

# Unidade de POSOP

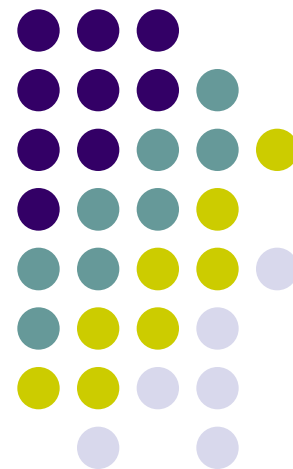
## Actividade 2009

Serviço de Anestesiologia

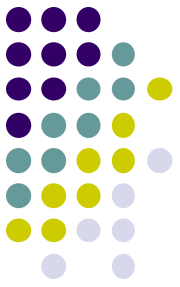
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Director de Serviço: Dr. José Peralta

Coordenadora da Unidade de POSOP: Cristina Carmona



# RESUMO HISTÓRICO



.Início de actividade em Janeiro/08.

.Recursos humanos: 1 anestesista, 1 BIP e 1 enfermeiro/dia.

.Alocação de material: Armário para material, computador para registos.

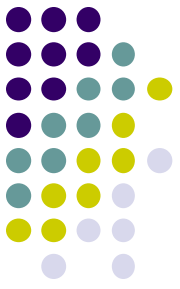
.Denominação: POP → POSOP

.Horário de funcionamento : Todas as manhãs, idêntico ao BOC. No restante período do dia, fins-de-semana e feriados, os SOS são assegurados pela Equipa de Urgência.

.Grande objectivo:

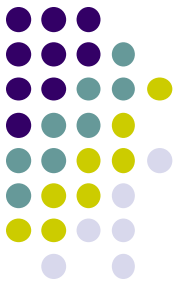
Melhorar os cuidados de saúde no pós-operatório imediato como parte integrante dos cuidados anestésicos, e continuidade dos cuidados iniciados no BO, com ênfase na analgesia .

# PÓSOP: Objectivos



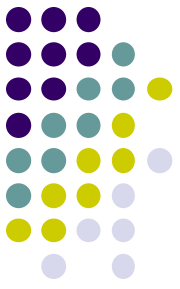
- Elaboração e aprovação pelo S. de Anestesiologia, Farmácia e Direcção Clínica de protocolos terapêuticos para dor aguda. ✓
- Colocação dos protocolos online e sua implementação . ✓
- ↓ Risco clínico dos fármacos usados. ✓
- Formar, motivar e ↑ grau de satisfação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administração).
- ↑ grau de satisfação dos doentes.
- Optimizar o funcionamento das Uci.
- Avaliação clínica de doentes críticos.

# PÓSOP: Funções



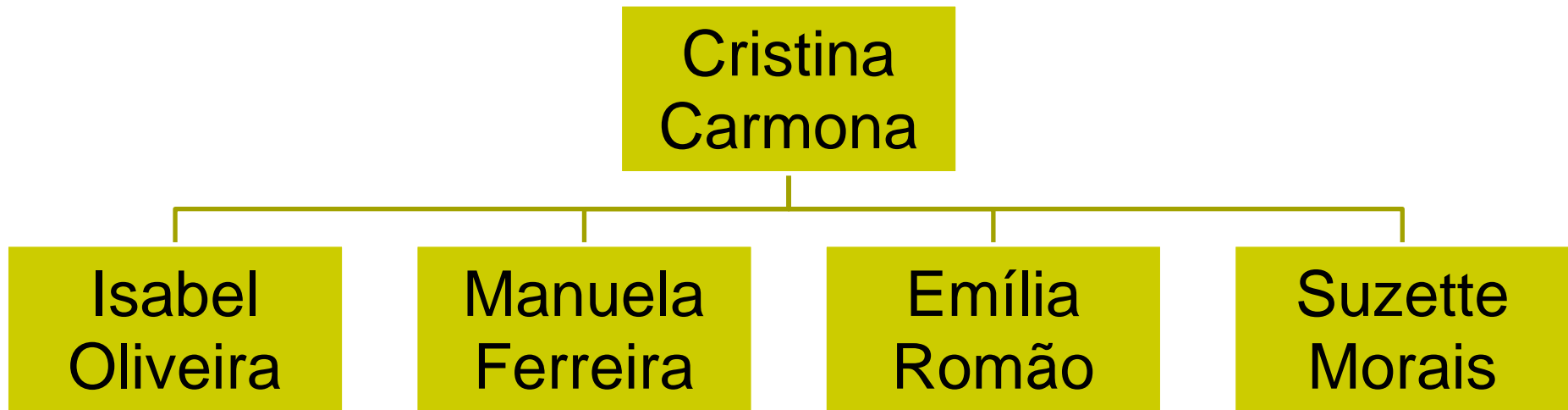
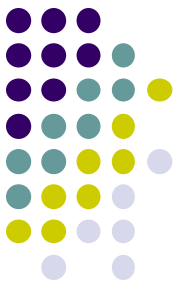
- . Observação diária dos doentes em pós-operatório imediato, primeiras 72h, para reavaliação da analgesia e do doente.
- . Formação prática dos enfermeiros em procedimentos analgésicos invasivos (*ex: recarregar DIB, conectar DIB a catéter epidural, fazer analgesia de resgaste.....*)
- . Sensibilizar os cirurgiões para a analgesia e todo o pós-operatório.
- . Registo da actividade diária.

# PÓSOP: Dificuldades



- Frequentemente o elemento do POSOP é retirado para outras actividades assistenciais do S. de Anestesiologia.
- Credibilidade da actividade do grupo (principalmente a nível interno).
- Actividade é desenvolvida num espaço físico pluridisciplinar condicionando:
  - Decisões partilhadas.
  - Gestão de conflitos e de interesses.
  - Linguagem comum aos diferentes grupos profissionais envolvidos.

# PÓSOP: Reestruturação da equipa/09



2 Farmacêuticos

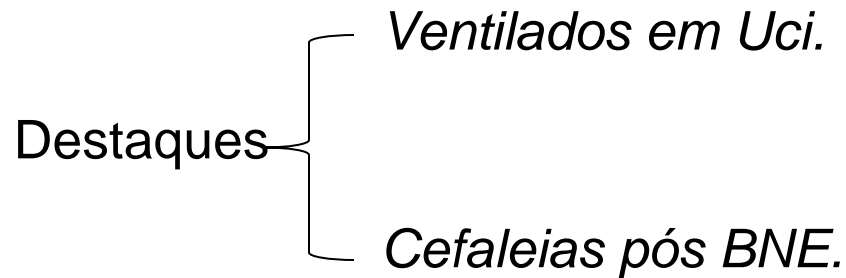
1 Dietista

Enfermeiros....

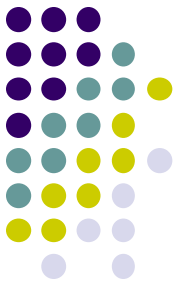
# PÓSOP: Apresentação de resultados



- **Casuística/09** : Janeiro - Maio; Junho – Outubro.

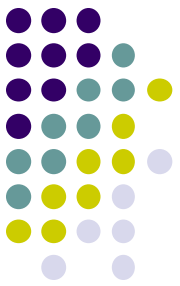


- **Protocolos de analgesia online.**
- **Formação:** Folheto de acolhimento. Acções de formação.



# Casuística/09

# Casuística Cirúrgica Geral (2008 e 2009)



TÉCNICAS ANESTÉSICAS	2008	2009
Anestesia Geral	7826	6252
Bloqueios neuroeixo	4268	3535
Anestesia local	4249	3571
Anestesia tópica	551	883
Sedação	465	467
Bloqueios periféricos	176	87
Outras regionais	9	38
Anestesia combinada	3	7
Anestesia regional endovenosa	7	2
S/ registo	21	17
<b>TOTAIS</b>	<b>17538</b>	<b>14859</b>

BOC:14485 /12666

AMB: 3053 / 2193

VNR: 3023 / 5183

# Casuística Cirúrgica Geral (Janeiro - Outubro) /09



BOC : 12666  
Ambulatório: 2193  
Total: 14859

TÉCNICAS ANESTÉSICAS	
Anestesia Geral	6252
Bloqueios neuroeixo	3535
Anestesia local	3571
Anestesia tópica	883
Sedação	467
Bloqueios periféricos	87
Outras regionais	38
Anestesia combinada	7
Anestesia regional endovenosa	2
S/ registo	17

POSOP :574 (3,86%)

BOC : 12666 (85,74%)

# Casuística Geral (Janeiro - Outubro) /09



BOC : 12666

Ambulatório: 2193

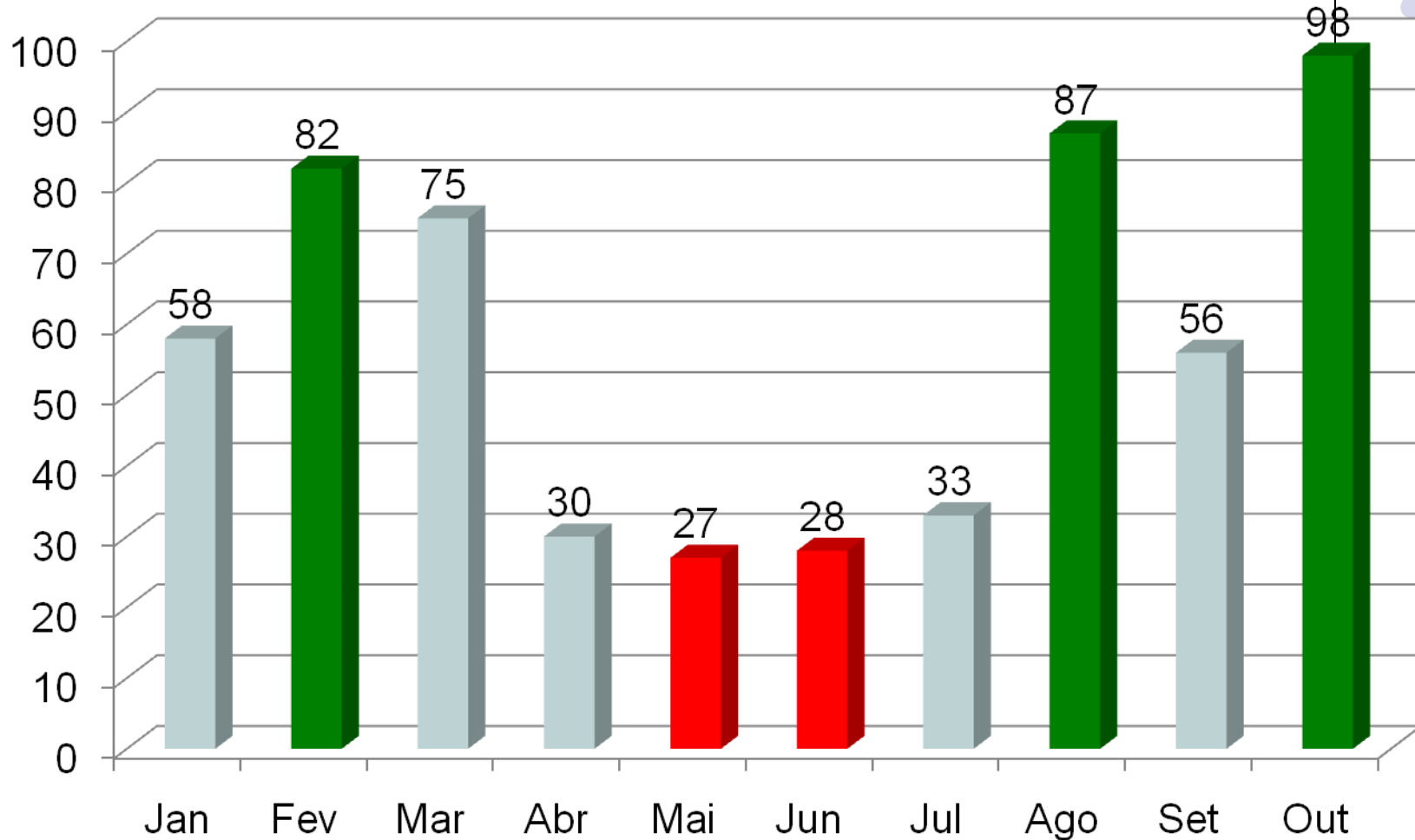
Total: 14859

BSA : 3525  
Epidural :10  
Sequencial?

TÉCNICAS ANESTÉSICAS	
Anestesia Geral	6252
Bloqueios neuroeixo	3535
Anestesia local	3571
Anestesia tópica	883
Sedação	467
Bloqueios periféricos	87
Outras regionais	38
Anestesia combinada	7
Anestesia regional endovenosa	2
S/ registo	17

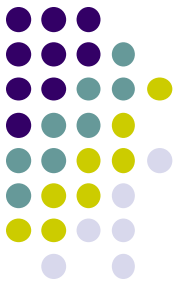
# Casuística POSOP (Janeiro - Outubro)/09

## Doentes observados / mês



574 doentes 12

# Casuística POSOP: Janeiro - Maio/09



## Dados Demográficos :

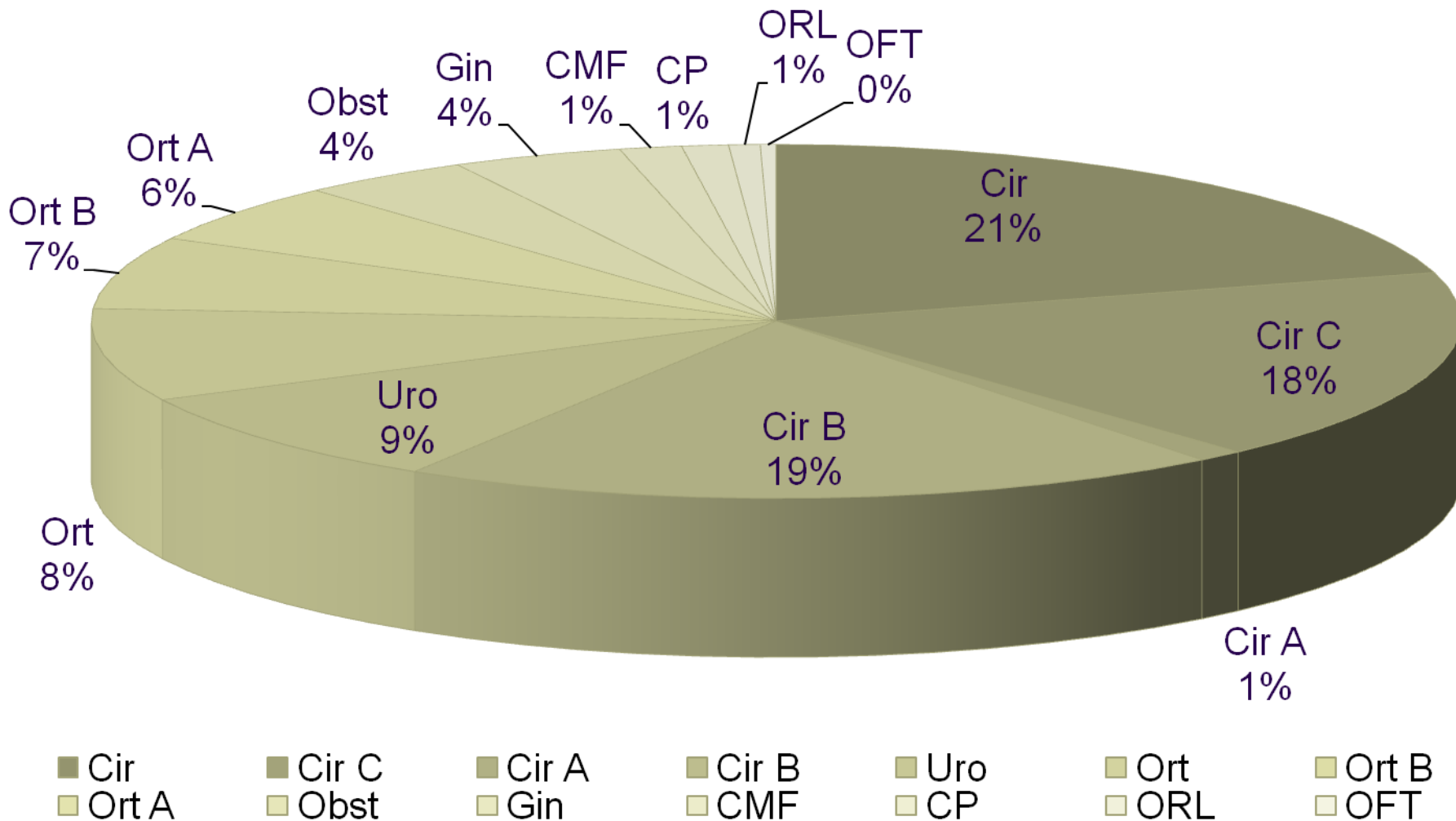
272 doentes.

