

ALINE PALLAORO GARCIA

**PROPOSTA DE UMA NOVA FICHA ANESTÉSICA PARA
IMPLANTAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – HU/ UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

ALINE PALLAORO GARCIA

**PROPOSTA DE UMA NOVA FICHA ANESTÉSICA PARA
IMPLANTAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – HU/ UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Professor Orientador: Prof. Dra Maria Cristina Simões de Almeida

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que se empenham em melhorar a vida e permitem realizar sonhos.

AGRADECIMENTOS

A meu pai, pelo amor, carinho e apoio.

A meus avós, pela dedicação e incentivo à educação.

À minha querida professora Dra Maria Cristina Simões de Almeida, que me ensinou o gosto pela pesquisa. Tornou-se o exemplo de profissional, dedicada ao trabalho de forma plena e completa.

Ao Dr Giovani, que do seu modo peculiar me incentivou na busca pelo conhecimento.

À Caroline Parreira, Michele Caroline dos Santos e Rodrigo Lopes Nunes que me ajudaram na coleta de dados para a pesquisa e permitiram que esse trabalho fosse realizado.

Aos pacientes que aceitaram participar desse estudo e permitiram a concretização dessa pesquisa e acreditaram que, de alguma forma, contribuía para a melhoria na qualidade do serviço prestado à população através da saúde e do atendimento ao público.

Aos amigos e colegas que me impulsionaram durante a longa jornada.

Ao meu amor, Ricardo, que me incentiva e me apóia em todas as horas que me dediquei a esse trabalho e à minha vida profissional.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito”.
(Chico Xavier)

RESUMO

Objetivos: Elaborar uma ficha anestésica, comparar as informações contidas na nova proposta com a ficha anestésica antiga e analisar os dados registrados posteriormente à implantação da nova ficha.

Métodos: Foi elaborada uma ficha anestésica, contendo informações de pré, trans e pós-anestésicos. Foi realizada comparação entre o documento antigo e a nova ficha. Os dados colhidos na nova ficha foram registrados no *Microsoft Office Excel 2007* a partir da ficha de apoio e posteriormente analisados estatisticamente no programa *Epi Info*.

Resultados: A nova ficha de anestesia foi implantada em dezembro de 2009. A ficha anestésica antiga utilizava termos desatualizados e continha 86 dados de cada paciente. A nova ficha anestésica emprega termos modernos e proporciona levantamento de até 188 dados e diversos cruzamentos possíveis. A maioria dos pacientes é adulta, feminina, branca, em bom estado geral. As cirurgias são mais realizadas pela cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia. Houve pouca dificuldade de manutenção de vias aéreas. Foram constatados muitos exames complementares sem correspondência com número de comorbidades. As associações propofol-sevoflurano e atracúrio foram as mais realizadas. As complicações trans-anestésicas mais comuns foram hipo/hipertensão arterial. As complicações pós-anestésicas devem ser avaliadas com cautela. A profilaxia para NVPO mostrou-se eficiente.

Conclusões: A nova ficha de anestesia foi implantada em dezembro de 2009. A comparação entre os documentos demonstrou que, além dos novos termos empregados serem mais atualizados, a ficha antiga continha poucos dados. A análise da nova ficha de anestesia reviu 1470 fichas contendo 188 informações por paciente.

Palavras-chave: registro médico coordenado; anestesia; custos hospitalares.

ABSTRACT

Objectives: Develop an anesthesia record, compared to the information contained in the new proposal with the old anesthesia record and analyze the data recorded after the development of the new record.

Methods: We developed an anesthesia record, consisting of information obtained before, during and after anesthesia. We compared the old document with the new one. The collected data in the new anesthesia record were documented in *Microsoft Office Excel 2007* using the support form and then statistically analyzed using *Epi Info*.

Results: The new anesthesia record was established in December 2009. The old anesthesia record used outdated terms and contained 86 details for each patient. The new document uses modern terms and provides 188 details with different possible data intersections. Most patients are adults, female, white, in good general condition. The surgeries are commonly performed by general surgery and obstetrics / gynecology. There was no difficulty in access the airway in the most patients. We found many exams do not correspond with the number of comorbid conditions. The most accomplished association was propofol-sevoflurane and atracurônio. The more common trans-anesthetic complications were hypo / hypertension. The post-anesthetic complications should be assessed with caution. PONV's prophylaxis was efficient.

Conclusions: The new anesthesia record was established in December 2009. The comparison between the documents showed that the new terms employed are more current and the old document contained little information. The analysis of the new document has reviewed 1470 records containing 188 information per patients.

Keywords: coordinated medical record; anesthesia; hospital costs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Registro da pressão arterial sistólica e taxa de pulso, de Harvey Cushing.....	3
Figura 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com a faixa etária.....	14
Figura 3 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia de acordo com a Classificação de Risco Anestésico segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA).....	15
Figura 4 - Circunstância das cirurgias realizadas no HU-UFSC.....	15
Figura 5 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC segundo histórico anestésico familiar ou pessoal.....	16
Figura 6 – Testes clínicos e instrumentais de permeabilidade das vias aéreas. Em (A) Teste de Patil; em (B) Teste de Mallampati; em (C) Teste de abertura bucal e em (D) Teste de Cormack-Lehane.....	17
Figura 7 – Distribuição das cirurgias realizadas no HU-UFSC de acordo com a especialidade.....	18
Figura 8 - Via de obtenção da via aérea dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	19
Figura 9 – Classificação de dificuldade de acesso à via aérea dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com o sexo.....	14
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com a etnia.....	14
Tabela 3 – Análise de hábitos e vícios auto declarados pelos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	15
Tabela 4 - Principais comorbidades encontradas nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	16
Tabela 5 – Frequência de realização de exames complementares pelos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	17
Tabela 6 - Frequência das drogas anestésicas utilizadas em pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	18
Tabela 7 - Frequência de uso de monitorização nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	20
Tabela 8 - Frequência de complicações trans-anestésicas ocorridas nas cirurgias realizadas no HU-UFSC.....	20
Tabela 9 - Principais complicações ocorridas durante a indução anestésica nas cirurgias realizadas no HU-UFSC.....	21
Tabela 10 - Principais complicações ocorridas durante a manutenção anestésica nas cirurgias realizadas no HU-UFSC.....	21
Tabela 11 - Principais complicações ocorridas durante o despertar anestésico nas cirurgias realizadas no HU-UFSC.....	22
Tabela 12 - Principais complicações ocorridas na SRPA durante o pós-anestésico imediato dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	22
Tabela 13 - Principais complicações ocorridas durante o pós-anestésico tardio dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	23
Tabela 14 - Correlação entre presença de complicações pós-anestésicas de acordo com a faixa etária nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	24

Tabela 15 - Correlação entre a frequência de NVPO ocorridos na SRPA com a administração de drogas profiláticas no período trans-anestésico dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	24
Tabela 16 - Correlação entre a frequência de NVPO ocorridos no pós-anestésico tardio com a administração de drogas profiláticas no período trans-anestésico dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados pré-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga.....	9
Quadro 2 - Dados pré-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia.....	10
Quadro 3 - Dados trans-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga.....	11
Quadro 4 - Dados trans-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia...	12
Quadro 5 - Dados pós-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga.....	13
Quadro 6 - Dados pós-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia.....	13

LISTA DE ABREVIATURAS

A	Número de abortos prévios
ASA	American Society of Anesthesiologists
BE	“Base excess”, da língua inglesa, que se refere à quantidade de base presente no sangue
BIS	Bispectral Index, da língua inglesa, que corresponde a um parâmetro que avalia a resposta do paciente a anestésicos e sedativos
BNM	Bloqueio neuromuscular
C	Número de cesáreas prévias
ECG	Eletrocardiograma
EtCO ₂	Concentração final do gás carbônico expirado
FIO ₂	Fração inspirada de oxigênio
Fr	Frequência respiratória
G	Gesta, que significa número de gestações anteriores
HU-UFSC	Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina
I:E	Relação inspiração-expiração
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IM	Intramuscular
IR	Intraraquidiana
IV	Intravenosa
NVPO	Náuseas e vômitos pós-operatórios
P	Para, que significa número de partos vaginais prévios
PA	Pressão arterial
PaCO ₂	Pressão parcial de gás carbônico
PANI	Pressão arterial não invasiva
PaO ₂	Pressão parcial de oxigênio
Peep	Pressão expiratória final
Ph	Potencial hidrogeniônico
P _{máx}	Pressão máxima
PVC	Pressão venosa central
RN	Recém-nascido

Sat O ₂	Saturação de oxigênio
SpO ₂	Saturação de oxigênio medida por oximetria de pulso
SRPA	Sala de Recuperação pós-anestésica
TAP	Tempo de ativação da protrombina
TOF	“Train-of-four”, da língua inglesa, que significa seqüência de quatro estímulos
TTPA	Tempo de tromboplastina parcial ativada
TVP	Trombose venosa profunda
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
V _t	Volume total

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	5
3 MÉTODOS	6
4 RESULTADOS.....	9
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
NORMAS ADOTADAS.....	33
APÊNDICES.....	34
ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico corresponde a uma das unidades hospitalares mais complexas, no que diz respeito à organização e à gestão administrativa; não somente em virtude dos equipamentos utilizados e da tecnologia disponível, mas principalmente pela variação inerente e pela complexa logística envolvida no suporte para o seu funcionamento(1).

A organização do centro cirúrgico depende do tipo da cirurgia, do paciente e de serviços de apoio, como por exemplo: diagnóstico por imagem, patologia clínica, anatomia patológica, esterilização de material, logística de suprimentos, fornecimento de materiais e medicamentos, manejo das complicações clínicas, entre outros(1).

Assim, o bom gerenciamento dessa unidade hospitalar sustenta-se no acesso às informações obtidas por medições padronizadas e estruturadas apresentadas como um conjunto de indicadores. Nesse contexto, a ficha de anestesia que contempla aspectos médicos referentes ao paciente e aos procedimentos realizados é de fundamental importância para o planejamento da cirurgia(2-3), auxiliando no processo de organização da unidade cirúrgica.

As complicações cirúrgicas estão sabidamente associadas com o aumento do custo da internação hospitalar. Em virtude disso, a redução das complicações tornou-se um objetivo desejável como iniciativa na redução de custos hospitalares e, simultaneamente, na satisfação dos pacientes. Historicamente, vários estudos têm demonstrado que uma anamnese completa traz informações adicionais com valor preditivo importante na previsão de eventos pós-operatórios indesejáveis e custos adicionais à internação hospitalar(4-6). Compreender a importância do conhecimento dos riscos pré-operatórios e a complexidade cirúrgica, além das possíveis complicações pós-operatórias pode levar ao desenvolvimento de estratégias mais eficazes para melhorar os resultados clínicos e reduzir os custos hospitalares(6).

