

VIII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA AMBULATÓRIA

INCLUI A VIII REUNIÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM PARA CIRURGIA AMBULATÓRIA

III CONGRESSO IBÉRICO DE CIRURGIA AMBULATÓRIA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA NO CONGRESSO



asecma
ASSOCIACION
ESPAÑOLA
DE CIRUJIA
AMBUATORIA

Drs. João Silva Duarte, Ian Jackson, Vicente Vieira,
Carlos Magalhães e Miquel Prats



Envolver todos os profissionais
relacionados com o processo
e circuito do doente em CA

Ciruambulocologista

Cirruambulocologista

A especialidade da News Farma
é acompanhar todas as especialidades médicas.

Líderes no mercado editorial especializado em saúde, prescrevemos publicações de excelência a toda a comunidade médica. A dedicação de profissionais com mais de 15 anos no setor, reflete-se num acompanhamento atento dos seus temas e na promoção da comunicação entre os especialistas de saúde, a indústria farmacêutica e a população em geral, dando voz e informação a todos os públicos envolvidos.

Ser um especialista num setor de especialistas, é o compromisso que assumimos em todos os meios e conteúdos que colocamos ao seu dispor.

Siga as notícias em permanência
www.newsfarma.pt

 /newsfarma



As nossas publicações:

MEDIC  NEWS

FARMACÊUTICO
NEWS

HEMATOLOGIA
ONCOLOGIA

SIDA

FARMÁCIA
 **saúde**
para o seu bem-estar

Vital Health

Estimular a prática da CA



Dr. Carlos Magalhães*

A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) em parceria com Asociacion Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASE-CMA) organizam a 3.ª edição do Congresso Ibérico Cirurgia Ambulatória e VIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória.

Depois do sucesso do I Congresso realizado na cidade de Braga em 2012, seguido por Santiago de Compostela em setembro de 2013, esta será mais uma excelente oportunidade para demonstrar a posição de destaque e de liderança, que a Cirurgia Ambulatória ocupa nos programas de cirurgia eletiva no nosso País e na Península Ibérica.

O grande crescimento da CA em Portugal nos últimos anos, com um percentual nacional que se localiza acima dos 55%, em relação à cirurgia programada realizada em internamento, é já uma expressão considerável.

O seu principal fator de sucesso e de desenvolvimento tem sido a sua característica multidisciplinar, envolvendo diferentes grupos profissionais, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade no tratamento dos nossos pacientes, sendo considerada como uma área prioritária e um pilar de sustentabilidade do SNS.

Devemos, no entanto, refletir sobre a forma como este regime de interven-

ção cirúrgica está a ser realizado e sobre as orientações, que os responsáveis têm previstas para a CA, pois todos sabemos que a realidade a nível nacional é muito heterogénea e nem todos os pacientes incluídos nas estatísticas da CA dos nossos hospitais, cumprem os circuitos definidos para as boas práticas na CA.

A Comissão Organizadora deste Congresso decidiu incluir diversas áreas gerais que apresentam um grande potencial de desenvolvimento e crescimento na CA, associadas ao seu conceito multidisciplinar, multiespecialidades e multiprofissional.

A área da Pediatria foi considerada uma dessas áreas e todos quantos estão envolvidos no tratamento cirúrgico de patologias em idade pediátrica, poderão testemunhar que a CA poderá ser o ambiente de eleição de excelência para a inclusão das crianças e seus familiares e cuidadores.

O tratamento de patologias do pavimento pélvico foi também uma área de eleição, podendo ser indicada como uma das áreas de maior vertente multidisciplinar da CA.

As técnicas mini-invasivas, a gestão e organização das unidades de cirurgia de ambulatório terão também o seu destaque nesta reunião, sendo ainda apresentadas algumas novas recomendações e consensos na área da CA.

Esta edição do nosso Congresso pretende revelar efetivamente a expressão nacional da CA, estando envolvidos todos os profissionais que efetivamente estão relacionados com o processo e circuito do paciente em CA, incluindo-se necessariamente os profissionais ligados à área médica, mas, pela primeira vez, vamos ter a presença no programa científico de um elemento ligado aos profissionais de apoio médico.

A APCA continua a defender que a CA poderá ter um papel muito importante na sustentabilidade económica do SNS, permitindo rentabilizar muitos dos recursos existentes a nível nacional, oferecendo excelentes garantias de qualidade e segurança de tratamento dos pacientes. Na nossa opinião, deverá manter-se o estímulo à prática da CA, com alta do paciente no próprio dia da cirurgia, enquadrando necessariamente as UCA que tiverem condições para o fazerem também com pernoita.

A APCA continua a defender que a CA poderá ter um papel muito importante na sustentabilidade económica do SNS, permitindo rentabilizar muitos dos recursos existentes a nível nacional, oferecendo excelentes garantias de qualidade e segurança de tratamento dos pacientes

Existem recomendações nacionais e internacionais sobre as normas de funcionamento da CA e a APCA tudo fará, para que essas recomendações sejam efetivamente cumpridas no nosso país, procurando que seja realmente dada prioridade à quantificação da qualidade do procedimento cirúrgico realizado em CA, evitando assim que este ato possa ser associado a um simples procedimento de registo administrativo.

As unidades e hospitais com melhor

organização, maior atividade e diferenciação na prática da CA, deverão ser premiadas e estimuladas com incentivos económicos.

Devido aos avanços tecnológicos, a procedimentos menos invasivos, técnicas anestésicas mais eficientes, uniformização de protocolos, melhoria de cuidados pós-operatórios e de aspetos de organização das diferentes unidades de Cirurgia Ambulatória no nosso País, espera-se que este crescimento e desenvolvimento continuem a ser estimulados no futuro, disponibilizando-se a APCA para continuar a ser o principal interlocutor e estrutura dinamizadora da sua expressão a nível nacional.

A qualidade científica deste Congresso está garantida pela presença de grandes referências nacionais e internacionais na área da Cirurgia Ambulatória, tendo sido envolvidas todas as estruturas - Ministério da Saúde, ACSS, ERS, Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros - que possam ter poder de intervenção e de decisão em todo o processo da CA.

Aproveito para dar as boas-vindas a todos os cerca de 750 participantes deste Congresso, agradecendo a todos os palestrantes e moderadores a sua partilha de experiências. Estou certo que todos sairemos de Tróia muito mais enriquecidos e com conhecimentos e conceitos reforçados, em relação ao desafio do projeto da CA.

Agradeço aos elementos do Comité Organizador pela atividade desenvolvida ao longo destes meses, assim como à Indústria todo o apoio para que fosse possível concretizar este projeto, permitindo-me afirmar que esta 3.ª edição será por certo mais um marco importante na CA em Portugal e na Península Ibérica.

