

Protocolo de Anestesia

João Henrique da Silva, TSA

Silva J H - Anesthesia protocol.

Key Words: MEDICOLEGAL: records

Um novo protocolo foi concebido com o objetivo de tornar a coleta de dados mais abrangente, melhorando as condições de registro do trabalho do Anestesiologista. Foram levadas em conta, em sua elaboração, funções antes exercidas pela ficha de anestesia tradicional.

Assim sendo, o novo protocolo abrange três partes que cumprem finalidades distintas e que foram ordenadas graficamente seguindo as etapas do atendimento ao paciente: avaliação pré-anestésica; informação e consentimento e registro da anestesia propriamente dita¹.

À medida que a composição do trabalho foi sendo testada, tornou-se evidente a necessidade de reformulações do sistema convencional de coleta de dados na especialidade, pois, se de um lado o protocolo torna a atividade no ato anestésico-cirúrgico mais precisa, de outro simplifica sua posterior utilização como documento médico-legal, como material didático ou como fonte de pesquisa.

Seu caráter atual faz prever a necessidade de revisões periódicas em sua apresentação formal para atender a novos conhecimentos que surgirem em sua área de competência.

Descrição do protocolo

Para simplificar o manuseio e localização das informações, o protocolo apresenta-se em uma só lauda, frente e verso, dividida em campos cujo preenchimento manual é bastante fácil.

Trabalho agraciado com o Prêmio Paraná - Harvey Cushing 1988.

*Correspondência para João Henrique da Silva
Rua Marquês do Pombal, 1298/401
90450- Porto Alegre - RS*

*Recebido em 15 de dezembro de 1989
Aceito para publicação em 30 de maio de 1990
@1990, Sociedade Brasileira de Anestesiologia*

A frente contém os dados de identificação do paciente seguida pelo campo reservado à classificação de seu estado físico, que propositadamente está disposto em destaque (Fig. 1).

Seguem-se os campos reservados à revisão do histórico e exame clínico dos sistemas, aos exames de laboratório, drogas em uso, experiências anestésicas anteriores, e dados correspondentes à avaliação pré-anestésica. O sexto campo é destinado a quaisquer outras anotações referentes ao estado geral do paciente ou a exames especializados que o profissional julgar pertinentes para registro.

A pré-medicação e a técnica anestésica indicadas estão dispostas ao pé do protocolo, facilitando sua relação com as informações antecedentes, bem como com os comentários que se seguem, no campo de número 20. O espaço útil desse campo permite registrar a informação dada ao paciente e o seu consentimento².

O campo 20, a frente do protocolo, ainda leva a assinatura do profissional que precede a avaliação pré-anestésica, que não é necessariamente o executor do ato anestésico. Por essa razão, no verso (Fig. 2) existe um espaço para identificação do(s) anestesiologista(s) que executou(aram) o ato, juntamente com a identificação dos cirurgiões e da cirurgia realizada.

No verso do protocolo faz-se o apontamento da técnica realizada, seguindo a nomenclatura do Vocabulário de Anestesiologia da Sociedade Brasileira de Anestesiologia³.

Um campo foi reservado ao efeito da medicação pré-anestésica do paciente e outro para sua posição na mesa cirúrgica, que é descrita por notações clássicas com bonecos⁴.

Ressalta-se, a seguir, o campo reservado à caracterização da indução. Neste espaço, atualmente, em nosso serviço, também incluímos o apontamento da

prévia revisão da aparelhagem devidamente rubricado por quem a realizou (Fig. 3).

No preenchimento do campo reservado às punções, impõe-se a necessidade da descrição do vaso puncionado, do diâmetro do cateter ou agulha utilizados e, ainda, do número de tentativas.

O nome científico das drogas, as doses utilizadas e a unidade de medida adotada devem ser anotadas de forma abreviada (Fig. 4).

O campo reservado aos fluidos, é preenchido com a apresentação da via de acesso, abreviadamente, seguida pelo fluido utilizado, numerado segundo a ordem de utilização. O volume total dos fluidos utilizados é exposto à direita em área especialmente reservada (Fig. 4).

Os monitores utilizados constam verticalmente no gráfico e sua leitura pode ser periodicamente registrada nos espaços horizontais. O traçado do gráfico do comportamento da pressão arterial e da frequência cardíaca foi substituído pela pontuação dupla centralizada para evitar a falta de clareza na leitura de seus valores (Fig. 4).