Diversos programas de redução de custos estão sendo empregados como uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de instituições de saúde(7-8). Serviços relacionados à cirurgia podem representar mais de 40% dos custos hospitalares, enquanto os gastos anestésicos correspondem a cerca de 6% do custo total de internação cirúrgica. Assim, conhecer os custos reais da prestação de cuidados aos pacientes cirúrgicos auxilia gestores hospitalares no desenvolvimento de metas para redução e melhoria da utilização de recursos de saúde(9).

Além disso, os eventuais cancelamentos correspondem a importantes implicações financeiras negativas - uma estimativa sugere uma perda de no mínimo US\$

1.500 por hora. Atrasos também podem ter um impacto financeiro significativo; em 1999, o custo do tempo perdido na sala de cirurgia foi estimado em aproximadamente US\$ 10 por minuto(9).

Davenport et al.(10) confirmam que os fatores de risco pré-operatório são preditores eficazes do custo hospitalar, demonstrando que a intervenção pré-operatória que reduza os riscos cirúrgicos pode levar à economia de custos significativa. E a melhor forma de reduzir o risco cirúrgico e minimizar o tempo de internação hospitalar é obtida através da consulta pré-anestésica por via ambulatorial, já que a hospitalização antes da cirurgia é rara mesmo nos pacientes com comorbidades.

Além do aspecto de planejamento para o serviço e para a instituição, a ficha de anestesia constitui um registro legal do ato médico.

O médico não tem absoluta autoridade sobre o paciente, e por isso, cada vez mais, anesthesiologistas - e médicos em geral - estão cientes da necessidade de obtenção do consentimento do paciente para a administração de drogas e de procedimentos anestésicos. De acordo com conceitos jurídicos básicos, qualquer procedimento realizado contra o desejo do paciente constitui agressão. Certamente a administração de agentes anestésicos atravessa os limites da liberdade e entra para a esfera da responsabilidade(11).

Na prática, o termo de consentimento assinado pelo paciente é capaz de determinar o estabelecimento da relação médico-paciente(12). Em pouco tempo, a consulta pré-anestésica pode evitar muitos mal-entendidos, além de consistir em um pedaço de provas válidas que podem ser introduzidas em juízo pelo paciente que se sentir prejudicado em qualquer aspecto e queira abrir um ação contra o médico(2-3, 11). A importância de uma avaliação pré-anestésica adequada tornou-se fundamental para o sucesso da cirurgia.(13) A tendência atual da avaliação pré-anestésica formula a entrevista a partir de questões estruturadas em uma hierarquia específica que leve em consideração as orientações clínicas, os procedimentos operacionais padrão e a medicina baseada em evidências. As respostas às complexas questões são então classificadas de acordo com critérios acordados e sistemas de pontuação passíveis de classificações relevantes, que resultam em recomendações que podem ser usados para verificar a qualidade do processo e a avaliação dos riscos anestésicos(6, 14).

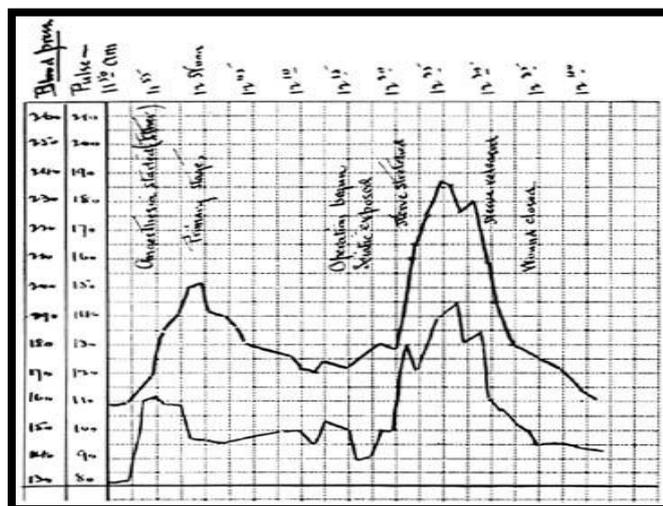
Recentemente, devido aos inúmeros e crescentes processos legais relacionados aos erros médicos, tornou-se imperativo o uso de uma documentação detalhada e segura para o registro dos procedimentos clínicos(6).

Historicamente, pode-se observar a evolução no que diz respeito à forma como o procedimento anestésico vem sendo registrado.

Já no século XIX, Dr Harvey Cushing foi o primeiro médico a utilizar medidas da pressão arterial em seus pacientes. Depois que aprendeu o método Rovi-Rocci, na Itália, Dr Cushing passou a registrar dados precisos da anestesia durante suas cirurgias, o que confirmou sua idéia de que o choque poderia ser evitado prestando-se atenção especial no sentido de evitar que ele denominou de “estresse associado à cirurgia”(15).

Um dos primeiros registros de Harvey Cushing da anestesia mostra a pressão arterial sistólica e a taxa de pulso (**Figura 1**). A primeira elevação da pressão arterial corresponde à fase de excitação da indução do éter, e a segunda demonstra o comportamento da PA durante a libertação de aderências do nervo ciático. As linhas verticais ocorrem em intervalos de 2,5 minutos(15).

Figura 1 – Registro da pressão arterial sistólica e taxa de pulso, de Harvey Cushing



FONTE: Cushing H: On routine determination of arterial tension in operating room and clinic. Boston Med Surg J148:250-256, 1903 apud Miller et al. (2010, p. 29)

No Brasil, as primeiras fichas anestésicas utilizadas foram adaptadas de modelos norte-americanos, que obedeciam a um sistema de armazenamento de dados de pré, trans e pós-operatório desenvolvido através de cartões perfurados(16).

O Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolveu um sistema de fichas que foi implantado na época da inauguração do hospital, em maio de 1980. E que foi utilizada até dezembro de 2009. Alguns hospitais, ainda hoje, empregam fichas semelhantes.

No final dos anos 80, a literatura médica experimentou os primeiros relatos do uso de microcomputadores para o registro de boletins de anestesia(17). A partir de então, diversas instituições de saúde vêm adotando sistemas informatizados de coleta e monitorização dos dados em diversas áreas, inclusive a Anestesiologia(4, 7-8, 18-19). Atualmente, alguns

centros já utilizam sistemas de gerenciamento informatizados de anestesia, produzindo uma ficha eletrônica que permite integração ao sistema de informações hospitalar para recuperação de dados referentes à identificação, avaliação pré-operatória e resultados de exames laboratoriais(7, 19). Além disso, a ficha informatizada mostra-se superior ao formulário manual no que diz respeito à correspondência entre os valores registrados e os valores reais das medidas de pressão arterial e demais parâmetros monitorados(2, 18). Dessa forma, permite maior sensibilidade e especificidade na identificação de eventos adversos intra-operatórios, que se mostraram fortemente relacionados com a morbi-mortalidade perioperatória(4).

Os departamentos de anestesia que utilizam o sistema de boletim eletrônico apresentam melhor controle dos custos hospitalares e anestésicos(7-8, 19-21), o que favorece a gestão mais eficiente do consumo, estoque de materiais e medicamentos e o desenvolvimento de estudos para a redução dos custos da anestesia, sem reduzir a eficiência e a qualidade do serviço(5, 7-8).

Apesar de toda a evolução ocorrida nos últimos anos - não somente com o advento da tecnologia da informatização, como também em relação às novas técnicas anestésicas, equipamentos utilizados e drogas administradas - a ficha anestésica utilizada no serviço de anestesiologia do HU/ UFSC não tinha sido atualizada até então. Dessa forma, não atingia mais seus objetivos principais. As anestésias eram registradas como observações e registros a critério de cada Anestesiologista, conduzindo a um não aproveitamento adequado dos dados registrados.

Justifica-se, então, a elaboração de uma nova ficha de anestesia que contemple dados mais completos sobre o paciente e o procedimento realizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Elaborar uma nova ficha anestésica a ser aplicada no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

2.2 Comparar a nova proposta de ficha e a antiga ficha de anestesia em relação às informações contidas em cada uma delas.

2.3 Analisar os dados registrados posteriormente à implantação da nova ficha anestésica, durante o período dezembro de 2009 até fevereiro de 2011.

3 MÉTODOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 457 (em anexo) e foi aprovada em 30 de novembro de 2009. A coleta de dados iniciou-se em dezembro de 2009 e finalizou-se em fevereiro de 2011, sendo realizada em cinco tempos:

3.1 Elaboração da nova ficha de anestesia (em anexo), dividida em quatro folhas e que contempla:

3.2.1 Folha 1: PRÉ-ANESTÉSICO

- Dados pessoais e antropométricos do paciente, diagnóstico pré-operatório e cirurgia proposta;
- Regime da cirurgia e motivos de suspensão;
- Pequena anamnese dirigida;
- Análise de testes de permeabilidade das vias aéreas;
- Espaços destinados ao preenchimento manual de anamnese e exame físico, bem como resultado de exames laboratoriais e instrumentais. O registro de pareceres especializados também pode ser preenchido nesse bloco;
- Consentimento Informado com as respectivas assinaturas: anesthesiologista e paciente ou responsável legal.

3.2.2 Folha 2: TRANS-ANESTÉSICO

- Condições de admissão na Sala de Cirurgia, medicações pré-anestésicas utilizadas, e a checagem dos equipamentos de anestesia, bem como o tempo de jejum respeitado pelo paciente;
- Registro manual dos agentes anestésicos e fluidos na periodicidade atribuída pelo anesthesiologista, assim como os dados referentes à monitorização durante toda a anestesia, os sinais vitais e a posição do paciente na mesa de cirurgia;
- As condições de obtenção das vias aéreas, o regime de ventilação e os dados de gasometria;
- Registros de trabalho de parto e os dados do nascimento, como escore de Apgar em 1 e 5 minutos, peso e sexo do recém nascido;

- Os medicamentos controlados por doses ou número de ampolas utilizadas. Esse espaço destina-se aos anestésicos que necessitam de controle especial de psicotrópicos.

3.2.3 Folha 3: TRANS-ANESTÉSICO

- Cirurgia realizada e diagnóstico pré-operatório. Também figuram nesse campo, cirurgião e anesthesiologista responsáveis, e hora de início e término da cirurgia;
- Seguem os modelos de registro dos agentes anestésicos, fluidos, monitorização, sinais vitais e posição na mesa cirúrgica ao longo do transcorrer da anestesia (continuação da folha 2, item b);
- Complicações ocorridas nas diferentes etapas da anestesia: indução, manutenção e despertar;
- Registro do balanço hídrico do paciente ao fim da cirurgia, incluindo diurese, administração de colóides, cristalóides e sangue, sangramentos ocorridos;
- Espaço para preenchimento manual das condições de alta da sala cirúrgica, e destino do paciente;
- Espaço para anotações de possíveis intercorrências;
- Bloco destinado aos medicamentos utilizados para profilaxia de dor, náuseas e vômitos.

