

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

1. Paciente hemodinamicamente estável
2. Em ventilação espontânea sem necessidade de dispositivos para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
3. Responsivo a estímulos táteis ou verbais caracterizando estado de sedação moderada ou leve.

ESTÃO EXCLUÍDOS OS PACIENTES:

1. ASA IV.
2. Em uso de máscara com reservatório e/ou venturi.
3. Pacientes com histórico de susceptibilidade à hipertermia maligna.
4. Pacientes das unidades de terapia intensiva
5. Paciente em uso de DVA

CUIDADOS NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA RPA:

- Todos os pacientes admitidos na SRPA serão avaliados quanto aos riscos previstos nos protocolos clínicos, e um plano de cuidados será elaborado pela equipe de enfermagem e pelo médico plantonista da SRPA.
- Os seguintes sinais vitais serão monitorizados: Saturação de Oxigênio (SAT O₂), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Pressão Arterial Não Invasiva (PANI), Temperatura (T°) e Dor.
- Exceção é feita para os pacientes pediátricos, nos quais a PANI não é aplicável rotineiramente.

TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA SRPA

- **ATENDIMENTO INTERNO:** O paciente permanece internado no hospital por um período de tempo após a realização do procedimento, para monitoramento e cuidados adicionais, podendo ser em:
 - I. **Leito de enfermagem:** O paciente deverá permanecer por no máximo 4 horas na sala de recuperação anestésica após deverá ser encaminhado para unidade de destino.
 - II. **Diária de Hospital Dia:** O paciente deverá permanecer no mínimo 6 horas e no máximo 12 horas na sala de recuperação anestésica e após receberá alta hospitalar.
- **ATENDIMENTO EXTERNO:** O paciente deverá permanecer por no máximo 5 horas na sala de recuperação anestésica.

- Sinais Vitais instáveis;
- Nível de consciência alterado;
- Presença de náusea/vômito.
- Escores de Aldrete e Kroulik <8;
- Stewart <5.

Obs: Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contraindicam a alta.

Transferência do paciente e transição da informação a RPA

Admissão

Monitorização

- O médico anestesista responsável pelo processo anestésico deve informar a equipe de enfermagem da sala operatória o local/leito equivalente onde o mesmo será recuperado, registrar e informar a equipe médica e de enfermagem sobre o ato anestésico, intercorrências específicas, cuidados especiais e a alteração dos parâmetros dos alarmes clínicos, conforme definido na **TABELA IV - PARÂMETROS DOS ALARMES CLÍNICOS**.
- É responsabilidade do anestesista que realizou o procedimento anestésico o acompanhamento do paciente até a sala de recuperação anestésica, ou à Unidade de Pacientes Graves (UTI, SEMI) onde será realizada a transferência de cuidados para o médico plantonista e/ou intensivista.
- A alteração dos parâmetros dos alarmes clínicos deverá ser anotada pela equipe de enfermagem da S.O no documento de transferência do paciente e informada na admissão do paciente na RA, para preenchimento do quadro de identificação do paciente na RPA e parametrização dos alarmes do monitor.

1. **Verificar e registrar os sinais vitais:**
 - I. Na primeira hora pós-operatória: a cada 15 minutos;
 - II. Na segunda hora até a alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA):
 - a) Para pacientes classificados como ASA I: a cada 30 minutos;
 - b) Para pacientes classificados como ASA II ou III: a cada 15 minutos.
2. Os sinais vitais devem ser verificados até que o paciente esteja em condições de alta, com **pelo menos dois conjuntos de leituras estáveis**.
3. Aplicar a escala de avaliação de Aldrete e Kroulik para pacientes adultos e Stewart para crianças até 12 anos, na admissão e a cada hora até que o paciente tenha cumprido todos os critérios para alta, com pelo menos dois conjuntos de leituras estáveis. Nesse ponto, o enfermeiro deverá interromper o registro e notificar o médico plantonista para avaliação da alta da SRPA.
4. Reavaliação devem ser considerados pelo enfermeiro e discutidos com o médico responsável antes da decisão final de alta
5. A interrupção da monitorização continua dos sinais vitais só será permitida para os pacientes que alcançarem os critérios de alta da recuperação anestésica e permanecerem em critério de internação ou hospitalização diária, devendo ser seguido rotina de unidade de internação hospitalar e conforme MEWS.
6. Estando em condições de alta, o médico plantonista será acionado para efetuar a alta do paciente.

