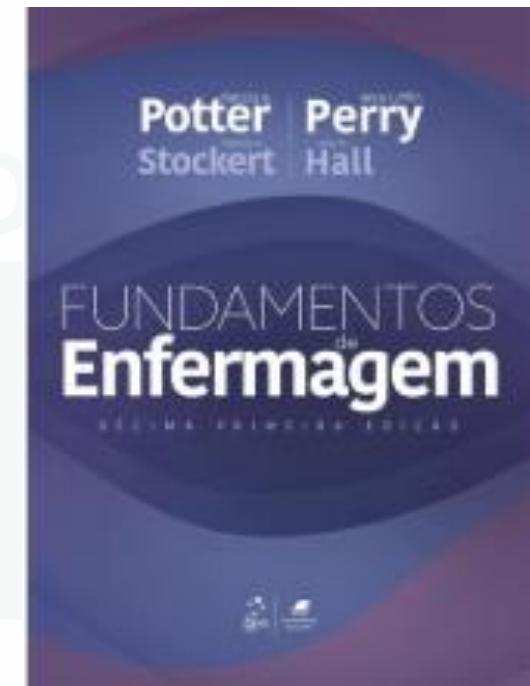




CPREM

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.

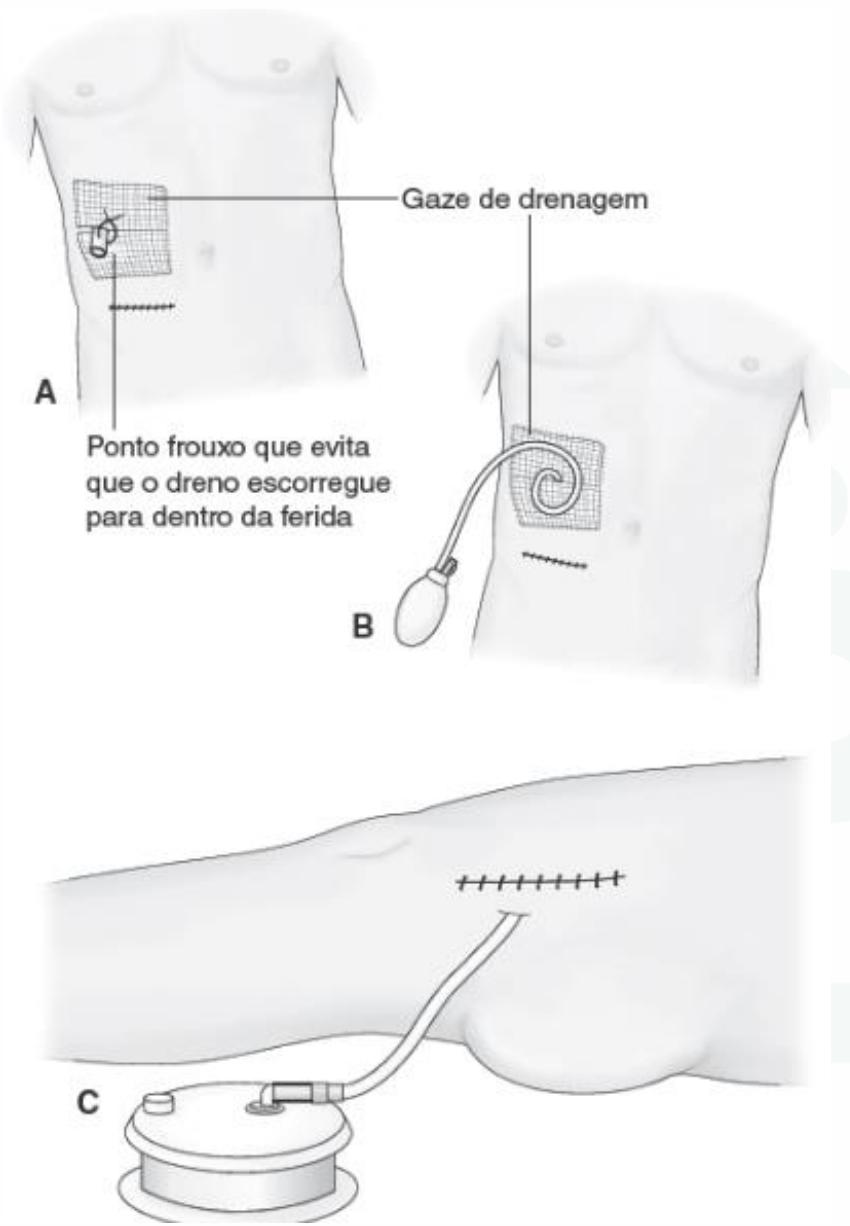
- OBJETIVOS DOS DRENOS

- 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 líquido 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®.

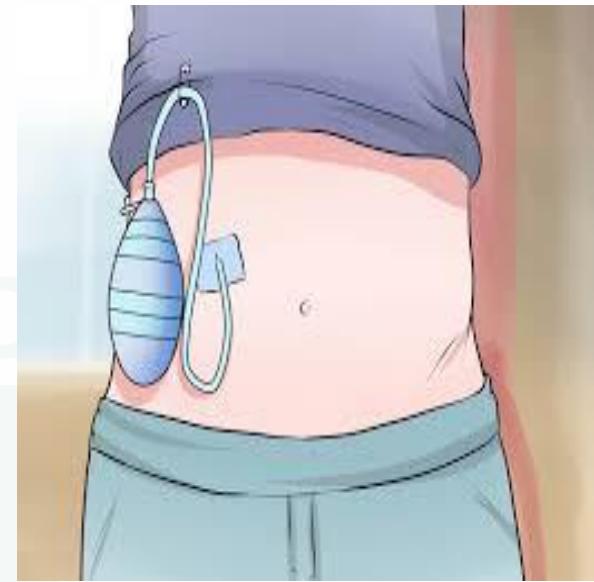
SISTEMA PARA DRENAGEM FECHADA

- **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.



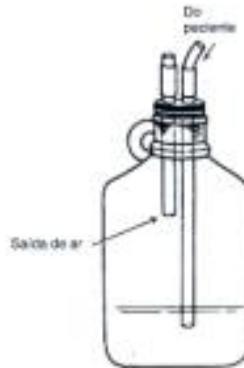
SISTEMA PARA DRENAGEM FECHADA