3.2.4 Folha 4: PÓS-ANESTÉSICO

- Escore de Recuperação de Aldrete-Kroulik;
- Sinais vitais durante a permanência na Sala de Recuperação Pós-anestésica;
- Registros de alta da SRPA: horário, destino, recomendações, assinaturas do anesthesiologista e enfermeira responsáveis;
- Ocorrência de complicações pós-anestésicas no momento imediato (na SRPA), e a partir de 24 horas após a anestesia
- Espaço para eventuais observações;
- Assinatura do anesthesiologista avaliador;
- Data da observação da determinada complicação.

3.3 Obtenção do Termo de Consentimento Consciente (em anexo) assinado pelo paciente.

3.4 Foi realizada uma comparação entre a ficha de anestesia utilizada no centro cirúrgico do HU-UFSC até então e a nova ficha de anestesia a partir dos dados que cada uma contempla.

3.5 Os dados colhidos a partir da nova ficha foram registrados em arquivo sigiloso no programa *Microsoft Office Excel* (versão 2007) a partir de uma ficha de apoio para a coleta dos dados especialmente desenvolvida para a elaboração desse Trabalho de Conclusão de Curso (em anexo). Os anestesiólogistas do serviço foram responsáveis pelo preenchimento dessas fichas; somente o espaço destinado ao pós-anestésico tardio foi preenchido a partir de dados colhidos dos pacientes e do prontuário pelo próprio autor da pesquisa.

3.6 Os dados estatísticos foram calculados a partir do programa *Epi Info* (versão 3.5.3), que desenhou as tabelas e figuras.

Justifica-se que, apesar dos esforços, ainda não disponibilizamos de computadores nas salas cirúrgicas para a informatização dos dados de anestesia. Contudo, projetos estão sendo avaliados para a implantação dessa realidade o mais breve possível.

O objetivo dessa pesquisa constitui apenas o primeiro passo para a informatização da Ficha de Anestesia no HU-UFSC.

4 RESULTADOS

Após revisão da literatura e análise de diversas fichas de anestesia utilizadas em outros países (em anexo), foi elaborada e implantada em 15 de dezembro de 2009 a nova ficha de anestesia.

Na segunda etapa do estudo foi realizada uma comparação entre os dois documentos. A análise da antiga ficha de anestesia demonstrou que os dados obtidos eram incompletos, confusos e desatualizados, contendo apenas 86 dados (**Quadros 1, 3 e 5**). Enquanto que os dados obtidos a partir da nova ficha de anestesia encontram-se bastante atualizados em relação aos termos, drogas e equipamentos modernos utilizados nas anestésias atuais, incluindo 188 dados de cada paciente (**Quadros 2,4 e 6**).

Nos quadros a seguir estão expostos os dados contemplados em cada ficha de anestesia.

Quadro 1 – Dados pré-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga

Unidade, Registro, Nome, Idade, Anestesista, Cirurgiões, Data, Tempo de anestesia, Tempo de cirurgia, Diagnóstico pré-operatório, Diagnóstico pós-operatório, Risco, Cirurgia, Peso, Última alimentação, Medicação pré-anestésica, Efeito

Comorbidades: Asma, Enfisema, Cianose, Tosse, Secreção, Dispnéia, Edema, Dor Pré-Cordial, Arritmia

Uso de drogas: barbitúrico, digitálicos, corticóides, hipotensores, outras drogas

Perda de Peso

Exame Físico: PA, Pulso, Temperatura

Exames Complementares: Hematócrito, Hemoglobina, Leucócitos, Grupo sanguíneo, Uréia, Proteínas, Glicose, Parcial de urina (densidade, albumina, glicose, sedimento)

Outros dados

Anestesia Anterior

Acidentes e Complicações

Quadro 2 - Dados pré-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia

Nome, Quarto, Registro, Sexo, Idade, Altura, Peso, Gestações anteriores (G, P, C, A), Diagnóstico pré-operatório, Cirurgia proposta, Regime de cirurgia, Suspensão da cirurgia, Condições de admissão na sala cirúrgica, Data da cirurgia, Medicação pré-anestésica, Checagem dos equipamentos, Última alimentação, Cirurgia realizada, Diagnóstico pós-operatório, Início da cirurgia, Término da cirurgia, Cirurgião, Anestesiologista

Hábitos e Vícios: tabagismo, etilismo, drogas

Comorbidades: Hipertensão, Doença Coronariana, disritmia, diabetes, doença renal, doença pulmonar, asma, doença neuromuscular, doença hematológica, sepse

Anamnese dirigida

Anestesias prévias

Exame físico

Testes de permeabilidade das vias aéreas: Mallampati, Patil, abertura bucal, Cormack-Lehane

Classificação de ASA

Exames Complementares: Hematócrito, Hemoglobina, Leucócitos, Plaquetas, Uréia, Creatinina, Glicose, Sódio, Potássio, TAP, TTPA, Grupo sanguíneo, Outros, ECG, Raio X

Pareceres Especializados

Consentimento Informado: assinado pelo paciente e anestesiologista avaliador

Quadro 3 - Dados trans-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga**Agentes anestésicos utilizados ao longo do procedimento****Sangue perdido e repostado****Fluidos**

Monitorização ao longo do procedimento: pressão arterial, temperatura, pulso, PVC, respiração

Indução anestésica: IV, inalatória. IM, IR, outra

Entubação: orotraqueal, nasotraqueal

Sistema: com absorvente circular, sem absorvente

Tipo de absorvente: J. Rees, Baih, Baraka, outro

Técnica condutiva**Anotações**

Quadro 4 - Dados trans-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia**Agentes anestésicos utilizados ao longo do procedimento****Fluidos**

Monitorização ao longo do procedimento: SpO₂, EtCO₂, temperatura, BIS, TOF, diurese, pressão arterial

Posição adotada pelo paciente ao longo do procedimento

Via aérea adotada: espontânea, máscara facial, nasotraqueal, orotraqueal, máscara laríngea, tubo dupla luz (número do tubo)

Acesso à via aérea: fácil, difícil

Ventilador: FIO₂, Vt, Fr, I:E, P_{máx}, Peep

Gasometria: Ph, PaCO₂, PaO₂, Sat O₂, bicarbonato, BE, correção

Trabalho de Parto: uso de ocitocina, APGAR 1' e 5', hora do nascimento, sexo e peso do RN

Medicamentos controlados e número de ampolas utilizadas: propofol, midazolam, cetamina, etomidato, fentanil, alfentanil, remifentanil, sevoflurano, isoflurano, morfina, meperidina, tramadol

Técnica anestésica

Complicações na indução, manutenção e despertar anestésicos: hipoxemia/hipoventilação, obstrução respiratória, hipotensão, hipertensão, disritmia, broncoespasmo, defeito de equipamento, parada cardíaca

Balanco: diurese, cristaloide, colóide, sangue, sangramento, balanço volêmico

Condições de alta da sala cirúrgica

Encaminhamento: SRPA, UTI, paciente ambulatorial

Intercorrências**Profilaxia de dor e NVPO**

Quadro 5 - Dados pós-anestésicos obtidos com a ficha de anestesia antiga

Complicações pós-operatórias nos primeiros 7 dias: depressão respiratória, cianose, broncopneumonia, arritmias, hipotensão, trombo embolismo, choque, retenção de urina, vômitos, cefaléia, laringite

Observações e terapêuticas

Óbito: causa, diagnóstico, necrópsia

Quadro 6 - Dados pós-anestésicos obtidos com a nova proposta de ficha de anestesia

Escore de Recuperação Anestésica: Índice de Aldrete e Kroulig

Sinais vitais na SRPA: dor, PA, pulso, SpO₂, temperatura, medicação

Alta da SRPA: horário, destino, recomendações especiais, rubrica do anesthesiologista e da enfermeira

Intercorrências na SRPA e no pós-anestésico tardio: dor, NVPO, hipoventilação/depressão respiratória, hipo/hipertensão, bradi/taquicardia, arritmia, BNM residual, retenção urinária, IAM, prurido, broncoaspiração, TVP, outras

Observações

Assinatura do anesthesiologista avaliador

Os dados colhidos a partir da nova ficha anestésica, durante o período dezembro de 2009 até fevereiro de 2011, resultaram na análise de 1470 fichas de anestésias correspondentes às cirurgias realizadas no Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago. Destas fichas foi colhido um total de 188 informações referentes a cada paciente, com a possibilidade ainda de um número expressivo de cruzamento de dados.

Apresentamos nas tabelas e figuras a seguir alguns dos dados julgados mais significativos.

Em relação aos dados antropométricos, pode-se perceber que o sexo feminino corresponde a uma quantidade expressiva dos pacientes (**Tabela 1**). Da mesma forma, pode-se observar que a etnia branca corresponde a cerca de 85% dos pacientes (**Tabela 2**) e que os adultos perfazem a grande maioria dos doentes submetidos a cirurgias neste hospital (**Figura 2**).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com o sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	822	58,3%
Masculino	548	38,8%
Não Consta	41	2,9%
Total	1411	100,0%

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com a etnia

Etnia	Frequência	Porcentagem
Branca	1195	84,7%
Negra	58	4,1%
Parda	33	2,3%
Amarela	23	1,6%
Não Consta	102	7,2%
Total	1411	100,0%

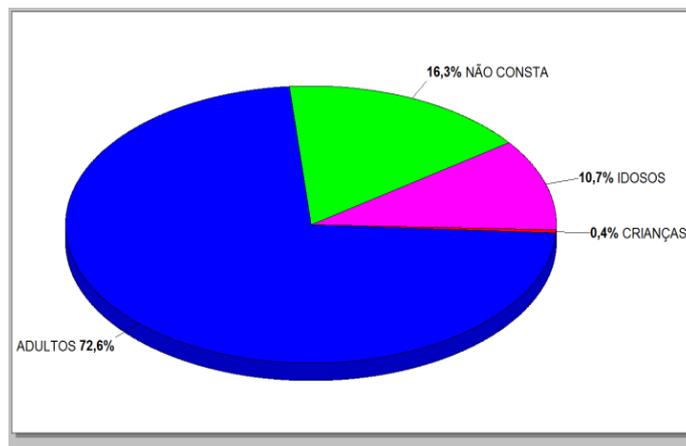


Figura 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC de acordo com a faixa etária

Em relação à Estratificação do Risco Anestésico, foram coletados dados referentes à Classificação de ASA (**Figura 3**) e ao regime de cirurgia (**Figura 4**). Nesse contexto, também foram avaliados os hábitos e vícios declarados pelos pacientes (**Tabela 3**) e as principais comorbidades encontradas (**Tabela 4**).