* Presidente da APCA

FLASHES



Laparoscopia biliar e cirurgia de ambulatório



Dr. Jaime Vilaça*

O tema que me foi proposto para este encontro é-me particularmente grato e serve como uma luva naquilo que é o conceito convergente da cirurgia minimamente invasiva e ambulatória. Quanto menor a agressão, menor a necessidade de cuidados hospitalares de internamento. A litíase vesicular constitui a patologia que mais frequentemente motiva cirurgia abdominal programada no Mundo Ocidental. Esta doença que se relaciona com o envelhecimento, a obesidade e a hipercolesterolemia,

é a expressão mais simples da litíase biliar. O espectro desta entidade engloba também as complicações agudas como a colecistite e a litíase da via biliar principal (LVBP) que aflige cerca de 15% destes doentes. Apesar de ser uma entidade muito frequente, a deteção pré-operatória de LVBP constitui um desafio porque os indicadores clínicos e analíticos são muitas vezes traídos pela dinâmica da própria doença. Na verdade a LVBP é secundária a cálculos vesiculares na maioria dos doentes e é difícil prever se a sua passagem espontânea para o duodeno acontece enquanto aguardam por uma intervenção. Sempre que disponível, a abordagem laparoscópica da vesícula com colangiografia intra-operatória e eventual exploração biliar constitui a melhor solução. Isto significa que não só é mais económica, mas também que tem melhor resultado clínico a curto e longo prazo. O conceito atual de Hospital tende a abolir as barreiras entre serviços

e especialidades. O lema será antes flexibilizar a Instituição para servir da forma mais adequada e personalizada a saúde do doente. Neste sentido terá sempre de haver uma articulação maleável entre ambulatório puro, pernoita e internamento hospitalar. O tratamento da litíase vesicular não complicada é exemplo disto porque apesar de ser uma cirurgia muito comum, apresenta um leque alargado de complexidade possível. Assim, a seriação de doentes para tratamento ambulatório passa por uma história biliar pormenorizada, avaliação de risco e cumprimento de critérios de qualidade intra-operatórios. Quando nos propomos a intervir em doentes com suspeita de LVBP, a intervenção pode ser feita em regime ambulatório com quanto tenhamos possibilidade de internar o doente se a cirurgia for mais complexa (como na colecistectomia). Se selecionarmos doentes com risco médio e elevado de LVBP para colangiografia intra operatória, cerca

de dois terços destes não terão LVBP e a cirurgia salda-se por uma simples colecistectomia. Dos que fazem exploração biliar (restante terço) metade pode ser explorada por via transcística e uma pernoita com alta até às 23 horas é adequado na maioria destes casos. Os restantes (cerca de 15-20%) passam a internamento convencional. Desta forma se pode agilizar e adequar o tratamento do doente com litíase biliar, dando-lhe a mais moderna e adequada abordagem numa ótica de otimização dos recursos hospitalares. Esta é a temática que me cabe defender, num encontro que desde já louvo o elevado nível científico e no qual me sinto honrado em participar.

* Cirurgia hepatobiliopancreática e laparoscopia, Hospital da Arrábida - Espírito Santo Saúde, Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva, Investigador do ICVS/3B's, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Day surgery and the economic crisis



Dr. Ian Jackson*

Many countries across the world have seen severe financial pressures on their health services following the economic recession of 2008. However it is important to remem-

ber that our problems are not just secondary to the economic crisis. Health services face issues from:

- Health sector inflation;
- Increasing care costs linked to an aging population;
- Increased costs linked to increasing level of obesity and other chronic conditions;
- Developments of new drugs, technologies and treatments – each requiring new funding.

OECD information confirms that many countries across the Eurozone have frozen or reduced levels of funding in their health service. In England the budget for health spending has been effectively frozen since

2010. This equates to a reduction in health spending in real terms – this has been managed by wage restraint and hospitals making efficiency savings. Current expectation is that this will continue until 2020 and so we are expected to continue to do more with less money in the system. Day surgery is therefore presented with an ideal opportunity to thrive – movement of cases from the inpatient service can introduce true efficiency savings. However this is not always simple - evidence shows that there is large variation in clinical practice in day surgery across the UK and this is likely to be the same in other countries. This variability requires

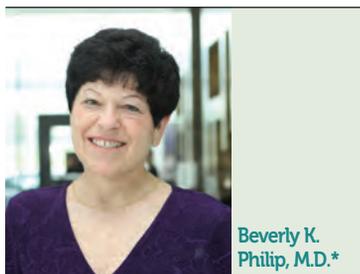
challenge as the concept that clinical freedom somehow makes this acceptable is no longer tenable in a world with limited resources. Having reviewed the financial and clinical issues that all hospitals face in Europe, Dr. Jackson will explain how the British Association of Day Surgery has tried to work at the national level to influence policy that will promote quality day surgery.

* President, International Association for Ambulatory Surgery, Specialty - Anaesthesia Current post - Chief Clinical Information Officer, York Teaching Hospital NHS Foundation Trust

FLASHES



Pelvic minimally invasive surgery Strategies for fast track anesthesia



Beverly K. Philip, M.D.*

A major practice area in advanced pelvic minimally invasive surgery (MIS) is gynecology. In one series, 80% of laparoscopic hysterectomies were ambulatory procedures. And these were not perfect candidates – the patient population was racially diverse and many were obese, had large uteri, or had previous abdominal surgery. Single port access technologies are cutting edge. These technologies utilize articulating or bent instrumentation with specialized multi-lumen ports, with excellent cosmetic results. An area of rapid expansion in MIS is the growth of robotic-assisted surgery. One such surgical platform, the Da Vinci robotic system was first approved in 2001 for use in cardiac surgery. However adoption in that field has been limited compared to widespread adoption in the fields of urology and gynecology. Learning robotic surgery requires practice to reduce surgical time, but from the outset there is less blood loss and shorter length of stay, while preserving node yield in cancer staging surgery.

To accomplish fast track recovery for advanced MIS, success is not just about the surgery. It requires a process change, which begins with patient evaluation and education. It is important to evaluate patient information in advance. The most complete approach is to create a Preoperative Assessment Clinic. A separate visit at such a clinic does have associated personnel cost, but if patients are seen immediately pre-

operatively, there is wasted operating room time cost instead. Patients must be educated there, to give them appropriate expectations about surgery, anesthesia, and recovery.

