

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



Unidade de Cirurgia  
de Ambulatório

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

*2ª Edição*



Junho 2017

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

*Diretor: Dr. João Manuel Rodrigues Coutinho*

## **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

### **UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO – CHLN – HPV**

#### **ÍNDICE:**

	Página
INTRODUÇÃO .....	1
1ª ETAPA – PRÉ-OPERATÓRIO.....	2
2ª ETAPA – PER-OPERATÓRIO.....	22
3ª ETAPA – PÓS-OPERATÓRIO.....	35
4ª ETAPA - FOLLOW-UP.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	47

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

## INTRODUÇÃO

O Manual de Boas Práticas da Cirurgia de Ambulatório do CHLN – 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 adoção 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

No pré-operatório o doente é avaliado em 3 Consultas Externas Hospitalares, preferencialmente efetuadas no mesmo dia:

1. Consulta Externa da Cirurgia, onde é efetuada a seleção dos doentes tendo em conta os critérios clínicos, sociais e administrativos da cirurgia de ambulatório (Anexo 1). 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 N° 029/2013 e o Protocolo estabelecido com o Serviço de Anestesiologia (Anexo 2). É fornecida a informação geral e específica quer verbal quer escrita (Anexo 3) 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 (Anexo 4).

O utente ao ser referenciado para a consulta de cirurgia de ambulatório deve ter preenchido previamente um questionário pré – operatório (Anexo 5) que será enviado por fax/e-mail para a UCA ou entregue pelo próprio no dia da consulta, caso isto não aconteça será realizado neste dia.

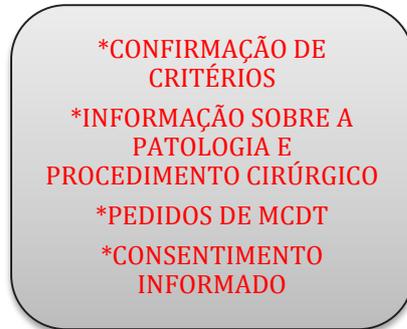
2. Em seguida o doente é encaminhado para a Consulta de Anestesia. Nesta são confirmados os critérios para a cirurgia de ambulatório. Se necessário, são efetuados pedidos adicionais dos exames complementares de diagnóstico. O doente é informado sobre a manutenção ou suspensão da medicação habitual, tipo de anestesia planeada e necessidades de jejum.

3. A última etapa é a Consulta de Enfermagem na qual são fornecidas todas as explicações adicionais necessárias, nomeadamente sobre o vestuário, acompanhantes, acesso e percurso a realizar até à UCA e visita guiada a esta Unidade. Esta consulta deve ser efetuada pelos enfermeiros da UCA pois oferece as seguintes vantagens:

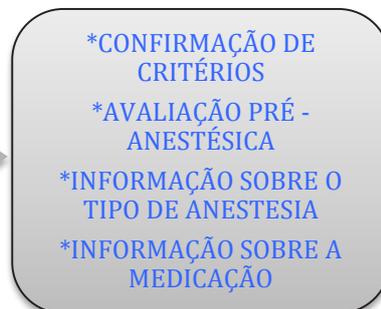
- Familiarização do doente com o espaço e pessoal, permitindo a diminuição de ansiedade do doente;
- Colheita de dados dos doentes, permitindo desta maneira, uma maior rapidez e eficácia no dia de admissão;
- Avaliação do doente, em termos de planeamento das necessidades individuais de cuidados de enfermagem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

## FLUXOGRAMA DO DOENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

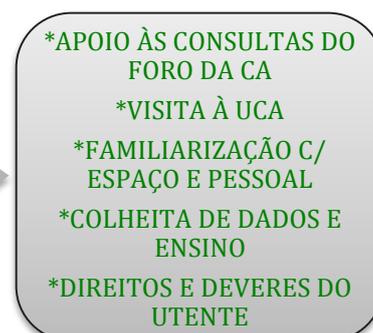
### • CONSULTA DE CIRURGIA



### • CONSULTA DE ANESTESIA



### • CONSULTA DE ENFERMAGEM



## **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 electrocautério
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 anestesiológico antes do dia da cirurgia

Todos os utentes ASA III devem ser avaliados uma semana antes da cirurgia por um anestesiológico 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 electrocautério
9. Doenças cardiovasculares graves
10. Doenças respiratórias graves
11. SAOS com CPAP > 12cm H<sub>2</sub>O
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 - AVALIAÇÃO PRÉ- ANESTÉSICA PARA OS DOENTES CIRÚRGICOS EM REGIME DE AMBULATÓRIO

Os exames pré-operatórios necessários para um procedimento cirúrgico eletivo são determinados pela *Norma da Direção Geral da Saúde Nº 029/2013 – Avaliação pré-anestésica para procedimentos cirúrgicos eletivos* - publicada a 31/12/2013 e atualizada a 24/04/2015. A fim de assegurar o cumprimento desta norma e dessa forma diminuir os custos desnecessários resultantes, foi criado o protocolo entre o Serviço de Anestesia e o Departamento de Cirurgia.

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

### 1) Avaliação clínica

- a) História clínica do doente (diagnósticos atuais, medicação habitual, estado clínico, risco de reacção alérgica)
- b) Exame físico pré-anestésico (avaliação da via aérea, cardiovascular e pulmonar)

2) Seleção e temporização dos exames complementares de pré – operatórios dependerão do risco clínico: Tabela 1 - Comorbilidades de acordo com gravidade e sistemas; Tabela 2 - Risco cirúrgico associado à cirurgia de ambulatório.