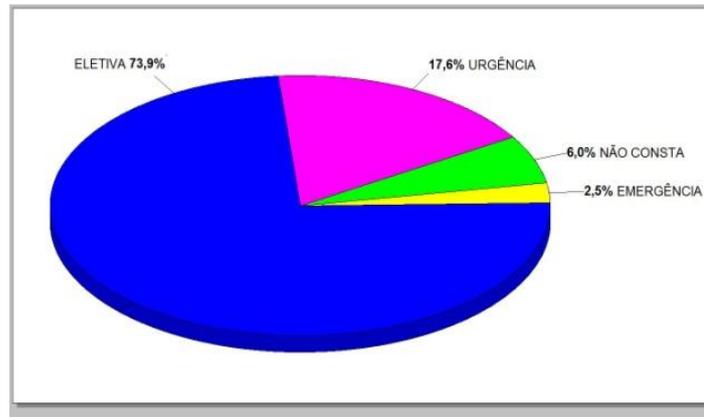


Figura 3 - Circunstância das cirurgias realizadas no HU-UFSC

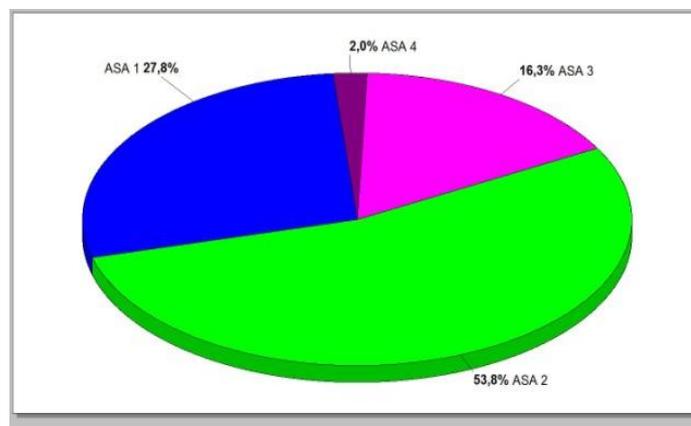


Figura 4 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia de acordo com a Classificação de Risco Anestésico segundo a American Society of Anesthesiologists (ASA)

Tabela 3 – Análise de hábitos e vícios auto declarados pelos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Hábitos e Vícios	Frequência	Porcentagem
Drogas	9	0,6%
Etilismo	20	1,4%
Tabagismo	236	16,7%
Tabagismo e Drogas	7	0,5%
Tabagismo e Etilismo	36	2,6%
Tabagismo, Etilismo e Drogas	7	0,5%
Nenhum	1096	77,7%
Total	1411	100,0%

Tabela 4 - Principais comorbidades encontradas nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Comorbidades	Frequência	Porcentagem
Hipertensão	380	25,9%
Diabetes	163	11,1%
Alergias	107	7,3%
Doença Renal	63	4,3%
Doença Pulmonar	60	4,1%
Doença Coronariana	57	3,9%
Asma	53	3,6%
Doença Neoplásica	40	2,7%
Gravidez	27	1,8%
Disritmia	21	1,4%
Doença Hematológica	13	0,9%
Sepse	13	0,9%
Doença Neuromuscular	10	0,7%
Doença Metastática	4	0,3%
Outras	113	7,7%
Sem Comorbidades	797	54,3%

O histórico familiar e pessoal de antecedentes anestésicos também foi analisado e está demonstrado na **Figura 5**.

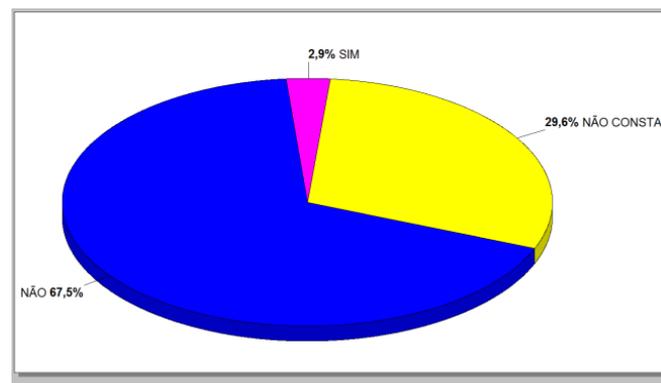


Figura 5 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC segundo histórico anestésico familiar ou pessoal

A permeabilidade das vias aéreas foi classificada de acordo com os critérios de Patil, Mallampati, abertura bucal, Cormack-Lehane (**Figura 6**). Observa-se um número significativo de pacientes com via aérea difícil.

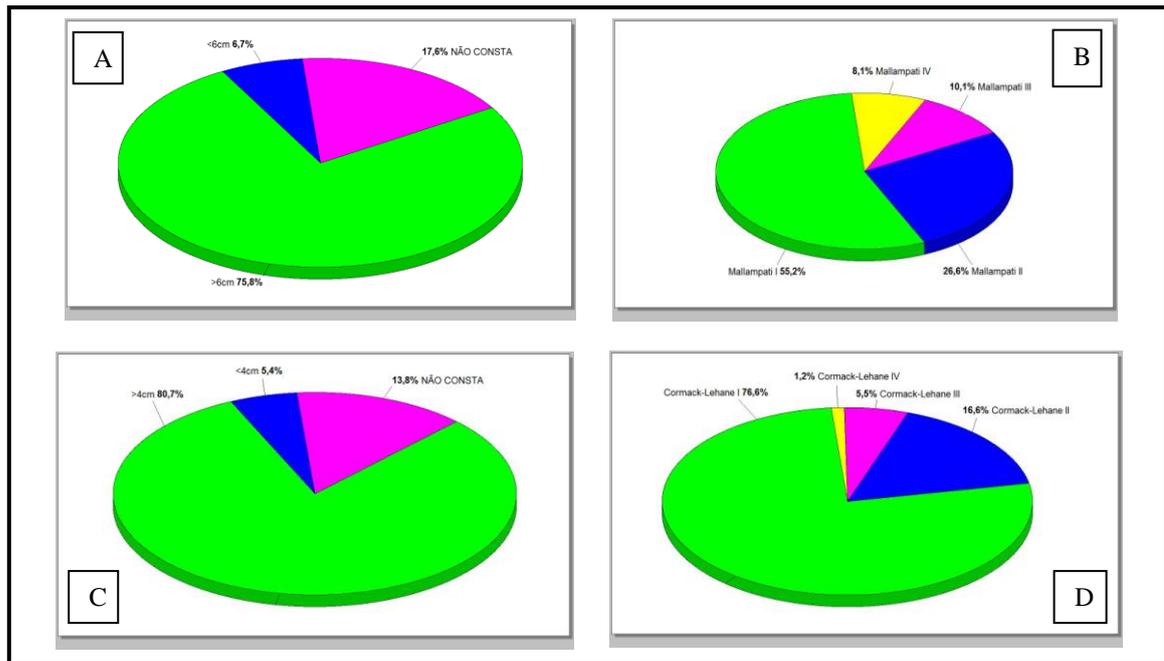


Figura 6 – Testes clínicos e instrumentais de permeabilidade das vias aéreas. Em (A) Teste de Patil; em (B) Teste de Mallampati; em (C) Teste de abertura bucal e em (D) Teste de Cormack-Lehane.

A **Tabela 5** traz a frequência com que os principais exames complementares são solicitados no pré-operatório. Hematócrito, hemoglobina, leucócitos e plaquetas foram os exames complementares solicitados na maioria dos pacientes.

Tabela 5 – Frequência de realização de exames complementares pelos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Exame Complementares	Frequência	Porcentagem
Hematócrito	1108	75,4%
Hemoglobina	1094	74,4%
Leucócitos	1042	70,9%
Plaquetas	978	66,5%
Glicose	542	36,9%
Uréia	542	36,9%
Creatinina	726	49,4%
Sódio	542	36,9%
Potássio	430	29,3%
TAP	660	44,9%
TTPA	639	43,5%
Raio X	336	22,9%
ECG	361	24,6%

Na **Figura 7** estão distribuídas as cirurgias realizadas durante o ano de 2010 de acordo com cada especialidade cirúrgica.

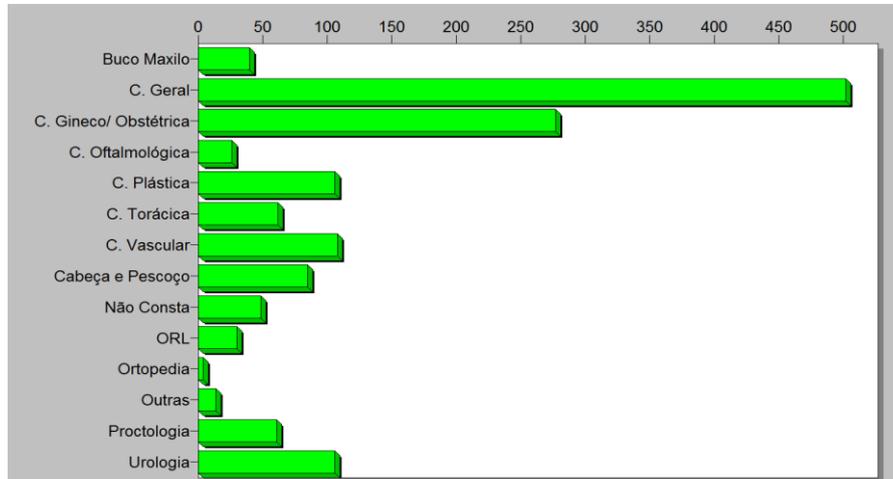


Figura 7 – Distribuição das cirurgias realizadas no HU-UFSC de acordo com a especialidade

Em relação ao período trans-anestésico, foram anotadas as drogas anestésicas de escolha (**Tabela 6**). Propofol foi a droga mais utilizada para a indução e manutenção da anestesia e sevoflurano foi a droga de escolha na manutenção anestésica. Cerca de 30% das anestésias associou-se a anestesia regional à anestesia geral ou foi utilizada de forma isolada.

Tabela 6 - Frequência das drogas anestésicas utilizadas em pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Droga	Frequência	Porcentagem
Propofol	980	66,7%
Fentanil	624	42,4%
Remifentanil	582	39,6%
Sevoflurano	575	39,1%
Midazolam	544	37,0%
Regional	434	29,5%
Atracurônio	419	28,5%
Isoflurano	416	28,3%
Rocurônio	406	27,6%
Alfentanil	181	12,3%
Succinilcolina	120	8,2%
Neostigmine	81	5,5%
Sufentanil	78	5,3%
Cis-atracúrio	4	0,3%
Vecurônio	0	0%
Outros	305	20,7%

O tipo de obtenção da via aérea e o grau de dificuldade estão registrados nas **Figuras 8 e 9** respectivamente. Observa-se que em 12,4% das fichas de anestesia o tipo de via aérea não foi preenchido.