- 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

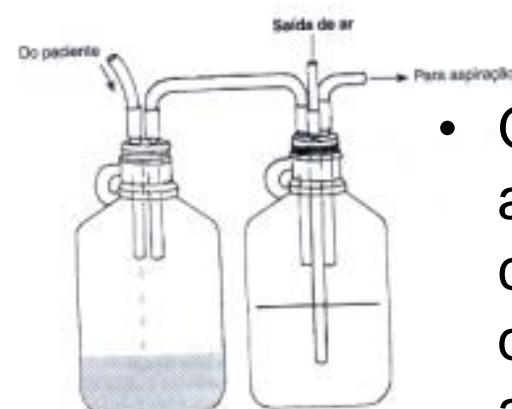


DRENOS DE SISTEMA FECHADO

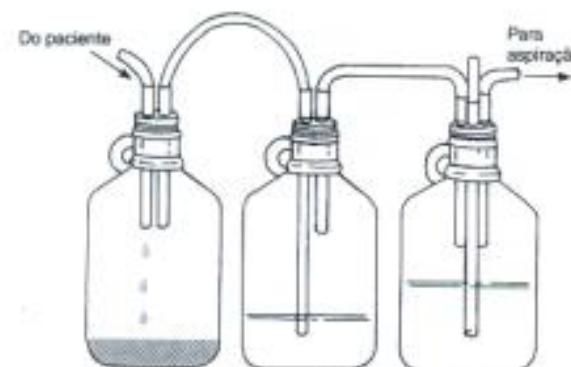
- **DRENO DE TÓRAX**
- Objetivo: Retirar o conteúdo líquido ou gasoso retido na cavidade pleural ou mediastínica.
- Os diâmetros: Mais calibrosos (20F a 36F) são usados para drenar sangue e secreções espessas, enquanto os mais finos (16F a 20F) são utilizados para drenar ar. **O SELO D'ÁGUA MANTÉM A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