From the robotic surgical brochure: "Treat like an outpatient case". Anesthesia for advanced minimally invasive pelvic surgery begins with pre-medication if needed, either propofol 10 mg or midazolam 1 mg, but no opioid. The anesthetic we use is a titrated volatile technique, with no routine opioid during the maintenance. A small ETT (6.0 mm) is recommended to minimize postoperative sore throat. Judicious use of neuromuscular blocker is indicated, with small ventilation movement controlled by lowering pCO₂; this is followed by judicious reversal (2-3 mg neostigmine). A major concern managing advanced minimally invasive surgery is the need for extreme Trendelenburg position for hours. It is necessary to protect the patient from sliding and the face from moving instruments. Arms are tucked at the side, so plan IV access.

To accomplish fast track recovery for advanced MIS, success is not just about the surgery. It requires a process change, which begins with patient evaluation and education

Another major concern is to minimize crystalloid intraoperatively to avoid fluid congestion in the down head. During induction, at BWH we work to limit crystalloid to ≤500ml, then use hetastarch for maintenance, usually two 500ml units. After the robotic portion is completed, replacement with crystalloid resumes. Since patients often have a bowel cleansing before surgery, they may be hypovolemic and vaso-

pressor is often needed early in the procedure.

Pelvic surgery, whether robotic or routine laparoscopic, carries a high risk of postoperative nausea and vomiting, and patient factors add to the risk. Multi-modal antiemetic regimens are important. We often give a scopolamine patch preop, then dexamethasone 4mg after induction and ondansetron 4mg, before end of the case. If patients have no significant cardiovascular disease, ephedrine IM 35-50 mg may be added. Multi-modal analgesia begins as always with local anesthesia - port infiltration by surgeons. Non-opioid analgesia is the next foundation, consisting of celecoxib 400 mg per os preop, then ketorolac 15-30 mg before the end of the case. Supplemental opioid analgesia is necessary but should be conservative: we use fentanyl near end of the case, in 25-50 µg increments, to ~150 µg total. During recovery, additional analgesia need should be managed with small-dose fentanyl, 50 µg x 3-5. If more is needed, the surgeon should be contacted to assess surgical concerns. Long-acting opioids should not be used, due to long-acting side effects of nausea, drowsiness, constipation and urinary retention. We use promethazine (Fenergan®) 6.25 mg as a rescue antiemetic. Almost all our patients go home on the same day of their advanced minimally invasive surgery. When we began, patients stayed overnight and were discharged the next morning. For those patients, emphasize to the PACU nurses that these patients must be treated like Ambulatory patients. The process change continues with postop and discharge orders. We use preprinted orders to facilitate ambulatory recovery, addressing monitoring, fluids, analgesics and antiemetics. Objective discharge criteria are needed to ensure safe discharge, independent of the length of stay. These criteria include stable vital signs, absence of surgical complica-

tions, controlled pain and nausea, and patient acceptance of readiness for discharge. Without exception, an adult must be present to accompany the patient home.

The final followup is an assessment of the perioperative surgical and anesthetic experience by the patient. The goal of fast track recovery is high quality care with prompt return to normal function

An important part of the fast track recovery process is careful patient education about postdischarge concerns. We give patients written materials that include the answers to:

What should I expect? How do I manage my pain? How do I care for myself at home?

What activities am I allowed to do at home? What may I eat? My daily medications.

Who to call & when for emergent vs. urgent vs. routine post-discharge needs.

Your surgeon's name & number. Followup appointment.

Instructions are checked by an ambulatory surgery nurse, on the next-day telephone call.

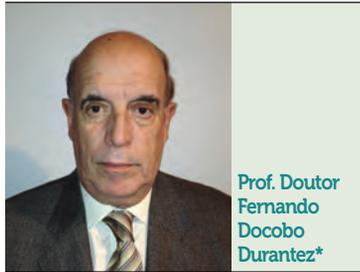
The final followup is an assessment of the perioperative surgical and anesthetic experience by the patient. The goal of fast track recovery is high quality care with prompt return to normal function. To reach that, we must address preoperative, intraoperative, and postoperative factors, to make fast track recovery REALLY happen.

* Vice President for Scientific Affairs, American Society of Anesthesiologists, Professor of Anaesthesia, Harvard Medical School, Founding Director, Day Surgery Unit, Brigham and Women's Hospital, Boston, USA

FLASHES



Novos desafios na cirurgia do pavimento pélvico



Prof. Doutor
Fernando
Docobo
Durantez*

Estimados amigos, por tercera vez reunimos las experiencias en cirugía ambulatoria de los dos países. En esta ocasión acudimos a la hermosa ciudad de Troia con el propósito de potenciar nuestros conocimientos y actividades comunes.

Entre los temas a tratar se encuentran la Mesa Redonda sobre los "Novos desafios na cirurgia do pavimento pélvico" en la que participo como moderador de la misma.

El suelo pélvico es una de las estructuras complejas del cuerpo humano. El abordaje de su patología ha sido realizado de diversas formas, con el compartimiento anterior abordado por urólogos, el medio por ginecólogos con frecuentes incursiones en el compartimiento anterior femenino, y el posterior reservado a los cirujanos.

Durante los últimos años se ha producido un cambio en la filosofía del manejo de estas enfermedades gracias a la aparición de un concepto integrador «transversal» que afecta a la fisiología, la fisiopatología y la propia definición de estas enfermedades como una estructura integrada, en la que se incluyen la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, el prolapso de órganos pélvicos, las alteraciones de la percepción y del vaciamiento del tracto urinario, el estreñimiento crónico, las disfunciones sexuales y varios síndromes de dolor crónico del área perineal.

Para tratar estos temas en amplitud se han requerido a tres especialistas en el tema.

La Dr.^a Ana Povo, do Porto, que tratara los aspectos relacionados con la cirugía general, mientras que el Dr. Enrique Genover Limona de Barcelona los hace de los aspectos ginecológicos. En ambos casos se valoran las distintas vías de abordaje, los materiales protésicos empleados, los procedimientos quirúrgicos planteados y su propia experiencia.

