

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Unidade de Cirurgia
de **Ambulatório**

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Maio 2015

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Diretor: Prof. Doutor J.C. Mendes de Almeida

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	18
3ª ETAPA – PÓS-OPERATÓRIO	30
4ª ETAPA FOLLOW-UP	40
BIBLIOGRAFIA	42

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 para a UCA ou entregue pelo próprio no dia da consulta, caso isto não aconteça será realizado neste dia.

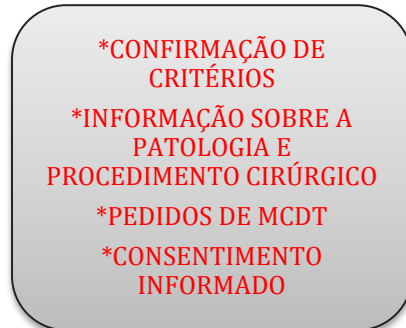
2. Em seguida o doente é encaminhado para a Consulta de Anestesia. Nesta são confirmados os critérios para a cirurgia de ambulatório. Se necessário, são efetuados pedidos adicionais dos exames complementares de diagnóstico. O doente é informado sobre a manutenção ou suspensão da medicação habitual, tipo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

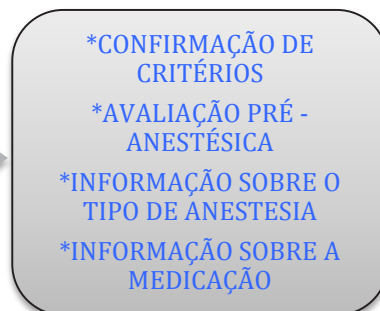
- Familiarização do doente com o espaço e pessoal, permitindo a diminuição de ansiedade do doente;
- Colheita de dados dos doentes, permitindo desta maneira, uma maior rapidez e eficácia no dia de admissão;
- Avaliação do doente, em termos de planeamento das necessidades individuais de cuidados de enfermagem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

FLUXOGRAMA DO DOENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

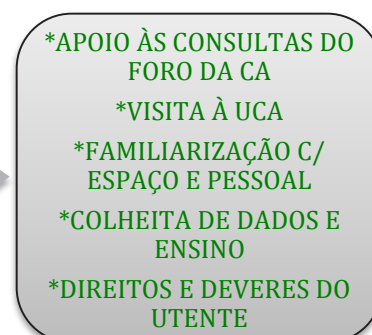
• CONSULTA DE CIRURGIA



• 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 > 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. Não é permitido doente com CDI, a menos que não se use eletrocautério
5. Não há história de insuficiência cardíaca congestiva
6. Hipertensão arterial controlada
7. Nenhum dos doentes com DPOC grave (oxigénio ou córtico-dependente)
8. Nenhum doente com CPAP > 12 cm H₂O
9. Diabetes Mellitus II controlada
10. Não haja risco para hipertermia maligna
11. Não haja distúrbios hemorrágicos
12. Nenhum doente com doença renal crónica em hemodiálise ou diálise peritoneal
13. A obesidade mórbida
 - a) Qualquer doente com IMC > 40 terá de ser avaliado por um anestesiolista antes do dia da cirurgia
 - b) Doentes com mais de 45 anos devem ter IMC < 40
 - c) Doentes de 45 anos ou menos devem ter IMC < 45
14. Os utentes ASA III devem ser avaliados uma semana antes da cirurgia por um anesthesiologista 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. Diabetes Mellitus insulino - dependente
3. Obesidade Mórbida
 - a) Doentes com mais de 45 anos e IMC > 40
 - b) Doentes de 45 anos ou menos e IMC > 45
4. Porfiria
5. Alterações da hemóstase
6. Anemia de células falciformes
7. Esclerose múltipla
8. Doenças do foro psiquiátrico não controladas
9. Stent coronário há < 12 meses
10. Doente com CDI, a menos que não se use eletrocautério
11. Doenças cardiovasculares graves
12. Doenças respiratórias graves
13. SAOS com CPAP > 12cm H₂O
14. Uso e abuso de fármacos/drogas
15. Vias aéreas de difícil acesso
16. Dificuldades de mobilização
17. Doenças endócrinas ou genéticas não controladas
18. Previsibilidade de difícil controle da dor, hemorragia ou drenagem abundantes no pós-operatório
19. Imobilização prolongada no pós-operatório
20. Cirurgias emergentes
21. Intervenções cirúrgicas superiores a 4h

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 (sem patologia para procedimentos cirúrgicos de baixo risco e risco intermédio); Tabela 2 (com patologia ligeira para procedimentos cirúrgicos de baixo risco e risco intermédio).

