



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 8 • Março 2009

# Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório

## A perspectiva do Anestesiologista

*José M. Caseiro*

Se houve especialidade médica que, nos últimos 20 anos, teve de adaptar-se aos benefícios do regresso a casa, no próprio dia, de doentes operados, foi a Anestesiologia.

Daí que dificilmente se fale hoje em Cirurgia do Ambulatório sem com isso se pensar na Anestesia do Ambulatório.

Quais são, então, as grandes preocupações da Anestesiologia nesta matéria?

Globalmente, teremos de admitir que todo o modelo organizacional terá de passar pelo escrupuloso respeito das questões de princípio que norteiam o exercício da especialidade e que garantem ao doente a máxima segurança e eficácia em todo o processo, aspectos indispensáveis para o sucesso das terapêuticas ambulatoriais.

O trabalho em equipa constitui um “*gold standard*” da Anestesia do Ambulatório e pressupõe uma estreita colaboração e entendimento do anestesiologista com todos os envolvidos no programa, desde o cirurgião ao enfermeiro e do secretariado ao próprio doente.

À imagem de toda a equipa, o anestésista terá, não apenas, que obrigatoriamente se preocupar com os critérios de selecção, como também, activamente, confirmá-los em consulta para o efeito, onde fará igualmente a avaliação global pré-operatória dos doentes.

O propósito de uma avaliação pré-operatória é – sempre! – o de identificar e reduzir os riscos associados à anestesia e à cirurgia.

Por isso mesmo, numa avaliação pré-operatória em cirurgia ambulatoria, os critérios de selecção são indis-

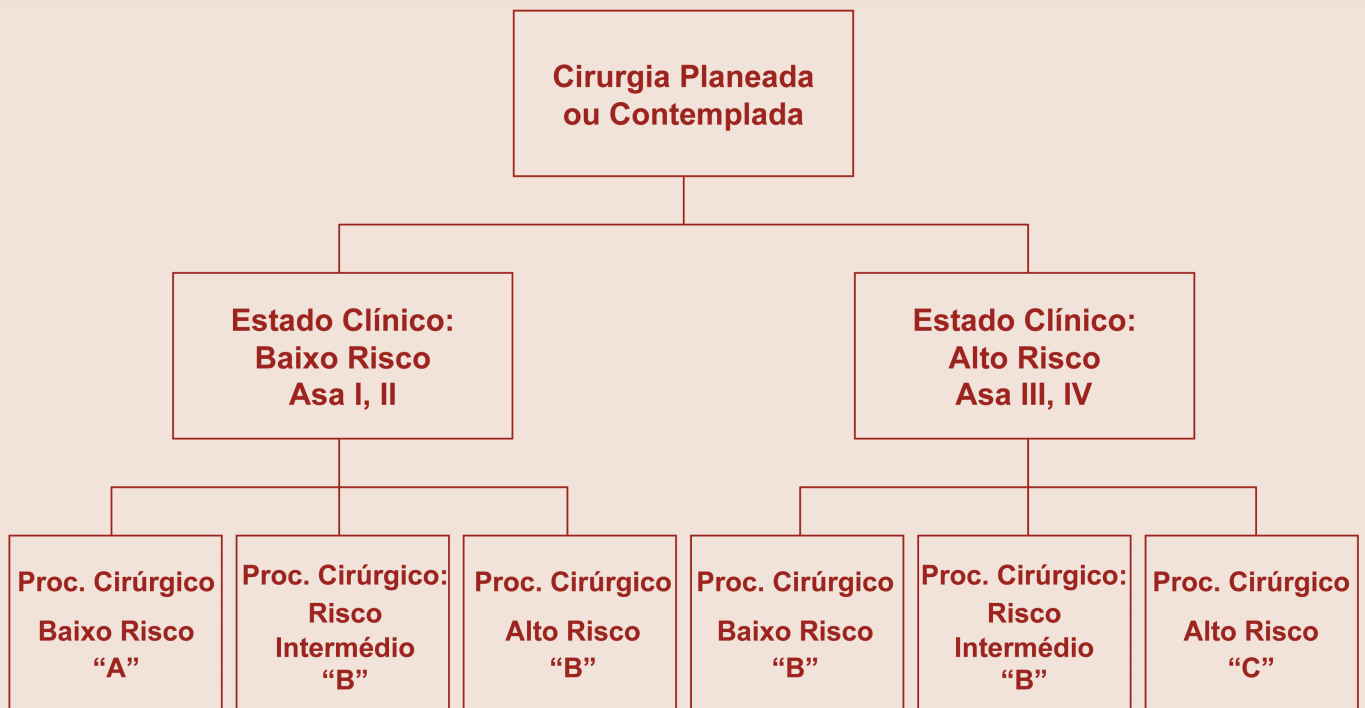
sociáveis da avaliação anestésica, da adequação do estado do doente e da escolha da técnica anestésica apropriada.

A utilização de questionários pré-operatórios (ver anexos 1 e 2) tem-se revelado de grande utilidade para a maior parte dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos de ambulatório, possibilitando que não tenham que comparecer a uma formal consulta de anestesia nem serem submetidos a uma bateria de exames laboratoriais considerados excessivos para os tipos de intervenção cirúrgica e anestésica que irão ser adoptados, num contexto de estado físico favorável ao doente pela adopção de critérios de selecção.

Por outro lado, as vantagens de uma criteriosa selecção incluem, para além do decréscimo na incidência de efeitos indesejáveis, a diminuição de todo o tipo de maus resultados e de internamentos não planeados, o aumento da confiança dos profissionais de saúde e dos doentes e a oportunidade de ganhos na economia do processo, reflectidos em poupança dos próprios doentes, da Unidade Hospitalar em que o programa se insere e do Sistema de Saúde.

A prevenção de complicações deverá começar sempre pela sua antevisão, pela avaliação da capacidade de se agir sobre elas no meio hospitalar onde o programa de Cirurgia do Ambulatório está inserido e pela perspectiva de essas complicações ocorrerem antes do regresso a casa. Aliás, o entendimento de que exista uma forte possibilidade de surgir alguma complicação no domicílio, deverá constituir razão suficiente para não inclusão de um doente no programa.





**Algoritmo de avaliação pré-anestésica**

*Adaptado da ASA Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2002; 96(2):485-96*

**Procedimento de Alto Risco:** significativo stress fisiológico perioperatório; **Procedimento de Baixo Risco:** coloca o doente em situação de mínimo stress fisiológico e risco, independentemente da sua condição clínica; **Procedimento de Risco Intermédio:** moderado risco e stress fisiológico, com mínimas perdas sanguíneas e de fluidos e de escassas alterações fisiológicas no pós-operatório.

**Abreviaturas:** A, o doente pode ser avaliado no dia da cirurgia, com base em questionário/dados clínicos disponíveis previamente; B, O doente pode necessitar de consulta pré-anestésica, baseada na natureza da sua condição clínica e procedimento planeado; C, o doente tem que ser submetido a consulta pré-anestésica, efectuada antes do dia da cirurgia por médico anestesista.

Até porque acontecimentos adversos poderão sempre acontecer e tudo tem que estar previsto para os resolver sempre que surjam. Este é mesmo um dos mais importantes argumentos para que as Unidades de Cirurgia do Ambulatório estejam integradas em Unidades Hospitalares, já que essa realidade permitirá mais facilmente recrutar especialistas de diferentes áreas para ajudar nas situações de maior gravidade que possam eventualmente surgir.

Se é verdade – como vários autores referem – que, com o progresso dos programas de Cirurgia do Ambulatório e a evidência dos seus bons resultados, a postura dos profissionais necessita ser progressivamente alterada no sentido de transformar a clássica pergunta “que cirurgias podemos fazer em ambulatório?” numa outra mais consentânea com o momento actual – “que

cirurgias não devemos fazer em ambulatório?” – também não o é menos que os centros não são todos iguais e que importa ter consciência das condições de resposta do hospital em que o mesmo esteja integrado.

As decisões devem por isso envolver todos os profissionais e levarem em consideração as limitações da Unidade de Cirurgia do Ambulatório. Se há procedimentos considerados seguros em centros experimentados e com dimensão física, humana e organizativa para os efectuar, a sua realização poderá mostrar-se menos segura noutras unidades de recursos mais limitados.

Tudo terá que começar por aqui, para que se estabeleçam regras e critérios de segurança que só se modificarão perante a constatação dos resultados, ao reflectirem a experiência das equipas, a baixa incidência de



complicações e o indesmentível sucesso dos procedimentos terapêuticos.

A consciência das limitações da Unidade de Cirurgia do Ambulatório e do seu *staff*, são determinantes para a escolha dos procedimentos cirúrgicos a efectuar, tendo em conta a sua complexidade e as complicações esperadas, antes mesmo da aplicação de qualquer critério de selecção de doentes.

Ter constantemente presente que a admissão hospitalar de um doente operado em Cirurgia Ambulatória reflecte sempre o insucesso do programa e mais custos.

## CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

Tem sido prática da maioria das Unidades de Cirurgia do Ambulatório elaborar um questionário de suporte à consulta de avaliação anestésica. Esta prática facilita a exclusão de doentes que não têm critérios para serem submetidos a cirurgia ambulatória, a referenciação dos que necessitam de maior avaliação e a selecção dos que têm indicação para o programa.

Critérios cirúrgicos, sociais e médicos são recomendáveis e o modelo de avaliação utilizado deverá permitir a caracterização do estado de saúde global e do perfil psicológico do doente.

Embora haja vários modelos de avaliação pré-operatória para estes doentes, com diferentes recomendações e protocolos entre os vários países e distintas posturas individuais a distinguirem as Unidades entre si, tem sido universalmente aceite a necessidade de serem considerados critérios cirúrgicos, sociais e médicos.

### Critérios cirúrgicos

A agressividade tissular e o impacto sobre os órgãos e sistemas terão que ser, tendencialmente, os factores mais importantes a considerar na escolha de um procedimento e, com eles, a probabilidade de perdas sanguíneas, as necessidades analgésicas inerentes e as exigências de uma fluidoterapia continuada.

O doente, no momento da alta, tem que poder alimentar-se dispensando soros e ver controlada a sua dor

com terapêuticas orais ou regionais adequadas à condição de pós-operatório no domicílio.

Os avanços na especialidade de Anestesiologia e na técnica cirúrgica têm permitido aumentar o número de procedimentos a incluir em Cirurgia do Ambulatório, mas a convicção de que as cavidades torácica e abdominal não devem ser abertas continua a existir, a menos que com técnicas minimamente invasivas.

Os critérios cirúrgicos não são sempre universais e alguns avanços em centros de elite não têm condições de serem imitados em muitas unidades de cirurgia ambulatório.

Num modelo prático, deve sugerir-se a uma Unidade que inicia a sua actividade, o respeito pelos seguintes critérios cirúrgicos:

- Programação de Intervenções de duração moderada (inferior a 120 minutos).
- Previsibilidade de perdas sanguíneas mínimas, inferiores a 500 ml.
- Prescindibilidade de cuidados pós-operatórios especializados.
- previsibilidade de escassa probabilidade de ocorrência de complicações pós-operatórias.
- Possibilidade de controlo eficaz da dor pós-operatória no domicílio por via oral ou métodos regionais minimamente invasivos.

### Critérios sociais

A ideia fundamental que preside à existência de critérios sociais é a da necessidade de doentes e familiares compreenderem o que está em jogo e entenderem o seu papel num processo em que, para além da intervenção cirúrgica, existe uma sedação ou uma anestesia geral a retirar faculdades ao doente.

É obvio que, subjacente a esta ideia, há igualmente a necessidade de confirmar que o doente tem condições de habitação e de acesso ao hospital convenientes a toda a problemática de um pós-operatório que vai decorrer fora do hospital e que a sua vigilância permanece assegurada no domicílio.

Em conformidade, constituem condições sociais vulgarmente impostas aos doentes:

- Aceitarem a intervenção cirúrgica neste regime.



- Terem garantida, no mínimo, nas primeiras 24 horas, a companhia de um adulto responsável.
- Assegurado o transporte em veículo automóvel.
- Residirem ou pernitem em local com distância do hospital não superior a 1 hora, com boas condições de habitabilidade (uma unidade hoteleira pode constituir solução adequada).
- Disponibilidade de acesso telefónico.

### Critérios médicos

Os critérios médicos de selecção são bastante largos, fazendo recaír globalmente os receios em doentes cuja probabilidade de complicações seja elevada, numa atitude de prudência mais comandada pelo bom senso que propriamente pelo enunciado de condições médicas avulso que poderão ter significado diferente consoante os doentes.

De um modo geral, aceita-se que os testes laboratoriais são dispensáveis na maioria dos doentes com questionários de avaliação pré-operatória completamente negativos e que os doentes ASA I e ASA II são potencialmente candidatos a cirurgia ambulatória, tal como os ASA III estabilizados.

A avaliação do estado físico pela classificação ASA, apesar de indesmentível utilidade, não é de valor absoluto e há várias razões que, perante o procedimento cirúrgico a efectuar e o tipo de morbidade apresentado pelo doente poderão implicar exclusão.

A idade acima dos 85 anos, apesar de não haver evidência que, só por si, a idade avançada constitua factor de impedimento, é um exemplo clássico.

Todas as condições médicas que tenham alguma correspondência com a possibilidade de ocorrerem complicações pós-operatórias, deverão ser judiciosamente ponderadas, tendo em conta a situação clínica do doente, o procedimento cirúrgico e a intervenção anestésica a efectuar.

É o caso de algumas doenças cardiovasculares como a hipertensão e a doença isquémica do miocárdio, de doenças respiratórias como a asma ou a DPOC, das infecções respiratórias altas e da apneia do sono, bem como da controversa obesidade (atitudes diferentes conforme os centros e/ou os países) que, a menos que

apresente valores de índice de massa corporal acima dos 40 Kg/m<sup>2</sup>, não deve ser factor de exclusão para muitos procedimentos efectuados em ambiente de cirurgia ambulatória que, além do mais, beneficia estes doentes.

Raramente os problemas anestésicos são factor de impedimento – nem mesmo a hipertermia maligna, que obviamente impõe a utilização dos fármacos considerados seguros – mas torna-se imprescindível conhecê-los para os evitar.

Se é verdade que tudo tenha que começar por uma criteriosa selecção de doentes, não o é menos que deva terminar numa baixa incidência de complicações, nas quais sobressaiem a dor, as náuseas e os vómitos.

A importância do controlo destes indesejáveis acontecimentos é transcendente. Torna-se, por isso mesmo, óbvio entender porque são distinguidos como os maiores contratempos dos programas de Cirurgia do Ambulatório e porque terão sempre de constituir o alvo prioritário que a concentração de esforços deverá eleger para se atingirem os desejados objectivos.

### RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E ALTA

A vigilância destes doentes é factor essencial para o sucesso do programa e para se poder determinar o momento em que a alta para o domicílio é possível.

Apesar da utilização de modelos anestésicos de recuperação rápida, com fármacos de acção curta e a possibilidade de se fazer curto-circuito às tradicionais UCPA (conceito de fast-track), as exigências de uma adequada vigilância não podem deixar de existir, em espaços físicos apropriados para estes programas e que ofereçam toda a segurança aos doentes bem como condições de trabalho aos profissionais.

Inspiradas nas tabelas de Aldrete e de White, a maioria das Unidades desenvolve modelos de pontuação adaptados à realidade da Cirurgia do Ambulatório, nos quais uma série de parâmetros como o nível de consciência, a actividade física, a estabilidade hemodinâmica e respiratória, o estado de saturação de O<sub>2</sub>, a incidência de náuseas e vómitos e a dor, são avalia-



dos com regularidade e pontuados de forma a que a concessão de alta possa basear-se em pontuações previamente determinadas e consideradas seguras.