La Dr.^a Beverly Phillip, de Boston (EUA), presentara estrategias para *fast-tracking* en cirugía pélvica con las que procurar el alta con seguridad y eficacia, manteniendo el com-

promiso de satisfacción del paciente. Los pacientes intervenidos en el programa de cirugía ambulatoria, son habitualmente transferidos desde el quirófano a la sala de recuperación. Dentro de las alternativas a estas etapas en la recuperación postoperatoria existen opciones que se pueden utilizar cuando los pacientes lo pueden permitir bien por baja complejidad del proceso o por la

El próximo año 2015 tenemos en Mayo la cita del 4.º Congreso Ibérico en Barcelona que coincidirá con el 11.º Congreso Internacional de la IAAS. Se potenciará y facilitará la participación de los asociados portugueses y españoles

evolución favorable y con escasas posibilidades de que se presenten complicaciones se puede evitar el paso por la unidad de recuperación postoperatoria y pasar directamente a la sala de contacto con el medio acompañado de su familia como

paso previo al alta a domicilio. En otra de las actividades se presentarán bajo el título "Mitos e rituais em CA" una novedosa mesa redonda de casos clínicos que será moderada por las Dr.^{as} Paula Sá Couto e Maria Isabel Garcia Vega. En ella actuare como experto invitado junto a la Dr.^a Beverly Phillip, el Dr. Ian Jackson y el Dr. Manuel Seca.

Espero que este 3.º Congreso Iberico que ha organizado la APCA tenga una amplia participación, con un nivel científico elevado donde los asistentes puedan tomar como referencia los trabajos presentados.

No quisiera terminar estas líneas sin recordarles que el próximo año 2015 tenemos en Mayo la cita del 4.º Congreso Ibérico en Barcelona que coincidirá con el 11.º Congreso Internacional de la IAAS. Se potenciará y facilitará la participación de los asociados portugueses y españoles con un programa atractivo y unos costos asequibles.

Les esperamos a todos en Barcelona en 2015.

* Jefe Clínico de Cirugía, Profesor Asociado de Cirugía, EBSQ, FACS, Miembro Comité Ejecutivo IAAS, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Formação em anestesia para cirurgia ambulatoria



Dr. Paulo
Lemos*

A cirurgia em regime de ambulatorio com início em Portugal na década de 90 teve, nos últimos anos, um desenvolvimento extraordinário apresentando hoje valores superiores a 55% de toda a atividade cirúrgica nacional. Por esse motivo, este modelo cirúrgico tem sido objeto de crescente atenção por parte dos órgãos de formação médica no país, não deixando por isso de ser natural que o Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos tenha, na revisão do Regulamento do Internato Médico em Anestesiologia, incluído uma valência específica sobre anestesia ambulatoria.

Na verdade, a Portaria n.º 49/2011 de 26 de janeiro (publicada no DR, 1.ª série), que reformula o Internato de Anestesiologia passando-o da duração de quatro para cinco anos, aproveita na subdivisão de estágios

Espera-se que o novo regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do título de especialista e que se prevê venha a revogar o Dec.-Lei 203/2004 de 18 de Agosto, não venha a retirar as competências na elaboração dos programas de formação médica

para incluir um estágio de anestesia para cirurgia em regime de ambulatorio, com a duração entre dois a três meses. Este tem por objetivo incidir

sobre as exigências particulares das técnicas adequadas ao ambulatorio em ambiente de bloco operatório incluindo a avaliação pré-anestésica, a seleção de doentes, a estratificação do risco, a planificação e a execução da anestesia, a monitorização e os cuidados pós-anestésicos incluindo a analgesia, a anti-emese e os critérios de alta.

Aliás esta sub-especialização da anestesiologia não é nova, já que se fizemos uma rápida pesquisa na literatura verificamos rapidamente a notoriedade e visibilidade que esta área tem tido nos últimos tempos. A *Society for Ambulatory Anesthesia*, com o acrónimo de SAMBA, fundada em 1985, e com sede em Chicago, nos USA, goza da participação de várias centenas de entusiastas por todo o Mundo, providencia oportunidades de formação através da promoção de investigação e orientação clínica com o objetivo da melhoria da prática da anestesia em regime de ambulatorio. Esta associação que organiza anualmente o seu congresso nacional entre outras atividades de carácter científico ao longo do

ano, é responsável por uma secção editorial dedicada à publicação de trabalhos científicos na área da anestesia ambulatoria, na prestigiada revista americana de anestesiologia, *Anesthesia & Analgesia*.

Por último, espera-se que o novo regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do título de especialista e que se prevê venha a revogar o Dec.-Lei 203/2004 de 18 de agosto, não venha a retirar as competências na elaboração dos programas de formação médica, na acessibilidade, idoneidade e capacidade formativas dos estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica, à Ordem dos Médicos e aos Colégios de Especialidade, e a atribuí-las erradamente à nova Comissão Coordenadora do Internato Médico e à ACSS.

* Presidente da Direção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos, Presidente Fundador da APCA entre 1998 e 2010, Past-President of the International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)

Resultados do projeto SINAS (cirurgia de ambulatório) Resultados e melhorias previstas



Prof. Doutor
Álvaro
Moreira da
Silva*

O SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – consiste num modelo de avaliação e conseqüente classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, da responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Visando em primeira linha facultar informação aos utentes sobre os cui-

dados de saúde prestados, o SINAS tem adicionalmente a mais-valia de servir de ferramenta de gestão para os prestadores de cuidados de saúde, potenciando o *benchmarking* e a melhoria contínua da qualidade. Uma das áreas em avaliação na dimensão “Excelência Clínica” é a Cirurgia de Ambulatório. Iniciada em 2010, a avaliação desta área assenta atualmente num conjunto de sete de indicadores de processo, os quais resultam de um trabalho desenvolvido pela ERS em colaboração com a *Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório* (APCA) e peritos convidados para o efeito, uma vez que, à data, verificou-se a inexistência de indicadores da *Joint Commission International* (parceiro da ERS em consórcio com a SIEMENS) adaptáveis à realidade portuguesa, tendo havido necessidade de con-

É possível verificar um cumprimento de quase 100% em alguns dos indicadores, traduzindo o empenho e dedicação dos profissionais destas unidades no processo

sensualizar os indicadores para a área da Cirurgia de Ambulatório. O número de prestadores que se submetem a avaliação na área de Cirurgia de Ambulatório tem vindo a crescer significativamente ao longo dos anos, contando-se atualmente com a participação voluntária de 61 unidades dos setores público, privado e social. O SINAS, nesta área, vai já na sua 5.ª publicação. Presentemente é pos-

sível verificar um cumprimento de quase 100% em alguns dos indicadores, traduzindo o empenho e dedicação dos profissionais destas unidades no processo. Quando se verifica o cumprimento elevado de um determinado indicador, é desejável a sua retirada da avaliação e a sua conseqüente substituição, de forma a permitir a melhoria contínua da qualidade.

De momento a ERS encontra-se a estudar a possibilidade de implementação na área de Cirurgia de Ambulatório de indicadores de resultado, como a “Taxa de readmissão”, a “Taxa de internamento imprevisto” ou outros que entretanto possam surgir.