- 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)

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 4)
- b) Doentes com patologia ligeira (Tabela 5)
- c) Doentes com patologia grave (Tabela 6)

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

Tabela 1 – Comorbilidades de acordo com gravidade e sistemas

	Doença sistémica ligeira ou ASA2	Doença sistémica grave ou ASA 3 ou ASA 4
Patologia Cardiovascular		
Angina	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
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 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 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico
(MCDT) - Doentes sem patologia

DOENTES SEM PATOLOGIA

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) ≥ 65 anos sem fatores de risco
Rx	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior 	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior
Bioquímica	-	<ul style="list-style-type: none"> Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional

Tabela 5 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico
(MCDT) - Doentes com patologia ligeira

DOENTES COM PATOLOGIA LIGEIRA

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) ≥ 65 anos sem fatores de risco
Rx	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior 	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior DPCO Doença cardíaca
Bioquímica	-	<ul style="list-style-type: none"> Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional Alterações endócrinas Disfunção renal e hepática
Hemograma	-	<ul style="list-style-type: none"> Doença hepática e renal Idosos História de anemia ou outras alterações hematológicas
Coagulação	-	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção renal e hepática
Ecocardiografia transtorácica	-	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de doença valvular severa Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória	-	<ul style="list-style-type: none"> Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática

Tabela 6 - Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico
(MCDT) - Doentes com patologia grave

DOENTES COM PATOLOGIA GRAVE

MCDT	BAIXO RISCO CIRÚRGICO	RISCO CIRÚRGICO INTERMÉDIO
ECG	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Doente c/ fatores de risco clínico (<i>Modelo Lee</i>) ≥ 65 anos sem fatores de risco
Rx	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior 	<ul style="list-style-type: none"> História de tabagismo Infeção respiratória recente da via aérea superior DPCO Doença cardíaca
Bioquímica	-	<ul style="list-style-type: none"> Ponderar: terapêutica incluindo a não convencional Alterações endócrinas Disfunção renal e hepática
Hemograma	-	<ul style="list-style-type: none"> Doença hepática e renal Idosos História de anemia ou outras alterações hematológicas
Coagulação	-	<ul style="list-style-type: none"> Disfunção renal e hepática
Ecocardiografia transtorácica	-	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de doença valvular severa Insuficiência cardíaca estabelecida
Provas da função respiratória	-	<ul style="list-style-type: none"> Ponderar na avaliação de asma controlada ou sintomática

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

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Unidade de Cirurgia
de **Ambulatório**

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

ANEXO 6 – 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 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.1). Esta avaliação deverá ser sempre feita bilateralmente.

