

A unidade de cirurgia ambulatória do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – experiência preliminar

The ambulatory surgery unit of the Urology department, Centro Hospitalar Lisboa Norte – preliminary experience

Autores

Tiago Mendonça¹, Tito Leitão¹,
Sérgio Pereira¹, Palma Reis², Tomé Lopes³

Instituição

¹ Interno do Internato Complementar de Urologia do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

² Chefe de Serviço de Urologia do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

³ Chefe de Serviço de Urologia, Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

Correspondência

Tiago Moura Mendonça
Rua Cidade de Beja, 56 – Bloco G, 2º Esquerdo; 2775-287 Parede
E-mail: tiago.a.mendonca@gmail.com; Telefone: 966 857 097

Data de Submissão: 22 de Setembro de 2010 | Data de Aceitação: 14 de Novembro de 2010

Resumo

Introdução: O crescimento global da cirurgia ambulatória (CA) constitui um dos maiores avanços da Medicina moderna, assente numa prestação de cuidados com qualidade e segurança equivalentes aos prestados em regime de internamento, com um binómio custo-eficiência altamente favorável e um elevado grau de satisfação dos doentes. A elevada prevalência de patologia de média complexidade, o constante aperfeiçoamento das técnicas minimamente invasivas e a permanente evolução dos equipamentos cirúrgicos fazem com que exista uma grande diversidade de procedimentos cirúrgicos em Urologia passíveis de ser executados em ambulatório.

Objectivos: Os autores apresentam a nova Unidade de cirurgia ambulatória (UCA) do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

Material e Métodos: São revistos os diferentes tipos de UCA e é caracterizada a UCA do Serviço de Urologia do CHLN em diversas vertentes: modelo organizacional, infra-estruturas, pessoal e circuito do doente. Finalmente, é feita uma breve análise da casuística do primeiro ano de funcionamento.

Resultados: A UCA do Serviço de Urologia do CHLN é uma UCA autónoma inserida numa unidade hospitalar, com infra-estruturas próprias e com pessoal exclusivo e dedicado. A casuística operatória é apresentada sob a forma de tabela.

Conclusão: Os autores encaram as unidades de cirurgia ambulatória major como uma necessidade nos Serviços de Urologia dos centros hospitalares. Os elevados padrões de qualidade e segurança que podem ser atingidos contribuem para a prática de uma Urologia científica e moderna, mas também humanizada e centrada nas necessidades do doente.

Palavras-chave: Cirurgia ambulatória, urologia.

Abstract

Introduction: *The growth of ambulatory surgery worldwide is one of the great advances of modern Medicine, supported by a quality and safety of care that is equivalent to inpatient surgical treatment, while being highly cost-effective and satisfactory to patients. The high prevalence of medium complexity diseases, the constant refinements of minimally invasive techniques and the permanent evolution of the surgical armamentarium concur to allow many urological procedures to be executed on a day surgery basis.*

Objectives: *The authors present the new Ambulatory Surgery Unit (ASU) of the Urology Department of Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).*

Materials and Methods: *The different types of ASU are reviewed and the ASU of the Urology Department of CHLN is described concerning its organizational model, infrastructure, personnel and patient circuit. Finally, a brief analysis of its first year of operation is undertaken.*

Results: *The ASU of the Urology Department of CHLN is an autonomous ASU with its own infrastructures and exclusive, dedicated personnel. A synthesis of the performed surgical procedures is presented in a table.*

Conclusion: *The authors regard Major Ambulatory Surgery Units as an imperative for Urology Departments in central hospitals. The high quality and safety standards that can be achieved contribute to a scientific and modern Urology, but also a humanized and patient-centred one.*

Key words: *Ambulatory surgery, urology.*

Introdução

A cirurgia ambulatória (CA) consiste num sistema funcional organizado e multidisciplinar de assistência cirúrgica que permite o tratamento de doentes seleccionados de modo eficiente e seguro, sem necessidade de internamento hospitalar¹.

Em meados do século XX, o aumento progressivo da esperança de vida da população, associado a um nível cultural cada vez mais elevado, gerou uma procura cirúrgica que colocou em evidência as limitações de recursos do sistema de saúde, incapaz de responder às necessidades crescentes. Foi em resposta a esta situação que se desenvolveu a CA, oferecendo uma prestação de cuidados com qualidade e segurança equivalentes (ou mesmo superiores) aos prestados em regime de internamento, aliada a um binómio custo-eficiência altamente favorável².

Apesar de algumas barreiras ao seu desenvolvimento, tais como os modelos de financiamento dos sistemas de saúde (muitas vezes recompensando a permanência do doente em internamento) e a falta de empenho político na sua promoção, a CA tem nas últimas décadas ganho adeptos em todo o mundo. Prova disso é, no caso específico do nosso país, o número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório ter quadruplicado entre 1999 e 2005³.

Este crescimento à escala global assenta na percepção de que a CA confere inúmeras vantagens associadas a um elevado grau de satisfação do doente, tais como: um tratamento mais personalizado, um rápido regresso a casa sem necessidade de interrupção da medicação habitual, uma convalescença em ambiente familiar, um menor risco de infeção hospitalar; um menor risco de desorientação do doente idoso; e um menor grau de ansiedade, sobretudo em crianças⁴.

Não será exagerado afirmar que o desenvolvimento da CA constitui um dos maiores avanços da Medicina: até há poucos anos seria impensável realizar fora do contexto de internamento hospitalar a maior parte das intervenções cirúrgicas que hoje preenchem os tempos operatórios das unidades de cirurgia ambulatória (UCA).

Cirurgia ambulatória em Urologia

A elevada prevalência de patologia de média complexidade, aliada ao constante aperfeiçoamento das técnicas minimamente invasivas e à permanente evolução dos equipamentos cirúrgicos, tornam a Urologia numa especialidade com uma forte projecção no campo da CA.

Entre as intervenções que podem ser executadas em ambulatório, destacamos:

Cirurgia aberta:

- Circuncisão e plastia do freio balano-prepucial;
- Vasectomia;
- Vaso-vasostomia;
- Meatotomia e meatoplastia uretral;
- Orquidectomia total, radical ou subalbugínea;
- Orquidopexia;
- Biópsia testicular;
- Varicocelectomia;
- Hidrocelectomia;
- Cistolitotomia;
- Colocação de *sling* suburetral.

Cirurgia endourológica:

- Pielografia ascendente;
- Colocação/substituição/exacção de cateteres ureterais;
- Ureterorrenoscopia diagnóstica;
- Ureterolitotricia e ureterolitoextracção;
- RTU de tumores vesicais (em casos seleccionados);
- Injecção de toxina botulínica;
- Hidrodistensão da bexiga;
- Incisão transuretral da próstata;
- RTU bipolar da próstata (em casos seleccionados);
- Vaporização LASER da próstata;
- Braquiterapia da próstata;
- Injecção de *bulking agents* na uretra;
- Uretrotomia interna;
- Colocação de stents prostáticos.

Cirurgia laparoscópica:

- Linfadenectomia pélvica;
- Varicocelectomia.

Cirurgia percutânea:

- Nefrostomia;
- Cistostomia;
- Punção e esclerose de quistos renais.

Se os procedimentos ditos *minor*, como por exemplo a circuncisão, já deveriam ser hoje realizados quase exclusivamente em regime de ambulatório, é tempo de alargar horizontes e dotar as unidades de cirurgia ambulatória (UCA) de meios para a execução de intervenções de maior complexidade. A ureterolitotricia e ureterolitoextracção endoscópicas retrógradas,

o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço, a ressecção prostática bipolar, a vaporização prostática com LASER, a ressecção transuretral de pequenos tumores vesicais, a braquiterapia da próstata e algumas intervenções laparoscópicas são bons exemplos de intervenções *major* que podem ser realizadas em UCA modernas.

A “ambulatorização” de cirurgias tradicionalmente efectuadas em regime de internamento pode ainda ser levada mais além na chamada *23-hour surgery*, em que o doente tem alta até à vigésima terceira hora de pós-operatório. Nos países onde a CA atingiu já um alto grau de desenvolvimento, alguns centros realizam neste regime procedimentos de elevada complexidade, como a nefrectomia laparoscópica em dador vivo, a prostatectomia radical perineal ou a nefrolitotomia percutânea^{5, 6, 7}.

Tipos de unidade de cirurgia ambulatória

Existem vários tipos de UCA, e adoptando a classificação que nos parece mais adequada, podemos enumerar quatro: a unidade integrada no hospital, a unidade autónoma no recinto do hospital, a unidade totalmente autónoma e a unidade office-based⁸.

i. UCA integrada

Neste modelo, a UCA partilha com as áreas de internamento a maior parte dos recursos e infra-estruturas, nomeadamente camas, salas de bloco operatório, pessoal técnico e pessoal administrativo. Tem um baixo custo de execução, uma vez que as alterações estruturais a realizar são pouco relevantes e não é necessária a contratação de profissionais de saúde adicionais⁹.

No entanto, a UCA integrada apresenta algumas desvantagens entre as quais: o possível atraso ou cancelamento consecutivo das intervenções cirúrgicas de ambulatório, perante a necessidade de cirurgias clinicamente prioritárias em doentes internados; o risco de menor atenção dedicada aos doentes de ambulatório pelos profissionais de saúde, face à maior gravidade das patologias dos doentes internados; o maior risco de infecção hospitalar⁹.

ii. UCA autónoma no hospital

A UCA autónoma depende administrativamente da estrutura hospitalar central e está localizada no mesmo recinto, mas dispõe de infra-estruturas próprias (incluindo salas de bloco operatório) e pessoal exclusivo e sensibilizado para as necessidades específicas deste tipo de doentes. Apesar do seu custo de construção mais elevado, apresenta-se como o modelo ideal em termos de custo-eficiência e de qualidade de cuidados, com uma baixa taxa de cancelamento de intervenções cirúrgicas.

iii. UCA totalmente autónoma

Este modelo de UCA é estrutural e funcionalmente semelhante à UCA autónoma no recinto do hospital, mas localiza-se fora do recinto hospitalar. Tem o potencial de permitir o acesso à CA a populações geograficamente distantes do hospital⁸.

iv. UCA office-based

Consistem em unidades de pequena dimensão, anexas ao espaço de consulta do médico, reservadas habitualmente para procedimentos de pequena complexidade (por exemplo, vasectomia ou circuncisão)⁸. Não são recomendadas para a prática de cirurgia ambulatória *major* uma vez que, em regra, o cirurgião se encontra relativamente isolado, executando a intervenção cirúrgica num espaço que não dispõe de infra-estruturas adequadas, sem a presença de um anestesista, sem monitorização do doente, e sem acreditação ou auditoria dos resultados por entidades competentes¹⁰.

UCA do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

A UCA do Serviço de Urologia do CHLN, construída de raiz para esse fim, iniciou o seu pleno funcionamento em Julho de 2009, seguindo um modelo de UCA autónoma dentro de uma unidade hospitalar.

Funciona todos os dias úteis, com horário das 8 às 16 horas, e conta diariamente com os seguintes recursos humanos:

- Dois médicos do Serviço de Urologia;
- Um anesthesiologista⁽¹⁾;
- Seis enfermeiras (residentes);
- Duas assistentes operacionais (residentes);
- Três assistentes administrativas (residentes).

O espaço físico da UCA é constituído por:

- Uma sala de bloco operatório (figura 1);
- Uma sala de recobro pós-anestésico com duas camas e cinco cadeirões (figura 2);
- Duas salas de espera;
- Espaços de apoio (vestiário, WC, zona de desinfeção, zona de esterilizados, zona de sujos, arrumos).

O circuito do doente na UCA do Serviço de Urologia do CHLN é o habitualmente seguido neste contexto: pré-admissão, admissão, cuidados pré-operatórios, anestesia e cirurgia, cuidados pós-operatórios e pós-anestésicos, alta.

⁽¹⁾Para uma maior eficácia no circuito interno, existe um grupo de três anesthesiologistas que preferencialmente dá apoio à UCA, assegurando a quase totalidade das intervenções.



Figura 1) Bloco operatório da UCA do Serviço de Urologia do CHLN



Figura 2) Sala de recobro da UCA do Serviço de Urologia do CHLN

1. Pré-admissão

Coincide com a consulta de Urologia onde é colocada a indicação operatória e são verificados os critérios de inclusão – médicos e sociais – para CA, já amplamente descritos noutras publicações^{2,4,11}.

Uma vez colocada essa indicação, os doentes são encaminhados para uma consulta de Anestesiologia, da qual são dispensados apenas os indivíduos jovens sem patologia associada.

É ainda durante a pré-admissão que é entregue ao doente o documento de consentimento informado.

2. Admissão e cuidados pré-operatórios

No dia da intervenção cirúrgica, a admissão é realizada pela enfermeira alocada ao recobro e consiste no acolhimento do doente e prestação de cuidados de enfermagem. É confirmada a assinatura do documento de consentimento informado.

Verificando-se o cumprimento dos requisitos para CA, o anestesiológista e a equipa de enfermagem administram a medicação pré-anestésica.

3. Anestesia e cirurgia

As técnicas anestésicas e cirúrgicas utilizadas são adequadas ao tipo de intervenção a ter lugar.

4. Cuidados pós-operatórios e pós-anestésicos

Após a intervenção cirúrgica, são prestados cuidados no recobro da UCA, uma sala ampla e de fácil acesso, com boa visibilidade de todos os doentes e presença fixa de duas enfermeiras.

5. Alta

Após a intervenção cirúrgica, o doente pode ter alta para o domicílio no momento em que cumprir os critérios estabelecidos para esse efeito^{2,12}:

- Consciente e orientado, com sinais vitais estáveis nos 60 minutos anteriores;
- Tolerância a líquidos per os;
- Micção espontânea (excepto em alguns procedimentos, nomeadamente urológicos);
- Deambulação autónoma;
- Ausência de dor, ou dor controlável com a medicação oral;
- Sem hemorragia da ferida operatória;
- Sem náuseas ou vómitos.

No momento da alta da UCA, o doente recebe instruções escritas específicas para cada tipo de intervenção, educando-o para os cuidados a observar no pós-operatório, e é-lhe facultado um número de telefone a que pode recorrer em caso de dúvidas ou de complicações.

Todos os doentes são contactados telefonicamente por uma enfermeira da UCA nas primeiras 24 horas após a intervenção, para detecção de eventuais complicações ou para esclarecimento de dúvidas que possam surgir.

Análise de casuística

Em seguida, os autores apresentam, de forma sucinta, a casuística operatória da UCA do Serviço de Urologia do CHLN nos primeiros 12 meses de funcionamento (de Julho de 2009 a Junho de 2010).

A CA representou, neste período, 59% da actividade operatória global do serviço, cumprindo as recomendações da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, criada pelo Despacho n.º 25 832/2007, de 19 de Outubro.

Foram realizadas, neste primeiro ano de funcionamento da UCA, 1.513 intervenções cirúrgicas, enumeradas na tabela 1.

A UCA permitiu a transferência de inúmeras intervenções que anteriormente eram realizadas no bloco operatório central, conseguindo-se uma redução efectiva no tempo de espera, quer para os doentes de ambulatório, quer para os doentes que necessitam de internamento.

A taxa de “ambulatorização” para os diferentes procedimentos executados foi considerada muito satisfatória, reflectindo uma selecção rigorosa de doentes e um cumprimento criterioso das prerrogativas da CA. Os autores chamam particular atenção para a taxa de 100% na colocação de *slings* suburetrais para incontinência urinária de esforço feminina e de 93,3% na ureterorenoscopia com ureterolitotricia/litoextracção, dois procedimentos até então realizados quase invariavelmente com internamento superior a 24 horas.

Procedimento	Número	Internamentos Não-Programados	Taxa de Ambulotorização (%)
Cateter ureteral ⁽²⁾	720	28	96,1
Circuncisão	162	–	100,0
Uretrotomia interna	104	3	97,1
URS ⁽³⁾ por litíase	89	6	93,3
Hidrocelectomia	88	1	98,8
RTU-V e biópsias vesicais	69	10	85,5
Plastia do freio	36	–	100,0
Exérese de quisto do epidídimo	37	–	100,0
Slíng suburetral	32	–	100,0
Vasectomia	22	–	100,0
URS diagnóstica	30	–	100,0
Cistoscopia ⁽⁴⁾	28	–	100,0
Corporoplastia	16	–	100,0
Cistolitotricia endoscópica	12	3	75,0
Injecção intra-uretral de <i>bulking agents</i>	12	–	100,0
Nefrostomia percutânea	12	2	83,3
Orquidectomia radical	6	–	100,0
Orquidectomia total	7	–	100,0
Outros	31	1	96,8

Tabela 1. Actividade operatória da UCA do Serviço de Urologia do CHLN (Julho 2009 – Junho 2010)

⁽²⁾ Colocação, substituição ou extracção de catéter ureteral; ⁽³⁾ Ureterorenoscopia;

⁽⁴⁾ Cistoscopias sob sedação realizadas no bloco operatório, em doentes que não toleraram exame sob anestesia local na unidade de endoscopias

Sendo o Hospital de Santa Maria um hospital terciário, com urgência de Urologia em serviço permanente, a patologia obstrutiva do aparelho urinário (de diferentes etiologias) representa uma importante parte da actividade diária do nosso Serviço. A possibilidade de realizar procedimentos de derivação urinária (como a colocação, a substituição e a extracção de catéters ureterais) no bloco operatório da UCA permite uma capacidade de resposta e uma qualidade assistencial no tratamento destes doentes que seria, de outro modo, difícil de conseguir.

A optimização do circuito interno, conseguida pela aposta em profissionais experientes em CA, assim como pela aplicação de protocolos pré-definidos, contribuem grandemente para a eficiência desta Unidade, de que os autores esperam continuar a dar conta em futuras publicações.

Conclusão

A criação de Unidades de cirurgia ambulatória *major* em Urologia é hoje uma necessidade nos grandes centros hospitalares, permitindo um maior aproveitamento dos tempos operatórios e dos recursos humanos, técnicos e estruturais.

Os elevados padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados por estas Unidades, assim como o descongestionamento dos Serviços de Internamento, contribuem para a prática de uma Urologia que se quer científica e moderna, mas também humanizada e centrada nas necessidades do doente.

Bibliografia

- Martín Morales J. Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 1996; 1:133.
- Llopis Guixot B, Navarro Antón JA, Mola Arizo MJ, et al. Cirugía mayor ambulatoria en urología. 5 años de experiencia. *Actas Urol Esp*, 2003; 27(2):117-122.
- Lemos P, Regalado A, Soares J, Couto PS, Domingues S. Qual a expressão nacional dos diferentes procedimentos cirúrgicos realizados em regime de ambulatório? Resultados do IV inquérito nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 2007; 8:5-34.
- Jarrett P, Staniszewski A. The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. *Day Surgery – Development and Practice*. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 1:21-34.
- Kuo PC, Johnson LB, Sitzmann JV. Laparoscopic donor nephrectomy with a 23-hour stay: a new standard for transplantation surgery. *Ann Surg*, 2001; 234:131-2.
- Ruiz-Deya G, Davis R, Srivastav SK, M Wise A, Thomas R. Outpatient radical prostatectomy: impact of standard perineal approach on patient outcome. *J Urol*, 2001; 166:581-6.
- Singh I, Kumar A, Kumar P. Ambulatory PCNL (Tubeless PCNL under regional anesthesia) – A preliminary report of 10 cases. *Int Urol Nephrol*, 2005; 37:35-7.

- ⁸. Jarrett P, Roberts L. Planning and designing a Day Surgery Unit. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. *Day Surgery – Development and Practice*. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 3:61-87.
- ⁹. Berryman JM. Development and Organization of Outpatient Surgery Units. *Urol Clin N Am*, 1987; 14(1):1-9.
- ¹⁰. Bartholomeusz H, Brökelmann J, Reydelet J, Jarrett P. Office-based Surgery. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. *Day Surgery – Development and Practice*. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006. Chapter 14:299-318.
- ¹¹. Romero J, Bustos Molina F, García Moreno F. Criterios de selección de pacientes y procedimientos. In: Porrero JL, ed. *Cirugía Mayor Ambulatoria – Manual Práctico*. Masson, S.A., Barcelona, España, 2002. Capítulo 5:41-48.
- ¹². Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home-readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*, 1995; 7:500-506.