- a) Deve ser ponderada a avaliação dos factores de risco cardiovasculares na presença de características clínicas específicas
- b) O risco cardiovascular é avaliado, através do *Modelo Lee*, utilizado na estratificação do risco anestésico - Tabela 3.
- c) A avaliação de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) deve ser efetuada de acordo com o questionário STOP BANG - Tabela 4.
- d) Na avaliação e estratificação do doente idoso (para efeitos cirúrgicos é considerado o doente com > 75 anos) para além do reconhecimento e otimização das co-morbilidades 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 relógio<sup>14</sup>, ou através de outros instrumentos como o Mini Mental Status Examination, o Short Portable Mental Status Questionnaire ou similares<sup>15, 16, 17</sup> 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 Rockwood<sup>18, 19</sup> que inclui uma avaliação de fraqueza, perda de peso, cansaço, baixa atividade física, e diminuição da marcha.

e) 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 5.

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 1 – Comorbilidades de acordo com gravidade e sistemas

	Doença sistémica ligeira ou ASA2	Doença sistémica grave ou ASA 3 ou ASA 4
<b>Patologia Cardiovascular</b>		
<b>Angina</b>	Sem uso de nitratos SOS ou uso ocasional (2-3x/mês); Não inclui doentes com Angina Instável	Uso frequente de nitratos SOS (2-3x/semana) ou angina instável
<b>Tolerância ao Exercício</b>	Não limitante da atividade	Limitante da atividade
<b>Hipertensão</b>	Bem controlada com monoterapia	Mal controlada, necessitando de vários hipotensores
<b>Diabetes mellitus</b>	Bem controlada, sem complicações óbvias	Mal controlada, com complicações (ex: claudicação, diminuição função renal)
<b>Revascularização Coronária Prévia</b>	Sem relevância direta - depende dos sintomas e sinais atuais	
<b>Patologia Respiratória</b>		
<b>DPOC</b>	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
<b>Asma</b>	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
<b>Patologia Renal</b>		
	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](http://www.nice.org.uk)

Tabela 2 - 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 hernia do hiato
Dentária	Angioplastia arterial periférica
Ortopédica minor (meniscectomia)	
Reconstrutiva	
Endócrina: Tiroide	

Tabela 3 - Fatores 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

Tabela 4 – STOP BANG

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

Tabela 5 – 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

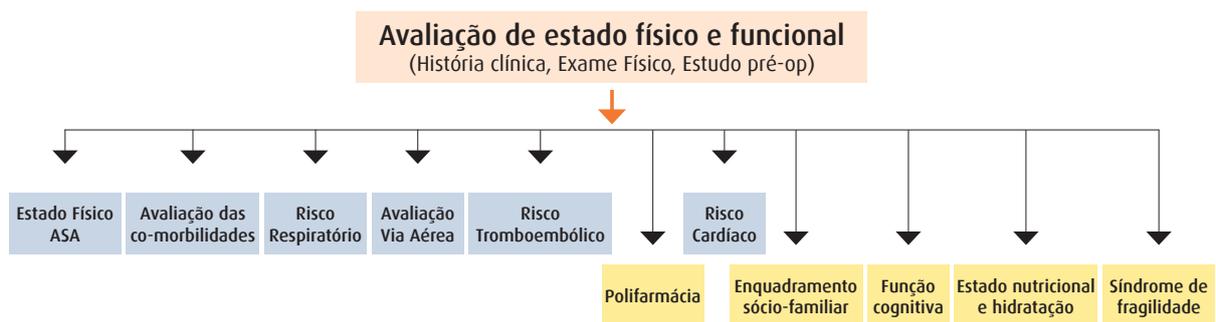
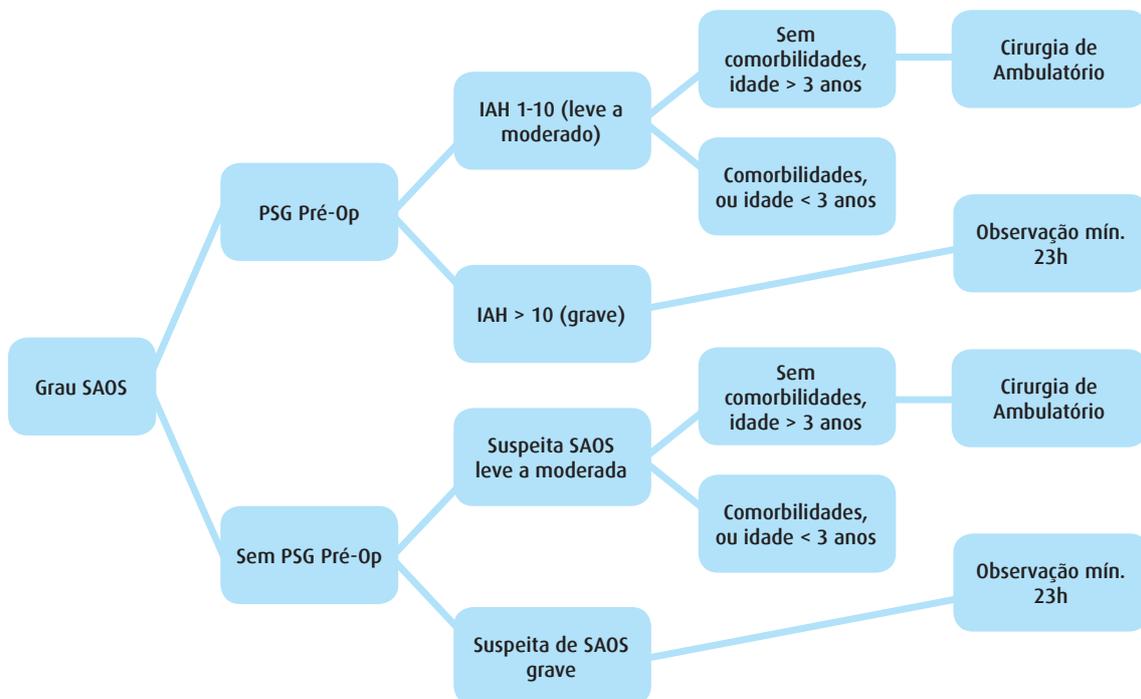


Fig. 2 – Avaliação pré-operatória da criança com SAOS



Adaptado: Obstructive sleep apnoea in children: perioperative considerations, BJA 2013<sup>9</sup>