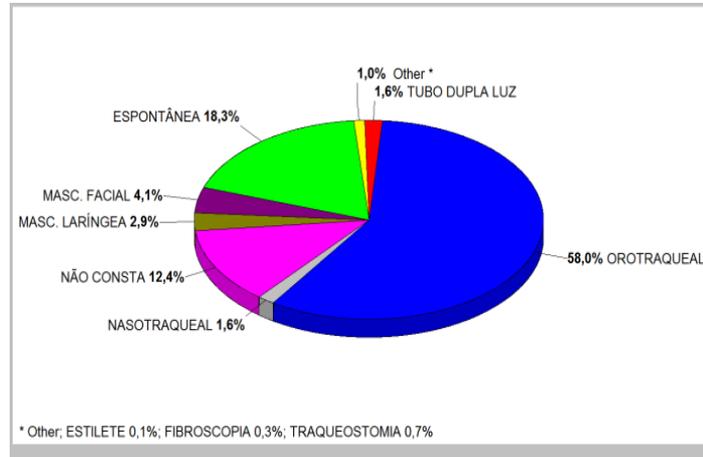


Figura 8 - Via de obtenção da via aérea dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

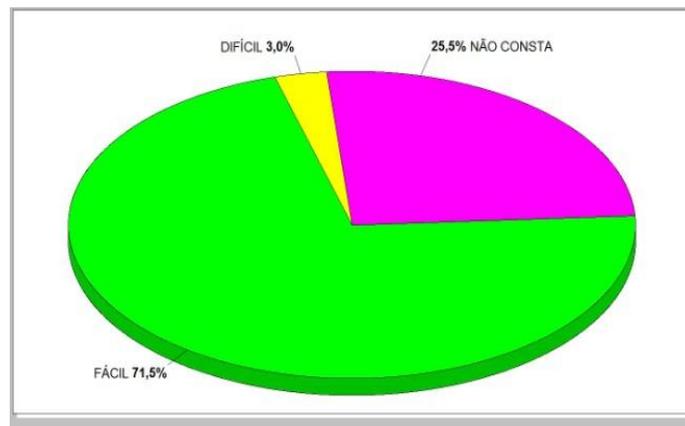


Figura 9 – Classificação de dificuldade de acesso à via aérea dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

A frequência de uso da monitorização está evidenciada na **Tabela 7**. Percebe-se que algumas das monitorizações tidas como obrigatórias, não foram utilizadas em todos os pacientes.

Tabela 7 - Frequência de uso de monitorização nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Monitor	Frequência	Porcentagem
SPO ₂	1336	90,9%
ECG	1326	90,2%
PANI	1217	82,8%
EtCO ₂	990	67,3%
TOF	208	14,1%
Diurese	168	11,4%
Temperatura	89	6,1%
BIS	1	0,1%

A frequência e as principais complicações ocorridas nos períodos de indução, manutenção e despertar estão evidenciados respectivamente nas **Tabelas 8, 9, 10 e 11**. Esses dados devem ser observados com cautela, uma vez que não houve normatização para a coleta. Nota-se, no entanto, que não foi registrada nenhuma parada cardíaca no início e no fim da anestesia. Já no período de manutenção da anestesia, ocorreu 1 episódio de parada cardíaca.

Tabela 8 - Frequência de complicações Trans- Anestésicas ocorridas nas cirurgias realizadas no HU-UFSC

Complicações	Frequência	Porcentagem
Indução	437	29,7%
Manutenção	198	13,5%
Despertar	36	2,4%

Tabela 9 - Principais complicações ocorridas durante a Indução Anestésica nas cirurgias realizadas no HU-UFSC

Complicações Indução Anestésica	Frequência	Porcentagem
Hipotensão arterial	94	6,4%
Hipertensão arterial	28	1,9%
Disritmia cardíaca	18	1,2%
Defeito no Equipamento	15	1,0%
Hipoxemia	12	0,8%
Broncoespasmo	7	0,5%
Obstrução Respiratória	3	0,2%
Parada Cardíaca	0	0
Outras	23	1,6%

Tabela 10 - Principais complicações ocorridas durante a Manutenção Anestésica nas cirurgias realizadas no HU-UFSC

Complicações Manutenção Anestésica	Frequência	Porcentagem
Hipotensão	128	8,7%
Defeito de Equipamento	28	1,9%
Hipertensão	28	1,9%
Disritmia	15	1,0%
Hipoxemia	14	1,0%
Obstrução Respiratória	2	0,1%
Parada Cardíaca	1	0,1%
Broncoespasmo	0	0%
Outras	18	1,2%

Tabela 11 - Principais complicações ocorridas durante o Despertar Anestésico nas cirurgias realizadas no HU-UFSC

Complicações Despertar	Frequência	Porcentagem
Hipertensão arterial	7	0,5%
Hipoxemia arterial	5	0,3%
Defeito de Equipamento	4	0,3%
Obstrução Respiratória	2	0,1%
Disritmia cardíaca	1	0,1%
Hipotensão	1	0,1%
Broncoespasmo	0	0%
Parada Cardíaca	0	0%
Outras	17	1,2%

Na Sala de Recuperação Pós-Anestésica as complicações mais freqüentemente observadas foram dor, náuseas e vômitos, rouquidão e odinofagia (**Tabela 12**).

Tabela 12 - Principais complicações ocorridas na SRPA durante o pós-anestésico imediato dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Complicações na SRPA	Frequência	Porcentagem
Dor	183	12,4%
NVPO	77	5,2%
Rouquidão	67	4,6%
Odinofagia	64	4,4%
BNM Residual	23	1,6%
Hipoventilação/ Depressão Respiratória	23	1,6%
Prurido	20	1,4%
Retenção Urinária	12	0,8%
Hipertensão	9	0,6%
Taquicardia	8	0,5%
Hipotensão	5	0,3%
Bradycardia	2	0,1%
Broncoaspiração	1	0,1%
Disritmia	1	0,1%
Infarto Agudo do Miocárdio	0	0
Outras	25	1,7%

Já no pós-anestésico tardio (após 24 horas da cirurgia), as intercorrências mais comuns foram dor, náuseas e vômitos, odinofagia, rouquidão e prurido (**Tabela 13**). Esses dados foram registrados a partir de dados colhidos no prontuário pelos acadêmicos responsáveis pela pesquisa; dessa forma, devem ser avaliados com cautela.

Tabela 13 - Principais complicações ocorridas durante o pós-anestésico tardio dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Complicações Tardias	Frequência	Porcentagem
Dor	198	13,5%
NVPO	111	7,6%
Odinofagia	83	5,6%
Rouquidão	76	5,2%
Prurido	40	2,7%
Hipoventilação/Depressão Respiratória	30	2,0%
Retenção urinária	21	1,4%
Taquicardia	20	1,4%
BNM Residual	16	1,1%
Hipertensão	11	0,7%
Hipotensão	8	0,5%
Broncoaspiração	7	0,5%
Bradycardia	5	0,3%
Disritmia	1	0,1%
Infarto Agudo do Miocárdio	0	0
Outras	61	4,1%

A **Tabela 14** mostra que os adultos que tiveram complicações pós-anestésicas correspondem a cerca de 20% do total de adultos submetidos à cirurgia. Da mesma forma, os idosos que complicaram no período pós-anestésico também compreenderam 20% do total de idosos atendidos. Ou seja, não houve diferença significativa entre adultos e idosos na predição do número de complicações.

Tabela 14 - Correlação entre presença de complicações pós-anestésicas de acordo com a faixa etária nos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Presença de Complicações Pós-anestésicas	Crianças (<15 anos)	Adultos (15-65 anos)	Idosos (>65 anos)	Não Consta	Total
SIM					
Frequência	0	228	34	39	301
Porcentagem	0%	75,7%	11,3%	13,0%	100,0%
NÃO					
Frequência	6	839	123	201	1169
Porcentagem	0,5%	71,8%	10,5%	17,2%	100,0%
TOTAL					
Frequência	6	1067	157	240	1470
Porcentagem	0,4%	72,6%	10,7%	16,3%	100,0%

A **Tabela 15** correlaciona o uso de drogas profiláticas com a ocorrência de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) na SRPA. Percebe-se que dos 1405 pacientes que utilizaram drogas profiláticas durante o período trans-anestésico, apenas 70 deles apresentaram NVPO.

Tabela 15 - Correlação entre frequência de NVPO na SRPA com administração de drogas profiláticas no período trans-anestésico dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Profilaxia	NVPO		Total
	Não	Sim	
HOUVE			
Frequência	1335	70	1405
Porcentagem	95,0	5,0	100,0
NÃO HOUVE			
Frequência	58	7	65
Porcentagem	89,2	10,8	100,0
TOTAL			
Frequência	1393	77	1470
Porcentagem	94,8	5,2	100,0

Na **Tabela 16** a correlação entre o uso de drogas profiláticas com a ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório tardio mostra que dos 1405 pacientes que utilizaram drogas profiláticas no período trans-anestésico, 106 deles apresentaram NVPO. Porém, em 967 pacientes não foram registrados esses dados.

Tabela 16 - Correlação entre a frequência de NVPO ocorridos no pós-anestésico tardio com a administração de drogas profiláticas no período trans-anestésico dos pacientes submetidos à cirurgia no HU-UFSC

Profilaxia	NVPO			Total
	Não	Sim	Não Consta	
HOUVE				
Frequência	332	106	967	1405
Porcentagem	23,6%	7,5%	68,8%	100,0%
NÃO HOUVE				
Frequência	8	5	52	65
Porcentagem	12,3%	7,7%	80,0%	100,0%
TOTAL				
Frequência	340	111	1019	1470
Porcentagem	23,1%	7,6%	69,3%	100,0%

5 DISCUSSÃO

A elaboração da nova ficha anestésica aplicada no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e a comparação dos dados registrados anteriormente e posteriormente à sua implantação confirmam a importância desse tipo de ferramenta para o suprimento dos registros durante o procedimento anestésico.

Os dados que mais chamaram a atenção foram a precariedade (86 dados) e a desatualização dos termos empregados na ficha anterior a dezembro de 2009 (**Quadros 1, 3 e 5**) e a riqueza de informações que a nova ficha proporciona (188 dados), utilizando termos atuais e adicionando novas drogas e equipamentos modernos nas opções de preenchimento da ficha de anestesia (**Quadros 2, 4 e 6**).

