) Não iniciar a ingesta alimentar contra a vontade do doente, a alta hospitalar não está condicionada pelo início da ingestão de alimentos 3) Sempre que possível, reintroduzir a dieta durante a permanência hospitalar. Iniciar com líquidos claros, água, chá, sumos sem polpa e sem gás 4) Reintroduzir alimentos sólidos, iogurte, gelatina, fruta e sopa se tolerância aos líquidos 5) Nas primeiras 24 horas fazer reforço hídrico e apenas fazer refeições ligeiras e fracionadas. Evitar excesso de gorduras, alimentos muito condimentados e bebidas alcoólicas			



8. Protocolo de Alta – Define os critérios necessários para que a alta clínica de um doente seja dada com segurança, tendo por base as normas da Cirurgia de Ambulatório e a necessidade de orientação apropriada à situação em causa (“home readiness”). Tem sido aceite o uso da escala Modified Postanaesthesia Discharge Scoring System (MPADSS) que avalia os sinais vitais, a existência de náuseas e vômitos, dor, hemorragia e atividade funcional do doente (Anexo 11). A obrigatoriedade de ingestão oral e a micção espontânea antes da alta são os critérios controversos e não fazem parte desta escala. Contudo, a decisão de dar alta a um doente sem micção prévia deverá ter em conta a presença de fatores que estão relacionados com a retenção urinária prévia (Tabela 11) e os fatores intra e pós-operatórios que podem contribuir para o mesmo.

Nota: A retenção urinária é definida como um volume urinário na bexiga superior a 500 ml associado a incapacidade de urinar ou a presença de resíduo pós-miccional superior a 500 ml.

Idade > 70 anos
Sexo masculino
Cirurgia de hérnia inguinal, cirurgia ano retal
Sintomas prévios de retenção urinária
História de cirurgia pélvica
Doença neurológica (lesão cerebral e espinhal, neuropatia diabética e alcoólica)
Medicação (bloqueadores alfa e beta)

Tabela 11 - Fatores de Risco de Retenção urinária pós-operatória no adulto



ANEXO 11 - SISTEMA DE SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICO (MPADSS)

SINAIS	PARÂMETROS	SCORE
Sinais Vitais Os sinais vitais devem ser estáveis e consistentes em relação à idade e aos valores pré operatórios	Pressão arterial e Frequência cardíaca cerca de 20% do valor pré operatório	2
	Pressão arterial e Frequência cardíaca entre 20% - 40% do valor pré operatório	1
	Pressão arterial e Frequência cardíaca > 40% do valor pré operatório	0
Nível de Atividade Os doentes devem ser capazes de movimentar-se como no pré operatório	Andar normalmente, sem vertigens, como no pré operatório	2
	Necessita de ajuda	1
	Incapaz de andar	0
Náuseas e Vômitos Os doentes devem ter o mínimo de náuseas ou vômitos antes da alta	Ligeiro: Tratamento bem sucedido com a medicação	2
	Moderado: Tratamento bem sucedido com a medicação IM	1
	Grave: Continua sintomatologia após medicação repetida	0
Dor Os doentes devem ter mínima dor ou nenhuma antes da alta O nível da dor que o doente tem deve ser aceite pelo doente A dor deve ser controlada por analgésicos orais A localização, tipo, e intensidade da dor deve ser consistente, antecipando o desconforto pós-operatório	Dor aceitável	2
	Dor não aceitável	1
Hemorragia A hemorragia pós-operatória deve ser de acordo com a esperada perca sanguínea para o procedimento efetuado	Ligeira: Não necessita de mudança de penso	2
	Moderado: Necessita até duas mudanças de penso	1
	Grave: Necessita mais do que três mudanças de penso	0

*Total possível score = 10
Doentes com um score ≥ 9 podem ter alta*



3ª ETAPA – PÓS-OPERATÓRIO

1. O doente submetido a intervenção cirúrgica na UCA deve ter a informação verbal e escrita com cuidados a seguir no pós-operatório:

- ❖ Carta para o médico e enfermeiro de família
- ❖ Guia de pensos para o enfermeiro da Unidade de Saúde Familiar ou Centro de Saúde
- ❖ Folheto informativo com recomendações acerca de medicação, alimentação, repouso
- ❖ Contacto telefónico em caso de dúvidas ou urgência, etc.

