

Enfermagem Cirúrgica

Parte 1

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

HISTÓRIA AO LONGO DO TEMPO

Evolução das técnicas cirúrgicas, tecnologia científica e equipamentos, bem como das interações profissionais ao longo do tempo;

Relatos de cirurgia desde a pré-história – somente a partir do séc. XIX evolução e sucesso (devido aos estudos de anatomia e fisiologia).

A partir de 1880

Quatro pilares da cirurgia ganharam força:

Conhecimento da anatomia;

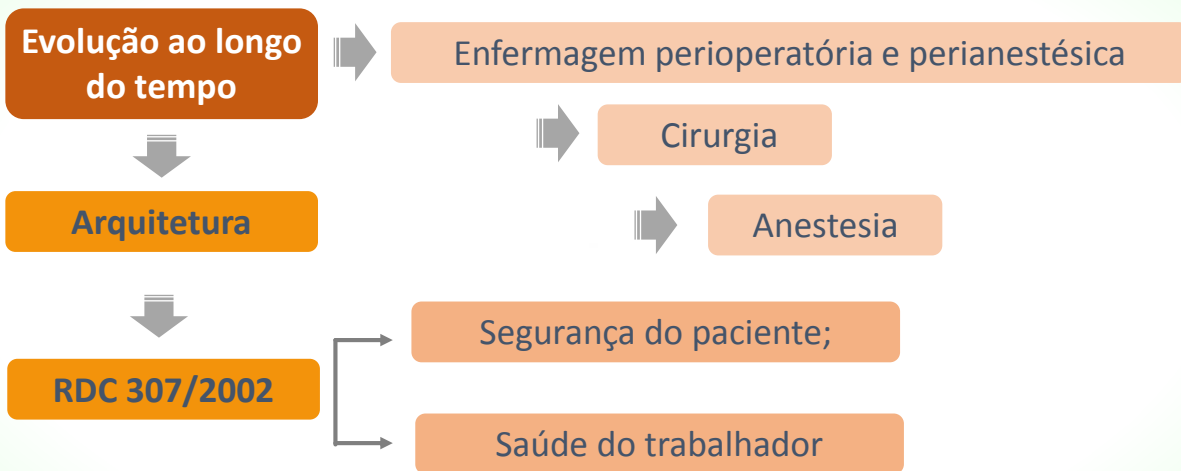
Controle da hemorragia;

Controle da dor (anestesia);

Compreensão das infecções (evolução da técnica asséptica).

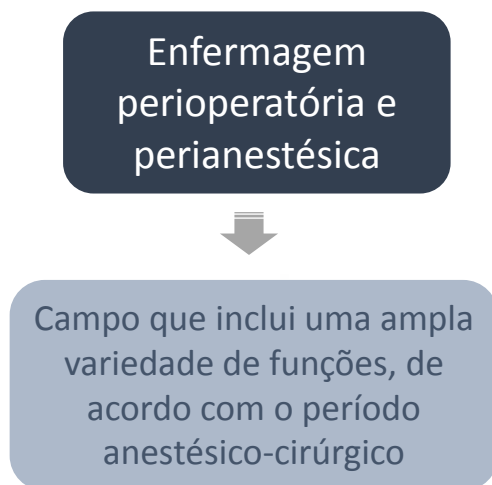
Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br



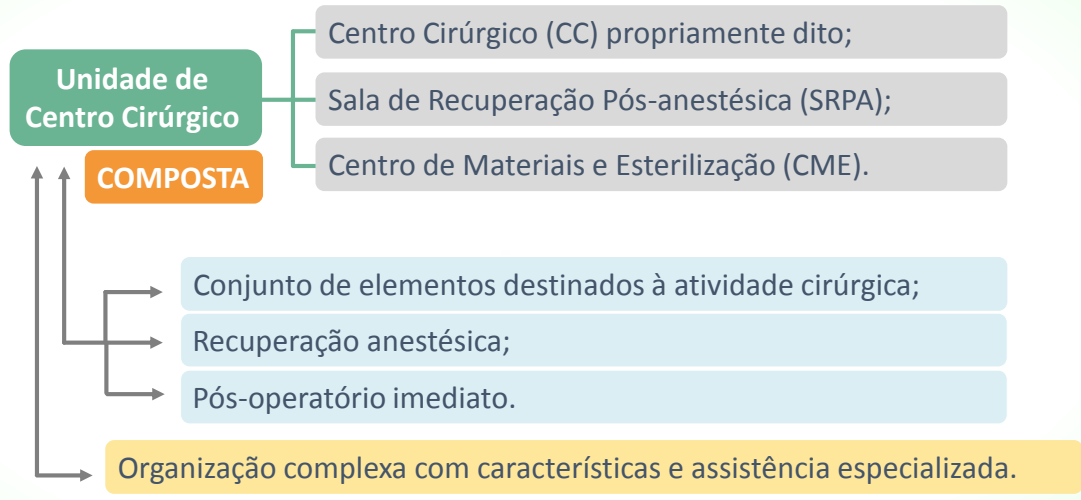
Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

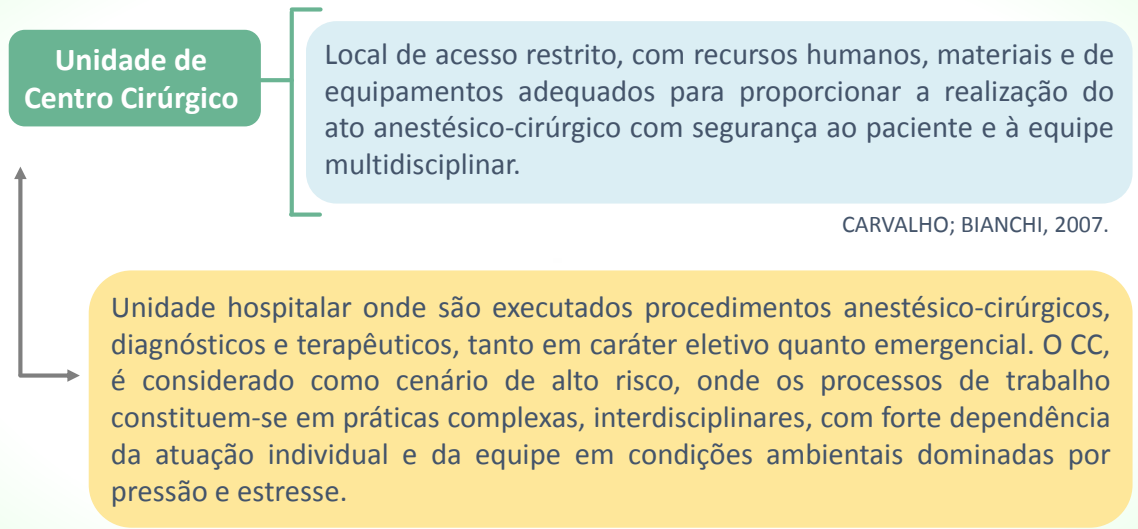


Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br



Fonte: (SOBECC, 2017).



