

PARTE V

Analgesia Pós-Operatória
O Nosso Compromisso

Em 2008:

15 ANOS

UNIDADE DE DOR AGUDA IPO LISBOA

1. Outubro. 1993

23. Procedimentos em Analgesia do Pós-Operatório. Unidade de Dor Aguda. Protocolos Analgésicos

Conteúdo

Introdução
Unidade de Dor Aguda
Critérios de Alta da UCPA
Outros Critérios de Admissão para a Sala de Operados

Introdução

O maior obstáculo ao desenvolvimento de um correcto alívio da dor pós-operatória nas últimas décadas, não tem sido verdadeiramente a falta de métodos analgésicos efectivos, mas sim a ausência de organização.

Do ponto de vista económico, só depois dos anos 90 é que os europeus começaram a avaliar o impacto económico da analgesia e é hoje seguro que os modelos europeus de Unidades de Dor Aguda ("nurse-based") são bem mais económicos que o modelo americano ("anesthesiologist-based").

As Unidades de Dor Aguda europeias são organizações dependentes dos Serviços de Anestesiologia, que estruturam **programas de acção** interdisciplinares, envolvendo os anestesistas com a colaboração de cirurgiões, enfermeiros e farmacêuticos e desenvolvendo **protocolos de actuação analgésica** com destaque para as mais eficazes e seguras formas de administração de opióides – PCA e Via Epidural.

Para além disso, **optimizam as condições de vigilância** sob o indispensável patrocínio do enfermeiro, a quem caberá a observação permanente dos doentes, a avaliação contínua da eficácia analgésica, a vigilância de monitores e restante equipamento, o cumprimento das terapêuticas, a detecção dos efeitos secundários e o registo de todos os acontecimentos relevantes.

Igualmente organizam a utilização dos **espaços físicos para a permanência dos doentes operados**, como sejam a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) para a recuperação pós-cirúrgica imediata, as enfermarias adequadas à vigilância dos doentes operados (Unidades de Doentes Operados - UCPA de fase II) ou mesmo as Unidade de Cuidados Intermédios (nível II) para a recuperação tardia, todas elas com os recursos humanos indispensáveis e o equipamento mínimo considerado imprescindível.

Deve constituir preocupação destas Unidades a realização de **acções de formação** que garantam a informação necessária a todos os profissionais envolvidos, a **actualização e manutenção dos equipamentos necessários**, desde os monitores da função cardiorespiratória aos dispositivos de administração de analgésicos – infusoras, cateteres, etc., a **avaliação de resultados e a capacidade permanente de intervenção clínica durante as 24 horas**, para todas

as situações de ineficácia analgésica ou de aparecimento de efeitos secundários não solucionáveis pelos enfermeiros.

Unidade de Dor Aguda

Desde Outubro de 1993 que o Serviço de Anestesiologia do IPOLFG-EPE, sensibilizado para esta realidade, dispõe de uma organização específica para o acompanhamento analgésico do pós-operatório, inicialmente denominada **Serviço Permanente de Apoio à Dor Aguda (SPADA)** e actualmente constituída e regulamentada como **Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória**.

Foi preocupação, desde o seu início, a existência de protocolos que pudessem uniformizar a actuação do Serviço nesta área e que ajudassem a garantir eficácia analgésica e segurança ao doente.

O propósito dos protocolos analgésicos nunca foi o de retirar a cada anestesista a possibilidade de prescrever livremente o que entendesse (essa possibilidade continuou e deverá continuar sempre a existir), mas sim o de garantir metodologias comuns na abordagem da dor cirúrgica que possam representar a experiência e as realidades anestésica e cirúrgica do Hospital, que permitam a todo o pessoal envolvido uma melhor identificação com os processos utilizados e que constituam um bom treino para a rotina da vigilância e dos critérios de intervenção perante qualquer acontecimento esperado ou inesperado.

São, seguramente, um dos mais rigorosos instrumentos de garantia das condições de segurança dos doentes e também da eficácia das terapêuticas utilizadas.

Todos os protocolos analgésicos elaborados na Unidade de Dor Aguda do IPO de Lisboa reflectem os conceitos de *Planeamento Integrado* e de *Analgesia Multimodal* e dão destaque muito especial às modalidades não-convencionais de analgesia (Epidural e PCA), elegendo-as como as mais efectivas e seguras para administração de opióides.

Os protocolos analgésicos estão estruturados de forma a poderem ser sempre prescritos e iniciados por qualquer clínico afecto à organização e imediatamente reconhecidos por quem tem a incumbência de garantir a sua vigilância e controlo, como os enfermeiros, da mesma maneira que contêm todas as instruções para que, perante qualquer ocorrência indesejável ou manifestação de ineficácia terapêutica, se possa agir de forma pronta incluindo a administração de fármacos, a adopção de atitudes correctoras, a substituição ou interrupção do protocolo ou tão somente a chamada do clínico a quem caiba, nesse momento, a responsabilidade de intervir.

Tal como sempre se recomenda em todas as organizações de analgesia pós-operatória, cada protocolo da Unidade contém, em destaque bem visível, uma denominação programada com a Farmácia e pela qual o mesmo é prescrito e identificado.

O fármaco ou combinação de fármacos que, numa primeira linha e de forma regular, dele fazem parte, bem como o método de administração (Via ev, Epidural, PCA, etc...), aparecem igualmente em destaque, como também a forma mais adequada para a sua preparação, proporcionando que não haja engano entre os enfermeiros que tiverem essa incumbência.