Continua na próxima página

Elaborado:

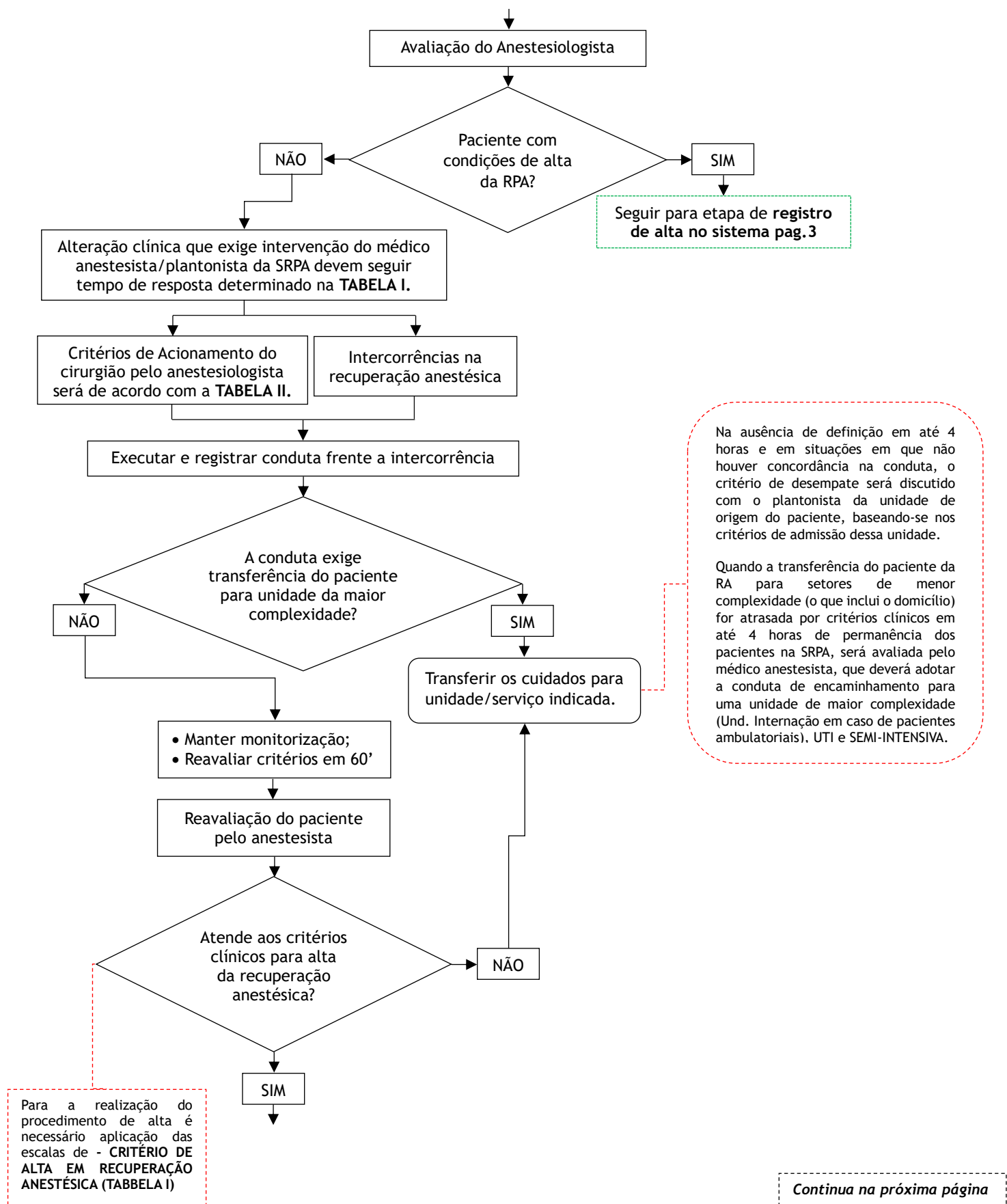
Iara Grasel Kottwitz - Sup. Assistencial - UIC, RPA e HD
Dra. Gabriela Vedana - Anestesista
Dra. Cristiane Bertol - Anestesista

Revisado:

Dr. Diego Rigoti
Anestesista

Aprovado:

Dr. Raulério - Coord. Méd. Centro Cirúrgico
Luciano Coltro - Coord. Enf. Fluxo cirúrgico



Elaborado:
Iara Grasel Kottwitz - Sup. Assistencial - UIC, RPA e HD
Dra. Gabriela Vedana - Anestesista
Dra. Cristiane Bertol - Anestesista

Revisado:
Dr. Diego Rigoti
Anestesista

Aprovado:
Dr. Raulério - Coord. Méd. Centro Cirúrgico
Luciano Coltro - Coord. Enf. Fluxo cirúrgico

- Evolução médica da alta de acordo com o destino do paciente.
- Registro de enfermagem da condição do paciente no momento da alta.
- Registro dos SSVV no momento da alta.
- Conferir e registrar no PEP os exames do prontuário físico.