CARVALHO; BIANCHI, 2007.

Fonte: (MARTINS; DALL'AGNOLB, 2016).

Centro Cirúrgico

conjunto de áreas e instalações destinadas à realização de procedimentos anestésicos-cirúrgicos, recuperação pós-anestésica (RPA) e pós-operatório imediato (POI);

em melhores condições de segurança para o paciente;

com conforto para equipe que o assiste;

em condições assépticas ideais e seguras.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Zoneamento do Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico é considerado atualmente pela RDC 307/2002, como área crítica, ou seja, ambiente em que existe risco aumentado de transmissão de infecção, pelos procedimentos realizados na unidade (Possari, 2011).

Desse modo deve ser dividida em áreas específicas, que são classificadas em:

**Não crítica /
Não restrita**

**Semicrítica /
Semirrestrita**

Críticas / Restritas

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Áreas do Centro Cirúrgico (CC)

Não crítica /
Não restrita



Circulação de pessoas é livre, não exigindo cuidados especiais e nem o uso de uniforme privativo.

corredores externos;

Exemplos



secretaria;

elevadores;

vestiário;

locais de
transferência
de macas;

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2019).

www.romulopassos.com.br

Áreas do Centro Cirúrgico (CC)

Semicrítica /
Semirrestrita

Permite a circulação de pessoas e equipamentos, desde que não interfira no controle e manutenção da assepsia cirúrgica.

Roupa privativa, calçados adequados e gorro são necessários,

Exemplos

sala de guarda de equipamentos;

farmácia-satélite;

copa;

sala de conforto;

URPA;

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2019).

www.romulopassos.com.br

Áreas do Centro Cirúrgico (CC)

Críticas / Restritas

Tem limites bem definidos para circulação de pessoal e equipamentos;

Máscara são exigidas (cobrindo boca e nariz), além da roupa privativa de CC;

As técnicas de assepsia e as rotinas devem ser rigorosamente controladas e utilizadas.

Exemplos

salas cirúrgicas;

ante-salas;

corredor interno;

lavabos.

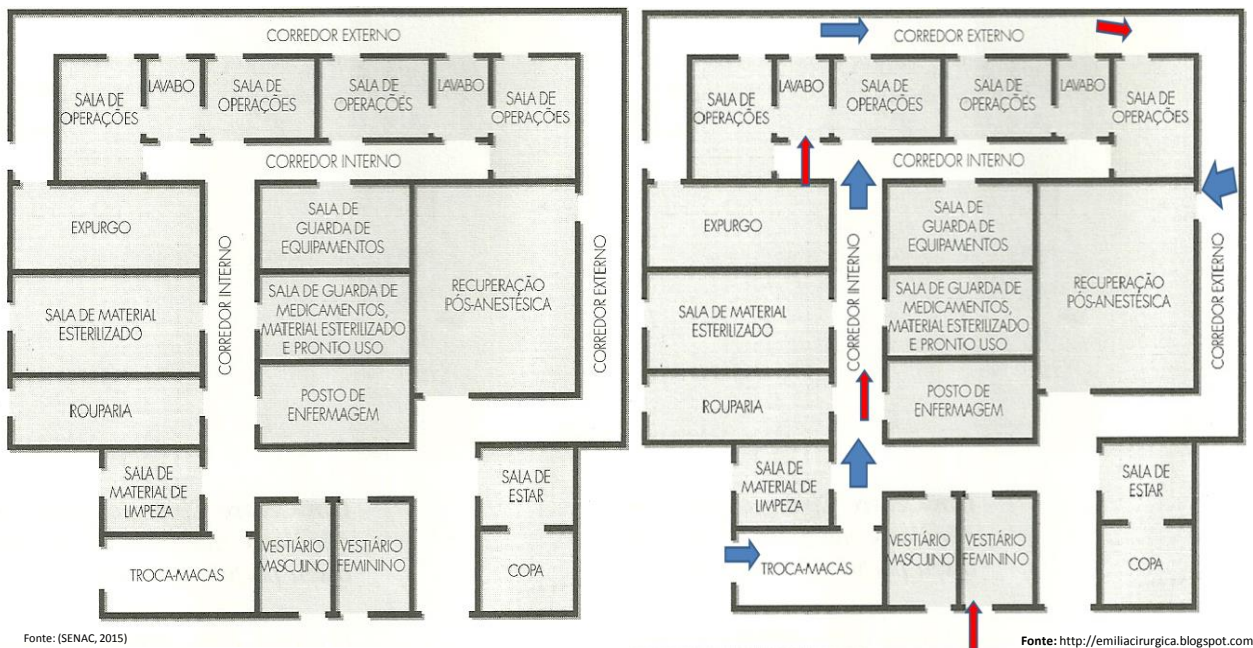
Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2019).

www.romulopassos.com.br



www.romulopassos.com.br



Enfermagem Cirúrgica

Parte 2

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

Recursos Humanos no Centro Cirúrgico



EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões, anesthesiologists, equipe das unidades de apoio;



EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Enfermeiro coordenador
- Enfermeiro Assistencial
- Enfermeiro Perfusionista*
- Técnico de Enfermagem
- Instrumentador Cirúrgico
- Auxiliar de Enfermagem



ADMINISTRATIVO

- Auxiliar Administrativo
- Circuito de Marcação Cirúrgica

Fonte: (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Dimensionamento da Equipe de Enfermagem em Centro Cirúrgico

O referencial mínimo para o quadro dos profissionais de enfermagem em CC considera a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de Possari (2011).

Fonte: (COFEN, RESOLUÇÃO Nº 543, 2017).

www.romulopassos.com.br

Dimensionamento da Equipe de Enfermagem em Centro Cirúrgico

Como proporção profissional/categoria, nas 24 horas:

a) Relação de 1 enfermeiro para cada três salas cirúrgicas (eletivas);

b) Enfermeiro exclusivo nas salas de cirurgias eletivas e de urgência/emergência de acordo com o grau de complexidade e porte cirúrgico;

c) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico);

d) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico).