O uso efetivo da tecnologia da informação tornou-se, com o passar dos anos, fundamental para a prestação de cuidados de alta qualidade nos campos cada vez mais complexos da saúde(8). Além disso, a indústria farmacêutica desenvolve técnicas e drogas continuamente, o que obriga a instituição prestadora de serviços de saúde à população manter atualizado não somente o estoque farmacêutico e seu corpo clínico como também a documentação e registro de prontuários, garantindo respaldo ético legal à equipe de saúde e à instituição.

A análise da ficha de anestesia implantada em dezembro de 2009, demonstrou uma parcela de cerca de 15% dos pacientes submetidos à cirurgia que se auto-declararam fumantes (**Tabela 3**). Segundo a literatura, os fumantes tendem a sofrer de taquicardia e aumento da pressão após a intubação traqueal(22), sendo necessário o uso de drogas que controlem essas taxas. Sabe-se que a nicotina possui efeitos cardiovasculares agudos e crônicos, principalmente por meio da ativação simpática(22); dessa forma, os fumantes estão em maior risco de doença isquêmica do coração(23) e aumento da demanda de oxigênio do miocárdio após a intubação, uma combinação potencialmente de alto risco(22, 24-26).

A presença de um número expressivo de comorbidades pré-operatórias direcionam a necessidade da visita pré-anestésica e o preparo pré-operatório. Nossa pesquisa deparou-se com um número significativo de pacientes hipertensos – 25% (**Tabela 4**), o que corresponde à principal comorbidade dos pacientes atendidos no HU-UFSC. A *JNC 7 Report*(27) registra a hipertensão como o diagnóstico mais comum nos consultórios dos Estados Unidos, concordando com a prevalência encontrada em nosso serviço. A análise pré-operatória dos

pacientes hipertensos justifica-se não só pelo maior risco cirúrgico, mas também devido a sua alta prevalência e aos altos custos por atrasos desnecessários na cirurgia(27-28).

Habitualmente, uma série de exames complementares é realizada no período pré-operatório visando complementar a avaliação clínica do paciente e, dessa forma, contribuir para a seleção do tipo de anestesia mais adequada e para a redução de complicações trans e pós-operatórias(29). O risco pré-operatório deve ser identificado a partir da anamnese, dos dados clínicos, do exame físico e de testes laboratoriais e instrumentais - tais como eletrocardiograma (ECG) e radiografia do tórax(14). Em nosso estudo, no entanto, podemos perceber um alto percentual de exames complementares que não condizem com a realidade das comorbidades encontradas nos pacientes atendidos (**Tabela 5**). Podemos conjecturar, portanto, que não há um protocolo seguido pelos médicos na solicitação dos exames complementares, que deveriam ser direcionados de acordo com a necessidade de complementação da avaliação clínica individual. Ferrando et al (14) publicaram diretrizes baseadas em evidências, emitidas para racionalizar a utilização dos exames pré-operatórios(14, 30), e o uso de tais diretrizes foi relatado com o intuito de racionalizar o número de exames pré-operatórios, sem comprometimento da segurança do paciente(14, 31-32). A redução de custos obtidos através da aplicação destas orientações tem sido quantificada tanto em termos individuais(33-34) quanto a nível de sistema de saúde(35).

A maioria dos procedimentos cirúrgicos do HU-UFSC foi realizada pela cirurgia geral (**Figura 7**), sendo na maioria das vezes cirurgias eletivas (**Figura 3**). Dessa forma, o hospital deve estar preparado em termos de estrutura, material e equipe para atender as necessidades desse tipo de intervenção. Nesse contexto, podemos perceber a importância desse estudo para a disposição do centro cirúrgico, da farmácia e do centro de esterilização de material, facilitando de forma significativa a gestão hospitalar(1).

No Hospital Universitário da UFSC, cerca de 30% das anestésias associam a anestesia regional à anestesia geral ou utiliza a anestesia regional de forma isolada (**Tabela 6**). A droga mais utilizada pelos profissionais do serviço para indução e manutenção da anestesia foi o propofol, em aproximadamente 70% dos procedimentos. A droga de escolha para manutenção, além do propofol, na maioria dos casos foi o sevoflurano, atingindo 39%. O vecurônio não foi utilizado em nenhum dos procedimentos anestésicos durante o período estudado (**Tabela 6**). Klessig et al(36) sugerem que a prevalência do uso de vecurônio deve-se a relatos de casos recentes de bloqueio neuromuscular prolongado após administração prolongada da droga. A baixa frequência de monitoramento estimulador de nervo periférico durante o relaxamento muscular também pode contribuir, em parte, ao problema do bloqueio

prolongado após o término da cirurgia(36). Dessa forma, o estoque da farmácia pode contar com poucas ampolas da droga, já que não é utilizada com frequência.

Intubação traqueal difícil é uma importante causa de morbi-mortalidade relacionada à anestesia(37). Além disso, características físicas dos pacientes podem dificultar o acesso às vias aéreas para o procedimento de intubação traqueal, e por isso, justifica a necessidade de equipamentos especiais como, por exemplo, fibroscopia e máscara laríngea(38-42). A pesquisa demonstrou, no entanto, que a via de acesso às vias aéreas preferencialmente escolhidas foi a orotraqueal, sendo a maioria de fácil acesso (**Figuras 8 e 9**).

As complicações pós-anestésicas apontadas nessa pesquisa devem ser avaliadas com cautela, uma vez que não houve padronização para a coleta dos dados, que foram colhidos pelos estudantes a partir de dados dos prontuários (**Tabela 12 e 13**). Em geral, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são as principais complicações observadas nas salas de recuperação pós-anestésicas(43-46). Nas populações de risco, esses sintomas podem atingir 70% a 80% dos pacientes(43, 45) e cerca de 0,2% sofrem de NVPO intratáveis, o que prolonga o tempo de internação hospitalar, provoca menor grau de satisfação do paciente e, conseqüentemente, aumento dos custos hospitalares(43-44) A terapêutica profilática de rotina, no entanto, acarreta em uso desnecessário pelos pacientes com baixo risco, que se expõem aos efeitos adversos desses fármacos, enquanto outros pacientes com alto risco apresentam NVPO, apesar da profilaxia(43). Várias técnicas estão sendo estudadas com o objetivo de reduzir a incidência dessa complicação(44-46). Diferentes estudos têm mostrado que a estimulação no ponto de acupuntura P6 está associada a uma diminuição significativa de NVPO(46-47).

Apesar da implantação da proposta da nova ficha anestésica no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, a necessidade de uma documentação detalhada e segura dos procedimentos médicos e do controle dos custos ainda não foi totalmente alcançada; mas acreditamos que o primeiro passo já foi dado em busca da introdução de um sistema informatizado de coleta e monitorização dos dados. Novos projetos devem ser elaborados a fim de dar continuidade à proposta de uma documentação minuciosa que possibilite melhor organização, gerenciamento e controle de custos hospitalares, além de oferecer maior respaldo ético-legal para pacientes e funcionários.

6 CONCLUSÃO

A ficha de anestesia foi elaborada e passou a ser utilizada no centro cirúrgico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago em 15 de dezembro de 2009.

Na comparação das fichas, os fatos que mais chamaram a atenção foram a precariedade de dados e a desatualização dos termos empregados na ficha anterior a dezembro de 2009 e a riqueza de informações que a nova ficha proporciona, utilizando termos atuais e adicionando novas drogas e equipamentos modernos nas opções de preenchimento da ficha de anestesia.

Dessa forma, podemos mencionar alguns dos dados mais relevantes dos pacientes atendidos no HU-UFSC obtidos a partir da análise da nova ficha anestésica:

- A maioria dos pacientes que se submetem à cirurgia é adulta, do sexo feminino, de etnia branca e em bom estado geral.
- A maioria das cirurgias é eletiva e das especialidades de cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia.
- Os hábitos e vícios e comorbidades mais comuns registrados foram tabagismo e hipertensão.
- A maioria dos pacientes não mostrou dificuldades de manutenção de vias aéreas por testes clínicos e instrumentais.
- Foi constatado um grande número de exames complementares sem a correspondência no número de comorbidades.
- A associação propofol-sevoflurano e atracúrio foi a mais realizada para indução e manutenção anestésica.
- As complicações mais frequentes na indução e manutenção da anestesia foram hipotensão e hipertensão arterial.
- As complicações ocorridas na sala de recuperação pós-anestésica e as complicações tardias devem ser analisadas com cautela, porque não houve normatização e os dados foram colhidos pelos estudantes.
- O esquema de profilaxia de náuseas e vômitos com ondansetrona e dexametasona mostrou-se eficiente no combate a essa complicação.

REFERÊNCIAS

1. Duarte GI, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. RAS. [eletrônico]. 2006 Abr-Jun, 2006;8(31):63-9.
2. Egger Halbeis CB, Epstein RH. The value proposition of anesthesia information management systems. *Anesthesiol Clin*. 2008 Dec;26(4):665-79, vi.
3. Issa MR, Isoni NF, Soares AM, Fernandes ML. Preanesthesia evaluation and reduction of preoperative care costs. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011 Jan-Feb;61(1):60-71.
4. Zamper RP, Torres ML, Ferraz JL, Neto SM, Holzhacker R, Shimada V, et al. Evaluation of a computerized anesthesia report. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010 May-Jun;60(3):285-301.
5. Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, et al. A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care. *Am J Med*. 2003 Apr 1;114(5):397-403.
6. Kramer S, Lau A, Kramer M, Wendler OG, Muller-Lobeck L, Scheduling C, et al. [Web-based for preanesthesia evaluation record - a structured, evidence-based patient interview to assess the anesthesiological risk profile]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2011 Oct;46(10):694-8.
7. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Sep-Oct;24(5):1103-17.
8. Gans D, Kralewski J, Hammons T, Dowd B. Medical groups' adoption of electronic health records and information systems. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Sep-Oct;24(5):1323-33.
9. Correll DJ, Bader AM, Hull MW, Hsu C, Tsen LC, Hepner DL. Value of preoperative clinic visits in identifying issues with potential impact on operating room efficiency. *Anesthesiology*. 2006 Dec;105(6):1254-9; discussion 6A.
10. Soreide E, Eriksson LI, Hirlekar G, Eriksson H, Henneberg SW, Sandin R, et al. Pre-operative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005 Sep;49(8):1041-7.
11. Wasmuth CE. "Informed consent" ... what is it? *Anesth Analg*. 1967 Nov-Dec;46(6):698-703.
12. Aust H, Eberhart LH, Kalmus G, Zoremba M, Rusch D. [Relevance of five core aspects of the pre-anesthesia visit: results of a patient survey]. *Anaesthesist*. 2011 May;60(5):414-20.
13. Oliveira AR, Mendes FF, Oliveira M. [Outpatient preoperative evaluation and clients' satisfaction.]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2003 Feb;53(1):83-8.
14. Ferrando A, Ivaldi C, Buttiglieri A, Pagano E, Bonetto C, Arione R, et al. Guidelines for preoperative assessment: impact on clinical practice and costs. *Int J Qual Health Care*. 2005 Aug;17(4):323-9.
15. Larson MD. History of Anaesthetic Practice. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL. *Miller's Anesthesia*. 7 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p.1-43.
16. Donelles MA. Ficha de Anestesia Obstétrica Pré-Codificada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. [Artigo Científico]. 1989;39(1):9-15.
17. Allard J, Dzwonczyk R, Yablok D, Block FE, Jr., McDonald JS. Effect of automatic record keeping on vigilance and record keeping time. *Br J Anaesth*. 1995 May;74(5):619-26.
18. Wax DB, Beilin Y, Hossain S, Lin HM, Reich DL. Manual editing of automatically recorded data in an anesthesia information management system. *Anesthesiology*. 2008 Nov;109(5):811-5.
19. Elevitch FR. SNOMED CT: electronic health record enhances anesthesia patient safety. *AANA J*. 2005 Oct;73(5):361-6.
20. Spring SF, Sandberg WS, Anupama S, Walsh JL, Driscoll WD, Raines DE. Automated documentation error detection and notification improves anesthesia billing performance. *Anesthesiology*. 2007 Jan;106(1):157-63.

21. O'Sullivan CT, Dexter F, Lubarsky DA, Vigoda MM. Evidence-based management assessment of return on investment from anesthesia information management systems. *AANA J*. 2007 Feb;75(1):43-8.
22. Paventi S, Santevecchi A, Ranieri R. Control of haemodynamic response to tracheal intubation in cigarette smokers compared with non-smokers. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2001 May-Jun;5(3):119-22.
23. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular effects of carbon monoxide and cigarette smoking. *J Am Coll Cardiol*. 2001 Nov 15;38(6):1633-8.
24. Cuvas O, Er A, Ikeda OC, Dikmen B, Basar H. Cigarette smoking and the haemodynamic response to tracheal intubation. *Anaesthesia*. 2008 May;63(5):463-6.
25. Malhotra SK, Singh S, Bajaj A, Varma N, Kumar A, Nakra D. Induction-intubation response--smokers vs non-smokers. *Middle East J Anesthesiol*. 2005 Oct;18(3):529-40.
26. Laxton CH, Milner Q, Murphy PJ. Haemodynamic changes after tracheal intubation in cigarette smokers compared with non-smokers. *Br J Anaesth*. 1999 Mar;82(3):442-3.
27. Lorentz MN, Santos AX. [Systemic hypertension and anesthesia.]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2005 Oct;55(5):586-94.
28. Fleisher LA. Preoperative evaluation of the patient with hypertension. *JAMA*. 2002 Apr 24;287(16):2043-6.
29. Silva MCSAJ, Zanchin CI, Lima WC, Duarte DF, Batti MACSB, Raulino F. Exames Complementares na Avaliação Pré-Anestésica. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 1990;40(5):303-9.
30. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet*. 2003 Nov 22;362(9397):1749-57.
31. Larocque BJ, Maykut RJ. Implementation of guidelines for preoperative laboratory investigations in patients scheduled to undergo elective surgery. *Can J Surg*. 1994 Oct;37(5):397-401.
32. Nardella A, Pechet L, Snyder LM. Continuous improvement, quality control, and cost containment in clinical laboratory testing. Effects of establishing and implementing guidelines for preoperative tests. *Arch Pathol Lab Med*. 1995 Jun;119(6):518-22.
33. Roizen MF. Cost-effective preoperative laboratory testing. *JAMA*. 1994 Jan 26;271(4):319-20.
34. Power LM, Thackray NM. Reduction of preoperative investigations with the introduction of an anaesthetist-led preoperative assessment clinic. *Anaesth Intensive Care*. 1999 Oct;27(5):481-8.
35. Lopez-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-Gonzalez B, Talavera-Deniz A. [Cost analysis and potential savings related to the use of preoperative tests in the hospitals of the Canary Islands [Spain]]. *Gac Sanit*. 2003 Mar-Apr;17(2):131-6.
36. Klessig HT, Geiger HJ, Murray MJ, Coursin DB. A national survey on the practice patterns of anesthesiologist intensivists in the use of muscle relaxants. *Crit Care Med*. 1992 Sep;20(9):1341-5.
37. Weiss M, Hartmann K, Fischer J, Gerber AC. Video-intuboscopic assistance is a useful aid to tracheal intubation in pediatric patients. *Can J Anaesth*. 2001 Jul-Aug;48(7):691-6.
38. Hamard F, Ferrandiere M, Sauvagnac X, Mangin JC, Fusciardi J, Mercier C, et al. [Propofol sedation allows awake intubation of the difficult airway with the Fastrach LMA]. *Can J Anaesth*. 2005 Apr;52(4):421-7.
39. Warrillow S. Difficult intubation managed using standard laryngeal mask airway, flexible fiberoptic bronchoscope and wire guided enteral feeding tube. *Anaesth Intensive Care*. 2005 Oct;33(5):659-61.
40. Anez Simon C, Boada Pie S, Solsona Della B. [Laryngeal mask for intubation (Fastrach)]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2000 Oct;47(8):352-62.
41. Gerstein NS, Braude DA, Hung O, Sanders JC, Murphy MF. The Fastrach Intubating Laryngeal Mask Airway: an overview and update. *Can J Anaesth*. 2010 Jun;57(6):588-601.

42. Voyagis GS, Photakis D, Kellari A, Kostanti E, Kaklis S, Secha-Dousaitou PN, et al. The laryngeal mask airway: a survey of its usage in 1,096 patients. *Minerva Anesthesiol.* 1996 Sep;62(9):277-80.
43. Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. [Postoperative nausea and vomiting: a review of the 'minor-major' problem.]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2005 Oct;55(5):575-85.
44. Habib AS, White WD, Eubanks S, Pappas TN, Gan TJ. A randomized comparison of a multimodal management strategy versus combination antiemetics for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2004 Jul;99(1):77-81.
45. Biedler A, Wermelt J, Kunitz O, Muller A, Wilhelm W, Dethling J, et al. A risk adapted approach reduces the overall institutional incidence of postoperative nausea and vomiting. *Can J Anaesth.* 2004 Jan;51(1):13-9.
46. Frey UH, Funk M, Lohlein C, Peters J. Effect of P6 acustimulation on post-operative nausea and vomiting in patients undergoing a laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009 Nov;53(10):1341-7.
47. Coloma M, White PF, Ogunnaike BO, Markowitz SD, Brown PM, Lee AQ, et al. Comparison of acustimulation and ondansetron for the treatment of established postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology.* 2002 Dec;97(6):1387-92.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

APÊNDICES



Termo de Consentimento Consciente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
 SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Meu nome é Aline Pallaoro Garcia, sou acadêmica da 7ª fase do curso de Medicina, na UFSC. Estou desenvolvendo minha Tese de Conclusão de Curso com o tema “*Proposta de uma Nova Ficha Anestésica a ser administrada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC*”, sob orientação da Profª. Dra. Maria Cristina Simões de Almeida, anesthesiologista do Hospital Universitário.

É sabido entre os especialistas que a fase que vem antes da anestesia (pré-anestésico) é peça chave para um bom resultado cirúrgico final. Assim sendo, é extremamente importante que seja feito um bom planejamento antes da anestesia visando menos complicações, tempo de internação após a cirurgia curto, menos dores após a operação, etc.

Este estudo tem como objetivo registrar e avaliar os dados e condições antes da anestesia de todos os pacientes que são operados no HU, para que assim tenha-se uma idéia adequada do tipo de pacientes operados, permitindo um melhor planejamento pré-anestésico, que em última análise, resulta em benefícios para o paciente.

O estudo não interfere em absolutamente nada no seu processo cirúrgico nem em sua internação, não serão feitos procedimentos fora da rotina hospitalar já que o trabalho é só de observação. A participação neste estudo não aumentará de nenhuma maneira o desconforto ou os riscos envolvidos na anestesia. Só serão feitos registros dos seus dados como peso, altura, doenças que você já tem, fatores de risco, hábitos, vícios, e dados de medicações em uso e as usadas durante a anestesia. Os dados obtidos serão mantidos em total sigilo, só serão usados pelo pesquisador e por sua orientadora.

O(a) senhor(a) é absolutamente livre para aceitar ou não que seus dados estejam no estudo, não havendo qualquer diferença no atendimento caso o(a) senhor(a) não concorde. Terá garantia da qualidade nos cuidados durante toda a internação e seguimento após a cirurgia mesmo que não aceite participar do estudo.

Para esclarecimentos sobre a pesquisa ou pedido de exclusão da mesma pode-se utilizar o meio telefônico (48) 99890655 ou e-mail aline.pallaorogarcia@gmail.com / cristinajurere@yahoo.com.br

Eu, _____, CPF _____
 tendo recebido as informações acima e sabendo dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo.

A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o estudo e o tratamento a que serei submetido;

A liberdade de desistir a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao tratamento recebido;

A segurança de que as informações a meu respeito são confidenciais;

Que não terei gastos financeiros com o estudo;

Que não terei remuneração ao participar do estudo.

Florianópolis, ___/___/_____

Assinatura: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FICHA DE ANESTESIA



Nome: _____ Quarto: _____ Registro: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Raça: _____ Altura: _____ G: _____ PN: _____ PC: _____ A: _____
Diagnóstico Pré-operatório: _____ Cirurgia _____

PRÉ- ANESTÉSICO

Sim
 Não

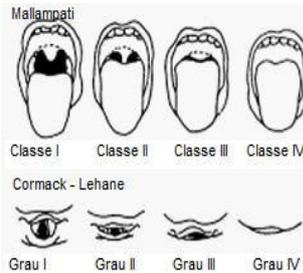
Cirurgia:

Eletiva
Urgência
Emergência

Cirurgia Suspensa:

Pré-anestésico
Anestesiologista
Cirurgião
Administrativo

Tabagismo HAS D. Pulmonar
 Etilismo D. Coronariana Asma
 Drogas Disritmia D. Neuromuscular
 Alergias Diabetes D. Hematológica
 Gravidez D. Renal Sepsis



Abertura Bucal:
>4 cm
<4 cm

>6 cm = normal
<6 cm = reduzida

ASA _____

Anamnese: _____ Anestésias Prévias

Exame Físico: _____

Ht (%)	Hb (%)	Leucócitos (un./mm ³)	Plaquetas (un./mm ³)	Uréia (mg/dL)	Creatinina (mg/dL)	Glicose (mg/dL)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	TAP (RNI)	TTPA (RNI)	Grupo Sang.	Outros

ECG
RX tórax

Pareceres especializados / Outros Exames: _____

Consentimento Informado:

Declaro para fins legais conforme segue: Estou ciente do fato de que, a meu pedido, estarei submetendo-me a procedimento anestésico junto ao Hospital Universitário, a fim de possibilitar a realização da minha cirurgia. Declaro ainda ter total conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade de meio, através da qual se obriga a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar. A fim de prevenir e evitar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico. Declaro que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/ internamento em geral. O serviço de Anestesia do Hospital Universitário não cobra por procedimentos e não autoriza a cobrança indevida em seu nome.