A consciência de que os doentes operados passam por diferentes fases no processo de recuperação pós-anestésica, desde a descontinuidade dos anestésicos à recuperação dos reflexos e actividade motora, evoluindo na pontuação dos vários critérios até atingir um estado fisiológico idêntico ao do período pré-operatório, torna-se fundamental para a adequação dos cuidados de vigilância às suas necessidades, num processo contínuo que termina na alta.

Tem sido prática de um grande número de Unidades de Cirurgia do Ambulatório estruturar os cuidados pós anestésicos em duas fases, denominadas Recobro de Fase I (cuidados idênticos aos das UCPA) e Recobro de Fase II (cuidados idênticos aos de Enfermaria).

O Serviço de Anestesiologia do IPO de Lisboa FG EPE, elaborou uma tabela inspirada na que utiliza na UCPA da cirurgia convencional, para aplicação aos doentes operados na futura Unidade de Cirurgia do Ambulatório, com o objectivo de pontuar o Recobro de Fase I e de manter a vigilância na Fase II (ver Anexo 3).

Os critérios de alta a aplicar são vários, no sentido de potenciar ao máximo as condições de segurança em que o doente regressa ao domicílio e se é verdade que ganhou grande popularidade o sistema desenvolvido por Chung denominado PADS (Post-anesthesia Discharge Scoring System), que avalia sinais vitais, actividade motora e deambulação, náuseas e vómitos, dor e hemorragia, qualquer sistema de pontuação poderá ser considerado válido desde que inclua a avaliação do estado de consciência dos doentes, o controlo da dor com analgésicos orais, o controlo das náuseas e vómitos, a estabilidade dos sinais vitais, a actividade motora que permita deambular sem desequilíbrios e a inexistência de hemorragia relacionada com a cirurgia.

Tem sido hábito, na literatura médica e nas reuniões científicas, discutir alguns aspectos que determinam frequentemente práticas distintas nas diversas Unidades de Cirurgia do Ambulatório. São os casos da ingestão obrigatória de líquidos antes da alta (ausência de

evidência sobre a sua utilidade), da micção obrigatória antes de sair (que pode ser tardia, até às 6-8 horas de pós-operatório e não deve prolongar o internamento, explicando-se ao doente o que fazer se até essa altura não tiver urinado) e da adopção de técnicas de anestesia regional (cada vez mais populares e mais úteis nos programas de cirurgia do ambulatório).

O que cada vez mais se defende é uma decisão sensata e adequada a cada doente sobre as três questões acima mencionadas, sendo que uma maioria dos doentes não necessitará de ingestão de líquidos antes da alta, não precisará de aguardar 6-8 horas no internamento para urinar e poderá, sem problemas, ser submetida a uma anestesia regional, incluindo a raqui-anestesia.

Nenhum sistema de pontuação de critérios de alta, por maior que seja a pontuação obtida, poderá dispensar um pacote de recomendações e informações a facultar ao doente, começando pelo seu reconhecimento de se encontrar em condições de ter alta e a obrigatoriedade de se fazer acompanhar por adulto responsável e informado.

O doente deverá ser ilucidado sobre todas as precauções que cirurgião e anestesista entendam necessárias, como a interdição de conduzir, de cozinhar ou de tomar decisões de grande responsabilidade, ser portador das prescrições necessárias, ser esclarecido sobre a forma e o momento em que pode procurar apoio médico e informado sobre o modelo de follow-up telefónico que a Unidade adoptará.

## CONCLUSÃO

Apesar de, ao longo do tempo, tudo ter sido razão de controvérsia na Cirurgia/Anestesia do Ambulatório (tipo de cirurgia, tempo de internamento, máscara laríngea, anestesia regional, profilaxia das náuseas e vómitos, ingestão de fluidos antes da alta, etc...) o crescimento da Cirurgia do Ambulatório tem sido impressionante e imparável, sendo agora fácil de prever que o seu futuro seja ainda bem mais brilhante.

De entre as múltiplas razões apontadas para o facto,



sempre se mencionam em primeiro lugar os aspectos económicos, mas a satisfação dos doentes e a reduzida morbilidade têm sido igualmente elementos catalizadores do crescimento da Cirurgia do Ambulatório.

Na base deste sucesso, subsistem três aspetos incontornáveis que, muito provavelmente explicarão quase

tudo: a organização imaculada que um programa desta natureza exige, o trabalho de equipa interdisciplinar que implica e o rigor colocado nos critérios de selecção e pontuações de alta a aplicar aos doentes, conferindo enorme segurança, eficácia e confiança a todo o processo.

#### BIBLIOGRAFIA UTILIZADA E/OU RECOMENDADA:

- Day Surgery, Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery. Editores: Paulo Lemos, Paul Jarrett e Beverly Philip. Clássica Artes Gráficas, Porto, 2006.
- Anesthesiology Clinics of North America, Ambulatory Anesthesia. Editor: Tong Joo Gan. Saunders, Junho 2003.
- Ambulatory Anesthesia: The Requisites in Anesthesiology. Editor: Scott R. Springman. Mosby 2006.
- Problems in Anesthesia, Ambulatory Anesthesia. Volume 11, Number 1. Editores: Beverly K. Philip e Burton S. Epstein. Lippincott Williams & Wilkins, January 1999.



**QUESTIONÁRIO PRÉ-OPERATÓRIO**

IDADE:	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PESO:	ALTURA:
--------	--	-------	---------

Este questionário pretende conhecer alguns factos da sua história clínica, a fim de permitir a máxima segurança e eficiência no seu tratamento. As suas respostas são confidenciais. Responda correctamente, assinalando com uma cruz no local apropriado.

S	N	01. Já teve problemas com alguma anestesia?
S	N	02. Algum familiar seu teve problemas anestésicos?
S	N	03. Tem tosse habitualmente?
S	N	04. Tem expectoração quando tosse?
S	N	05. Está ou esteve constipado nas últimas 3 semanas?
S	N	06. Tem ou teve asma, bronquite ou outra doença dos pulmões?
S	N	07. Tem ou teve apneia do sono?
S	N	08. Tem ou teve a tensão alta?
S	N	09. Tem ou teve alguma doença do coração: enfarte do miocárdio, angina de peito?
S	N	10. Tem as pernas inchadas habitualmente?
S	N	11. Tem falta de ar (deitado, a andar, a subir escadas)?
S	N	12. Tem palpitações ou arritmia?
S	N	13. Tem <i>pacemaker</i> ou desfibrilhador?
S	N	14. Tem ou teve alguma doença dos rins?
S	N	15. Tem ou teve hepatite?
S	N	16. Tem ou teve hérnia do hiato, gastrite, úlcera gástrica ou duodenal?
S	N	17. Tem ou teve alguma doença dos músculos, dos ossos ou das articulações?
S	N	18. Teve algum AVC (trombose)?
S	N	19. Tem ou teve convulsões ou desmaios?
S	N	20. Tem diabetes?
S	N	21. Tem ou teve alguma doença da tiróide?
S	N	22. Tem ou teve anemia ou outras doenças do sangue?
S	N	23. Tem ou teve alguma doença nervosa, depressão ou ansiedade?
S	N	24. Tem alergias (medicamentos, alimentos ou outras)?
S	N	25. Está grávida?
S	N	26. Fez quimioterapia ou radioterapia?
S	N	27. Tomou cortisona nos últimos 6 meses?
S	N	28. Fuma? Quantos cigarros por dia e há quantos anos?
S	N	29. Consome vinho ou outras bebidas alcoólicas diariamente?
S	N	30. É ou foi toxicodependente?

MEDICAMENTOS HABITUAIS	ALERGIAS	CIRURGIAS ANTERIORES

DATA:...../...../..... ASSINATURA:.....





## A PREENCHER PELO MÉDICO

DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENÇÃO PROPOSTA:.....