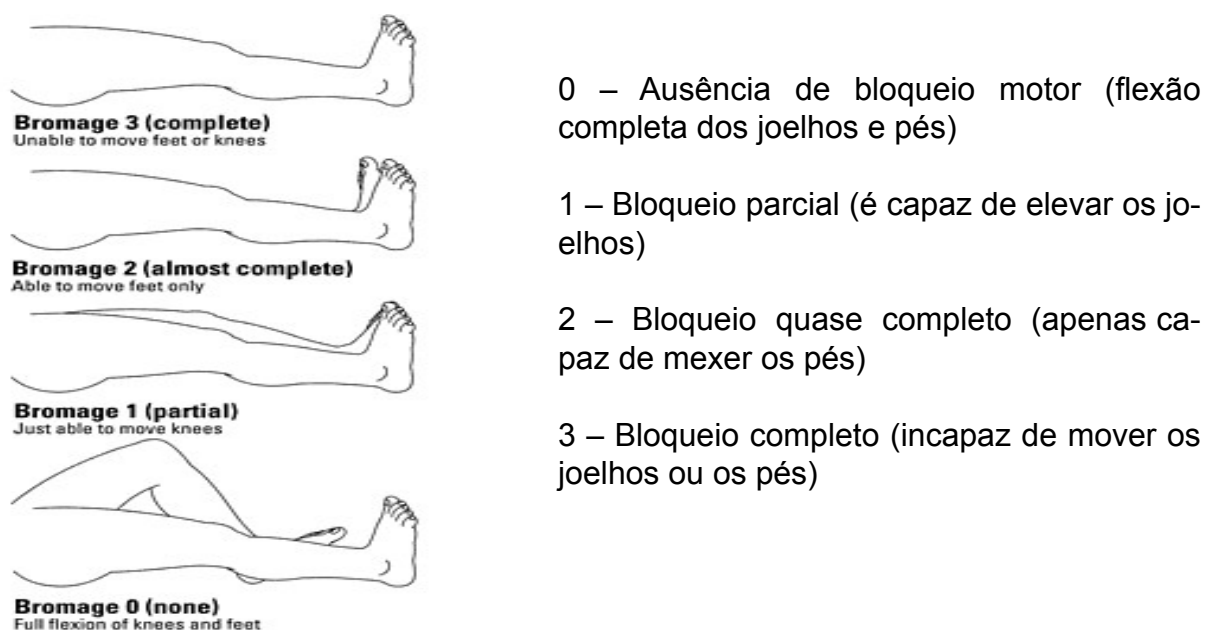


Fig 1 – Escala de Bromage

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:

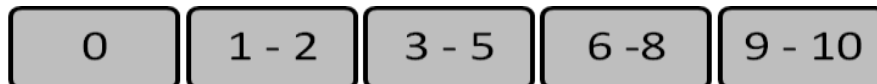
- Existência de bloqueio motor completo ou quase completo (Grau 2 ou 3 da Escala de Bromage)
- Agravamento súbito do grau de bloqueio motor

INTERROMPER a administração do anestésico local e contactar a anesthesiologista 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:



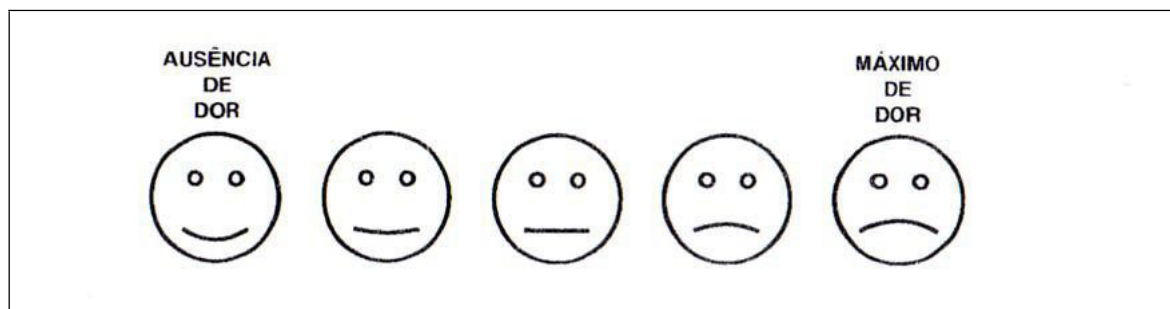
2. Escala Verbal Simples

O doente deverá classificar a intensidade da sua dor através dos 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 “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 protecções laterais da cama ou à área afectada durante o movimento		
Pontuação		

Quadro II - Checklist of Nonverbal Pain Indicators (adaptação)

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



Crítérios de Aldrete Modificados

Sinais	Crítérios	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	SaO ₂ > 92% - ar ambiente	2
	Necessita de aporte de O ₂ para manter SaO ₂ > 90%	1
	SaO 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 .

3. 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.

4. 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.

5. 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 8).