Com a clareza possível, estão também referidas as posologias, desde o ritmo correcto de uma infusão à dosagem de qualquer administração directa e à frequência com que deverá ser repetida. Todos eles contêm alternativas de recurso a fármacos de resgate (aquilo a que vulgarmente se chama SOS), de forma a permitir ao enfermeiro a possibilidade de intervir imediatamente em situação de descontrolo analgésico.

Normas de actuação nas mais frequentes intercorrências de uma analgesia (náuseas, vómitos, alterações hemodinâmicas, respiratórias ou da consciência) existem em todos os protocolos, bem como alguns elementos de caracterização dos vários fármacos que deles constam.

A avaliação analgésica é feita diariamente por um anestesista destacado especificamente para essa tarefa, registando os elementos fundamentais de apreensão que são depois inseridos numa base de dados para análise regular.

O anestesista de urgência assegura todas as chamadas fora das horas normais de serviço.

Como critérios, estabelecemos dois tipos de analgesia: a **analgesia convencional** e a **analgesia não-convencional**.

Durante o ano de 2007, na sequência da implementação de um programa de cirurgia laparoscópica colo-rectal baseado na modalidade de “Fast-track Surgery” e com o objectivo de permitir a estes doentes altas precoces entre as 48 e 72 horas de operados, elaborámos um programa analgésico específico que combina 3 dos protocolos existentes, iniciando-se com um “não-convencional” em que é administrada morfina sob PCA e terminando com um “convencional” sem qualquer opióide incluído, num processo de descontinuidade analgésica que tenta garantir a cada doente uma analgesia eficaz nas primeiras horas e o liberta de qualquer fármaco opióide a partir das 24 horas, facilitando todo o processo conducente à sua alta.

Em 2008 o Serviço iniciou a aplicação de um protocolo de profilaxia de náuseas e vómitos no pós-operatório (PONV - *post-operative nausea and vomiting*).

No protocolo são considerados os factores de risco mais frequentes para a ocorrência de PONV e, de acordo com o número de factores existentes em cada doente, preconizada a utilização de nenhum, um ou vários fármacos anti-eméticos associados (ver tabela 51). Os protocolos de analgesia do pós-operatório foram consequentemente ajustados, deles tendo sido retirada a administração regular de metoclopramida.

Tabela 51

PROFILAXIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO	
FÁRMACOS ANTI-EMÉTICOS	FACTORES DE RISCO
1. DEXAMETASONA [ev] (5 mg) 2. DROPERIDOL [ev] (1,25 mg) 3. PROMETAZINA [im] (25 mg) 4. ONDANSETRON [ev] (4 mg) 5. GRANISETRON [ev] (1,5 mg) 6. METOCLOPRAMIDA [ev] (10 mg)	1. Sexo feminino 2. Não fumador 3. História de náuseas/vômitos em cirurgias anteriores 4. Duração da Cirurgia > 3 horas 5. Prescrição de opióides na Analgesia Pós-Operatória
Para medicação pré anestésica (opcional): HIDROXIZINA [per os] (25 mg)	
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	
Risco "0":	Sem factores de risco
Risco "1":	1 factor de risco
Risco "2":	2 factores de risco
Risco "3":	3 factores de risco
Risco "4":	4 ou mais factores de risco
PROFILAXIA	
Risco "0":	Não fazer
Risco "1":	Não fazer (sugestão de hidroxizina "per os" na medicação pré anestésica)
Risco "2":	Fazer 1 anti-emético: Dexametasona, 5 mg ev (a preceder a indução anestésica) Alternativa: DHBP, 1,25 mg ev (no final da intervenção)
Risco "3":	Fazer 2 anti-eméticos: Dexametasona, 5 mg ev (a preceder a indução anestésica) + DHBP, 1,25 mg ev (no final da intervenção) Alternativa: Prometazina, 25 mg im (próximo do final da cirurgia e se não tiver feito hidroxizina)
Se não puder:	Granisetron, 1,5 mg ev (no final da intervenção) ou Ondansetron, 4 mg ev (no final da intervenção)
Risco "4":	Fazer 3 anti-eméticos: Dexametasona, 5 mg ev (a preceder a indução anestésica) + DHBP, 1,25 mg ev (no final da intervenção) + Prometazina, 25 mg im (próximo do final da cirurgia e se não tiver feito hidroxizina) Se não puder: Granisetron, 1,5 mg ev (no final da intervenção) ou Ondansetron, 4 mg ev (no final da intervenção)

Infusoras de Ferida Cirúrgica

A partir de 2008, na sequência do entusiasmo que se assistiu na literatura da analgesia do pós-operatório, passámos a aderir à modalidade de infusão contínua de anestésico local na ferida cirúrgica em determinados tipos de cirurgia: ginecológica, colo-rectal e, mais recentemente, cirurgia da mama.

Apesar de não haver ainda uma evidência irrefutável sobre as previsíveis vantagens desta técnica e sendo cedo para divulgarmos os nossos resultados, a favorável impressão que temos vindo a recolher da sua utilização levou-nos já a acrescentar dois novos protocolos ao arsenal terapêutico que utilizamos na Unidade de Dor Aguda e que poderão ser consultados nas páginas 285 e 287.

A segurança e simplicidade do método são os aspectos que mais destacamos na fase em que nos encontramos e a eficácia analgésica dá mostras de cumprir as expectativas.

Critérios de Alta da U.C.P. A.