Registrar a alta no sistema

Ambulatorial

Internação

Entrar em contato com responsáveis e aguardar a chegada deste na instituição.

Entrar em contato com responsáveis e informar o encaminhamento para leito de enfermaria.

Realizar as orientações de alta ao paciente e/ou familiar.

Comunicar setor de destino.

Encaminhar paciente ao Gestor de Acesso juntamente com os documentos do prontuário e exames conferidos.

Realizar a transição do cuidado

Efetuar a transferência do paciente

Transporte conforme protocolo
PRO.INSH.0006 TRANSPORTE SEGURO

Nos casos em que o paciente apresentar condições clínicas favoráveis, o processo de alta deverá ser seguido, com encaminhamento do paciente para aguardar o transporte na Sala de Alta, conforme o Protocolo PRO.INSH.0095.

- **Entre Médicos plantonista:** Pacientes ASA III, transferências atrasadas devidos intercorrências na recuperação anestésica.
- **Entre equipe de enfermagem** (Enfermeiro e Técnico de enfermagem): Todos os pacientes.

- O setor de destino possui 45' para realizar a transferência internado para o leito de origem.
- Se a transferência por atrasada em 1 hora, reavaliar os critérios de alta e SSVV antes da liberação do paciente.

- 1) A prescrição de alta do paciente no período de RA é de responsabilidade intransferível do anesthesiologista de plantão ou de outro médico designado por ele.
- 2) A indicação para alta da SRPA é atribuição exclusiva do médico anesthesiologista plantonista. Que deverá:
 - I. Reavaliar paciente quanto os critérios de alta de acordo com o perfil do paciente;
 - II. Registrar avaliação, scores corrigidos e alta médica no PEP.
 - III. Caso o médico opte em dar alta mesmo com a ausência de algum padrão descrito, a justificativa deve ser registrada em campo específico de evolução médica.
 - IV. Prestar orientação ao paciente e/ou acompanhante, verbalmente e por escrito das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos, bem como a determinação dos cuidados para a Unidade de internação para atendimento das eventuais ocorrências.

Elaborado:

Iara Grasel Kottwitz - Sup. Assistencial - UIC, RPA e HD
Dra. Gabriela Vedana - Anestesista
Dra. Cristiane Bertol - Anestesista

Revisado:

Dr. Diego Rigoti
Anestesista

Aprovado:

Dr. Raulério - Coord. Méd. Centro Cirúrgico
Luciano Coltro - Coord. Enf. Fluxo cirúrgico

TABELA I - CRITÉRIO DE ALTA EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

CRITÉRIO DE ALTA EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA				
PACIENTE	VALORES MÍNIMOS	PARA BLOQUEIOS DE MEMBROS INFERIORES	MEWS CIRÚRGICO	DEVEM SER CONSIDERADOS QUE OS PACIENTES APRESENTEM
Adulto Ambulatorial	Índice de Aldrete e kroulik - 9 a 10	Escala de bromage: 0	MEWS <2	a) Orientação no tempo e no espaço; b) Ausência de vômitos; c) Ausência de dificuldade respiratória; d) Capacidade de ingerir líquidos se não houver contraindicação; e) Capacidade de locomoção como antes, se o procedimento permitir; f) Sangramento mínimo ou ausente; g) Ausência de dor (escore =ou<3); h) Ter débito urinário mínimo de 30 ml/h i) Não apresentar globo vesical; j) Movimentar ativamente os membros se não houver contraindicação;
Adulto Internado	Índice de Aldrete e kroulik 8 a 10	Escala de bromage: 0	MEWS <3	
Pediátrico Ambulatorial (até 12 anos)	Índice de steward > 6	Não se aplica	MEWS <2	
Pediátrico Internado (até 12 anos)	Índice de steward > 5		MEWS <3	

TABELA II- CRITÉRIOS DE ACIONAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA

CRITÉRIOS DE ACIONAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA	TEMPO DE RESPOSTA
Mudanças agudas no estado geral do paciente	Imediato
Suspeita de PCR	Imediato
Saturação de oxigênio pela oximetria menor que 85%	Imediato
FC menor 45 bpm maior que 120 bpm	10 minutos
Variação de pressão arterial maior ou menos que 30% em relação ao valor pré-anestésico	10 minutos
Náuseas e vômitos presentes	10 minutos
Ausência de resposta a estímulos auditivos	Imediato
Ausência de sensibilidade e movimentação dos membros	10 minutos
Dor intensa (escore >7)	Imediato
Dor moderada (escore >3 e <7)	10 minutos
Palidez cutânea associada a sinais de sangramento	Imediato
Resultados de exames alterados	30 minutos
Não recuperação da oxigenação após primeira tentativa (SaTO2 < 90%)	10 minutos
Prescrição de alta do período de RA	20 minutos

TABELA III -CRITÉRIOS DE ACIONAMENTO DO CIRURGIÃO PELO ANESTESIOLOGISTA

CRITÉRIOS DE ACIONAMENTO DO CIRURGIÃO PELO ANESTESIOLOGISTA	
1.	Reporte de algum resultado critico nos exames;
2.	Abertura de protocolo clinico (SEPSE;TEV;DOR TORACICA E AVC);
3.	Necessidade de encaminhamento para UTI
4.	Necessidade de internação hospitalar para os pacientes ambulatoriais.
5.	Sinais de sangramento associados a:
I.	PAS< 90mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
II.	PAD < 60mmHg após 500ml de ressuscitação volêmica
III.	FC > 110bpm após 500ml de ressuscitação volêmica
IV.	Palidez cutânea associada aos fatores acima
V.	Diagnóstico de sangramento por imagem

TABELA IV - PARÂMETROS DOS ALARMES CLÍNICOS

PARÂMETROS DOS ALARMES CLÍNICOS DURANTE A RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA		
PACIENTE	PARÂMETROS	
Asa I	Parametrização padrão	
ASA II - Cirurgias de pequeno e médio porte		
ASA I e II - Cirurgias de grande porte		
ASA III e IV - Independente do porte cirúrgico	Parametrização individualizada: A parametrização individualizada deve considerar a condição clínica do paciente e o plano terapêutico para a definição dos parâmetros dos sinais vitais no pós-operatório imediato (POI).	
PADRÃO ADULTO - Medidas automáticas 15/15 mint		
ALARME	LIMITES DE ALARME	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ECG	120	45
SPO2	100	95
PA Sistólica	160	90
PA Diastólica	110	60
FR	30	8
Temperatura	37,5	36
PADRÃO PEDIÁTRICO - Medidas automáticas 15/15 mint		
ALARME	LIMITES DE ALARME	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ECG	120	50
SPO2	100	92
PA Sistólica	120	50
PA Diastólica	80	35
FR	30	20
Temperatura	37,5	36
PADRÃO NEONATAL- Medidas automáticas 15/15 mint		
ALARME	LIMITES DE ALARME	
	MÁXIMO	MÍNIMO
ECG	190	90
SPO2	100	92
PA Sistólica	85	60
PA Diastólica	55	35
FR	60	30
Temperatura	37,5	36

ANEXOS


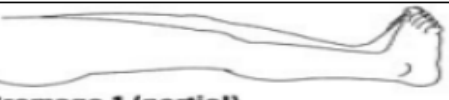


ANEXO I - ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		
Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
	Tem apneia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ANEXO II - ÍNDICE DE STEWARD

ÍNDICE DE STEWARD		
Vias aéreas	Tosse ou chora	2
	Apresenta boa manutenção/respira facilmente	1
	Requer manutenção	0
Consciência	Está desperto(a)	2
	Responde a estímulos verbais ou táteis	1
	Não responde	0
Movimentação	Movimenta os membros intencionalmente	2
	Faz movimentos não-intencionais	1
	Não se movimenta	0

ANEXO III- ESCALA DE BROMEGE

ESCALA DE BROMAGE		
 Bromage 0 (none) Full flexion of knees and feet	0	<ul style="list-style-type: none">Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés)
 Bromage 1 (partial) Just able to move knees	1	<ul style="list-style-type: none">Bloqueio parcial (é capaz de elevar os joelhos)
 Bromage 2 (almost complete) Able to move feet only	2	<ul style="list-style-type: none">Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés)
 Bromage 3 (complete) Unable to move feet or knees	3	<ul style="list-style-type: none">Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés)