



novembro 2022

Entrevista do mês

No mês de novembro, a doutora Patrícia O'Neill, médica anesthesiologista do Hospital da Luz, aborda os desenvolvimentos da Cirurgia Ambulatória na última década, assim como, os desafios e limites associados ao presente e ao futuro dos procedimentos anestésicos em Cirurgia Ambulatória.

Patrícia O'Neill: “No século XXI, podemos e devemos utilizar as ferramentas tecnológicas de comunicação que temos ao nosso alcance para permitir proximidade com o doente que está no domicílio no período pré e pós-operatório”.



Considerando os últimos desenvolvimentos na anestesia em Cirurgia Ambulatória na última década, que riscos existem na aplicação da anestesia em cirurgia ambulatória? Considera que o/a anestesista é mais pressionado neste contexto?

Patrícia O'Neill (PO'N) - Em cirurgia de ambulatório, considero que existe pressão acrescida sobre o anestesista para que o doente esteja totalmente apto para a alta para o domicílio, isto é: dor controlada, ausência de náuseas ou vômitos com recuperação da ingesta por via oral, recuperação dos fármacos anestésicos utilizados no intraoperatório, recuperação do status fisiológico pré-cirurgia, capacidade de deambulação, assegurar uma ida para casa e estadia com igual segurança aos cuidados prestados se o doente ficasse em regime de internamento. Desta forma, considero que a margem de erro é diminuta, e torna-se mais exigente por isso.

A par disto, quais considera serem os últimos desenvolvimentos na anestesia em Cirurgia Ambulatória na última década?

PO'N - Optamos geralmente por técnicas que interfiram o mínimo possível com os aspetos focados anteriormente. O papel da anestesia regional periférica assume uma importância crescente na escolha das técnicas anestésicas e/ou analgésicas. Quanto disponível permite com um grau de sedação mínimo, oferecer uma anestesia eficaz, segura, que interfere de forma marginal no status fisiológico do doente e permite, a maior parte das vezes, uma alta mais precoce e com controle algico adequado, sem outros efeitos adversos. Neste domínio, o uso da ecografia veio permitir a visualização das estruturas nervosas e adjacentes; contribuindo para uma técnica mais eficaz, mais dirigida às estruturas alvo com utilização mais racional de fármaco e menos consumidora de tempo, sendo mais segura pelo controle contínuo da agulha em tempo real.

Considera que é feito um maior acompanhamento do utente antes e após a cirurgia ambulatória?

PO'N - O circuito da cirurgia de ambulatório é um circuito centrado no doente que, como tal, acompanha o doente em todo o processo: desde o período pré-operatório com as consultas de pré-operatória de cirurgia ambulatória em que é confirmada a elegibilidade para este regime, o doente é avaliado, sendo-lhe feito, a ele e ao seu familiar de referência, o ensino pré-operatório, elucidadas dúvidas e estabelecido um plano sobre o procedimento, resultados e expectativas.

Este acompanhamento continua-se igualmente pelo período pós-operatório com a avaliação do estado do doente no domicílio. É igualmente importante, a possibilidade de a comunicação ser bidirecional, permitindo o contacto do doente com a unidade de cirurgia de ambulatório para qualquer assunto relacionado com a sua cirurgia em qualquer momento do processo de cirurgia de ambulatório.

Tendo em conta os procedimentos anestésicos, que diferenças estabelece entre a aplicação destes em cirurgia ambulatória e cirurgia com internamento?

PO'N - Desde o estabelecimento dos programas de cirurgia de ambulatório, muitos dos conceitos da cirurgia de ambulatório migraram para o doente de internamento uma vez que se baseiam em processos que antecipam e tentam prevenir qualquer possibilidade de complicação. Em paralelo com os planos de ambulatório, a prática cirúrgica tem desenvolvido planos de recuperação otimizada para o doente em regime de internamento e ambos

partilham muitos princípios. Atualmente, exceto por falta de critérios sociais, não há razão para a realização em internamento de uma cirurgia que possa ser realizada em regime de ambulatório.