A. Sistema de um frasco



B. Sistema de dois



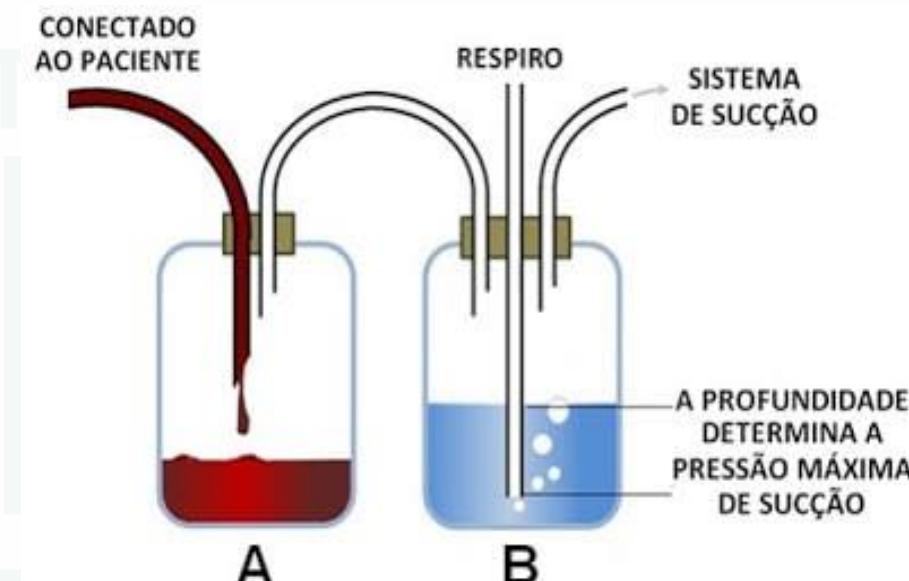
C. Sistema de três frascos

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 cmH₂O; 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.

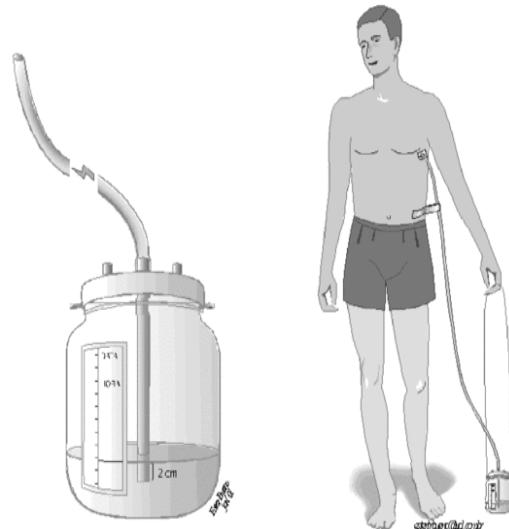


DRENOS DE SISTEMA FECHADO

TABELA 19.8

Comparação dos sistemas de drenagem de tórax.^a

Tipos de sistemas de drenagem de tórax	Descrição	Comentários
Sob selo d'água tradicional		
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	Requer a instilação de líquido estéril nas câmaras de selo d'água e de sucção Tem válvulas de liberação de pressão positiva e negativa O borbulhamento intermitente indica que o sistema está funcionando corretamente Pode-se acrescentar sucção adicional conectando o sistema a uma fonte de sucção



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 Heimlich) de tórax.
- Essa válvula pode ser conectada a uma bolsa de coleta ou coberta com um curativo estéril se não for esperada drenagem.

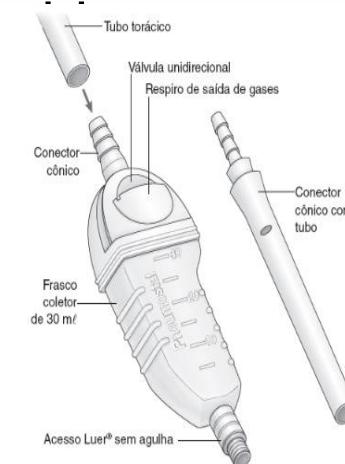


Figura 19.14 • Válvula unidirecional (Heimlich), um sistema de drenagem de tórax descartável, com um coletor de volume de 30 mL. É usada quando é esperado um volume mínimo de drenagem de tórax.