Idade : 62,6 anos ( média).

Sexo: 45% ; 55%

# Casuística POSOP :Janeiro – Maio/09

## Distribuição de doentes / Serviço



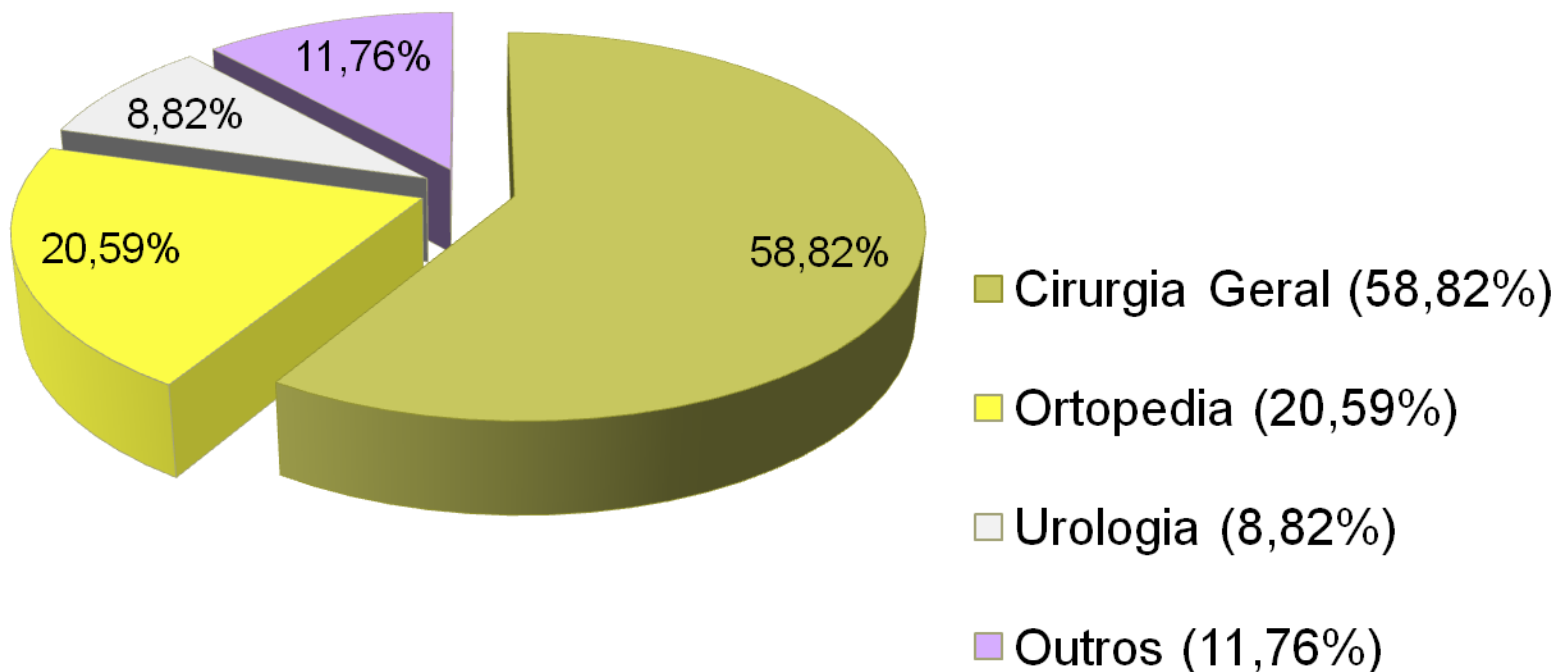
- Cir
- Cir C
- Cir A
- Cir B
- Uro
- Ort
- Ort B
- Ort A
- Obst
- Gin
- CMF
- CP
- ORL
- OFT

14

272 doentes

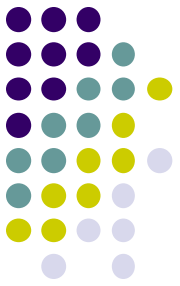
# Casuística POSOP: Janeiro - Maio/09

## *Distribuição de doentes / Serviço*

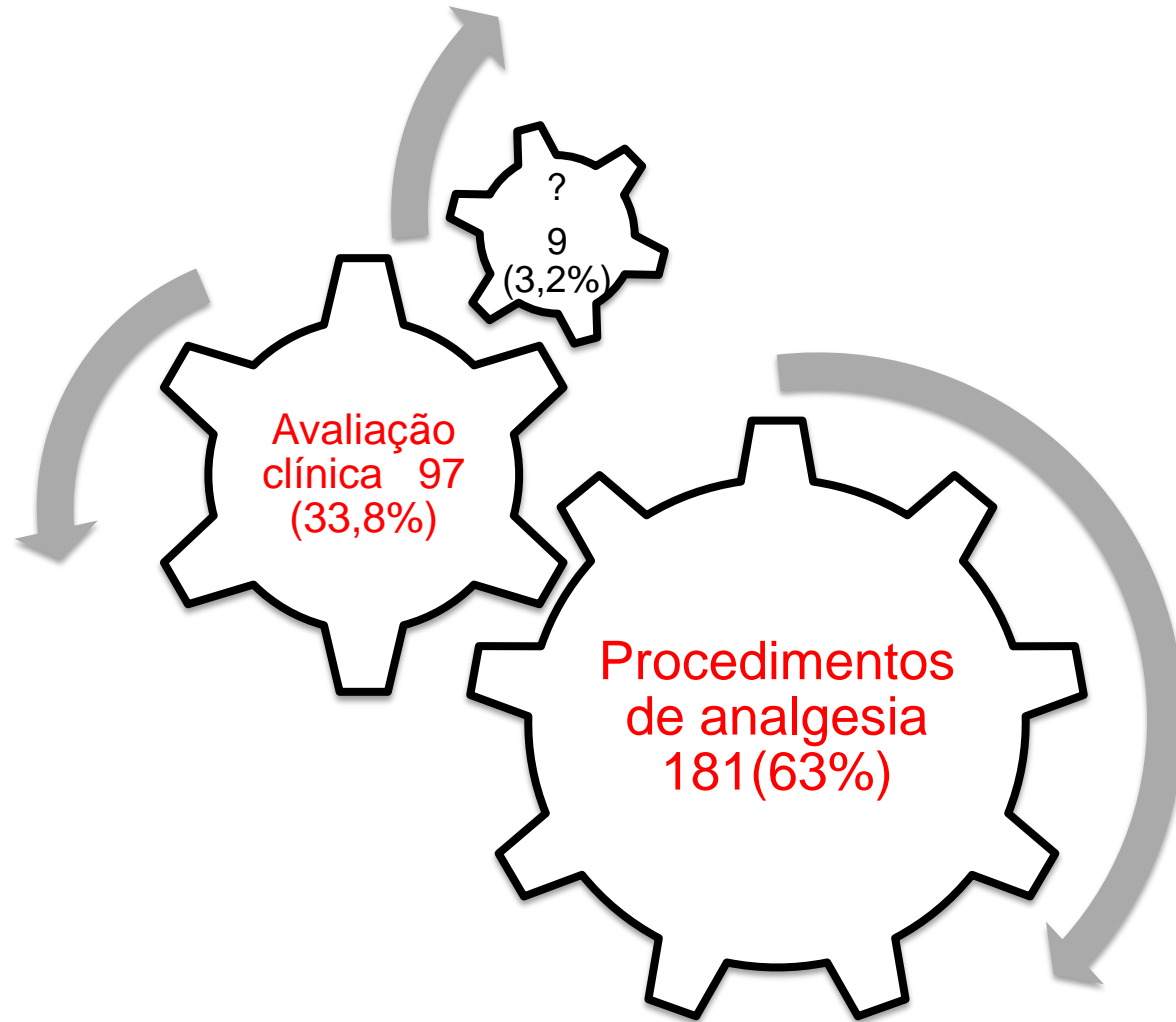


272 doentes

# Casuística POSOP: Janeiro - Maio/09

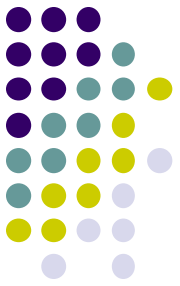


## Actividade



272 doentes

# Casuística POSOP: Junho - Outubro/09



## Dados Demográficos :

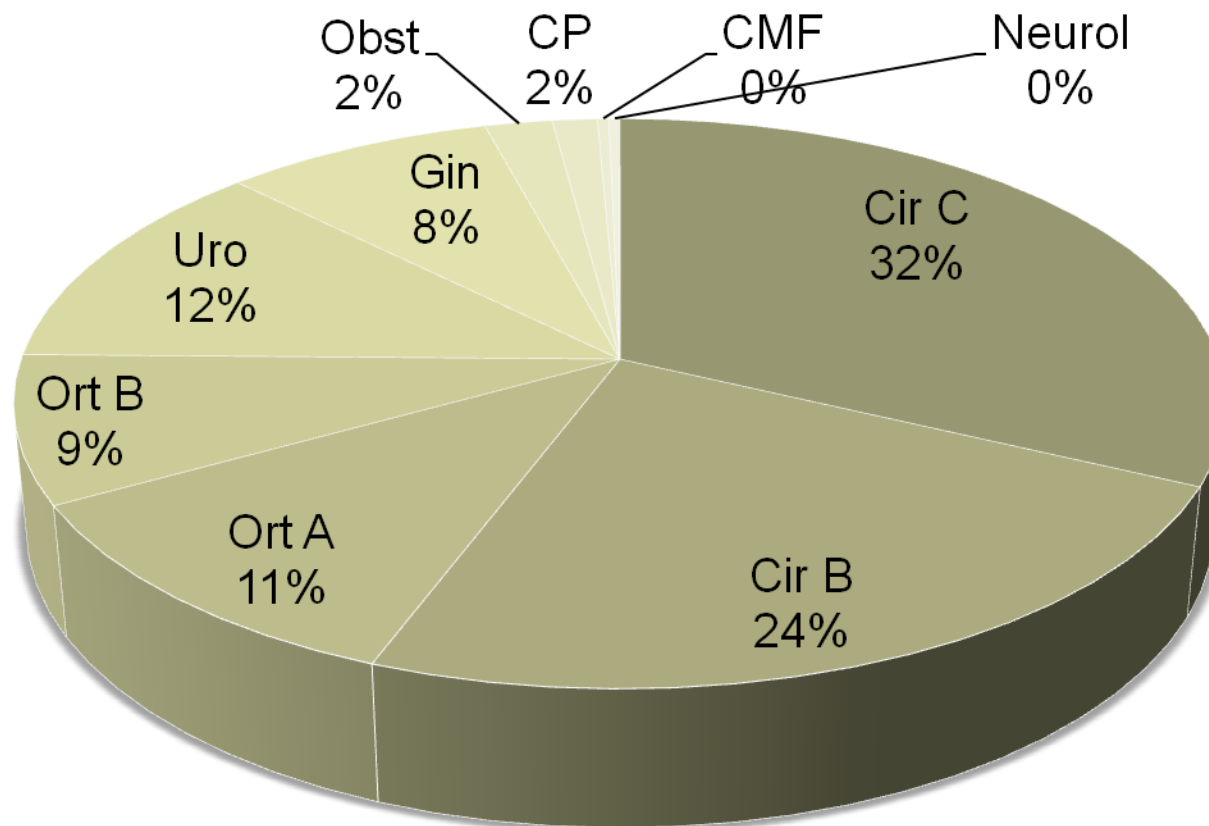
302 doentes.

Idade : 45-70 anos grupo predominante.

Sexo: 50 ; 50%

# Casuística POSOP :Junho - Outubro/09

## Distribuição de doentes / Serviço

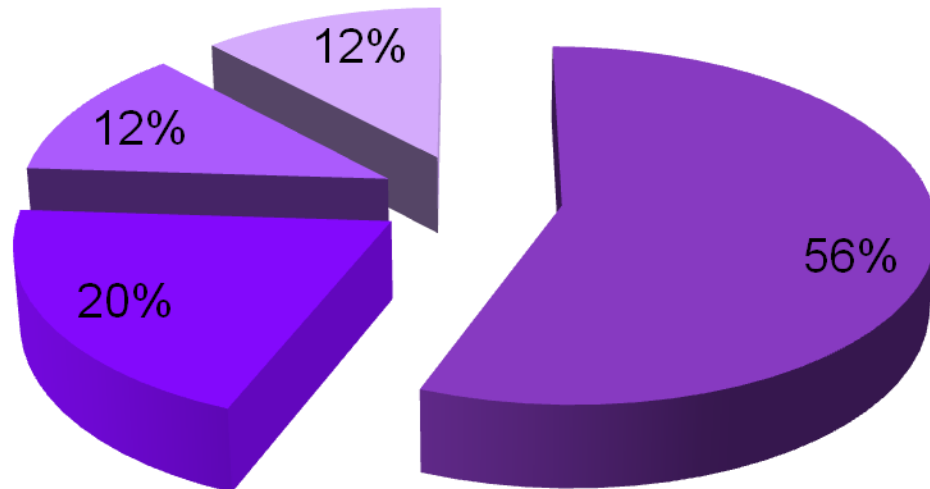


■ Cir C ■ Cir B ■ Ort A ■ Ort B ■ Uro ■ Gin ■ Obst ■ CP ■ CMF ■ Neurol

302 doentes <sup>18</sup>

# Casuística POSOP: Junho - Outubro/09

## Distribuição de doentes / Serviço

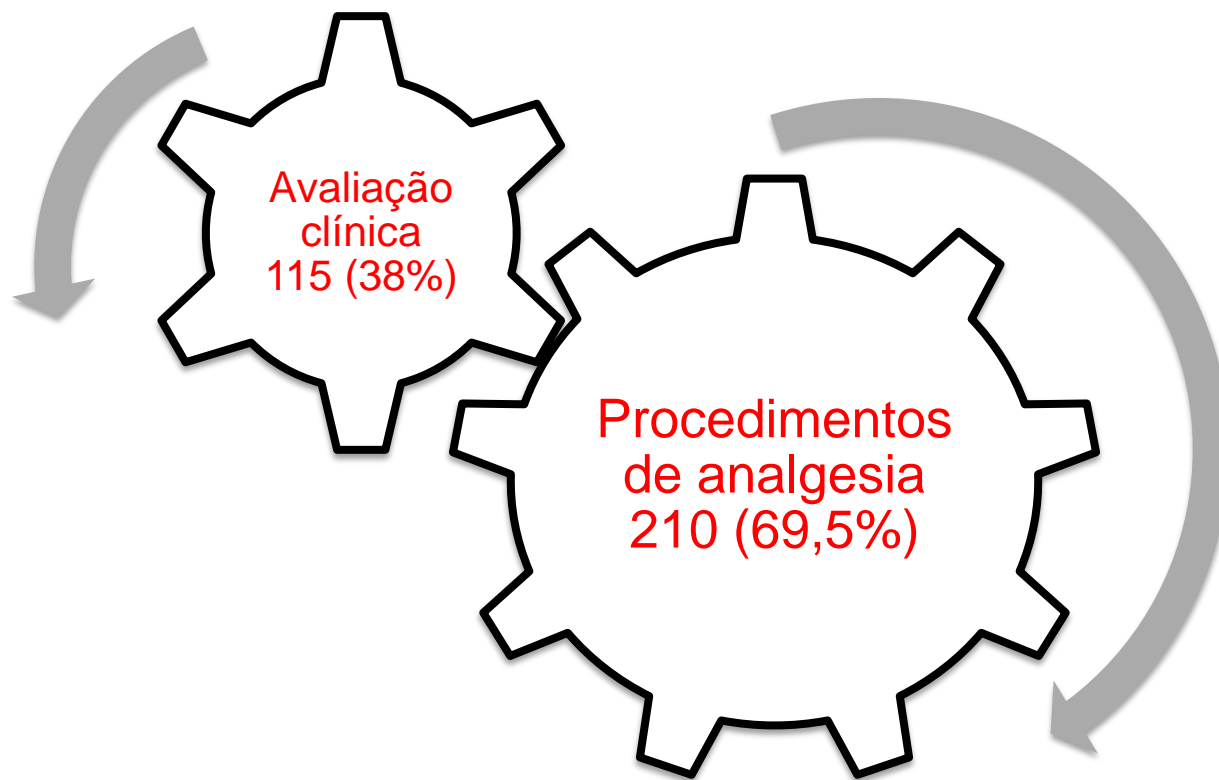


- Cirurgia Geral (56%)
- Ortopedia (20%)
- Urologia (12%)
- Outros (12%)