Toda a organização deverá prever formas de avaliação e critérios de transferência (ou alta), sempre que os doentes transitem de uma estrutura física para outra, com metodologias de vigilância diferentes (por exemplo: saída do doente da UCPA para a Sala de Operados da Enfermaria).

O impacto dos cuidados nas Unidades de Cuidados Pós Anestésicas (UCPA) no prognóstico clínico da população cirúrgica varia com a incidência e gravidade da patologia associada, carácter de urgência, tipo de procedimento cirúrgico e técnicas anestésicas usadas. A eficácia do staff das UCPA em identificar complicações, a acuidade no diagnóstico e a eficiência com que é iniciada terapêutica são importantes.

A UCPA deverá ser localizada perto das salas do Bloco Operatório, como é o caso da UCPA do IPO de Lisboa, e assegurar, com metodologias próximas das que se praticam nas Unidades de Cuidados Intensivos, vigilância clínica e monitorização na fase mais vulnerável do período pós-operatório.

Com excepção dos doentes que, pela patologia associada grave ou pelas complicações cirúrgicas, necessitam de pós-operatório em UCI, todos os doentes submetidos a anestesia geral, anestesia regional ou, em casos específicos, cuidados de monitorização anestésicos, são admitidos nas UCPA e recebem tratamento pós-anestésico apropriado.

Este período é caracterizado pela possibilidade de incidência mais elevada de complicações respiratórias e circulatórias, sendo fundamental que se pratiquem nesta fase cuidados assistenciais de nível muito próximo ao dos prestados nas UCI.

rios de Aldrette e das *guidelines* da American Society of Anesthesiologists. São determinados por critérios clínicos de estabilidade da função respiratória, cardiovascular, estado mental, náuseas e vômitos e incluem a avaliação da dor, sendo que o score que autoriza a alta dos doentes leva em consideração as características do serviço para onde vão ser transferidos.

O tempo de permanência na UCPA não segue um padrão rígido e é determinado pela recuperação de todas as funções requeridas nos critérios de alta, os quais sugerimos que sejam aferidos com intervalos mínimos de uma hora.

Consideramos que o doente tem critérios de alta para a sala de operados quando apresenta score ≥ 9 , salvaguardando a inexistência de um score parcial 0.

Quando o destino do doente é a Enfermaria, deverá ter um score ≥ 12 pontos, nenhum score parcial de 0, respiração e actividade motora com score 2 e dor com score máximo de 2/3.

Os critérios de alta da UCPA fase II ou Sala de Operados devem incluir, para além dos critérios de alta da UCPA fase I, as seguintes considerações:

- Adequado controlo da intensidade da dor $< 3/10$ ou documentada como tolerável;
- Capacidade de deambular adequada ao seu estado pré-operatório;
- Total recuperação da sensibilidade e capacidade motora, se o doente recupera de uma anestesia regional;
 - Se o doente tiver sido submetido a um bloqueio de nervo periférico não necessita de apresentar recuperação total da sensibilidade, caso os critérios de alta tenham sido atingidos.

Quando se mencionam critérios de alta, alguns aspectos devem estar clarificados, como o não deverem fazer parte a obrigatoriedade de micção espontânea e a capacidade de tolerar líquidos, nem haver um tempo mínimo obrigatório para o doente ficar nas UCPA, sendo ele determinado pela recuperação de todas as funções exigidas nos critérios de alta.

Outros Critérios de Admissão para a Sala de Operados

Quando um Hospital, como é o caso do IPOLFG-EPE, carece de Unidade de Cuidados Intermédios, a Sala de Operados assume muitas vezes e parcialmente essa função, admitindo também doentes transferidos em "stepdown" da Unidade de Cuidados Intensivos ou vindos da Enfermaria, por algum motivo de ordem clínica que os tenha levado a necessitar de cuidados mais diferenciados.

Neste âmbito, a Sala de Operados apenas deveria funcionar como um espaço para doentes com moderada ou potencialmente grave instabilidade fisiológica requerendo monitorização e cuidados de suporte impossíveis de manter em ambiente de Enfermaria e contando obrigatoriamente com a presença física constante de um clínico com perfil e preparação para a natureza dessas funções.

Nessas condições, devem ser determinados os limites dos cuidados que possam ser proporcionados, baseados nas necessidades da Instituição, na qualificação do staff e nos recursos do local, o que inclui a possibilidade de monitorização invasiva, ventilação mecânica e toda a panóplia de instrumentação que possibilite a administração intravenosa de múltiplos fármacos.

Os critérios de admissão para o contexto anteriormente referido, assentam na existência de patologias comuns em ambiente cirúrgico e que estão sistematizadas pelo Serviço de Anestesiologia para a possibilidade de poder vir a prestar assistência permanente em presença física à Sala de Operados, como solução transitória, até à existência de uma Unidade de Intermédios. São elas:

a) Aparelho Cardiovascular

- Enfarte Agudo do Miocárdio hemodinamicamente estável
- Disritmias hemodinamicamente estáveis
- Insuficiência Cardíaca Congestiva sem shock (Killip classe I, II)
- Urgência hipertensiva sem evidência de lesão de órgão terminal

b) Aparelho Respiratório

- Doente ventilado clinicamente estável
- Doente hemodinamicamente estável com evidência de compromisso das trocas gasosas e que, pela patologia, tem potencial para agravar insuficiência respiratória.
- Doente que necessita de cinesiterapia respiratória agressiva

