

# PARTE VI

Anestesia para Cirurgia  
do Ambulatório





## 24. Programa Funcional da Unidade de Cirurgia do Ambulatório do IPOLFG

### Conteúdo

Definição e Evolução  
Anestesia do Ambulatório  
Analgesia e Protocolos Analgésicos  
Follow-up

### Definição

Entende-se por cirurgia ambulatória todo o procedimento cirúrgico habitualmente efectuado em regime de internamento, em que o doente é admitido e tem alta para o seu domicílio, ou para uma unidade não abrangida pelos serviços médicos, no dia da intervenção.

Este procedimento pode ser efectuado com qualquer tipo de anestesia (anestesia local ou geral, bloqueios periféricos ou do neuroeixo, com ou sem intubação traqueal) mas sempre com o apoio de um anestesista, mesmo que apenas para cuidados anestésicos de monitorização e vigilância.

A recuperação dos doentes é feita num recobro pós cirúrgico específico para este tipo de programa cirúrgico, de onde terá alta de acordo com critérios clínicos rigorosos e bem definidos, já que o doente deixa de estar sob vigilância médica directa.

Dentro do âmbito dos programas de Cirurgia do Ambulatório insere-se também o *"one-day surgery"*, em que a admissão, o procedimento e a alta ocorrem até 24 horas após a admissão, implicando uma noite de internamento.

Em Agosto de 2010, o IPO de Lisboa iniciou esta modalidade de Cirurgia do Ambulatório, após terem sido criadas as condições necessárias ao seu funcionamento, permitindo englobar neste programa, procedimentos que, do ponto de vista cirúrgico, exigem um período de vigilância mais prolongado.

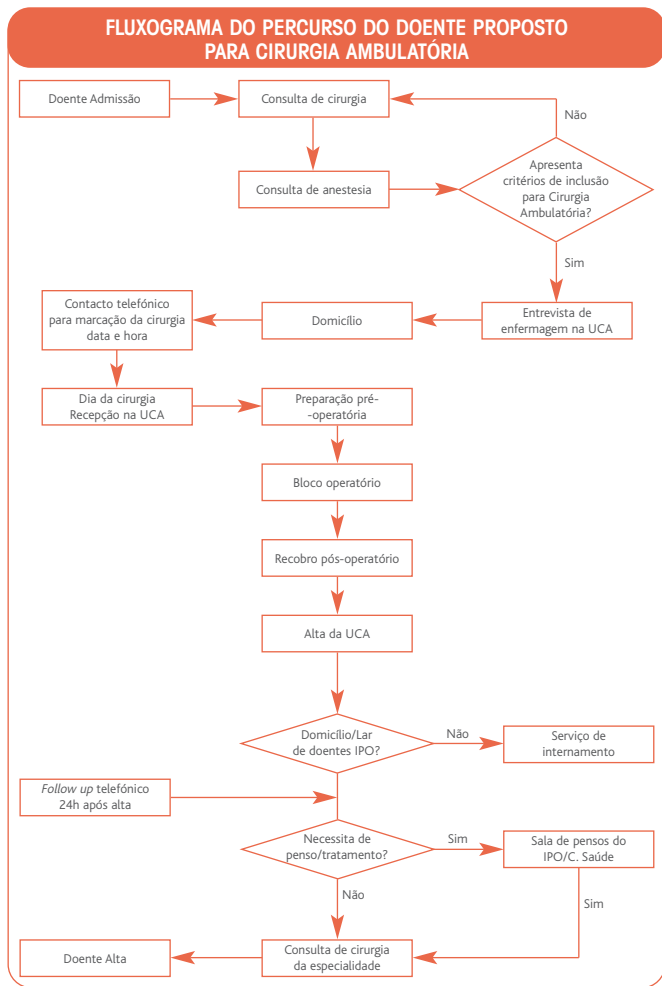
### Evolução

O desenvolvimento explosivo da Cirurgia de Ambulatório nos últimos anos, ficou a dever-se predominantemente aos enormes avanços nas diversas especialidades implicadas, nomeadamente, no domínio da Anestesiologia:

- novos fármacos: halogenados, analgésicos, relaxantes musculares,
- avanços nos dispositivos de manutenção das vias respiratórias e da Cirurgia,
- novas técnicas e materiais,

assim como a uma melhor percepção e envolvimento dos doentes nos seus processos de tratamento.

