



# CPREM

Profª MS Samira Aguiar Palhano  
Capitão de Corveta da Marinha do Brasil

Assistência de Enfermagem perioperatória  
Parte 2



# PROFª SAMIRA PALHANO

- Capitão de Corveta da Marinha do Brasil
- Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem
- Pós-graduada em Enfermagem Intensivista
- MBA em Auditoria de Sistemas de Saúde



# RELEMBRANDO TÓPICOS DA ÚLTIMA AULA

- **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA PARTE 1**
- ESTRUTURA FÍSICA DO CC
- RECURSOS HUMANOS NO CC
- CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS
- TERMINOLOGIA CIRÚRGICA
- METAS GERAIS DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO
- ASSISTÊNCIA NA ANESTESIOLOGIA
- PERÍODO PERIOPERATÓRIO
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ, INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS
- ADMISSÃO DO PACIENTE NA RPA
- ESCALAS DE AVALIAÇÃO NA RPA
- COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
- CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE ISC
- RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

NA AULA DE HOJE, VEREMOS:

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA PARTE 2

- MANEJO DA DOR
- DRENOS CIRÚRGICOS
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS
- CUIDADOS COM IDOSOS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO
- CUIDADOS COM PACIENTES BARIÁTRICOS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO
- SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC
- SEGUNDO DESAFIO GLOBAL: CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS
- RECOMENDAÇÕES ANVISA

# MANEJO DA DOR

- É responsabilidade do enfermeiro monitorar o paciente quanto à dor e instituir as medidas de conforto.

## VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- A via oral de administração é preferida para analgésicos e deve ser usada sempre que possível. No **período pós-operatório imediato, a via intravenosa** é, frequentemente, a preferida para a administração analgésica, e os pacientes são transferidos para a via oral quando esta for tolerada.
- Utilizam-se AINES e OPIÓIDES, em geral, que podem causar as seguintes reações:

## TRANSTORNO POR USO, DEPENDÊNCIA FÍSICA E TOLERÂNCIA A SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

- **DEPENDÊNCIA FÍSICA** é uma resposta normal à administração repetida do opioide, e sua intensidade e duração são dependentes da meia-vida e do tempo de uso da substância. Manifesta-se por meio da ocorrência de sintomas de abstinência quando o opioide é subitamente interrompido ou rapidamente reduzido, ou é administrado um antagonista como naloxona. Os sintomas de abstinência podem ser suprimidos por meio da redução natural e gradual do opioide, na medida em que a dor diminui.

# MANEJO DA DOR

- **TOLERÂNCIA** também é uma **resposta psicológica normal** que se desenvolve com a administração diária regular dos opioides ao longo de diversos dias e consiste na diminuição de um ou mais efeitos do opioide (p. ex., diminuição da analgesia, sedação ou depressão respiratória).
- **TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS** (vício ou drogadição) é definido como um **processo neurológico**, crônico, recidivante e tratável. O **consumo** de opioides é feito por **motivos não terapêuticos** e, portanto, não tem como meta o alívio da dor.
- A **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA** ocorre quando o uso de um medicamento ou substância à qual o corpo se tornou dependente é abruptamente interrompido ou reduzido. Se manifesta como uma cascata de sintomas desagradáveis, inclusive ansiedade, náuseas, vômitos, rinite, espirros, calafrios, ondas de calor, cólica abdominal, tremores, diaforese, hiporreflexia, diarreia, piloereção e/ou insônia.



# MANEJO DA DOR

- A **MORFINA** é o padrão ao qual todos os outros medicamentos opioides são comparados e permanece uma opção de primeira linha para a analgesia intraespinal por períodos prolongados. É o único opioide formulado exclusivamente para promover analgesia por até 48 horas após a administração epidural para o manejo da dor aguda (morfina epidural de liberação prolongada).
- A **FENTANILA** é um opioide lipofílico (prontamente absorvido pelo tecido adiposo) e, como tal, apresenta rápido início e curta duração da ação. Provoca efeitos adversos hemodinâmicos mínimos; portanto, com frequência, é preferida para os pacientes hemodinamicamente instáveis e críticos.
- O **TRAMADOL** é utilizado para a dor aguda e crônica, inclusive para o tratamento da dor neuropática. O medicamento pode reduzir o limiar convulsivo e interagir com outros medicamentos que bloqueiam a recaptação da serotonina, como os ISRS, colocando o paciente em risco de desenvolver síndrome da serotonina, caracterizada por agitação psicomotora, diarreia, alterações no coração e na pressão arterial, e perda de coordenação.

# Efeitos adversos dos opioides

- Os efeitos adversos mais comuns dos opioides são constipação intestinal, náuseas, vômito, prurido, hipotensão e sedação.
- Nos pacientes cirúrgicos, o íleo paralítico pós-operatório também pode se tornar uma complicação importante devido à diminuição do peristaltismo.
- Náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) ocorrem após a administração de opioides em razão da estimulação de quimiorreceptores.
- Prurido é um efeito adverso dos opioides e não uma reação alérgica. Alguns anti-histamínicos possuem efeitos sedativos, o que podem acarretar em depressão respiratória em pacientes em pós-operatório imediato devido às interações medicamentosas com anestésicos. Loratadina e cetirizina são considerados anti-histamínicos não sedantes e poderiam ser selecionados.



# Efeitos adversos dos opioides

- A depressão respiratória induzida por opioide é dose-relacionada e precedida pelo aumento da sedação. Prevenir a depressão respiratória clinicamente significativa induzida por opioide consiste em: administração da mais baixa dose efetiva do opioide, cuidadosa titulação, monitoramento meticoloso da sedação, bem como da função e do estado respiratório (ou seja, frequência, profundidade, regularidade, excursão) durante toda a terapia, com imediata redução da dose sempre que for detectado aprofundamento da sedação.
- A depressão respiratória é avaliada com base no que é normal para determinado indivíduo e, em geral, é descrita como clinicamente significativa quando há diminuição da frequência, da profundidade e da regularidade das incursões respiratórias em relação ao estado basal.
- O risco é elevado durante as primeiras 24 horas após cirurgia e em pacientes que necessitem de uma dose alta de opioide em um curto período.
- O antagonista de opioide naloxona é imediatamente administrado por via intravenosa para reverter a depressão respiratória induzida por opioide clinicamente significativa.

# DRENOS CIRÚRGICOS

- **CONCEITO**

- Um dreno é um material que é colocado em uma cavidade ou ferida, para saída de líquidos, secreções, e/ou ar. Pode-se utilizar SISTEMAS ABERTOS ou FECHADOS.

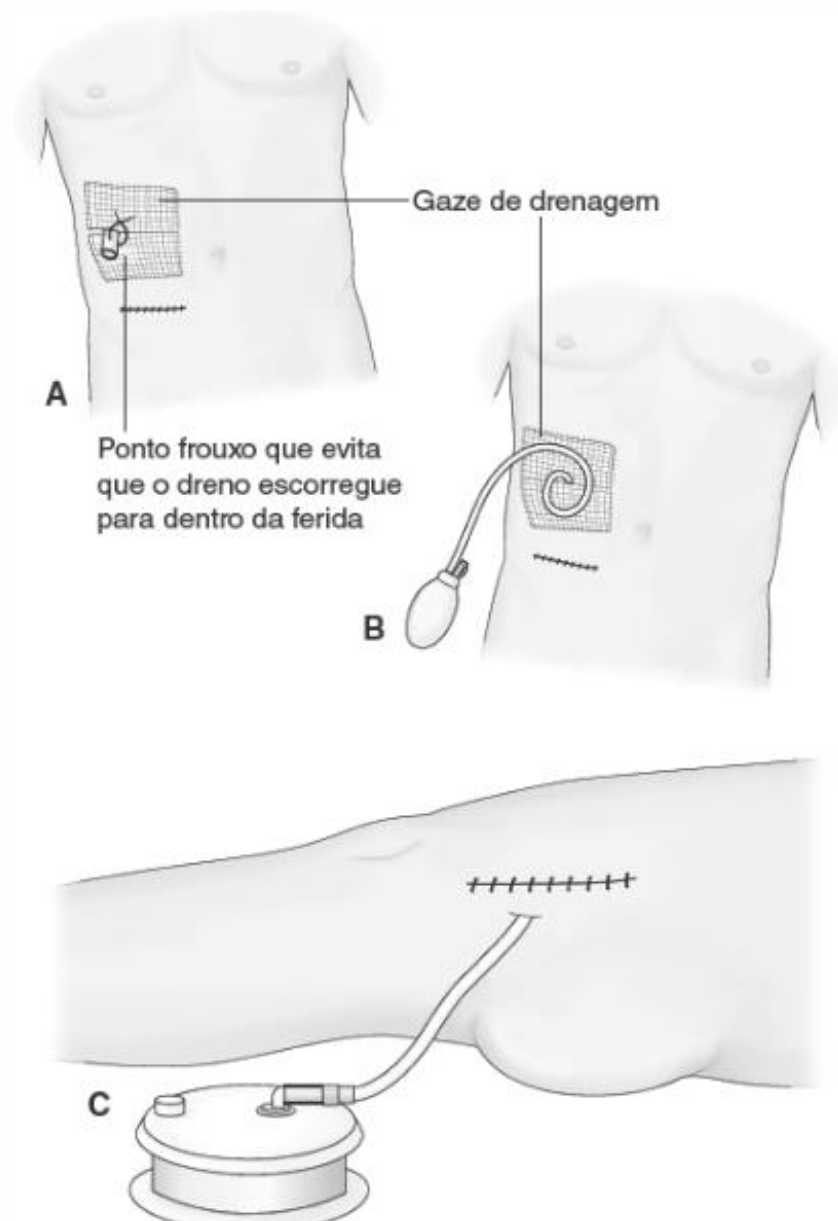
- **OBJETIVOS DOS DRENOS**

- Evitar infecções profundas no interior das cavidades;
- Permitir saída de ar, secreções, fluídos, sangue, diminuindo tensões no sitio cirúrgico;
- Prevenção, quando se esperar que seja acumulado liquido no local.