Fonte: (COFEN, RESOLUÇÃO Nº 543, 2017).

www.romulopassos.com.br

SAE

Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo sistemático e deliberado, em toda instituição de saúde pública ou privada em que houver cuidado profissional de enfermagem.

Sistematização de Assistência de Enfermagem

Resolução COFEN 358/2009 -

Enfermeiro líder na execução e avaliação do PE.

Implementada por enfermeiros perioperatórios, a SAEP busca a satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

SAEP



Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória

Objetiva a promoção, proteção e recuperação da saúde

Desenvolvido pelo enfermeiro – baseado em conhecimentos técnicos e científicos

Requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo – utilizando habilidades e conhecimentos – orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas.

**CUIDADO
INDIVIDUALIZADO**

**INSTRUMENTO
METODOLÓGICO**

**RESULTADOS
POSITIVOS**

**DOCUMENTAÇÃO
PROFISSIONAL**

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

A SAEP compreende cinco fases:

Visita pré-operatória de enfermagem;

Planejamento da assistência perioperatória;

Implementação da assistência;

Avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória de Enfermagem;

Reformulação da assistência a ser planejada, segundo resultados e solução de situações não desejadas ou eventos adversos.

Fonte: (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br



Enfermagem Cirúrgica

Parte 3

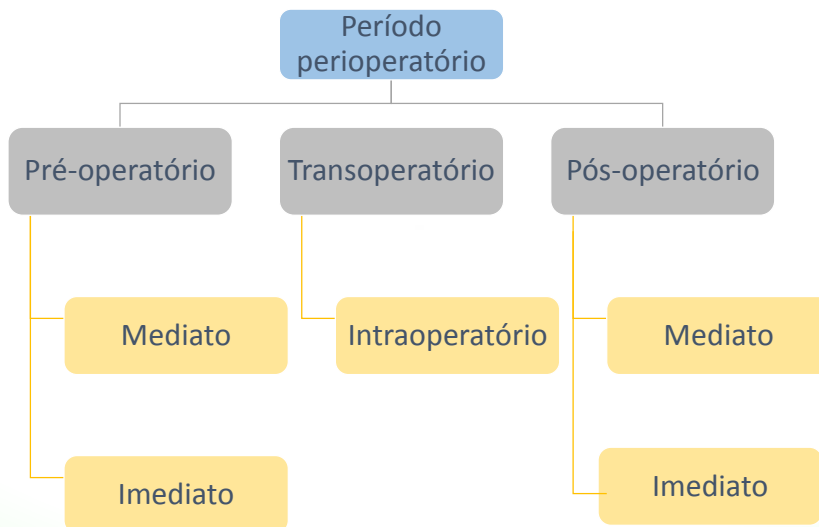
Prof. Jamille Torres

Recepção do Paciente no Centro Cirúrgico



www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica



Fonte: (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

Perioperatório

Espaço de tempo que compreende os seguintes períodos:

- Pré-operatório imediato;
- Transoperatório;
- Intraoperatório;
- Recuperação anestésica (RA);
- Pós-operatório imediato (POI).

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

Pré-operatório imediato

Intervalo de tempo

Período de 24 horas antes do procedimento anestésico-cirúrgico,

continua até

o encaminhamento do paciente ao CC.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

Pré-operatório imediato



VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



PLANO DE CUIDADOS



ENCAMINHAMENTO AO CC



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

Período transoperatório

Intervalo de tempo

Compreende desde o momento em que o paciente é recebido na unidade de CC

continua até

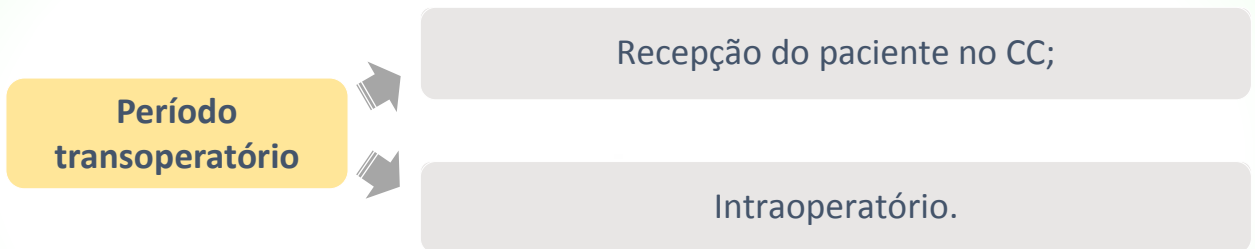
sua saída da sala operatória.

O período intraoperatório tem início no procedimento anestésico cirúrgico e vai até o seu término – portanto, está inserido no período transoperatório.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

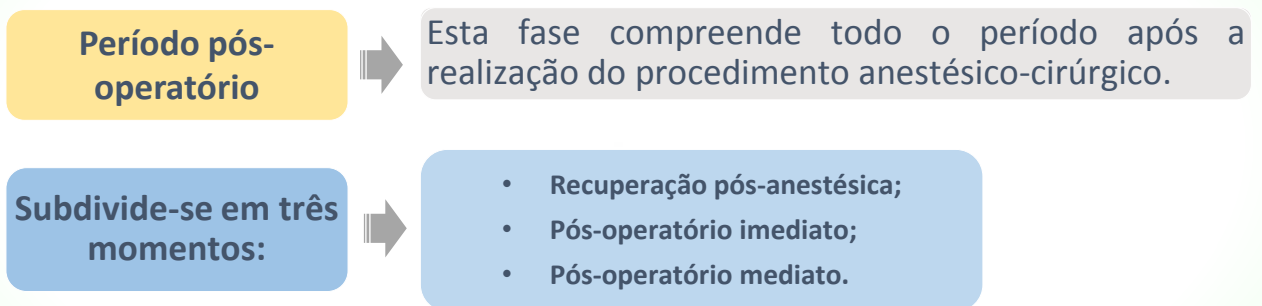
Períodos da Experiência Cirúrgica



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – Compreende desde a chegada do cliente na SRPA até sua alta para a unidade de origem; Anotações do transoperatório e pós-operatório no prontuário; A depender do porte cirúrgico – UTI.

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO – primeiras 24 horas após a intervenção anestésico-cirúrgica (SRPA, UTI ou casa- em cirurgias ambulatoriais – estão aqui incorporadas. Visita pós-operatória pelo enfermeiro do CC - verificar resultados e evolução do paciente.

PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO – inicia-se após as primeiras 24 horas que se seguem à cirurgia e estende-se até a alta do paciente ou mesmo após o seu retorno ao domicílio. Tempo variável (individualizado). Plano de cuidados e avaliação para alta.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Períodos da Experiência Cirúrgica

Temos ainda...

PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO – desde o momento que o paciente recebe a notícia que será submetido a tratamento cirúrgico até as 24 horas que antecedem a cirurgia.

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO – varia de acordo com o tipo e a complexidade da cirurgia, podendo compreender desde 15 dias até cerca de um ano após o procedimento anestésico-cirúrgico.

Fonte: (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 4

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Responsabilidade da equipe multiprofissional – enfermagem, anestesiologia e cirurgia.

Posição adequada – procedimento cirúrgico bem-sucedido.

Segurança do paciente

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Posição cirúrgica é aquela na qual o paciente é colocado, depois de anestesiado, para que possa ser submetido ao procedimento cirúrgico, ou seja, o modo como está acomodado na mesa de operações durante a cirurgia.

Objetivo principal:

Promover ótima exposição do sítio cirúrgico – equilibrada com a prevenção de complicações.

Essencial:

Trabalho em equipe;
Utilização de dispositivos e equipamentos de posicionamento específicos.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Identificação de riscos para o desenvolvimento de lesões:

Faixa etária

IMC

Comorbidades

Tipo de posicionamento

Tipo de anestesia

Tempo cirúrgico

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Na prática clínica estratégias vêm sendo amplamente discutidas e testadas, no sentido de agilizar a tomada de decisão do profissional, tendo em consideração pacientes que necessitam de cuidados e atenção especiais por estarem em maior risco.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

FATORES DE RISCO

ESCALA de avaliação de risco para o desenvolvimento de LESÕES decorrentes do POSICIONAMENTO cirúrgico do paciente (ELPO)

Tipo de posição cirúrgica;
Tipo de anestesia;
Tempo cirúrgico.;
Tipo de superfície de suporte – para posição desejada;
Posição dos membros;
Fatores relacionados ao paciente (Comorbidades, idade).

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

ELPO

| Itens \ Escore | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---------------------------|---|---|--|--|--|
| Tipo de posição cirúrgica | Litotômica | Prona | Trendelenburg | Lateral | Supina |
| Tempo de cirurgia | Acima de 6h | Acima de 4h até 6h | Acima de 2h até 4h | Acima de 1h até 2h | Até 1h |
| Tipo de anestesia | geral + regional | geral | regional | sedação | local |
| Superfície de suporte | sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas | colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão | colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma | colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico | Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico |
| Posição dos membros | elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90° | elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90° | elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal | abertura dos membros superiores < 90° | alinhamento corporal |
| Comorbidades | úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnóstica ou trombose venosa profunda | obesidade ou desnutrição | diabetes mellitus | doença vascular | sem comorbidades |
| Idade do paciente | >80 anos | Entre 70 e 79 anos | Entre 60 e 69 anos | Entre 40 e 59 anos | Entre 18 e 39 anos |

Fonte: (SOBECC, 2019).

www.romulopassos.com.br

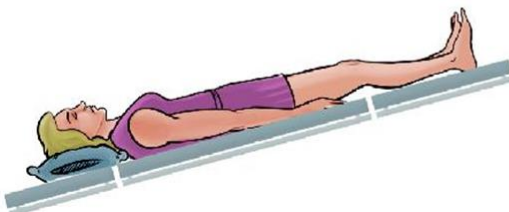
Posições do Paciente



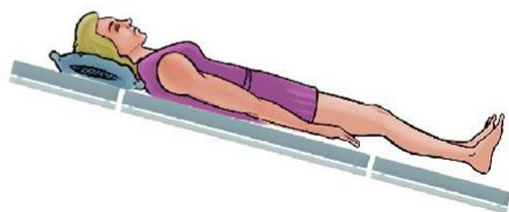
POSIÇÃO SIMS



DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA



POSIÇÃO TRENDELEBURG



POSIÇÃO TRENDELEBURG REVERSA

Fonte: site www.romulopassos.com.br

www.romulopassos.com.br

Posições do Paciente



POSIÇÃO JACKKNIFE, KRASKE,
CANIVETE OU DEPAGE



DECÚBITO VENTRAL
OU POSIÇÃO PRONA

Fonte: site www.romulopassos.com.br

www.romulopassos.com.br

Posições do Paciente



POSIÇÃO DE LITOTOMIA
OU POSIÇÃO GINECOLÓGICA

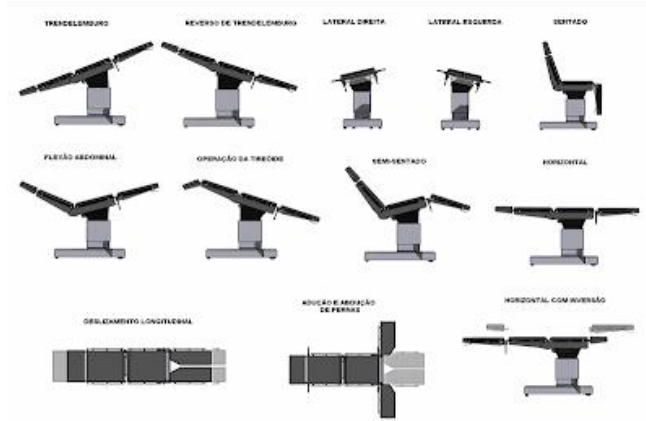
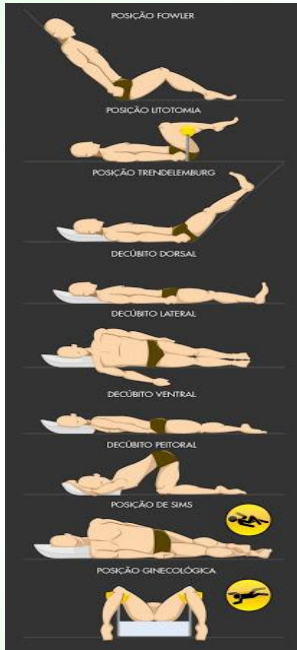


POSIÇÃO SEMI-FOWLER

Fonte: site www.romulopassos.com.br

www.romulopassos.com.br

Posições do Paciente



Fonte: <http://enfermagem-amoreiracampos2011.blogspot.com/2011/10/posicionamento-do-paciente-para.html>