* Vogal do Conselho Diretivo da ERS relativo ao SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde dedicado à Cirurgia de Ambulatório

A criança em cirurgia de ambulatório A propósito de uma mesa redonda



Dr.ª
Margarida
España*

O indivíduo dentro do que é considerado a idade pediátrica é o doente ideal para ser tratado em regime de cirurgia ambulatória (CA). As razões são várias, mas gostaria de salientar o facto de estes doentes terem poucas patologias graves associadas, os

procedimentos para tratar uma percentagem significativa da sua patologia serem passíveis de realização em CA e também o de terem sempre um cuidador disponível. Nesta mesa redonda abordar-se-ão temas muito diversos e que são pilares para a prática da CA neste grupo etário. A segurança é uma palavra-chave em CA e por isso vamos falar sobre a importância da avaliação, ensino, medicação e jejum pré-operatórios assim como do telefonema à 24 horas. Naturalmente que o impacto da CA não é igual num hospital pediátrico, onde também se centraliza a patologia mais complexa, e num hospital distrital. Vamos ter uma panorâmica dos procedimentos de

CA no departamento de cirurgia de um hospital pediátrico e também avaliar quais são as principais limitações da CA em cirurgia pediátrica num hospital distrital. A ORL e a Oftalmologia são especialidades que tratam muitas crianças e assim vamos abordar quais os principais procedimentos que executam em CA assim como as suas potenciais complicações. A cirurgia plástica trata muita patologia complexa em pediatria, mas há bastantes procedimentos que podem e devem ser realizados em CA. Um assunto que vamos discutir nesta mesa. No entanto, a pediatria tem um grupo de doentes muito particular e que coloca grandes desafios, sobre-

tudo no que diz respeito à anestesia. São as crianças prematuras, com idades muito jovens e de baixo peso. Este é mais um assunto que vamos abordar numa perspetiva de CA. Naturalmente que há muito a dizer e discutir, mas a abrangência dos assuntos que vão ser apresentados, e a qualidade dos preletores, são suficientes para garantir o interesse desta mesa redonda.

* Assistente Graduada de Cirurgia Pediátrica, Coordenadora Unidade de Intervenção Ambulatória, CHLC - HDE, Assistente da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa - UNL, Diretora da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória - APCA

FLASHES



FLASHES



Desflurano e máscara laríngea A queda de um mito



Dr. Marcos Pacheco*



Dr.ª Patrícia Santos**

O aumento do número de procedimentos realizados em ambulatório verifica-se em resultado do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e de agentes anestésicos de curta duração de ação. O anestésico ideal em regime de cirurgia de ambulatório deverá permitir indução rápida e suave, ótimas condições cirúrgicas e rápido recobro com o mínimo de efeitos laterais.

O desflurano (Suprane®) apresenta um conjunto de propriedades clínicas desejáveis em anestesia *fast-track*, como indução e recobro rápidos independentemente da duração da cirurgia, controlo preciso e previsível da concentração anestésica, retorno rápido dos reflexos da via aérea, perfil favorável em obesos, seguro e economicamente competitivo em anestesia *low flow*. O perfil farmacocinético deste halogenado de última geração, caracterizado pelo menor coeficiente sangue:gás (0,42), menor coeficiente sangue:tecido adiposo, e menor taxa de metabolização torna-o vantajoso no contexto de cirurgia de ambulatório.

Existe, no entanto, alguma relutância no uso do desflurano em associação com a máscara laríngea (LMA), devido particularmente ao facto deste ser irritativo (pungente) para a via aérea não intubada em concentrações anestésicas. É fundamental um conhecimento adequado do limiar de irritabilidade do desflurano (> 1 MAC), e de técnicas que permitam reduzir esse limiar. A grande maioria dos eventos respi-

ratórios associados ao uso da LMA estão diretamente relacionados com profundidade anestésica inadequada independentemente do halogenado utilizado. De facto, a literatura demonstra que o uso adequado do desflurano com LMA apresenta incidência idêntica de eventos respiratórios (tosse, laringoespasma, broncospasma) aos outros halogenados.

A associação desflurano/LMA apresenta algumas particularidades em grupos específicos de doentes como pediatria, obesidade, fumadores ou doentes com irritabilidade da via aérea. A pungência associada ao uso do desflurano não permite o seu uso na indução inalatória, todavia este halogenado apresenta vantagens na população pediátrica quando usado na manutenção, como emergência mais rápida e menor agitação psicomotora. O doente obeso (IMC > 30 kg/m²) apresenta um risco superior à ocorrência de eventos respiratórios críticos (obstrução, hipoventilação e dessaturação) na emergência anestésica comparativamente ao doente não-obeso, particularmente nas situações que requerem intubação traqueal e relaxamento muscular. Neste sentido, em regime de ambulatório a associação desflurano/LMA está associada a emergência e retorno dos reflexos de via aérea precoces minimizando a morbilidade associada a complicações respiratórias no recobro. Estudos vários não foram capazes de demonstrar uma incidência ou gravidade de eventos respiratórios superior no uso do desflurano/LMA em doentes fumadores, comparativamente ao uso de outros agentes inalatórios.

A utilização do desflurano com LMA implica o recurso a técnicas que permitam minimizar a irritabilidade da via aérea e que se baseiam nos seguintes princípios: evitar rápidos incrementos do inalatório na indução, uso de opiáceos ou outros adjuvantes, e recurso a outros agentes anestésicos (ex.: propofol) caso seja necessário aumentar rapidamente a profundidade anestésica. Esta utilização requer uma curva de aprendizagem que, quando atingida, permite o uso adequado deste fármaco e, como tal, uma mais-valia em anestesia de ambulatório.

* Assistente Hospitalar Graduado do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

** Assistente Hospitalar do Centro Hospitalar S. João, E.P.E.

Mesa Redonda

"Mitos e rituais em cirurgia ambulatória"



Dr.ª Paula Sá Couto*

Nem sempre a "Medicina baseada na Evidência" nos responde às dúvidas que nos são colocadas na prática clínica.

Assim, o Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, à semelhança de anos anteriores, realiza uma sessão de discussão com peritos nacionais e estrangeiros intitulada "Mitos e rituais na cirurgia ambulatória".

Temos como peritos convidados, a Dr.ª Beverly Philip (Anestesiologista, EUA), o Dr. Ian Jackson (Anestesiologista, UK), o Dr. Fernando Docobo (Cirurgião, Espanha) e o Dr. Manuel Seca (Cirurgião, Portugal), persona-

O formato utilizado de discussão de caso clínico permite uma reflexão centrada em problemas concretos e a oportunidade de participação ativa de todos os intervenientes

lidades com uma vasta experiência em Cirurgia Ambulatória. Iremos "desmitificar", "discutir"

conceitos como admissão de doentes limites à CA, idades extremas, jejum pré-operatório, exames pré-operatórios, acompanhamento pós-operatório, anti-agregação e hipocoagulação, trombopprofilaxia, entre outros temas.