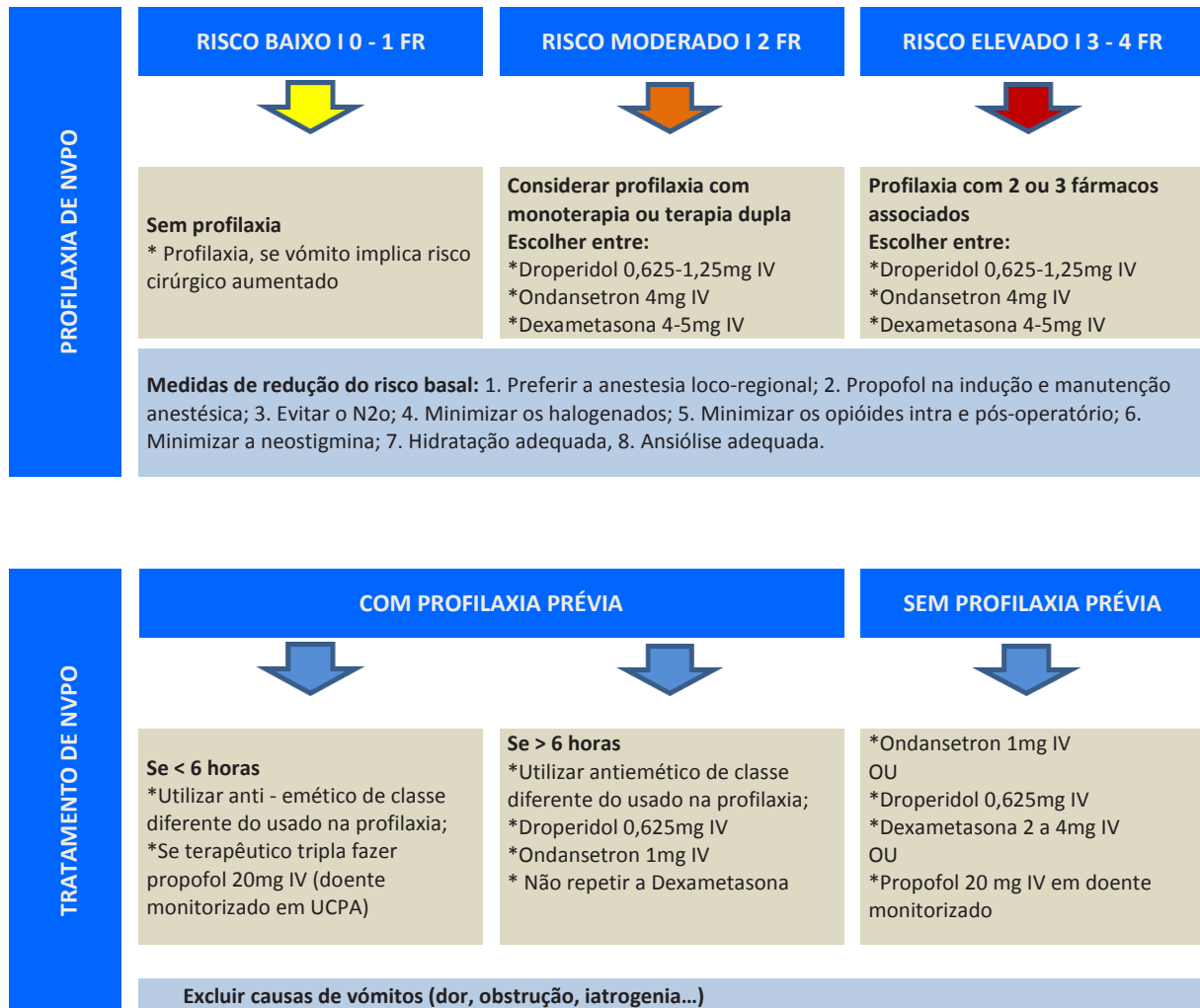
Recomendações da APCA para o tratamento de dor aguda no pós-operatório imediato