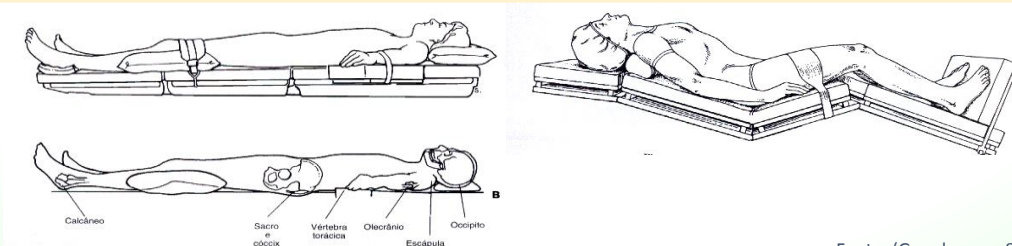
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

Posição Supina

É utilizada no transporte do paciente e também na indução da anestesia geral.

Posição mais fácil para o alinhamento corporal e a indicada para cirurgias cardiotorácicas, vasculares, cirurgia geral, ortopedia e transplantes de órgãos/ tecidos.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

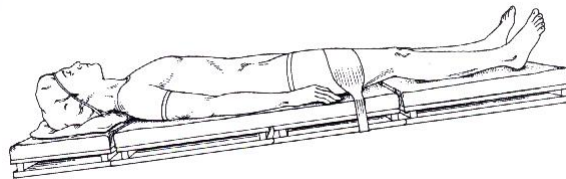
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

Posição Trendelenburg

Variação do decúbito dorsal, em que a parte superior do dorso é abaixada e os pés elevados.

Oferece melhor visualização dos órgãos pélvicos, em procedimentos laparoscópicos de abdômen inferior ou de pelve ou de cirurgia vascular.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

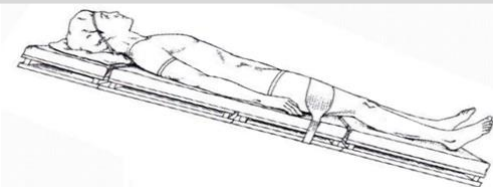
Posições Cirúrgicas

Posição Trendelenburg Reversa ou Proclive

Variação da posição supina, em que a parte superior do dorso é elevada e os pés são abaixados.

Oferece melhor acesso à cabeça e pescoço e permite que a força da gravidade desloque os órgãos abdominais em direção aos pés - isso favorece a expansibilidade pulmonar em razão da descompressão diafragmática.

Utilizada em cirurgias de ombro, neurocirurgias de fossa posterior, plásticas, oftalmológicas, prótese mamária.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

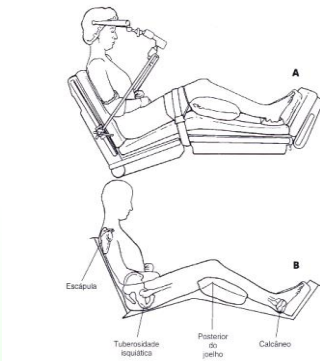
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

POSIÇÃO DE FOWLER OU SENTADA

O paciente é colocado na posição supina e o dorso da mesa é elevado, devendo-se utilizar suporte para os pés. Comumente conhecida como “cadeira de praia” (beach chair).

Pode ser utilizada para cirurgias de ombro e suas articulações, e ainda para neurocirurgias. A posição sentada é a que menos afeta os movimentos respiratórios.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

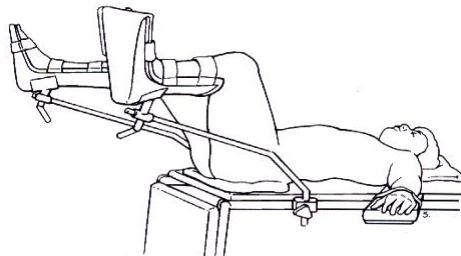
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

Posição Litotômica

O paciente permanece em decúbito dorsal com os membros inferiores abertos, elevados, formando um ângulo de 90º como abdômen e apoiados sobre um suporte de pernas.

Utilizado em procedimentos abdominais e perineais, pélvicos e geniturinários; porém deve ser escolhida apenas se for estritamente necessária.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

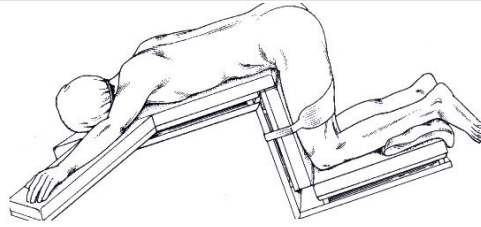
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

Posição de Kraske Ou de Canivete (Jacknife)

Essa posição é uma variação da posição prona. Diferencia-se pela flexão do corpo na região do quadril. Utilizada em procedimentos proctológicos e algumas cirurgias de coluna.

O tórax, os membros superiores e os membros inferiores ficam em posição mais baixa do que as regiões do quadril e glúteo, em ângulo de aproximadamente 90°; e os membros inferiores permanecem alinhados.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

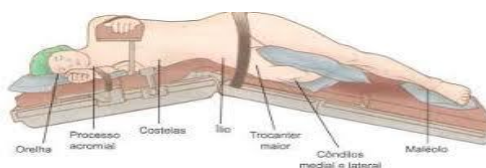
www.romulopassos.com.br

Posições Cirúrgicas

Posição Lateral

O paciente é anestesiado na posição supina e posicionado com um dos lados do corpo em contato com a mesa e o outro lado voltado para cima.

O quadril pode ser fletido para elevar a região que se deseja visualizar (p. ex. região renal). As pernas podem ficar eretas ou fletidas – o braço do lado que está em contato com a mesa é apoiado sobre uma braçadeira e o outro fica paralelo a este, sendo separado por um travesseiro.