c) Sistema Nervoso

- Acidente Vascular Cerebral que necessita de frequente avaliação neurológica ou toilette pulmonar
- Lesão cerebral aguda com escala de coma Glasgow < 9 que requer frequente monitorização para sinais de deterioração neurológica
- Doença neurológica crónica estável, como doença neuromuscular que necessita de cuidados de enfermagem frequentes

d) Doenças Gastrointestinais

- Hemorragia gastrointestinal que responde à terapêutica médica
- Falência hepática aguda com sinais vitais estáveis

e) Endócrinas

- Cetoacidose Diabética com necessidade de infusão contínua de insulina
- Estado hiperosmolar com resolução de coma
- Estado de tirotoxicose, hipotiroideu, requerendo monitorização frequente

f) Outras

- Quadros sépticos sem evidência de shock ou falência secundária de órgão

- *Doentes que necessitem de fluidoterapia cuidadosamente titulada*
- *Doentes que precisem de cuidados de enfermagem frequentes, bem como monitorização clínica e não estejam englobados nas condições anteriormente referidas*

Sempre que os doentes sejam admitidos pelos critérios anteriormente referidos, serão considerados critérios de alta a estabilização do estado fisiológico e o desaparecimento da necessidade de monitorização intensiva, podendo ser transferidos novamente para a Enfermaria. Se esse estado sofrer deterioração requerendo medidas activas de suporte de vida o doente deverá ser transferido para uma UCI.

Como ainda não se processou a modificação estrutural que permitiria a aplicação desta metodologia e destes critérios, o Serviço de Anestesiologia vai respondendo por chamada às solicitações que lhe são feitas para acompanhamento dos doentes que se encontram nas condições acima descritas e que, por falta de vaga ou critério de admissão na UCI, não têm alternativa senão ser admitidos nas Salas de Operados.

A existência de uma Unidade de Cuidados Intermédios continua a ser uma prioridade da Instituição e o destacamento físico permanente de um clínico para a Sala de Operados a solução proposta pelo Serviço de Anestesiologia, para colmatar transitoriamente aquela lacuna.

No que diz respeito ao acompanhamento analgésico, as Salas de Operados cumprem excelentemente a sua função e permitem um downstep muito importante entre a UCPA e a enfermaria para controlo e vigilância dos protocolos analgésicos.

Tabela 53

FOLHA DE REGISTOS DE VIGILÂNCIA DA P.C.A.

Operação: _____

Data: _____ ASA: _____

_____ Peso: _____

IDENTIFICAÇÃO

Pca

MÁQUINA E MODALIDADE

Modelo _____

PCA (apenas bolus):

PCA + perfusão:

DOSE DE CARGA

PROTOCOLO

	UCPA Chegada	UCPA Saída	4 horas									
Horas												
T.A.												
F.C.												
F.R.												
Sat O2												
Náuseas Vômitos Sudorese												
Dose Total												
Nº tentativ.												
T. eficazes												
Sono 0, 1, 2, 3												
Dor 0, 1, 2, 3, 4												

SONO

0 = Perfeitamente acordado

1 = Ligeiramente sonolento

2 = Sonolento, dormindo muitas vezes

3 = Só acorda quando estimulado

DOR

0 = Sem dor

1 = Dor Ligeira

2 = Dor moderada

3 = Dor intensa

4 = Dor máxima

Tabela 54

FOLHA DE REGISTOS DE VIGILÂNCIA EM ANALGESIA EPIDURAL

Operação: _____

Data: _____ ASA: _____
Peso: _____

IDENTIFICAÇÃO

CATETER

Introdução: _____	Extremidade: _____
-------------------	--------------------

E analgesia pidural

PROTOCOLO

	UCPA Chegada	UCPA Saída	4 horas								
Horas											
T.A.											
F.C.											
F.R.											
Sat O2											
Náuseas Vômitos Sudorese											
Sono 0, 1, 2, 3											
Dor 0, 1, 2, 3, 4											

SONO

0 = Perfeitamente acordado

1 = Ligeiramente sonolento

2 = Sonolento, dormindo muitas vezes

3 = Só acorda quando estimulado

DOR

0 = Sem dor

1 = Dor Ligeira

2 = Dor moderada

3 = Dor intensa

4 = Dor máxima

Tabela 55

ESCALAS EQUIPARADAS DE AVALIAÇÃO		
<i>Dor Máxima</i>	4	10 9
<i>Dor Intensa</i>	3	8 7 6
<i>Dor Moderada</i>	2	5 4 3
<i>Dor Ligeira</i>	1	2 1
<i>Sem dor</i>	0	0

UNIDADE DE DOR AGUDA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil - E. P. E.

Analgesia Convencional

Protocolos em Analgesia
Pós-Operatória

CONV_01

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 1/5

PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Expectativa de Dor pouco Significativa
Substituição de outro Protocolo para descontinuidade analgésica

Analgesia

- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **METAMIZOL MAGNÉSICO**, 2 gramas (1 ampola) diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos;
- **PARECOXIB** 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento;
- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml = ½ ampola) em *bolus* ev lento.

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**);

Vigilância

Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

- PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
- METAMIZOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
- PARECOXIB:** Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da *cox-2*
- PETIDINA:** Analgésico opióide agonista total

CONV_02

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 1/5

METAMIZOL MAGNÉSICO ev

Indicações possíveis
Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Expectativa de Dor pouco Significativa
Substituição de outro Protocolo para descontinuidade analgésica

Analgesia

- 2 gramas de **METAMIZOL MAGNÉSICO** (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 h;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PARACETAMOL**, 1 grama (1saco), a infundir ev em 15 minutos;
- **PARECOXIB** 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento;
- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml = ½ ampola) em *bolus* ev lento.

