

# Cirurgia de Ambulatório em Urologia

.....

João Marcelino, Tomé Lopes

Serviço de Urologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa

## Resumo

**Introdução:** A necessidade de uma eficiente gestão dos recursos hospitalares e de um efectivo controlo dos custos na saúde tem importado, para a cirurgia de ambulatório, uma atenção e visibilidade crescentes .

**Objectivo:** Abordar, de forma objectiva e sucinta, os diferentes conceitos de unidade de ambulatório e respectivas vantagens e desvantagens, os tipos de cirurgia urológica possíveis, o perfil dos doentes seleccionáveis e a avaliação e controlo da qualidade nas unidades de ambulatório.

**Material e Métodos:** Análise crítica de livros e de artigos publicados recentemente sobre o tema, com o recurso à *Medline* e a literatura disponibilizada pela Direcção Geral de Saúde, pela Associação Portuguesa de Urologia e pelo Hospital Cuf Descobertas. A prática de cirurgia de ambulatório no Serviço de Urologia do Hospital de Pulido Valente (H.P.V.) foi, também, considerada.

**Resultados:** A unidade de ambulatório autónoma, com uma localização distinta da estrutura hospitalar central, uma organização e funcionamento próprios, e pessoal exclusivo e sensibilizado para as especificidades inerentes à cirurgia de ambulatório, é considerada o tipo de unidade ideal. Os tipos de cirurgia urológica possíveis são vários e incluem a cirurgia aberta, percutânea, laparoscópica e a endourologia. Os doentes seleccionados devem ser globalmente saudáveis (ASA – *American Society Anesthesiologist* – 1 ou 2), terem idade não superior a 70 anos e serem psiquicamente sãos. A avaliação e o controlo da qualidade podem ser efectuados através de questionários rigorosos e compreensíveis, visando, nomeadamente, o estado de satisfação dos doentes e a taxa de complicações no pós-operatório.

**Conclusão:** A cirurgia de ambulatório, em geral, e a de ambulatório em Urologia, em particular, encontra-se em franca expansão. O crescimento, tanto do número de unidades, como do número de cirurgias de ambulatório, determinará, no futuro, uma redução efectiva das listas de espera, uma diminuição dos internamentos desnecessários e dispendiosos e resultará, em última análise, numa relação custo/benefício vantajosa, tanto para o prestador dos cuidados, como para o utente.

**Palavras-chave:** Cirurgia de ambulatório em Urologia. Cirurgia de ambulatório.

## Abstract

**Introduction:** The need for an efficient hospital resource as well as an effective control of health care costs has resulted in an increased interest in ambulatory surgery.

**Objectives:** To discuss, objectively and succinctly, the different concepts of ambulatory surgical unit with its advantages and shortcomings, the possible types of ambulatory urological surgery, patient selection criteria and the quality control assessment in ambulatory surgical units.

**Materials and Methods:** A critical analysis of the recently published literature originated from a Medline search and also literature available at the Ministry of Health, Portuguese Association of Urology and Cuf Descobertas Hospital was undertaken. The ambulatory surgery performed at the Urology Department at Pulido Valente Hospital was also included.

**Results:** An autonomous ambulatory surgery unit located outside the central hospital structure, involving specific organization and management, own personal with a special focus on ambulatory surgery, is considered the ideal type of unit. Various types of urologic surgery should be feasible in such a unit, including open, percutaneous, laparoscopic and endourologic surgery. The patients selected should be otherwise healthy (A.S.A. – American Society of Anaesthesiology – 1 or 2), aged less than 70 years and with no psychiatric disturbances. The quality control assessment can be made by comprehensive and rigorous questionnaires, the endpoints being patient satisfaction and post-operative complication.

**Conclusion:** Ambulatory surgery, in general, and ambulatory urological surgery, in particular, are rapidly expanding. The proliferation of both individual units and number of ambulatory operations will determine an effective reduction in the waiting lists, a reduction in the unnecessary and costly hospitalisations and will, ultimately, result in an advantageous cost-benefit relationship of both patient and health care provider.

**Key-words:** Ambulatory surgery. Day case surgery. Ambulatory urological surgery. Day case urological surgery.

## Introdução

A cirurgia de ambulatório significa admissão de doentes para investigação ou cirurgia num regime de não internamento e sem necessidade de cuidados especializados no pós-operatório (1).

O tema, apesar de não ser novidade, tem merecido uma **atenção crescente** devido à necessidade de **controlo dos custos na saúde** e, simultaneamente, à necessidade de uma **maior e mais eficiente utilização dos recursos hospitalares** (1)(2)(3)(4)(5)(6). É entendimento generalizado que o internamento hospitalar injustificado ou abusivo se traduz na utilização do hospital como se de uma unidade hoteleira de luxo se tratasse.

Este artigo visa abordar a cirurgia de ambulatório em Urologia nas seguintes vertentes: a análise dos

**diferentes conceitos de unidade de ambulatório e respectivas vantagens e desvantagens**, a identificação dos **tipos de cirurgia urológica de ambulatório** e do **perfil clínico dos doentes seleccionáveis**, a apresentação de um **protocolo de funcionamento de uma unidade de ambulatório** e da prática deste tipo de cirurgia no Serviço de Urologia do H.P.V. e, por fim, a nomeação de **métodos eficazes de avaliação e de controlo da qualidade** destas unidades.

## Material e métodos

Revimos e analisámos a literatura relativa à cirurgia de ambulatório publicada, nos últimos anos, em livros e revistas reconhecidos cientificamente e de diferentes especialidades, tais como Urologia, Cirurgia Geral e Anestesiologia.

O material acima referido foi revisto e analisado criticamente, com particular incidência nas vertentes já acima referidas.

## Resultados

### Tipos de Unidade de Ambulatório

Existem quatro tipos de unidade de ambulatório: a unidade de ambulatório integrada, a unidade de ambulatório autónoma, a unidade de ambulatório satélite e a unidade de ambulatório independente. De uma maneira geral, as duas primeiras dependem, tanto em termos geográficos (área de população abrangida) como administrativos, da estrutura hospitalar principal, enquanto que as duas últimas são independentes, em termos geográficos, da estrutura hospitalar principal, sendo que apenas a última das unidades referidas o é também administrativamente (2).

Podemos enumerar, assim, os seguintes **tipos de unidade ambulatória**:

- **Unidade ambulatória integrada** na estrutura física do hospital
- **Unidade ambulatória autónoma** da estrutura física do hospital
- **Unidade ambulatória satélite**
- **Unidade ambulatória independente**

A **unidade ambulatória integrada** é uma unidade de cirurgia de ambulatório integrada no hospital, ou seja, **localizada no interior do hospital**. Assim, os doentes com internamento efectivo e os de ambulatório utilizam o mesmo espaço (2), sendo este o sistema mais usado e o tipo de unidade existente no H.P.V. As **vantagens** da unidade ambulatória integrada são várias. Por um lado, o **custo de execução é consideravelmente baixo**, uma vez as alterações estruturais a realizar serem pouco relevantes, havendo até, muitas vezes, a possibilidade de converter em unidade ambulatória um determinado espaço já existente e subaproveitado, atribuindo-lhe assim uma nova utilidade. Por outro lado, no que concerne ao pessoal administrativo, médico e paramédico, este vê alargado o âmbito da sua actividade por forma a passar a incluir, no exercício das suas funções, a unidade de ambulatório, o que implica a **desnecessidade de contratar mais profissionais**, com a consequente vantagem ao nível dos dispêndios a realizar que daí advém. Por último, cumpre referir que este tipo de unidade de ambulatório permite, face a um

eventual fracasso do projecto, uma **reconversão rápida e fácil do espaço em qualquer outra utilidade ou actividade** (2)(4).

No que respeita às **desvantagens** da unidade ambulatória integrada, elas existem e cumpre, neste momento, referi-las. Em primeiro lugar, importa destacar o **atraso ou o cancelamento consecutivo das cirurgias de ambulatório** que se pode verificar face à necessidade de realizar outras cirurgias que se apresentam como clinicamente prioritárias. Em segundo lugar, a proximidade física entre a unidade de ambulatório e os doentes em regime de internamento hospitalar efectivo apresenta como real o risco de, **tanto o pessoal médico, como o de enfermagem, dedicarem uma menor atenção aos doentes de ambulatório**, uma vez apresentarem-se estes sempre como tendo uma situação menos grave do que os que estão internados (2)(4)(7). A última desvantagem que importa referir tem que ver, também, com a proximidade física entre os doentes da unidade de ambulatório e os que se encontram internados na unidade hospitalar e prende-se com a existência de um **maior risco de aquisição de infecções hospitalares** (7)(8).

A **unidade ambulatória autónoma** é uma unidade **distinta em termos de localização, organização e funcionamento**, mas dependente administrativamente **da estrutura hospitalar central** (2). Este é o **tipo de unidade ideal**. É um espaço exclusivo para a cirurgia de ambulatório, com **pessoal exclusivo e sensibilizado** para as necessidades específicas deste tipo de doentes (2)(4). Permite um **diminuição do risco de cancelamentos** e atrasos das cirurgias programadas e uma diminuição efectiva das listas de espera (2). Em caso de emergência, há sempre a **possibilidade de socorro na estrutura hospitalar adjacente**. As **desvantagens** são os **custos** de construção de uma unidade de base e a necessidade de reconversão do espaço se o projecto falhar (2)(4).

A **unidade ambulatória satélite** é uma unidade **localizada fora da área do hospital** mas dependente administrativamente deste (2). O objetivo é **atingir uma população geograficamente afastada do hospital**, permitindo um acesso fácil e, simultaneamente, diminuir a afluência massificada de pessoas ao hospital (2).

As **unidades independentes** estão **geográfica e administrativamente separadas do hospital**

e têm como grande vantagem a diminuição da afluência e consequentes custos para o hospital (2).

### Tipos de Cirurgia Urológica de Ambulatório

O desenvolvimento das técnicas urológicas e do equipamento e o avanço da anestesia e analgesia permitem a execução de uma **extensa lista de cirurgia urológica de ambulatório** (1)(3)(8)(9)(10). Esta lista inclui cirurgia aberta, percutânea, laparoscópica, endourologia (procedimentos trans-uretrais) e litotricia (1)(3)(8)(11)(12)(13)(14). Apesar da extensão da lista de cirurgias possíveis, existem limitações provenientes de duas ordens de factores: por um lado a falta de recursos de cada unidade e, por outro, as carências assistenciais do sistema de saúde do próprio país (1)(3)(7)(8). Assim e **na prática, o número e o tipo de cirurgias executadas** são também mais limitados.

#### Cirurgia aberta

- Circuncisão •
- Frenoplastia •
- Meatoplastia •
- Biópsia do testículo •
- Vasectomias •
- Vasovasostomia
- Correcção cirúrgica de hidrocele •
- Correcção cirúrgica de varicocele
- Orquidectomia total e subalbugínea •
- Orquidopexia
- Epididectomia
- Implantação de prótese testicular •
- Cistolitotomia
- Colocação de laço (*sling*) suburetral sintético

#### Cirurgias percutâneas

- Nefrostomias •
- Cistostomias •
- Punção e esclerose de quistos do rim •
- Embolização de varicocele

#### Cirurgia laparoscópica

- Linfadenectomia pélvica
- Orquidopexia
- Correcção de varicocele

#### Endourologia

- Ureteroscopia •
- Pielografia ascendente •
- Colocar e retirar catéteres ureterais •

Ureterolitotomia

Ressecções transuretrais da próstata e bexiga

Incisões transuretrais da próstata •

Hidrodistensão da bexiga •

Uretrotomia interna •

Colocação de stents prostáticos

### Tipo de Doente para Cirurgia de Ambulatório

Uma **boa selecção de doentes** para cirurgia de ambulatório é **fundamental** para evitar cancelamentos de última hora e reduzir ao máximo o número e gravidade das complicações (1). Esta selecção obedece a critérios, os quais podem ser mais ou menos flexíveis, mas sempre numa perspectiva risco-benefício. Existem **critérios gerais para a selecção** dos doentes para cirurgia de ambulatório. O doente deverá ter uma **idade não superior a 70 anos**, embora a idade biológica seja mais importante que a idade cronológica, **saudável**, isto é, com um A.S.A. de 1 ou 2, e ser **psiquicamente são** (1)(3)(10)(15)(16). Socialmente, deve ter condições de habitação adequadas, **ser acompanhado por um adulto responsável** e ter um **acesso fácil ao telefone** (3)(7).

### Modelo de Funcionamento de uma Unidade Ambulatória

A cirurgia de ambulatório requer o empenhamento e a participação de todos os agentes em cada uma das suas etapas, as quais, por ordem cronológica, são:

1. **Pré-admissão**
2. **Admissão e cuidados pré-operatórios**
3. **Anestesia e cirurgia**
4. **Cuidados pós-operatórios e alta**
5. **Follow up**

A **pré-admissão** tem lugar na consulta externa e visa a selecção dos doentes. Aqui, obtém-se uma breve história clínica do doente, procede-se a um exame objectivo sumário e pedem-se exames complementares do pré-operatório, os quais incluem análises de rotina e, eventualmente, RX do tórax e E.C.G. São, ainda, recolhidas informações relativas às condições sociais do doente, nomeadamente, se dispõe de habitação condigna, de telefone facilmente acessível e de acompanhante responsável (2)(3)(17).

Na **admissão** e nos **cuidados pré-operatórios** verifica-se se o doente se encontra em jejum, se não

teve qualquer intercorrência e se se faz acompanhar por adulto responsável. É, ainda, realizada uma reavaliação do doente e este é devidamente preparado para a cirurgia (vestuário apropriado, tricotomia e pré-medicação) (2)(3)(7)(17).

A **anestesia** depende do tipo de cirurgia, da idade e das patologias associadas do doente. Os objectivo é garantir um rápido início anestésico e procurar que o recobro se faça em condições semelhantes às que, habitualmente, estão reunidas no momento da alta hospitalar. Na maioria da vezes, opta-se pela anestesia local, pela sedoanalgesia ou pela anestesia geral (balanceada, endovenosa ou inalatória) (10). A **cirurgia** não deve ultrapassar os 60 minutos de duração com o intuito de não comprometer a rentabilidade da ocupação da Unidade Ambulatória e evitar o número e a gravidade de complicações (10)(18).

Nos **cuidados pós-operatórios** é indispensável a vigilância do doente durante um período mínimo de duas horas e até ser dada a alta pelo cirurgião ou pelo médico anestesista. No momento da **alta**, o doente deve estar consciente e orientado no espaço e no tempo, apresentar os parâmetros vitais estabilizados, e ter ingerido e tolerado uma dieta líquida (10)(19). São dadas, por escrito, todas as instruções necessárias a uma rápida e eficaz reabilitação, tendo em conta as especificidades da cirurgia efectuada.

O **follow up** pode ser concretizado através de uma de duas formas: assistência domiciliária por parte de um paramédico ou por contacto telefónico no dia seguinte ao da cirurgia (3). No culminar de todo este processo e após marcação prévia, há lugar a uma consulta, a qual visa certificar a total recuperação do doente.

### **Cirurgia Ambulatória Urológica no H.P.V.**

A cirurgia de ambulatório realizada pelo Serviço de Urologia do H.P.V. é efectuada numa **unidade do tipo integrado**. As áreas de pré-operatório, bloco operatório e recobro são comuns aos doentes de ambulatório e aos internados. A **grande vantagem** desta unidade é encontrar-se no interior do próprio hospital havendo, portanto, uma **diminuição acentuada dos custos e uma utilização alargada dos recursos já existentes**. A **grande desvantagem** é o facto de o **espaço dedicado à cirurgia de ambulatório ser comum aos doentes em regime de internamento**. Assim, o doente em regime de

ambulatório encontra-se, muitas vezes, integrado num espaço onde os restantes doentes apresentam uma patologia mais pesada e são sujeitos a cirurgias mais radicais. Tanto o pessoal médico como o de enfermagem têm tendência para dedicar maior atenção a este tipo de doentes, ficando os que estão em regime de ambulatório com a sensação de serem objecto de uma atenção de 2<sup>o</sup> qualidade. Os **tipos de cirurgia de ambulatório praticados no Serviço estão indicados com a marca •**. Na sua maior parte são realizadas com anestesia local com lidocaína a 1% sem adrenalina ou sedoanalgesia com propofol e alfentanil, com o doente em ventilação espontânea, sem necessidade de entubação orotraqueal.

A admissão hospitalar é feita na manhã do dia da intervenção cirúrgica, no Serviço de Urologia. O doente é recebido pela enfermeira do Serviço, em jejum, sendo efectuada a mudança de roupa, realização de tricotomia (se necessário) e administrada a pré-medicação anestésica. É, depois, encaminhado para o bloco operatório onde se submete à intervenção cirúrgica. Depois, é transferido para o recobro onde permanece, no mínimo, 2 horas. Após avaliação pelo cirurgião ou anestesista, o doente tem alta hospitalar no próprio dia ou na manhã seguinte, saindo acompanhado por um adulto responsável, após esclarecimento das medidas gerais a adoptar no pós-operatório e da disponibilidade do contacto permanente com o hospital em caso de eventual complicação. É referenciado a consulta externa com data estabelecida.

### **Avaliação e Controlo de Qualidade de uma Unidade de Ambulatório**

O controlo de qualidade no interior de uma unidade cirúrgica visa, essencialmente, a promoção da saúde e do bem estar dos indivíduos (18). A monitorização contínua dessa qualidade pode ser efectuada, de uma **forma simples e eficaz**, através da realização de **questionários rigorosos e inteligíveis dirigidos aos utilizadores da Unidade de Ambulatório** (4)(5)(18). **O objectivo é a rápida identificação e resolução dos problemas existentes** (18). Alguns exemplos de áreas a monitorizar são: o estado de satisfação dos doentes, o rigor e a simplicidade da informação prestada tanto no pré como no pós-operatório e a taxa de complicações pós-operatórias registadas (4)(17)(18).

## Conclusão

A cirurgia de ambulatório é um processo em grande expansão (1)(3)(6). Presentemente, cerca de 20% do total de cirurgias realizadas na Europa são em regime de ambulatório (1). Em Portugal, conforme as estatísticas da Direcção Geral de Saúde de 1997, a proporção de intervenções cirúrgicas de ambulatório situava-se em 8,9% (4). Os E.U.A., por seu lado, atingem os 50 %, incluindo esta percentagem os doentes que passam a noite no hospital, embora aí permaneçam menos de 24 h. Neste país, a Urologia ocupa já 21% de todas as cirurgias de ambulatório (1). **No futuro, pensa-se que cerca de 80 % das intervenções cirúrgicas electivas serão realizadas em regime de ambulatório**, sendo certo apresentar-se a **Urologia como uma especialidade privilegiada** na utilização deste tipo de cirurgia (1)(3).

O aumento do número de unidades e de cirurgias de ambulatório permitirá uma **redução** das **listas de espera**, do tempo de espera para uma cirurgia, **do número de internamentos efectivos** e de **camas hospitalares**. Permitirá, ainda, uma utilização mais apropriada do espaço e uma **menor taxa de complicações para o doente** (ex. infecções nosocomiais e trombozes), resultando, em última análise, num baixo custo para uma elevada eficácia (1)(3)(6).

Para a optimização de todas as vantagens deste tipo de cirurgia, a criação de unidades estruturalmente organizadas, logisticamente funcionais e com controlo de qualidade assegurado é fundamental.

## Referências bibliográficas

1. Crew JP, Cranston DW. The Role of Day Surgery in Urology. *Eur. Urol.* 1996; 5: 49-56.
2. Berryman JM. Development and Organization of Out-patient Surgery Units. *The Urol. Clin. N. Am.* 1987; 1-10.
3. Birch BRP. Day Case Surgery and Urology: Present Practice and Future Trends. *BMJ* 1994; 74: 2-10.
4. Adriano Natário e col. Cirurgia de Ambulatório. Recomendações Para o Seu Desenvolvimento. Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde 2000: 5-15.
5. Campos Pinheiro JM e col. Reflexão e Recomendações da Associação Portuguesa de Urologia Sobre a Gestão dos Serviços Hospitalares. Associação Portuguesa de Urologia 2002.
6. Jarrett PEM. The European Perspective for Ambulatory Surgery for The New Century. *Revista da Soc. Port. Anest.* 1998; 9(4): 99-103.
7. Wetchler BV. Nursing Aspects of Outpatient Surgery. *Urol. Clin. N. Am.* 1987; 21-6
8. McDonald JR, Harold P. Office Ambulatory in Urology. *Urol. Clin. N. Am.* 1987; 27-30.
9. Crew JP et als. Is Day Case Surgery in Urology Associated With Admission Rates? *Am. R. Coll. Surg. Engl.* 1997; 79(6): 416-9.
10. Paulo Lemos e col. Anestesia em Cirurgia de Ambulatório – Avaliação da Qualidade dos Protocolos Anestésicos Instituídos no Hospital Geral de Santo António (HGSA), Porto. *Revista da Soc. Port. Anest.* 1995; 6(3): 115-121.
11. Birch BR, Miller RA. Walk In, Walk Out Day Case Genito-Scrotal Surgery with Sedation Reversal. A survey of Patient Attitudes and Morbidity. *Br. J. Urol.* 1994; 74(5): 658-64.
12. Cornford PA et al. Day Case Transurethral Incision of the Prostate Using the Holmium:yag Laser: Inicial Experience. *Br. J. Urol.* 1997; 79(3):383-4.
13. Keoghane SR, Miller JM, Cranston BW. Is Day Case Prostatectomy Feasible? *Br. J. Urol.* 1995; 76(5): 600-3.
14. Taylor AC, Oakley N, Das S. Day Case Ureteroscopy: Observation study. *Br J. Urol.* 2002; 89(3):181-5.
15. Briggs TP et al. Urological Day Case Surgery in Elderly and Medically Unfit Patients Using Sedoanagesia: What Are the Limits? *Br. J. Urol.* 1995; 75(6): 708-11.
16. Chung F et als. Pre-Existing Medical Conditions as Predictors of Adverse Events in Day Case Surgery. *Br. J. Anaesth.* 1999; 83 (2): 262-70.
17. Direcção Clínica do Hospital Cuf-descobertas. Unidade de Cirurgia de Ambulatório (U.C.A): Manual de Acolhimento. Hospital Cuf-descobertas 2002.
18. Koch H. Towards Total Quality, Anaesthesia and Theatres. 1 Edition: Longman, Great Britain, 1994:13-16.
19. Boey WK. Challenges in Ambulatory Surgery: Discharge Criteria. *Am. Acad. Singapore* 1995; 24(6): 906-9.