2. Fornecimento de medicação para os doentes submetidos a intervenção cirúrgica na UCA: Decreto-Lei nº 75/2013 de 4 de Junho prevê a dispensa de medicamentos pelo estabelecimento hospitalar para os doentes operados em Cirurgia de Ambulatório. A dispensa abrange medicamentos passíveis de serem administrados por via oral, rectal ou tópica, em formulações orais sólidas ou líquidas, supositórios ou colírios pertencentes aos seguintes grupos farmacológicos:

Analgésicos	Analgésicos estupefacientes
Paracetamol comp. 500mg Paracetamol sup. 1gr Paracetamol sup infantil 250mg Paracetamol sup júnior 500mg Paracetamol xarope 40mg/ml frs 85ml Paracetamol comp efervescente 1gr Metamizol caps 575mg	Tramadol comp retard 100mg Tramadol comp 50mg Tramadol sup 100mg Tramadol 10% sol oral frs
Anti-inflamatórios não esteroides	Antieméticos
Naproxeno comp 500mg Naproxeno comp 250mg Naproxeno sup 250mg Ibuprofeno comp 400mg Ibuprofeno comp 200mg Ibuprofeno susp oral 2% frs 200ml	Metoclopramida comp 10mg Metoclopramida sol oral 0,1% frs 200ml
Protetores da mucosa gástrica	Inibidores da bomba de prótons
Sucralfato susp oral 20% saqueta Sucralfato comp 1gr	Omeprazol caps 20mg

A quantidade de medicamentos dispensada é a quantidade necessária para o tratamento da dor nos primeiros sete dias após a intervenção cirúrgica.



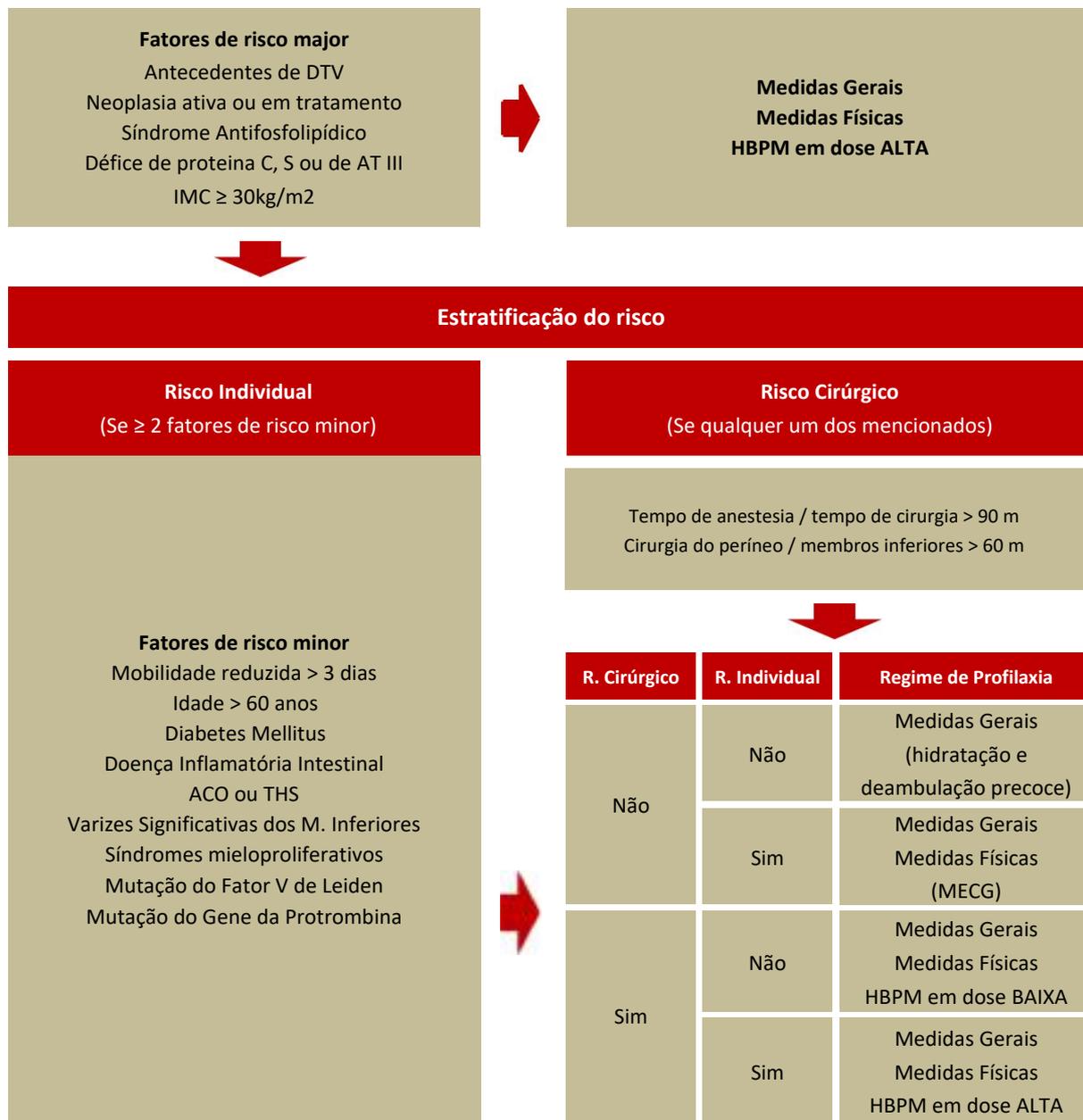
3. A trombopprofilaxia tem como objectivo a prevenção da trombose venosa e embolia pulmonar após a cirurgia. No contexto da cirurgia do ambulatório, a trombopprofilaxia inclui medidas gerais, hidratação e deambulação precoce e/ ou medidas medicamentosas. As terapêuticas medicamentosas são feitas com utilização de uma dose profilática diária de Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), de forma injetável. A primeira injeção é administrada seis horas após o fim da cirurgia, mantendo-se uma injeção diária durante pelo menos sete dias ou até retomar a mobilidade normal. Estas prescrições devem ser efetuadas de acordo com as recomendações da APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório). A profilaxia do tromboembolismo no obeso deve ser mantida durante 10-14 dias após a intervenção cirúrgica, de acordo com a Tabela 12.

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO NO OBESO	
PESO IDEAL	ENOXIPARINA-PROFILACTICA
50-100 KG	40 mg/d
100-150 kg	40 mg 12/12h
> 150 kg	60mg 12/12h (dose máx. recomendada diária)

Tabela 12 - Profilaxia do tromboembolismo no obeso



ALGORITMO DE TROMBOPROFILAXIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO





4. Recomendações da APCA para analgesia em pediatria em cirurgia de ambulatório

RECOMENDAÇÕES PARA ANALGESIA EM PEDIATRIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Escalas Avaliação de Dor na Criança

- **4 anos:** FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
- **4-6 anos:** FPS-R (Faces Pain Scale-revised), Escala de faces de Wong-Baker
- **6 anos:** Escala numérica; Escala visual analógica; Escala qualitativa; FPS-R (Faces Pain Scale-revised), Escala de faces de Wong-Baker