ASA  I  II  III RISCO DE VÓMITOS  0  1  2  3

ABERTURA DA BOCA BOA  MÁ

MALLAMPATI  I  II  III  IV

PRÓTESES DENTÁRIAS  S  N

LENTE DE CONTACTO  S  N

APTO  S  N  CONDICIONAL .....

DESTAQUES

ANESTESISTA.....

### APARELHO RESPIRATÓRIO

AUSCULTAÇÃO PULMONAR

.....  
 .....  
 .....

RX NORMAL  S  N

PFR NORMAIS  S  N

OUTROS.....

### APARELHO CARDIO-VASCULAR

TA: .....

PULSO: .....

OBSERVAÇÃO CARDÍACA

.....  
 .....

ECG NORMAL  S  N

ECO NORMAL  S  N

OUTROS.....

### EXAMES LABORATORIAIS

HEMOGRAMA

Hgb..... Htc..... GV..... GB..... Plaquetas..... Outras.....

COAGULAÇÃO

TP..... Taxa Protrombina..... INR..... APTT..... Ratio APTT.....

BIOQUÍMICA

Glicémia..... Ureia..... Creatinina..... Na..... K..... Cl..... Ca.....

Outras.....

OUTRAS ANÁLISES

.....  
 .....



### FICHA DA UCPA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENÇÃO:.....

VINHETA

IDADE:

ASA  I  II  III

PESO:

RISCO DE VÔMITOS  0  1  2  3  4

**RECUBRO FASE I**

**RECUBRO FASE II**

CHEGADA +15min +30min +45min +60min +1h 30min +2h

+2h 30min +3h +3h 30min +4h FINAL

FÁRMACOS E FLUIDOS


**PONTUAÇÃO**

**RECUBRO FASE I**

**RECUBRO FASE II**

CHEGADA +15min +30min +45min +60min +1h 30min +2h

+2h 30min +3h +3h 30min +4h FINAL

SAT. O <sub>2</sub>	< 85%	0											
	85% - 95%	1											
	> 95%	2											
RESPIRAÇÃO	SEM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	0											
	DISPNEIA; F.R. <10 OU >20	1											
	EUPNEICO	2											
ACTIVIDADE MOTORA	NÃO SUSTEM A CABEÇA N/ MOVE OS MEMBROS	0											
	NÃO SUSTEM A CABEÇA, MOVE OS MEMBROS	1											
	SUSTEM A CABEÇA E MOVE OS MEMBROS	2											
CONSCIÊNCIA	NÃO RESPONDE A ESTÍMULOS AUDITIVOS	0											
	RESPONDE A PERGUNTAS SIMPLES	1											
	DESPERTO E ORIENTADO	2											
HEMO. DINÂMICA	Δ MAP > 4mmHg MAP DA CONSULTA; FC < 40 OU > 150	0											
	Δ MAP > 2mmHg MAP DA CONSULTA	1											
	MAP E FC ≈ À CONSULTA	2											
DOR	DOR INTOLERÁVEL	0											
	DOR INTENSA	1											
	DOR LIGEIRA	2											
	SEM DOR	3											
NÁUSEAS VÔMITOS	NÁUSEAS E VÔMITOS	0											
	NAUSEADO	1											
	SEM NÁUSEAS NEM VÔMITOS	2											
HEMORRAGIA	SEVERA: > 3 MUDANÇAS DE PENSO	0											
	MODERADA: ATÉ 2 MUDANÇAS DE PENSO	1											
	MÍNIMA: PENSO OPERATÓRIO NÃO REPASSADO	2											
<b>TOTAIS</b>		<b>17</b>											

**PONTUAÇÃO FINAL**

ALTA SE PONTUAÇÃO >16  
(NENHUM PARÂMETRO <2)

DATA..... HORA.....

DOMICÍLIO

HOSPITAL

ANESTESISTA.....

ENFERMEIRO.....

**OBSERVAÇÕES**

FOLHETO INFORMATIVO

RECEITAS E/OU MEDICAMENTOS

INSTRUÇÕES SOBRE SEGUIMENTO