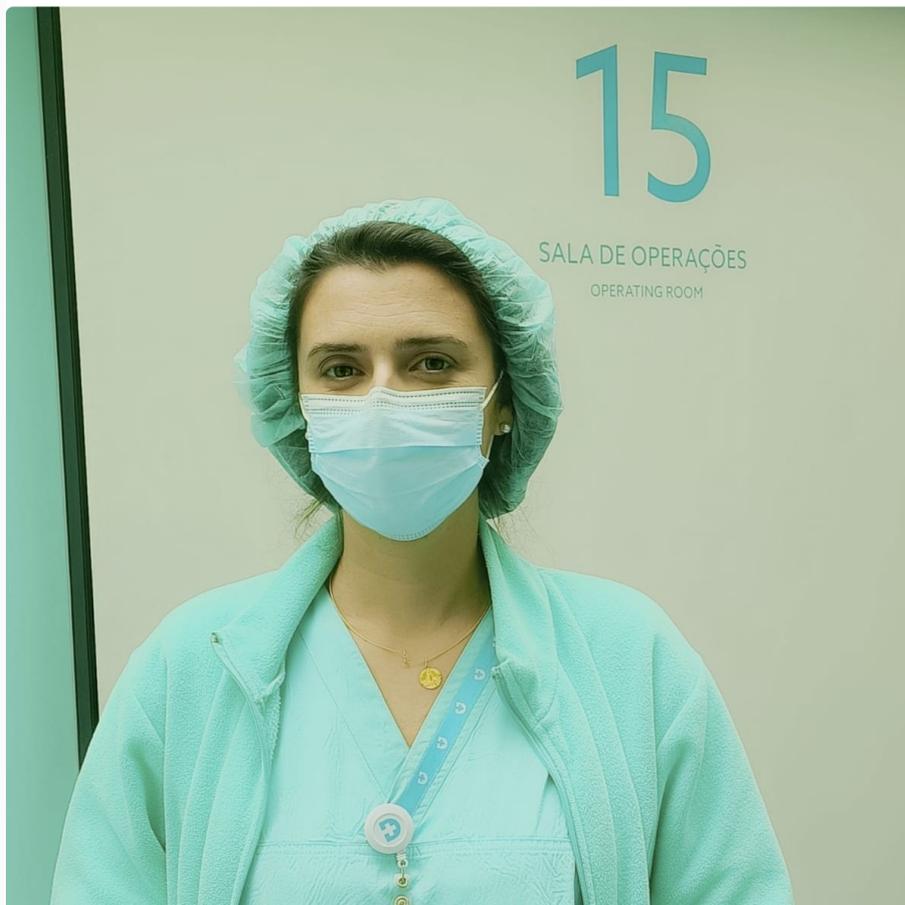
Quais são os limites para a aplicação dos procedimentos anestésicos em Cirurgia Ambulatória?

PO’N - Embora haja uma tendência crescente para a ambulatorização de procedimentos cirúrgicos, existem determinados procedimentos que por critérios cirúrgicos e/ou médicos inviabilizam o procedimento para o regime de ambulatório.

Doentes com patologia médica instável ou aguda não são candidatos para a cirurgia eletiva quer em regime de ambulatório quer em regime de internamento. Alguns procedimentos em regime de urgência ou urgência diferida podem ser realizados em regime de ambulatório desde que não haja descompensação fisiológica aguda ou recente.

Embora a duração da cirurgia já não seja um critério que influencia a seleção para cirurgia de ambulatório, procedimentos cirúrgicos com elevado grau de invasibilidade, potencial de perdas hemáticas intraoperatórias ou pós-operatórias, bem como cirurgias que necessitem de cuidados pós-operatórios diferenciados ou que impossibilitem a retoma da via oral ou a mobilidade pós-operatória não são elegíveis para o regime de ambulatório.

Nalguns casos, o controle da dor pós-operatória pode ser um entrave à ambulatorização de um procedimento. A implementação de equipas diferenciadas de apoio domiciliário poderia viabilizar a existência de analgesia perineural contínua em ambulatório para alguns procedimentos elegíveis.