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



PROFILAXIA E TERAPÊUTICA DE VPO PARA CIRURGIA AMBULATÓRIA NA CRIANÇA

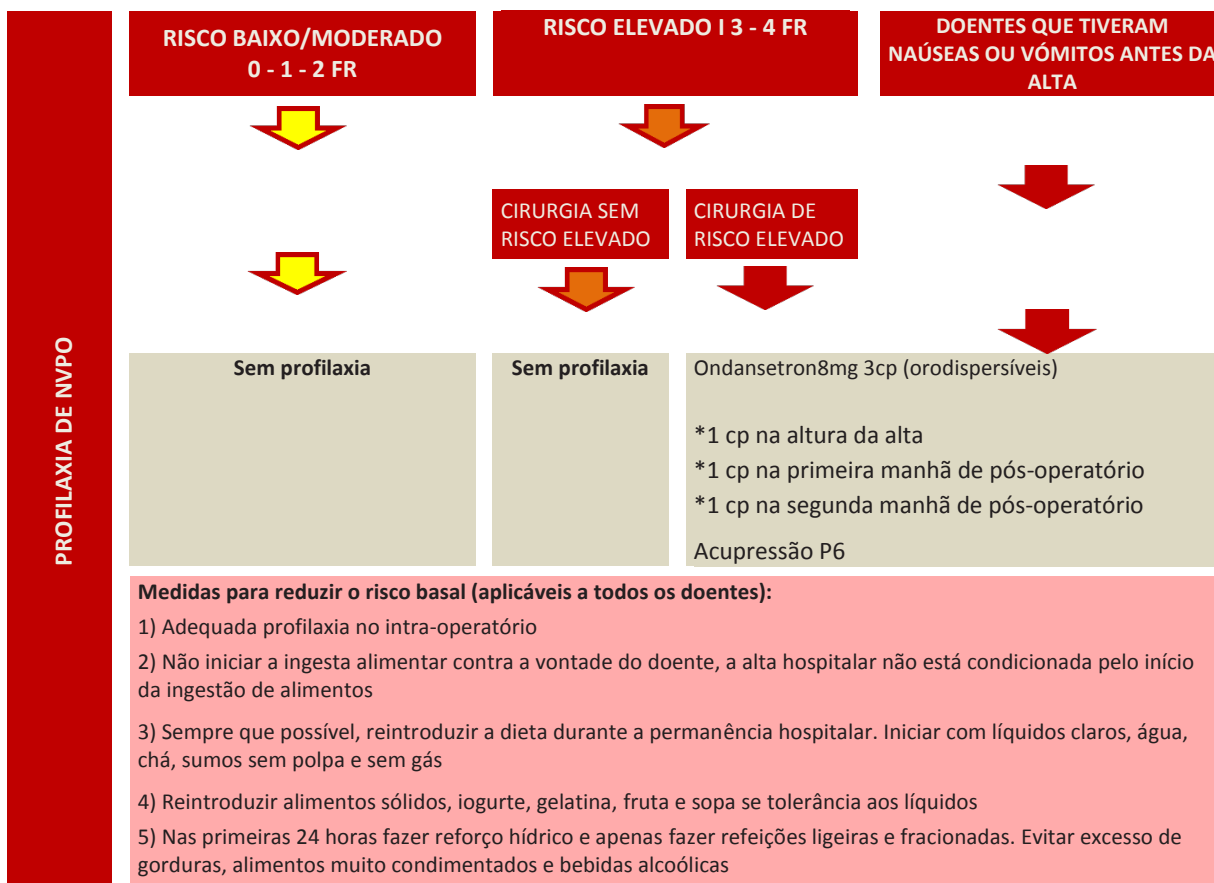
IDENTIFICAÇÃO DOENTES DE RISCO PARA VPO	ESCALA DE EBERHART MODIFICADA		
	Fator de risco	Pontuação	Grau de Risco
	Idade \geq 3 anos	1	0 FR = 9%
	Cir. Estrabismo, Adenoidectomia/Amigdalectomia	1	1 FR = 10%
	História de VPO/NVPO em familiares ou "Motion sickness"	1	2 FR = 30%
	Duração de cirurgia > 30 min.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

<ul style="list-style-type: none"> *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 - 1 FR	RISCO MODERADO 2 FR	RISCO ELEVADO 3 - 4 FR
↓	↓	↓
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	
TERAPÉUTICA DE VPO	SEM PROFILAXIA OU SÓ DEXAMETASONA
COM PROFILAXIA PRÉVIA	
	<p>*Terapia dupla → Administrar fármaco de classe diferente (exceto Dexametasona)</p> <p>*Terapia tripla → Se < 6h após profilaxia, administrar Propofol 0,5 a 1mg/kg até 20 mg (UCPA)</p> <p>→ Se > 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%
	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. Compete ao Conselho Diretivo da UCA definir os protocolos finais e sua implementação (Anexo 10).

ANEXO 10 - SISTEMA DE SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICO (PADS)

Sistema de score de alta pós anestésico para determinar o regresso a casa com prontidão

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 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
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 de score 10, doentes com um score ≥ 9 podem ter alta (Chung et al).