302 doentes

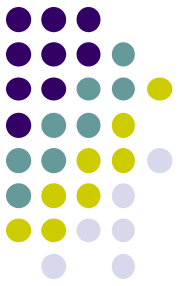
# Casuística POSOP Junho – Outubro/09

## Actividade



302 doentes

# Procedimentos de Analgesia

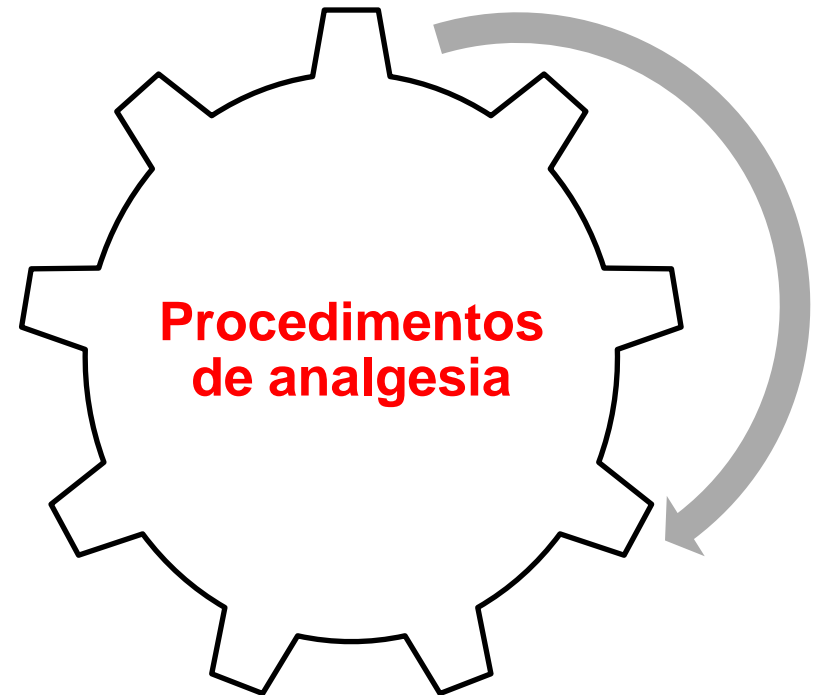


Revisões de analgesia dos doentes em pós-operatório nas Uci e enfermarias cirúrgicas.

Analgesia primária. Ex: fractura arcos costais.

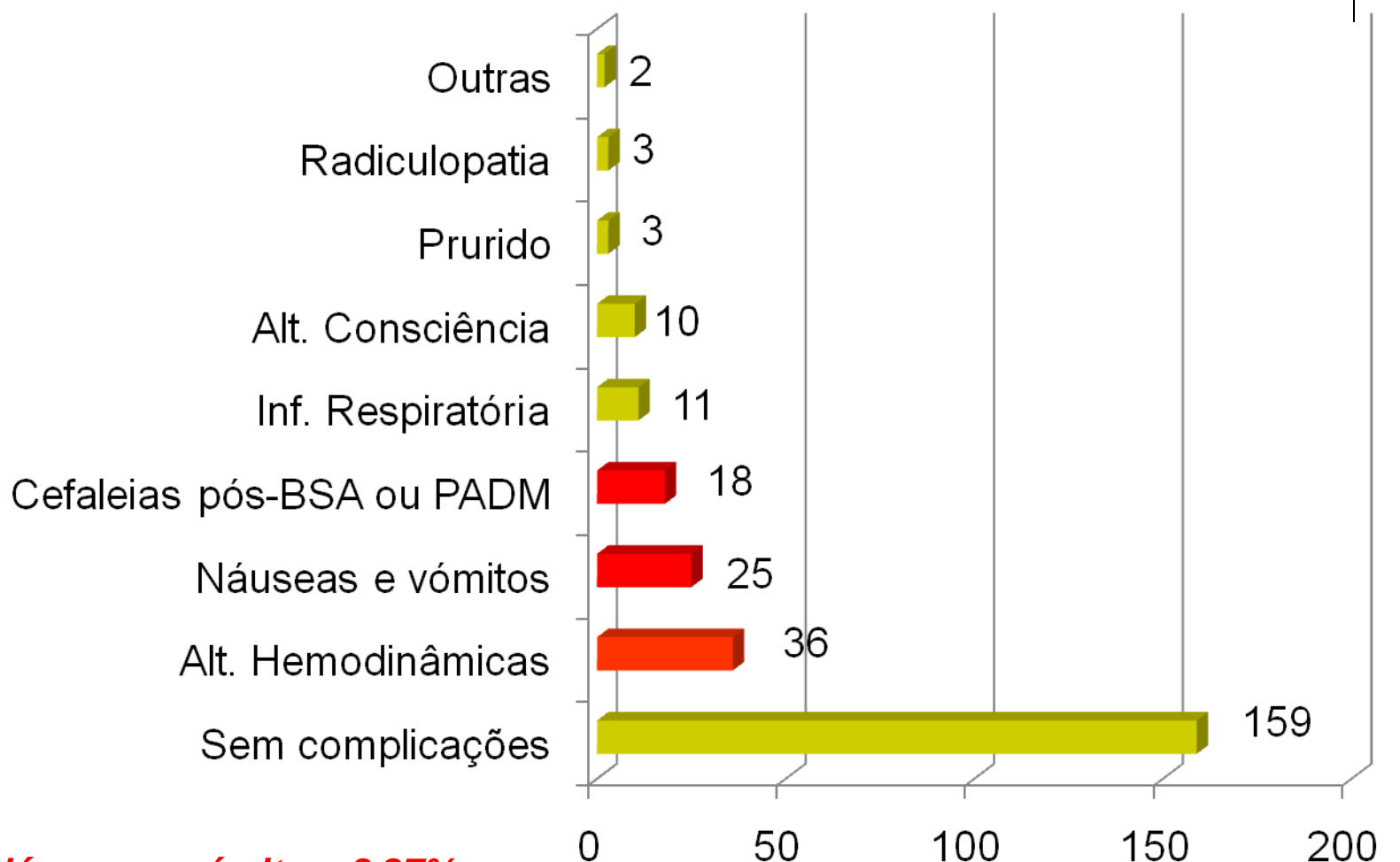
Tratamento de cefaleias pós - BNE.

Analgesia e referenciação de doentes com dor crónica.



# Casuística POSOP: Junho - Outubro/09

## Complicações

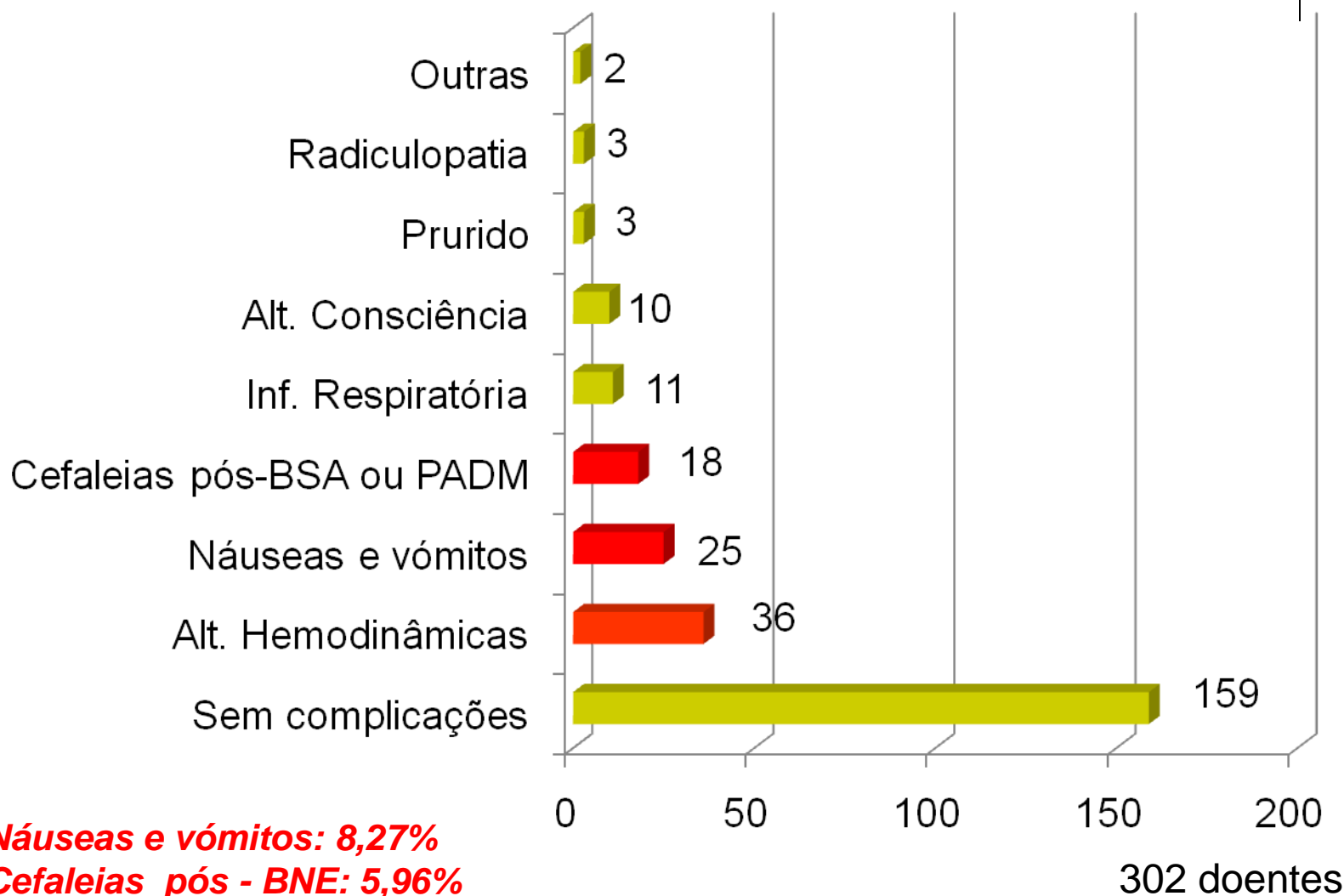


**Náuseas e vômitos: 8,27%**  
**Cefaleias pós - BNE: 5,96%**

302 doentes

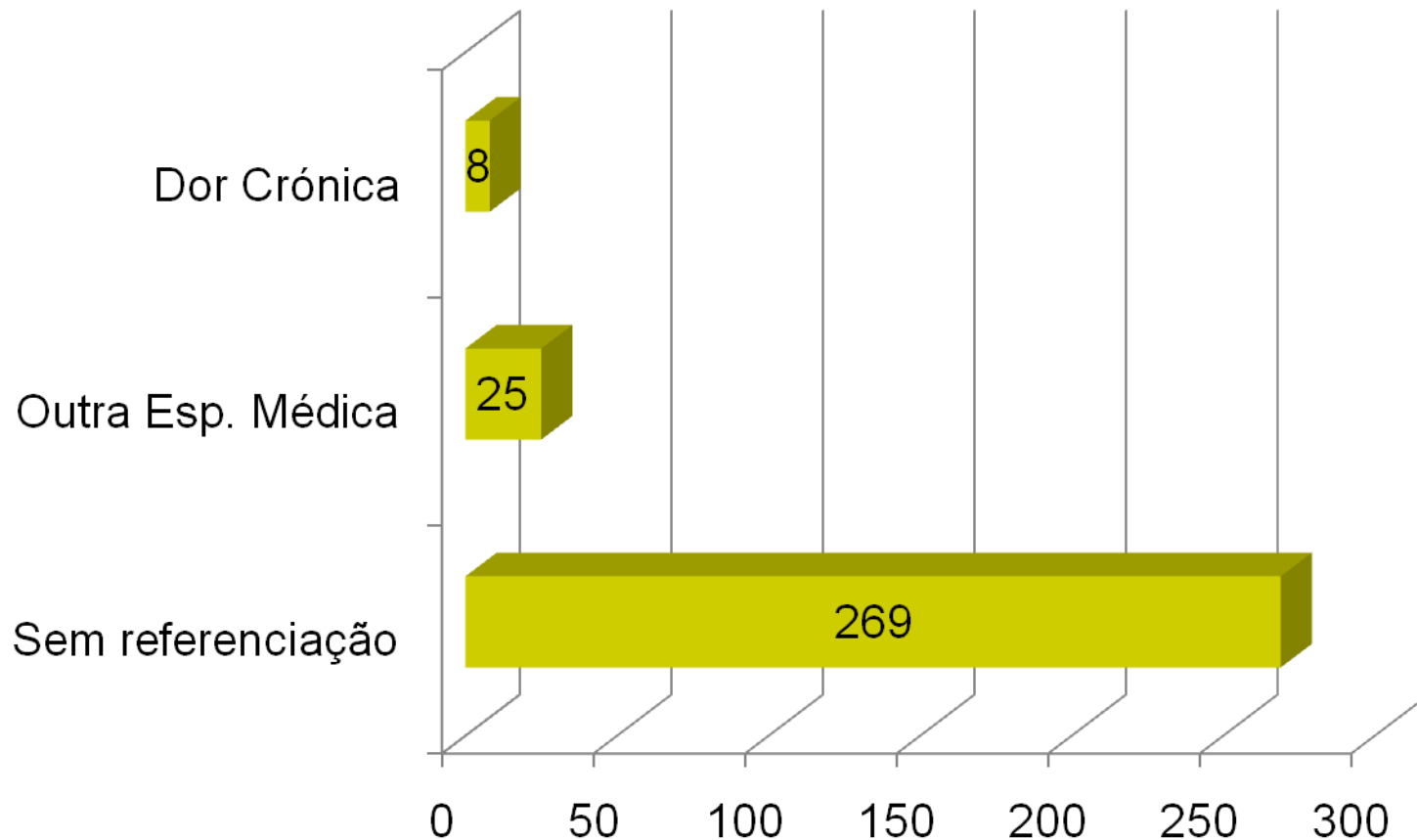
# Casuística POSOP: Junho - Outubro/09

## Complicações



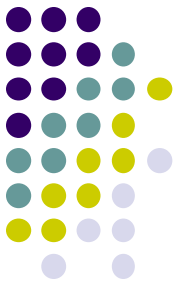
# Casuística POSOP : Junho - Outubro/09

## Referenciação



302 doentes

# ENV registados

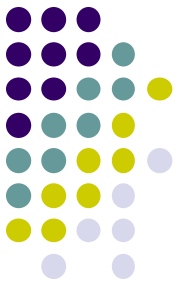


Janeiro – Maio : avaliado em 40% doentes.

Junho – Outubro : avaliado em 78% dos doentes.

90% dos doentes referiram ENV < 3.

(no momento da observação médica)



# Falhas registadas:

## Inerentes á Prescrição :

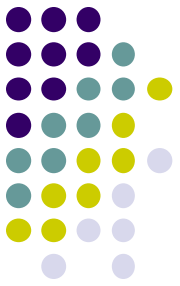
Doentes sem prescrição analgésica (ENV→7).

Protocolos mal aplicados.

Execução de resgastes?

Prescrição não explícita → perfusão de AL endovenoso.

# Falhas registadas:



## Inerentes á Terapêutica:

Doentes com esquemas não protocolados, dosagens e tempos de administração de fármacos superiores ao recomendados pelo RCM do produto.

ex: Cetorolac 15d ;10 mg 8/8h (RCM: Não ultrapassar 5 d) .

Cetorolac 60d ; 10 mg 8/8h sem protecção gástrica.

Parecoxib >3 d (RCM: Não ultrapassar 3 d).

Parecoxib 40 mg 8/8h (RCM: Dose máx 80 mg/d).

Associação de AINE: Cetoralac + Ibuprofeno.