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**.
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência **(Tel: 4151)**;

Vigilância

Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total

CONV_03

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 1/5

PARECOXIB ev

Indicações possíveis
Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Expectativa de Dor pouco Significativa
Substituição de outro Protocolo para descontinuidade analgésica

Analgesia

- 40 mg de **PARECOXIB** (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, administrados em *bólus* ev lento, de 12/12 h;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PARACETAMOL**, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos;
- **METAMIZOL MAGNÉSICO**, 2 gramas (1 ampola) diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos;
- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml = ½ ampola) em *bolus* ev lento.

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**);

Vigilância

Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

- PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
- METAMIZOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
- PARECOXIB:** Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da *cox-2*
- PETIDINA:** Analgésico opióide agonista total

CONV_04

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 2/5

METAMIZOL ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermedios
Expectativa de Dor Moderada

Substituição de Protocolo Não Convencional, para descontinuidade analgésica

Analgesia

- 2 gramas (1 ampola) de **METAMIZOL MAGNÉSICO**, diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas;
- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas, em esquema cronológico de alternância com o metamizol magnésico;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em *bolus* ev lento.
- **TRAMADOL**, 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola) a infundir ev em 15 minutos.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- **GRANISETRON**, 1,5mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o aneste-

sista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (Tel: 4151);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_05

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 2/5

PARECOXIB ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermedios
Expectativa de Dor Moderada

Substituição de Protocolo Não Convencional, para descontinuidade analgésica

Analgesia

- 40 mg (1 ampola) de **PARECOXIB**, diluídos em 5 ml de SF, administrados em *bolus* ev lento, de 12/12 h;
- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas, em esquema cronológico de alternância com o parecocib;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml = 1/2 ampola) em *bolus* ev lento.
- **TRAMADOL**, 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola) a infundir ev em 15 minutos.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- **GRANISETRON**, 1,5mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**.

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**.
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o aneste-

sista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (Tel: 4151);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptção de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_06

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 3/5

TRAMADOL ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermedios
Expectativa de Dor mais elevada, Moderada/Intensa
Substituição de Protocolo não Convencional, para descontinuidade analgésica
Programa de *Fast-Track Surgery* a partir das 21 horas do dia da intervenção

Analgesia

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de **TRAMADOL** diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com **TRAMADOL** 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com o Tramadol. Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a dose de carga de tramadol;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em *bolus* ev lento.
- **PARCOXIB**, 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, administrados em *bolus* ev lento.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- **GRANISETRON**, 1,5mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;

- b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**.
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
 - Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência **(Tel: 4151)**;

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_07

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 3/5

TRAMADOL ev + PARECOXIB ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermediários
Expectativa de Dor mais elevada, Moderada/Intensa
Substituição de Protocolo não Convencional, para descontinuidade analgésica

Analgesia

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de **TRAMADOL** diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com **TRAMADOL** 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 40 mg de **PARECOXIB** (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em *bolus* ev lento.
- **PARACETAMOL**, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- **GRANISETRON**, 1,5mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de **8/8 horas** (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_08

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 3/5

TRAMADOL ev + PARECOXIB ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermedios
Expectativa de Dor mais elevada, Moderada/Intensa
Substituição de Protocolo não Convencional, para descontinuidade analgésica
Programa de Fast-Track Surgery, a partir das 21 horas do Dia da Intervenção

Analgesia

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de **TRAMADOL** diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com **TRAMADOL** 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 40 mg de **PARECOXIB** (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com o Tramadol. Recomenda-se que a primeira administração seja feita intraoperatoriamente, antes de se ter administrado a dose de carga de tramadol;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em *bolus* ev lento.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário;
- **GRANISETRON**, 1,5 mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev.

Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço
(Tel: 4151)

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;

- b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**.
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
 - Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência **(Tel: 4151)**;

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_09

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 4/5

PETIDINA ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermediários
Expectativa de Dor de mais elevada intensidade

Analgesia

- **PETIDINA**, 50 mg diluídos em 100 ml de SF a infundir ev em 15 minutos (2 ml = 1 ampola), de 8/8 horas. Iniciar na fase final da intervenção;
- **PARACETAMOL**, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com a Petidina; Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a 1ª dose de petidina;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PARECOXIB**, 40 mg (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, administrados em *bolus* ev lento;
- **METAMIZOL MAGNÉSICO**, 2 gramas (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário;
- **GRANISETRON**, 1,5 mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev.

Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151)

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (Tel: 4151);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesta que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (Tel: 4151);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_10

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 4/5

PETIDINA ev + PARECOXIB ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor de mais elevada intensidade

Analgesia

- **PETIDINA**, 50 mg diluídos em 100 ml de SF a infundir ev em 15 minutos (2 ml = 1 ampola), de 8/8 horas. Iniciar na fase final da intervenção;
- **PARECOXIB**, 40 mg (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento, de 12/12 horas, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PARACETAMOL**, 1 g (1 saco), a infundir ev em 15 minutos;
- **METAMIZOL MAGNÉSICO**, 2 gramas (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário;
- **GRANISETRON**, 1,5 mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev.

Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151)

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (Tel: 4151);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesta que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (Tel: 4151);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_11

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 5/5

PETIDINA ev + PARACETAMOL ev + PARECOXIB ev

Indicações possíveis
Cirurgia *Major* de qualquer tipo

UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA EM SITUAÇÕES DE IMPOSSIBILIDADE
DE OPÇÃO PELA PCA OU ANALGESIA REGIONAL

Analgesia

- **PETIDINA**, 50 mg diluídos em 100 ml de SF a infundir ev em 15 minutos (2 ml = 1 ampola), de 8/8 horas. Iniciar na fase final da intervenção;
- **PARACETAMOL**, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com a petidina; Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a 1ª dose de petidina;
- **PARECOXIB**, 40 mg (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em *bolus* ev lento, de 12/12 horas, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **METAMIZOL MAGNÉSICO**, 2 gramas (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos.
- Podem ser administradas doses suplementares de 25 mg (1 ml = ½ ampola) de **PETIDINA**, em *bolus* ev, com intervalos mínimos de 2 horas.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário:
- **GRANISETRON**, 1,5 mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDANSETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev.
Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151)

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
PARECOXIB:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da <i>cox-2</i>
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

CONV_12

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 2,5/5

KETOROLAC ev + PARACETAMOL ev

Indicações possíveis
Procedimentos Cirúrgicos Intermediários
Expectativa de Dor Moderada

Situações em que se pretende transitar rapidamente da via ev para a Oral

Analgesia

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 30 mg de **KETOROLAC**, a infundir ev;
- Continuar 6 horas depois com **KETOROLAC** 30 mg (1 ampola), a infundir ev, mantendo-se o regime horário de 6/6 horas;
- 1 grama de **PARACETAMOL** (1 frasco), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas, em esquema posológico de alternância com o Ketorolac. Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a dose de carga de Ketorolac;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

Analgesia de Resgate

- **PETIDINA**, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em *bolus* ev lento.
- **TRAMADOL**, 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola) a infundir ev em 15 minutos.

Terapêutica de Náuseas e Vômitos

- **METOCLOPRAMIDA**, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Não repetir antes de 8 horas. Se necessário:
- **GRANISETRON**, 1,5 mg (1/2 ampola) ev, ou **ONDASETRON**, 4 mg (1/2 ampola) ev.

Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151)

Instruções Acessórias

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151).

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**);

Vigilância

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
KETOROLAC:	Analgésico anti-inflamatório não-esteróide
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptção de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDASETRON:	Antieméticos antagonista dos receptores da serotonina

UNIDADE DE DOR AGUDA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil - E. P. E.

Analgesia Não-Convencional

Protocolos em Analgesia
Pós-Operatória

N-CONV_A

MORFINA (0,05 mg/ml) + ROPIVACAÍNA (0,1%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Alternativa 1.

Adicionar: 20 ml de ropivacaína 0,2% (2 mg/ml)
0,2 ml de morfina 1% (2 mg = 1/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Alternativa 2.

Adicionar: 7 ml de ropivacaína 0,75% (7,5 mg/ml)
0,25 ml de morfina 1% (2,5 mg = 1/4 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 50 ml

Analgesia

- **ROPIVACAÍNA** com **MORFINA**, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA** (**Tel: 4151**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 1/4 da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de **bradicárdia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min.). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA:	Analgésico opióide agonista total
ATROPINA:	Parasimpaticolítico
ROPIVACAÍNA:	Anestésico local do grupo amida
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide de acção central
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina
NALOXONA:	Opióide antagonista total

N-CONV_B

MORFINA (0,1 mg/ml) + ROPIVACAÍNA (0,1%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Alternativa 1.

Adicionar: 20 ml de ropivacaína 0,2% (2 mg/ml)

0,4 ml de morfina 1% (4 mg = 2/5 ampola)

SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Alternativa 2.

Adicionar: 7 ml de ropivacaína 0,75% (7,5 mg/ml)

0,5 ml de morfina 1% (5 mg = 1/2 ampola)

SF (NaCl 0,9%) até perfazer 50 ml

Analgesia

- **ROPIVACAÍNA** com **MORFINA**, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 1/4 da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de **bradicárdia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min.). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA:	Analgésico opióide agonista total
ATROPINA:	Parasimpaticolítico
ROPIVACAÍNA:	Anestésico local do grupo amida
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide de acção central
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina
NALOXONA:	Opióide antagonista total

N-CONV_C

FENTANIL (5 µg/ml) + ROPIVACAÍNA (0,1%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA

com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:

Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Adicionar: 20 ml de ropivacaína 0,2% (2 mg/ml)

4 ml de fentanil 0,5% (200 µg = 4/5 ampola)

SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Analgesia

- **ROPIVACAÍNA** com **FENTANYL**, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 frasco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicárdia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender

a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

FENTANIL:	Analgésico opióide agonista total
ATROPINA:	Parasimpaticolítico
ROPIVACAÍNA:	Anestésico local do grupo amida
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide de acção central
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina
NALOXONA:	Opióide antagonista total

N-CONV_D

MORFINA (1 mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA ev COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:

Qualquer Tipo de Cirurgia *Major*

Modo de Preparação

Adicionar: 5 ml de morfina 1% (50 mg = 5 ampolas)
45 ml de SF (NaCl 0,9%)

Programação da Máquina de PCA

- *Loading-dose*: não programar
- Concentração: 1 mg/ml
- *Bolus*: 1 mg
- *Lockout*: 8 min
- *Background*: 0,3 – 0,5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 25 mg

Analgesia

- **MORFINA**, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 10 mg de morfina ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 5 mg de morfina ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na UCPA, à cabeça do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesta de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesta (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, CHAMAR O ANESTESISTA (**Tel: 4151**). Se necessário, adminis-

trar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a morfina sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