Na coluna da direita as perdas teóricas estimadas (jejum, perdas insensíveis, translocação, diurese total, perdas sangüíneas) são registradas em campo específico. Segue-se um espaço para o balanço entre o que foi administrado e o que foi perdido (Fig. 5).

Os exames e eventos transoperatórios mais significativos para a interpretação das repercussões do ato anestésico-cirúrgico, tais como gasometria, clampeamento de aorta e a perfusão, podem ter seus tempos de duração indicados em campo próprio, não sendo seu registro apenas eventual, como nas fichas tradicionais (Fig. 5).

No espaço horizontal reservado a anotações são dispostas informações a respeito de drogas, doses e vias de acesso no momento em que foram usadas, Sondas, eventuais observações momentâneas, administração de sangue e derivados podem ser aí anotados (Figs. 4 e 5).

Ao final do protocolo podem ser registrados, no item NOTAS, quaisquer dados ou episódios merecedores de destaque a respeito do ato operatório, inclusive complicações. No mesmo campo, indica-se a descrição das condições do paciente no momento de sua entrega ao profissional responsável pela sala de recuperação (Figs. 5 e 6).

COMENTÁRIOS

Sob o aspecto didático, a utilização do novo protocolo facilitou e organizou os procedimentos da

avaliação pré-anestésica pelos residentes. Seus espaços amplos para registro tornaram sua posterior leitura pelos demais membros da equipe bastante mais acessível.

Sob o aspecto operacional, o ritual do preenchimento, em seqüência, dos campos destinados a monitorização e dados tensionais, tem simplificado a visão global dos dados, o que permite a avaliação de tendências dos sinais do paciente, facultando ao anesthesiologista rapidez de decisão e ação, e, portanto, prevenção de complicações.

O modelo que elaboramos, organizando dados específicos da avaliação pré-anestésica e das ocorrências do ato cirúrgico, está enriquecendo nossos estudos retrospectivos⁵ e favorecendo a filtragem de dados para futura formação de um banco de dados à clínica de anesthesiologia.

O termo protocolo⁶ abrange exatamente a eficiência que pretendemos conferir ao modelo de ficha de anestesia que desejávamos compor para melhor instrumentar nosso trabalho. Um protocolo e um documento de registro que, além de atestar os dados nele contidos, regula as atividades de quem o preenche, padronizando objetivamente a coleta de dados a serem documentados e o modo como fazê-lo. A *Joint Commission on Accreditation of Hospital*⁷ relaciona a boa qualidade da anestesia à documentação obtida das ações profissionais. Pretendemos, assim, que o protocolo seja o sucessor da ficha de anestesia, refletindo uma conduta profissional inquestionável. O Código de Ética do Anesthesiologista no artigo 2.1., preceitua a importância da avaliação pré-anestésica, determinação do, risco e indicação das técnicas. O Novo Código de Ética Médica (CFM) de 1988⁸, em seu artigo 69 (sessenta e nove), veda ao médico a não elaboração de protocolo adequado e faz, ainda, referência à informação dos procedimentos e à obtenção do consentimento no artigo 46 (quarenta e seis).

Sob o aspecto médico-legal, a qualidade do preenchimento do protocolo e instrumento de perícia, de acordo com a experiência americana.

Durante o período de elaboração de nosso modelo, tivemos oportunidade de observar avanços tecnológicos no campo do registro de informações médicas, que vão desde protocolos semi-automatizados¹⁰ até computadores comandados pela voz para o registro de fatos transoperatórios¹¹. Contudo, o que se verificou é que o protocolo de preenchimento manual não foi substituído. Seu papel de destaque no prontuário médico-hospitalar, ao contrário, reafirma-se. Em nossa clínica, procuramos

1 Nome					Hospital		Quarto	
Idade		Sexo	Cor	Peso	Altura	Data		
Endereço						Categoria		
Bairro		Cidade	Estado	Telefone		Cirurgião (serviço)		
Hora		Cirurgia Proposta			Registro			
2 Estado Físico (ASA) 1 2 3 4 5 E								
3 Sistema Respiratório			4 Sistema Circulatório			5 Hematologia		
			ECG FC			Ht Hb		
			TA					
6 Outros			7 Sistema Nervoso Central			9 Digestivo		
						10 Renal Urinárias		
			8 Sistema Endócrino			11 Ortopédico		
						12 Dentes		
13 Drogas (dosagens) em uso						14 Alergias		
						15 Sangramentos		
16 Rx, eco etc.						17 Anestesias prévias		
18 Pré-medicação						Técnica Anestésica indicado		
20 Comentários								
Anestesiologista								

Fig. 1

Cirurgia realizada										Cód. AMB		Ponte					
Cirurgiões								Anestesiologistas									
Técnicas				C		Efeito Pré		Posição		Início		Término		Duração			
Indução										Via Aérea				C			
Hora																	
Medicamentos	Drugs													Punções		C	
	Fluídos													Fluídos			
	ecg													Perdas			
Monitoria	pvc													Balança			
	tca													Exames transop.			
	diu													pH			
	220													PaO ₂			
200													HCO ₃				
180													CO ₂				
160													EB				
140													SaO ₂				
120													Ht				
100													Hb				
80													Na				
60													K				
40													Glicemia				
20													Duração Eventos				
0													1. Perfusão				
▽ P. sist. △ P. dias • F.C. X P. média													1. Clomp.				
Anotações													Sala Recuperação				
Notas																	

Fig. 2

Cirurgia realizada: Prótese Aórtica (Biológica) + Ponte Safena D.A. Sala B 40

Chirurgião: Anestesiologista

Técnicos: A. GERAL: IV+IMALAT. SCRT VENT. CONTROL. MECÂNICA VC 880 FRI0

Fluido Pê: 500ml Posição: 0

Indicação: Anestesia Geral com Intubação Endotraqueal e Ponte Safena. SP-Tendência à hipotensão Revisada

Fig. 3

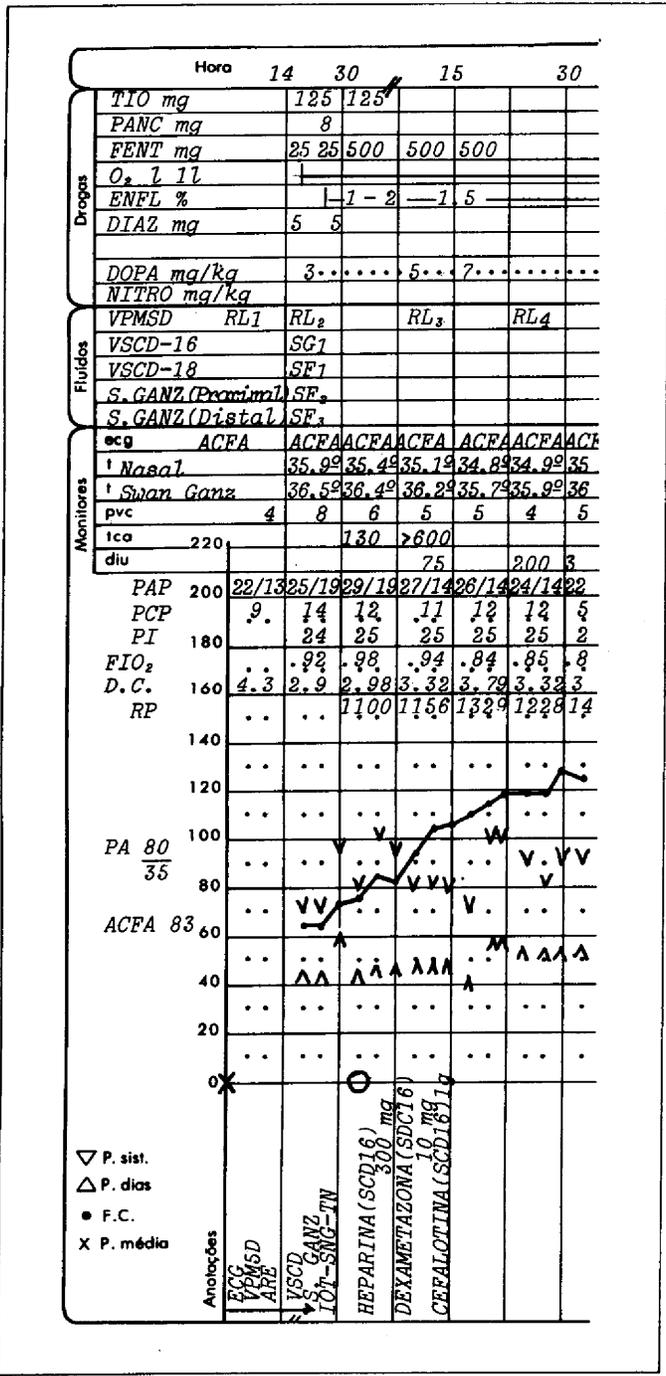


Fig. 4

	Início	Término	Duração
13:45	18:35	4h50'	
a à hipotensão			
30	18	30	
Via Aérea	IOT - VD - LC		
TB	8,0 - Binfl.		
LID.	2%		
Puncções	VPMSD A.14 - 1ª		
	ARE A.20 - 2ª		
	VSCD C.D.V. 18		
	VJID SWAN GANZ 16		
	1ª		
Fluidos	SG:350		
	SF:1050 5920		
	RL:1800		
	Perfusão:2720		
	Sangue:500		
Perdas	J:442		
	I:596 2516		
	T:728		
	D:750 S:624		
Balanco	L:+3404		
	S:-124		
Exames transp.	1440 1700 1745		
pH	7.36	7.39	7.33
Paco ₂	34.9	32.5	34.1
HCO ₃	20	19.7	17.7
CO ₂	27.2	20.7	18.9
EB	-4.2	-3.9	-7.1
PoO ₂	129	416	90
SHbO	98.2	98	95
Ht	33	20	24
Hb	9.9	6.0	7.2
Na	141	142	134
K	4.1	4.9	3.7
Glicemia	110	457	407
Duração Eventos	1. Perfusão 95 min		
	1. Clamp. 54 min (Aorta)		

Fig. 5

<p>Sala Recuperação</p> <p>VENTILAÇÃO MECÂNICA</p> <p>FIO₂: 0,6 VC: 700 FR: 10 Pi: 25</p> <p>PAM: 80 FC: 83 PVC: 6 PAP:25/18</p> <p>DOPAMINA: 7 mg/kg/min</p> <p>ACORDANDO</p> <p>MARCAPASSO DEPENDENTE</p>

Fig. 6

adequá-lo ao futuro aproveitamento dos registros para banco de dados, criando um padrão de apresentação gráfica de clara visualização e evi-

tando o excesso de números e codificações que dificultariam o ato de preenchê-lo¹².

O esforço da Anestesiologia em diminuir riscos transoperatórios, estabelecendo normas de conduta e monitorização, está tendo resultados positivos¹³. O protocolo de anestesia apropriado é um instrumento indissociável deste processo.

SILVA JH -Protocolo de anestesia.

Unitermos: MEDICINA LEGAL: registro, ficha de anestesia

REFERÊNCIAS

1. Dripps R D & Eckenhoff J E - The Anesthetic Record, Introduction to Anesthesia. 7ª ed. Philadelphia: Saunders 1988:93-99.
2. Gild M W - Informed consent: a review. Anesth Analg 1989; 68:549-653.
3. Autran F A S, Gonçalves B, Duarte D et al. - Normas Técnicas. Vocabulário de Anestesiologia. Rev Bras Anest 1982; 32:373-378.
4. Collins V J - Records Mortality and Medical Legal Considerations, Principle of Anesthesiology. Philadelphia: Lea & Febiger 1976:31-42.
5. Jung L A, Cé A C - Complicações relacionadas à anestesia. Rev Bras Anest 1988; 36(6): 441-448.
6. Ferreira A B H - Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.
7. Surgical and Anesthesia Services, Accreditation Manual for Hospitals. Chicago: Joint Commission, 1989:269-279.
8. Conselho Regional de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução nº 1248/88.
9. Cheney F W - Anesthesia and the law. The North American Experience. Br J Anaesth 1987; 59: 891-900.
10. Gravenstein J S & Paulus U A - The Anesthesia Record, Clinical Monitoring Practice. Philadelphia: Lippincott, 1987; 366-385.
11. Brien R S, Smith N T, Quinn M L - The accuracy of voice recognition in the operation room. Anesthesiology 1988; 69:331.
12. Dornelles M A - Ficha de anestesia obstétrica pré-codificada. Rev Bras Anest 1989; 39: 9-15.
13. Einhorn J H - Prevention of intraoperative anesthesia accidents and related severe injury through safety monitoring. Anesthesiology 1989; 70: 572-577.