# Falhas registadas:



## Inerentes aos profissionais de saúde:

Prescrição incompleta.

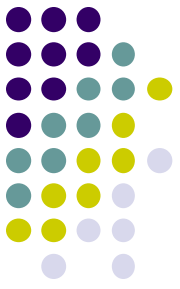
Prescrição desajustada á clínica.

Ex: pós- colecistectomia clássica medicada com Paracetamol Po 8/8h e Tramadol Sos Po →ENV 10.

Cirurgião ↓ ou suspende perfusão de Morfina e DIB → ENV 10.

Cirurgião retira cateter epidural, sem substituição →ENV 8.

# Falhas registadas:

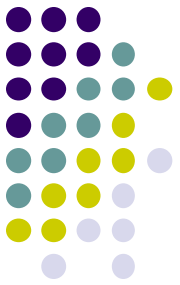


## Inerentes aos profissionais de saúde:

Cirurgião suspende em doente terminal TD e Morfina EV e passa a Tramadol para controle dor.

Cirurgião faz RT e não se apercebe da prescrição PO dos protocolos de analgesia.

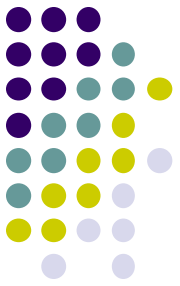
Faltam registos seriados do ENV pelos enfermeiros.



# Ventilados nas Uci cirúrgicas/09

(Janeiro – Setembro )

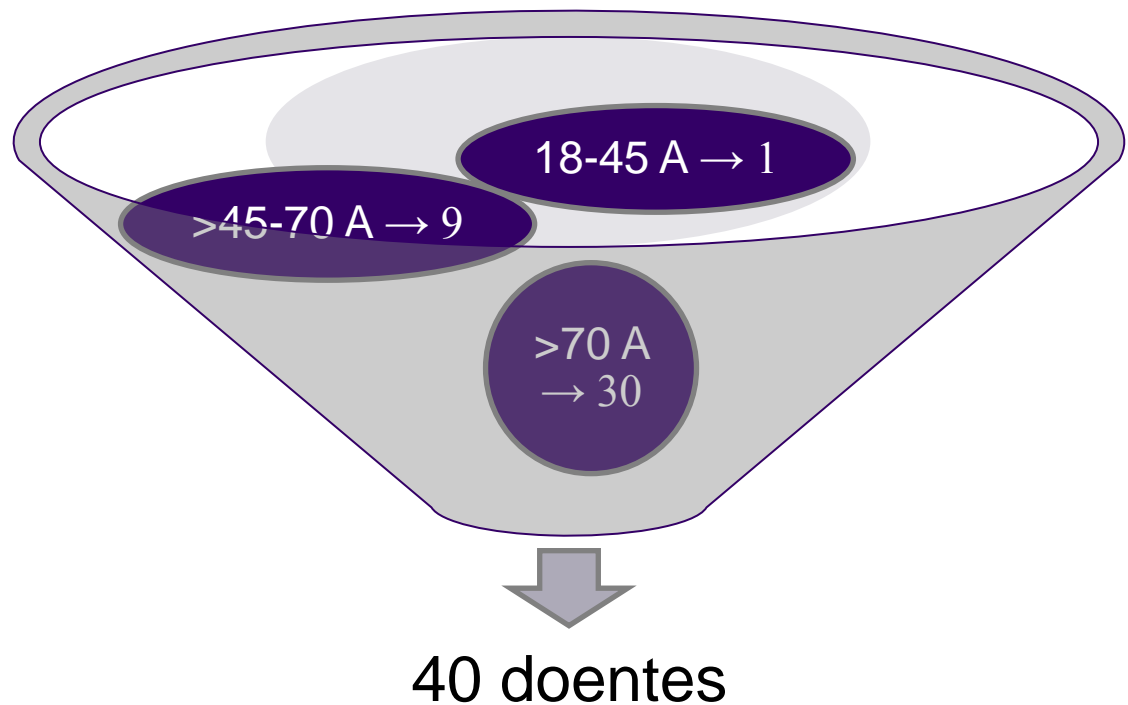
# Doentes Ventilados: *Dados Demográficos*