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 6)
- b) Doentes com patologia ligeira (Tabela 7)
- c) Doentes com patologia grave (Tabela 8)
- d) Doentes idosos ( > 75 anos) (Tabela 9)
- e) Doentes obesos (Tabela 10)

**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 6 - 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 7 - 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 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
Transtorácica		Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória		Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática

Tabela 8 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)

Doentes com patologia grave

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 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
transtorácica		Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória		Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática

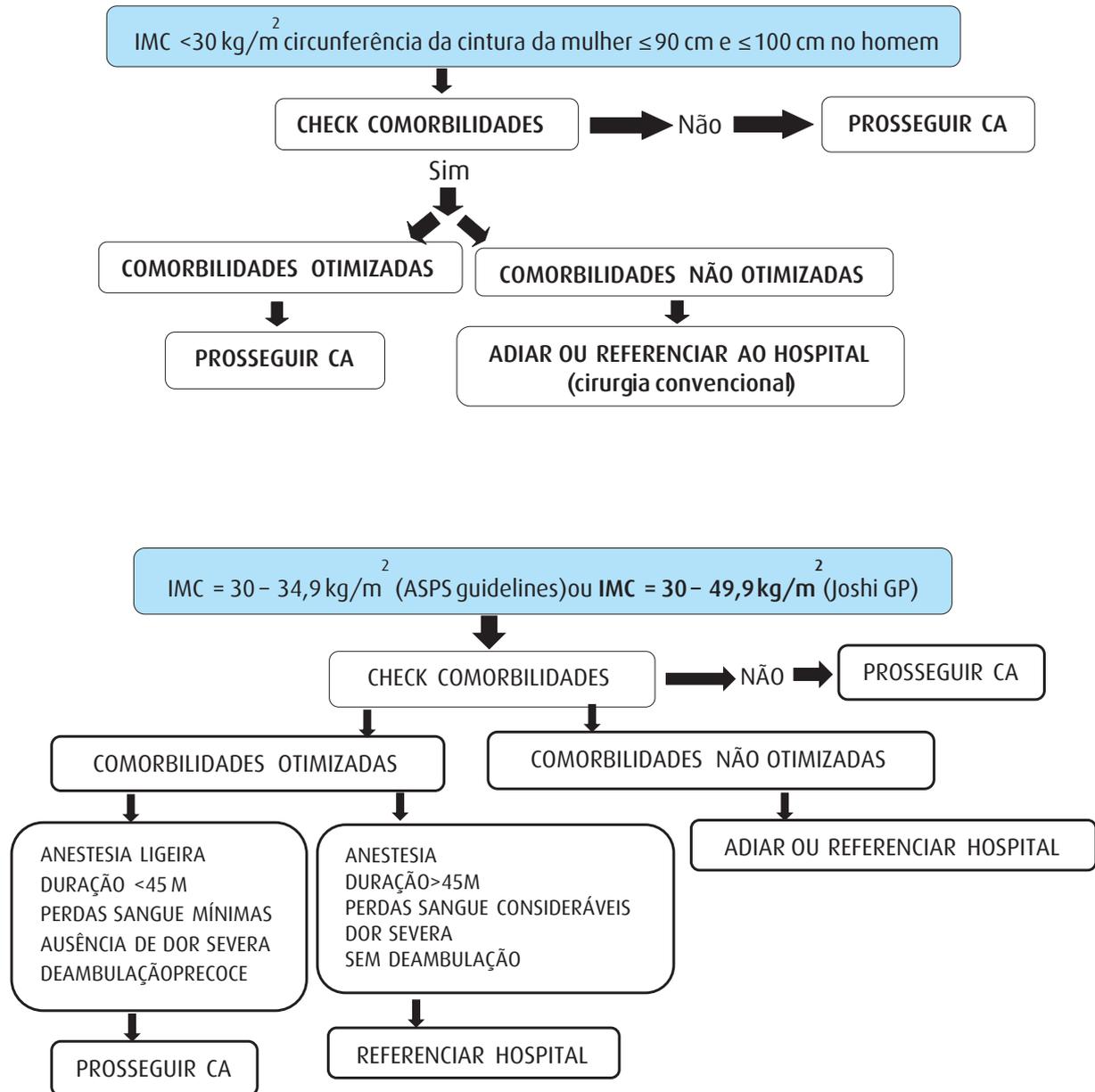
## Tabela 9 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT)

### Doentes idoso

Avaliação pré-anestésica			
Sem Patologia		Patologia Ligeira/Moderada*	
<i>Cirurgia baixo risco</i>	<i>Cirurgia risco intermédio</i>	<i>Cirurgia baixo risco</i>	<i>Cirurgia risco intermédio</i>
- Norma da DGS nº 029/2013 atualizada a 24/04/2015	- Norma da DGS nº029/2013 atualizada a 24/04/2015	<p><b>Se fator risco CV ou renal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ureia, creatinina,</li> <li>- Ionograma</li> <li>- ECG</li> </ul> <p><b>Se &gt; 75 anos: +</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> </ul> <p><b>Se doença hepática: +</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coagulação</li> <li>- Função hepática</li> </ul> <p><b>Se doença hematológica: +</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> <li>- Coagulação</li> </ul> <p><b>Se &gt; 75 anos ou fator risco CV ou doença renal: +</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ureia, creatinina,</li> <li>- Ionograma</li> <li>- ECG</li> </ul> <p><b>Se doença hepática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coagulação</li> <li>- Função hepática</li> </ul>
			*Considerar a patologia associada

\* vários artigos sugerem para efeitos cirúrgicos idoso > 75 anos

Tabela 10 – Critérios de Elegibilidade do Doente Obeso para CA



## ANEXO 3 – 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 4 – 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:

(frente)

## 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 5 – QUESTIONÁRIO PRÉ- OPERATÓRIO

### Questionário pré-operatório

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino

Colocar uma cruz na resposta verdadeira

#### 1 -Critérios de seleção social

- 1.1- Tem telefone em casa ou telemóvel?
- 1.2- Tem fácil acesso à sua casa de banho?
- 1-3- Tem necessidade de subir escadas?
- 1-4- Tem alguém para cuidar de si em casa?
- 1-5- Tem alguém para o levar para casa?

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2- Avaliação médica

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

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3- Informação adicional

3.1- Tem alguma reação alérgica a medicamentos?

SIM NÃO

3.2- Se mulher - pode estar grávida?

3.3- Tem dentes soltos ou coroas dentárias?

3.4- Tem *pacemaker*?

3.5- Tem aparelho auditivo?

3.6- Tem lentes de contato?

3.7- Tem hábitos tabágicos?

3.8- Bebe mais do que 1 cerveja/2 copos de vinho/2 *shots* por dia?

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- Contato em caso de urgência

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o doente: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Muito obrigado

## 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

## 2ª ETAPA – PER-OPERATÓRIO

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 anestesistas 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 6) e a analgesia pós-operatória segundo Escalas de Avaliação da Dor - doente adulto (Anexo 7). Deverá ter alta para o recobro 2 segundo os critérios de Aldrete (Anexo 8).

## ANEXO 6 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO BLOQUEIO MOTOR

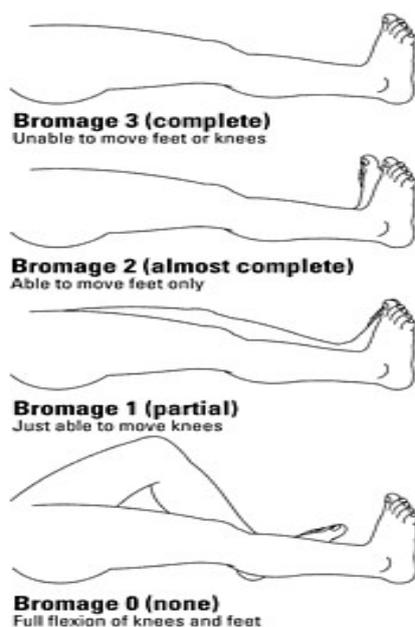
### 1. Considerações Gerais

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.1). 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

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**

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

b) 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 7 – 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:



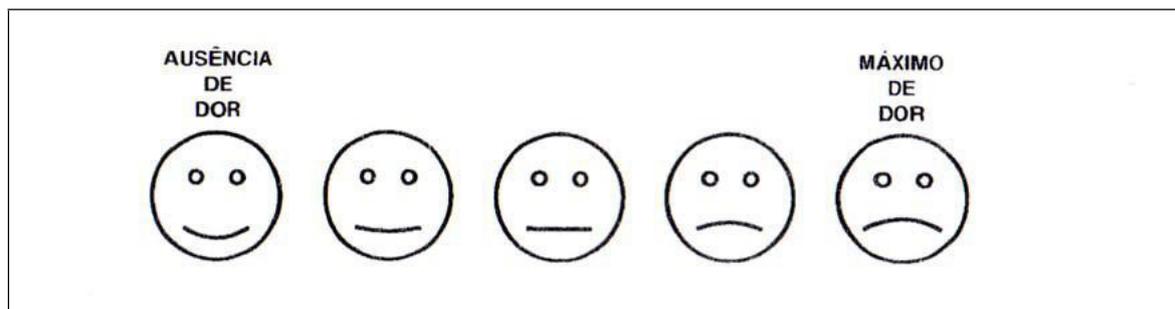
### 2. Escala Verbal Simples

O doente deverá classificar a intensidade da sua dor através dos adjectivos 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 “para” utilizando palavras tais como “ai” ou “dói”; praguejar durante o movimento ou exclamações de protesto tais como “já chega” ou “para”		
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 protecções 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 8 - CRITÉRIOS DE ALDRETE MODIFICADOS**CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPEUnidade de Cirurgia  
de **Ambulatório****Crítérios de Aldrete Modificados**

<b>Sinais</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Pontuação</b>
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 <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub> > 92% - ar ambiente	2
	Necessita de aporte de O <sub>2</sub> para manter SaO <sub>2</sub> > 90%	1
	SaO <sub>2</sub> < 90% mesmo com aporte de O <sub>2</sub>	0

*A alta da unidade de cuidados pós anestésicos será dada quando o doente obtenha uma contagem global  $\geq 9$ .*

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 7).

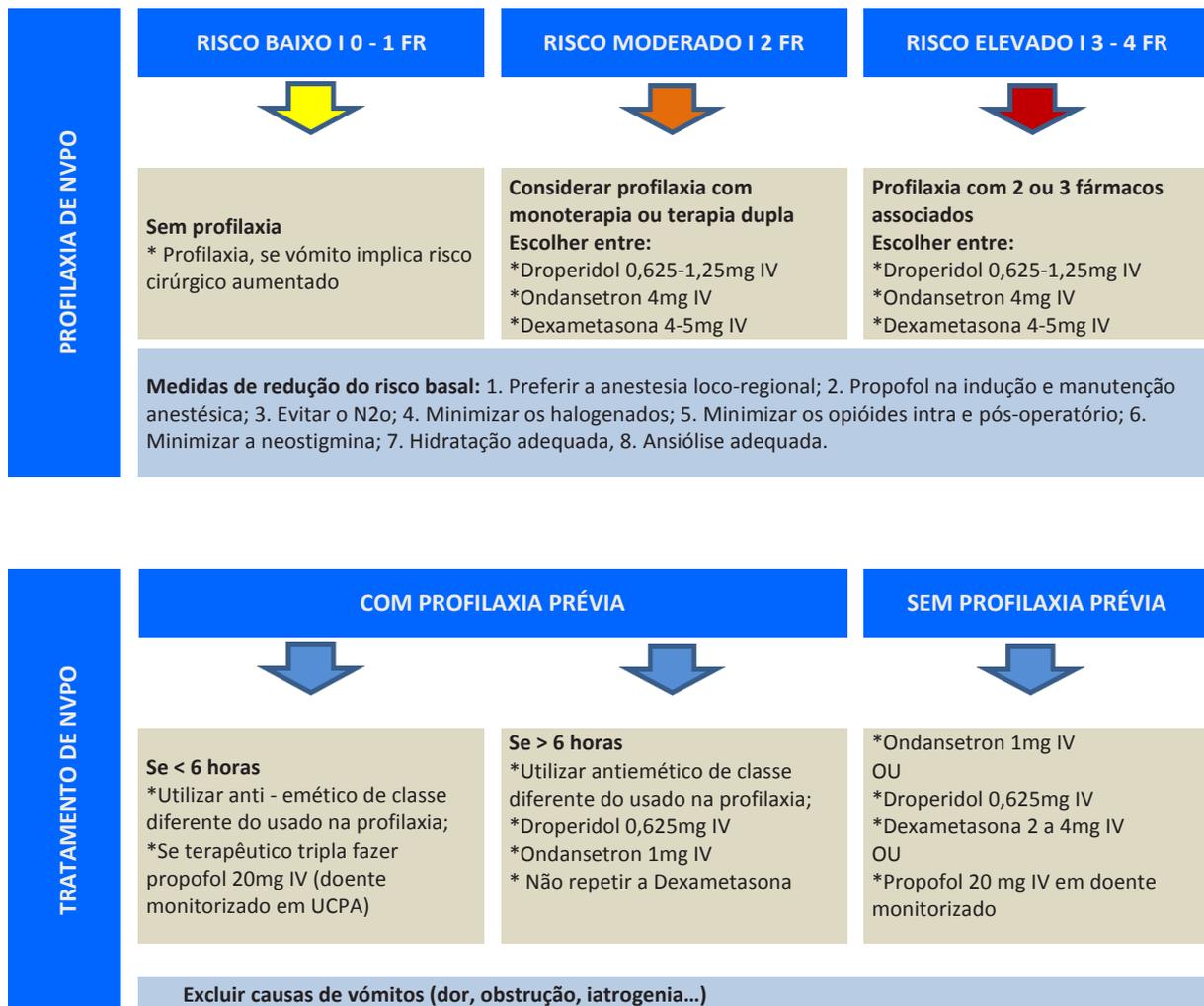
## Recomendações da APCA para o tratamento de dor aguda no pós-operatório imediato

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

6. 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 AMBULATORIO DO ADULTO

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA NVPO	ESCALA DE APFEL MODIFICADA		
	Fator 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%	



**7. 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 9). 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.

Tabela 11 - Fatores de Risco de Retenção urinária pós-operatória

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)

## PROFILAXIA E TERAPÊUTICA DE VPO PARA CIRURGIA AMBULATÓRIA NA CRIANÇA

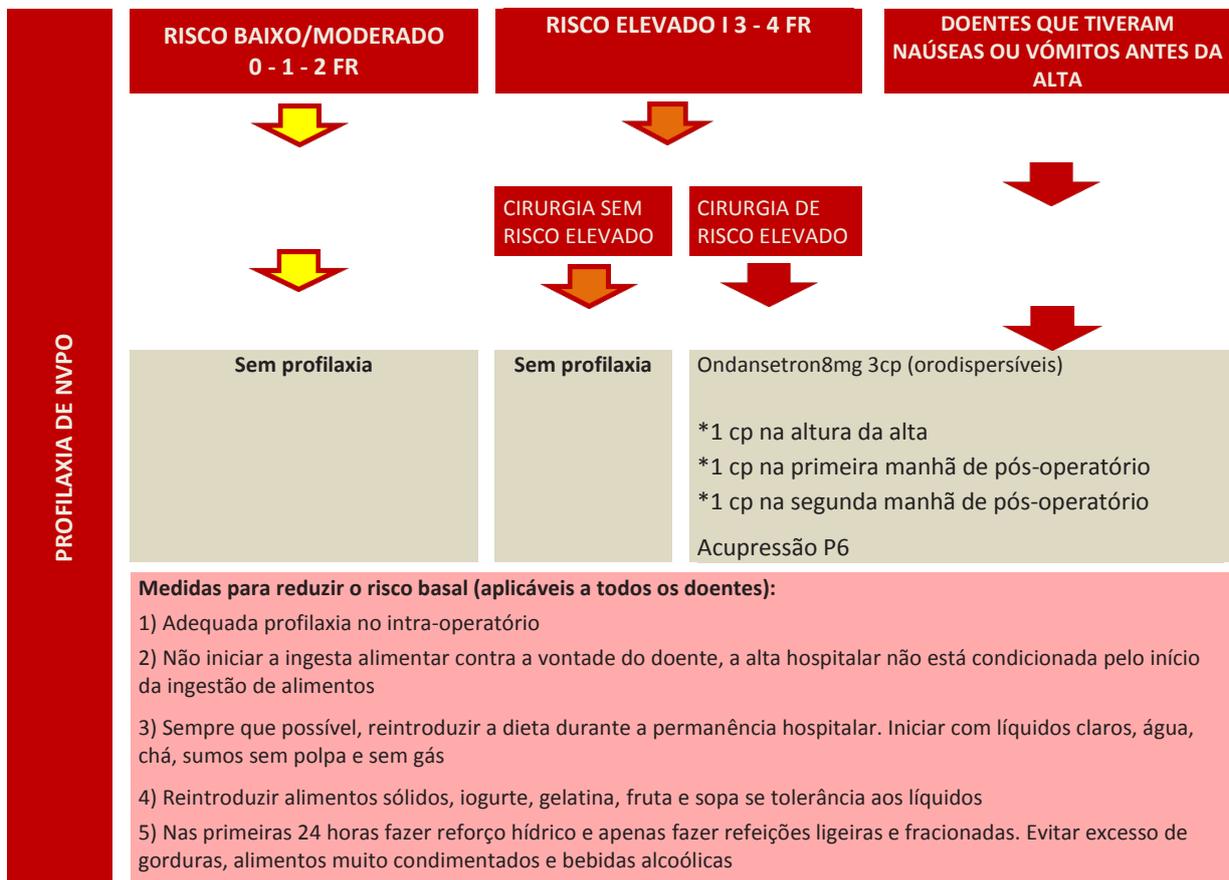
IDENTIFICAÇÃO DOENTES DE RISCO PARA VPO	ESCALA DE EBERHART MODIFICADA		
	Fator de risco	Pontuação	Grau de Risco
	Idade ≥ 3 anos	1	0 FR = 9%
	Cir. Estrabismo, Adenoidectomia/Amigdalectomia	1	1 FR = 10%
	História de VPO/NVPO em familiares ou "Motion sickness"	1	2 FR = 30%
	Duração de cirurgia > 30 min.	1	3 FR = 55%
	<b>Total</b>	<b>0 a 4</b>	<b>4 FR = 70%</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>*Evitar exceder duração do jejum recomendado</li> <li>*Prescrever medicação pré-anestésica</li> <li>*Hidratação adequada</li> <li>*Minimizar o uso de halogenados, se possível</li> <li>*Preferir a anestesia loco-regional em vez de geral</li> <li>*Utilizar propofol na indução e manutenção anestésica</li> <li>*Minimizar o uso de opioides intra e pós-operatório</li> <li>*Evitar a neostigmina</li> </ul>		
RISCO BAIXO   0 - 1 FR	RISCO MODERADO   2 FR	RISCO ELEVADO   3 - 4 FR
↓	↓	↓
<b>Ponderar Monoterapia EV:</b> *Ondansetron ou Dexametasona	<b>Terapia dupla EV, optar entre:</b> *Ondansetron +Dexametasona (1ª escolha)	<b>Terapia dupla ou tripla EV:</b> *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	
TERAPÉUTICA DE VPO	SEM PROFILAXIA OU SÓ DEXAMETASONA
	<p>*Ondansetron 0,05mg/kg EV até 1mg</p>
	<p>*Terapia dupla → Administrar fármaco de classe diferente (exceto Dexametasona)</p> <p>*Terapia tripla → Se &lt; 6h após profilaxia, administrar Propofol 0,5 a 1mg/kg até 20 mg (UCPA)</p> <p>→ Se &gt; 6h após profilaxia, repetir Ondansetron 0,05mg/kg EV até 1mg ou Droperidol 0,015mg/kg EV até 0,625mg</p>

## PROFILAXIA E TERAPÉUTICA DE NVPO NOS ADULTOS APÓS ALTA HOSPITALAR EM CA

IDENTIFICAR OS DOENTES EM RISCO PARA NVPO	ESCALA DE APFEL MODIFICADA		
	Factor 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%
	Opioides pós-operatórios	1	3 FR = 50% - 60%
	<b>Total</b>	<b>0 a 4</b>	<b>4 FR = 70% - 80%</b>



**ANEXO 9 - SISTEMA DE SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICO (MPADSS)**

Sinais	Parâmetros	Score
<b>Sinais Vitais</b> 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
<b>Nível de Atividade</b> 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
<b>Náuseas e Vômitos</b> 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
<b>Dor</b> Os doentes devem ter mínima dor ou nenhuma antes da alta O nível de 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
<b>Hemorragia</b> A hemorragia pós-operatória deve ser de acordo com a esperada perda 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 de score 10,  
Doentes com um score  $\geq 9$  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 (incluindo os estupefacientes se dor não controlada com anti-inflamatórios não esteroides)
- Anti-inflamatórios não esteroides
- Antieméticos
- Protetores da mucosa gástrica
- Inibidores da bomba de prótons

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.

Tabela 12 - Profilaxia do tromboembolismo no obeso

PESO IDEAL	ENOXIPARINA-PROFILACTICA <sup>121</sup>
50-100 KG	40mg/d
100-150 kg	40mg 12/12 h
> 150 kg	60mg 12/12h (dose máx. recomendada diária)



## 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 ANTIFOSFOLIPIDICO			#
6. DÉFICE DE PROTEINA C, S OU AT III			#
7. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) SUPERIOR A 30 Kg/m <sup>2</sup>			#
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/ TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO			
16. DOENÇA INFALAMATÓRIA INTESTINAL			
17. FATORES DE RISCO HEMORRÁGICO: <ul style="list-style-type: none"> <li>● HEMORRAGIA ATIVA (ÚLCERAS ATIVAS, DIÁSTASE HEMORRÁGICA)</li> <li>● COAGULOPATIA</li> <li>● INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA</li> <li>● INSUFICIÊNCIA RENAL</li> <li>● TERAPIA COM ANTICOAGULANTES ORAIS OU ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS</li> <li>● HTA SEVERA (230/120mmHg)</li> <li>● TROMBOCITOPENIA &lt; 70.000</li> <li>● COAGULOPATIA CONGÉNITA</li> <li>● HEMOFILIA A</li> <li>● DOENÇA DE VON WILLEBRAND</li> </ul>			

### PROFILAXIA RECOMENDADA:

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

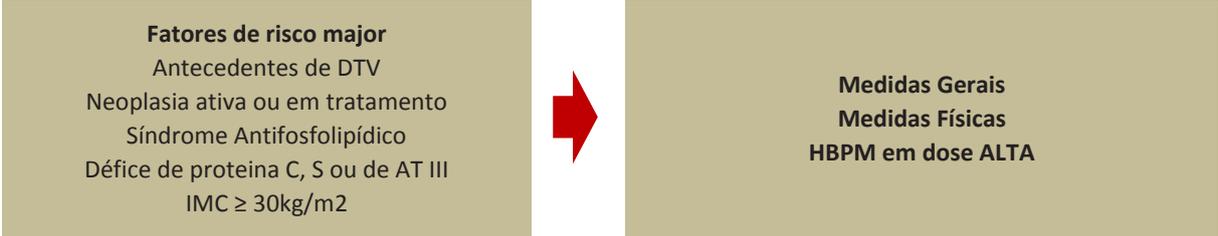
# RISCO MAJOR

MÉDICO/A:

Nº MECANOGRÁFICO:

DATA: / /

## ALGORITMO DE TROMBOPROFILAXIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



### Estratificação do risco

**Risco Individual**  
 (Se ≥ 2 fatores de risco minor)

**Fatores de risco minor**  
 Mobilidade reduzida > 3 dias  
 Idade > 60 anos  
 Diabetes Mellitus  
 Doença Inflamatória Intestinal  
 ACO ou THS  
 Varizes Significativas dos M. Inferiores  
 Síndromes mieloproliferativas  
 Mutação do Fator V de Leiden  
 Mutação do Gene da Protrombina

**Risco Cirúrgico**  
 (Se qualquer um dos mencionados)

Tempo de anestesia / tempo de cirurgia > 90 m  
 Cirurgia do períneo / membros inferiores > 60 m



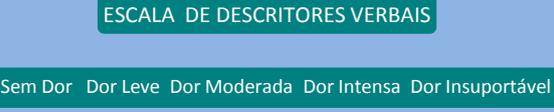
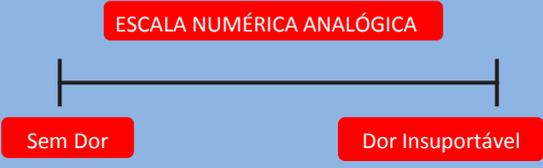
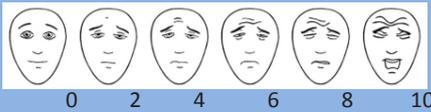
R. Cirúrgico	R. Individual	Regime de Profilaxia
Não	Não	Medidas Gerais (hidratação e deambulação precoce)
	Sim	Medidas Gerais Medidas Físicas (MECG)
Sim	Não	Medidas Gerais Medidas Físicas HBPM em dose BAIXA
	Sim	Medidas Gerais Medidas Físicas HBPM em dose ALTA

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

Escalas Avaliação de Dor na Criança	
<p>&lt; 4 anos: FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)                      4 – 6 anos: FPS-R (Faces Pain Scale-revised), Escala de faces de Wong-Baker                      &gt; 6 anos: Escala numérica; Escala visual analógica; Escala qualitativa; FPS-R (Faces Pain Scale-revised), Escala de faces de Wong-Baker</p>	
Analgesia pós-operatória segundo escala de dor	
<p><b>DOR LIGEIRA – PER OPERATÓRIO</b>                      Paracetamol 20mg/kg, IV                      + AINE IV                      OU Infiltração da ferida operatória; BNP;                      Bloqueios neuroeixo</p>	<p><b>DOR LIGEIRA – PARA O DOMICÍLIO</b>                      Paracetamol                      15mg/kg, 6/6h, po; 20mg/kg, 6/6h,rectal                      Duração até 5 dias</p>
<p><b>DOR MODERADA – PER OPERATÓRIO</b>                      Paracetamol 20mg/kg, IV                      + AINE IV                      + Infiltração da ferida operatória; BNP;                      Bloqueios neuroeixo                      OU Opióides</p>	<p><b>DOR MODERADA – PARA O DOMICÍLIO</b>                      Paracetamol                      15mg/kg, 6/6h, po; 20mg/kg, 6/6h,rectal                      + AINE po                      Duração até 7 dias</p>
<p><b>DOR SEVERA – PER OPERATÓRIO</b>                      Paracetamol 20mg/kg, IV                      + AINE IV                      + Infiltração da ferida operatória; BNP;                      Bloqueios neuroeixo                      OU Opióides</p>	<p><b>DOR SEVERA – PARA O DOMICÍLIO</b>                      Paracetamol                      15mg/kg, 6/6h, po; 20mg/kg, 6/6h,rectal                      + AINE po                      + Opióides                      Tramadol 1 a 2mg/kg de 8/8h                      Codeína 0,5mg a 1mg/kg 6/6, po                      Duração até 7 dias</p>

Tratamento da ansiedade pré-operatória e agitação pós-operatória
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação durante 5 a 10 min. especialmente se sevoflurano usado no intra-operatório</li> <li>• Medidas de suporte: medidas de conforto, distração, ver TV, jogos, aquecimento, outras</li> <li>• Excluir outras causas de agitação como acessos venosos, penso</li> <li>• Iniciar analgesia em escalada</li> <li>• Administração de fármacos sedativos: pequenas quantidades de propofol (0,5mg/kg), na fase 1 de recobro</li> </ul>

## Escalas Avaliação de Dor na Criança

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

## Fármacos e doses

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

DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR SEVERA
<p><b>Paracetamol</b> (1gr p.o., no máximo de 6/6h)</p>	<p><b>Paracetamol</b> (1gr p.o., no máximo de 6/6h)</p> <p><b>+</b> <b>AINE</b> (p.o.; dose e horário fixo dependentes do fármaco escolhido)</p> <p><b>OU</b></p> <p><b>Paracetamol</b> (1gr p.o., de 8/8h)</p> <p><b>+</b> <b>Paracetamol 325mg + Tramadol 37,5mg</b> (p.o. 8/8h)</p>	<p><b>Paracetamol</b> (1gr p.o., no máximo de 6/6h)</p> <p><b>+</b> <b>AINE</b> (p.o.; dose e horário fixo dependentes do fármaco escolhido)</p> <p><b>+</b> <b>Opióide fraco / Analgésico central</b> (p.o.; dose e horário fixo dependentes do fármaco; ex: tramadol, codeína/clonixina, metamizol?)</p> <p><b>+/-</b> <b>Anestésico local</b> (continuação administração por cateter perineural em casos seleccionados e supervisionados)</p>

6. Inquérito anónimo de satisfação do doente (Anexo 10).

7. O contacto telefónico nas primeiras 24 horas é efetuado pela equipa de Enfermagem da UCA, de acordo com o questionário (Anexo 11).

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)

Tabela 13 - Vigilância no pós-operatório do doente idoso

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

# ANEXO INQUÉRITO ANÓNIMO DE SATISFAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPEUnidade de Cirurgia  
de **Ambulatório**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Exmo. Sr./Sr.<sup>a</sup> Utente,

Vimos pedir-lhe alguns minutos da sua atenção para o preenchimento deste inquérito de satisfação após a cirurgia efetuada.

Temos por objetivo melhorar o atendimento dos nossos doentes e por isso a sua opinião sobre a forma como decorreu a sua experiência cirúrgica na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Lisboa Norte - CHLN - HPV, é fundamental para nós. É importante que seja sincero, até porque se trata de um inquérito anónimo com a finalidade de corrigir as eventuais falhas de organização.

Em nome da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Departamento de Cirurgia - CHLN, os nossos agradecimentos pelo tempo dispensado.

## INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO PÓS CIRURGIA EM REGIME DE AMBULATÓRIO

### 1. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA:

SEXO	FEMININO			MASCULINO				
IDADE	≤18		19-30	30-40	40-50	50-60	60-70	>70
SITUAÇÃO FAMILIAR	CASADO(A)		SOLTEIRO(A)		VIUVO(A)		DIVORCIADO(A) / SEPARADO(A)	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	EMPREGADO(A)	DOMESTICO(A)	ESTUDANTE		REFORMADO(A)	DESEMPREGADO(A)		N/A*

(\*NÃO APLICÁVEL – EX. CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR)

GRAU DE ENSINO	NÃO SABE LER/ESCREVER	1º CICLO	2º CICLO	3º CICLO	ENSINO SECUNDÁRIO	ENSINO SUPERIOR
----------------	-----------------------	----------	----------	----------	-------------------	-----------------

### 2. RELATIVAMENTE AO TEMPO DE ESPERA PARA A CIRURGIA:

&lt;2 meses

2-4 meses

&gt;4 meses

A) O tempo de espera para a cirurgia após a consulta de especialidade foi:

### 3. RELATIVAMENTE AO PERÍODO QUE ANTECEDEU O DIA DA CIRURGIA:

SIM

NÃO

Não sabe/  
Não responde

A) Teve a informação necessária para a cirurgia proposta?

B) Teve a informação sobre o tipo de anestesia proposta?

C) Recebeu as informações por escrito?

D) Durante a preparação pré-operatória teve outro tipo de consulta para além da cirurgia?

Se SIM Qual?

Anestesia

Enferma-  
gem



**4. RELATIVAMENTE AO DIA DE HOJE:**

	SIM	NÃO	Não sabe/ Não res- ponde
A) Teve a informação suficiente para chegar facilmente à Unidade?			
B) As instalações são confortáveis? (conforto, temperatura ambiente, limpeza, ruído)			
C) O processo de admissão foi rápido?			
D) O tempo de espera desta manhã até a ida ao bloco foi muito longo?			
E) A equipa de saúde foi simpática?			
F) Os problemas clínicos (dor, vômitos, mal estar, etc.), que eventualmente lhe apareceram foram rapidamente resolvidos?			

**5. RELATIVAMENTE AO GRAU DE SATISFAÇÃO:**

	Satisfeito	Não satis- feito	Não sabe/ Não res- ponde
A) Como classifica a sua experiência cirúrgica?			
B) Como classifica a sua experiência anestésica?			
C) Voltaria a ser operado em regime de ambulatório se necessitasse de uma nova operação?		SIM	NÃO

**COMENTÁRIOS / SUGESTÕES:**


Data:            /            /

Muito obrigado

## ANEXO 11 – CONTACTO TELEFÓNICO ÀS 24 HORAS PÓS-OPERATÓRIO

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



Unidade de Cirurgia  
de Ambulatório

Especialidade: \_\_\_\_\_

### FOLHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM POR CONTACTO TELEFÓNICO

Contacto Telefónico Nº			Identificação do Doente
<b>Cirurgia realizada:</b>			
<b>Data da cirurgia:</b>			
<b>Data do contacto telefónico:</b>			
<b>Enfermeira:</b>		<b>Nº mecanográfico:</b>	

1. A viagem de regresso a casa decorreu sem problemas?	SIM	NÃO	Porquê?

2. Passou bem a noite?	SIM	NÃO	Porquê?

3. Necessitou de recorrer aos Serviços de Saúde?	SIM	NÃO	Qual?

4. Presença de co-morbilidades nas primeiras 24 horas?	NÃO	SIM			
			Ligeiras	Moderadas	Severas
Teve náuseas					
Teve cefaleias / tonturas?					
Vómitos?					
O penso repassou?					
Evacou?					
Urinou com dificuldades?					
Tolerou a alimentação?					
Teve febre?				Que temperatura?	
Teve dor?	 <p>LEVE                      MODERADA                      INTENSA</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Escala Visual Analógica - EVA</p>				

5. Como qualifica o seu estado geral?	Bom	Normal	Mau

6. É necessário fazer novo contacto telefónico?	NÃO	SIM	
			Porquê?

7. Resultado do segundo contacto telefónico?	

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **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 12).

## ANEXO 12 – CONTACTO TELEFÓNICO AOS 30 DIAS PÓS-OPERATÓRIO

### TELEFONEMA AOS 30 DIAS PÓS-OPERATÓRIO

Identificação do doente

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

CIRURGIA EFECTUADA		
DATA DA CURURGIA		
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 atividade diária que tinha antes da cirurgia? Se não, porquê?		
4. Necessitou de readmissão 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: \_\_\_\_\_

## 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
19. Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em Cirurgia Ambulatória, Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), 2016.

# CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

---



HSM



HPV

Elaborado por:

**Dr.<sup>a</sup> Jelena Pajic Cassiano Neves**

Coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Departamento de Cirurgia, CHLN

**Dr.<sup>a</sup> Teresa Monteiro**

Coordenadora de Anestesiologia da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Serviço de Anestesiologia, CHLN