Considerando agora as novas tecnologias utilizadas em Cirurgia Ambulatória, quais foram os procedimentos anestésicos que começaram a ser utilizados ou aprimorados com o seu surgimento? Que ligação estabelece entre as novas tecnologias, o futuro da anestesia e, em particular, o da anestesia em Cirurgia Ambulatória?

PO’N – Do ponto de vista anestésico, vários fatores da atualidade levaram a um ponto de viragem na abordagem do doente cirúrgico. Em primeiro lugar, as evoluções tecnológicas associadas às técnicas cirúrgicas levaram a um inevitável e necessário acompanhamento tecnológico em Anestesiologia (máscaras laríngeas de última geração, a utilização de EEG processado, softwares de predição de profundidade anestésica e tempo de despertar, novos agentes de reversão específica...) e adaptação das técnicas anestésicas para permitir a ambulatorização de procedimentos crescentemente complexos.

Por outro lado, outros fatores como a utilização de técnicas de anestesia regional ecoguiadas, vieram, nalguns casos, permitir a utilização difundida de técnicas anestésicas e analgésicas e menor recurso à anestesia geral e consequentemente menor tempo de recobro, menos náuseas e vômitos, menos dor; minimizando o stress, maximizando o conforto, e a qualidade de recobro com foco na alta para o domicílio em segurança. Adicionalmente, a utilização de anestesia regional periférica permitiu incluir doentes com patologias tradicionalmente não elegíveis como apneia de sono, obesidade mórbida, via aérea difícil, procedimentos de difícil controle algico com analgesia multimodal convencional.

Face à conjuntura atual de conscientização climática e de crise de opióides, a anestesia regional periférica permite também uma opção mais ecológica e simultaneamente livre de opióides que parece ser interessante.

Como define o caminho que a Cirurgia de Ambulatório tem trilhado? Quais as principais dificuldades intrínsecas ao crescimento da Cirurgia de Ambulatório?

PO’N – Tradicionalmente, a cirurgia de ambulatório surge sempre em segundo plano face ao regime de internamento lutando por ganhar o seu espaço.

Há vários aspetos que podem impactar o futuro da cirurgia de ambulatório nomeadamente o financiamento quer no sector público, quer no sector privado. Há que haver uma atualização de conceitos, revisão de critérios de qualidade e, sendo um processo centrado no doente, promover os “PROMS - patient reported outcome measures” para implementar a mudança.

Como prevê o futuro da Cirurgia de Ambulatório em Portugal? Quais são as principais dificuldades que ainda se mantêm para o crescimento da Cirurgia Ambulatória?

PO’N – O Futuro da Cirurgia de Ambulatório deve passar pela alteração do paradigma de seleção de doentes para cirurgia de ambulatório. O regime de ambulatório deve ser tido como o standard para os procedimentos tidos como ambulatorizáveis e, nestes casos, deve ser o regime de internamento tido como a exceção. Daí termos passado de uma lógica de critérios de inclusão para cirurgia de ambulatório para um novo paradigma de critérios de exclusão para o regime de ambulatório.

Por outro lado, o processo de alta deve ser, à semelhança de outros países da Europa, cada vez mais “nurse led, physician oriented” utilizando um score de alta adaptado ao regime de ambulatório, criando protocolos de atuação e uma alta baseada em critérios objetivos e padronizados que permitam, em segurança e baseada em dados objetivos, a alta para o domicílio.

No século XXI, podemos e devemos utilizar as ferramentas tecnológicas de comunicação que temos ao nosso alcance para permitir proximidade com o doente que está no domicílio no período pré e pós-operatório. Estas ferramentas não devem ser tidas como um mecanismo de desumanização, mas como um instrumento que traz proximidade, conforto e segurança na abordagem e no contacto do doente.

Por último, mas porventura, um dos aspetos mais cruciais para uma

estratégia de sucesso: a criação de equipas multidisciplinares dedicadas a trabalhar em tempos operatórios próprios exclusivos para a cirurgia de ambulatório e a auditoria regular através de indicadores de qualidade e de processo.

Siga as nossas notícias nas redes sociais e no nosso website!



You received this email because you are registered with APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
[Unsubscribe here](#)

Sent by
 **sendinblue**

Copyright © 2021 APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
Todos os direitos reservados.