Analgesia pós-operatória segundo escala de dor

<p>DOR LIGEIRA - PER OPERATÓRIO Paracetamol 20mg/Kg, IV + AINE IV OU Infiltração da ferida operatória; BNP; Bloqueios neuroeixo</p>	<p>DOR LIGEIRA - PARA O DOMICÍLIO Paracetamol 15mg/Kg, 6/6h, po; 20mg/Kg, 6/6h, rectal Duração até 5 dias</p>
<p>DOR MODERADA - PER OPERATÓRIO Paracetamol 20mg/Kg, IV + AINE IV + Infiltração da ferida operatória; BNP; Bloqueios neuroeixo OU Opióides</p>	<p>DOR MODERADA - PARA O DOMICÍLIO Paracetamol 15mg/Kg, 6/6h, po; 20mg/Kg, 6/6h, rectal + AINE po Duração até 7 dias</p>
<p>DOR SEVERA - PER OPERATÓRIO Paracetamol 20mg/Kg, IV + AINE IV + Infiltração da ferida operatória; BNP; Bloqueios neuroeixo + Opióides</p>	<p>DOR SEVERA - PARA O DOMICÍLIO Paracetamol 15mg/Kg, 6/6h, pos; 20mg/Kg, 6/6h, rectal + AINE po + Opióides Tramadol 1 a 2mg/Kg de 8/8h Codeína 0,5 a 1mg/Kg 6/6h, po Duração até 7 dias</p>

Tratamento da ansiedade pré-operatória e agitação pós-operatória

- Observação durante 5 a 10 min. especialmente se sevoflurano usado no intra-operatório
- Medidas de suporte: medidas de conforto, distração, ver TV, jogos, aquecimento, outras
- Excluir outras causas de agitação como acessos venosos, penso
- Iniciar analgesia em escalada
- Administração de fármacos sedativos: pequenas quantidades de propofol (0,5mg/Kg), na fase 1 de recobro

RECOMENDAÇÕES PARA ANALGESIA EM PEDIATRIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Escalas Avaliação de Dor na Criança

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)	ESCALAS NUMÉRICAS E VISUAIS ANALÓGICAS DA INTENSIDADE DA DOR (referências 4, 5, 6)
<p>FACE: 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso; 1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada; 2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico.</p>	<p>ESCALA NUMÉRICA DE 0 A 10</p>
<p>PERNAS: 0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal e movimentação dos membros inferiores e superiores; 1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais; 2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas, aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos.</p>	<p>ESCALA DE DESCRITORES VERBAIS</p> <p>Sem Dor Dor Leve Dor Moderada Dor Intensa Dor Insuportável</p>
<p>ACTIVIDADE: 0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica; 1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes; 2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular.</p>	<p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA</p>
<p>CHORO: 0 = Sem choro/verbalização; 1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais; 2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes.</p>	<p>ESCALA DE FACES WONG BAKER</p>
<p>CONSOLABILIDADE: 0 = Satisfeita e relaxada; 1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída; 2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto.</p>	<p>ESCALA DE FACES REVISTA</p>

Fármacos e doses

	Administração Oral	Administração Rectal	Administração IV
Paracetamol	Dose de carga: 20mg/Kg Doses seguintes: 10 a 15 mg/Kg q6h	Dose de carga: 30-40 mg/Kg Doses seguintes: 20mg/Kg q6h; máximo 90mg/Kg/dia até 4g/dia	10 a 15 mg/Kg q6h
Diclofenac	>1 Ano 1mg/Kg q8h (Máx. 150mg/dia)	>1 A 1mg/Kg q8h (Máx. 150mg/dia)	
Ibuprofeno	>6 Meses / 7Kg, 10mg/Kg q8h (Máx. 800mg)		
Cetorolac	<50Kg; 0,5mg/Kg até 15mg; >50Kg; 0,5mg/Kg até 30mg; q6h		<50Kg; 0,5mg/Kg até 15mg; >50Kg; 0,5mg/Kg até 30mg; q6h
Codeína	0,5 - 1mg/Kg q6h		
Tramadol	1 - 2mg/Kg q8h		1 - 2mg/Kg q8h



5. Recomendações da APCA para tratamento da dor aguda pós-operatória após a alta da UCA, no adulto em cirurgia de ambulatório.

Estas prescrições devem ser efetuadas de acordo com as recomendações da APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória) - Tabela 13.