Algoritmo 14



Este crescimento surge também incentivado pelos diversos financiadores e/ou prestadores dos cuidados de saúde como resposta aos custos crescentes desses serviços, integrando, assim, os benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para os doentes.

## Anestesia

"Se houve especialidade médica que, nos últimos 20 anos, teve de adaptar-se aos benefícios do regresso a casa no próprio dia, em 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 e que inspiraram o modelo que se implementou no IPOLFG?

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 toda a segurança e eficácia, aspectos indispensáveis para o sucesso das terapêuticas ambulatórias.

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

Tudo deverá começar numa criteriosa selecção de doentes e terminar numa baixa incidência de complicações que, se no caso do cirurgião ganha especial relevo a necessidade de controlo da hemorragia e da infecção, no anestesista sobressai a importância do controlo da dor e dos vómitos. Entende-se, desta forma, por que náuseas e vómitos, dor, infecção e hemorragia são distinguidos como os maiores inimigos da Cirurgia do Ambulatório e terão de constituir as prioridades que a concentração de esforços deverá eleger para se atingirem os desejados objectivos."

### 1. Critérios de selecção para Cirurgia do Ambulatório:

#### 1.1. Cirúrgicos:

- intervenção cirúrgica de duração moderada (inferior a 120 minutos)
- perdas sanguíneas mínimas (inferior a 500cc)
- sem necessidade de cuidados pós-operatórios especializados
- com possibilidade de controlo eficaz da dor no domicílio, por via oral ou métodos alternativos

#### 1.2. Anestésicos:

- doentes clinicamente estáveis
- idealmente classificados como ASA I e ASA II, ou ASA III estáveis
- com patologia associada controlada
- consentimento da Anestesiologia

### 1.3. Sociais:

- aceitação do doente em ser operado neste regime
- existência de companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas
- transporte assegurado em veículo automóvel
- distância da área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos do hospital
- condições de adequada habitabilidade desse mesmo local
- fácil acesso a um telefone

## 2. Exames pré-operatórios

Tendo em consideração as características da maioria dos doentes inscritos no IPO de Lisboa, devem fazer parte das rotinas pré-operatórias:

- hemograma
- estudo da coagulação
- glicemia, uremia, creatinemia e, em doentes com idade > 60 anos ou com patologia que o justifique, também ionograma
- electrocardiograma, em doentes com idade > a 45 anos (ou com patologia que o justifique)
- teleradiografia do tórax, se idade > a 60 anos (ou com patologia que o justifique)

**NOTA:** poderão ser necessários exames laboratoriais específicos para patologias que os justifiquem. De realçar que não existindo patologia que o justifique, só é pedido o **ECG** a partir dos 45 anos e o **RX tórax** a partir dos 60 anos.

## 3. Informação fornecida ao doentes

Após a consulta da especialidade cirúrgica que propõe o doente para o programa de Ambulatório, é-lhe fornecido um folheto informativo em que lhe são lembrados alguns requisitos necessários à inclusão no programa, assim como instruções sobre o que fazer no dia da intervenção (antes e depois desta) e onde consta também o número de telefone fixo da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (anexo 9).

## 4. Consulta de Anestesia para Cirurgia do Ambulatório

Impresso com um questionário de 30 perguntas a preencher pelo doente (*Check-list* 6) em cujo verso o anestesista preenche a ficha da consulta de anestesia (anexo 10).

## 5. Ficha da UCPA

A ficha da UCPA da Cirurgia de Ambulatório é, como quase todos os outros impressos, específica deste programa, acrescentando aos habituais parâmetros, a avaliação da hemorragia. Também os critérios de alta da UCPA são diferentes e mais rigorosos que nos programas de cirurgia convencional (anexo 11).

## 6. Analgesia e protocolos analgésicos para Cirurgia do Ambulatório (AMB)

A cirurgia ambulatória requer uma atenção especial no tratamento da dor peri-operatória, de forma a evitar o regresso imprevisto do doente ao hospital, quer por controlo inadequado da dor, quer por manifestação de efeitos secundários indesejáveis, pelo que os anestesistas que prestam cuidados aos doentes de cirurgia ambulatória devem planear de uma forma integrada as estratégias terapêuticas apropriadas, já que estes irão deixar a instalação hospitalar poucas horas depois da cirurgia terminar.