O formato utilizado de discussão de caso clínico permite uma reflexão centrada em problemas concretos e a oportunidade de participação ativa de todos os intervenientes.

Desejos de bom Congresso.

* Consultora de Anestesiologia Centro Hospitalar do Porto

Cirurgia de ambulatório

Situação atual e estratégias para o futuro



Dr. Vicente Vieira*

Ao elaborar o Programa Científico deste III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória tivemos em consideração a importância dos aspetos organizativos no sucesso dos programas hospitalares de cirurgia ambulatória. Consideramos que a Administração Central dos Serviços em Saúde (ACSS), promovendo e incentivando a prática deste regime cirúrgico poderá ser um forte aliado da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) na busca da melhoria contínua da qualidade dos serviços que prestamos aos doentes portugueses. Para nos dizer como, convidámos a Dr.ª Cláudia Borges que já demonstrou noutras ocasiões

que existe vontade e empenho da ACSS em melhor avaliar o funcionamento das Unidades de Cirurgia Ambulatória (UCAs), criando uma plataforma de análise, discussão e resolução dos principais problemas relacionados com a organização das mesmas. Outra entidade de importância indiscutível na promoção da cirurgia ambulatória em Portugal é a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). O Programa SINAS, tem sido um barómetro muito útil da prática da cirurgia ambulatória em Portugal. Tem sido constantemente afinado e otimizado e foi para nos falar dessas alterações e dos resultados obtidos que convidámos o Sr. Professor Doutor Álvaro Moreira da Silva.

Um dos principais objetivos da APCA tem sido a normalização de procedimentos, através da elaboração de Recomendações e Normas de atuação em várias áreas da prática clínica: Profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos, tratamento da dor aguda, trombopprofilaxia e, mais recentemente para anestesia loco-regional. Esta filosofia não se tem reduzido a aspetos clínicos, mas também a aspetos do controlo de

qualidade que é exigido ao correto funcionamento das UCAs em Portugal. Exemplo disso foi a elaboração de um Inquérito Nacional de Satisfação para o utente da Cirurgia Ambulatória. A coordenadora do Grupo Nacional que desenvolveu este projeto foi a Dr.ª Ana Manuela

Um dos principais objetivos da APCA tem sido a normalização de procedimentos, através da elaboração de Recomendações e Normas de atuação em várias áreas da prática clínica

Ribeiro que nos vem apresentar o resultado final desse mesmo projeto. A Comissão Científica do III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória achou que seria também importante mostrar alguns contrastes que existem na organização de algumas UCAs do nosso país. Para fazer esse contraponto convi-

dámos a Dr.ª Marta Guinot para nos falar da realidade insular açoriana e das dificuldades que sentem os médicos e os utentes açorianos e a Dr.ª Maria de Lurdes Bela que nos vai falar das perspectivas para a realização de investigação clínica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Esta "fotografia" que temos da realidade portuguesa no que à cirurgia de ambulatório diz respeito, apresenta-se bastante "desfocada" e foi por isso que convidámos o Dr. Filadelfo Bustos que coordenou o Projeto DUCMA, que mais não é do que a criação de um Diretório Nacional (espanhol) onde se registam os dados considerados relevantes de todas as UCAs de Espanha. Vamos certamente ficar a saber se este projeto ajudou a tornar a "fotografia" da cirurgia ambulatória em Espanha mais nítida e quais foram as atitudes que foram tomadas na sequência deste trabalho.

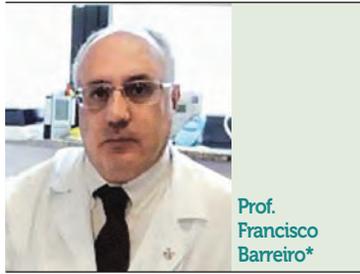
* Anestesiologista e Coordenador da UCA do Hospital de Braga e membro da Direção da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

FLASHES



Hospital Universitario de Santiago de Compostela

Resultados da colecistectomía laparoscópica na UCA



Prof.
Francisco
Barreiro*

Evolución histórica

Aunque se considera que Muhe en Alemania fue el precursor de la CL ambulatoria (Muhe 1986), Reddick y Olsen inciden en este concepto en 1990 al publicar una serie de 83 CL realizadas durante un periodo de estudio de 6 meses, y aportando la posibilidad de ambulatorización en un 45% con un porcentaje ínfimo de complicaciones, sobre todo en los pacientes jóvenes y sin antecedentes de cirugía previa abdominal (Reddick y Olsen 1990). Paralelamente, fueron publicadas en la literatura científica diversas series de colecistectomías por abordaje tradicional realizadas en régimen ambulatorio con dispares resultados debido a la agresión de la laparotomía (Saltzstein *et al* 1992; Moss 1986; Ledet 1990; Treen *et al* 1991). Posteriormente, en los años sucesivos, varios grupos han demostrado la posibilidad de ambulatorización en pacientes intervenidos de CL, obteniendo resultados dispares en cuanto al índice de sustitución (45-99%), pero con una elevada fiabilidad y seguridad para el paciente, publicando series que oscilan entre los 15 y los 888 pacientes.

Sin embargo, las tasas de realización de la CL en régimen ambulatorio son aún bajas, actualmente estas cifras han ido aumentando, aunque en España, esta reticencia aún existe por parte de muchos cirujanos, que consideran la ambulatorización de la CL como un procedimiento poco seguro y fiable. Determinados grupos aisladamente han comenzado a aplicar este tipo de abordaje durante los últimos años, obteniendo buenos resultados, demostrando que este procedimiento es factible, seguro y eficiente; sin embargo no se ha extendido universalmente realizándose únicamente un 20% de colecistectomías bajo un régimen de cirugía ambulatoria

La CMA se ha desarrollado afianzando su validez y su utilización a lo largo de las dos últimas décadas. Los avances en las técnicas anestésicas, la reducción de la agresividad quirúrgica, la mejora del soporte extrahospitalario a los pacientes, un cambio de mentalidad, de los profesionales y pacientes, y la necesidad de aplicar políticas de contención del gasto sanitario han sido las bases fundamentales para este espectacular desarrollo (Sierra 1997). El sen-

tido de su práctica no es otro que conseguir una mínima interferencia en la vida del paciente, al evitar o reducir al máximo el ingreso hospitalario. Existen determinados factores que deben tenerse en cuenta para poder llevar a cabo un programa de CMA con garantía de éxito (Docobo *et al* 2001):

- a) la calidad en el tratamiento;
- b) la flexibilidad del programa;
- c) la competencia derivada de la existencia de una unidad autónoma;
- d) el grado de participación del personal sanitario, paciente y miembros familiares, para asegurar la educación preoperatoria del paciente y el cuidado posterior en el domicilio;
- e) la preparación del personal sanitario debe estar experimentado en dicha área;
- f) el grado de satisfacción del paciente;
- g) la existencia de controles seriados y protocolos en el programa;

Por tanto, un aspecto importante en el establecimiento de un régimen de CMA representa el criterio de selección de pacientes, según una serie de factores clínicos y sociales. En términos generales, para la selección de candidatos a CMA se plantean los siguientes criterios (Mena y Docobo 2000):

Características psicológicas del paciente:

- a) el paciente acepta participar en el programa, es colaborador y capaz de comprender las órdenes médicas;
- b) el paciente debe tener capacidad suficiente para asumir las pre- visibles molestias y el dolor del periodo postoperatorio.

Características fisiológicas del paciente:

- a) la edad, que por sí sola no debería constituir un criterio de exclusión;
- b) el estado físico: en general, se pueden incluir a todos los pacientes en los estadios I y II de la clasificación de riesgo quirúrgico ASA (*American Society of Anesthesiologists*); los pacientes ASA III deben ser valorados cuidadosamente según la patología y el tipo de intervención a realizar;
- c) la patología concomitante: diabetes *mellitus*, obesidad, broncopatía, cardiopatía, antecedentes psiquiátricos, etc., debe ser valorada individualmente, aunque no representan una contraindicación absoluta para la realización del procedimiento ambulatorio, y relacionada con el grado de clasificación ASA comentado anteriormente.

Características sociales del paciente:

- a) la cooperación del entorno familiar, por lo que un adulto responsable debe acompañar al paciente las primeras 24 horas postoperatorias, que debe vigilarse especial-

mente en el sujeto que viva sólo y los de la tercera edad;

- b) la comunicación con el domicilio debe ser fácil y el recorrido en el trayecto al centro no debe ser superior a una hora o a una distancia superior a 75-100 kms;
- c) la vivienda debe tener teléfono y ascensor si se trata de un bloque de pisos.

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria y curva de aprendizaje

La experiencia en la técnica laparoscópica se ve reflejada en la disminución del tiempo intraoperatorio y anestésico, la menor probabilidad del desarrollo de complicaciones intraoperatorias, o si aparecen, la capacidad de solucionarlas con plena seguridad sin la necesidad de la conversión a cirugía convencional. Asimismo, el porcentaje de conversión a cirugía abierta se reduce al existir mayor experiencia frente a casos de la existencia de dificultad anatómica en la disección del hilio vesicular, debido a hallazgos de vesícula colecistítica o escleroatrófica inesperados (Kama *et al* 2001).

Sin embargo, las tasas de realización de la CL en régimen ambulatorio son aún bajas, actualmente estas cifras han ido aumentando, aunque en España, esta reticencia aún existe por parte de muchos cirujanos, que consideran la ambulatorización de la CL como un procedimiento poco seguro y fiable

Colecistectomía ambulatoria vs colecistectomía con ingreso

Se han comparado en varios metaanálisis las ventajas e inconvenientes de la realización de la colecistectomía laparoscópica bajo un régimen de cirugía ambulatoria o de ingreso y se han obtenido las siguientes conclusiones (Gurusamy *et al* 2008, Ahmad *et al* 2008):

- a) La colecistectomía realizada en un régimen de cirugía ambulatoria es segura y efectiva en pacientes seleccionados (ASA, proximidad al hospital, disponibilidad de adulto responsable 24 horas tras el alta);
- b) Las complicaciones severas son muy poco frecuentes;
- c) El hecho de que el paciente sea dado de alta el mismo día de la intervención o tras haber dormido una noche en el hospital no influye en la incidencia y gravedad de las complicaciones ni en el momento del reingreso;

- d) Es posible un adecuado control del dolor, náuseas y vómitos en los pacientes intervenidos bajo un régimen de cirugía ambulatorio, no existiendo diferencias con los pacientes ingresados;
- e) No existen diferencias en la calidad de vida ni en el grado de satisfacción de los pacientes ingresados o ambulatorios al día siguiente y a la semana tras el alta.

Resultados en el Hospital Clínico de Santiago

En el año 2013 realizamos 53 colecistectomías laparoscópicas bajo un régimen de cirugía ambulatoria, 31 fueron mujeres y 22 hombres, la edad media de los pacientes fue de 52 años, la indicación de colecistectomía fue en 28 pacientes cólico biliar y en 25 pancreatitis aguda biliar, todos los pacientes tenían un IMC inferior a 30.

La técnica de la colecistectomía fue la habitual americana con cuatro trócares iniciando la realización de neumoperitoneo a cielo abierto con la colocación de un trócar infraumbilical.

El tiempo quirúrgico medio fue de 41 minutos, no se realizó ninguna conversión. Un total de 2 pacientes requirieron el ingreso por dolor. No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. El grado de satisfacción de los pacientes con el procedimiento, expresado en una escala numérica de 1 a 10 al mes de la cirugía, fue de 7,9.

Conclusiones

1. Existe una tendencia actual hacia la colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía ambulatoria;
2. La colecistectomía en régimen ambulatorio es segura y efectiva en pacientes seleccionados;
3. El empleo de protocolos y criterios estandarizados para la selección de los pacientes garantiza el éxito de la cirugía;
4. El advenimiento y el desarrollo de la cirugía en régimen de *fast-track*, con la actuación sobre los factores que influyen en la recuperación postoperatoria inmediata (técnica anestésica, profilaxis antiemética, administración de AINES, y analgesia multimodal), han permitido la posibilidad de implementar la ambulatorización;
5. No existen diferencias en cuanto a complicaciones y satisfacción de los pacientes ingresados y aquellos intervenidos bajo un régimen de cirugía ambulatoria.

* Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela, Co-autor: Dr. Francisco Gonzalez Rodríguez Cirujano Gennaral y Digestivo en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

A cultura de segurança nos cuidados em cirurgia ambulatória



Enf.ª Helena Ribeiro*

Na última década, os profissionais e as instituições de saúde têm tido uma preocupação crescente em relação às questões associadas à segurança dos utentes. Após a

realização de vários estudos, estes revelaram que nos hospitais os incidentes associados aos cuidados de saúde são frequentes. Tornando-se evidente a necessidade de uma intervenção global nas questões da segurança do doente.

“Uma equipa que trabalha de forma eficaz em conjunto, que utiliza os seus conhecimentos e capacidades em prol do doente cirúrgico, pode evitar um número considerável de complicações potencialmente fatais.” (OMS, 2009).

Segundo Barroso (2013), a criação e implementação de Sistemas de Relatos de Incidentes nas organizações de saúde deve ser vista por todos

como uma ferramenta de aprendizagem para a segurança dos cuidados. O uso de *check-list* como ferramenta para a segurança dos cuidados é fundamental no contexto perioperatório, pois são estas “medidas e procedimentos básicos que introduzem sistematização nos processos”. (VALENTE, 2009). Como tal, é obrigatória a implementação de uma política de gestão de risco através da identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação de riscos.

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na manutenção da segurança e na qualidade dos cuidados. A sua forma e

modo de agir devem respeitar um conjunto fundamental de princípios, que orientam e mantêm a qualidade dos cuidados prestados (CAMPOS e GRAVETO, 2009). Estes princípios nascem a partir de uma contínua reflexão e do atual crescimento científico da enfermagem e do suporte jurídico ao exercício da mesma (DEODATO, 2008).

Neste âmbito, a prática sistemática de uma cultura de Segurança nos cuidados é uma das premissas para a qualidade da Cirurgia Ambulatória.

* Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cirurgia Ambulatória I, Centro Hospitalar Setúbal

Da experiência à melhoria dos cuidados



Enf.ª Célia Castanheira*

A Enfermagem na Cirurgia de Ambulatório tem registado avanços significativos nestes últimos anos. Atualmente, as UCAs (Unidades de Cirurgia Ambulatória) têm equipas de Enfermagem diferenciadas, que fazem um acompanhamento ade-

quado do utente em todas as seguintes fases:

- Consulta de Enfermagem pré-operatória, na qual o enfermeiro faz a confirmação dos requisitos clínicos e sociais do utente, explicando o funcionamento da unidade e retirando todas as dúvidas que o utente possa ter;

- Pré-operatória, na qual o enfermeiro faz o acolhimento e a preparação do utente para a cirurgia, seguindo *check-list* pré-operatórias, tendo como principal objetivo a segurança do utente;

- Intra-operatória, na qual enfermeiro tem de ter competências de bloco operatório, nas valências de instrumentação, anestesia e circula-

lante, preparando todo o material cirúrgico e equipamentos necessários para a cirurgia, fazendo uso das boas práticas de bloco operatório, registando a *check-list* da cirurgia segura de acordo com as recomendações da OMS, e registando todas as suas intervenções em Sistemas de Informação de Enfermagem;

- Recobro fase 1, na qual o enfermeiro assegura a vigilância permanente, o conforto e cuidados do utente após a cirurgia, fazendo os registos de enfermagem adequados;

- Recobro fase 2, na qual o enfermeiro cuida do utente na sua recuperação até à alta hospitalar, utilizando protocolos existentes na unidade, realizando ensinamentos para domicílio ao

utente e acompanhante, assegurando assim a continuidade dos cuidados;

- Contacto telefónico do dia seguinte, em que o enfermeiro realiza uma entrevista telefónica confirmando o estado geral do utente, se houve intercorrências no regresso ao domicílio e retirando todas as dúvidas existentes até ao momento.

O enfermeiro deve reconhecer as necessidades do utente, identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência à sua prática diária. Todas estas etapas são um desafio e o enfermeiro tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados prestados, a segurança e satisfação do utente.

* Enfermeira, APCA

Da prática à qualidade dos cuidados



Enf.ª Francisca Sá Soares*

Há muito que a Organização Mundial de Saúde, bem como outras agências internacionais e sociedades científicas, recomendam que cada país deve desenvolver estratégias nacionais para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.

Considera-se fundamental que as organizações saibam quais intervenções terão o maior impacto na qualidade e

na segurança dos pacientes (Commission International, 2010).

A busca da qualidade em contexto de Cirurgia Ambulatória é uma questão atual e complexa, sendo prioridade para as instituições de saúde que a praticam e para os profissionais que as integram. Dentre estes, destacam-se os profissionais de enfermagem, os quais possuem um papel fundamental nas organizações de saúde, tendo como foco a prestação de cuidados individualizada e adequada às melhores práticas de qualidade e segurança.

A profissão de enfermagem caracteriza-se pela diferenciação técnica, interdisciplinaridade, pela agregação constante de tecnologia e consequente necessidade de atualização contínua. Isso é particularmente relevante no ambiente do bloco operatório.

Mas não basta produzir normas. É necessário que estas façam parte in-

tegrante da atividade diária das instituições de saúde e que se encontrem reunidas as condições de consenso técnico e científico para permitirem a sinergia urgente entre a maior eficiência, a melhor prática e a maior segurança dos doentes.

No caso concreto das atividades relacionadas com a experiência cirúrgica do doente – antes, durante e após a intervenção – o enfermeiro assegura a continuidade dos cuidados, aplicando os seus conhecimentos e a sua prática comportamental com o objetivo final de ir ao encontro das necessidades/projeto de saúde do doente.

Os enfermeiros são um elo forte na cadeia de valor da prestação de cuidados, organizando-os numa dimensão mais eficiente, contribuindo para o acompanhamento, o despiste e a monitorização da saúde dos cidadãos, mediante a produção de indicadores de qualidade. Assim se

consolidam os ganhos em saúde. Mas para que haja esta visibilidade de qualidade, é imprescindível na prestação de cuidados, o desenvolvimento e a implementação de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) com uma linguagem sistematizada e universal (CIPE - Classificação Internacional Prática de Enfermagem) e a sua relação com os programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem.

A procura constante desta melhoria contínua da qualidade, no âmbito da Cirurgia Ambulatória, através da maximização da eficiência, do custo efetivo, da inovação e da disseminação de boas práticas, é o caminho que temos a percorrer para garantir resposta às necessidades da população com excelência e segurança nas prestações de cuidados de saúde.

* Enfermeira, BO-UCA, Hospital de Braga

PROCEDIMENTO	DESTINO	ESTADO
CRANIOTOMIA	UCPA	CONFORME PREVISTO
ARTROSCOPIA DO JOELHO	ALTA	CONFORME PREVISTO
ARTROSCOPIA TOTAL DA ANCA	BLOCO 1	CONFORME PREVISTO
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	UCPA	CONFORME PREVISTO
CABG	BLOCO 2	CONFORME PREVISTO



Baxter

Ref. Baxter PT: 024/14 Data Ref. Baxter PT: 04/2014