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 medicamentosas. As terapêuticas medicamentosas são feitas com utilização de uma dose profilática diária de Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), de forma injectável. 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).



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 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/ TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO			
16. DOENÇA INFALAMATÓRIA INTESTINAL			
17. FATORES DE RISCO HEMORRÁGICO: <ul style="list-style-type: none"> ● HEMORRAGIA ATIVA (ÚLCERAS ATIVAS, DIÁSTASE 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 			

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)		

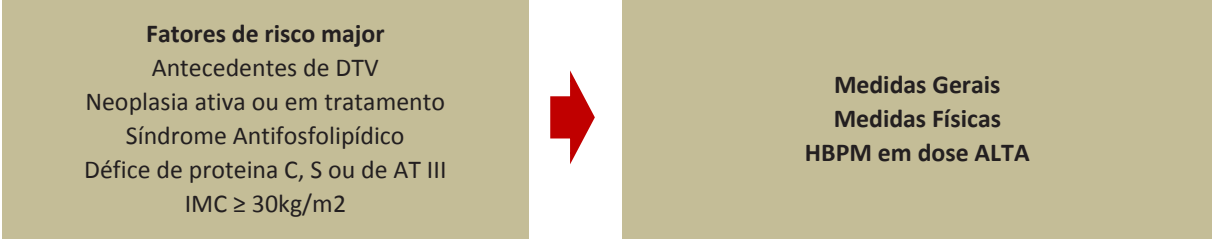
RISCO MAJOR

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



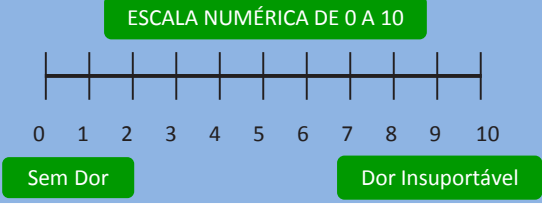
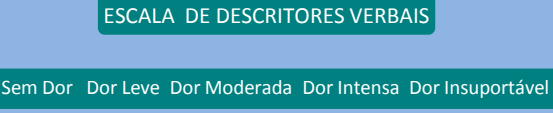
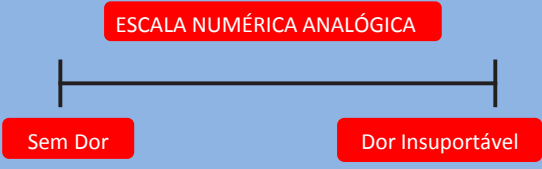

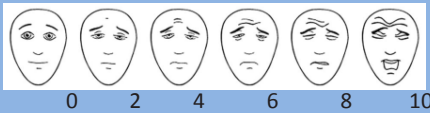
R. Cirúrgico	R. Individual	Regime de Profilaxia
Não	Não	Medidas Gerais (hidratação e deambulação precoce)
	Sim	Medidas Gerais Medidas Físicas (MECG)
Sim	Não	Medidas Gerais Medidas Físicas HBPM em dose BAIXA
	Sim	Medidas Gerais Medidas Físicas HBPM em dose ALTA

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

Escalas Avaliação de Dor na Criança	
<p>< 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</p>	
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 OU Opióides</p>	<p>DOR SEVERA – PARA O DOMICÍLIO 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"> • 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

Escalas Avaliação de Dor na Criança

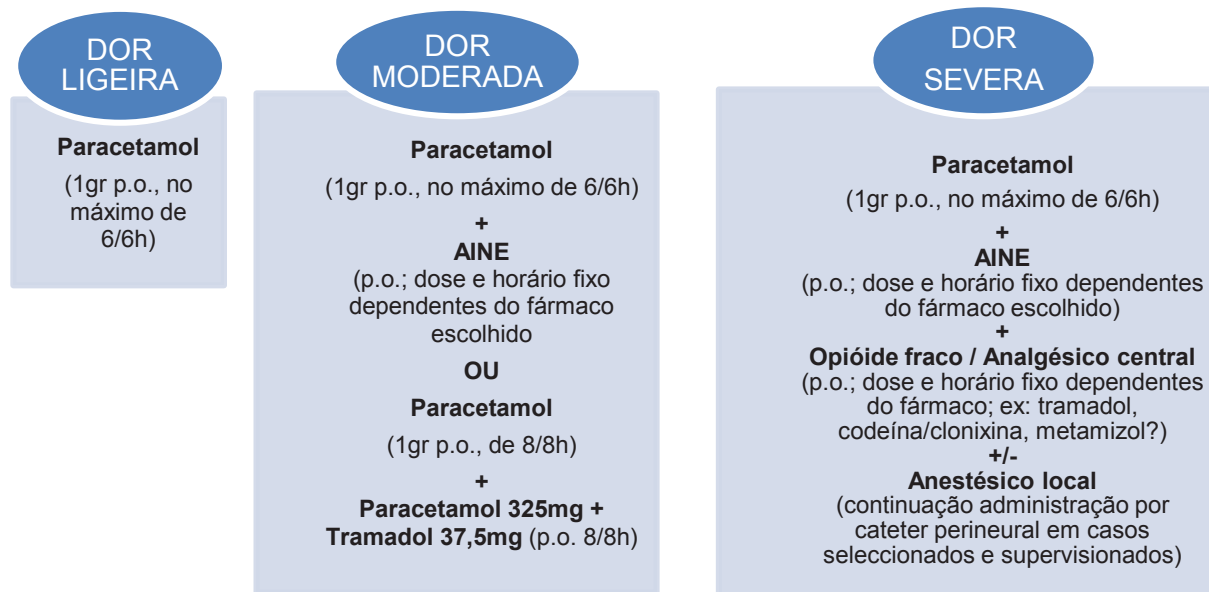
FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)	ESCALAS NUMÉRICAS E VISUAIS ANALÓGICAS DA INTENSIDADE DA DOR (referência 4, 5, 6)
<p>FACE: 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso; 1 = caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste 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 relaxados, 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>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); suster a respiração arfar ou respirar fundo, grave contração muscular.</p>	<p>ESCALA NUMÉRICA 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 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: 30-40mg/Kg Doses seguintes: 20 mg/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 Ano 1mg/Kg q8h (Máx. 150mg/dia)	
Ibuprofeno	> 6 Meses /7Kg, 10mg/Kg q8h (Máx. 800mg)		
Ceterolac	< 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
Codeína	0,5 – 1 mg/Kg q6h		
Tramadol	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).



6. Inquérito anónimo de satisfação do doente (Anexo 11).

7. O contacto telefónico nas primeiras 24 horas é efetuado pela equipa de Enfermagem da UCA, de acordo com o questionário (Anexo 12).

ANEXO 11 – INQUÉRITO ANÓNIMO DE SATISFAÇÃO



Especialidade: _____

Exmo. Sr./Sr.^a 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:

<2 meses	2-4 meses	>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	Enfermagem
--------------	-----------	------------

**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 12 – CONTACTO TELEFÓNICO ÀS 24 HORAS PÓS-OPERATÓRIO



Especialidade: _____

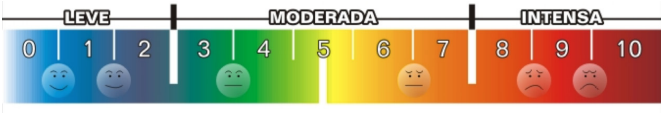
FOLHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM POR CONTACTO TELEFÓNICO

Contacto Telefónico Nº	<input type="text"/>	Identificação do Doente
Cirurgia realizada:	<input type="text"/>	
Data da cirurgia:	<input type="text"/>	
Data do contacto telefónico:	<input type="text"/>	
Enfermeira:	<input type="text"/>	Nº mecanográfico: <input type="text"/>

1. A viagem de regresso a casa decorreu sem problemas?	SIM	NÃO	Porquê?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Passou bem a noite?	SIM	NÃO	Porquê?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Necessitou de recorrer aos Serviços de Saúde?	SIM	NÃO	Qual?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 13).

ANEXO 13 – CONTACTO TELEFÓNICO AOS 30 DIAS PÓS-OPERATÓRIO

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Unidade de Cirurgia
de **Ambulatório**

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.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HSM



HPV

Elaborado por:

Dr.^a Jelena Pajic Cassiano Neves

Coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Departamento de Cirurgia, CHLN

Dr.^a Teresa Monteiro

Coordenadora de Anestesiologia da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Serviço de Anestesiologia, CHLN