Técnicas analgésicas, que exijam supervisão em ambiente hospitalar, não devem ser utilizadas em doentes alvo de cirurgia ambulatória, devendo dar-se preferência à utilização de fármacos e métodos que possam aliviar a dor sem aumentarem o risco de efeitos secundários. Técnicas como a PCA e a Analgesia Espinhal, que exigem acompanhamento especial, não são as mais indicadas para tais doentes, mas outras, como a utilização de fármacos anti-inflamatórios não esteróides e a infiltração de anestésicos locais podem ser muito eficazes e deverão ser utilizadas.

Tendo em conta as diretrizes acima referidas, e em consonância com a experiência da Unidade de Dor Aguda, mas salvaguardando as respectivas especificidades do doente em regime ambulatório, elaborámos uma base inicial de quatro protocolos analgésicos que denominámos **AMB** (tabela 56):

- **AMB\_01:**  
**METAMIZOL** 2g ev 6/6h e **PARACETAMOL** 1g ev 6/6h (resgate: **tramadol**),
- **AMB\_02:**  
**CETOROLAC** 30mg ev 6/6h e **PARACETAMOL** 1g ev 6/6h (**tramadol**),
- **AMB\_03:**  
**TRAMADOL** 100mg ev 8/8h e **PARACETAMOL** 1g ev 6/6h (resgate: **metamizol**);
- **AMB\_04:**  
**CETOROLAC** 30mg ev 6/6h e **TRAMADOL** 100mg ev 8/8h (**paracetamol**).

Estes protocolos representam uma base de trabalho que, "em campo", na constatação diária, se poderá vir a modificar em conteúdo ou em número. De referir um aspecto muito importante nestes protocolos: os fármacos de resgate são administrados exclusivamente por indicação do anestesista.

Estão previstos outros tipos de analgesia, nomeadamente técnicas não convencionais, com recurso a elastómeros para infiltração contínua da ferida operatória com anestésico local (ropivacaína ou levobupivacaína), a implementar consoante o tipo de doentes e de procedimentos cirúrgicos e a disponibilidade de material.

De salientar também que, devido ao esperado curto tempo de permanência na UCPA, é provável que, quer os intervalos de tempo, quer a via de administração dos fármacos possam ser alterados, sendo previsto que, após a alta, o doente continue a fazer o respectivo protocolo *"per os"*.

A analgesia que o doente irá fazer no domicílio deverá ser claramente explicada ao próprio e/ou ao acompanhante a quem será entregue uma tabela posológica dos fármacos prescritos. Esta analgesia deve contemplar as primeiras 48 horas e os respectivos fármacos são fornecidos em quantidade adequada pela farmácia do hospital.

### **7. Guia terapêutico e "red line"**

Este impresso é dado e explicado ao doente, assim como ao seu acompanhante, com o guia posológico dos fármacos analgésicos do protocolo prescrito (cedidos pela farmácia hospitalar) ou outros que sejam pertinentes prescrever. Figura aqui ainda o número do telemóvel de atendimento permanente para as primeiras 72 horas - *"red line"*.

Aqui se mencionam também outras indicações terapêuticas que o doente deve observar, assim como as marcações do próximo penso e consulta (anexo 12).

### **8. "Follow-up"**

No dia seguinte à intervenção cirúrgica o doente é contactado telefonicamente para avaliar as primeiras 24 horas do pós-operatório sendo-lhe feita uma série de questões simples segundo uma grelha pré-estabelecida. As respostas obtidas são classificadas de modo a obter uma pontuação que decidirá a consequente orientação do doente.

Este seguimento terá quatro opções:

- A- Considera-se, do ponto de vista clínico, que está tudo bem, não havendo necessidade de novo contacto.
- B- Considera-se que, embora não inspire preocupação, há dúvidas que levam à necessidade de novo contacto telefónico (às 48 horas de pós-operatório)
- C- Há seguramente alguma questão clínica (efeitos adversos ou complicações) que precisa de um maior esclarecimento, pelo que o telefonema é encaminhado para o anestesista ou cirurgião (de acordo com a triagem feita pelo enfermeiro). Este contacto deve ser feito com os médi-



cos que se encontram na unidade de ambulatório até às 20 horas nos dias úteis ou com os médicos de urgência nos restantes períodos.

D- Há preocupações relativamente à situação clínica, pelo que se recomenda que o doente se dirija a uma urgência hospitalar (anexo 13).

### **9. Inquérito de satisfação do doente**

Um mês após a cirurgia, é enviado para o domicílio do doente um inquérito com um conjunto normalizado de perguntas que pretende avaliar o grau de satisfação do doente em relação a diversos parâmetros do percurso do doente na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (anexo 14).



Instituto Português de Oncologia  
de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.



## Unidade de Cirurgia em Ambulatório

UCA

Folheto Informativo e de  
Orientação para os Doentes

Foi inserido/a no programa de cirurgia de ambulatório, mediante uma seleção criteriosa das condições, algumas das quais, confirmadas por si:

- Ter aceite a intervenção cirúrgica;
- Disponer de transporte em veículo automóvel;
- Residir ou permanecer, a menos de 1 hora de distância da Unidade de Cirurgia;
- Ter adequadas condições de habitabilidade e acesso permanente a telefone;
- Ter assegurada a companhia de um adulto responsável, pelo menos nas 24 horas após a cirurgia.

\*\*\*\*

Será contactado/a pelo hospital 48 horas antes da data da cirurgia para poder programar a sua vida pessoal e para:

- Confirmação da hora de admissão na Unidade, adequações oportunas;
- Esclarecimento de dúvidas.

Confirme que a informação de que dispõe é suficiente e não lhe suscita dúvidas.

### FUNDAMENTAL

Se, em qualquer momento antes da data da cirurgia:

- ficar engraipado/a,
  - com dor de garganta,
  - febre,
  - febre,
- contacte a Unidade.

De igual forma se não puder comparecer no dia da operação, deve informar a Unidade.

### NO DIA DA CIRURGIA

(AINDA) EM CASA...

- Faça jejum total a partir da meia-noite (não comer nem beber);
- Faça os seus cuidados de higiene (banho);
- Use sapatos e sapatos confortáveis;
- Não coloque maquilhagem nem verniz nas unhas;
- Tome os seus medicamentos habituais apenas com um gole de água.

Traga para o hospital:

- Os medicamentos ou inaladores que faz habitualmente;
- O cartão da consulta externa, o cartão de utente e os exames.

Não deve trazer consigo:

- Dinheiro;
- Jóias;
- ou outros objectos de valor.

Venha acompanhado de um adulto responsável, com disponibilidade para o acompanhar após a alta.

### AO CHEGAR À UNIDADE

A hora previamente combinada para a sua admissão, dirija-se ao secretariado da Unidade de Cirurgia do Ambulatório para ser registado.

### APÓS A CIRURGIA

Depois de ser operado/a, ficará na Sala de Recuperação, onde lhe serão prestados os

## Anexo 9 (continuação)

cuidados necessários até se restabelecer, e aguarde a continuação de seu coração, pulso, tensão arterial e respiração.

\*\*\*\*

O tempo de permanência na Sala de Recuperação é variável mas não inferior a 1 hora.

\*\*\*\*

Antes de ter alta passará da cama para um cadeirão.

\*\*\*\*

No momento da alta, e na presença do seu acompanhante, receberá orientações sobre:

- Cuidados que irá necessitar;
- Medicação prescrita ou fornecida;
- Data da próxima consulta e/ou tratamentos;
- Conselhos práticos de como proceder e a quem recorrer se necessário.

**(DE NOVO) EM CASA, nas primeiras 24 horas...**

Se não foi possível fazer ingestão de alimentos antes da alta hospitalar, em casa deve:

- Beber 1/2 copo de um líquido (água, chá, leite, sumo);
- Se 30 minutos depois não se sentir enjoado nem tiver vômitos, poderá fazer uma reafecção ligeira (sopa);
- Se se sentir enjoado ou tiver vômitos, deverá repetir a refeição 2 horas e repetir os passos anteriores.

- É normal sentir algumas dores após a operação, pelo que lhe serão prescritos analgésicos que deverá tomar com os intervalos indicados;
- Deve retomar a medicação habitual após a operação;
- Não conduza nem manipule maquinaria pesada;
- Não tome decisões importantes;
- Não assinhe documentos.

**Na(s) 24 horas após a sua cirurgia, será contactado telefonicamente por um/a enfermeiro/a, que avaliará a evolução da sua situação e orientá-lo-á no que for necessário.**

Em qualquer altura, se:

- tiver náuseas ou vômitos frequentes;
- tiver dores intensas,
- verificar vermelhidão intensa ou saída de pus pela ferida operatória,
- tiver febre,

Ou se sentir dor local após três dias da operação e/ou perante alguma ocorrência que lhe coloque dúvidas não hesite Contacte a Unidade.

***Carca de 3 mês após a cirurgia ser-lhe-á enviado um questionário simples para avaliação do serviço prestado!***

**A SUA COLABORAÇÃO VAI AJUDAR-NOS A MELHORAR!**

**Horário de Funcionamento da UCA:**  
de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h  
Telefone: 217 200 451

### NOTAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.  
Rua Professor Lima Bastos, 1099-023 Lisboa  
Tel. geral: 217 229 808  
Website: www.ipolista.onc.sauuln.pt

## CHECK-LIST DA CONSULTA DA UCA

UNIDADE DE CIRURGIA DE <b>AMBULATÓRIO</b> CONSULTA DE ANESTESIA				
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 respostas são confidenciais. Responda assinalando <b>SIM [S]</b> ou <b>NÃO [N]</b> ou <b>? [?]</b> se não souber responder ou não perceber a pergunta.				
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	01. Já teve problemas com alguma anestesia?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	02. Algum familiar seu teve problemas anestésicos?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	03. Tem tosse habitualmente?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	04. Tem expectoração quando tosse?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	05. Está ou esteve constipado nas últimas 3 semanas?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	06. Tem ou teve asma, bronquite ou outra doença dos pulmões?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	07. Tem ou teve apneia do sono?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	08. Tem ou teve a tensão alta?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	09. Tem ou teve alguma doença do coração: enfarte do miocárdio, angina de peito?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	10. Tem as pernas inchadas habitualmente?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	11. Tem falta de ar (deitado, a andar, a subir escadas)?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	12. Tem palpitações ou arritmia?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	13. Tem pacemaker ou desfibrilhador?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	14. Tem ou teve alguma doença dos rins?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	15. Tem ou teve hepatite?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	16. Tem ou teve hérnia do hiato, gastrite, úlcera gástrica ou duodenal?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	17. Tem ou teve alguma doença dos músculos, dos ossos ou das articulações?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	18. Teve algum AVC (trombose)?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	19. Tem ou teve convulsões ou desmaios?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	20. Tem diabetes?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	21. Tem ou teve alguma doença da tireóide?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	22. Tem ou teve anemia ou outras doenças do sangue?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	23. Tem ou teve alguma doença nervosa, depressão ou ansiedade?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	24. Tem alergias (medicamentos, alimentos ou outras)?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	25. Está grávida?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	26. Fez quimioterapia ou radioterapia?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	27. Tomou cortisona nos últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	28. Fuma ou fumou? Quantos cigarros por dia e há quantos anos?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	29. Consome vinho ou outras bebidas alcoólicas diariamente?	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ?	30. É ou foi toxicodependente?	
MEDICAMENTOS HABITUAIS		ALERGIAS		CIRURGIAS ANTERIORES
Data: _____/_____/_____		Assinatura: _____		

## FICHA DA CONSULTA DA UCA

A PREENCHER PELO MÉDICO	
DIAGNÓSTICO.....	APTO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CONDICIONAL
INTERVENÇÃO PROPOSTA.....	
ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III RISCO DE VÔMITOS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DESTAQUES.....
ABERTURA DA BOCA BOA <input type="checkbox"/> MÁ <input type="checkbox"/>	
MALLAMPATI <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
PRÓTESES DENTÁRIAS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
LENTE DE CONTACTO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	DATA...../...../.....
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	ANESTESISTA.....
AUSCULTAÇÃO PULMONAR	RX NORMAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	PFR NORMAIS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	OUTROS.....
<b>APARELHO CARDIO-VASCULAR</b>	
TA...../..... MAP..... PULSO.....	ECG NORMAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
AUSCULTAÇÃO CARDÍACA	ECO NORMAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	OUTROS.....
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	
HEMOGRAMA	
Hgb..... Htc..... Gv..... Gb..... Plaquetas..... Outras.....	
COAGULAÇÃO	
TP..... Taxa Protrombina..... INR..... APTT..... Ratio.....	
BIOQUÍMICA	
Glicemia..... Ureia..... Creatinina..... Na..... K..... Cl..... Ca.....	
Outras.....	
OUTRAS ANÁLISES	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	

**FICHA DA UCPA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

FICHA DA UCPA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO																																																																																																																																											
DIAGNÓSTICO..... ..... .....																																																																																																																																											
INTERVENÇÃO..... ..... .....																																																																																																																																											
ASA <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">I</td><td style="width: 15px; height: 15px;">II</td><td style="width: 15px; height: 15px;">III</td></tr></table>	I	II	III	IDADE																																																																																																																																							
I	II	III																																																																																																																																									
RISCO DE VÔMITOS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; text-align: center;"><tr><td style="width: 10px; height: 15px;">0</td><td style="width: 10px; height: 15px;">1</td><td style="width: 10px; height: 15px;">2</td><td style="width: 10px; height: 15px;">3</td><td style="width: 10px; height: 15px;">4</td></tr></table>	0	1	2	3	4	PESO																																																																																																																																					
0	1	2	3	4																																																																																																																																							
<b>RECOBRO FASE I</b>																																																																																																																																											
<b>RECOBRO FASE II</b>																																																																																																																																											
<b>Temperaturas</b>	Horas	Última toma	Chegada																																																																																																																																								
O <sub>2</sub> (litros)																																																																																																																																											
<b>ANSI</b>																																																																																																																																											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÍVEL</td> <td style="font-size: 8px;">8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">- 90%</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">- 80%</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">- 70%</td> <td style="font-size: 8px;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SEM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DISPNEIA PR = 10 OU &lt; 10'</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SUFICIENTE</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SUFICIENTE A CARGA E MEMBROS DE MEMBROS</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÃO RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">RESPOSTA E RESPOSTA ALIÓSTATO</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SUFICIENTE E CONSISTENTE</td> <td style="font-size: 8px;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA 00 (V) = 10 OU &lt; 10</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">MAP E VU - EM DA CONSULTA</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DOE INTELIGIBIL</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DOE ATENHA</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DOE LIBERA</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SEM DOE</td> <td style="font-size: 8px;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÁUSEAS E VÔMITOS</td> <td style="font-size: 8px;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SUFICIENTE</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SEM NÁUSEAS SEM VÔMITOS</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SUFICIENTE</td> <td style="font-size: 8px;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO</td> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SEM NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	NÍVEL	8				- 90%	1				- 80%	2				- 70%	3				SEM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	0				DISPNEIA PR = 10 OU < 10'	1				SUFICIENTE	2				NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS	0				NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS	1				SUFICIENTE A CARGA E MEMBROS DE MEMBROS	2				NÃO RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO	0				RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO	1				RESPOSTA E RESPOSTA ALIÓSTATO	2				SUFICIENTE E CONSISTENTE	3				S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA 00 (V) = 10 OU < 10	0				S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA	1				MAP E VU - EM DA CONSULTA	2				DOE INTELIGIBIL	0				DOE ATENHA	1				DOE LIBERA	2				SEM DOE	3				NÁUSEAS E VÔMITOS	0				SUFICIENTE	1				SEM NÁUSEAS SEM VÔMITOS	2				SUFICIENTE	3				NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO	1				SEM NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO	2				<b>TOTALS</b>			
	NÍVEL	8																																																																																																																																									
	- 90%	1																																																																																																																																									
	- 80%	2																																																																																																																																									
	- 70%	3																																																																																																																																									
	SEM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	0																																																																																																																																									
	DISPNEIA PR = 10 OU < 10'	1																																																																																																																																									
	SUFICIENTE	2																																																																																																																																									
	NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS	0																																																																																																																																									
	NÃO SUFICIENTE A CARGA MEMBROS DE MEMBROS	1																																																																																																																																									
	SUFICIENTE A CARGA E MEMBROS DE MEMBROS	2																																																																																																																																									
	NÃO RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO	0																																																																																																																																									
	RESPONDE A ESTÍMULO ALIÓSTATO	1																																																																																																																																									
	RESPOSTA E RESPOSTA ALIÓSTATO	2																																																																																																																																									
	SUFICIENTE E CONSISTENTE	3																																																																																																																																									
S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA 00 (V) = 10 OU < 10	0																																																																																																																																										
S MAP - MANTEN MAP DA CONSULTA	1																																																																																																																																										
MAP E VU - EM DA CONSULTA	2																																																																																																																																										
DOE INTELIGIBIL	0																																																																																																																																										
DOE ATENHA	1																																																																																																																																										
DOE LIBERA	2																																																																																																																																										
SEM DOE	3																																																																																																																																										
NÁUSEAS E VÔMITOS	0																																																																																																																																										
SUFICIENTE	1																																																																																																																																										
SEM NÁUSEAS SEM VÔMITOS	2																																																																																																																																										
SUFICIENTE	3																																																																																																																																										
NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO	1																																																																																																																																										
SEM NÁUSEAS, VU E RESPOSTA ALIÓSTATO	2																																																																																																																																										
OBSERVAÇÕES		DATA ..... HORA .....		PONTUAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
		DOMICILIO <input type="checkbox"/>		ALTA SE PONTUAÇÃO > 15 (NINGUM PARÂMETRO < 2)																																																																																																																																							
		HOSPITAL <input type="checkbox"/>																																																																																																																																									
		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">FOLHETO INFORMATIVO</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">RECEITAS E MEDICAMENTOS</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">INSTRUÇÕES SOBRE SEGUIMENTO</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				FOLHETO INFORMATIVO	<input type="checkbox"/>	RECEITAS E MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	INSTRUÇÕES SOBRE SEGUIMENTO	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																
FOLHETO INFORMATIVO	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
RECEITAS E MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
INSTRUÇÕES SOBRE SEGUIMENTO	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
ANESTESISTA.....		ENFERMEIRO.....																																																																																																																																									

Tabela 56

PROTOCOLOS ANALGÉSICOS PARA ANESTESIA DO AMBULATÓRIO		
UCPA	CONTINUAÇÃO EM AMBULATÓRIO	
AMB_01	METAMIZOL 2g ev 6/6h PARACETAMOL 1g ev 6/6h (resgate: tramadol)	AMB_01_A METAMIZOL 575mg p.o. 8/8h e PARACETAMOL 1g p.o. 8/8h AMB_01_B METAMIZOL 575mg p.o. 6/6h e PARACETAMOL 1g p.o. 6/6h
AMB_02	CETOROLAC 30mg ev 6/6h PARACETAMOL 1g ev 6/6h (resgate: tramadol)	AMB_02_A CETOROLAC 10mg p.o. 8/8h e PARACETAMOL 1g p.o. 8/8h AMB_02_B CETOROLAC 10mg p.o. 6/6h e PARACETAMOL 1g p.o. 6/6h
AMB_03	TRAMADOL 100mg ev 8/8h PARACETAMOL 1g ev 6/6h (resgate: metamizol);	AMB_03 TRAMADOL 50mg p.o. 12/12h e PARACETAMOL 1g p.o. 6/6h
AMB_04	CETOROLAC 30mg ev 6/6h TRAMADOL 100mg ev 8/8h (resgate: paracetamol);	AMB_04 CETOROLAC 10mg p.o. 6/6h e TRAMADOL 50mg p.o. 12/12h

**FOLHA DE PRESCRIÇÃO PARA O DOMICÍLIO DOS DOENTES DA UCA**

UNIDADE DE CIRURGIA DE <b>AMBULATÓRIO</b>  Nº ATENDIMENTO PERMANENTE <b>927 411 855</b>  GUIA TERAPÉUTICO	
---	--

**MEDICAMENTOS**


Horas																				

**OUTRAS INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS**

.....

.....

.....

.....

**SEGUIMENTO**

	DIA	HORA	LOCAL
PENSO			
CONSULTA			



## QUESTIONÁRIO ÀS 24 HORAS DE OPERADOS DOS DOENTES DA UCA

UNIDADE DE CIRURGIA DE <b>AMBULATÓRIO</b>  QUESTIONÁRIO ÀS 24 HORAS	
--	--

ESPECIALIDADE CIRÚRGICA:  CCP  CG  CPR  GINE  ORL

CIRURGIA EFECTUADA:

HORA DA ALTA:  PONTUAÇÃO DE ALTA:  ANESTESISTA DA ALTA:   **AMB**

A viagem de regresso decorreu sem problemas?	S	N	
Passou bem a noite?	S	N	
Tomou os medicamentos prescritos?	S	N	
A medicação foi suficiente?	S	N	
Necessitou de recorrer ao hospital após a alta?	N	S	
Tem dúvidas relacionadas com os cuidados a ter em casa?	N	S	

**INTERCORRÊNCIAS**

<b>DOR</b>	sem dor	0	
	dor ligeira	1	
	dor moderada	2	
	dor intensa	3	
<b>NÁUSEAS E VÔMITOS</b>	sem náuseas nem vômitos	0	
	com náuseas sem vômitos	1	
	vômito isolado	2	
	vômitos frequentes	3	
<b>FEBRE</b>	< 37° C	0	
	≥ 37° a 38° C	1	
	≥ 38° a 39° C	2	
	≥ 39° C	3	
<b>CEFALEIAS</b>	sem cefaleias	0	
	cefaleias ligeiras	1	
	cefaleias intensas	2	
<b>TONTURAS</b>	sem tonturas	0	
	quando se levanta que impedem a deambulação	2	
<b>SONOLÊNCIA</b>	não sonolento	0	
	pouco sonolento	1	
	sonolência permanente	2	
<b>PENSO OPERATÓRIO</b>	penso sem sangue	0	
	com vestígios de sangue	1	
	muito repassado	2	

OPÇÃO A: telefonema único ..... até 3x

OPÇÃO B: telefonema às 48h ..... até 4x

OPÇÃO C: contactar o médico ..... ≥ 5x  ou qualquer

OPÇÃO D: indicação do médico para se dirigir a um serviço de urgência.

OPÇÃO A

OPÇÃO B

OPÇÃO C

OPÇÃO D

Indicações do Cirurgião sobre a alta:

.....

.....

.....

Alta do programa:  
 Data: ...../...../.....  
 Hora: .....

OUTRAS INTERCORRÊNCIAS .....

.....

.....

.....

Data: ...../...../.....

Hora: .....

O Enfermeiro: .....

Anexo 13 (continuação)

CONTACTOS POSTERIORES ÀS 24 HORAS	
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>
Data:...../...../..... Dia pós-op. <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> Hora:..... Desencadeado por Enf. <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/>	
Dor <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Penso <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Observações.....	OPÇÃO A <input type="checkbox"/> OPÇÃO C <input type="checkbox"/> OPÇÃO B <input type="checkbox"/> OPÇÃO D <input type="checkbox"/>

**FOLLOW UP**

As respostas obtidas são classificadas de modo a obter um "score" (pontuação) que decidirá a consequente orientação do doente.

Este seguimento terá quatro opções:

- A- Considera-se, do ponto de vista clínico, que está tudo bem, não havendo necessidade de novo contacto.
- B- Considera-se que, embora não inspire preocupação, há dúvidas que levam à necessidade de novo contacto telefónico (às 48 horas de pós-operatório)
- C- Há seguramente alguma questão clínica (efeitos adversos ou complicações) que precisa de um maior esclarecimento, pelo que o telefonema é encaminhado para o anestesista ou cirurgião (de acordo com a triagem feita pelo enfermeiro). Este contacto deve ser feito com os médicos que se encontram na unidade de ambulatório até às 20 horas nos dias úteis ou com os médicos de urgência nos restantes períodos.
- D- Há preocupações relativamente à situação clínica, pelo que se recomenda que o doente se dirija a uma urgência hospitalar.

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

## Questionário de satisfação

Este questionário destina-se a avaliar o seu grau de satisfação dos doentes tratados na **Unidade de Cirurgia de Ambulatório**. Este inquérito é anónimo e visa a melhoria dos nossos serviços, pelo que a sua opinião é muito importante.

Por favor assinale com uma cruz a resposta mais adequada à sua opinião e devolva ao IPO no envelope anexo (não necessita selo).

Data da cirurgia...../...../.....

	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito
<b>Secretariado</b>			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pessoal Auxiliar</b>			
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Telefone</b>			
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Consulta</b>			
Pontualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto das instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuidados Clínicos</b>			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grau de satisfação global</b>			
Com todos os serviços e ambiente do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Já retomou a actividade normal que tinha antes da cirurgia?**

- Total   
 Parcial   
 Ainda não

**Se fosse necessário, voltaria a ser operado em regime de Ambulatório?**

- Sim   
 Não   
 Talvez