N-CONV_E

MORFINA (0,05 mg/ml) + LEVOBUPIVACAÍNA (0,125%)
[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Adicionar: 20 ml de levobupivacaína 0,25% (2,5 mg/ml)
0,2 ml de morfina 1% (2 mg = 1/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Analgesia

- LEVOBUPIVACAÍNA com MORFINA, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender

a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

LEVOBUPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

N-CONV_F

MORFINA (0,1 mg/ml) + LEVOBUPIVACAÍNA (0,125%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Adicionar: 20 ml de levobupivacaína 0,25% (2,5 mg/ml)
0,4 ml de morfina 1% (4 mg = 2/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Analgesia

- LEVOBUPIVACAÍNA com MORFINA, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender

a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

LEVOBUPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

N-CONV_G

FENTANIL (5 µg/ml) + LEVOBUPIVACAÍNA (0,125%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

EPIDURAL CONTÍNUA
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:
Cirurgia *Major* do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

Modo de Preparação

Adicionar: 20 ml de levobupivacaína 0,25% (2,5 mg/ml)
4 ml de fentanil 0,5% (200 µg = 4/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

Analgesia

- LEVOBUPIVACAÍNA com FENTANIL, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (Tel: 4151);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA** (Tel: 4151). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender

a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

FENTANIL: Analgésico opióide agonista total.

ATROPINA: Parasimpaticolítico

LEVOBUPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

N-CONV_H

PETIDINA (10 mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA ev COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:

Qualquer Tipo de Cirurgia *Major*

Modo de Preparação

Adicionar: 20 ml de petidina 2,5% (500 mg = 10 ampolas)
30 ml de SF (NaCl 0,9%)

Programação da Máquina de PCA

- *Loading-dose*: não programar
- Concentração: 10 mg/ml
- *Bolus*: 10 mg
- *Lockout*: 8 min
- *Background*: 3 - 5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 250 mg

Analgesia

- **PETIDINA**, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 100 mg de petidina ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 50 mg de petidina ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na UCPA, à cabeceira do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, CHAMAR O ANESTESISTA (**Tel: 4151**). Se necessário, adminis-

trar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a petidina sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

PETIDINA: Analgésico opióide agonista total

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

N-CONV_I

MORFINA (2 mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA sc COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE
com associação de PARACETAMOL ev

Indicações possíveis:

Quando houver necessidade de uma alternativa à via ev

Modo de Preparação

Adicionar: 10 ml de morfina 1% (100 mg = 10 ampolas)
40 ml de SF (NaCl 0,9%)

Programação da Máquina de PCA

- *Loading-dose*: não programar
- Concentração: 2 mg/ml
- *Bolus*: 1 mg
- *Lockout*: 8 min
- *Background*: 0,3 - 0,5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 25 mg

Analgesia

- **MORFINA**, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 10 mg de morfina ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 5 mg de morfina ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na UCPA, à cabeça do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL ev** (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, CHAMAR O ANESTESISTA (**Tel: 4151**). Se necessário, adminis-

trar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**Tel: 4151**).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);
- Substituir a morfina sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço (**Tel: 4151**);

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

N-CONV_J

Perfusão da ferida cirúrgica + PCA ev

ROPIVACAÍNA 0,2% (2 mg/ml) + **MORFINA (1mg/ml)**
[Em elastómero] [Em PCA, protocolo N-CONV_D]

PERFUSÃO CONTÍNUA DA FERIDA CIRÚRGICA com elastómero em associação com N CONV_D (sem perfusão contínua de base)

Indicações possíveis:
Cirurgia abdominal ou ginecológica

Modo de Preparação

- Preparar um elastómero: adicionar 72 ml (540 mg) de Ropivacaína 0,75% (3 ampolas de 20 ml + 12 ml da 4ª ampola) a 198 ml de SF (NaCl 0,9%), (capacidade do elastómero: 270 ml).
- Preparar PCA conforme Protocolo N-CONV_D (sem perfusão contínua de base)

Analgesia

- Iniciada pelo cirurgião, imediatamente após o encerramento total da parede, com a administração da dose de carga, 20 mg de **ROPIVACAÍNA** 0,2% (10 ml).
- De seguida, adapta-se o recipiente com o elastómero que já contém a **ROPIVACAÍNA**, conforme preparado. A dose da perfusão varia consoante o débito do elastómero escolhido (5 ou 10 ml/h).
- Associar obrigatoriamente o N-CONV_D sem perfusão de base (não programar a máquina de PCA com perfusão de base).
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos.

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com **score analgésico ≥ 6** ou um registo com **score analgésico ≥ 9** comunicar ao anestesiologista de serviço (**Tel: 4151**);
- Perante um registo de **sedação com score = 3** (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesiologista (**Tel: 4151**);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a $\frac{1}{4}$ da ampola) de **naloxona 0,04%** e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesiologista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver

hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringier** a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;

- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/5 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista **(Tel: 4151)**.