Tabela 13 - Recomendações da APCA para o tratamento de dor aguda no pós-operatório após a alta da UCA (adulto)

DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR SEVERA
<p>Paracetamol (1gr p.o., máx. de 6/6h)</p>	<p>Paracetamol (1gr p.o., máx. de 6/6h) +</p> <p>AINE (p.o; dose e horário fixo dependentes do fármaco escolhido)</p> <p>OU</p> <p>Paracetamol (1gr. p.o de 8/8h) +</p> <p>Paracetamol 325mg + Tramadol 37,5mg (p.o de 8/8h)</p>	<p>Paracetamol (1gr p.o., máx. de 6/6h) +</p> <p>AINE (p.o; dose e horário fixo dependentes do fármaco escolhido) +</p> <p>Opoide fraco/Analgésico central (p.o; dose e horário fixo dependentes do fármaco: ex. Tramadol, codeine/clonixina, metamizol?) +/-</p> <p>Anestésico local (continuação da administração por cateter perineural em casos selecionados e supervisionados)</p>



6. Inquérito anónimo de satisfação do doente (Anexo 12).

7. O contacto telefónico nas primeiras 24 horas é efetuado pela equipa de Enfermagem da UCA, de acordo com o questionário (Anexo 13).

Na vigilância após a alta no doente idoso, além do telefonema obrigatório às 24 horas, estão estabelecidos também os critérios para um ou mais contactos telefónicos por parte da instituição (Tabela 13)

VIGILÂNCIA NO PÓS-OPERATÓRIO DO DOENTE IDOSO

<p>Contacto 24 horas após a alta hospitalar</p> <p>Comunicação doente/instituição</p> <p>Informação verbal e escrita</p>	<p>Todos os doentes</p> <p>Objetivo de promover a identificação e tratamento imediato de complicações</p>
<p>Segundo contacto telefónico</p>	<p>Sempre que no contacto às 24 Horas se verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor moderada a severa - Febre - Náuseas ou vómitos - Cefaleias - Tonturas ou lipotimia - Sonolência/alterações da consciência - Penso repassado/hemorragia
<p>Contacto ao 7º dia pós-operatório</p>	<p>Situação clínica identificada em contactos anteriores não resolvida</p> <p>Crítérios preditivos que apontam para alterações cognitivas</p> <p>Complicações major peri-operatórias (dessaturação, broncospasma, hipotensão sustentada)</p>
<p>Contacto ao 30º dia pós-operatório</p>	<p>Identificação prévia de situação complexa</p> <p>Avaliação de disfunção cognitiva em contactos anteriores</p>
<p>Inquérito de Satisfação 30º dia</p>	<p>Avaliação da satisfação global, grau de recuperação funcional</p>

Tabela 13 - Vigilância no pós-operatório do doente idoso



ANEXO 12 – INQUÉRITO ANÓNIMO DE SATISFAÇÃO

 <p>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE</p>	 <p>Unidade de Cirurgia de Ambulatório</p>	<p>Questionário de Satisfação</p>
--	--	--

UNIDADE DE CIRURGIA DO AMBULATÓRIO

A sua opinião pode ajudar a melhorar os cuidados prestados neste Serviço / Unidade. Para cada uma das seguintes afirmações, indique o grau de satisfação, desde "Nada Satisfeito" até "Totalmente Satisfeito", preenchendo o respectivo círculo. Ao enganar-se a assinalar a resposta, deverá riscá-la com uma cruz e preencher o círculo correspondente à que pretende. Em caso de dúvida, peça ajuda a um profissional do Serviço. **Este questionário é anónimo. Após preenchimento, deve colocar na caixa disponível para o efeito**

Especialidade _____

	PARÂMETROS DE QUALIDADE	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito	Não se Aplica
1. QUALIDADE / ACESSO	1.1 Facilidade de acesso ao Hospital	<input type="radio"/>					
	1.2 Facilidade de acesso à Unidade Cirurgia Ambulatório	<input type="radio"/>					
	1.3 Facilidade do circuito de atendimento	<input type="radio"/>					
	1.4 Tempo dedicado pelo Médico no atendimento	<input type="radio"/>					
	1.5 Tempo dedicado pelo Enfermeiro no atendimento	<input type="radio"/>					
2. INSTALAÇÕES	2.1 Higiene das instalações	<input type="radio"/>					
	2.2 Privacidade nas instalações	<input type="radio"/>					
	2.3 Conforto geral	<input type="radio"/>					
3. ATENDIMENTO / PROFISSIONAL	3.1 Satisfação no atendimento por Médicos	<input type="radio"/>					
	3.2 Satisfação no atendimento por Enfermeiros	<input type="radio"/>					
	3.3 Satisfação no atendimento por Assistentes Técnicos	<input type="radio"/>					
	3.4 Satisfação no atendimento por Assistentes Operacionais	<input type="radio"/>					
	3.5 Satisfação no atendimento por Outros Profissionais	<input type="radio"/>					
	3.6 Tem conhecimento da possibilidade de ser assistido por outro profissional, em caso de insatisfação.	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.7 Compreensão das informações transmitidas por Médicos	<input type="radio"/>					
	3.8 Compreensão das informações transmitidas por Enfermeiros	<input type="radio"/>					
	3.9 Privacidade no atendimento	<input type="radio"/>					
	3.10 Identificação dos Profissionais	<input type="radio"/>					
4. APRECIÇÃO GLOBAL	4.1 Considera que a sua informação clínica foi tratada com confidencialidade?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4.2 Satisfação com a informação necessária desde a entrada até à saída.	<input type="radio"/>					
	4.3 Qualidade da alimentação	<input type="radio"/>					
	4.4 Exercício do direito ao acompanhante	<input type="radio"/>					
	4.5 Realização da alta / transferência	<input type="radio"/>					
	4.6 Satisfação geral relativamente aos cuidados prestados	<input type="radio"/>					
	4.7 Recomendaria este Serviço a familiares e amigos?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões:
.....
.....

Obrigado pela sua participação

IMP.010.00.UCA

<p>DEPARTAMENTO DE CIRURGIA Diretor: Prof. Dr. João Coutinho</p> <p>Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551 www.chuin.pt</p>	<p>UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves</p> <p>Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215 www.chuin.pt</p>
--	--






ANEXO 13 – CONTACTO TELEFÓNICO ÀS 24 HORAS PÓS-OPERATÓRIO



TELEFONEMA DO DIA SEGUINTE

Nº Telefone: _____

Identificação do doente

CIRURGIA EFETUADA	
TÉCNICA ANESTÉSICA	
DATA DA CIRURGIA	
DATA DO TELEFONEMA	
RESPONDEU AO CONTACTO?	SIM NÃO

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. A viagem de regresso a casa decorreu sem problemas?		
2. Passou bem a noite?		

3. Complicações no momento do telefonema

Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	S/dor	Dor ligeira			Dor moderada		Dor intensa		Dor muito intensa		
Febre	SIM				NÃO				QUANTIFICAR:		

	INEXISTENTE	LIGEIRA	MODERADA	SEVERA	NÃO APLICÁVEL
NÁUSEAS					
VÓMITOS					
CEFALEIA					
TONTURAS					
LIPOTÍMIA					
SONOLÊNCIA					
PARESTESIAS					
ODINOFAGIA					
PENSO REPASSADO					
HEMORRAGIA					

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Diretor: Prof. Dr. João Coutinho

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551
www.chln.pt



UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



QUESTÕES	SIM	NÃO
4. Relativamente a medicação: Que medicação fez? Foi dispensada pela UCA? Foi suficiente? Se não, fez medicação suplementar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Necessitou de recorrer a uma Unidade de Saúde após ter tido alta da UCA? Se sim, qual?		
6. Grau de atividade funcional atingido nas primeiras 24 horas: Nada Apenas higiene pessoal Movimenta-se em casa, com limitações Movimenta-se em casa, sem limitações Tudo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. A informação fornecida foi suficiente? Se não, especifique:		
COMENTÁRIOS / SUGESTÕES		

RESULTADO DA AVALIAÇÃO / ORIENTAÇÃO
A. Clinicamente bem
B. Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de 2º telefonema Especificar:
C. Há preocupações clínicas, pelo que há necessidade de se dirigir ao Serviço de Urgência Especificar:

Enfermeira: _____

Nº mec.: _____

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Diretor: Prof. Dr. João Coutinho

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551
www.chln.pt



UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

2



4ª FASE – FOLLOW-UP

Os doentes devem ter uma consulta de seguimento da especialidade na primeira semana após a intervenção cirúrgica na UCA.

O contacto telefónico aos 30 dias é efetuado pela equipa de Enfermagem da UCA, de acordo com o questionário (Anexo 14).



ANEXO 14 - CONTACTO TELEFÓNICO AOS 30 DIAS PÓS-OPERATÓRIO



TELEFONEMA AOS 30 DIAS PÓS-OPERATÓRIO

Nº Telefone: _____

Identificação do doente

CIRURGIA EFETUADA		
DATA DA CIRURGIA		
DATA DO TELEFONEMA		
RESPONDEU AO CONTACTO?	SIM	NÃO

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. A informação recebida foi adequada e/ou suficiente? Se não, porquê?		
2. Já teve consulta pós-operatória da especialidade? Se não, está marcada?		
3. Já retomou a actividade diária que tinha antes da cirurgia? Se não, porquê?		
4. Necessitou de re-admissão até às 72 Horas? Se sim, porquê?		
5. Se pudesse escolher, e caso necessitasse voltaria a ser operado nesta UCA? Se não, porquê?		
6. Recomendaria a nossa UCA a um familiar / amigo? Se não, porquê?		
COMENTÁRIOS / SUGESTÕES		

Enfermeira: _____

Nº mecanográfico: _____

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Diretor: Prof. Dr. João Coutinho

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551
www.chln.pt



UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



BIBLIOGRAFIA

1. Relatório Final - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), 2008.
2. Day Surgery - Development and Practice; International Association for Ambulatory Surgery, 2006.
3. Policy Brief - Day Surgery: Making it Happen European Observatory on Health Systems and Policies World Health Organization 2007
4. Ambulatory Surgery Handbook - International Association for Ambulatory Surgery, 2013.
5. Recomendações para Programas de Cirurgia de Ambulatório; Hospitais SA, M. Americano, 2005.
6. Avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos Norma: Direção-Geral da Saúde nº 029/2013
7. Obter Ganhos em Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012–2016.
8. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda Pós -Operatória em Cirurgia Ambulatória - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2013.
9. Recomendações Portuguesas de Tromboprofilaxia em Cirurgia Ambulatória - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2013.
10. Recomendações Portuguesas de Profilaxia e Tratamento de Náuseas e Vômitos em Cirurgia Ambulatória - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2012.
11. Ballantyne, Huntersville, Matthews, Midtown, Monroe.
Guidelines: Scheduling, Screening Standards, and Patient Instructions; Pre-Anesthetic Ambulatory Surgery Center, Southpark , 2012.
12. Decreto-Lei nº 75/2013 de 4 de Junho, Diário da República, 1ª série – Nº 107 de 4 de Junho de 2013.
13. Oliveira, Renata. O teste do relógio. Junho 2013. Dissertação no âmbito do mestrado integrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Amâncio da Costa Pinto
14. Plassman BL. Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*. 2007; 29(1-2): 125-132.
15. Fong, Harold K. The Role of Postoperative Analgesia in Delirium and Cognitive Decline in Elderly Patients: A Systematic Review. *Anesthesia & Analgesia*: April 2006 - Volume 102 - Issue 4 - pp 1255-1266
16. Unni Dokkedal, M.P.H. Cognitive Functioning after Surgery in Middle-aged and Elderly Danish Twins. *Anesthesiology* 2016; 124:312-21
17. Sun-Wook Kim Multidimensional Frailty Score for the prediction of postoperative mortality risk *JAMA Surg*, 2014; 241
18. Pinto M. Síndrome de fragilidade, *Revista de Psicologia* 2014, nº2 Vol 1:171-176
Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em Cirurgia Ambulatória, Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2016.