•DRENO DE TÓRAX

Aspiração a seco com selo d'água

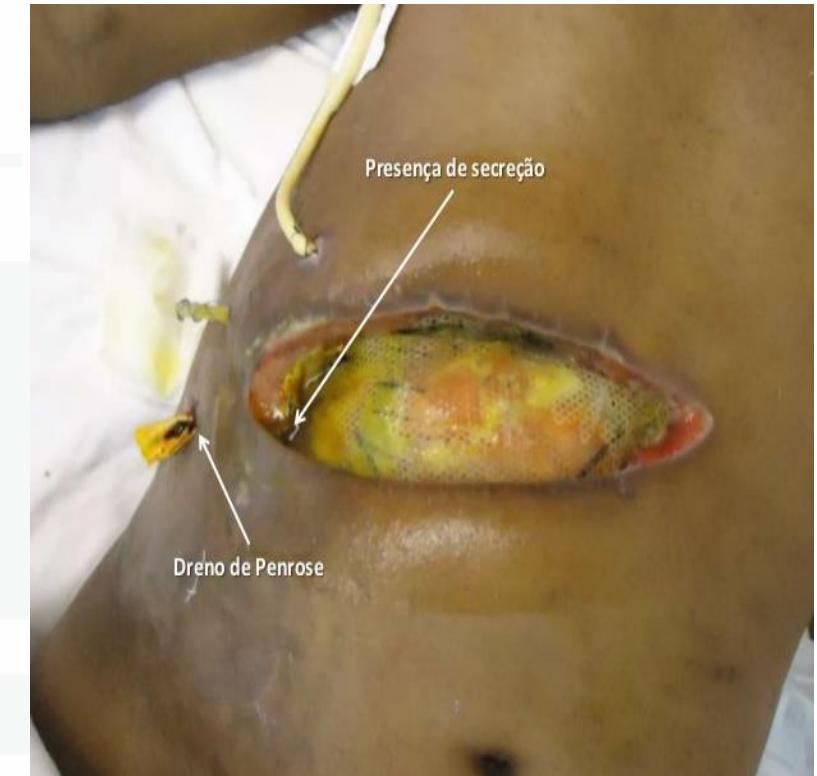
Também conhecida como sucção a seco	Tem três câmaras: uma de coleta, uma de selo d'água (câmara do meio) e um botão regulador de aspiração	Requer a instilação de líquido estéril na câmara de selo d'água em um nível de 2 cm Não há câmara de sucção preenchida com líquido A pressão de sucção é configurada 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
--	--	---

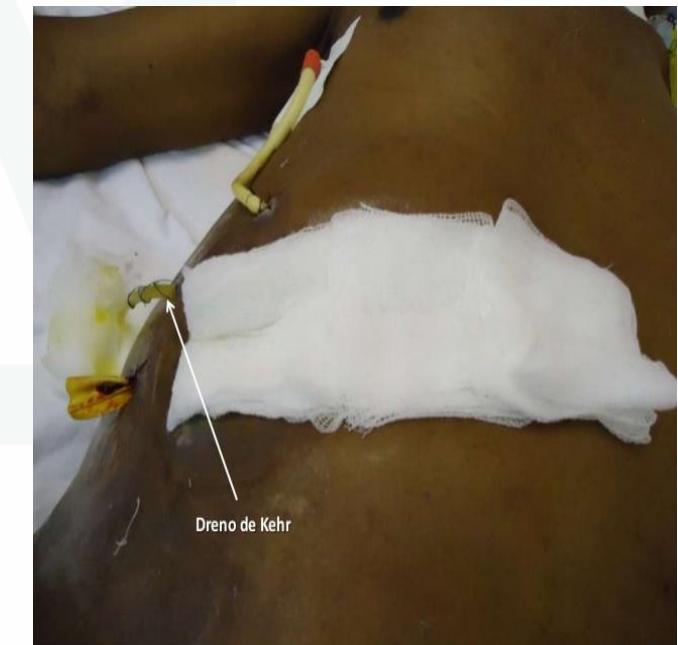
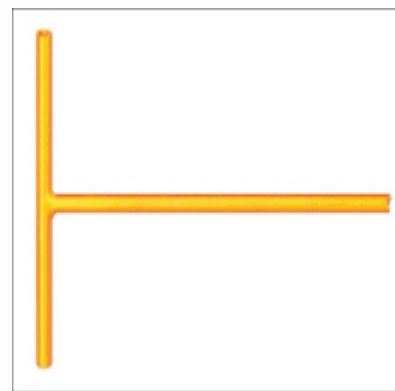
DRENO LAMINAR TIPO PENROSE

- 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 succão, 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 CO₂.
- 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 CO₂ (CPAP possui efeito benéfico nesse caso). Monitorar FR, SatO₂ e expansibilidade torácica.
- Tendencia à hipertensão. Utilizar manguito de tamanho adequado.
- Trombose é fator de risco para IMC > 40 kg/m². 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 voltado 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.
- Repositionamento 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 GORDUROSA (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 auscultação 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 compartmental 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 constrictivos 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 contratração. 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

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

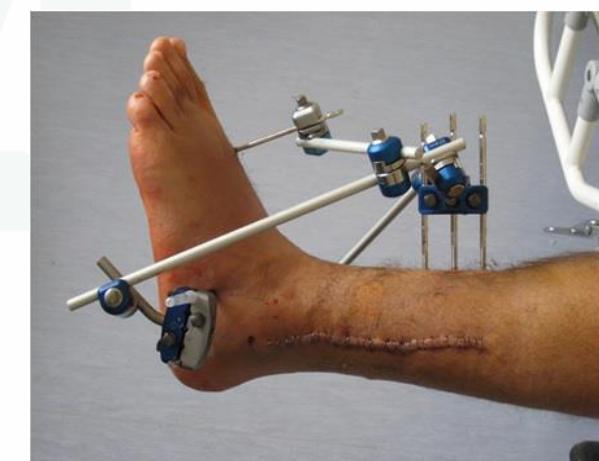
• CIRURGIAS ORTOPÉDICAS – USO DE TRAÇÃO

- 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

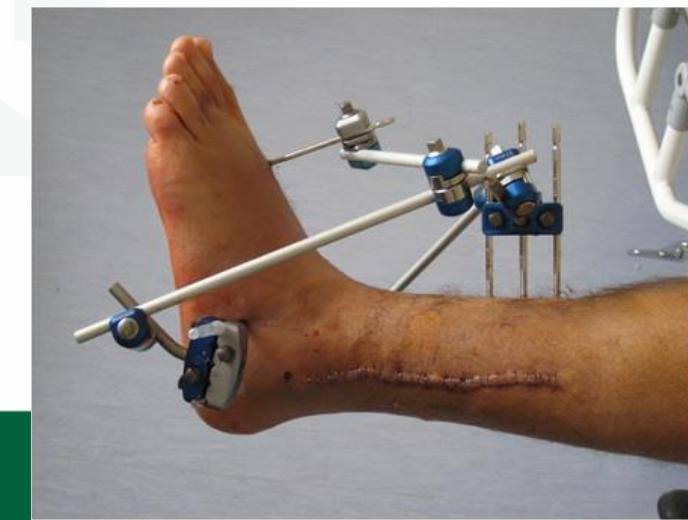


CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS CIRURGIAS

- **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 gastrintestinal 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
Sistema cardiovascular		
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 ineração simpática e parassimpática do coração	Alterações predispõem 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	Predispõem 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
Sistema gastrintestinal		
Esvaziamento gástrico retardado	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)
Diminuição da produção de saliva (Rothrock, 2019)		Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada de pelo menos 45° Reducir tamanho das refeições de acordo com dieta preconizada
Sistema renal		
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

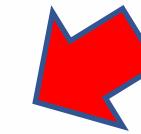
Tabela 50.3 Fatores fisiológicos que aumentam os riscos cirúrgicos em idosos.

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
Sistema neurológico		
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
Sistema metabólico		
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 5º C (jovem é a partir de 0,5ºC). Além disso, o idoso frente ao frio, tem menos resposta de vasoconstricção 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 hipoxia.

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 2^a maior complicação pós-operatória detectada em idosos. A monitorização do padrão respiratório deve ser intensificada.
- Cuidados incluem a monitorização da IRPA (níveis baixos de PaO₂ e altos de PaCO₂ e fadiga respiratória).
- Manter VAS desobstruídas.
- Posicionar paciente a fim de favorecer ventilação-perfusão.
- Administrar O₂ de acordo com necessidade.
- Encorajar paciente a respirar profundamente e a tossir.

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CC

CURSO PREPARATÓRIO
CPREM
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.

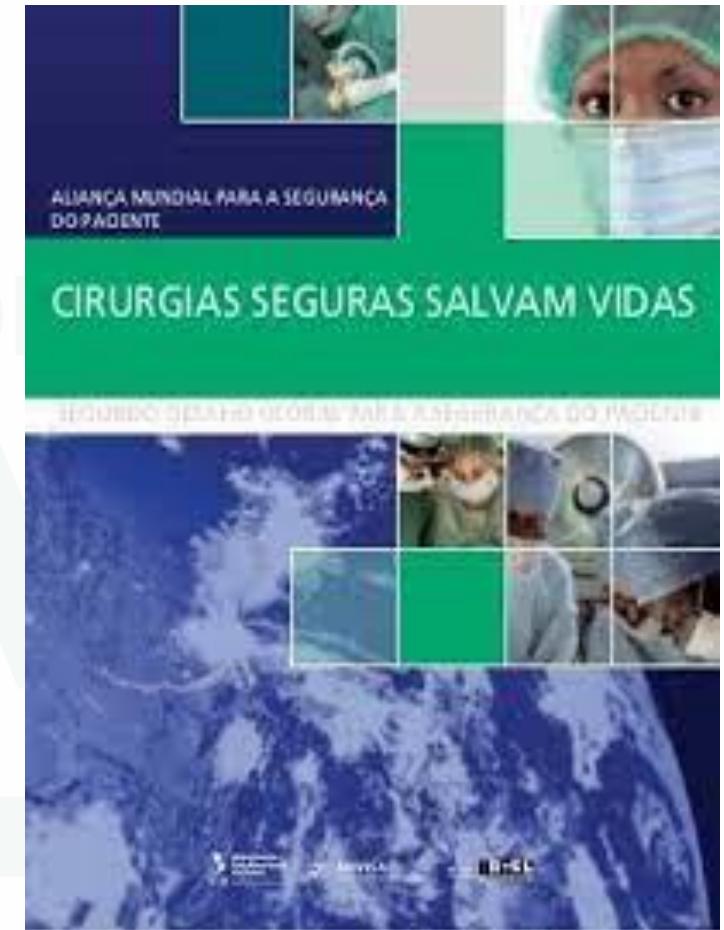
Preparação adequada da equipe e planejamento do procedimento.
Confirmação das alergias do paciente.

Mensuração da assistência cirúrgica

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 sitio 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	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente<ul style="list-style-type: none">• Identificação do Paciente• Local da cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizado• Consentimento informado realizado<input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica<input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionandoO paciente tem alguma alergia?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim _____Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponívelHá risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam<ul style="list-style-type: none">• Identificação do Paciente• Local da cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizado <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?<input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?<input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não se aplica <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim<input type="checkbox"/> Não se aplica	<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado<input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)<input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente<input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido<input type="checkbox"/> 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 cirúrgica¹⁷.

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 ameaça a vida.
Objetivo 4	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
Objetivo 5	A equipe evitárá 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.

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°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, glande, unhas, devem sofrer degermação prévia à antisepsia.

Recomendações SOBECC

- **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 deglariação 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 ao 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 quanto possível do início do procedimento cirúrgico.

Recomendações SOBECC

- **AS LUVAS CIRÚRGICAS DEVEM SER TROCADAS NOS SEGUINTESES 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 succção 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 succção 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

- **(EsFCEx 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. antisepsia 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 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. antisepsia 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!