## **EFEITO DO ACÚMULO DE LÍQUIDOS:**

**O líquido pode :**

- Meio de cultura
- Aumenta pressão local, interfere no fluxo local
- Comprime áreas adjacentes,
- Causa irritação e necrose tecidual (bile, pus, suco pancreático e urina)



Tipos de drenos cirúrgicos:

A. Penrose.

B. B. Jackson-Pratt.

C. C. Hemovac®.

# SISTEMA PARA DRENAGEM FECHADA

- **REALIZA A DRENAGEM COM O AUXÍLIO DE UMA LEVE SUCÇÃO (VÁCUO)**, sendo composto por uma extensão onde uma extremidade fica instalada na cavidade e a outra em uma bolsa com o aspecto de sanfona.
- Seu manejo consiste em manter essa sanfona com a pressão necessária para que a drenagem ocorra com mais facilidade.
- A remoção do ar do interior do reservatório cria uma condição de vácuo promovendo uma aspiração ativa do acúmulo de secreções
- Este sistema é utilizado principalmente para a drenagem de secreção sanguinolenta, sendo amplamente utilizado nas cirurgias de osteossíntese e drenagem de hematoma craniano.
- **Ex: Dreno Portovack, Hemovack.**



# SISTEMA PARA DRENAGEM FECHADA

- Uma outra forma de drenagem fechada são os drenos com reservatório de **JACKSON-PRATT (JP), QUE FUNCIONA COM PRESSÃO NEGATIVA** e diferencia-se do anterior por **POSSUIR A FORMA DE PÊRA** – sendo comumente utilizado para cirurgias abdominais.
- O principal cuidado com esse tipo de dreno é a correta manutenção do vácuo, obtido com a compressão do reservatório. Caso contrário, a drenagem não será eficaz, podendo ocorrer acúmulo de secreção - o que provocaria no cliente dor, desconforto e alterações dos seus sinais vitais, entre outras intercorrências.
- Ex: Jackson-Pratt





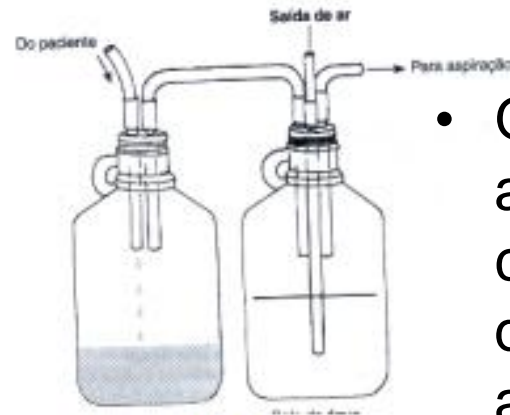
- **DRENO DE TÓRAX**

- Objetivo: Retirar o conteúdo líquido ou gasoso retido na cavidade pleural ou mediastínica.
- Os diâmetros: Mais calibrosos (20F a 36F) são usados para drenar sangue e secreções espessas, enquanto os mais finos (16F a 20F) são utilizados para drenar ar. **O SELO D'ÁGUA MANTÉM A PRESSÃO NEGATIVA!**
- Os sistemas de drenagem de tórax têm uma fonte de vácuo, uma câmara de coleta de drenagem pleural e um mecanismo para impedir que o ar entre novamente no tórax com a inspiração.
- Os sistemas de drenagem podem funcionar com controle de aspiração úmida (selo d'água) ou a seco. Nos sistemas de sucção úmida, a sucção é determinada pelo volume de água instilado na câmara de sucção. A quantidade de bolhas na câmara indica a força da sucção.
- Os sistemas úmidos usam um selo d'água para evitar que o ar se mova retrogradamente em direção ao tórax na inspiração. Os sistemas a seco utilizam uma válvula unidirecional e podem ter um botão de controle de sucção no lugar da água. Ambos os sistemas podem operar por drenagem por gravidade, sem uma fonte de sucção.

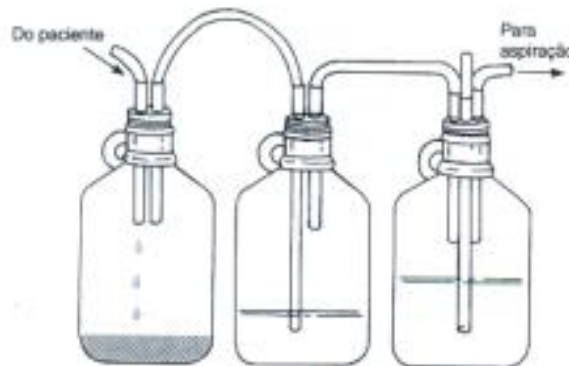




**A. Sistema de um frasco**



**B. Sistema de dois**



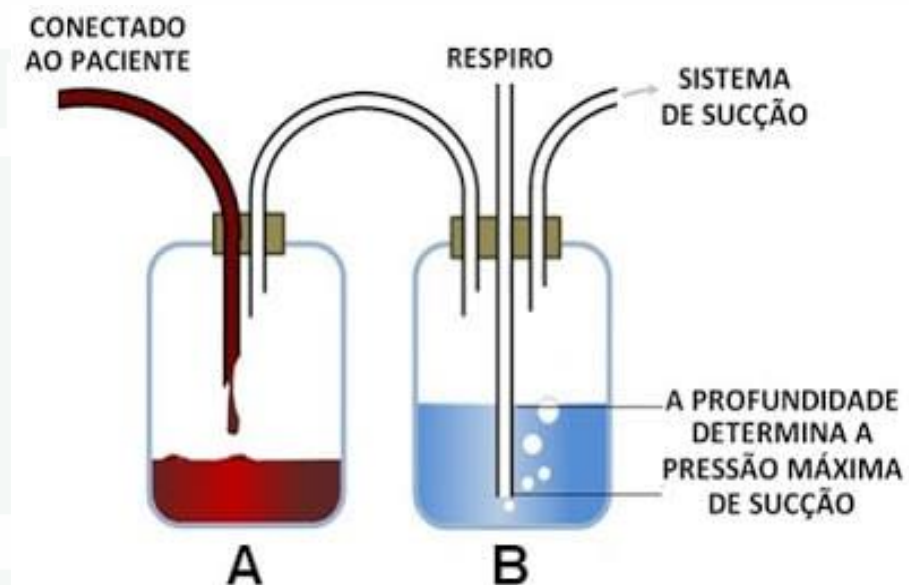
**C. Sistema de três frascos**

**Figura 2 – Sistemas de drenagem**

- O sistema tradicional com selo d'água (ou aspiração úmida) para a drenagem de tórax contém três câmaras: uma de coleta, uma de selo d'água e uma de controle de aspiração úmido. A câmara de coleta atua como um reservatório para o líquido oriundo do dreno de tórax e é graduada a fim de possibilitar a fácil mensuração do conteúdo drenado.
- Pode-se adicionar aspiração para criar pressão negativa e promover a drenagem de líquido e a remoção do ar.
- A aspiração é determinada pelo nível da água.
- Normalmente, é fixada em 20 cmH<sub>2</sub>O; o acréscimo de mais líquido resulta em mais aspiração.

# Sistemas com selo d'água

- A câmara de selo d'água tem uma válvula unidirecional ou selo d'água que impede que o ar se retorne para o tórax quando o paciente inspira. Há aumento do nível da água com a inspiração e retorno ao nível basal durante a expiração; isso é chamado de flutuação.
- O borbulhamento intermitente na câmara de selo d'água é normal, mas o borbulhamento contínuo pode indicar vazamento de ar. O borbulhamento e a flutuação não ocorrem quando o tubo está colocado no espaço mediastinal; no entanto, o líquido pode pulsar com o batimento cardíaco do paciente.
- Se o dreno estiver ligado apenas à drenagem por gravidade, não é utilizada aspiração. A pressão é igual à do selo d'água. Existem sistemas de drenagem de tórax de duas câmaras (selo d'água e coleta) para pacientes que precisam apenas de drenagem por gravidade.

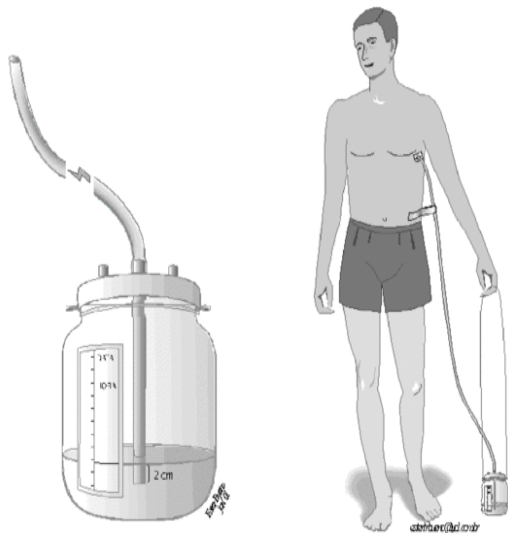


# DRENOS DE SISTEMA FECHADO

**TABELA 19.8**

Comparação dos sistemas de drenagem de tórax.<sup>a</sup>

Tipos de sistemas de drenagem de tórax	Descrição	Comentários
<b>Sob selo d'água tradicional</b>		
Também conhecido como drenagem subaquática	Tem três câmaras: uma de coleta, uma de selo d'água (câmara do meio) e uma úmida de controle do aspirador	<p>Requer a instilação de líquido estéril nas câmaras de selo d'água e de sucção</p> <p>Tem válvulas de liberação de pressão positiva e negativa</p> <p>O borbulhamento intermitente indica que o sistema está funcionando corretamente</p> <p>Pode-se acrescentar sucção adicional conectando o sistema a uma fonte de sucção</p>



Quando a sucção de parede estiver desligada, o sistema de drenagem deverá ser aberto para a atmosfera, de modo que o ar intrapleural possa escapar do sistema. Isso pode ser feito desconectando o dreno do acesso de sucção para fornecer um respiradouro.

# Sistemas de selo d'água de vácuo a seco

- Os sistemas de vácuo a seco, têm uma câmara de coleta de drenagem, uma câmara de selo d'água e um regulador de controle de vácuo a seco. A câmara de selo d'água é preenchida com água até o nível de 2 cm; o borbulhamento nessa área pode indicar um vazamento de ar.
- Quando a água do selo d'água se eleva acima do nível de 2 cm, a pressão intratorácica aumenta. Os sistemas de selo d'água de vácuo a seco têm um respiradouro manual de alta negatividade localizado na parte superior do dreno. Tal respiradouro é pressionado até que o indicador (um dispositivo flutuante ou um fole) e o nível de água no selo d'água retornem ao nível desejado, indicando que a pressão intratorácica foi diminuída.
- Se o dreno de tórax e o sistema de drenagem se desconectarem, pode entrar ar no espaço pleural, produzindo um pneumotórax. Para evitar essa situação, pode-se estabelecer um selo d'água temporário imergindo a extremidade aberta do dreno de tórax em um frasco com água estéril.