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;
- Vigiar a zona de saída do cateter e o penso da ferida operatória e se estiver repassado ou apresentar sinais inflamatórios, deverá ser chamado o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**
- Substituir a morfina sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço **(Tel: 4151)**;

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

ROIIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida

MORFINA: Analgésico opióide agonista total

METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de acção central

GRANISETRON/ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parasimpaticólítico

N-CONV_K

Perfusão da ferida cirúrgica + CONV_04

ROPIVACAÍNA 0,2% (2 mg/ml) + PARACETAMOL + METAMIZOL
[Em elastómero] [ev, protocolo CONV_04]

PERFUSÃO CONTÍNUA DA CAVIDADE AXILAR com elastómero
em associação com CONV_04

Indicações possíveis:

Cirurgia da mama que implique esvaziamento ganglionar axilar

Modo de Preparação

- Preparar um elastómero: adicionar 65 ml (130 mg) de Ropivacaína 0,2% (3 ampolas de 20 ml + 5 ml da 4ª ampola)
- Preparar Paracetamol e Metamizol conforme CONV_04.

Analgesia

- Iniciada pelo cirurgião, imediatamente após o encerramento da cavidade axilar, com a administração da dose de carga, 20 mg de **ROPIVACAÍNA** 0,2% (10 ml).
- De seguida, adapta-se o recipiente com o elastómero que já contém a **ROPIVACAÍNA**, conforme preparado. A dose de perfusão nestes elastómeros de 65 ml é de 2 ml/h (4 mg/h).
- Associar obrigatoriamente, o CONV_04 e seguir as suas indicações.
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos.

Tratamento dos Efeitos Secundários

- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 1,5 mg (1/2 ampola) ev de **granisetron** ou 4 mg (1/2 ampola) de **ondansetron**; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (Tel: 4151).

Instruções Acessórias

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Vigiar a zona de saída do cateter e o penso da ferida operatória e se estiver repassado ou apresentar sinais inflamatórios, deverá ser chamado o anestesista de serviço (Tel: 4151)

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**Tel: 4151**).

Vigilância

- Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

Caracterização dos Fármacos deste Protocolo

ROPIVACAÍNA:	Anestésico local do grupo amida
PARACETAMOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
METAMIZOL:	Analgésico antipirético não-opióide, de acção periférica, com características espasmolíticas e fraca actividade anti-inflamatória
PETIDINA:	Analgésico opióide agonista total
TRAMADOL:	Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT
METOCLOPRAMIDA:	Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON/ONDANSETRON:	Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina
NALOXONA:	Opióide antagonista total

UNIDADE DE DOR AGUDA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil - E. P. E.

Fast-Track Surgery

Protocolos em Analgesia
Pós-Operatória

FAST-TRACK PRINCIPAL

N-CONV_D + CONV_08 + CONV_05 (sem petidina de resgate)

COMBINAÇÃO SEQUENCIAL DE 3 PROTOCOLOS NAS 24 HORAS

até às 21:00 horas do dia da intervenção cirúrgica:
PROTOCOLO N-CONV_D

das 21:00 horas do dia da intervenção cirúrgica, até às 9:00 horas do dia seguinte:
PROTOCOLO CONV_08

a partir das 9:00 horas do dia seguinte:
PROTOCOLO CONV_05 (sem petidina de resgate)

ATÉ ÀS 21:00 HORAS DO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

N-CONV_D

**MORFINA (1 mg/ml) EM PCA ev COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE
associação de PARACETAMOL ev**

Seguir as indicações do Protocolo N-CONV_D

(terminar às 21:00 horas e mudar para Protocolo CONV_08)

DAS 21:00 HORAS DO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ATÉ ÀS 9:00 HORAS DO DIA SEGUINTE

CONV_08

TRAMADOL ev + PARACETAMOL ev + PARECOXIB ev

Seguir as indicações do Protocolo CONV_08

(terminar às 9:00 horas dia seguinte e mudar para Protocolo CONV_05
(sem petidina de resgate))

A PARTIR DAS 9:00 HORAS DO DIA SEGUINTE

CONV_05 (sem petidina de resgate)

PARACETAMOL ev + PARECOXIB ev

Seguir as indicações do Protocolo CONV_05 (excepto petidina de resgate)

FAST-TRACK ALTERNATIVO

N-CONV_D + CONV_06 (sem parecoxib de resgate) + CONV_04 (sem petidina de resgate)

COMBINAÇÃO SEQUENCIAL DE 3 PROTOCOLOS NAS 24 HORAS

até às 21:00 horas do dia da intervenção cirúrgica:
PROTOCOLO N-CONV_D

das 21:00 horas do dia da intervenção cirúrgica, até às 9:00 horas do dia seguinte:
PROTOCOLO CONV_06 (sem parecoxib de resgate)

a partir das 9:00 horas do dia seguinte:
PROTOCOLO CONV_04 (sem petidina de resgate)

ATÉ ÀS 21:00 HORAS DO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

N-CONV_D

MORFINA (1 mg/ml) EM PCA ev COM PERFUSÃO CONTÍNUA DE BASE associação de PARACETAMOL ev

Seguir as indicações do Protocolo N-CONV_D

(terminar às 21:00 horas e mudar para Protocolo CONV_06 (sem parecoxib de resgate))

DAS 21:00 HORAS DO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ATÉ ÀS 9:00 HORAS DO DIA SEGUINTE

CONV_06 (sem parecoxib de resgate)

TRAMADOL ev + PARACETAMOL ev

Seguir as indicações do Protocolo CONV_06 (sem parecoxib de resgate)

(terminar às 9:00 horas dia seguinte e mudar para Protocolo CONV_04 (sem petidina de resgate))

A PARTIR DAS 9:00 HORAS DO DIA SEGUINTE

CONV_04 (sem petidina de resgate)

PARACETAMOL ev + METAMIZOL MAGNÉSICO ev

Seguir as indicações do Protocolo CONV_04 (sem petidina de resgate)

