

CONIC SEMESP

15º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM SERVIÇO DE CIRURGIA AMBULATORIAL DE PEQUENO PORTE

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

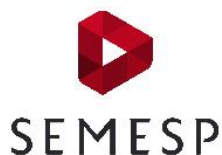
SUBÁREA: MEDICINA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

AUTOR(ES): RAFAELA GIUBLIN, GABRIELA DAL PIVA LUNARDI

ORIENTADOR(ES): ANA LUIZA NORMANHA RIBEIRO DE ALMEIDA

Realização:



Apoio:



RESUMO

A instalação de cirurgias ambulatoriais em hospitais de pequeno, médio e grande porte facilitou a disponibilidade de leitos para patologias mais complexas. Esta modalidade de cirurgia apresenta as seguintes vantagens: são intervenções programadas e de simples execução; pouco dolorosas, diminuição do risco de infecção hospitalar e complicações, redução da ansiedade pré-operatória, proporciona alta precoce para o ambiente doméstico e social e redução de custos para o paciente e instituição. O presente trabalho tem por objetivo analisar de forma retrospectiva através da análise de prontuários as características da população atendida e procedimentos realizados em um serviço de cirurgia ambulatorial de pequeno porte. Resultados: Foram realizados 936 atendimentos no período de 15 meses; indivíduos com mais de 50 anos (55,23%), sem comorbidades (54%).

Foram realizados 442 procedimentos, ocorrendo complicações em 2% dos procedimentos. A presença de comorbidades e o uso de medicações foram fatores envolvidos na contra indicação dos procedimentos.

INTRODUÇÃO

A instalação de cirurgias ambulatoriais em hospitais de pequeno, médio e grande porte facilitou a disponibilidade de leitos para patologias mais complexas. Estes serviços podem ou não estar ligados a instituições hospitalares e se apresentar como: integrados (localizado dentro do hospital); separados (apesar de situar-se nos limites do hospital, é auto-suficiente); de curta permanência (custeados independentemente e operados sem filiação ao hospital); e, prestados no consultório¹.

Esta modalidade de cirurgia apresenta as seguintes vantagens: são intervenções programadas e de simples execução; pouco dolorosas ou com bom controle da dor; diminuição do risco de infecção hospitalar e complicações (especialmente hemorrágicas e respiratórias); redução da ansiedade pré-operatória, tanto do paciente, como de seus familiares; proporciona alta precoce para o ambiente doméstico e social (geralmente em menos de 24 horas); redução de custos para o paciente e instituição. Todavia, o paciente pode não aderir às instruções pré-operatórias, não dispor de um acompanhante e de transporte para ir à unidade, ou mesmo ficar receoso com a falta de retaguarda caso ocorram complicações no ato anestésico-cirúrgico, sendo estas algumas das desvantagens².

Dentre os atos cirúrgicos que podem ser realizados em regime ambulatorial, destacam-se as cirurgias de pequeno e médio porte realizadas em crianças, cirurgia geral, cirurgias oftalmológicas, otorrinolaringológicas, ginecológicas, urológicas, ortopédicas, proctológicas, cirurgias plásticas e exames diagnósticos^{3,4}.

A duração, extensão do procedimento, dor, hemorragia e infecção são fatores limitantes da cirurgia ambulatorial. Em virtude disso, deve ser avaliada a necessidade de maior tempo de permanência hospitalar após a intervenção para melhor recuperação do paciente. O tempo ideal para a cirurgia ambulatorial não deve ser superior a noventa minutos^{3,4}.

A realização se dá por meio da anestesia local assistida, regional, geral ou combinada. Pode ser feita em ambiente hospitalar típico, com acomodações tanto para pacientes internados como ambulatoriais, e em clínicas projetadas para estadias curtas. Como primeira escolha dá-se preferência a anestesia

regional por ser custo- efetiva, segura e de rápida recuperação quando comparada a anestesia geral. Além disso oferece menos complicações pós-operatórias e proporciona analgesia pós-operatória prolongada. Entretanto, a anestesia geral também pode ser adequada e segura, mesmo apresentando maior incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório^{3,5,6,7}.

A seleção dos pacientes à cirurgia ambulatorial baseia-se na avaliação pré-anestésica, que inclui história, exame físico e exames laboratoriais, estimando-se o risco anestésico-cirúrgico do paciente^{3,7}.

É levado em conta a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA). Pacientes classificados como ASA I e II podem ser submetidos à cirurgia ambulatorial, dependendo do procedimento a ser realizado e o tempo de duração como fatores limitantes. Pacientes ASA III são considerados inadequados a procedimentos ambulatoriais, entretanto, anestesiólogos aceitam esses pacientes para intervenções de baixo impacto fisiológico, desde que as doenças sistêmicas pré-existentes sejam estabilizadas e adequada assistência médica seja fornecida a eles, sempre considerando a possibilidade de internação, se necessário. Pacientes com doença cardiovascular, respiratória, diabetes mellitus, obeso, ou com história prévia de tabagismo, apresentam risco elevado de complicações perioperatórias. São critérios de exclusão de pacientes à cirurgia ambulatorial: pacientes estado físico ASA III e IV instáveis, obesidade mórbida, apnéia e crianças prematuras com menos de 45-50 semanas pós-concepção^{3,8,9,10,11,12,13}.

Outros critérios médicos de elegibilidade incluem idade, sendo contra indicado um ato cirúrgico ambulatorial em recém-nascido e para crianças com menos de um ano deve-se avaliar comorbidades. Nas gestantes verificar contra-indicações a medicamentos anestésicos. Pacientes idosos são mais susceptíveis a eventos adversos no perioperatório e relacionam-se com um maior tempo de recuperação ou maior número de complicações no pós-operatório^{14,15}.

Os critérios de alta incluem: sinais vitais estáveis; orientação no tempo e espaço; ausência de dor severa, náuseas e vômitos; sangramento mínimo ou ausente; capacidade de deambulação e tolerância de dieta líquida^{3,8,12}.

OBJETIVOS

Analisar de forma retrospectiva as características da população atendida em um serviço de cirurgia ambulatorial de pequeno porte, assim como indicações, contra indicações e complicações dos procedimentos.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectivas dos prontuários dos pacientes atendidos no período de 05/06/2012 a 26/11/2013 no Ambulatório de Pequenas Cirurgias do Hospital Electro Bonini da Universidade de Ribeirão Preto.

Foram analisados os seguintes aspectos: idade, sexo, indicação do procedimento, contra indicações, motivos de suspensão, complicações.

RESULTADOS

No período analisado foram realizados 936 atendimentos, foram realizados procedimentos cirúrgicos de pequeno porte em 494 atendimentos (53%), enquanto que em 442 atendimentos não foi realizado qualquer procedimento cirúrgico (47%).

Tabela 1.

Tabela 1 Procedimentos realizados

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
REALIZADOS	494	53%
NÃO REALIZADOS	442	47%
TOTAL	936	100%

De acordo com a distribuição por faixa etária, foram atendidos quatro atendimentos foram de indivíduos até nove anos de idade (0,43%), sessenta e seis de indivíduos de 10 a 19 anos (7,05%), oitenta atendimentos de indivíduos de 20 a 29 anos (8,55%), cento e vinte atendimentos de indivíduos de 30 a 39 anos (12,82%), cento e quarenta e nove atendimentos de indivíduos de 40 a 49 anos (15,92%), cento e setenta e um atendimentos de indivíduos de 50 a 59 anos (18,27%), cento e cinquenta e um atendimentos de indivíduos de 60 a 69 anos (16,13%), cento e

quarenta e dois atendimentos de indivíduos de 70 a 79 anos (15,17%), quarenta e cinco atendimentos de indivíduos de 80 a 89 anos (4,81%) e oito atendimentos de indivíduos de 90 a 100 anos (0,85%). Tabela 2 e Gráfico 1.

Tabela 2 Distribuição quanto a faixa etária

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA		
ATÉ 9 ANOS	4	0,43%
10 A 19	66	7,05%
20-29	80	8,55%
30-39	120	12,82%
40-49	149	15,92%
50-59	171	18,27%
60-69	151	16,13%
70-79	142	15,17%
80-89	45	4,81%
90-100	8	0,85%
total	936	100%

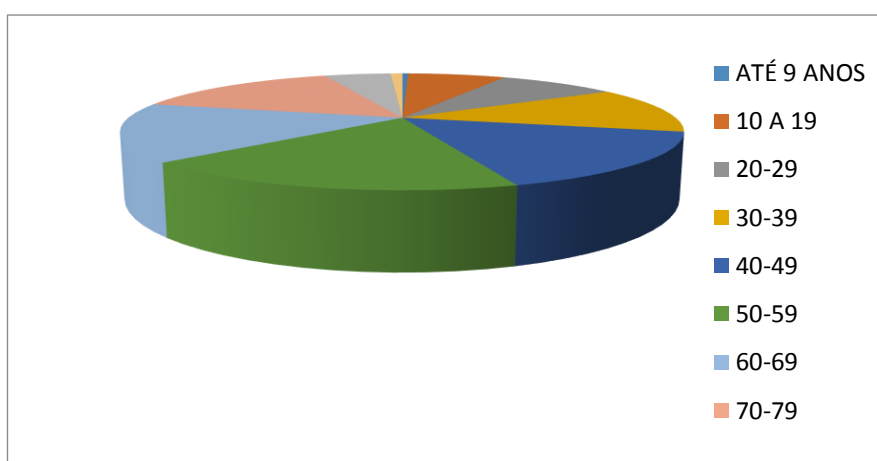


Gráfico 1 Distribuição quanto a faixa etária

Em relação ao gênero foram realizados quinhentos e seis atendimentos de indivíduos do sexo feminino (54%) e quatrocentos e trinta atendimentos de indivíduos do sexo masculino (46%). Tabela 3 e Gráfico 2.

Tabela 3 distribuição quanto ao gênero

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO		
FEMININO	506	54%
MASCULINO	430	46%
total	936	100%

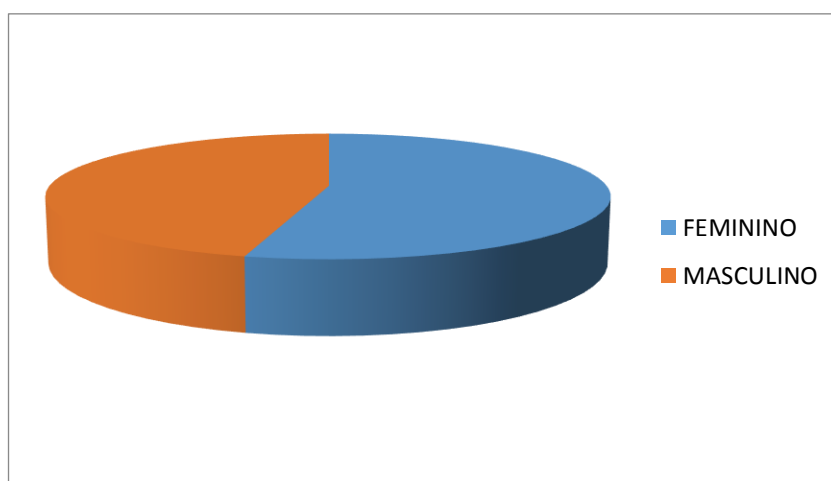


Gráfico 2 Distribuição quanto ao gênero

Do total de 936 atendimentos, em quinhentos e trinta e cinco deles os indivíduos negaram comorbidades (57%) e em quatrocentos e um atendimentos, os indivíduos referiram apresentar pelo menos uma comorbidade (43%). Tabela 4 e Gráfico 3.

Em trezentos e vinte e dois atendimentos em que havia comorbidades houve contra indicação para realização do procedimento (80%) e em setenta e nove atendimentos (20%) a presença de comorbidades não contra indicaram a realização de procedimentos. Tabela 5 e Gráfico 4.

Tabela 4 Presença de comorbidades

PRESENÇA DE COMORBIDADES		
SADIOS	535	57%
COMORBIDADES	401	43%
total	936	100%

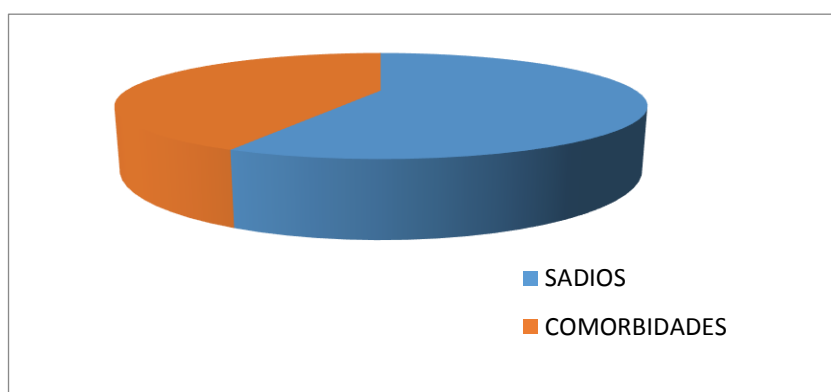


Gráfico 3 Presença de comorbidades

Tabela 5 Comorbidades como contra indicação do procedimento

COMORBIDADES E CONTRA INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO		
COMORBIDADES QUE NÃO CONTRA INDICAM PROCEDIMENTO	79	20%
COMORBIDADES CONTRA INDICANDO PROCEDIMENTO	322	80%
total	401	100%

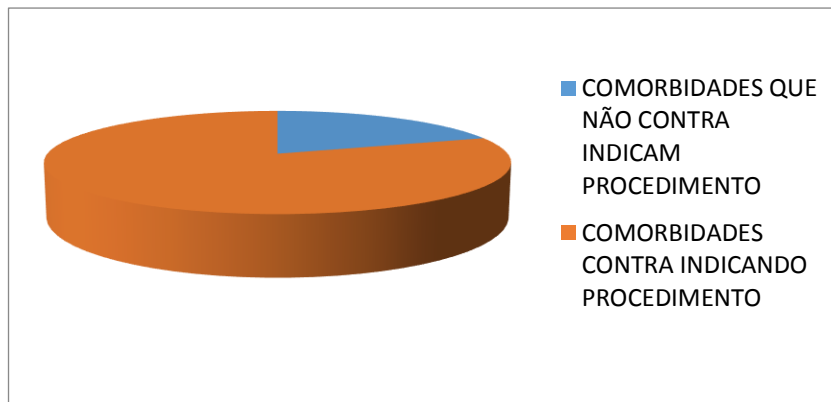


Gráfico 4 Comorbidades como contra indicação do procedimento

Em cento e nove atendimentos, a realização do procedimento foi contra indicada pelo uso de medicações, sendo que cento e cinco atendimentos (96%), a contra indicação foi em virtude do uso de ácido acetil salicílico (AAS), três casos (3%), devido ao uso de warfarina e em um atendimento (1%), pelo uso de heparina. Tabela 6 e Gráfico 5.

Tabela 6 Medicações como contra indicação de procedimento

EM 109 ATENDIMENTOS CONTRA-INDICADO PROCEDIMENTO PELO USO DE MEDICAÇÃO		
HEPARINA	1	1%
MAREVAN	3	3%
AAS	105	96%
total	109	100%

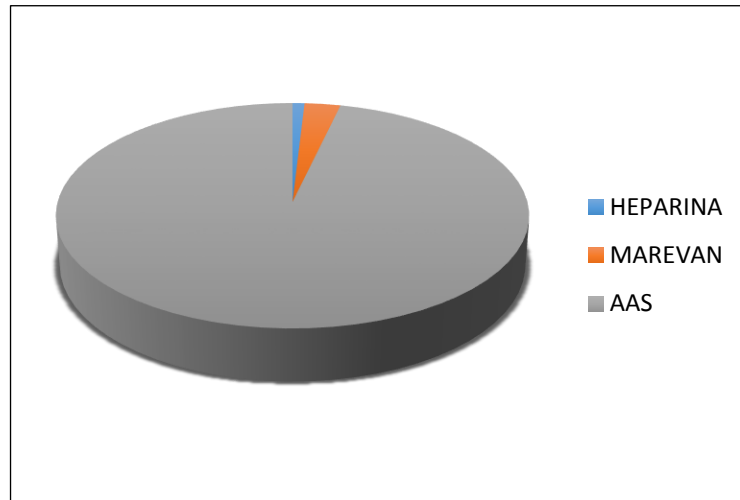


Gráfico 5 Medicamentos como contra indicação de procedimento

Nos 494 atendimentos em que foi realizado procedimento cirúrgico, houve complicações em 12 casos. Tabela 7 e Gráfico 6.

Tabela 7 Ocorrência de complicações

COMPLICAÇÕES		
NÃO	482	98%
SIM	12	2%
TOTAL	494	100%

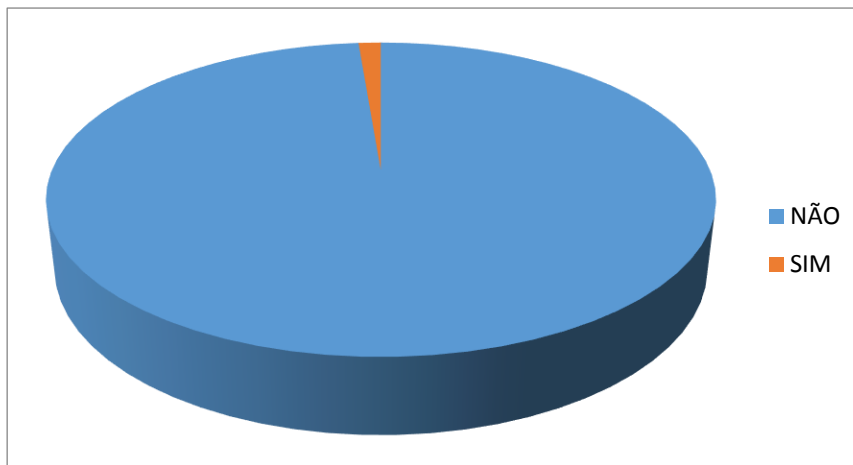


Gráfico 6 Ocorrência de complicações

A deiscência da ferida operatória ocorreu em oito casos (67% das complicações; 1,62% do total de procedimentos). Houve um caso de deiscência por infecção da ferida operatória (8%; 0,2% dos procedimentos), um caso de infecção da ferida operatória (8%; 0,2% dos procedimentos), uma ocorrência de reação alérgica ao antisséptico usado durante o procedimento (PVPI) (8%; 0,2% dos procedimentos) e um indivíduo apresentou lipotimia ao final do procedimento (8%; 0,2% dos procedimentos). Tabela 8 e Gráfico 7.

Tabela 8 Tipos de complicações

TIPO DE COMPLICAÇÕES	N°	% das complicações	% dos procedimentos
INFECCÃO	1	8%	0,20%
LIPOTIMIA	1	8%	0,20%
REAÇÃO ALÉRGICA AO PVPI	1	8%	0,20%
DEISCENCIAS	8	67%	1,62%
DEISCENCIA POR INFECCÃO	1	8%	0,02%
TOTAL	12	100%	

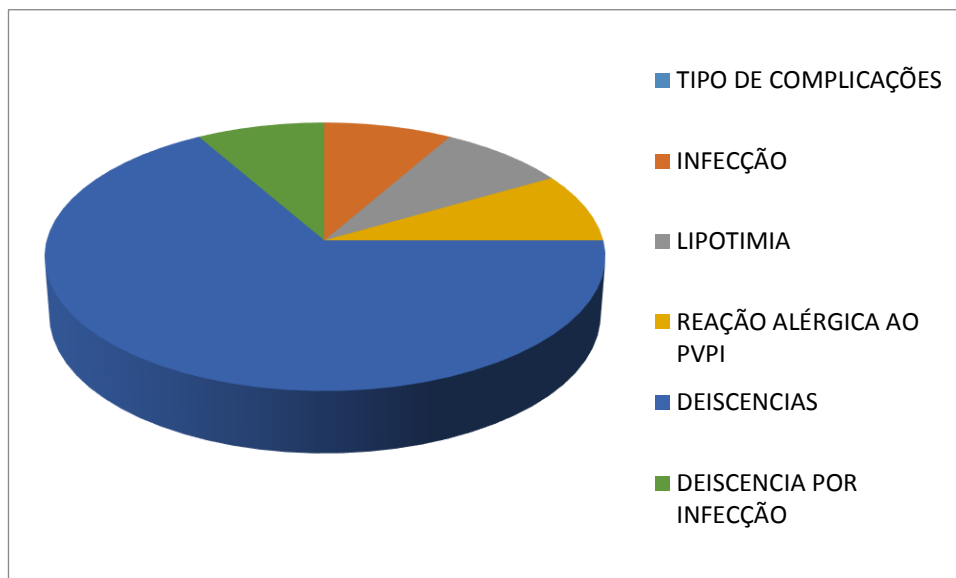


Gráfico 7 Tipos de complicações

Os diagnósticos clínicos apresentados foram: cinco abscessos (0,55%), quarenta acrocórdons (4,40%), nove calosidades (0,99%), setenta e três carcinomas basocelulares (CBC) (8,03%), dezesseis carcinomas espinocelulares (CEC) (1,76%), vinte e uma ceratoses actínicas (2,31%), quarenta e quatro ceratoses seborréicas (4,84%), sete cicatrizes inestéticas (0,77%), cento e trinta e quatro cistos epidérmicos (14,74%), oito cistos sinoviais (0,88%), dezoito cistos não especificados (1,98%), um condiloma (0,11%), uma condrite (0,11%), sete cornos cutâneos (0,77%), três corpos estranhos (0,33%), sessenta criptoníquias (6,60%), nove deiscências (0,99%), vinte e nove fibromas (3,19%), vinte e nove granulomas (3,19%), onze hemangiomas (1,21%), dois hematomas (0,22%), um herpes zoster (0,11%), uma hidrosadenite supurativa (0,11%), cento e cinquenta lesões de pele não especificadas (16,50%), cinquenta e dois lipomas (5,72%), quatro suspeitas de melanoma (0,44%), cinco neoplasias não especificadas (0,55%), setenta e três nevos (8,03%), vinte e seis paroníquias e infecções das unhas (2,86%) e setenta verrugas (7,70%). Tabela 9 e Gráfico 8.

Tabela 9 Diagnóstico clínico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO		
ABCESSOS	5	0,55%
ACROCÓRDON	40	4,40%
CALOSIDADE	9	0,99%
CBC	73	8,03%
CEC	16	1,76%
CERATOSE ACTÍNICA	21	2,31%
CERATOSE SEBORREICA	44	4,84%
CICATRIZ INESTÉTICA	7	0,77%
CISTO EPIDÉRMICO	134	14,74%
CISTO SINOVIAl	8	0,88%
CISTOS NE	18	1,98%
CONDILOMA	1	0,11%
CONDRITE	1	0,11%
CORNO CUTANEO	7	0,77%
CORPO ESTRANHO	3	0,33%
CRIPTONÍQUIA	60	6,60%
DEISCENCIAS	9	0,99%
FIBROMAS	29	3,19%
GRANULOMA	29	3,19%
HEMANGIOMAS	11	1,21%
HEMATOMA	2	0,22%
HERPES ZOSTER	1	0,11%
HIDROADENITE SUPURATIVA	1	0,11%
LESÕES DE PELE NE	150	16,50%
LIPOMA	52	5,72%
MELANOMA	4	0,44%
NEOPLASIAS NE	5	0,55%
NEVOS	73	8,03%
PARONÍQUIA E INFECÇÕES DAS UNHAS	26	2,86%
VERRUGAS	70	7,70%
TOTAL	909	100,00%

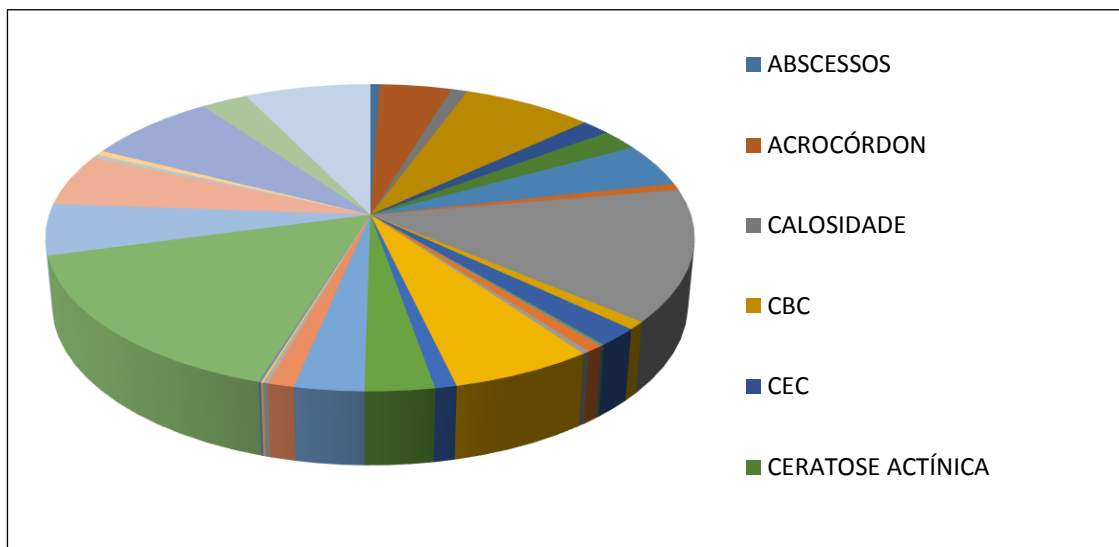


Gráfico Diagnóstico clínico

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados é possível observar que o Ambulatório de Pequenas Cirurgias do Hospital Electro Bonini atende principalmente indivíduos com mais de 50 anos (55,23%), sem comorbidades (54%).

Porém a presença de comorbidades, contra indicou a realização de procedimento em 80% dos casos e o uso de medicamentos contínuos, como o AAS, foi causa de contra indicação do procedimento.

O índice de complicações apresentado foi de 2%, com ocorrência de infecção em 0,2% do total de procedimentos, o que comprova a eficiência deste tipo de serviço.

Diante dos dados analisados é possível observar que o serviço cirurgia ambulatorial de pequeno porte tem baixo índice de complicações, desde que haja adequada seleção dos pacientes a serem atendidos.

BIBLIOGRAFIA

1. JAMES, E. et al. Grande cirurgia ambulatorial. Clínicas cirúrgicas da América do Norte, v. 4, 1987.
2. SILVA, M.A.A. et al. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. 2. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1997.
3. WATSON, D.S.; SANGERMANO, C.A. Cirurgia ambulatorial. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 27, p. 1059-1077.
4. Cangiani LM, Porto AM. Anestesia ambulatorial. Rev Brás Anesthesiol 2000; 50 (1) : 68-85
5. Junger A, Klasen J, Benson M, Sciuk G, Hartmann B, Sticher J, Hempelmann G, Factors determining length of stay of surgical Day-case patients. Eur J Anaesthesiol 2001; 18 (5) : 314-321
6. Rawal N. Analgesia for Day- case surgery: Br J Anaesth 2001 ; 87: 73-87
7. Anil G. Regional anaesthesia for day surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2001 ; 45 Suppl 115: 16
8. Prabhu A, Chung F. Anaesthesiol strategies toward developments in day care surgery. Eur J Anaesthesiol 2001 ; 18 Suppl 23 : 36-42
9. Troy AM, Cunningham AJ. Ambulatory surgery : an overview. Curr Opin Anaesthesiol 2002 ; 15: 647-657
10. Morales R, Esteve N, Casa I, Blanco C. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study. Ambul Surg 2002; 9 : 197-205
11. Freedman Z, Chung F, Wong DT. Ambulatory surgery adult patient section criteria. A survey of Canadian anesthesiologists. Can J Anesth 2004; 51: 437-443
12. Puerta NL, Lamas LC, Suarez HD, Gomez PP, Barroso AP. Cirurgia mayor ambulatoria. Experiencia de 10 anos. Rev med electron 2005 ; 27(6)
13. Lichtor JL, Anestesia para cirurgia ambulatorial. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia clinica. 4 Ed. São Paulo: manole ; 2004 p. 1217-1238
14. Imasogie N, Chung F. Risk factors for prolonged stay after ambulatory surgery; economic considerations. Curr Opin Anaesthesiol 2002; 15: 245-249
15. Lemitte J, Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2005 ; 18: 598-602
16. Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2006; 19: 622-629