X _____
Paciente ou Responsável Legal

X _____
Anestesiologista Avaliador

Florianópolis, ___/___/___.

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ESCORE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA		Entrada	15'	30'	45'	60'	90'	120'	Saida
Movimentação									
4 extremidades voluntariamente ou sob comando	2								
2 extremidades voluntariamente ou sob comando	1								
Sem movimentação	0								
Respiração									
Profunda e tosse livremente	2								
Limitada ou dispnéia	1								
Apneico	0								
T. Arterial									
Mais ou menos 20% da basal	2								
20 a 50% (+/-) da basal	1								
Mais ou menos 50% da basal	0								
Consciência									
Bem acordado	2								
Despertável quando chama	1								
Sem resposta	0								
SpO₂									
Acima de 92% em ar ambiente	2								
> 90% com O ₂	1								
< 90% com O ₂	0								
TOTAL									

SINAIS VITAIS						
Hora	Dor / EVA	PA	Pulso	SpO ₂	Temperatura	Medicação

Alta da SRPA			
Horário:	Destino:	Rubrica Anestesiologista:	Rubrica Enfermeira:
Recomendações especiais:			

PÓS-ANESTÉSICO

	SRPA	Pós-Anestésico Tardio	Hora	Observações:
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NVPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipoventilação / Depressão Resp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipo / Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bradi / Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BNM Residual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Odinofagia / Rouquidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Retenção Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prurido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Broncoaspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anestesiologista Avaliador _____

Florianópolis, ___/___/___



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

FICHA DE ANESTESIA



Nome (iniciais): _____ Registro: _____ Quarto: _____

Sexo: M¹ F² Idade (anos): _____ Etnia: Branca¹ Negra² Amarela³ Parda⁴ Altura (cm): _____ Peso (kg): _____

Cirurgia: _____ Data: _____

PRÉ- ANESTÉSICO

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cirurgia: Eletiva ¹ <input type="checkbox"/> Urgência ² <input type="checkbox"/> Emergência ³ <input type="checkbox"/>	Cirurgia Suspensa: Pré-anestésico <input type="checkbox"/> Anestesiologista <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/>
--	---	--

Hábitos: <input type="checkbox"/> Tabagismo ¹ <input type="checkbox"/> HAS ¹ <input type="checkbox"/> Etilismo ² <input type="checkbox"/> D. Coronariana ² <input type="checkbox"/> Drogas ³ <input type="checkbox"/> Disritmia ³ <input type="checkbox"/> D. Renal ⁵ <input type="checkbox"/> Diabetes ⁴ <input type="checkbox"/> Asma ⁶ <input type="checkbox"/> Alergias ¹¹ <input type="checkbox"/> Gravidéz ¹² Histórico familiar anestésico: Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ² <input type="checkbox"/>	Comorbidades: <input type="checkbox"/> D. Pulmonar ⁷ <input type="checkbox"/> D. Neuromuscular ⁸ <input type="checkbox"/> D. Hematológica ⁹ <input type="checkbox"/> Sepsis ¹⁰ <input type="checkbox"/> Alergias ¹¹ <input type="checkbox"/> Gravidéz ¹²	Mallampati: _____ Cormack-Lehane: _____ Abertura Bucal: <input type="checkbox"/> <4 ¹ <input type="checkbox"/> >4 ² Patil: <input type="checkbox"/> <6 ¹ <input type="checkbox"/> >6 ² <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ASA _____</div>	Especialidade: <input type="checkbox"/> C. Geral ¹ <input type="checkbox"/> C. Torácica ⁷ <input type="checkbox"/> Buco Maxilo ² <input type="checkbox"/> Oftalmologia ⁸ <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço ³ <input type="checkbox"/> Ortopedia ⁹ <input type="checkbox"/> C. Vascular ⁴ <input type="checkbox"/> Proctologia ¹⁰ <input type="checkbox"/> C. Gineco/Obstétrica ⁷ <input type="checkbox"/> Urologia ¹¹ <input type="checkbox"/> C. Plástica ⁶ <input type="checkbox"/> ORL ¹² <input type="checkbox"/> _____ ¹³
---	---	--	---

EXAMES: Ht Hb Leucócitos Plaquetas Uréia Creatinina Glicose Na K TAP TTPA Raio X ECG

TRANS-ANESTÉSICO

Cirurgia iniciou: <input type="checkbox"/> Pontualmente <input type="checkbox"/> Atrasada	ANESTESIA Agentes: <input type="checkbox"/> Isoflurano ¹ <input type="checkbox"/> Alfentanil ⁹ <input type="checkbox"/> Sevoflurano ² <input type="checkbox"/> Sufentanil ¹⁰ <input type="checkbox"/> Remifentanil ³ <input type="checkbox"/> Vecurônio ¹¹ <input type="checkbox"/> Propofol ⁴ <input type="checkbox"/> Rocurônio ¹² <input type="checkbox"/> Midazolam ⁵ <input type="checkbox"/> Atracurônio ¹³ <input type="checkbox"/> Regional ⁶ <input type="checkbox"/> CIS Atracurônio ¹⁴ <input type="checkbox"/> Fenatnil ⁷ <input type="checkbox"/> Succin ¹⁵ <input type="checkbox"/> Neostigmine ⁸ <input type="checkbox"/> Outros ¹⁶	Monitorização: <input type="checkbox"/> SpO ₂ ¹ <input type="checkbox"/> EtCO ₂ ² <input type="checkbox"/> ECG ³ <input type="checkbox"/> Temp ⁴ <input type="checkbox"/> BIS5 <input type="checkbox"/> TOF ⁶ <input type="checkbox"/> Diurese ⁷ <input type="checkbox"/> Pan ⁸	VIA AÉREA: <input type="checkbox"/> Fácil ¹ <input type="checkbox"/> Difícil ² Via: <input type="checkbox"/> Espontânea ¹ <input type="checkbox"/> Masc. Facial ² <input type="checkbox"/> Nasotraqueal ³ <input type="checkbox"/> Orotraqueal ⁴ <input type="checkbox"/> Masc. Laríngea ⁵ <input type="checkbox"/> Tubo Dupla Luz ⁶ <input type="checkbox"/> Estilete ⁷ <input type="checkbox"/> Fibroscopia ⁸ <input type="checkbox"/> Traqueostomia ⁹
--	---	---	---

PROFILAXIA <input type="checkbox"/> NÃO HOUE Náuseas, Vômitos e Dor: <input type="checkbox"/> Dexametasona ¹ <input type="checkbox"/> Ondasetrona ² <input type="checkbox"/> Droperidol ³ <input type="checkbox"/> Opióides ⁴ <input type="checkbox"/> AINES ⁵ <input type="checkbox"/> Outros ⁶	COMPLICAÇÕES Indução: <input type="checkbox"/> Hipoxemia ¹ <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. ² <input type="checkbox"/> Hipotensão ³ <input type="checkbox"/> Hipertensão ⁴ <input type="checkbox"/> Disritmia ⁵ <input type="checkbox"/> Broncoespasmo ⁶ <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. ⁷ <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca ⁸ <input type="checkbox"/> Outros ⁹	Manutenção: <input type="checkbox"/> Hipoxemia ¹ <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. ² <input type="checkbox"/> Hipotensão ³ <input type="checkbox"/> Hipertensão ⁴ <input type="checkbox"/> Disritmia ⁵ <input type="checkbox"/> Broncoespasmo ⁶ <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. ⁷ <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca ⁸ <input type="checkbox"/> Outros ⁹	Despertar: <input type="checkbox"/> Hipoxemia ¹ <input type="checkbox"/> Obstrução Resp. ² <input type="checkbox"/> Hipotensão ³ <input type="checkbox"/> Hipertensão ⁴ <input type="checkbox"/> Disritmia ⁵ <input type="checkbox"/> Broncoespasmo ⁶ <input type="checkbox"/> Defeito do Equip. ⁷ <input type="checkbox"/> Parada Cardíaca ⁸ <input type="checkbox"/> Outros ⁹
---	---	---	--

PÓS-ANESTÉSICO

INTERCORRÊNCIAS: <input type="checkbox"/> NÃO HOUE	SRPA: <input type="checkbox"/> Dor ¹ <input type="checkbox"/> NVPO ² <input type="checkbox"/> Hipovent./ Depressão ³ <input type="checkbox"/> Hipo/ Hipertensão ⁴ <input type="checkbox"/> Bradi/ Taquicardia ⁵ <input type="checkbox"/> Arritmia ⁶ <input type="checkbox"/> BNM Residual ⁷ <input type="checkbox"/> Odínof./ Rouquidão ⁸ <input type="checkbox"/> Retenção Urinária ⁹ <input type="checkbox"/> IAM ¹⁰ <input type="checkbox"/> Prurido ¹¹ <input type="checkbox"/> Broncoaspiração ¹² <input type="checkbox"/> Outras ¹³	Tardio: <input type="checkbox"/> Dor ¹ <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> NVPO ² <input type="checkbox"/> Hipovent./ Depressão ³ <input type="checkbox"/> Hipo/ Hipertensão ⁴ <input type="checkbox"/> Bradi/ Taquicardia ⁵ <input type="checkbox"/> Arritmia ⁶ <input type="checkbox"/> BNM Residual ⁷ <input type="checkbox"/> Odínof./ Rouquidão ⁸ <input type="checkbox"/> Retenção Urinária ⁹ <input type="checkbox"/> IAM ¹⁰ <input type="checkbox"/> Prurido ¹¹ <input type="checkbox"/> Broncoaspiração ¹² <input type="checkbox"/> Outras ¹³
--	---	---

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 457

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

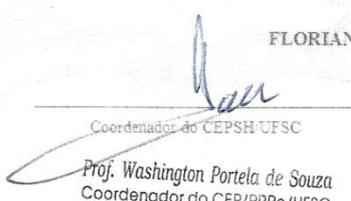
PROCESSO: 457

FR: 302467

TÍTULO: Proposta de uma Nova Ficha Anestésica a ser implantada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

AUTOR: Maria Cristina de Simões Almeida, Aline Pallaoro Garcia

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC