

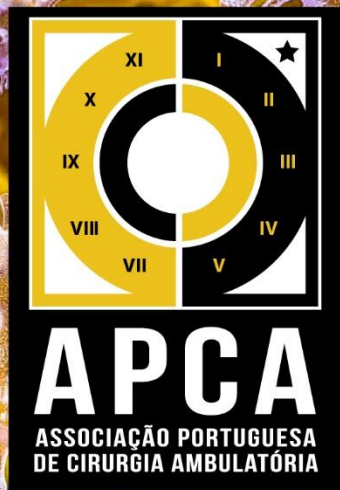
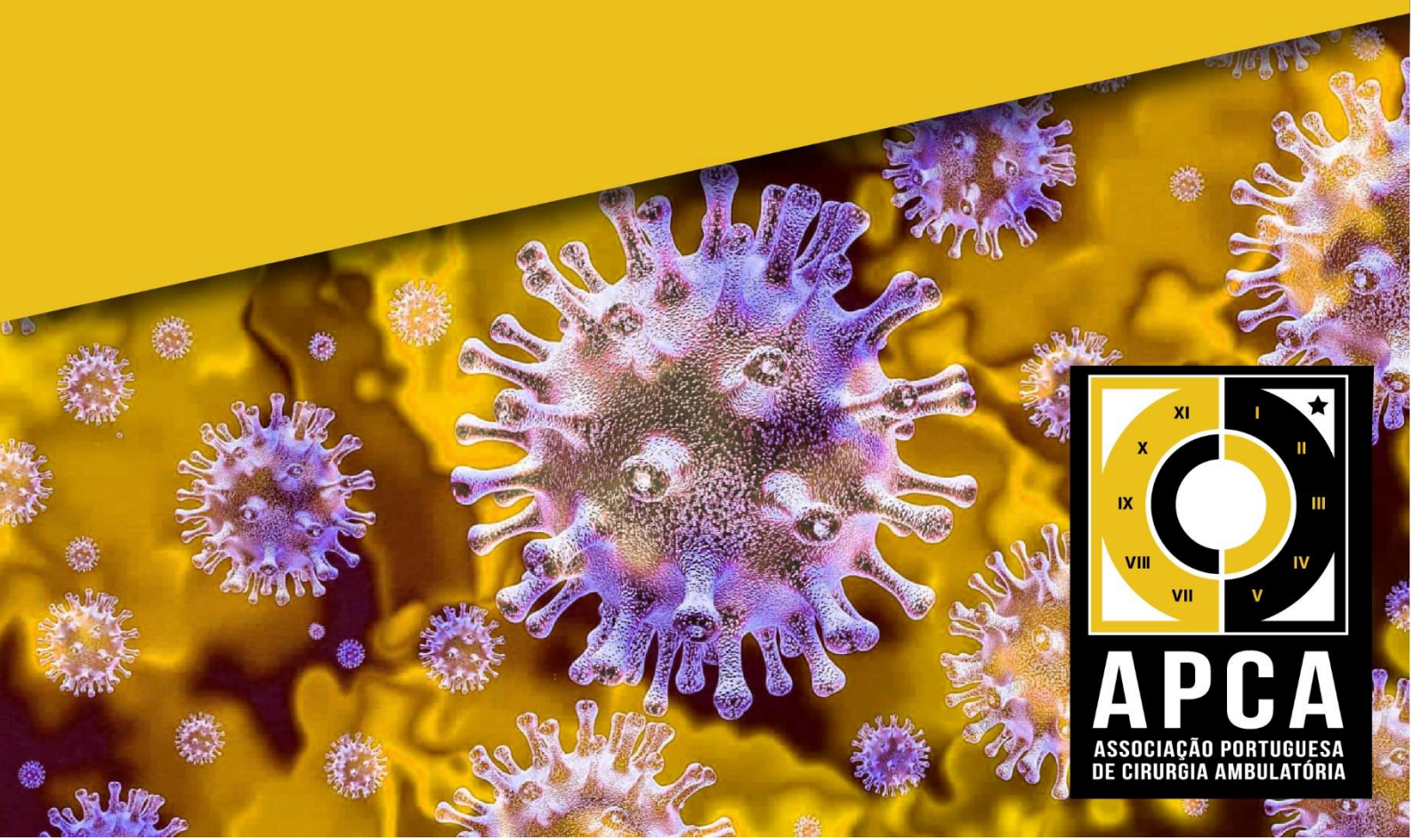


eBook



RECOMENDAÇÕES NACIONAIS RETORNO DA ATIVIDADE CIRÚRGICA NA ERA COVID-19

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO



APCA
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE CIRURGIA AMBULATÓRIA

ÍNDICE

Nota Introdutória	3
Introdução	5
<i>Timing</i> da retoma	6
Normas Gerais de funcionamento.....	7
Avaliação e Preparação Pré-operatória	8
Receção/Admissão na UCA.....	11
Admissão para a Cirurgia	11
Sala de Bloco Operatório/Período Intra-operatório	12
Recobro Fase 1	14
Recobro Fase 2/3 e Alta.....	14
Telefonemas de Pós-operatório.....	15
Consulta Pós-operatória	15
Pequena Cirurgia	16
Conclusão.....	17
Siglas e Acrónimos	18
Bibliografia.....	19

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Recomendações Nacionais | Retorno da atividade cirúrgica na era covid-19
Cirurgia de Ambulatório

PROPRIEDADE: APCA

AUTORES: APCA e outros

FORMATO: on line

CAPA, ILUSTRAÇÃO E GRAFISMO: Diventos – Congressos e Eventos

DATA: 11/05/2020

REVISÃO FINAL: Carlos Magalhães e Vicente Vieira (APCA)

NOTA INTRODUTÓRIA

A Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) apresenta as recomendações para a retoma da atividade cirúrgica, em contexto de cirurgia de ambulatório (CA).

Após a aparente melhoria da situação de pandemia registada no nosso país, elaborar estas recomendações tornou-se uma questão prioritária, tendo por objetivo apresentar normas e orientações que permitissem às Unidades de Cirurgia de Ambulatório a nível nacional (UCA's), reiniciar ou reformular a sua atividade.

Não havendo ainda experiência suficiente a nível mundial e evidências científicas que validem consensos e recomendações nesta área, este pretende ser um documento com normas orientadoras gerais, em relação à área específica do ambulatório.

A metodologia utilizada foi a elaboração de um Grupo de Trabalho (GT) nacional, com consulta de opiniões e recomendações individuais baseadas em experiências pessoais e das instituições onde esses elementos exercem a sua atividade profissional.

Foram ainda consultadas várias Associações e Sociedades Científicas nacionais e recolhida informação bibliográfica sobre o que foi publicado sobre este tema.

Após uma discussão e partilha inicial de opiniões, foi realizado um WEBINAR no dia 28/04/2020, com o título “Retoma da C.A. na era COVID – uma nova realidade?” que contou com a presença de vários moderadores e palestrantes, sendo eles:

MODERADORES

- **Carlos Magalhães**
Cirurgia Geral – APCA
- **Silva Pinto**
Anestesiologia – APCA
- **Célia Castanheira**
Enfermagem – APCA

PALESTRANTES

- **Paulo Lemos**
Anestesiologia - Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos (OM)
- **Vicente Vieira**
Anestesiologia – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) /APCA
- **Alberto Midões**
Cirurgia Geral - Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos (OM)
- **José Augusto Martins**
Cirurgia Geral - Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos (OM)
- **Gil Gonçalves**
Cirurgia Geral – Sociedade Portuguesa de Cirurgia (SPCIR)
- **Jaime Vilaça**
Cirurgia Geral – Sociedade Portuguesa de Cirurgia (SPCIR)
- **Nuno Rama**
Cirurgia Geral – Sociedade Portuguesa de Cirurgia (SPCIR)
- **Hélder Ferreira**
Ginecologia – Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva (SPCMIN)
- **Raquel Martins**
Enfermagem – Ordem dos Enfermeiros (OE)
- **Mercedes Bilbao**
Enfermagem – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)

Após esta reunião “online” que contou com a presença de cerca de 300 participantes, foi elaborado um documento, que reuniu as principais opiniões nas diferentes vertentes da CA e incluídos os consensos atingidos.

Este documento foi depois apresentado novamente a todo o GT, Associações e Sociedades Científicas várias, que contribuíram com opiniões e sugestões.

Aqui apresentam-se as recomendações e consensos desse GT, em relação ao que terá que ser alterado na prática habitual de uma UCA.

Nas questões não consensuais apresentam-se as recomendações da maioria dos elementos do GT.

GRUPO DE TRABALHO

- **Alberto Magalhães** – Cirurgia Geral
- **Alberto Midões** – Cirurgia Geral
- **Alberto Roxo** – Anestesiologia
- **Ana Marcos** – Anestesiologia
- **Artur Flores** – Cirurgia Geral
- **Carlos Magalhães** – Cirurgia Geral
- **Célia Castanheira** – Enfermagem
- **Cristiana Fonseca** – Anestesiologia
- **Cristina Carmona** – Anestesiologia
- **Emanuel Guerreiro** – Cirurgia Geral
- **Filipe Guerra** – Cirurgia Geral
- **Francisco Matos** – Anestesiologia
- **Frederico Branco** – Urologia
- **Gil Gonçalves** – Cirurgia Geral
- **Hélder Ferreira** – Ginecologia
- **Hugo Trindade** – Anestesiologia
- **Jaime Vilaça** – Cirurgia Geral
- **Jelena Neves** – Cirurgia Geral
- **Jorge Órfão** – Anestesiologia
- **José Alberto Martins** – Anestesiologia
- **José Augusto Martins** – Cirurgia Geral
- **José Macieira** – Anestesiologia
- **Júlio Marques** – Cirurgia Geral
- **Lúcia Marinho** – Cirurgia Geral
- **Mercedes Bilbao** - Enfermagem
- **Mónica Macedo** – Enfermagem
- **Nuno Rama** – Cirurgia Geral
- **Paula Sá Couto** – Anestesiologia
- **Paula Sarmento** – Anestesiologia
- **Pedro Menéres** – Oftalmologia
- **Raquel Martins** – Enfermagem
- **Rosa Amaral** – Anestesiologia
- **Rosário Órfão** – Anestesiologia
- **Rui Moreira** – Estomatologia
- **Silva Pinto** – Anestesiologia
- **Susana Gregório** – Enfermagem
- **Vicente Vieira** – Anestesiologia

INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 veio alterar de forma muito significativa a atividade cirúrgica programada em ambiente de internamento e suspendeu a quase totalidade da atividade de CA.

Estamos a chegar a uma fase em que será necessário reiniciar a atividade cirúrgica programada,^{1,2,3} de forma a que sejam minimizados todos os adiamentos/cancelamentos e atrasos nas listas de inscritos de Cirurgia.

A área da cirurgia de ambulatório e as UCA's, serão aquelas que reunirão as melhores condições para o reinício da atividade cirúrgica programada.^{1,2,3,4}

Apesar de diferentes modelos e níveis organizativos nas instituições hospitalares a nível nacional, as UCA's apresentam equipas e experiência acumulada, que poderão facilmente adaptar-se a esta nova realidade pós-COVID.

Os modelos autónomos de UCA's serão aqueles que mais facilmente poderão efetivar uma melhor e mais rápida resposta à retoma da atividade cirúrgica. Os restantes modelos integrados nas unidades hospitalares terão que encontrar soluções para assegurarem, o mais possível, o isolamento e a inviolabilidade do circuito próprio do doente de cirurgia de ambulatório. Será importante garantir o pressuposto de segurança máxima para todos os utentes, cuidadores e profissionais das UCA's, ultrapassando receios, dúvidas e desinformação, existentes nesta fase.

Os elevados índices de qualidade, segurança, conforto e satisfação dos utentes e seus cuidadores, permitirão maximizar o acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos, através de um modelo de elevada eficiência.

A CA criou uma imagem de sucesso e de segurança junto da população e dos profissionais de saúde, que poderá ser aproveitada e rentabilizada para este retorno, em que será necessário ultrapassar dificuldades e novos desafios.



TIMING DA RETOMA

A definição do *timing* do regresso das cirurgias programadas, deverá assentar numa redução sustentada da taxa de novos casos na área de influência de cada hospital (nos últimos 14 dias), após uma avaliação rigorosa dos Recursos Humanos, Recursos Estruturais, de equipamentos e consumíveis disponíveis.^{1,2}

Cada UCA, seguindo as orientações dos respetivos Conselhos de Administração, da Direção Geral de Saúde (DGS) e do Ministério da Saúde (MS), deverá elaborar um plano de ação, que deverá ajustar-se à sua realidade hospitalar e permitir definir uma resposta adequada à retoma de atividade cirúrgica, de uma forma segura e sustentável.

Deverão ser definidas várias fases de retoma:

- Fase inicial / Fase I - com tempos operatórios menos preenchidos, procedimentos anestésicos e cirúrgicos menos complexos, tempos de recobro menos prolongados, sem pernoita e respeitando as regras de segurança e proteção universalmente difundidas para utentes, acompanhantes e profissionais de saúde;
- Fase intermédia / Fase II - em que a atividade da UCA poderá atingir cerca de 50% da sua produção habitual;
- Fase avançada / Fase III - quando reunidas as condições que permitam o retomar da quase totalidade da sua atividade.

A orientação principal deverá ser a intenção de que a atividade da UCA, seja planeada com o objetivo de que esta seja uma unidade "livre de **COVID**", devendo ser elaboradas normas e estratégias que permitam garantir esse pressuposto.^{1,2,3}



NORMAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO

O GT apresenta estas recomendações gerais de funcionamento que pretendem abranger a atividade global de uma UCA, deixando as recomendações específicas de cada especialidade cirúrgica, médico-cirúrgica, de anestesiologia ou de enfermagem, para as respectivas Sociedades, Associações e Ordens. Recomenda-se então:^{1,2,3,4,5,6,7,8}

- Agendamento dos planos operatórios adaptado às condições e políticas locais;
- Avaliação da capacidade de resposta efetiva de cada UCA, evitando cancelamentos de utentes agendados;
- Reorganização dos circuitos da Unidade, de forma a que se permita o distanciamento de segurança e reduzir o número de profissionais e utentes em cada área ou espaço (sala de espera, de admissão, vestiários, copas, recobro I e recobro II/III), ou seja, deverá ser feita uma redefinição das lotações máximas para cada espaço;
- Modelo de funcionamento da UCA (atenção aos espaços partilhados com outros utentes, áreas de Recobro p.ex.);
- Definição de infraestruturas e circuitos de doentes e profissionais “livre de COVID”;
- Estratégias para se evitarem tempos de espera prolongados, aproximando ao máximo a hora da chegada à UCA, da hora da intervenção cirúrgica;
- Garantia de implementação sistemática das medidas de segurança e proteção adequadas e ajustadas à realidade da UCA;
- Reforço das medidas de higienização/desinfecção das estruturas;
- Dias reservados à população pediátrica (se aplicável);
- Deverá ser dedicado especial atenção às Equipas de Profissionais:
 - Formação e preparação (treino) para a nova realidade;
 - Diferenciação técnica dos intervenientes;
 - Estabilidade (definição de Equipas fixas);
 - Respeito/Reforço das dotações seguras;
 - Estratégias de comunicação.
- O Diretor / Coordenador da UCA deverá dar conhecimento do plano e normas definidos, a todos os seus profissionais. Deverá ainda apresentar resultados semanais de indicadores de qualidade da UCA, incluindo ainda a monitorização e evolução clínica dos utentes operados, assim como do estado de saúde dos profissionais de saúde;
- Revisão da LIC e sua reformulação segundo a prioridades clínicas e reagendamento dos utentes adiados no mês de março e abril.

AVALIAÇÃO E PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- As consultas deverão manter-se em formato não presencial sempre que possível (teleconsulta/vídeo-consulta se possível);
- As primeiras consultas cirúrgicas, deverão ser preferencialmente presenciais. As consultas pré-cirúrgicas poderão ser presenciais, caso o cirurgião assim o considere;
- As consultas de Anestesiologia/Enfermagem deverão manter-se em formato não presencial sempre que possível (teleconsulta/vídeo-consulta) para minimizar as deslocações dos doentes;
- Não deverão existir acompanhantes na sala de espera ou consulta (salvo as devidas exceções);
- Os doentes a reagendar deverão ter contacto telefónico para explicação de novas orientações (diferentes das que lhes tinham sido transmitidas);
- O Serviço de Anestesiologia deverá elaborar protocolos/orientações a serem seguidas, relativos à consulta pré-anestésica, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e técnicas anestésicas mais adequadas;
- Reforçar o rigor nos critérios (clínicos e sociais) de inclusão em CA;
- Seleção de Pacientes:
 - *Critérios cirúrgicos:* rever indicações e prioridades; ponderação acrescida na avaliação da relação risco/benefício em populações de risco elevado; novos procedimentos mais complexos e de maior exigência técnica e organizativa;
 - *Critérios clínicos:* despiste de doentes COVID+ e suspeitos; definição de caso suspeito de acordo com a DGS; contactos recentes com doentes COVID; ex-doentes COVID; questionário dirigido aos principais sintomas.
- *Critérios sociais:* condições para isolamento; avaliação dos cuidadores; situação especial de utentes institucionalizados;
- Deverá ser fornecida ao utente, ou enviada por correio eletrónico/convencional, toda a informação habitual, acrescida de documento relativo às normas a seguir relacionadas com situação epidémica COVID-19, bem como os consentimentos informados (cirúrgico e anestésico) que o doente deverá ler, assinar e entregar na UCA em momento considerado oportuno antes ou no próprio dia da intervenção cirúrgica. A informação a transmitir deverá reforçar as medidas de isolamento social/físico antes da cirurgia, a importância da higienização das mãos e da necessidade do uso de máscara sempre que sair do domicílio, de acordo com as regras definidas pela DGS, que o acompanhante/cuidador não poderá permanecer na UCA durante a estadia do utente e deverá ser aconselhado a trazer o mínimo de objetos possível no dia da cirurgia;
- Deverá ser feito um contacto telefónico no dia útil anterior ao da data da intervenção cirúrgica, a ser realizado preferencialmente pela equipa de enfermagem, confirmando que todas as etapas do pré-operatório foram cumpridas, bem como um inquérito epidemiológico e de sintomas, que incluía a avaliação da temperatura corporal e reforçando os ensinamentos e a necessidade de chegar à UCA, no horário agendado e necessidade de uso de máscara;

- Os programas cirúrgicos deverão ser ajustados às orientações da Direção da UCA (3 a 4 doentes por tempo de BO – consoante as realidades e situações clínicas);
- Sempre que possível, o utente deverá cumprir um período de isolamento social/físico antes da cirurgia - este ponto não foi consensual no GT. Deverão ser aconselhados os dias possíveis de isolamento, ajustados à realidade do utente e da sua situação clínica, seguindo o plano estabelecido por cada UCA (a maioria dos elementos do GT aconselha um isolamento entre 7 a 14 dias prévios à intervenção cirúrgica);
- Estando o nosso país numa fase de pandemia a necessidade de rastreio é aconselhada pela comunidade internacional.^{6,8}

ASA STATEMENT

"When there is local or regional presence of SARS-CoV-2

1) All patients should be screened for symptoms prior to presenting to the hospital. Patients reporting symptoms should be referred for additional evaluation. All other patients should undergo nucleic acid amplification testing (including PCR tests) prior to undergoing non-emergent surgery."

-
- Todos os utentes ou pelo menos todos os utentes a quem esteja prevista uma intervenção cirúrgica, com a presença de um anestesiológista (considerar também o acompanhante no caso das crianças ou utentes dependentes), deverão realizar teste rastreio COVID 19, num período não superior a 48h antes da cirurgia (idealmente na véspera). Após o teste, o utente deverá dirigir-se para casa e ficar em isolamento domiciliário, até ao momento de se dirigir

para a UCA a fim de realizar a intervenção cirúrgica – este ponto não foi consensual havendo uma larga maioria dos elementos, que considera que todos os utentes, mesmo aqueles que não terão anestesista presente, deverão ser rastreados;

A questão da obrigatoriedade do rastreio deve ser monitorizada ao longo do tempo, para eventual reavaliação, devendo esta temática ser ajustada às medidas de proteção individual de utentes e profissionais de saúde.

- Cada UCA, deverá protocolar a confirmação do resultado do rastreio realizado (se aplicável);
- Cada UCA deverá proceder à definição de normas de orientação para caso suspeito;
- Cada UCA deverá proceder à definição de normas de orientação, para caso que já tenha sido COVID positivo;
- Os doentes COVID positivos têm pior prognóstico no período pós-cirúrgico, com aumento de morbidade e mortalidade e deverão ser adiados, mesmo que assintomáticos. Deverá dar-se conhecimento do caso aos Serviços de Saúde Pública. Caso a situação clínica justifique o utente poderá ser orientado para o Serviço de Urgência do Hospital.

ASA STATEMENT

"Patients who are infected with SARS-CoV-2, the virus responsible for the COVID-19 disease, have higher perioperative morbidity and mortality.(1-3) Unexpected progression to acute respiratory distress syndrome, cardiac injury, kidney failure and even deaths has been observed in patients infected with SARS-CoV-2 who have undergone surgical procedures."

-
- As atividades de formação pós-graduada deverão ser incluídas na programação da UCA, de forma equilibrada e mantendo os

pressupostos gerais de segurança, seguindo e garantindo todas as normas oficiais;

- Deverá fazer-se regularmente uma avaliação dos riscos psicossociais e estado de desgaste físico dos profissionais das

UCA's, principalmente naqueles que tiverem tido funções anteriores em unidades de tratamento de doentes COVID 19, em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional;

RECEÇÃO/ADMISSÃO NA UCA

- Os utentes deverão dar entrada na UCA, em horários ajustados à hora prevista da intervenção cirúrgica, minimizando o tempo de espera;
- No momento da admissão, deve ser colocada máscara cirúrgica fornecida pela UCA (com prévia higienização das mãos e retirada de luvas, caso se aplique). Se trazer do exterior deve ser trocada e usada durante toda a sua permanência na UCA;
- Deverá ser promovida a higienização das mãos com solução alcoólica, antes e após a colocação da máscara;
- Avaliação da temperatura corporal – se utente com febre (temperatura timpânica $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ ou equivalente noutras áreas do corpo),⁹ orientar para a área de isolamento de COVID definida pela UCA e ativação do plano de contingência da instituição hospitalar. Sempre que possível, este utente não deve ser admitido para o interior das instalações da UCA;
- Confirmação de realização de teste rastreio COVID e do seu estado de saúde no momento;
- O utente deve dirigir-se sozinho (exceção para as crianças e utentes dependentes), para o local de Admissão para a intervenção cirúrgica;
- Os profissionais em funções na UCA deverão realizar autoavaliação diária da temperatura corporal, devendo esta ser também ser avaliada no momento da entrada e durante o desempenho das suas funções.

ADMISSÃO PARA A CIRURGIA

- Deverá ser efetuado um inquérito epidemiológico e de sintomas, dirigido aos 14 dias anteriores à intervenção cirúrgica, pelo enfermeiro na admissão;
- O utente deverá assinar um documento em como cumpriu todas as orientações dadas no pré-operatório;
- Reorganização de espaços, de vestiários e guarda de pertences dos utentes;
- Reorganização dos circuitos das crianças, nomeadamente retirando os brinquedos e jogos que estavam ao dispor de todos;
- Os utentes em espera deverão cumprir o distanciamento físico obrigatório de 2 metros.



SALA DE BLOCO OPERATÓRIO/ PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

- Deverão ser mantidos os procedimentos pré-cirúrgicos de verificação de segurança padrão da OMS;
- Avaliação e decisão multidisciplinar do tipo e risco de cada utente e da equipa cirúrgica; Garantia da dotação segura de profissionais presentes no procedimento cirúrgico (mínimos e máximos);
- Definição clara do Equipamento de Proteção Individual (EPI), adequado a cada profissional por procedimento específico; utilização de EPI, de acordo com as medidas padrão de controlo de infeção e as relacionadas com o modo de transmissão do SARSCoV-2, durante a fase pandémica/epidémica;

Toda a equipa deve usar EPI adequado ao caso clínico a intervir – máscaras FFP2 ou máscaras cirúrgicas, óculos e/ou viseira, barrete, bata cirúrgica e luvas:⁸

ASA STATEMENT

“...Because false-negatives may occur with testing, droplet precautions (surgical mask and eye covering) should be used by OR staff for operative cases. Before performing an aerosol generating procedure, health care providers within the room should wear an N95 mask, eye protection, gloves and a gown.”

1. Se o utente for submetido a um procedimento cirúrgico não gerador de aerossóis sob anestesia local/locorregional e sedação, deve apenas usar máscara cirúrgica, tal como todos os elementos da equipa cirúrgica. O risco é de contacto pelas gotículas que está ultrapassado pela máscara cirúrgica;
2. Se o utente vai ser submetido a anestesia geral (AG), e existe o risco de geração de aerossóis, os profissionais envolvidos na abordagem da via aérea (anestesiista e enfermeiro de anestesia), devem usar máscara FFP2 ou equivalente. Após este período, podem ser tomadas 2 atitudes:
 - tempo de espera suficiente para renovação do ar da sala – tempo específico variável em cada sala / UCA e toda a restante equipa usa uma máscara cirúrgica (pois os aerossóis já não existem);
 - sem tempo de espera e todos usam máscara FFP2.

A possível geração de aerossóis pode ser minimizada colocando uma proteção na face do utente (um plástico simples por exemplo).

- Deverá ser feita uma estimativa dos EPI necessários diariamente e, em função do número de intervenções previstas, deverá ser garantido um stock adequado;
- Deverão ser definidas as melhores estratégias de otimização dos consumos de EPI, sem comprometer a segurança dos profissionais;
- Deverá ser considerada a técnica anestésica mais adequada e que garanta os melhores indicadores clínicos – as técnicas de anestesia regional deverão ser realizadas sempre que possível, pelo facto de serem técnicas não geradoras de aerossóis, permitirem um controlo eficaz da dor e uma recuperação rápida dos utentes, com excelentes indicadores de pós-operatório;¹⁰
- Cumprimento rigoroso de protocolos de profilaxia (principalmente de profilaxia de Náuseas e Vômitos pós-operatórios (NVPO) e Dor). Todos os recursos disponíveis deverão ser usados no controlo adequado da Dor, NVPO e hemorragia, de modo a evitar admissões e readmissões inesperadas;
- Deverão ser usadas as técnicas cirúrgicas adequadas a cada procedimento. Nas situações potencialmente libertadoras de aerossóis, como a laparoscopia, técnicas vídeo-assistidas e utilização de equipamentos geradores de fumo/energia, considerar a utilização de sistemas de filtro HEPA - *High Efficiency Particulate Arrestance* na exaustão de gás e aspirador de fumos, assim como os cuidados com restantes dispositivos e instrumentos;
- Deverão ser redobrados cuidados e orientações no caso de abordagem da cavidade oral e/ou nasal, devendo ser elaborados protocolos próprios;
- No final da intervenção, os intervenientes deverão fazer os registos habituais, em local próprio.

RECOBRO FASE 1

- Definir as estratégias mais eficientes que permitam um recobro rápido e sem intercorrências;
- Respeitar normas de distanciamento entre camas (> 2m);
- Máscara cirúrgica em todos os utentes, acompanhantes e profissionais;
- Seguir recomendações e protocolos habituais da UCA para recobro, diminuindo a sua duração tanto quanto possível e em segurança.

RECOBRO FASE 2/3 E ALTA

- Devem ser seguidos os protocolos habituais da UCA;
- Diminuir a sua duração ao tempo mínimo clinicamente adequado;
- Garantir distanciamento adequado de camas e cadeirões (> 2m);
- Reduzir a presença de acompanhantes às crianças e adultos dependentes;
- Máscara cirúrgica em todos os utentes, acompanhantes e profissionais;
- Deverá ser fornecida a medicação obrigatória ao utente;
- Deverão ser fornecidos documentos e informações habituais na forma verbal e escrita.
- Ponderar a necessidade de envolver o cuidador/acompanhante no momento da Alta (que deve ser portador de máscara cirúrgica) e considerar reforço de informação com envio por e mail;
- Garantir sempre a cedência de contacto telefónico da UCA/Equipa ao utente e acompanhante;
- Não são recomendadas pernoitas (pelo menos nas fases iniciais e intermédias);
- Definir norma para pernoita não prevista;
- Definir norma para admissão não prevista;
- Desenvolver oportunidade para a implementação da tele-monitorização e transferência de cuidados domiciliários, com a eventual colaboração dos cuidados de saúde primários;
- O utente deve ser orientado para manutenção do isolamento social/físico em absoluto por um tempo a definir pela equipa cirúrgica; o apoio deve restringir-se apenas a um único cuidador, que também deve cumprir isolamento social/físico.



TELEFONEMAS DE PÓS-OPERATÓRIO

- A ser realizado no dia útil seguinte, ao 7º dia e ao 14º dia, após a intervenção cirúrgica
- Para além do questionário habitual, devem ser incluídas perguntas relacionadas com a situação e condição COVID;
- Este contacto deve ser feito preferencialmente por um elemento da equipa de enfermagem;
- Oportunidade para desenvolvimento de estratégias de tele-contacto automático/digital.

CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA

- Deve ser feita uma avaliação presencial entre o 7º e o 14º dia, para deteção precoce de complicações; é obrigatória no primeiro mês de pós-operatório;
- Considerar a melhor orientação em relação aos pensos – (UCA vs. Centro de Saúde)
- Dar preferência a consulta não presencial sempre que possível – formato de teleconsulta/vídeo-consulta;
- Deverá ser realizada pelo menos uma segunda consulta de avaliação;
- O utente deve deslocar-se a esta consulta com máscara e sem acompanhante (salvo nas devidas exceções).

PEQUENA CIRURGIA

Sendo uma área diferente da CA, a Pequena Cirurgia (PC) poderá ser iniciada e ser realizada nos espaços habituais definidos por cada instituição hospitalar, seguindo os procedimentos habituais e garantindo espaçamento físico e temporal, entre todos os intervenientes numa fase inicial programar um utente por cada hora:

- Os utentes deverão ser contactados no dia útil anterior ao do procedimento de PC, para inquérito epidemiológico e reforço de ensinios, e informação da hora a que se deve apresentar;
- O utente deverá estar sozinho e seguir as normas restantes, assinando o respetivo consentimento informado e documento de normas de COVID;
- Estes utentes deverão ser monitorizados, de forma não presencial ao 7º e 14º dia;

CONCLUSÃO

“Ambulatory Surgery – it’s all about the people”

A retoma da atividade cirúrgica programada em contexto de ambulatório, deverá ser assumida seguindo as orientações do MS, da DGS e dos Conselhos de Administração das instituições hospitalares.

Esta retoma deve ser efetuada por fases bem organizadas e definidas, monitorizadas de forma sistemática, devendo ser ajustadas à realidade e recursos de cada UCA e de cada instituição hospitalar.

A área da Cirurgia de Ambulatório deverá ter preferência na retoma da atividade cirúrgica e deve ser devidamente apoiada neste reinício de atividade, mantendo os seus pressupostos de funcionamento: segurança e qualidade no atendimento anestésico e cirúrgico dos nossos utentes.

Será aconselhável a consulta dos sites das diferentes Associações e Sociedades Científicas, nacionais e internacionais das diferentes Especialidades Médicas/Cirúrgicas e de Enfermagem, para informação e recomendações específicas de cada área.

*DIREÇÃO DA APCA
05/2020*

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AG – Anestesia Geral

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatório

BO – Bloco Operatório

CA – Cirurgia Ambulatório

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GT – Grupo de Trabalho

NVPO – Náuseas e Vômitos pós-operatórios

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PC – Pequena Cirurgia

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

BIBLIOGRAFIA

1. Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic. American College of Surgeons/ American Society of Anesthesiologists / Association of Perioperative Registered Nurses / American Hospital Association, Online April 17, 2020.
2. European Society of Anesthesiology – As coronavirus infection rates slow in several countries, Europe asks: what next? 12 April 2020
3. COVID-19: Interim guidance for elective surgery and outpatient clinics - : [Health Protection NSW](https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/Pages/elective-outpatient.aspx); last updated 1 May 2020; <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/Pages/elective-outpatient.aspx>
4. American College of Surgeons. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures. https://www.facs.org/-/media/files/covid19/guidance_for_triage_of_nonemergent_surgical_procedures.ashx March 13, 2020.
5. American College of Surgeons. COVID-19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures. <https://www.facs.org/COVID-19/clinical-guidance/triage>. March 17, 2020.
6. *COVID-19: Good Practice for Surgeons and Surgical Teams*. The Royal College of Surgeons of England; 2020 [Online]. Available: <https://www.rcseng.ac.uk/standards-and-research/standards-and-guidance/good-practice-guides/coronavirus/covid-19-good-practice-for-surgeons-and-surgical-teams/>
7. Gottlieb S, McClellan M, Silvis L, Rivers C, Watson C. National coronavirus response: A road map to reopening. American Enterprise Institute website. <https://www.aei.org/research-products/report/national-coronavirus-response-a-road-map-to-reopening/>. March 29, 2020. Accessed April 17, 2020.
8. The ASA and APSF Joint Statement on Perioperative Testing for the COVID-19 Virus. American Society of Anesthesiologists and Anesthesia Patient Safety Foundation; April 29, 2020
9. Direção Geral de Saúde www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/febre/#sec-6
10. Vishal Uppal, MBBS, FRCA, MSc (Clinical Trials); Rakesh V. Sondekoppam, MD; Clara A Lobo, MD; Sree Kolli, MD; and Hari K.P. Kalagara, MD, FCARCSI, EDRA; Practice Recommendations on Neuraxial Anesthesia and Peripheral Nerve Blocks during the COVID-19 Pandemic. A Joint Statement by the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) and European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy (ESRA) *March 31, 2020*