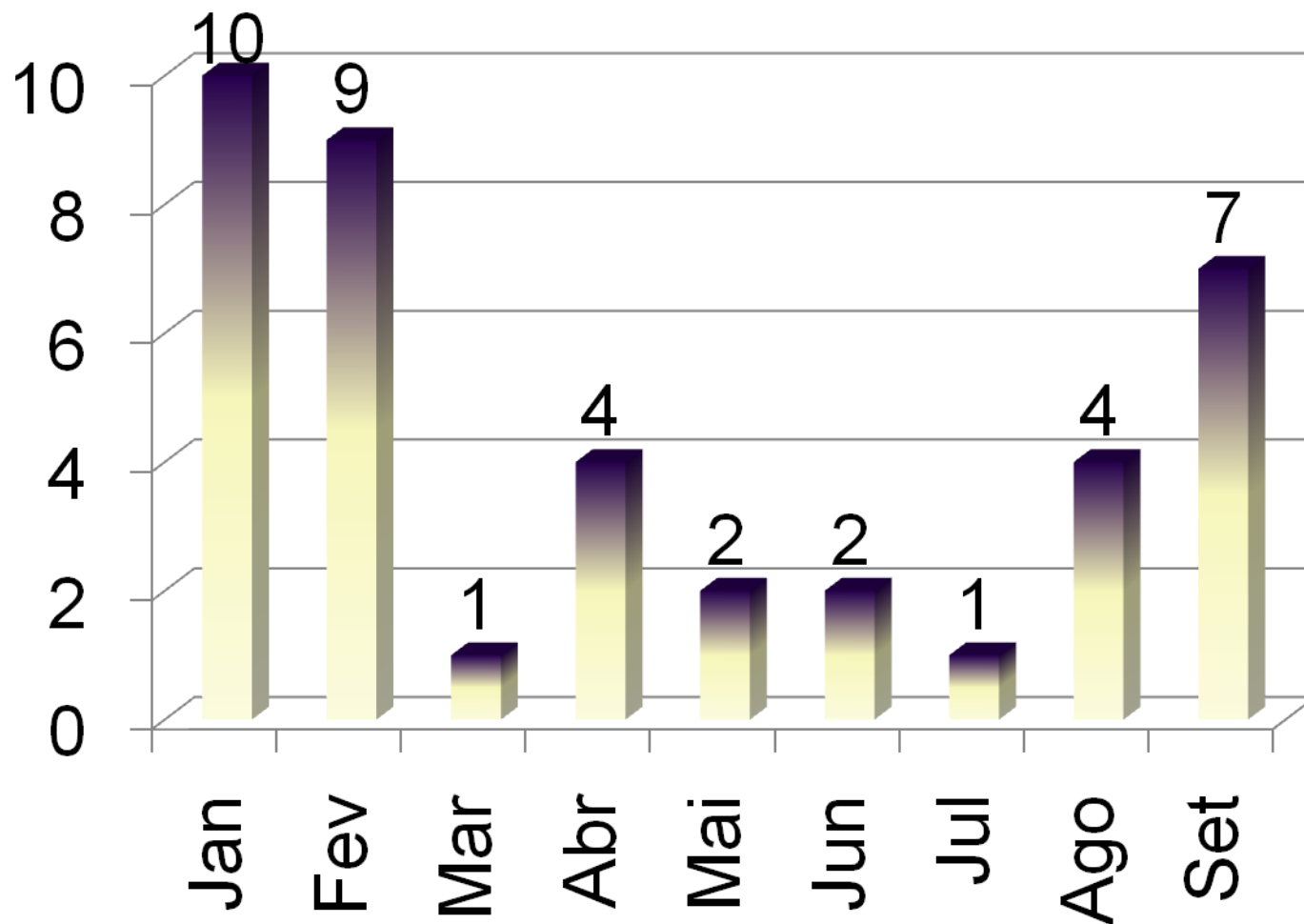
Total: 40

50% ♂ ; 50% ♀

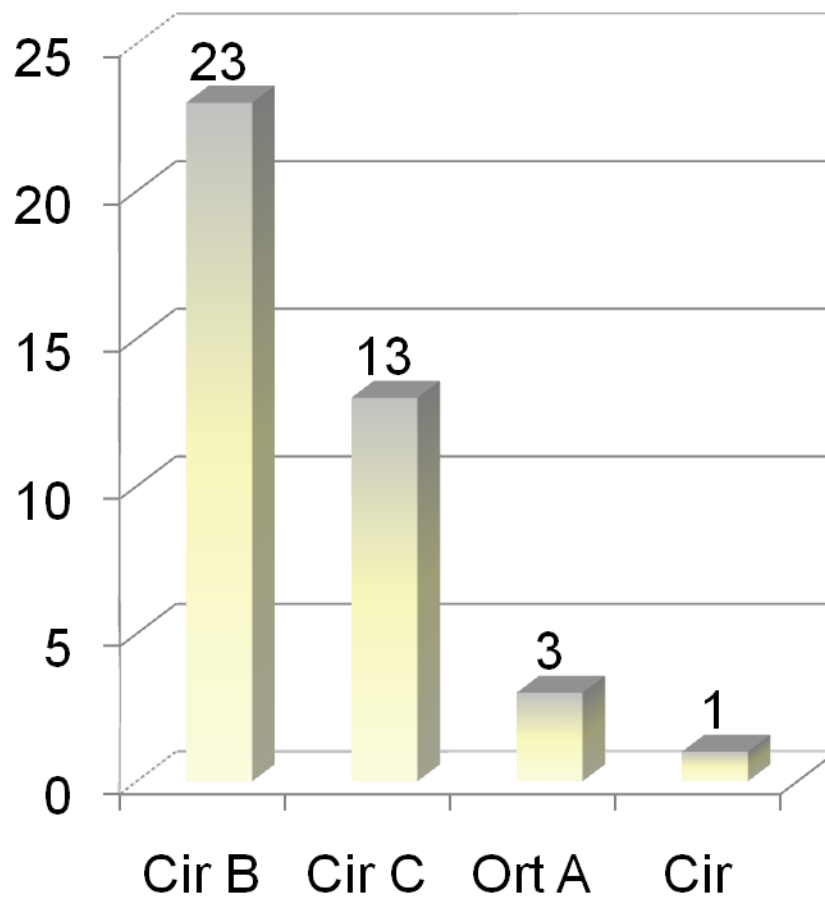
Idade média: 76 Anos



# Doentes Ventilados: *Distribuição / mês*

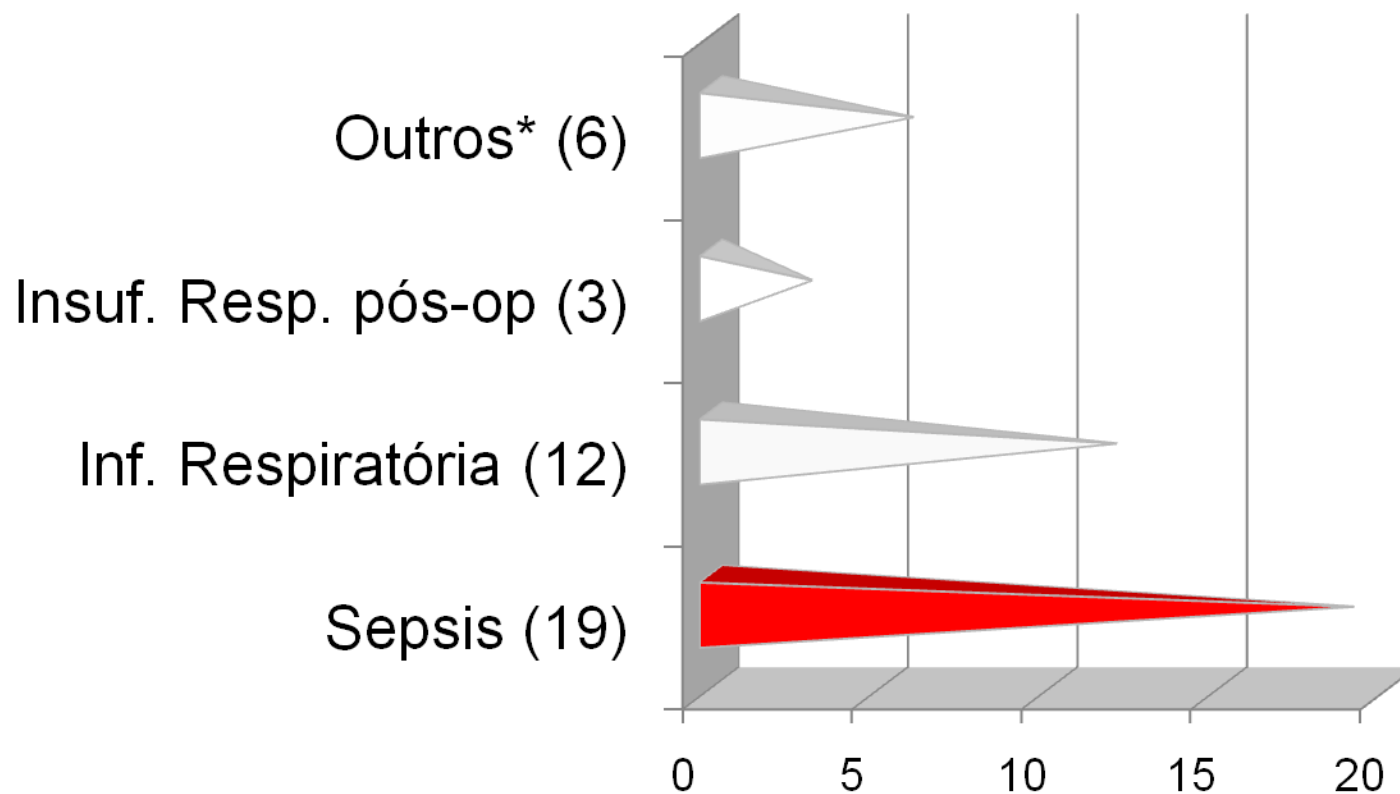


# Doentes Ventilados: *Distribuição por Serviço*



40 doentes <sup>35</sup>

# Doentes Ventilados: *Diagnóstico para ventilação*

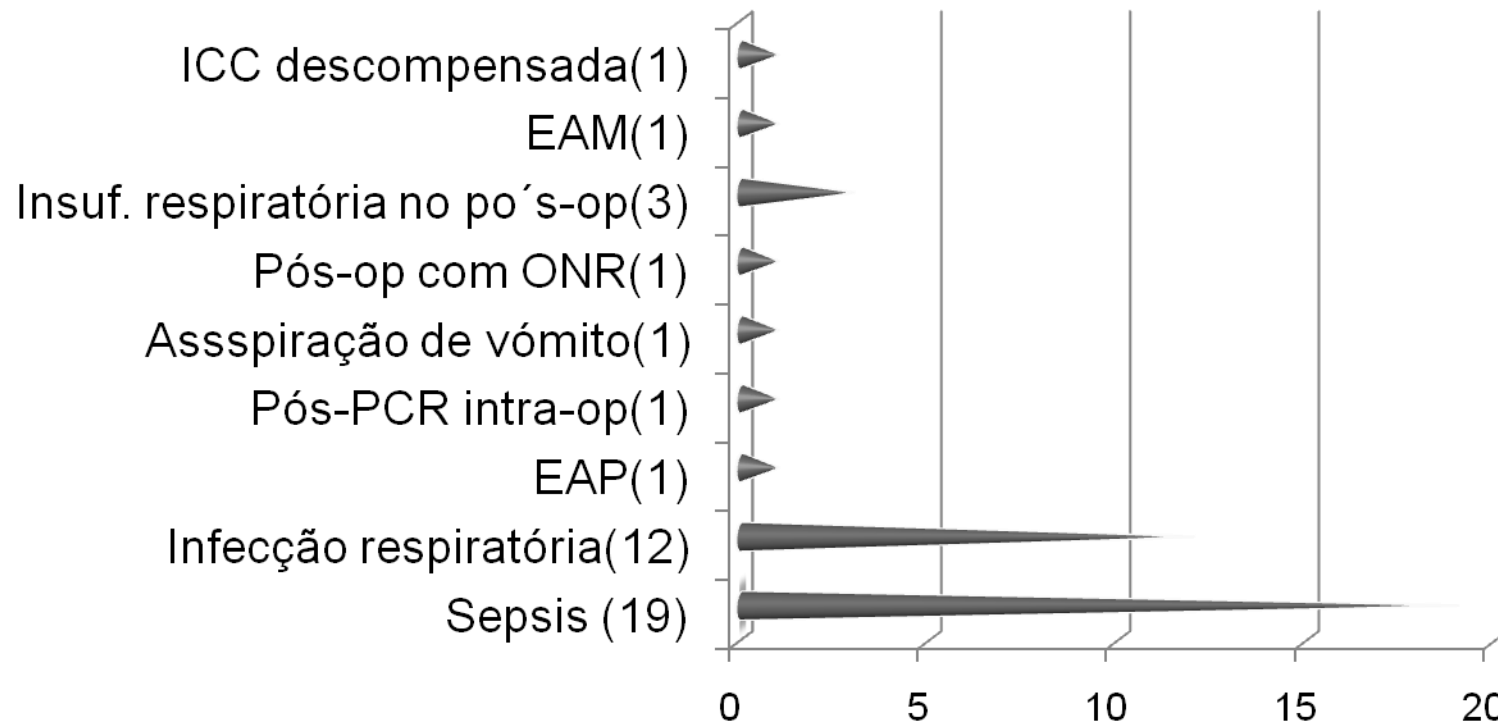


\*EAM; ICC descompensada; Pós - op.  
c/ONR; Pós - PCR; Aspiração de vômito; EAP

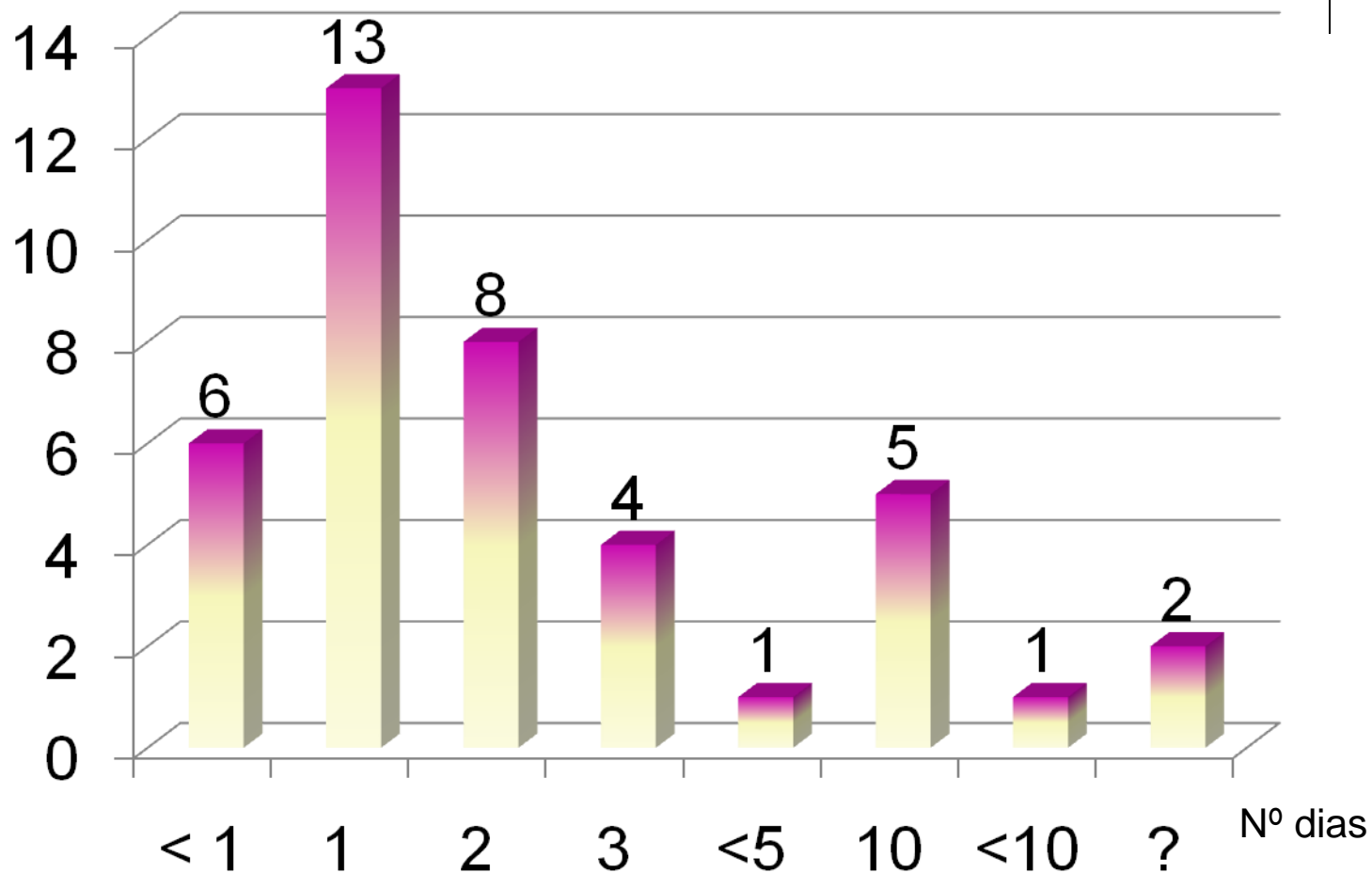
40 doentes

# Doentes Ventilados nas UCi cirúrgicas/09

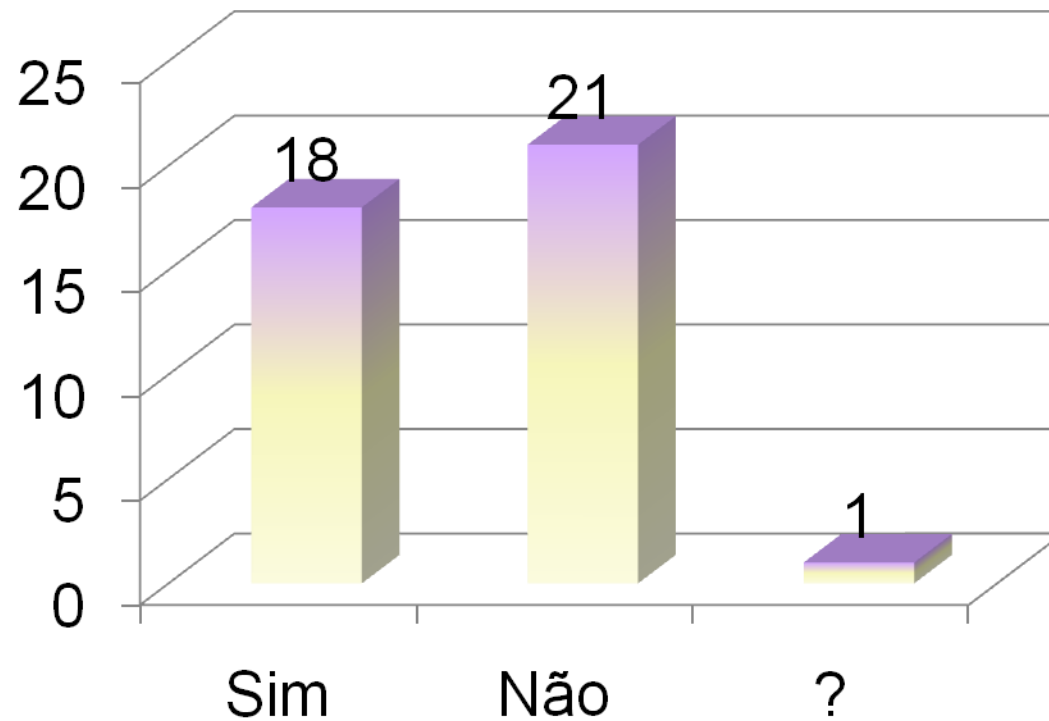
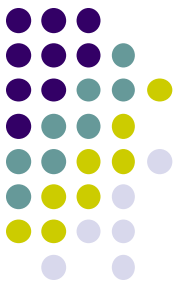
Diagnóstico para ventilação:



# Doentes Ventilados nas Uci: *Tempo*

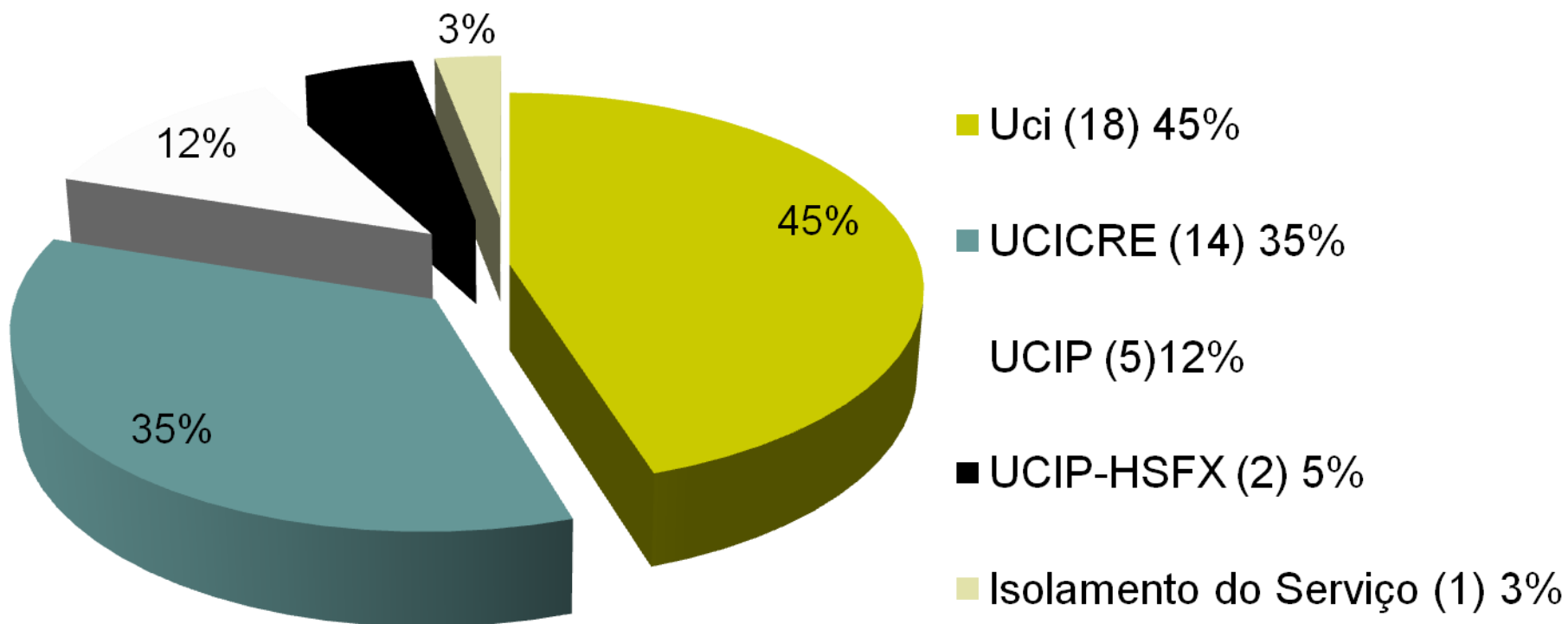


# Doentes Ventilados nas Uci : *com aminas*

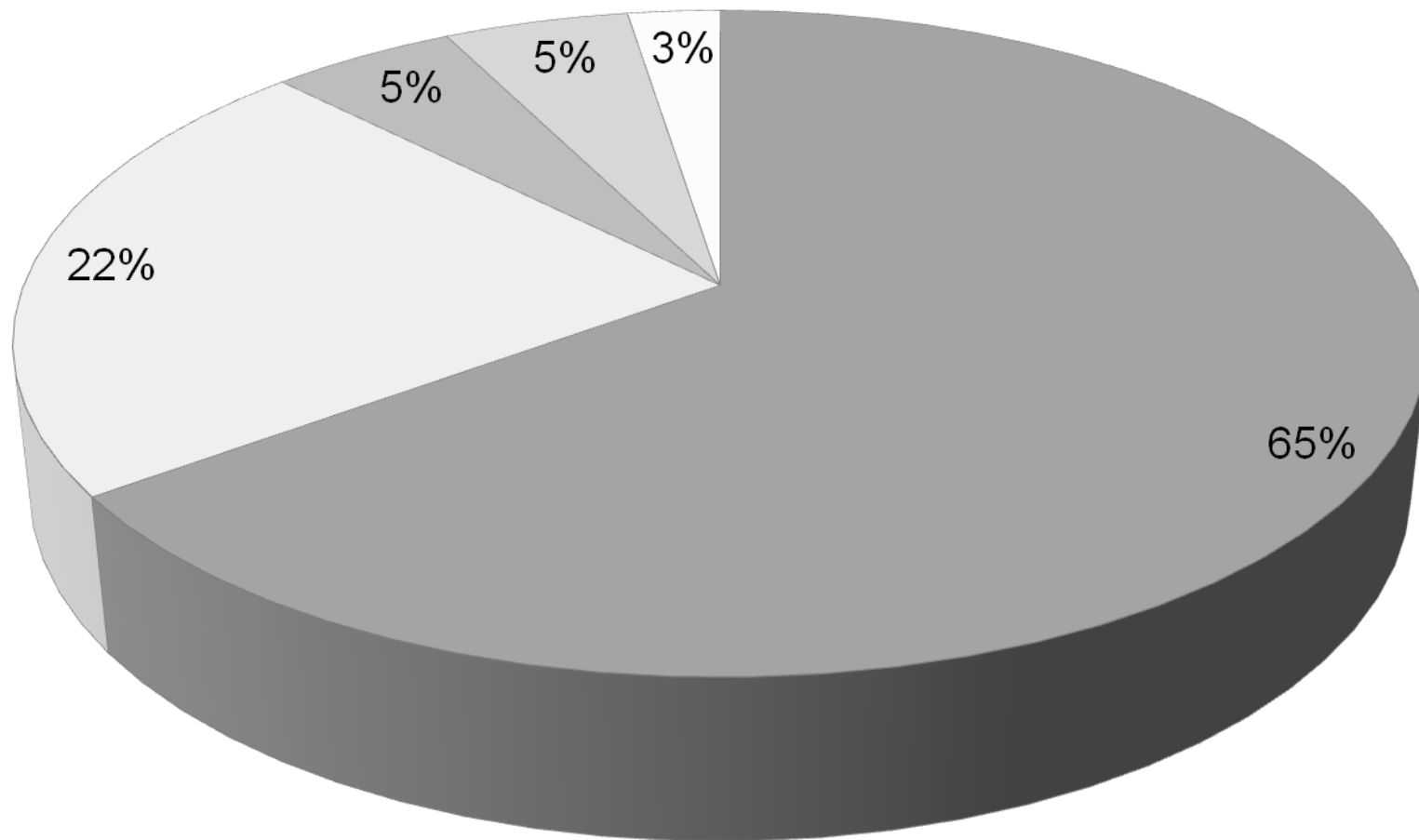


40 doentes

# Doentes Ventilados nas Uci: *Destino*

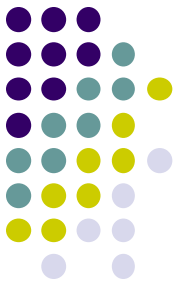


# Doentes Ventilados nas Uci: *Follow - up*



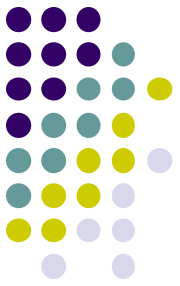
- Morte (26) 65%
- Alta (9) 22 %
- Transferido (2) 5%
- UCI (2) 5%

40 doentes



# Cefaleias pós - BNE

# Casuística Cirúrgica Geral (Janeiro - Outubro) /09

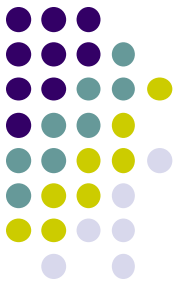


TÉCNICAS ANESTÉSICAS	
Anestesia Geral	6252
<b>Bloqueios neuroeixo</b>	<b>3535</b>
Anestesia local	3571
Anestesia tópica	883
Sedação	467
Bloqueios periféricos	87
<b>Outras regionais</b>	<b>38</b>
Anestesia combinada	7
Anestesia regional endovenosa	2
S/ registo	17

BSA : 3525  
Epidural :10  
Sequencial?