# Sistemas de vácuo a seco com uma válvula unidirecional

- Um terceiro tipo de sistema de drenagem de tórax é o vácuo a seco com uma válvula mecânica unidirecional. Este sistema tem uma câmara de coleta, uma válvula mecânica unidirecional e uma câmara de controle de vácuo a seco. A válvula possibilita que o ar e o líquido saiam do tórax, mas impede o seu retorno para o espaço pleural. Este modelo não tem uma câmara de selo d'água e, portanto, pode ser configurado rapidamente em situações de emergência; o dreno de controle a seco ainda funciona mesmo que seja derrubado. Isso faz com que os sistemas de vácuo a seco sejam úteis para o paciente que está deambulando ou sendo transportado.
- Se o dreno de tórax tiver sido inserido para reexpandir um pulmão depois de um pneumotórax ou se for esperada muito pouca drenagem pode-se conectar uma válvula unidirecional (válvula de Heiml de tórax).
- Essa válvula pode ser conectada a uma bolsa de coleta ou coberta com um curativo estéril se não for esperada drenagem.



# • DRENO DE TÓRAX

## **Aspiração a seco com selo d'água**

Também conhecida como sucção a seco

Tem três câmaras: uma de coleta, uma de selo d'água (câmara do meio) e um botão regulador de aspiração

Requer a instilação de líquido estéril na câmara de selo d'água em um nível de 2 cm

Não há câmara de sucção preenchida com líquido

A pressão de sucção é configurada com um botão regulador de aspiração

Tem válvulas de liberação de pressão positiva e negativa

Tem um indicador para mostrar que a pressão de sucção está adequada

Mais silencioso do que os sistemas tradicionais de selo d'água

## **Aspirador a seco**

Também conhecido como sistema de válvula unidirecional

Tem uma válvula mecânica unidirecional que possibilita a saída do ar do tórax e impede o seu retorno a ele

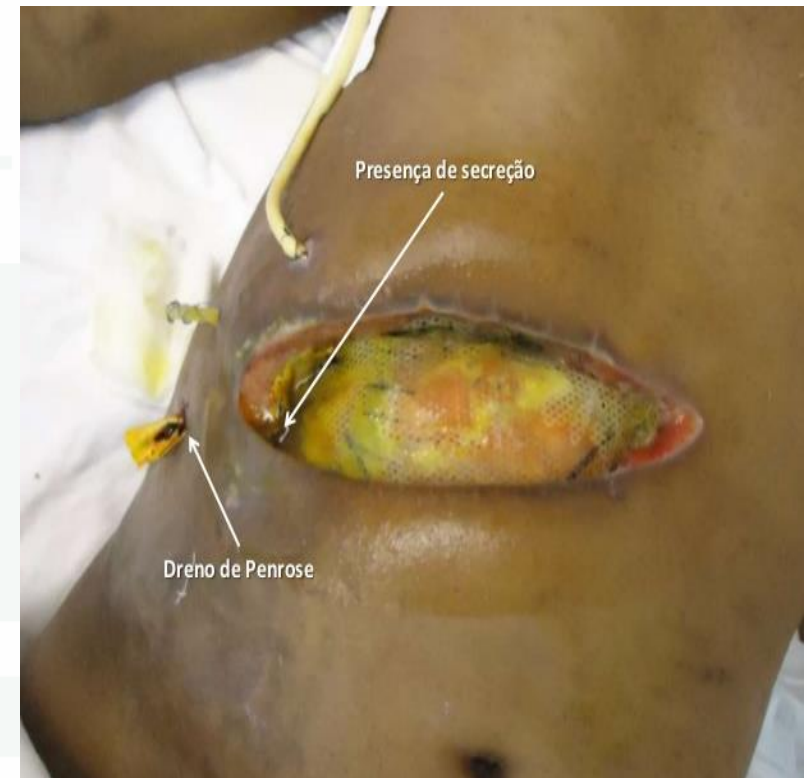
Não há necessidade de encher a câmara de sucção com líquido; assim, pode ser configurado rapidamente em caso de emergência

Funciona mesmo se derrubado, o que o torna ideal para pacientes que estão deambulando



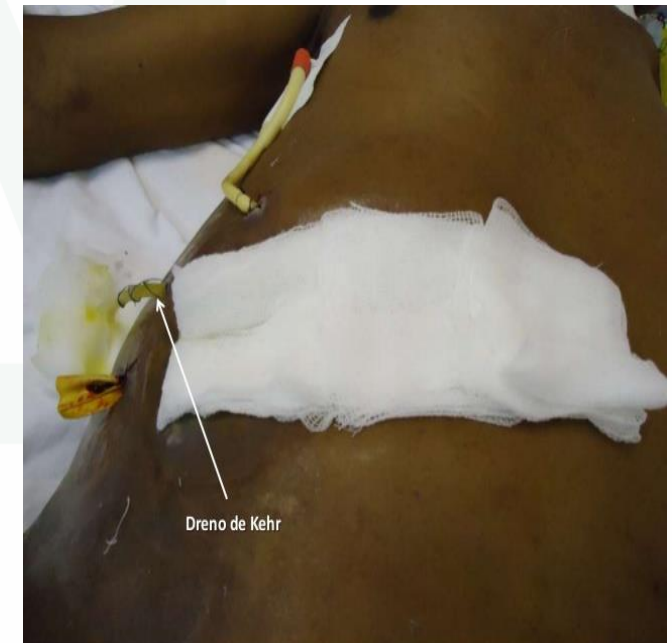
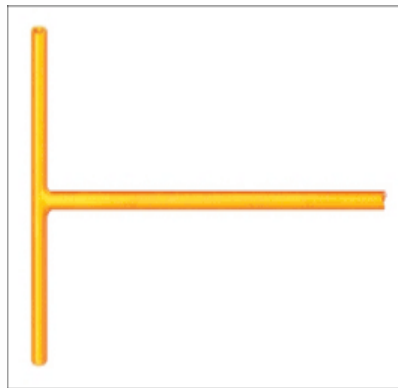
# DRENO LAMINAR TIPO PENROSE

- O dreno de penrose serve para estabelecer uma comunicação entre uma cavidade corporal e a superfície da pele.
- Utilizado em procedimentos cirúrgicos com potencial para o acúmulo de líquidos, infectados ou não.
- Pode-se colocar um curativo oclusivo com gaze ou uma bolsa de ostomia sobre o dreno.
- Complicação: retração para a cavidade.
- O reposicionamento do dreno é de responsabilidade médica.



# DRENO DE KEHR

- DRENO TUBULAR DE KEHR
- Material látex, formado por duas hastes tubulares em formato de T.
- Sua indicação é restrita à drenagem da via biliar principal.



# CUIDADOS GERAIS COM DRENOS

- Os curativos devem ser trocados diariamente e sítio de inserção deve ser avaliado quanto à sinais flogísticos.
- Evitar desconexões acidentais ou tombamento dos frascos. Realizar fixação do equipo para evitar que se dobre ou que se desloque.
- Nunca elevar frasco de drenagem acima do orifício sem ser clampeado.
- Manter o frasco de drenagem sempre abaixo do nível do tórax, protegido de quedas e acidentes.
- Pinçar o dreno rapidamente somente quando realizar troca do frasco ou desprezar secreções.
- A drenagem deve ser observada e registrada diariamente quanto à: cor, aspecto, odor, quantidade .
- Observar obstruções e realizar ordenha apenas quando indicado.

# CUIDADOS GERAIS COM DRENOS

- No drenos de tórax, a troca do selo d água deverá ser feita a cada 12h.
- Em drenos de sucção, sempre manter com pressão negativa conforme orientação.
- Se houver interrupção da drenagem, verifique na extensão do dreno se não há presença de coágulos ou fibrina.



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS TORÁCICAS

- Correlacionar condições pré e pós op de trocas gasosas.
- Manter oximetria de pulso.
- Manter material de intubação e aspiração em pronto-uso, próximos ao paciente.
- Ofertar oxigênio úmido de acordo com necessidade do paciente.
- Monitorar a condição pulmonar, como indicado e conforme a necessidade.
- Auscultar os sons respiratórios.
- Verificar frequência, profundidade e padrão respiratório.
- Avaliar os gases sanguíneos para detectar sinais de hipoxemia ou retenção de CO<sub>2</sub>.
- Avaliar a coloração do paciente para determinar se há cianose.
- Incentivar exercícios de respiração profunda e uso efetivo de espirometria de incentivo. A intervenção ajuda a alcançar a insuflação máxima do pulmão e a abertura das vias respiratórias fechadas.



# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS TORÁCICAS

- Supervisionar e promover uma rotina de tosse efetiva a ser realizada a cada hora durante as primeiras 24 h.
- Avaliar e monitorar o sistema de drenagem de tórax.
- Monitorar o volume, a viscosidade, a cor e o odor do escarro. Notificar o médico em caso de escarro em excesso ou contendo sangue vermelho-vivo. Alterações no escarro sugerem infecção ou alteração na condição pulmonar. O escarro incolor não é incomum; a opacificação ou coloração de escarro podem indicar desidratação ou infecção.
- Administrar umidificação e terapia de nebulização de pequeno volume, conforme prescrito. As secreções devem ser umedecidas e diluídas para que possam ser removidas do tórax com o mínimo de esforço.
- Realizar drenagem postural, tapotagem torácica e vibração, conforme prescrito. Não percutir ou vibrar diretamente sobre o local operado.
- Auscultar ambos os lados do tórax para determinar se há mudanças nos sons respiratórios. As indicações para aspiração traqueal são determinadas pela ausculta pulmonar.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS TORÁCICAS

- A cabeceira do leito pode ser elevada em 30 a 45°;
- O posicionamento cuidadoso do paciente é importante. Caso paciente sofra uma pneumonectomia (remoção de um pulmão inteiro), deve ser mobilizado do decúbito dorsal para o decúbito lateral (sobre o lado operado) e não deve ser virado completamente para o lado não operado. Isso possibilita que o líquido, deixado no espaço, se consolide e impede que o pulmão remanescente e o coração se desloquem (deslocamento do mediastino) para o lado operado.
- Já o paciente com uma lobectomia pode ser mobilizado de um lado para o outro, e o paciente com uma ressecção segmentar geralmente não é mobilizado para o lado operado a menos que o cirurgião prescreva essa posição.
- Monitorar o paciente em busca de sinais e sintomas de pneumotórax: falta de ar progressiva, taquicardia, aumento da frequência respiratória e aumento do desconforto respiratório.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS

- Particularidades do paciente obeso:
- A gordura prolonga a meia-vida dos fármacos e retarda sua eliminação.
- Presença de doença pulmonar restritiva, provocando resistência nas vias aéreas superiores e aumento da produção de CO<sub>2</sub> (CPAP possui efeito benéfico nesse caso). Monitorar FR, SatO<sub>2</sub> e expansibilidade torácica.
- Tendência à hipertensão. Utilizar manguito de tamanho adequado.
- Trombose é fator de risco para IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>. Monitorar sinais e TVP (Sinal de Bandeira e de Homans), utilizar meias compressivas e sistemas de massagem intermitente. Estimular mobilização precoce no leito.
- Maior risco de desenvolver insuficiência renal (IRA). Observar rigorosamente função renal no pós-operatório.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS

- Pacientes com obesidade correm riscos pós-operatórios singulares, inclusive aumento do risco de tromboembolismo venoso (TEV), trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP).
- Pacientes obesos correm risco significativo de apneia obstrutiva do sono (AOS) no período pós-operatório.
- Deve ser realizada avaliação pré-operatória cuidadosa à procura de AOS em pacientes obesos com o propósito de detectar e controlar as manifestações que podem ocorrer durante a estada cirúrgica.
- Uma combinação de oximetria de pulso e capnografia deve ser utilizada quando os pacientes recebem oxigenoterapia suplementar porque a depressão respiratória pode ser mascarada quando é feita apenas oximetria de pulso já que, pacientes com AOS, muito deles obesos, são propensos a hipoventilação e obstrução das vias respiratórias .

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

### • GASTRECTOMIA/APENDICECTOMIA

- Passar sonda nasogástrica para diminuir risco de peritonite.
- Manter sonda nasogástrica aberta, registrando débito.
- Iniciar dieta após retorno do peristaltismo (geralmente em 72h).
- Posição Fowler para facilitar drenagem.
- Deambulação precoce: após 24h de cirurgia.
- Ficar atento quanto à sensação de esvaziamento rápido (síndrome de dumping).

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- GASTROSTOMIA, JEJUNOSTOMIA, ILEOSTOMIA
- As complicações mais comuns são infecção do ferimento ou celulite no local de saída, sangramento, extravasamento, aperto excessivo do reforço de retenção externo e deslocamento.
- O enfermeiro monitora cuidadosamente os sinais vitais do paciente e observa toda a drenagem do local operatório, os vômitos e as fezes à procura de evidências de sangramento.
- O deslocamento de um tubo recentemente inserido requer atenção imediata, tendo em vista que **o trajeto pode fechar em 4 a 6 h** se o tubo não for substituído imediatamente.
- Oclusão/obstrução do tubo:
- Se o tubo realmente ficar obstruído, **30 a 60 ml de água morna podem ser instilados no dispositivo de nutrição enteral com uma seringa**, seguidos de aspiração delicada e tração no êmbolo da seringa. Se esse método não solucionar a obstrução, um kit comercial contendo enzima pode ser usado, ou uma combinação de enzima pancreática e bicarbonato na forma de comprimido .



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

## • COLOSTOMIA

- Não permitir que as eliminações caiam na pele para não irritá-la.
- Cuidado com a pele em volta do estoma. Limpeza com água e sabão e secagem completa.
- Observar sinais de complicações como prolapsos e diarreia.
- Em caso de ruptura de ferida, o paciente é colocado em posição de Fowler baixo e orientado a ficar o mais imóvel possível. Essas ações minimizam a protrusão dos tecidos do corpo.
- As alças salientes do intestino são cobertas com curativos estéreis umedecidos com soro fisiológico estéril, e o cirurgião é notificado imediatamente.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

- Cirurgias grandes como artroplastia de quadril e joelho, possuem maior risco de grande perda de sangue, sendo necessária transfusão, além de apresentarem maior risco para TVP e tromboembolia pulmonar.
- Os eventos trombóticos podem ser causados pela tríade: estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade. Geralmente o trombo se forma no membro operado e migra para o pulmão.
- Atenção especial à profilaxia como uso de meias elásticas, compressão pneumática, sendo 35mmHg no tornozelo, 30mmHg no joelho e 20mmHg na coxa.
- Risco de disfunção neurovascular periférica: avaliar pele, temperatura, pulsos, força motora, sensibilidade, comparando com as condições pré-operatórias. Atenção especial se uso de aparelhos gessados.
- Manter alinhamento corporal.
- Proteger pele quanto à lesão por pressão.
- Deve ser incentivada a mobilização precoce do paciente, de modo que a independência da capacidade funcional possa ser restaurada.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

- Durante as primeiras 24 a 48 horas, o alívio da dor e a prevenção de complicações são importantes, e a avaliação neurovascular contínua é essencial. O enfermeiro incentiva a respiração profunda e os exercícios de flexão plantar e dorsal a cada 1 a 2 horas.
- Reposicionamento do paciente : A maneira mais confortável e mais segura de virar o paciente é girá-lo para o lado ileso.
- O método padrão envolve a colocação de um travesseiro entre as pernas do paciente para manter a perna afetada em posição abduzida. O alinhamento adequado e o apoio à abdução são mantidos enquanto o paciente é virado.
- Aplicar meias antiembolia até o alto da coxa e/ou dispositivos de compressão sequencial, conforme prescrito.
- Remover as meias e/ou os dispositivos de compressão sequencial por 20 min, 2 vezes/dia, e prestar cuidados à pele.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

- A **SÍNDROME DE EMBOLIA GORDUOSA (SEG)** ocorre mais frequentemente em fraturas fechadas, sobretudo fraturas de ossos longos (p. ex., fêmur) e fraturas pélvicas. No momento da fratura, glóbulos de gordura podem difundir-se da medula óssea para o compartimento vascular, obstruindo pequenos vasos sanguíneos que irrigam os pulmões, o encéfalo, os rins e outros órgãos.
- **O aparecimento dos sintomas é rápido, geralmente nas primeiras 24 a 72 horas após a lesão, mas pode ocorrer até 1 semana após a lesão.**
- A tríade clássica de manifestações clínicas da SEG inclui hipoxemia, comprometimento neurológico e erupção cutânea petequial (que se desenvolve em 2 a 3 dias após o início dos sintomas)..
- As primeiras manifestações típicas são pulmonares e incluem hipoxia, taquipneia e dispneia, acompanhadas de taquicardia, dor torácica subesternal, febre baixa, estertores à ausculta e outras manifestações de insuficiência respiratória.
- As radiografias de tórax mostram sinais de síndrome de angústia respiratória aguda (SARA) ou podem ser normais.
- Mudanças sutis de personalidade, agitação, irritabilidade ou confusão mental em paciente que tenha sofrido fratura são indicações para a realização imediata de gasometria arterial.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

- **USO DO APARELHO IMOBILIZADOR**
- O enfermeiro nunca deve ignorar as **queixas de dor do paciente em aparelho imobilizador, por causa da possibilidade de problemas, como perfusão tissular diminuída, síndrome compartimental ou formação de lesões por pressão**. A dor persistente e a necessidade de mais analgésicos precisam ser imediatamente comunicadas ao médico para evitar necrose, lesão neuromuscular e possível paralisia.
- O enfermeiro observa o paciente em busca de sinais sistêmicos de infecção, incluindo odor desagradável do aparelho imobilizador, da tala ou do aparelho ortopédico e drenagem purulenta manchando o aparelho imobilizador. Por fim, algum grau de rigidez articular é uma complicação inevitável da imobilização. Toda articulação que não foi imobilizada deve ser exercitada e movida ao longo de sua ADM para manter a função. O enfermeiro incentiva o paciente a mover todos os dedos das mãos ou dos pés de hora em hora quando acordado, para estimular a circulação.

# CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

- **SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA**
- A avaliação frequente da função neurovascular após uma fratura é essencial e se concentra nos “cinco Ps”: dor (pain), palidez, parestesia, ausência de pulso arterial e paralisia.
- A DOR INTENSA, profunda e em caráter de queimação, que não melhora com a medicação é considerada sintoma cardinal da Síndrome Compartimental Aguda.
- **A piora da dor ao alongamento passivo dos músculos do compartimento comprometido é altamente preditiva.**
- A paresia motora pode ocorrer como um sinal tardio da isquemia do nervo.
- Uma fasciotomia (descompressão cirúrgica com excisão da fáscia) é considerada o tratamento definitivo para aliviar a fáscia muscular, cuja ferida é deixada aberta, coberta com curativos úmidos em soro fisiológico estéril, ou com pele artificial. Pode ser realizado o tratamento da ferida com pressão negativa (curativo a vácuo).
- No manejo da síndrome compartimental aguda, mantém-se o membro na altura do coração (não acima do nível do coração), removendo curativos constritivos e abrindo e bivalvando o aparelho gessado ou abrindo a tala, se um ou outro estiver presente.



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- **CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO**
- A tração usa uma força de tracionamento para promover e manter o alinhamento de uma parte lesionada do corpo (Flynn, 2018). Os objetivos da tração incluem diminuir espasmos musculares e dor, realinhar fraturas ósseas e corrigir ou impedir deformidades. Deve-se determinar o tipo de tração, a quantidade de peso e se a tração pode ser removida para o cuidado de enfermagem para obter seus efeitos terapêuticos.
- Ela pode ser cutânea ou esquelética.
- A tração pode pressionar terminações nervosas periféricas e por isso é importante avaliar qualquer alteração na sensação ou comprometimento na movimentação das extremidades expostas a tração.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- **CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO**
- A tração deve ser contínua para ser efetiva na redução e na imobilização de fraturas.
- A tração esquelética nunca é interrompida
- Os pesos não são removidos, a menos que esteja prescrita tração intermitente
- Qualquer fator que possa reduzir a força efetiva ou alterar a sua linha resultante de tração deve ser eliminado
- O paciente deve estar em bom alinhamento corporal no centro do leito quando for aplicada tração
- As cordas devem estar desobstruídas
- Os pesos devem pender livremente, sem apoiar no leito ou no chão
- Os nós na corda ou a placa para o pé não devem tocar a polia ou o pé do leito.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO CUTÂNEA E ESQUELÉTICA



## • CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO CUTÂNEA E ESQUELÉTICA

- Após a aplicação da tração à pele, **o enfermeiro avalia a circulação do pé entre 15 e 30 minutos e, depois, a cada 1 a 2 horas.** A avaliação circulatória é constituída por: Pulsos periféricos, cor, enchimento capilar e temperatura dos dedos dos pés.
- Manifestações de TVP, que incluem sensibilidade unilateral na panturrilha, calor, vermelhidão e tumefação.
- O enfermeiro também incentiva o paciente a realizar exercícios ativos com o pé de hora em hora quando acordado.
- Quando é utilizada tração esquelética, o enfermeiro verifica o aparelho de tração para ver se as cordas estão nas ranhuras das polias, se as cordas não estão gastas, se os pesos estão pendendo livremente e se os nós na corda estão amarrados de modo seguro.
- O enfermeiro também analisa a posição do paciente, assegurando que a força de tração sempre esteja em correto alinhamento com o membro inferior e o paciente se encontre na linha mediana.
- **O enfermeiro nunca deve remover os pesos da tração esquelética, exceto em uma situação potencialmente fatal. A remoção dos pesos anula o propósito da tração e pode resultar em lesões ao paciente.**

## CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO

- Cuidados com a mobilização do paciente.
- Uma das principais complicações oriundas da imobilização é o aparecimento de escaras, mais comuns nas regiões de saliências ósseas, desta forma deve-se minimizar pontos de pressão nessas áreas através do uso de coxins ou discreta elevação da região.
- A região dos calcâneos também sofre riscos de escaras e deformidade em flexão. Proteger com coxins, hidrocoloide ou películas protetores e elevar discretamente se possível.
- Para garantir a tração efetiva da pele, é importante evitar rugas e o escorregamento da fita de tração e manter a contração. Deve-se manter o posicionamento adequado, de modo a conservar a perna em uma posição neutra. Para evitar que os fragmentos ósseos se movam um contra o outro, o paciente não deve virar de um lado para o outro; no entanto, o paciente pode mudar ligeiramente de posição com ajuda.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- **CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO**
- **Cuidados com a tração esquelética**
- **Cuidados Nervosos:** A tração pode pressionar terminações nervosas periféricas, é importante avaliar qualquer alteração na sensação ou comprometimento na movimentação das extremidades expostas a tração.
- **Cuidados Circulatórios:** A tração pode pressionar o leito circulatório da região onde é fixada, é importante avaliar qualquer alteração de sensibilidade ou coloração do membro com a tração (enchimento capilar).
- O enfermeiro também inspeciona a área da pele que está em contato com a fita, a espuma ou as forças de cisalhamento, ao menos a cada 8 horas, em busca de sinais de irritação ou inflamação



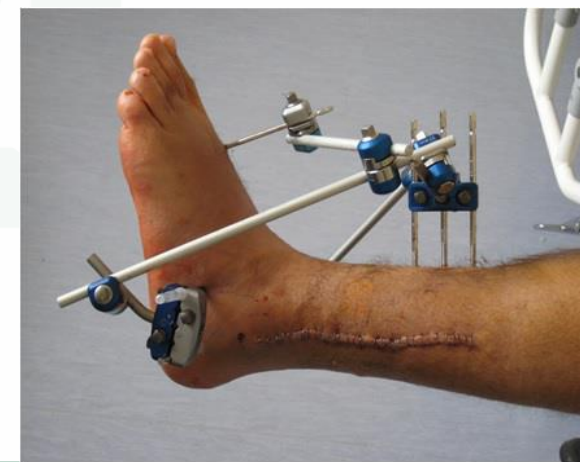
## • CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO

- Posicionar membro na posição anatômica.
- Manter roupa de cama o mais esticada possível evitando cisalhamento;
- O enfermeiro posiciona o pé do paciente para evitar a queda plantar (flexão plantar), a rotação interna (inversão) e a rotação externa (eversão). O pé do paciente pode ser apoiado em uma posição neutra por aparelhos ortopédicos
- As cordas devem estar bem esticadas, desobstruídas e sem nós;
- Os pesos devem pender livremente, sem encostar no chão ou na cama.
- Se o paciente relatar dor grave pelo espasmo muscular, o peso pode ser excessivo ou o paciente pode precisar de realinhamento.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

## • CIRURGIAS ORTOPÉDICAS– FIXADORES ESQUELÉTICOS

- **Fixação** externa é o principal método de fixação das fraturas expostas associadas a um grande ferimento, porque a realização do curativo torna-se mais fácil. Os pinos são colocados através da pele e fixados no osso. Os pinos são conectados entre si com uma ou mais barras ou anéis.
- Depois da colocação do aparelho de fixação externa, o membro é elevado ao nível do coração para reduzir o edema, se for o caso. Quaisquer pontos afiados no fixador ou pinos serão cobertos com capas para impedir lesões causadas pelo aparelho. O enfermeiro deverá estar alerta para possíveis problemas originados da pressão do aparelho sobre a pele, os nervos ou os vasos sanguíneos, bem como para o desenvolvimento da síndrome compartimental aguda. O enfermeiro monitora o estado neurovascular do membro a cada 2 a 4 horas e relata imediatamente as alterações ao médico

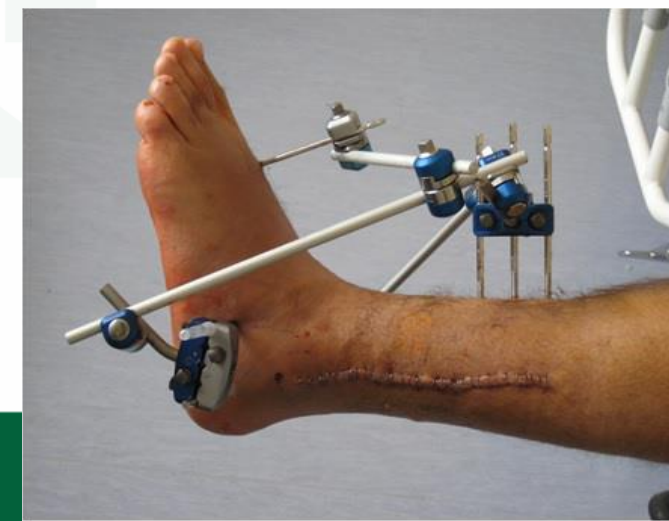


# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- **CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE PINOS**
- Durante as primeiras 48 horas após a inserção, o local é coberto com um curativo estéril absorvente não aderente e um rolo de gaze. Depois desse período, recomenda-se a cobertura com um curativo frouxo ou não usar curativo (o enfaixamento é necessário se o paciente estiver exposto à poeira do ar).
- Pinos localizados em áreas com tecidos moles estão em maior risco de infecção
- Após as primeiras 48 a 72 horas seguintes à colocação de pinos esqueléticos, os cuidados com o local devem ser realizados 1 vez/dia ou semanalmente.
- A solução de clorexidina a 2 mg/ml (2%) é a solução de limpeza mais efetiva. Se a clorexidina for contraindicada (em decorrência de hipersensibilidade ou reação de pele conhecida), deve-se utilizar soro fisiológico para a limpeza.
- Evidências recentes sugerem que as crostas nos locais dos pinos devem ser preservadas desde que não haja sinais de infecção, uma vez que proporcionam uma barreira natural ao ambiente externo, o que pode evitar a contaminação bacteriana.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- CIRURGIAS ORTOPÉDICAS– FIXADORES ESQUELÉTICOS
- O enfermeiro avalia cada local de pino pelo menos a cada 8 a 12 horas à procura de vermelhidão, edema, dor ao redor do local do pino, calor e drenagem purulenta, uma vez que são os indicadores mais comuns de infecções no local do pino.
- Nas primeiras 48 a 72 horas após a colocação, é de se esperar a ocorrência de alguma drenagem serosa, aumento da temperatura da pele e discreta vermelhidão nos locais dos pinos. A expectativa é que esses sinais desapareçam após 72 horas.
- Os locais dos pinos deverão ser limpos e cobertos com curativos.
- O enfermeiro nunca ajusta os engates da armação do aparelho de fixação externa. Isso é de responsabilidade do médico.



# PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO DE INTERESSE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

- **A SENESCÊNCIA** é caracterizada pela **REDUÇÃO GRADUAL DAS FUNÇÕES ORGÂNICAS**, gerando maior dificuldade à manutenção da homeostase frente a uma sobrecarga funcional.
- **A DIMINUIÇÃO DA RESERVA FUNCIONAL** de órgãos e sistemas aumenta progressivamente no idoso, associadas a farmacodinâmica alterada da drogas anestésicas, graças a lentificação da eliminação promovem um **TEMPO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA PROLONGADO**, especialmente após uma anestesia geral.
- As reservas cardíacas são mais baixas, a função renal e hepática está deprimida e a atividade gastrointestinal pode estar reduzida. Portanto, uma avaliação abrangente com foco nos sistemas circulatório, respiratório e renal ajuda a melhorar os desfechos perioperatórios imediatos



**Tabela 50.3** Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.

Alterações	Riscos	Implicações para a enfermagem
<b>Sistema cardiovascular</b>		
Alterações degenerativas no miocárdio e nas valvas	Reserva cardíaca diminuída em idosos aumenta o risco de baixo débito cardíaco, especialmente durante situações de estresse (Rosenthal, 2019; Rothrock, 2019)	Monitorar sinais vitais basais para avaliação de taquicardia, fadiga e arritmias (Rosenthal, 2019). Antes da cirurgia, deve-se realizar um exame completo e abrangente da função cardíaca, de acordo com as políticas da instituição
Rigidez de paredes arteriais e redução da inervação simpática e parassimpática do coração	Alterações predispoem o paciente à hemorragia pós-operatória e ao aumento de pressões sistólica e diastólica	Manter balanço hídrico adequado para minimizar o estresse cardíaco. Assegurar-se de que os níveis pressóricos sanguíneos estejam adequados para manter as demandas circulatórias
Aumento de depósitos de cálcio e colesterol em arteríolas; paredes arteriais espessadas	Predispoem o paciente à formação de coágulos nos membros inferiores	Orientar os pacientes sobre técnicas de exercícios para membros inferiores e movimentação adequada. Utilizar-se de meias elásticas ou dispositivos de compressão pneumática intermitente (CPI)



**Tabela 50.3** Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.**Sistema tegumentar**

Menor tecido subcutâneo e fragilidade aumentada da pele

Predisposição a lesões por pressão e rompimentos de pele

Selecionar a superfície adequada a ser usada na mesa cirúrgica. Avaliar a pele a cada 4 h; amortecer regiões de proeminências ósseas durante a cirurgia. Virar ou reposicionar a cada 2 h

**Sistema pulmonar**

Diminuição da força da musculatura respiratória e do reflexo de tosse (Rothrock, 2019)

Aumento do risco para atelectasia

Avaliar os fatores de risco de complicações pulmonares pós-operatórias (Rothrock, 2019)

Orientar o paciente quanto às técnicas corretas para tossir, respirar profundamente e utilizar o espirômetro.  
Assegurar-se de controle de dor suficiente para permitir a participação em exercícios

Redução da amplitude de movimento do diafragma

Aumento do volume residual (volume de ar que sobra nos pulmões após a respiração normal), redução da quantidade de ar que entra nos pulmões por inspiração

Quando possível, estimular deambulação precoce e uso de cadeiras para se sentar

**Tabela 50.3** Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.

Tecido pulmonar enrijecido, com alargamento dos espaços aéreos	Diminuição da oxigenação sanguínea	Obter saturação de oxigênio basal; medir durante o período perioperatório
<b>Sistema gastrintestinal</b>		
Esvaziamento gástrico retardado Diminuição da produção de saliva (Rothrock, 2019)	Aumenta o risco de refluxo e indigestão e constipação (Rothrock, 2019)	Avaliar o estado nutricional e implementar medidas preventivas em pacientes de alto risco (Rothrock, 2019)  Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada de pelo menos 45°  Reduzir tamanho das refeições de acordo com dieta preconizada
<b>Sistema renal</b>		
Diminuição da função renal, com menor fluxo sanguíneo renal	Aumento do risco para choque quando houver perda sanguínea; aumento do risco de desequilíbrio hidreletrolítico	Para pacientes hospitalizados previamente à cirurgia, determinar o débito urinário de base por 24 h
Diminuição do ritmo de filtração glomerular e tempos de excreção	Diminuição da capacidade de eliminação de fármacos ou substâncias tóxicas	Monitorar possíveis reações adversas a fármacos

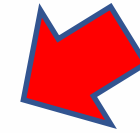
**Tabela 50.3** Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.

Redução da capacidade da bexiga urinária (Rothrock, 2019)	Aumento do risco para urgência, incontinência e infecções do trato urinário. Aumento do risco de retenção urinária pós-operatória (Rothrock, 2019)	Orientar os pacientes a notificar a enfermagem imediatamente quando sentirem a bexiga cheia. Manter o sistema de chamado da enfermagem a fácil acesso. Levar ao banheiro a cada 2 h ou mais, frequentemente, caso indicado
<b>Sistema neurológico</b>		
Perdas sensoriais, incluindo sensibilidade tátil reduzida e aumento de tolerância à dor	Habilidade diminuída para responder precocemente a sinais de alarme de complicações cirúrgicas	Inspecionar proeminências ósseas para sinais de lesões de pressão não sentidas pelo paciente. Orientar o paciente quanto ao ambiente à sua volta. Observar sinais não verbais de dor
Resposta febril durante a cirurgia (Rosenthal, 2019; Rothrock, 2019)	Risco aumentado para infecções não diagnosticadas e hipotermia (Rothrock, 2019)	Garantir monitoramento cuidadoso e constante da temperatura do paciente; prover mantas quentes; monitorar função cardíaca; fornecer fluidos intravenosos aquecidos. Os objetivos são prevenir a perda de calor (Rosenthal, 2019)  Manter a normotermia intraoperatória (Rothrock, 2019)

**Tabela 50.3** Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.

Tempo de reação reduzido	Confusão e delírio após anestesia; risco aumentado para quedas	Fornecer tempo adequado para respostas, processamento de informações e realização de tarefas. Realizar rastreamento de risco de quedas e instituir precauções para quedas. Realizar rastreamento para delírio com ferramentas validadas. Orientar frequentemente quanto a realidade e entornos do paciente
<b>Sistema metabólico</b>		
Taxa metabólica basal reduzida	Consumo total de oxigênio reduzido	Garantir aporte nutricional adequado quando dieta retornar, porém evitando consumo excessivo de calorias
Redução de número de hemácias e níveis de hemoglobina	Capacidade de carrear oxigênio adequadamente para os tecidos reduzida	Administrar hemocomponentes conforme necessário. Monitorar resultados de exames de sangue e saturação de oxigênio
Mudança na quantidade total de potássio e volume de água	Aumento do risco de desequilíbrio hídrico ou eletrolítico	Monitorar níveis eletrolíticos e suplementar conforme necessidade. Fornecer monitoramento cardíaco (telemetria) conforme necessário

# PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO DE INTERESSE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO



- **TERMORREGULAÇÃO**: devido às alterações do metabolismo basal e da resposta vasomotora, constituição da pele (mais fina, menos tecido SC e massa muscular) e centro termorregulador. O idoso sente alterações na temperatura a partir de 5° C (jovem é a partir de 0,5°C). Além disso, o idoso frente ao frio, tem menos resposta de vasoconstrição cutânea, estando mais exposto **à hipotermia, que é mais frequente e intensa em idosos**.
- **SISTEMA CARDIOVASCULAR**: o débito cardíaco diminui com a idade e muitos idosos possuem comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular (polifarmácia).
- **SISTEMA RESPIRATORIO**: diminuição da mobilização de secreções (diminuição do mecanismo de tosse e presença de cílios na árvore traqueobrônquica). Ocorre alterações na caixa torácica, levando à diminuição da capacidade respiratória. É necessário reduzir o risco de aspiração, mantendo cabeceira elevada e cabeça lateralizada e manter oxigenação a fim de evitar hipóxia.

# PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO DE INTERESSE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

- **FUNÇÕES COGNITIVAS:** alterações devido ao desgaste seletivo de neurônios e redução do fluxo sanguíneo cerebral, o que favorecem episódios de DELIRIUM.
- Os sinais e sintomas incluem déficits cognitivos, alucinações e flutuação do nível de consciência. É importante que o enfermeiro verifique a avaliação psicológica pré-operatória porque isso pode ajudar a diferenciar a disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO) de delirium pós-operatório.
- Fornecer hidratação adequada, reorientar o paciente ao ambiente e reavaliar as doses de sedativos, anestésicos e analgésicos pode reduzir o risco de confusão mental. A hipoxia pode manifestar-se com confusão mental e agitação psicomotora, e com perda de sangue e desequilíbrios eletrolíticos.
- A exclusão de todas as outras causas de confusão mental deve preceder a suposição de que ela esteja relacionada com a idade, as circunstâncias e os medicamentos.



# PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO DE INTERESSE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

- **SISTEMA RENAL:** a esclerose glomerular, leva à diminuição da taxa de filtração glomerular dos rins. As funções renais ficam mais lentas sendo fatores de risco para complicações perioperatórias relacionadas à hipóxia renal e à insuficiência renal aguda.
- **SISTEMA NEUROENDOCRINO:** o idoso apresenta maior resistência à insulina.
- O manejo de enfermagem para o paciente idoso cirúrgico no período intraoperatório inclui:
- Aplicação de técnicas de aquecimento intraoperatório para reduzir a hipotermia não intencional.
- Transferência cuidadosa e posicionamento na maca do centro cirúrgico. Proteger pontos de pressão e proeminências ósseas com acolchoamento extra. Providenciar suporte para o dorso e o pescoço para evitar rigidez enquanto é mantido o suporte respiratório e circulatório.
- Colocar meias antiembólicas ou dispositivo de compressão sequencial para prevenir TVP.
- Monitoramento hidreletrolítico cuidadoso via quantificação acurada da perda sanguínea, do débito urinário e da gasometria.

# PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO DE INTERESSE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

- Tomam-se precauções ao mobilizar o paciente idoso. A diminuição da gordura subcutânea torna os idosos mais suscetíveis às mudanças de temperatura.
- O idoso corre risco mais elevado de apresentar complicações cardiovasculares. De todos os sistemas de órgãos do corpo, o sistema circulatório é o que mais influencia a anestesia.
- Além dos riscos físicos, o idoso deve ser avaliado quanto a comprometimento da memória e da cognição. Quando adultos mais velhos se encontram em um estado vulnerável e de estresse, tais como uma preparação para cirurgia, eles podem apresentar comprometimento da concentração, confusão mental e padrões de pensamento desorganizados.
- **Pacientes idosos têm maior risco de delírio pós-operatório agudo. Queda do nível de consciência, dificuldades de concentração, alterações de percepção e falhas de memória caracterizam a apresentação típica.**

# CUIDADOS COM IDOSOS NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

## • CUIDADOS QUANTO À HIPOXEMIA

- A hipoxemia é a 2ª maior complicação pós-operatória detectada em idosos. A monitorização do padrão respiratório deve ser intensificada.
- Cuidados incluem a monitorização da IRPA (níveis baixos de PaO<sub>2</sub> e altos de PaCO<sub>2</sub> e fadiga respiratória).
- Manter VAS desobstruídas.
- Posicionar paciente a fim de favorecer ventilação-perfusão.
- Administrar O<sub>2</sub> de acordo com necessidade.
- Encorajar paciente a respirar profundamente e a tossir.

# SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC

PROTOCOLO  
OMS  
ANVISA

# Metas Nacionais de Segurança do Paciente

- Muitas Metas Nacionais de Segurança do Paciente são destinadas às áreas perioperatórias; no entanto, aquela com a relevância mais direta para a SO é identificar os riscos de segurança ao paciente. Um risco, em especial, é o de incêndio no centro cirúrgico, decorrente de três fatores: a fonte de combustível, a fonte de oxigênio e um mecanismo para acender o fogo .
- O risco de incêndio é discutido durante a pausa antes de iniciar a cirurgia e uma menção da existência ou não de risco de incêndio é colocada no quadro de comunicação da equipe no centro cirúrgico.

## SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC

TABELA 1 – EXIGÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC

Recursos cirúrgicos e ambientais	Pessoal treinado, água limpa, fonte de iluminação constante, sucção constante, oxigênio suplementar, equipamento cirúrgico em funcionamento e instrumentos esterilizados.
Prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC)	Lavagem e higienização das mãos.
	Uso apropriado e sensato de antimicrobianos.
	Preparação antisséptica da pele.
	Cuidado atraumático da ferida.
	Limpeza e esterilização do instrumental cirúrgico.



## Anestesiologia segura

Presença de um profissional capacitado em anestesiologia.

Verificação de segurança das máquinas e dos medicamentos para anestesiologia.

Oximetria de pulso.

Monitoração da frequência cardíaca.

Monitoração da pressão sanguínea.

Monitoração da temperatura.

## SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC

Equipes cirúrgicas eficientes	Melhora na comunicação.
	Paciente, local e procedimentos corretos.
	Consentimento informado.
	Disponibilidade de todos os membros da equipe.
	Preparação adequada da equipe e planejamento do procedimento.
Mensuração da assistência cirúrgica	Confirmação das alergias do paciente.
	Qualidade assegurada.
	Revisão em dupla.
	Monitoramento dos resultados.

# SEGUNDO DESAFIO GLOBAL – CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

- Prevenção de ISC (Infecção de Sítio Cirúrgico)
- Anestesia Segura
- Equipes cirúrgicas eficientes
- Mensuração de complicações ocorridas após assistência cirúrgica
- Para isso, foram criados 10 objetivos, listas de verificação e as terminologias “sign in”/”time out”/”sign out”





## SEGUNDO DESAFIO GLOBAL – CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

- 1. A equipe irá operar o paciente correto e o local correto**
- 2. A equipe usará métodos conhecidos para prevenir danos da administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor**
- 3. A equipe irá reconhecer efetivamente e se preparar para o risco, perda de via aérea ou de função respiratória**
- 4. A equipe irá reconhecer e efetivamente se preparar para o risco de perda sanguínea elevada**
- 5. A equipe irá evitar indução de uma reação alérgica ou adversa de drogas para os quais o risco ao paciente é conhecido**

## SEGUNDO DESAFIO GLOBAL – CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

**6. A equipe vai sempre usar métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção de sítio cirúrgico**

**7. A equipe irá impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas**

**8. A equipe irá garantir e identificar com precisão todos os espécimes cirúrgicos**

**9. A equipe irá efetivamente comunicar e trocar informações críticas para a condução segura da operação**

**10. Hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina da capacidade de cirúrgica, dos volume e dos resultados**

- **OBJETIVO 1**

- **ETAPA 1: VERIFICAÇÃO:**

- Verificação do paciente, local e procedimento corretos, desde a decisão de operar até o momento da cirurgia.

- **ETAPA 2: DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE:**

- O Protocolo Universal estabelece que o local ou locais a serem operados devem ser demarcados pelo cirurgião, principalmente nos casos de lateralidade de membros e órgãos.
- Utiliza marcador permanente e só marcar o sítio a ser operado, de preferência com paciente consciente.
- **PONTOS IMPORTANTES:** O protocolo estipula que a demarcação deve ser no sítio operatório ou próximo a ele.
- Recomendação de uso de uma seta desenhada na pele no local a ser operado, ou iniciais dos médicos. Evitar o uso de cruz, devido a ambiguidade.



# SEGUNDO DESAFIO GLOBAL – CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

- **OBJETIVO 1**

- **ETAPA 3: “TIME OUT” ou “PAUSA CIRÚRGICA”**

- A equipe cirúrgica deve coletivamente verificar o paciente, local e procedimento corretos durante a “pausa cirúrgica”, **IMEDIATAMENTE ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA**. O cirurgião deve dizer em voz alta o nome do paciente, a operação a ser realizada, o local e lateralidade da cirurgia. O enfermeiro e anestesista devem confirmar as informações.
- Esta pausa deve ser executada, preferencialmente, por meio de lista de verificação.

# Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS

• **RESUMINDO:**  
Durante a execução da lista de verificação, são feitas verificações em três tempos: antes da indução anestésica (SIGN IN), antes da incisão (TIME OUT), antes do paciente sair da sala de operação (SIGN OUT).

## Antes da Indução Anestésica

- ☐ Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do Paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- ☐ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☐ Checagem do equipamento anestésico OK
- ☐ Oxímetro de Pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
  - ☐ Não
  - ☐ Sim \_\_\_\_\_
- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
  - ☐ Não
  - ☐ Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?
  - ☐ Não
  - ☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.

## Antes de Iniciar a Cirurgia

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do Paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:
  - ☐ Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
  - ☐ Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?
  - ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?
- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
  - ☐ Sim
  - ☐ Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
  - ☐ Sim
  - ☐ Não se aplica

## Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica

- A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
- ☐ Nome do procedimento realizado
  - ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
  - ☐ Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente
  - ☐ Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido
  - ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente



2. ADOÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO E CAPNOGRAFIA COMO PADRÃO DE ASSISTÊNCIA EM ANESTESIOLOGIA

4. ANTES DO PROCEDIMENTO, O ANESTESISTA DEVE CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DE GRANDE PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO DURANTE CIRURGIA E SE PREPARAR PARA ISSO >> RESERVA DE SANGUE, USO DE COLÓIDES E CRISTALÓIDES; e ASSEGURAR ACESSO VENOSO DE GRANDE

7.O CIRURGIÃO DEVE REALIZAR EXPLORAÇÃO METÓDICA DA FERIDA ANTES DO FECHAMENTO DE QUALQUER CAVIDADE ANATÔMICA OU LEITO CIRÚRGICO E DEVE AVISAR À EQUIPE SE HOUVE QUALQUER ALTERAÇÃO DO PLANO CIRÚRGICO. A CONTAGEM DAS COMPRESSAS E DEMAIS INSTRUMENTAIS DEVE SER FEITA COM DUPLA-CHECAGEM.

3. O ANESTESIOLOGISTA DEVERÁ REALIZAR AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA VIA AÉREA E CONFIRMAR O POSICIONAMENTO DO TUBO ENDOTRAQUEAL COM AUXÍLIO DO CAPNÓGRAFO

Quadro 1. Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica<sup>17</sup>.

Objetivo 1	A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo.
Objetivo 2	A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
Objetivo 3	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameace a vida.
Objetivo 4	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
Objetivo 5	A equipe evitará indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco para o paciente.
Objetivo 6	A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
Objetivo 7	A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
Objetivo 8	A equipe obterá com segurança todos os fragmentos e peças cirúrgicas coletadas e precisamente identificadas.
Objetivo 9	A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
Objetivo 10	Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos obtidos.

8. GARANTIR CORRETA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E ESPÉCIME CIRÚRGICO, QUAL LADO /LOCALIZAÇÃO CONFIRMANDO EM VOZ ALTA.

5. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DE MEDICAMENTOS; VERIFICAÇÃO DE TOXICIDADE DE DROGAS E POSSÍVEIS ALERGIAS PRÉVIAS DO PACIENTE.

6. UTILIZAR ANTIMICROBIANO PROFILÁTICO, 1 HORA ANTES DA CIRURGIA, EM TODOS OS CASOS DE CIRURGIAS CONTAMINADAS E COM POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO. CONSIDERAR USO EM CIRURGIAS LIMPAS

9. USO DA “PAUSA CIRÚRGICA”; USO DAS LISTAS DE VERIFICAÇÃO; MANTER RELATO CIRÚRGICO PRECISO, COMPLETO, CLARO E ASSINADO.

magem

Troca de curativo 24-48h após cirurgia.

# RECOMENDAÇÕES ANVISA

- Em relação à temperatura corpórea, tem sido observada a **associação** frequente de **hipotermia** ( $T < 35^{\circ}\text{C}$ ) intraoperatória e um aumento na incidência de **sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos**. Para evitar a instalação da hipotermia no intraoperatório, a American Society of Anesthesiologists (ASA) tem padronizado o método de monitorização e manutenção da estabilidade da temperatura corpórea durante o ato cirúrgico.
- O “**padrão ouro**” é a monitorização na **artéria pulmonar**, método que requer a presença de cateter central e soma alguns riscos inerentes a tal procedimento. Ainda pode ser utilizada a monitorização através de **cateter esofágico, bexiga urinária e cutânea**, sendo esta última, a mais frequentemente utilizada e também mais sensível às oscilações da temperatura da sala cirúrgica.
- SOBECC INDICA QUE a aferição da temperatura timpânica é a forma menos invasiva e mais indicada para ser utilizada pela equipe de Enfermagem e permite aferição da temperatura da artéria carótida externa.
- A recomendação é manter a temperatura corpórea **acima de  $35,5^{\circ}\text{C}$**  no período perioperatório. BRUNNER AFIMA QUE A TEMPERATURA DEVE ESTAR ACIMA DE  $36^{\circ}\text{C}$ .



# Recomendações SOBECC

- **ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE CIRÚRGICA.**

- Administração de antibioticoterapia em até 120min previamente à incisão cirúrgica. Padrão ouro 30-60min.
- Emprego de clorexidina alcoólica para antisepsia da pele de pacientes (mais efetiva que PVPI) sendo aplicada pelo sítio da incisão e, em seguida, à região periférica ao sítio.
- Quando a área da incisão é mais contaminada que a periférica (como anus, axila, ferida aberta), iniciar a degermação da periferia para a área de incisão
- Áreas de maior contaminação como umbigo, glândula, unhas, devem sofrer degermação prévia à antisepsia.

- **ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE CIRÚRGICA.**
- Profissionais que trabalham em CC devem ter as unhas com apenas 0,25cm de comprimento e não podem ter esmaltes lascados, unhas artificiais ou demais artefatos.
- Lembrar que degermação cirúrgica deve durar 3-5 minutos.
- Uma nova máscara cirúrgica deve ser vestida a cada novo procedimento cirúrgico e sempre que suja ou úmida e não deve ser pendurada no pescoço.
- Somente a face interna do avental cirúrgico deve ser tocada o vesti-lo.
- A equipe cirúrgica se movimentará sempre com as mãos acima do nível da cintura, quando paramentados.
- O campo cirúrgico deve ser preparado tão próximo quando possível do início do procedimento cirúrgico.



# Recomendações SOBECC

- **AS LUVAS CIRÚRGICAS DEVEM SER TROCADAS NOS SEGUINTE CASOS:**
  - Ocorrência de suspeita de contaminação.
  - Após manipulação do microscópio.
  - Imediatamente após o contato direto com metil metacrilato.
  - Quando se tornam escorregadias.
  - Quando há suspeita de perfuração.
  - A cada 90-150 minutos.

**2017 - HRTN/RN)** Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros, que podem resultar em dano para o paciente e levar a incapacidade ou morte.

Sabe-se que uma das ações que podem diminuir a ocorrência de erros durante o procedimento cirúrgico é a demarcação do sítio cirúrgico, principalmente em procedimentos que envolvem lateralidade, múltiplas estruturas e múltiplos níveis.

Sobre a demarcação do sítio cirúrgico assinalado no Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério de Saúde, assinale a alternativa INCORRETA.

- A.** A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
- B.** A identificação do sítio cirúrgico, sempre que possível, deverá ser realizada com o paciente anestesiado.
- C.** O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos.
- D.** Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para esse fim.

**2017 - HRTN/RN)** Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros, que podem resultar em dano para o paciente e levar a incapacidade ou morte.

Sabe-se que uma das ações que podem diminuir a ocorrência de erros durante o procedimento cirúrgico é a demarcação do sítio cirúrgico, principalmente em procedimentos que envolvem lateralidade, múltiplas estruturas e múltiplos níveis.

Sobre a demarcação do sítio cirúrgico assinalado no Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério de Saúde, assinale a alternativa INCORRETA.

- A.** A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
- B.** A identificação do sítio cirúrgico, sempre que possível, deverá ser realizada com o paciente anestesiado.
- C.** O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos.
- D.** Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para esse fim.

ESFCEX 2021)34. Assinale a alternativa correta no que diz respeito às medidas de controle de infecção de sítio cirúrgico no transoperatório.

- (A) Entre outras situações, as luvas cirúrgicas calçadas no início do procedimento cirúrgico devem ser trocadas a cada 90 a 150 minutos caso não ocorram outras situações em que sua substituição esteja indicada.
- (B) As luvas cirúrgicas, quando escorregadias, devem ser limpas/friccionadas pelo cirurgião com gaze embebida em soro fisiológico ou água bidestilada, sendo desnecessária sua troca.
- (C) A presença de pelos na área do sítio cirúrgico exige a realização de tricotomia que deve ser realizada, imediatamente antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico.
- (D) Quando necessária, a tricotomia do sítio cirúrgico deve ser realizada na sala de operação, com lâmina de barbear estéril.
- (E) Considera-se área estéril do avental cirúrgico, na parte frontal, a linha que vai do pescoço à barra, região axilar e mangas e na parte de trás, da linha do pescoço até o nível do campo estéril.

ESFCEX 2021)34. Assinale a alternativa correta no que diz respeito às medidas de controle de infecção de sítio cirúrgico no transoperatório.

- (A) Entre outras situações, as luvas cirúrgicas calçadas no início do procedimento cirúrgico devem ser trocadas a cada 90 a 150 minutos caso não ocorram outras situações em que sua substituição esteja indicada.
- (B) As luvas cirúrgicas, quando escorregadias, devem ser limpas/friccionadas pelo cirurgião com gaze embebida em soro fisiológico ou água bidestilada, sendo desnecessária sua troca.
- (C) A presença de pelos na área do sítio cirúrgico exige a realização de tricotomia que deve ser realizada, imediatamente antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico.
- (D) Quando necessária, a tricotomia do sítio cirúrgico deve ser realizada na sala de operação, com lâmina de barbear estéril.
- (E) Considera-se área estéril do avental cirúrgico, na parte frontal, a linha que vai do pescoço à barra, região axilar e mangas e na parte de trás, da linha do pescoço até o nível do campo estéril.

ESFCEX 2021) 29. A.S., 58 anos, sexo feminino, submetida a mastectomia D, com esvaziamento axilar, portando dreno de sucção portátil posicionado na mama, recebeu alta hospitalar. Ao ser orientada pelo enfermeiro a respeito dos cuidados a serem observados no domicílio, mostrou-se muito preocupada com os cuidados com o dreno e o tempo que deveria permanecer com ele. Frente a essa situação, considerando o recomendado em Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica (2016), o enfermeiro deve, entre outras orientações, esclarecer que, habitualmente, o dreno é removido

- (A) quando o líquido de drenagem passar a apresentar aspecto seroso.
- (B) dez dias após a cirurgia, independentemente do volume de exsudato observado.
- (C) quando o débito é inferior a 30 mL, em um período de 24 horas.
- (D) catorze dias após a cirurgia, independentemente do volume de exsudato observado.
- (E) quando o débito é inferior a 100 mL, em um período de 24 horas.



ESFCEX 2021) 29. A.S., 58 anos, sexo feminino, submetida a mastectomia D, com esvaziamento axilar, portando dreno de sucção portátil posicionado na mama, recebeu alta hospitalar. Ao ser orientada pelo enfermeiro a respeito dos cuidados a serem observados no domicílio, mostrou-se muito preocupada com os cuidados com o dreno e o tempo que deveria permanecer com ele. Frente a essa situação, considerando o recomendado em Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica (2016), o enfermeiro deve, entre outras orientações, esclarecer que, habitualmente, o dreno é removido

- (A) quando o líquido de drenagem passar a apresentar aspecto seroso.
- (B) dez dias após a cirurgia, independentemente do volume de exsudato observado.
- (C) quando o débito é inferior a 30 mL, em um período de 24 horas.**
- (D) catorze dias após a cirurgia, independentemente do volume de exsudato observado.
- (E) quando o débito é inferior a 100 mL, em um período de 24 horas.

# QUESTÃO

- **(EsFCEEx 2012 – Questão 35)** São fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico, associados ao paciente:
- **I.** gravidade do estado clínico do paciente ou da doença de base e grau de contaminação microbiana do sítio cirúrgico.
- **II.** antissepsia pré-operatória de mãos e antebraços da equipe cirúrgica.
- **III.** colonização ou infecção na equipe cirúrgica.
- **IV.** diabetes *mellitus*.
- Assinale a alternativa correta.
- **(A)** Somente I e II estão corretas.
- **(B)** Somente II, III e IV estão corretas.
- **(C)** Somente II e III estão corretas.
- **(D)** Somente I, II e III estão corretas.
- **(E)** Somente I e IV estão corretas.

# QUESTÃO

- **(EsFCEEx 2012 – Questão 35)** São fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico, associados ao paciente:
- **I.** gravidade do estado clínico do paciente ou da doença de base e grau de contaminação microbiana do sítio cirúrgico.
- **II.** antissepsia pré-operatória de mãos e antebraços da equipe cirúrgica.
- **III.** colonização ou infecção na equipe cirúrgica.
- **IV.** diabetes *mellitus*.
- Assinale a alternativa correta.
- **(A)** Somente I e II estão corretas.
- **(B)** Somente II, III e IV estão corretas.
- **(C)** Somente II e III estão corretas.
- **(D)** Somente I, II e III estão corretas.
- **(E)** Somente I e IV estão corretas.

# QUESTÃO

- **ESFCEX 2021) 31.** Assinale a alternativa correta em relação à assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de fratura de fêmur e em uso de tração esquelética.
- (A) O local dos pinos deve ser inspecionado uma vez ao dia, antes dos cuidados de higiene corporal.
- (B) A partir do 7º dia após instalada a tração esquelética, os pesos da tração podem ser removidos por até 15 minutos, no momento do banho no leito e /ou cuidados de higiene perineal.
- (C) O curativo do local dos pinos deve ser compressivo e trocado a cada 48 horas.
- (D) Para limpeza mais efetiva do local de inserção dos pinos, deve ser utilizada solução alcoólica de polivinilpirrolidona iodo-PVPI.
- (E) Cotovelos e calcanhares devem ser inspecionados à procura de úlceras por pressão e serem protegidos com curativos hidrocoloides ou películas transparentes.

# QUESTÃO

- **ESFCEX 2021) 31.** Assinale a alternativa correta em relação à assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de fratura de fêmur e em uso de tração esquelética.
- (A) O local dos pinos deve ser inspecionado uma vez ao dia, antes dos cuidados de higiene corporal.
- (B) A partir do 7º dia após instalada a tração esquelética, os pesos da tração podem ser removidos por até 15 minutos, no momento do banho no leito e /ou cuidados de higiene perineal.
- (C) O curativo do local dos pinos deve ser compressivo e trocado a cada 48 horas.
- (D) Para limpeza mais efetiva do local de inserção dos pinos, deve ser utilizada solução alcoólica de polivinilpirrolidona iodo-PVPI.
- **(E) Cotovelos e calcanhares devem ser inspecionados à procura de úlceras por pressão e serem protegidos com curativos hidrocoloides ou películas transparentes.**

# QUESTÃO

- **ESFCEX 2021)33. A Lista de Verificação de Segurança da OMS do programa “Cirurgias seguras salvam vidas”, desenvolvida para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzir a ocorrência de danos ao paciente, consiste em um *checklist* de verificações de segurança que deve ser aplicado em três momentos cirúrgicos. No segundo momento, que ocorre imediatamente antes da cirurgia, denominado “tempo de preparo”, entre outros itens, é verificado se**
  - (A) o paciente possui alergia conhecida.
  - (B) o local da cirurgia está marcado, quando se aplica.
  - (C) a contagem de instrumentos, compressas e agulhas está correta.
  - (D) o cirurgião, anestesista e enfermeiro confirmaram verbalmente: paciente, local e procedimento.
  - (E) o paciente está fazendo uso do oxímetro de pulso em funcionamento.



# QUESTÃO

- **ESFCEX 2021)33. A Lista de Verificação de Segurança da OMS do programa “Cirurgias seguras salvam vidas”, desenvolvida para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzir a ocorrência de danos ao paciente, consiste em um *checklist* de verificações de segurança que deve ser aplicado em três momentos cirúrgicos. No segundo momento, que ocorre imediatamente antes da cirurgia, denominado “tempo de preparo”, entre outros itens, é verificado se**
  - (A) o paciente possui alergia conhecida.
  - (B) o local da cirurgia está marcado, quando se aplica.
  - (C) a contagem de instrumentos, compressas e agulhas está correta.
  - **(D) o cirurgião, anestesista e enfermeiro confirmaram verbalmente: paciente, local e procedimento.**
  - (E) o paciente está fazendo uso do oxímetro de pulso em funcionamento.

DÚVIDAS?



OBRIGADA!