Cefaleias :38 (1,07%)

# Cefaleias pós - BNE



Total de registos: 60

2008: 22

2009: 38

Dados demográficos : 20% ♂ 80% ♀

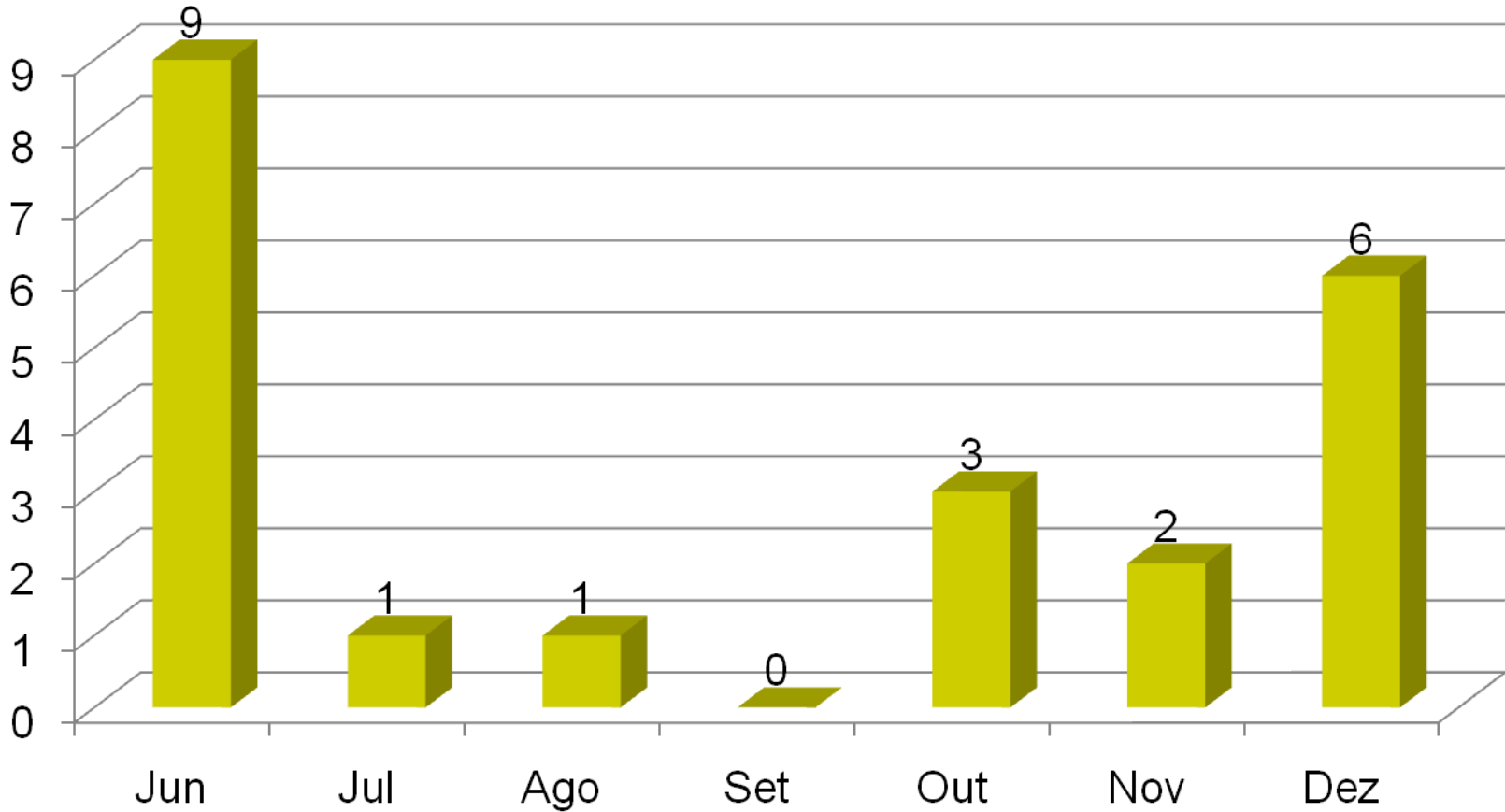
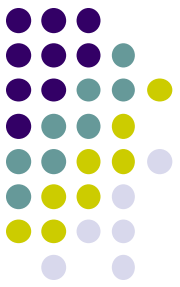
Idade média : 35,2 anos.

73,3% < 40 anos.

40% são ASA I e II.

# Cefaleias pós - BNE/08

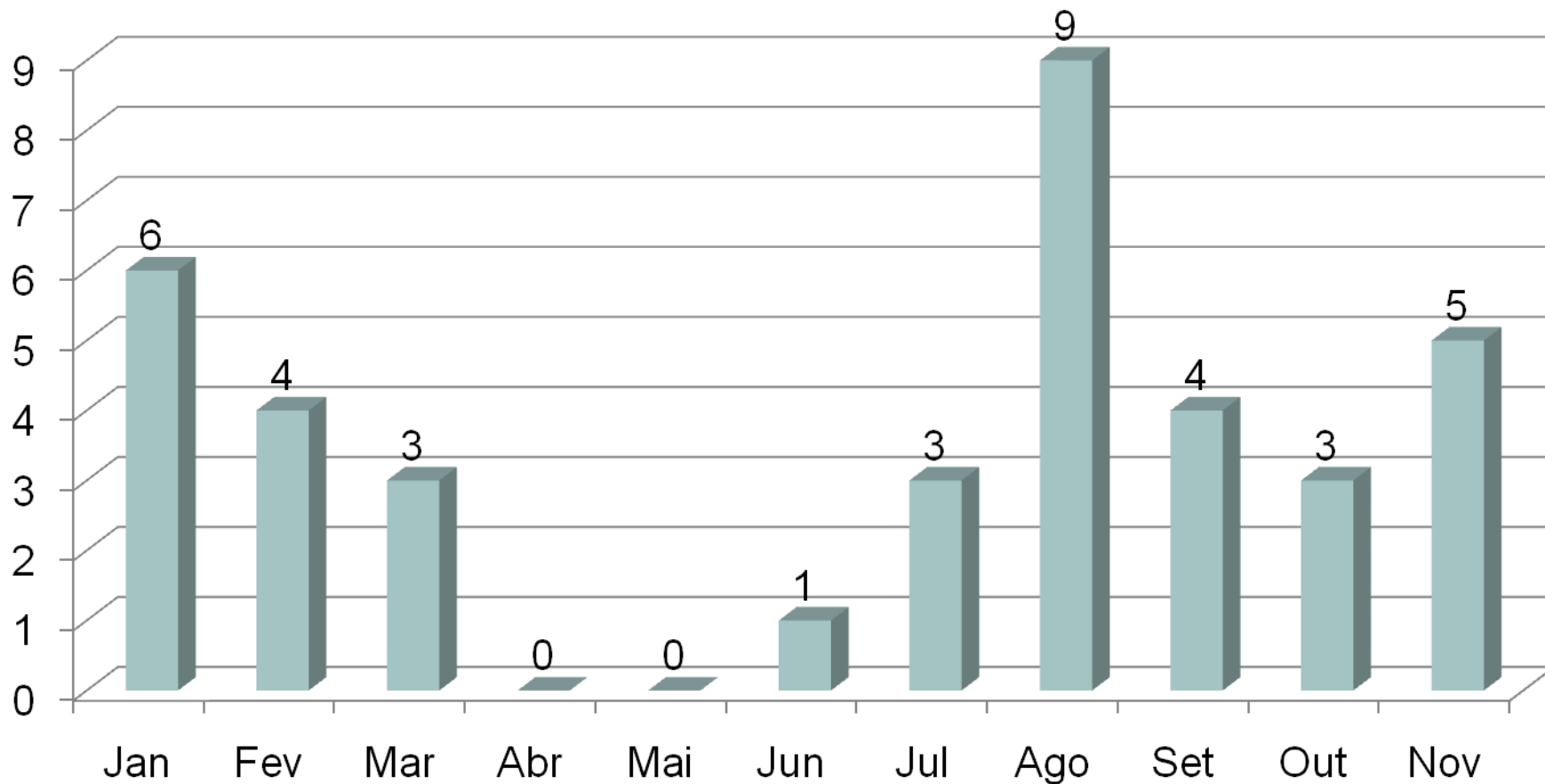
## *Distribuição / mês*



22 casos

# Cefaleias pós - BNE/09

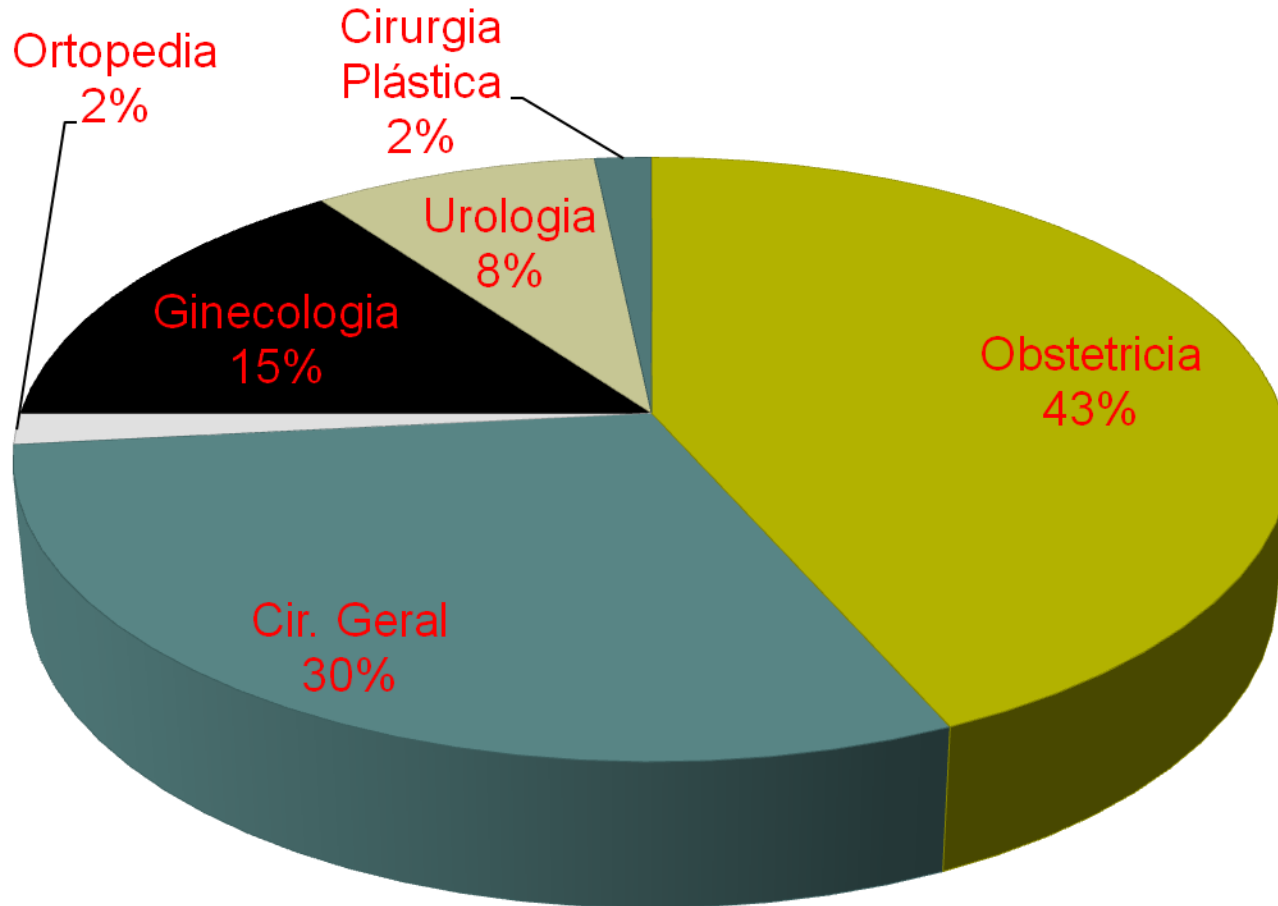
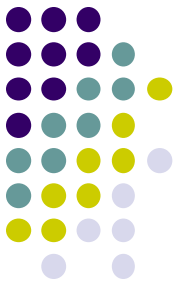
## *Distribuição / mês*



38 casos

# Cefaleias pós - BNE

## Distribuição / Serviço

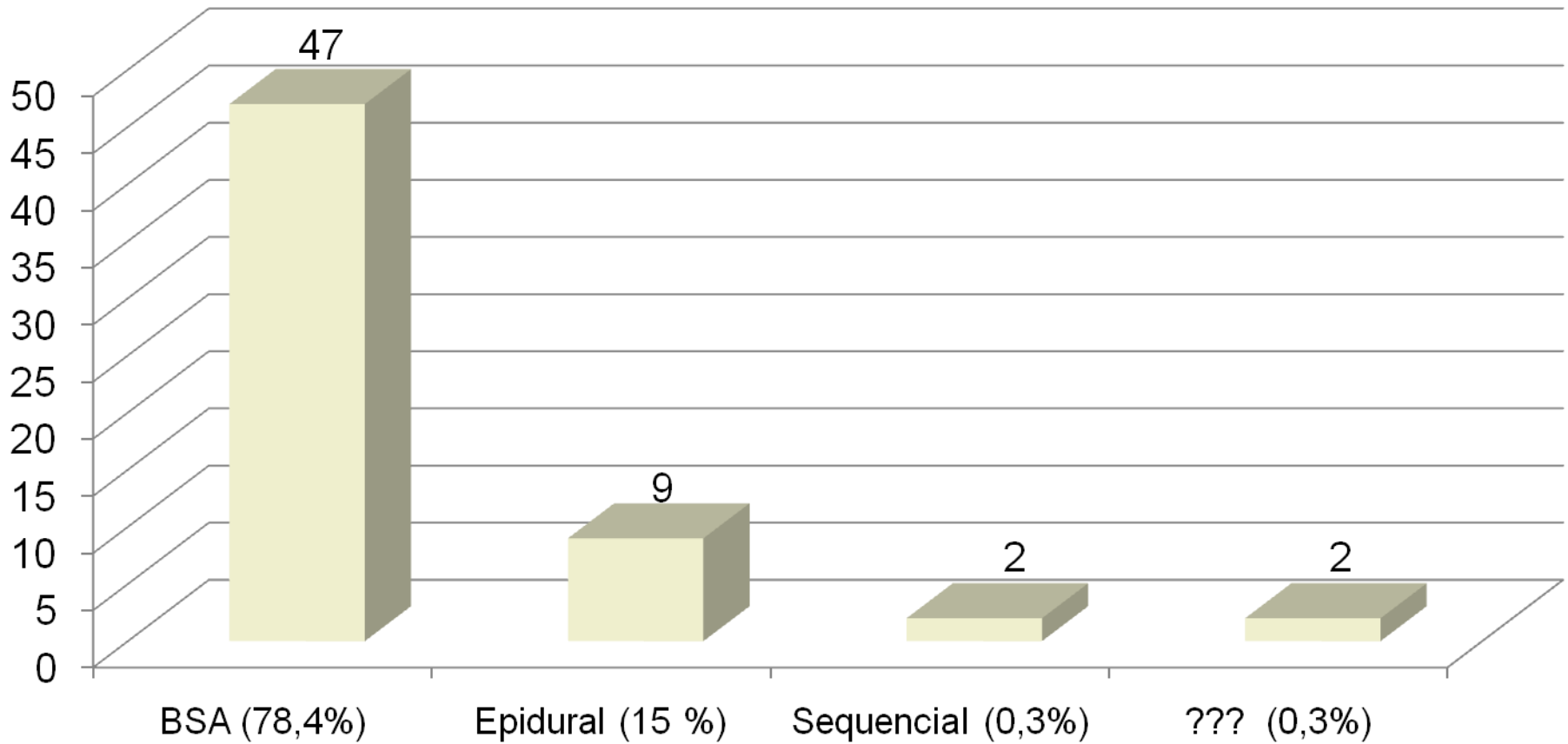
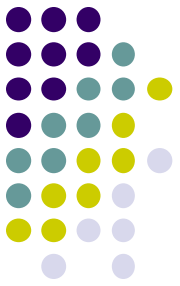


- Obstetricia
- Cir. Geral
- Ortopedia
- Ginecologia
- Urologia
- Cirurgia Plástica

60 casos

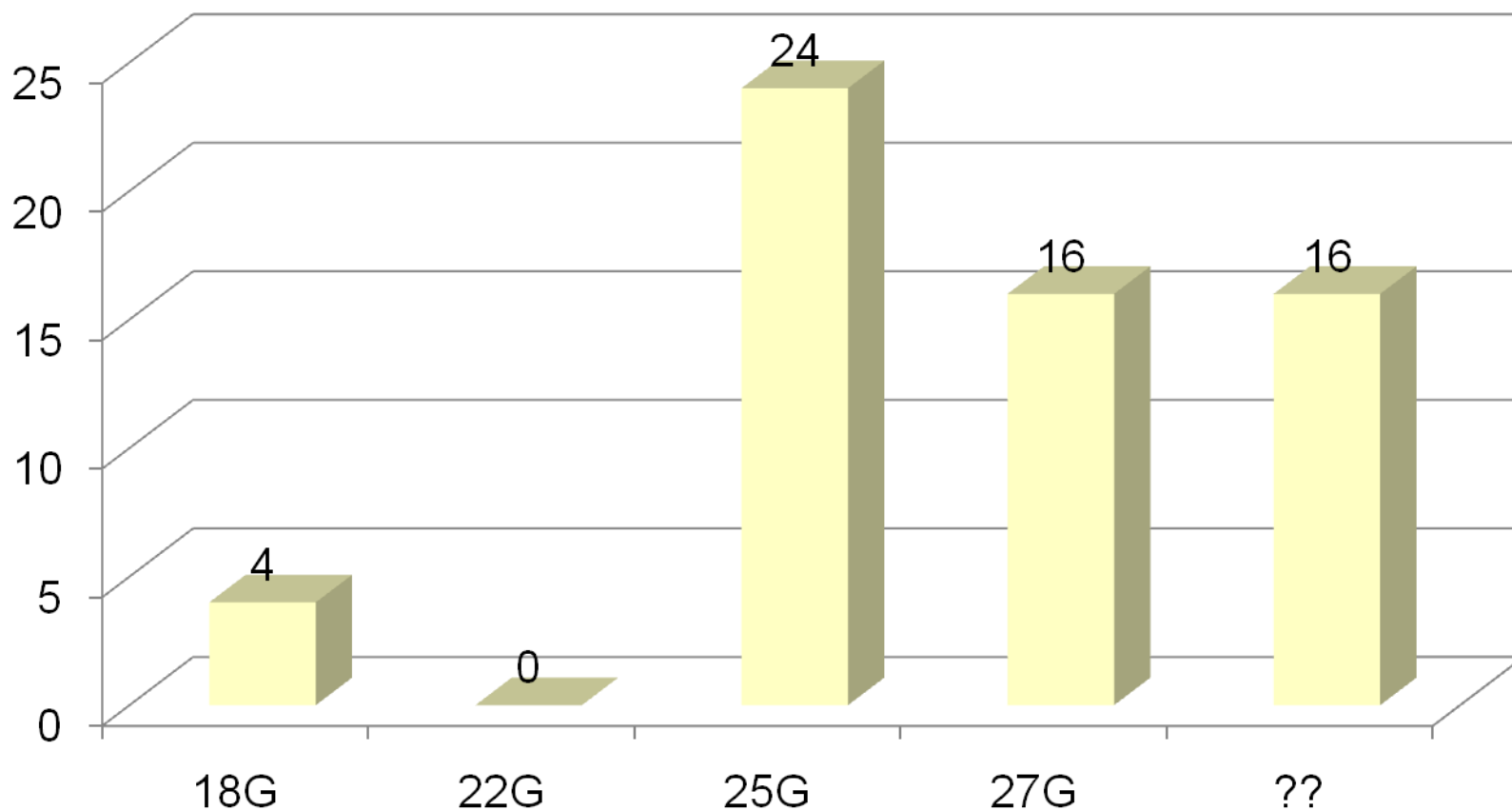
# Cefaleias pós - BNE

## *Técnica anestésica*



# Cefaleias pós - BNE

## *Agulhas de bloqueio do neuroeixo*



# Cefaleias pós - BNE

## *Diagnóstico*



Diagnóstico durante o internamento: 10

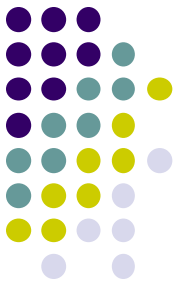
Reinternamento: 5

?: 45

Observados em consulta de follow-up cirúrgico e não são tratadas pela anestesia ??

# Cefaleias pós – BNE

## *Caracterização*



Início dos sintomas :

24h → 16

24 - 48h → 17

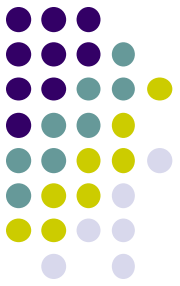
48 - 72h → 2

?? → 25

Duração média: 10,05 dias (1d até 10d)

# Cefaleias pós - BNE

## *Terapêutica*



### Medidas não farmacológicas:

30 Hidratação

28 Repouso

### Fármacos:

35 Paracetamol

28 Cafeína

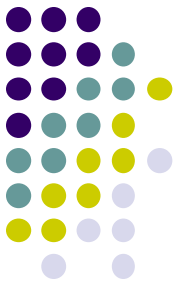
21 AINE

13 Tramadol

12 Corticoídes

5 Metamizol

2 Bloodpatch



# Protocolos de analgesia online

# Protocolos online:20 NÃO INVASIVOS



Último fármaco → regaste ; Todos de administração ev.

## CIRURGIA MINOR:

PO: Paracetamol po sos

01: Paracetamol + Tramadol

02 : Paracetamol + Metamizol Mg

03A : Paracetamol + Parecoxib +Tramadol

03B : Paracetamol + Ceterolac + Tramadol

04 : Paracetamol + Metamizol + Tramadol

Omeprazol é gratuito.

€ / DIA	REGASTE (1Xd)
0,52	0,52
16,62	17,65
16,62	16,93
<b>30,90</b>	<b>31,93</b>
24,61 / <b>36,52</b>	25,65 / <b>37,55</b>
17,88	18,91

# Protocolos online: NÃO INVASIVOS

\*P = Paracetamol; \*\* TM = Tramadol; \*\*\* MF = Morfina; b = Bólus; p = perfusão



## CIRURGIA INTERMÉDIA:

05A1 : P\* + Parecoxib + TM\*\* b + MF\*\*\*

05A2 : P + Parecoxib + TM p+ MF

05A3 : P + Parecoxib + TM DIB + MF

05B1 : P + Cetorolac + TM b + MF

05B2 : P + Cetorolac +T p+ MF

05B3 : P + Cetorolac +TM DIB + MF

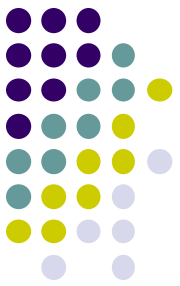
06-1 : P + Metamizol +TM b + MF

06-2 : P + Metamizol +TM p + MF

06-3 : P + Metamizol +TM DIB + MF

€ / DIA	RESGASTE (1Xd)
42,80	46,10
35,55	38,85
35,55	38,85
36,51 / <b>48,42</b>	39,81 / <b>51,72</b>
29,27 / 41,17	32,57 / 44,47
29,27 / 41,17	32,57 / 44,47
29,78	33,08
22,54	25,84

# Protocolos online: NÃO INVASIVOS



## CIRURGIA MAJOR:

7A : Paracetamol + Morfina perf.

7B\* : Paracetamol + Morfina (*DIB*) ev

7C : Paracetamol + Cetorolac + Morfina perf.

7P\* : Paracetamol + Cetorolac + Morfina(*DIB*) ev

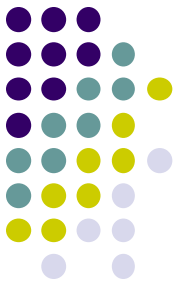
7E : Paracetamol + Parecoxib + Morfina perf.

7F\* : Paracetamol + Parecoxib + Morfina(*DIB*) ev

€ / DIA	RESGASTE (1Xd)
36,73	36,73
33,44	33,75
44,73 / <b>56,63</b>	68,25 / <b>80,16</b>
41,43 / 53,34	41,75 / 53,65
<b>51</b>	<b>51</b>
47,72	48

\* Resgaste com: Metamizol de Mg

# Protocolos de analgesia: Utilização/09



## 1º Semestre

Doentes Intervencionados no Bloco Central 7161.

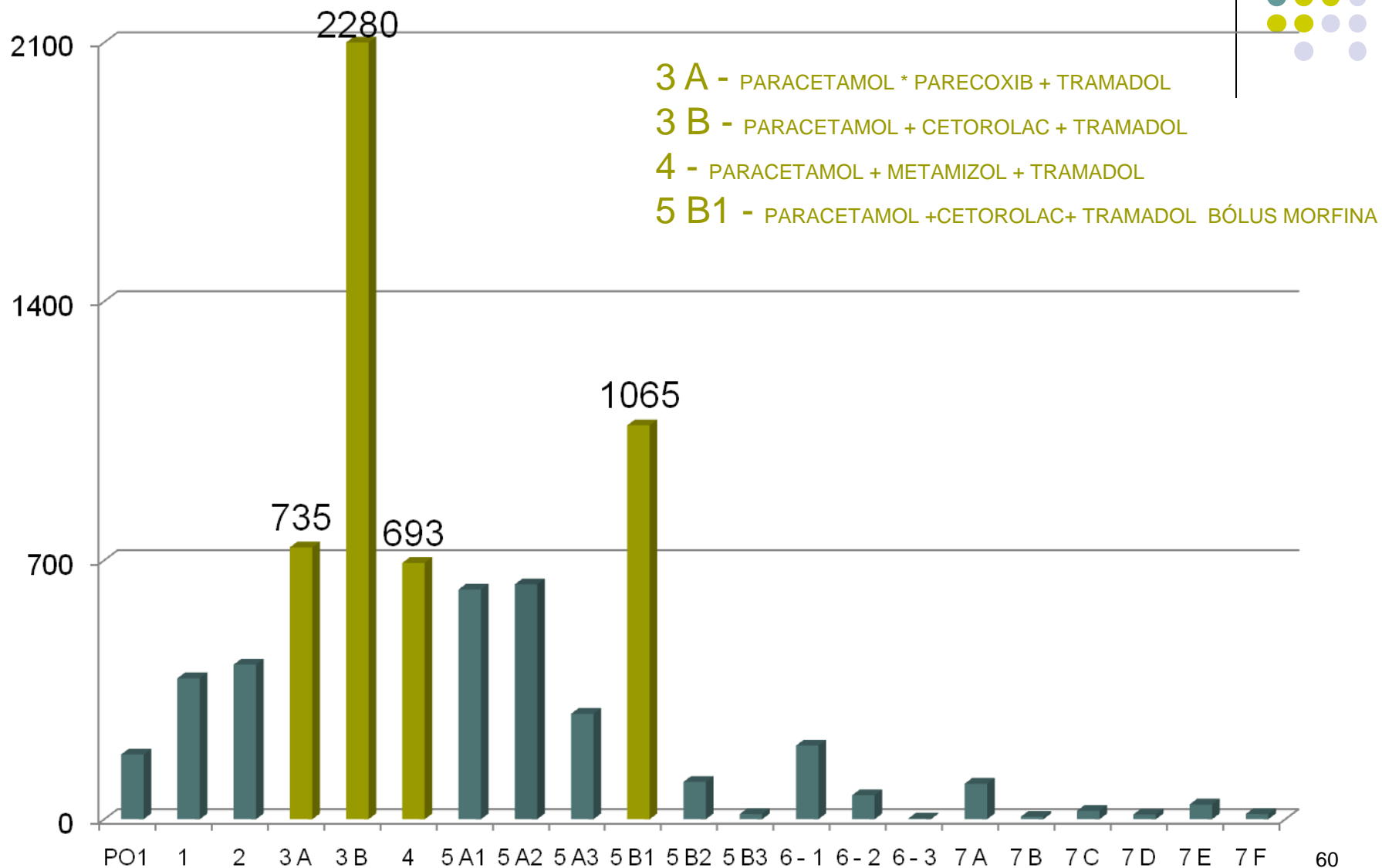
Utilização dos protocolos em 7033. **98,2%**

## 3º Trimestre

Doentes Intervencionados no Bloco Central 3924.

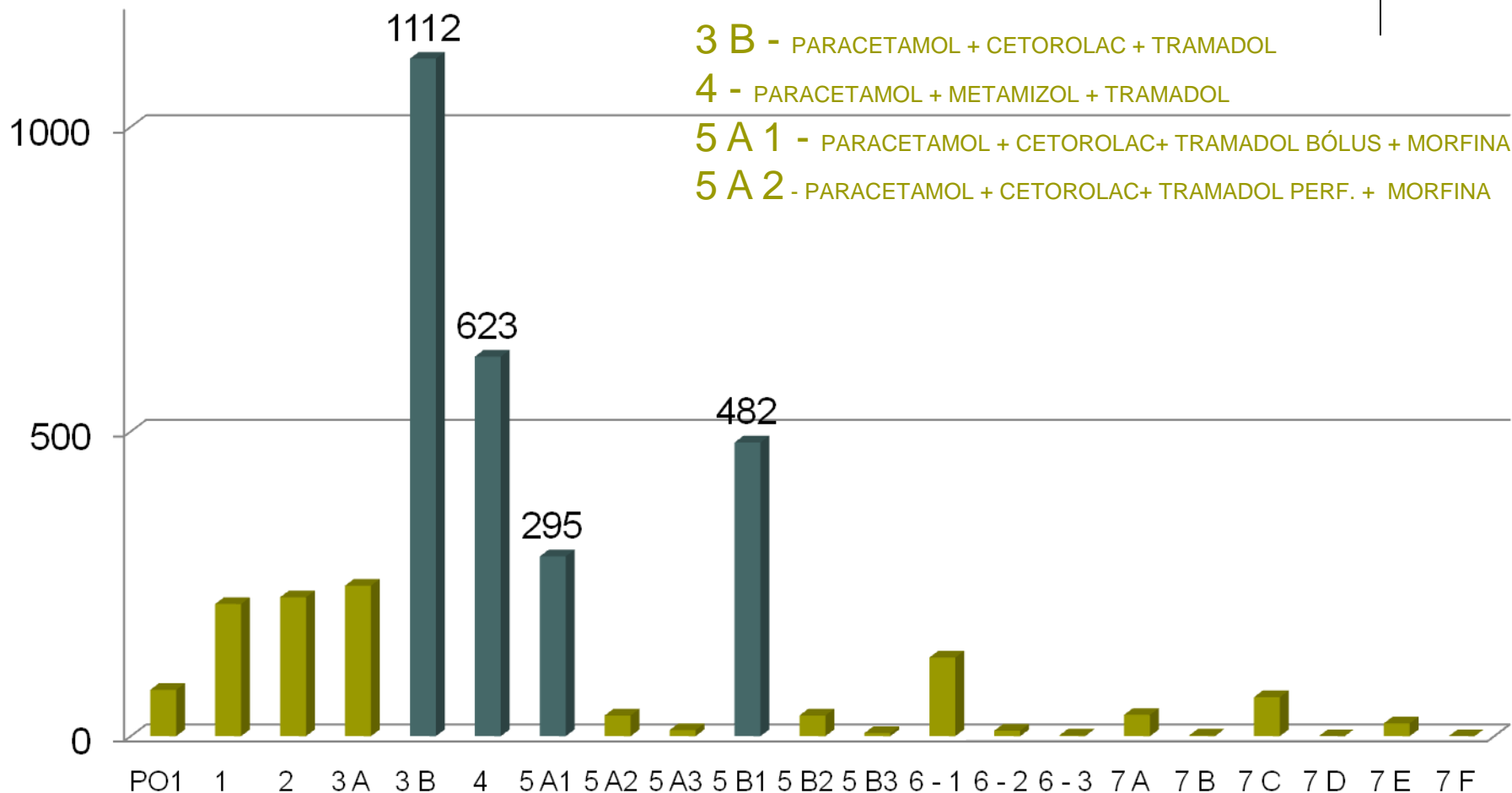
Utilização dos protocolos em 3623. **92,3%**

# Utilização / Protocolo: 1º semestre



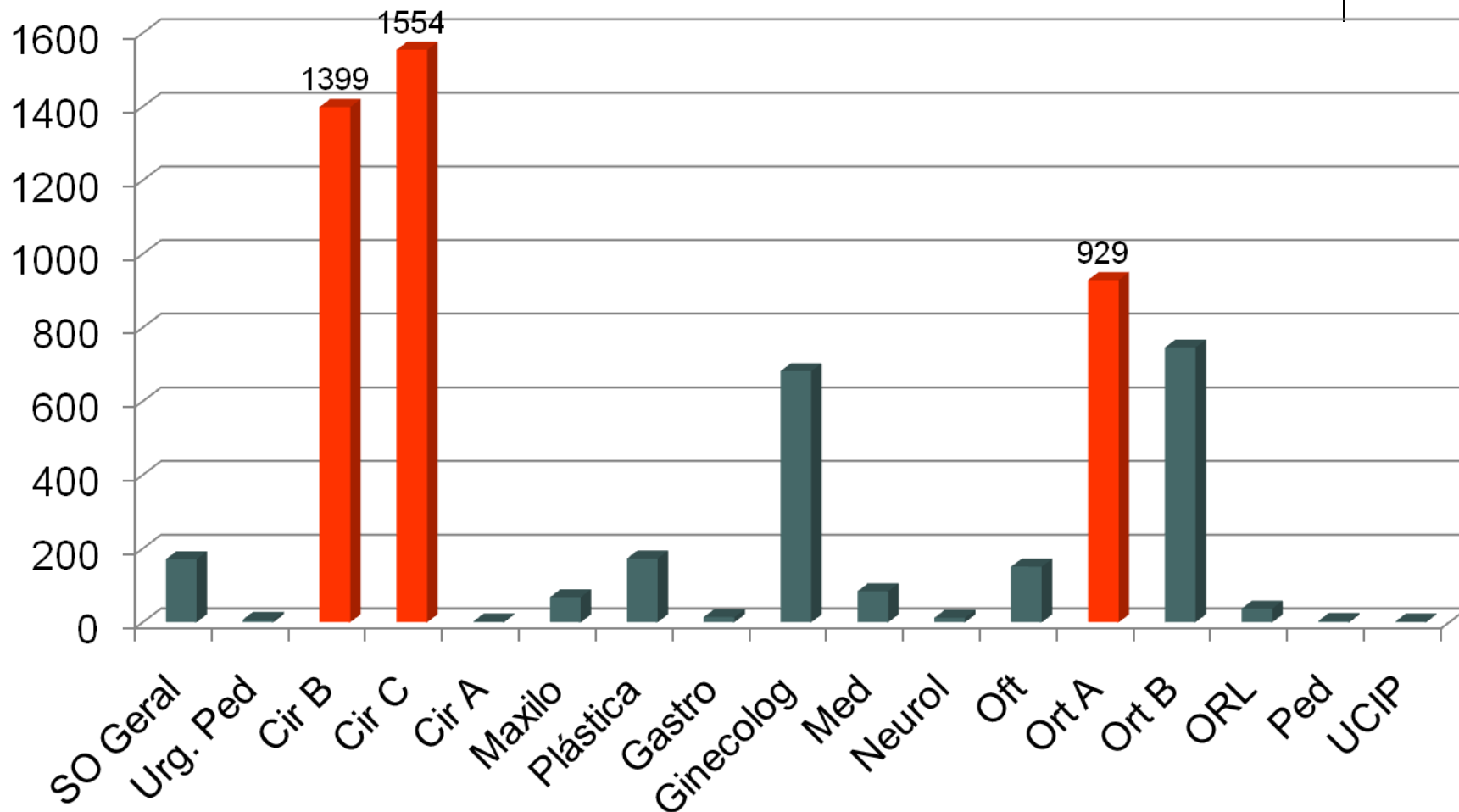
7033 Doentes

# Utilização / Protocolo: 3º trimestre



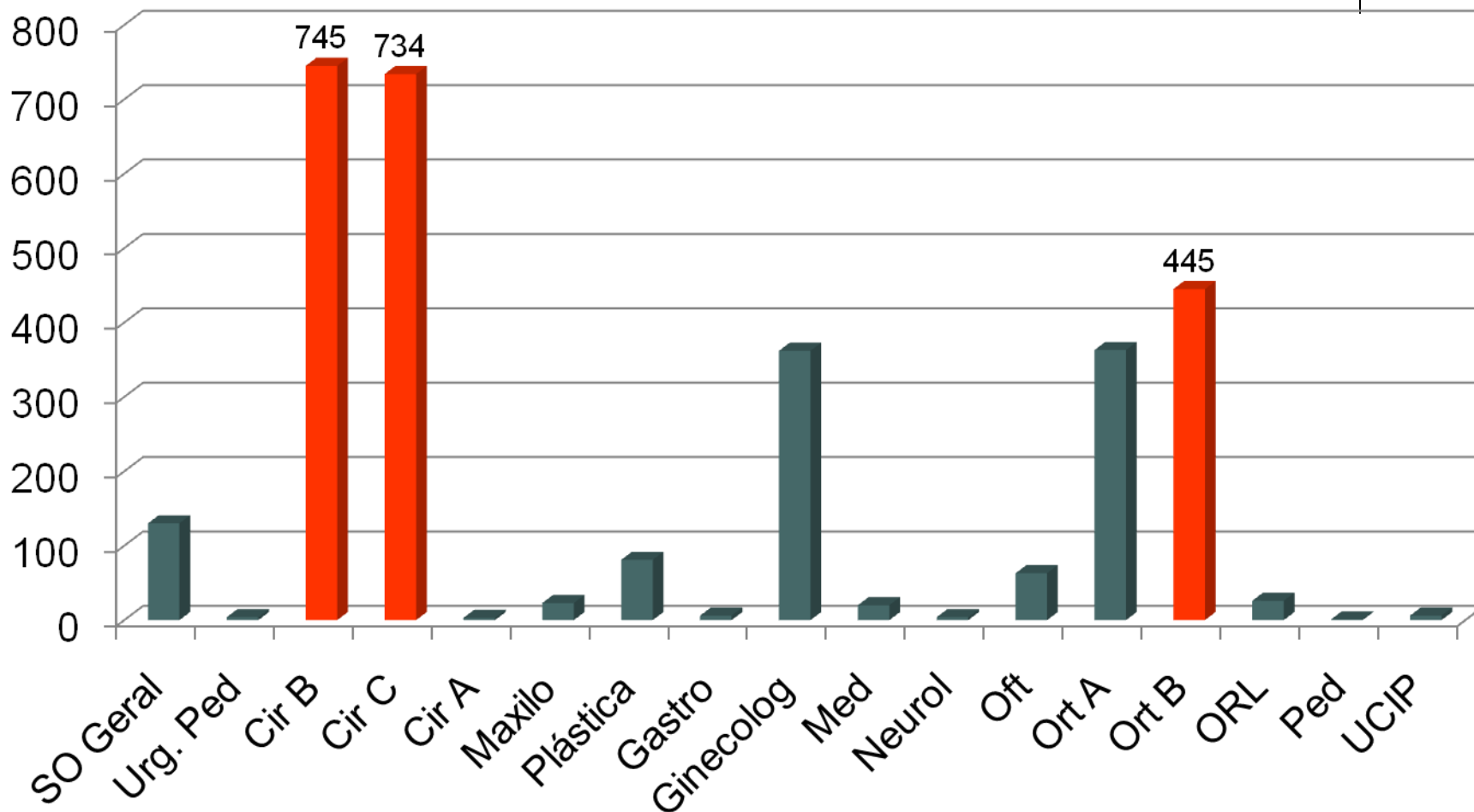
3623 Doentes

# Utilização / Serviço: 1º semestre

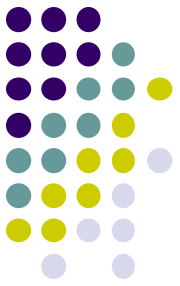


7033 Doentes

# Utilização / Serviço: 3º trimestre



3623 Doentes



# Registros

# Registos

folha única, revista em 2009. Aguarda aprovação pela direcção de enfermagem e clínica.



FERNANDO FONSECA HOSPITAL		Data: ____/____/____							
Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos-UCPA									
Tipo de Anestesia		Sala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Obst							
<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local (_____)	Serviço de origem: _____							
<input type="checkbox"/> Combinada	<input type="checkbox"/> Local (_____)	Especialidade Cirúrgica: _____							
<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Tópica	Cirurgia Realizada: _____							
<input type="checkbox"/> Cuidados Monitorização Anestésica		Alergias medicamentosas: _____							
Patologia associada: _____									
ESCALA de AVALIAÇÃO na UCPA									
Escala de Aldrete modificada									Hora de Chegada:
	E.	15'	30'	45'	1H	2 H	3 H	S.	
<b>Consciência</b>									
Acordado e orientado	2	2	2	2	2	2	2	2	
Despertável á voz	1	1	1	1	1	1	1	1	
Despertável ao tacto	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Hemodinâmica: TA Pré-op _____ / _____ mmHg</b>									
<b>FC</b>									
TA +/- 20 mmHg (valor pre-op)	2	2	2	2	2	2	2	2	
TA +/- 20 - 50 mmHg (valor pre-op)	1	1	1	1	1	1	1	1	
TA +/- 50 mmHg (valor pre-op)	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Frequência Respiratória</b>									
Inspira profunda/ e tosse	2	2	2	2	2	2	2	2	
Taquipneia	1	1	1	1	1	1	1	1	
Dispneia	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Saturação O2</b>									
Sat>90% sem O2 Suplementar	2	2	2	2	2	2	2	2	
Sat>90% com O2 Suplementar	1	1	1	1	1	1	1	1	
Sat<90% sem O2 Suplementar	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Escala Numérica Visual (quantificação numérica)</b>									
Dor ligeira (0-3)	2	2	2	2	2	2	2	2	
Dor moderada (>3-6)	1	1	1	1	1	1	1	1	
Dor intensa (>6-10)	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Emese(S/N)</b>									
Sem náuseas e vômitos	2	2	2	2	2	2	2	2	
Com náuseas e vômitos que cedem à terapêutica	1	1	1	1	1	1	1	1	
Com náuseas e vômitos que persistem	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Diurese (ml)</b>									
<b>Temperatura(°C)</b>									
<b>Glicémia(BM test/ U insulina)</b>									
<b>Mobilização</b>	E.	15'	30'	45'	1H	2 H	3 H	S.	
<b>Anestesia Geral</b>									
Mobiliza os 4 membros	2	2	2	2	2	2	2	2	
Diminuição na mobilização	1	1	1	1	1	1	1	1	
Não mobiliza membros	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Anestesia Loco-Regional(Escala de Bromage)</b>									
Mobiliza perna e pé	2	2	2	2	2	2	2	2	
Mobiliza pé; flecte ↓ joelho	1	1	1	1	1	1	1	1	
Mobiliza pé, mas não joelho	0	0	0	0	0	0	0	0	
Não mobiliza perna e pé	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>SNG</b>									
<b>Dreno/ cateter 1(local: _____)</b>									
<b>Dreno/ cateter 2(local: _____)</b>									
<b>Contracção Uterina (S/N)</b>									
<b>Pensos/Tamponamentos</b>									
<b>TOTAL ENFERMEIRO</b>									
Alta da UCPA aconselhada= 14 (Aldrete modificada > 12 e escala de Bromage > 2)									

**Terapêutica**

**Horas**

**Observações:**

**Destino:**

UC Intensivos

UC Intermediários \_\_\_\_\_ min

Enf(\_\_\_\_ min /após reversão do bloqueio)

Outro (\_\_\_\_\_)

Anestesiista: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_

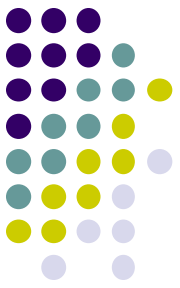
Obstetra: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_



# Formação/2010

# Folheto de acolhimento

(a ser distribuído pelos enfermeiros durante o acolhimento)



## O QUE É A DOR?

O que é a Dor do pós-operatório?

Posso sentir Dor após a cirurgia?

É importante tratar a Dor do pós-operatório?

Quem deve tratar a Dor pós-operatória?

Como avaliar/medir a Dor pós-operatória:

Que meios existem para tratar a Dor provocada pela cirurgia?

Falsos mitos

**Como avaliar/medir a Dor pós- operatória:**

- Observação directa e diálogo com o doente.
- Medição dos sinais vitais.
- Utilização de Escalas próprias para medir a dor.

**Que meios existem para tratar a Dor provocada pela cirurgia?**

Técnicas convencionais: Medicamentos (comprimidos, injectáveis, pomadas).

Técnicas não convencionais: Uso de medicamentos por via epidural, bloqueios de nervos; com a participação directa do doente na auto-administração de analgésicos e controle da sua própria dor.

Uso de meios não farmacológicos (ex: aplicação de gelo).

Contactos Telefónicos:  
Serviço de Anestesiologia Unidade de Dor Aguda:  
21 434 8365  
[www.hospitalamadorasintra.pt](http://www.hospitalamadorasintra.pt)

H.F.F. G.C. Mod.1 Anest. Abril/2008

**Falsos Mitos**

Quando se faz uma cirurgia é habitual ter dor.  
É sempre tratável.

**Se a ignorar a dor acaba por passar.**

Talvez, mas se for tratada permite uma recuperação cirúrgica mais rápida e de melhor qualidade.

A dor é igual para todas as pessoas independentemente da cirurgia.

É falso.

Cada pessoa é um caso, a dor depende de vários factores físicos, psíquicos, sociais psicológicos, éticos e culturais.

**Se a dor não passa com os medicamentos dados nada mais se pode fazer.**

É falso.

Os meios para tratar a dor aguda são múltiplos e variados. Cada doente tem uma sensibilidade diferente a cada método.



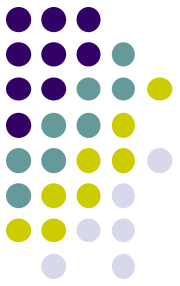
accredited by the  
Health Quality Service

**Serviço de Anestesiologia**

# FOTO

**Unidade de Dor Aguda**

# Acções de formação/2010

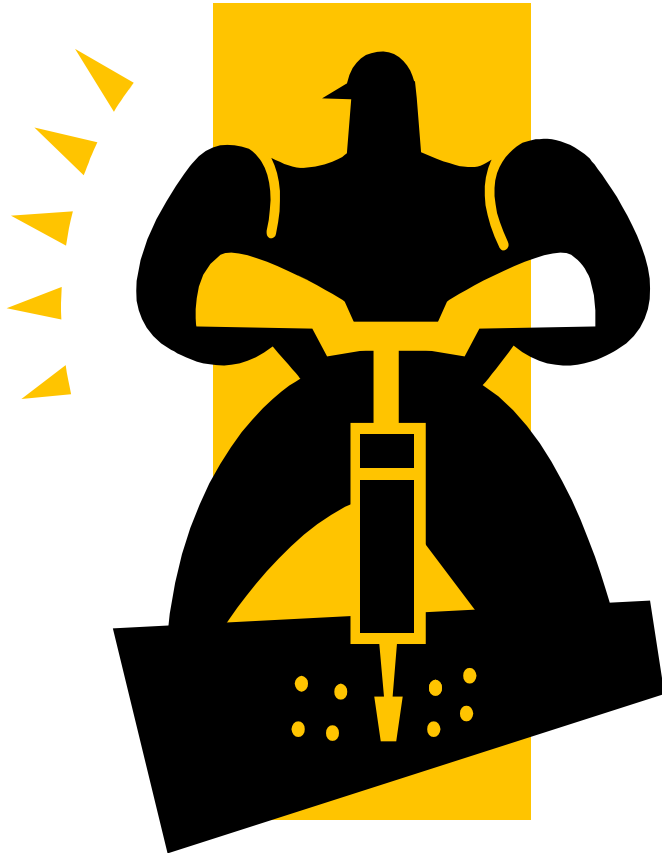
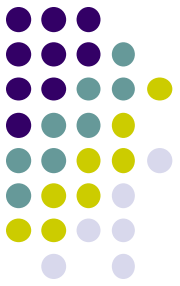


Para cirurgiões: “ Mitos da analgesia”

Para enfermeiros:

“ Protocolos e procedimentos em técnicas de analgesia  
invasiva - formação prática - Registos”

# Feedback do Serviço....



Comentários  
Sugestões ....