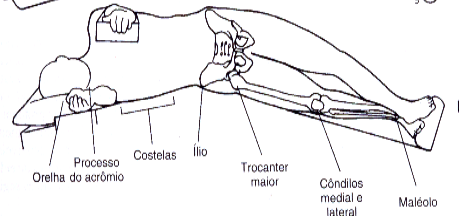
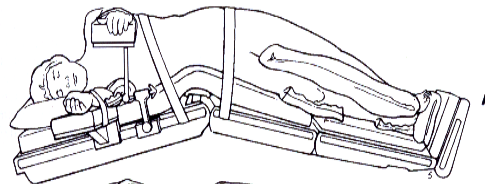
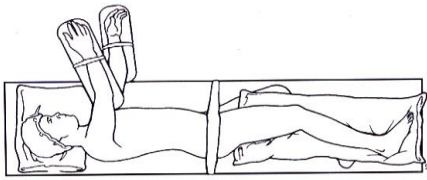


Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Posição Lateral



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

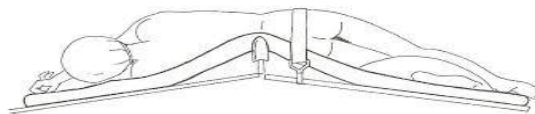
www.romulopassos.com.br

Posicionamento Cirúrgico do Paciente

Posição Lateral-Renal

Permite abordagem das áreas retroperitoneais e renal. Difere-se da posição lateral pelo uso do coxim alto em região de flanco do lado em contato com a mesa operatória, para maior exposição da área a ser operada.

Utilizada em nefrectômicas, transplantes renais e em algumas cirurgias de tórax.



Fonte: (Google.com; SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 5.1

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

ANESTESIA – Classificação dos tipos e atuação da enfermagem

Tem origem do grego *an* (privação) e *aisthesis* (sensação), que literalmente quer dizer perda total ou parcial da sensibilidade, sobre tudo da tátil. Contudo o termo pode ser empregada para a perda de qualquer tipo de sensibilidade (POSSARI, 2011).

Implica a ausência de dor e outras sensações para a realização de cirurgias, de procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Essa terapêutica é indicada tanto no período intraoperatório quanto no pré e pós-operatório, e no atendimento em nível ambulatorial, nos serviços de SRPA e de UTI (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

ANESTESIA – história e evolução



ÉTER (16 de outubro de 1846) – oficialmente a primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral – antes dessa data já havia sido utilizado o ópio associado ao álcool (vinho) com essa finalidade

Desenvolvimento da química moderna, conhecimento de fisiologia respiratória – administração de drogas inalatórias (Séc. XVIII).

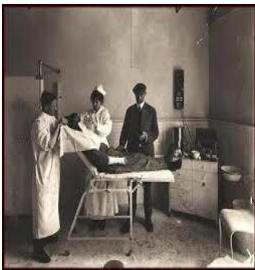


Anestesia regional surge no final do século XIX - o uso de folhas de coca já era utilizado como anestesia localizada antes desse período.

Fonte: (CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

ANESTESIA – história e evolução



O enfermeiro sempre participou e teve ligação direta com o ato anestésico-cirúrgico, durante sua execução bem como nos cuidados pós-anestésicos ao paciente.

(...) Com o mecanismo para aplicação de drogas, surgimento de novos fármacos – a anestesia tornou-se cada vez mais segura – para alívio da dor, hipnose, controle de reflexos autonômicos, bloqueios neuromusculares e diminuição dos estímulos neuro-humorais.

Fonte: (CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – Objetivos

O procedimento anestésico inclui a avaliação pré-anestésica, a anestesia propriamente dita, o período de recuperação da anestesia, bem como a analgesia pós-operatória;

Entre os vários objetivos relacionados ao ato anestésico, três são primordiais:

1. Suprimir a sensibilidade dolorosa do paciente durante todo o procedimento cirúrgico (mantendo ou não a sua consciência);
2. Promover relaxamento muscular;
3. Proporcionar condições ideais de atuação para os médicos-cirurgiões.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – atuação da enfermagem

Apesar do enfermeiro não participar da escolha, método e fármacos utilizados no procedimento anestésico-cirúrgico – este desenvolve atividades que subsidiam o anesthesiologista neste processo – avaliação pré-operatória com o planejamento da assistência perioperatória.

Assistência de enfermagem ao paciente anestesiado no intraoperatório merece destaque, não só pela visão, provisão, controle e pela avaliação dos materiais e equipamentos utilizados nas anestésias geral e regional - mas também pela sua atuação na indução anestésica, monitorização, intubação, extubação endotraqueal e em situações de emergência.

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – Classificação dos tipos e atuação da enfermagem

Após o início da anestesia, alguns procedimentos integram as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no período intraoperatório:

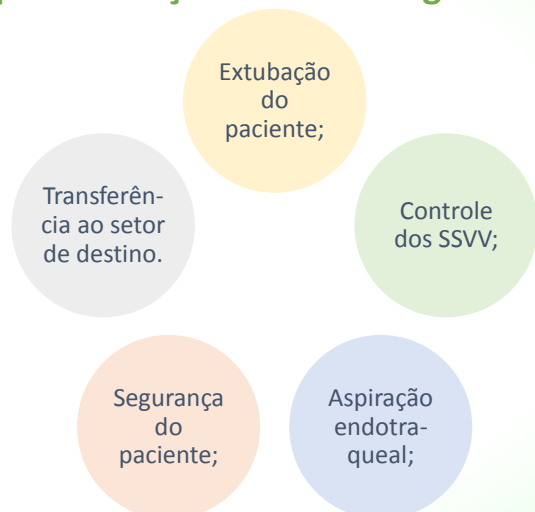


Fonte: (CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – Classificação dos tipos e atuação da enfermagem

Ao término da cirurgia - o foco da assistência de enfermagem volta-se à:

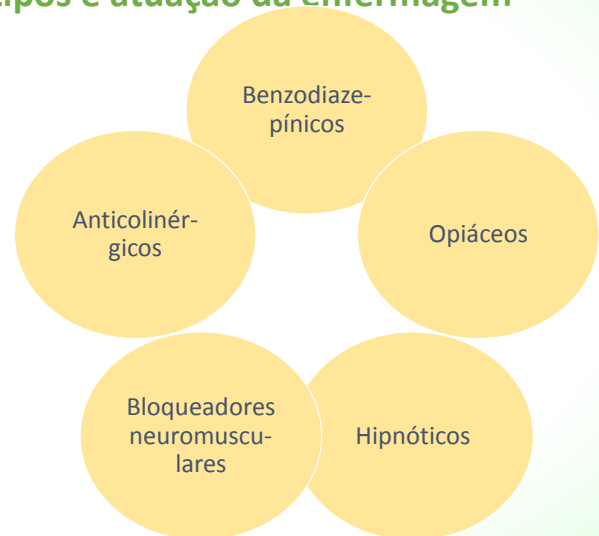


Fonte: (CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – Classificação dos tipos e atuação da enfermagem

Para obtenção de uma anestesia segura se faz necessário a utilização de várias drogas, com ações farmacológicas diversas e administradas simultaneamente.



Fonte: (CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Anestesia – Escolha do tipo e avaliação do paciente

Para escolha do tipo de anestesia para determinado procedimento cirúrgico o anestesiolologista geralmente leva em consideração os seguintes fatores:

- Condições fisiológicas do paciente;
- Presença e severidade de doenças pré-existente;
- Condições mentais e psicológicas do paciente;
- Recuperação pós-operatória dos diversos tipos de anestesia;
- Opções de manuseio da dor no PO;
- Tio e duração do procedimento cirúrgico;
- Posição do paciente durante a cirurgia;
- Exigências particulares do cirurgião.

Fonte: (SOBECC, 2017; POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Classificação para pacientes cirúrgicos

Para avaliar as condições físicas do paciente, a American Society of Anesthesiologists (ASA) propôs, em 1963, a seguinte classificação (utilizada em todo o mundo):

Classe 1 – paciente saudável;

Classe 2 – paciente com doença sistêmica discreta;

Classe 3 – paciente com doença sistêmica;

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação para pacientes cirúrgicos

Classe 4 – paciente com doença sistêmica impactante, com risco para a vida;

Classe 5 – paciente moribundo, com pouca probabilidade de sobrevivência;

Classe 6 – paciente com morte cerebral;

Classe E – paciente que requer cirurgia de emergência.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Avaliação de Via Aérea

Via Aérea Difícil (VAD) prevista

Ventilo, mas não intubo

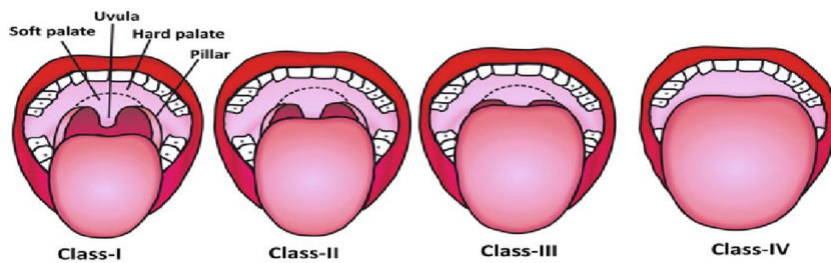
Avaliação pré-anestésica

Não ventilo, não intubo

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Avaliação de Via Aérea



A classificação de Cormack e Lehane é utilizada para descrever o grau de visualização glótica sob laringoscopia direta



www.romulopassos.com.br

Avaliação de Via Aérea



www.romulopassos.com.br

Tipos de Anestesia

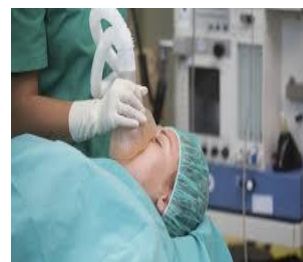
Quanto ao tipo, podemos classificar a anestesia em:

Anestesia Geral: inalatória, intravenosa e balanceada (inalatória e venosa total);

Anestesia Regional: peridural, raquidiana e bloqueio de plexos nervosos;

Anestesia Combinada: geral e regional;

Anestesia Local.



www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 5.2

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

De acordo com Hinkle e Cheever (2016), a anestesia pode ser classificada em:

Geral

Depressão intensa do Sistema Nervoso Central (SNC) produzidas por agentes farmacológicos.

Regional

O anestésico é injetado ao redor dos nervos → a área inervada fica anestesiada.

Local

Injeção de agente anestésico dentro dos tecidos no sítio de incisão planejado.

Fonte: (BRUNNER & SUDDARTH, 2016).

www.romulopassos.com.br

Aparelho de anestesia e monitoração do paciente

- Aparelho ou equipamento de anestesia é o sistema de administração de anestesia, cuja finalidade é suprir uma mistura de gases anestésicos e promover a sustentação da vida do indivíduo anestesiado com segurança.
- Segundo Manica (2004), pode-se conceituar o aparelho de anestesia como um equipamento destinado a administração de gases e/ou vapores anestésicos ao paciente, através da respiração espontânea ou controlada manual ou mecanicamente.
- Funções básicas do aparelho de anestesia: prover O₂ ao paciente, remover CO₂, fornecer e quantificar o volume de gases (O₂, óxido nítrico, ar comprimido), fornecer vapor anestésico e facilitar/promover a ventilação adequada do paciente.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Aparelho de anestesia e monitoração do paciente

- Devido a multiplicidade funcional desse aparelho, este é também chamado de sistema integrado de anestesia – pela precisão e integração dos parâmetros estabelecidos.
- O controle e verificação do funcionamento do aparelho devem ser realizados, obrigatoriamente, antes da administração da anestesia.



www.romulopassos.com.br

Aparelho de anestesia e monitoração do paciente



www.romulopassos.com.br

Anestesia Geral

Caracteriza-se pela inconsciência reversível (hipnose), imobilidade (relaxamento muscular), analgesia (ausência de dor) e bloqueio dos reflexos autonômicos, por meio da administração de fármacos específicos.

- A depressão do SNC (irregular e reversível), se dá por meio da administração de fármacos que determinarão graus variados de bloqueio sensorial, motor, de reflexo e de cognição.
- A anestesia geral pode ser realizada pelas vias: inalatória, venosa total ou ambas (balanceada);

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Anestesia Geral

Caracteriza-se pela inconsciência reversível (hipnose), imobilidade (relaxamento muscular), analgesia (ausência de dor) e bloqueio dos reflexos autonômicos, por meio da administração de fármacos específicos.

Ocorre em três períodos:

Indução

Manutenção

Reversão

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Anestesia Geral

ANESTESIA GERAL INALATÓRIA

- Nesse tipo de anestesia os fármacos anestésicos voláteis são administrados sob pressão e o estado de anestesia é alcançado quando o agente inalado atinge a concentração adequada no cérebro, provocando anestesia, inconsciência e amnésia.



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Anestesia Geral

ANESTESIA VENOSA TOTAL

- A infusão dos fármacos é realizada por acesso venoso e tem como meta atingir os quatro componentes da anestesia (hipnose, analgesia, relaxamento muscular, bloqueio neurovegetativo), proporcionando boas condições cirúrgicas.



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Anestesia Geral

ANESTESIA GERAL BALANCEADA

- É administrada uma combinação de anestésicos inalatórios e intravenosos.



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Bloqueios Regionais

Anestesia regional é definida como perda reversível da sensibilidade, decorrente de administração de um ou mais agentes anestésicos, a fim de bloquear ou anestesiar a condução nervosa a uma extremidade ou região do corpo.

BLOQUEIO DE PLEXO

RAQUIANESTESIA

ANESTESIA
PERIDURAL

BLOQUEIO DE
NERVOS PERIFÉRICOS

BLOQUEIO CAUDAL

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Bloqueios Regionais



www.romulopassos.com.br

RAQUIANESTESIA

Anestésico local injetado no espaço subaracnóideo e se mistura com LCR.

Agulha espinhal introduzida em um espaço lombar inferior

Bloqueio nervoso reversível com perda das atividades autonômica, sensitiva e motora.

Cirurgia de abdômen superior – posição de Trendelenburg - deslocamento do anestésico.

Complicações: hipotensão, cefaleia, parada respiratória.

PERIDURAL

Aplicação de anestésico em um espaço virtual, entre o ligamento amarelo e a dura-máter.

O uso do cateter (anestesia peridural contínua) permite analgesia pós-operatória prolongada.

Menor incidência de cefaleia, possibilidade de realização de bloqueios mais restritos.

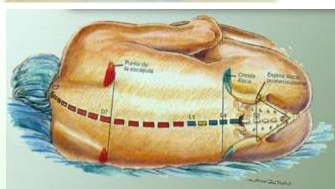
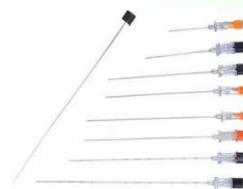
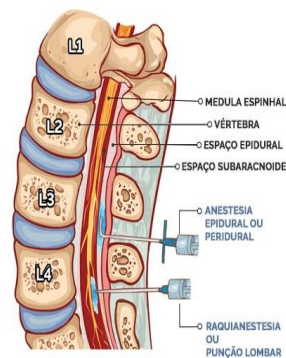
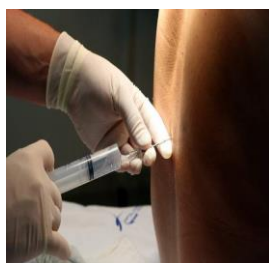
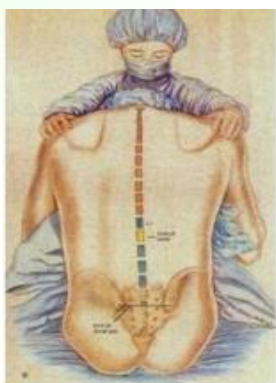
Desvantagens: maior tempo de latência, menor intensidade do bloqueio e maior possibilidade de toxicidade pelo anestésico local.

Complicações: Bloqueio insuficiente ou falha; dor ou reflexos viscerais, dificuldade técnica e/ou de passar o cateter, hipotensão, hematoma, convulsões.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Peridural x Raquianestesia



DISPOSIÇÃO DE MATERIAIS

POSICIONAMENTO ADEQUADO

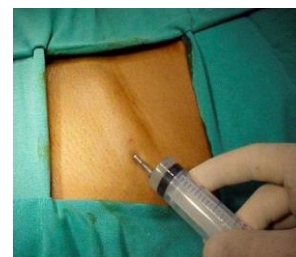
REALIZAÇÃO DA TÉCNICA

www.romulopassos.com.br

Anestesia Local

Bloqueia a condução de impulsos ao longo dos axônios do SNP, pela obstrução dos canais de sódio da membrana, impedindo a despolarização.

TÓPICA



INFILTRATIVA



www.romulopassos.com.br

ARÔMULO
BRASILEIRO & PASSOS
PREPARATORIO
PASSOS

Centro Cirúrgico Parte 6

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

Tempos cirúrgicos

A expressão tempos cirúrgicos caracteriza a sequência de procedimentos utilizada na manipulação dos tecidos e vísceras durante o ato operatório, sendo identificada por quatro tempos básicos: diérese, hemostasia, exérese e síntese.

Os instrumentos cirúrgicos são essenciais para o desenvolvimento da sequência que compõe os tempos cirúrgicos.

Fonte: (CARVALHO, BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Tempos cirúrgicos

Diérese

**dividir, cortar,
separar**



Constitui a secção tecidual e propicia o campo operatório ou libera estruturas anatômicas.

A diérese pode ser obtida por: secção (ato de cortar – tesoura, bisturi elétrico); divulsão (separação dos tecidos com pinça); punção (uso de trocarer em VDL); dilatação e serração (serras ósseas).

Fonte: (POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Tempos cirúrgicos

Diérese



www.romulopassos.com.br

Tempos cirúrgicos

Hemostasia

hemo = sangue;
stasis = deter



Conjunto de medidas adotadas pelo cirurgião para prevenir, deter ou coibir o extravasamento sanguíneo no período intraoperatório.

A hemostasia pode ser:

Natural ou espontânea - fechamento espontâneo dos vasos seccionados em um incisão.
Temporária - diminui ou contém o fluxo sanguíneo durante o ato cirúrgico, e se dá por meio de: **pinçamento, garroteamento ação farmacológica, parada circulatória e oclusão endovascular.**

Definitiva – interrompe de modo definitivo a circulação do vaso, e se dá por meio de **ligadura, cauterização, sutura, obturação e tamponamento.**

Fonte: (POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Tempos cirúrgicos

Hemostasia



www.romulopassos.com.br

Tempos Cirúrgicos

Exérese retirada



Procedimento cirúrgico; Etapa em ocorre remoção cirúrgica de um tecido ou órgão por mal-funcionamento ou doença.

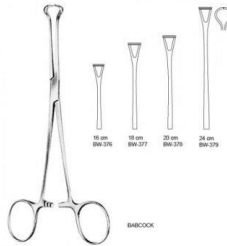
Representa o tempo mais elaborado da intervenção e exige maiores cuidados da equipe cirúrgica.

Fonte: (POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Tempos Cirúrgicos

Exérese



www.romulopassos.com.br

Tempos Cirúrgicos

Síntese

junção



Consiste na aproximação das bordas dos tecidos seccionados. Na síntese dos planos a hierarquia tecidual deve ser respeitada.

As condições necessárias para uma boa síntese:

Antissepsia local; vascularização adequada; bordas nítidas; hemostasia perfeita; ausência de corpos estranhos e tecidos necrosados; escolha de fios apropriados e execução de técnica correta.

Fonte: (POSSARI, 2011; CARVALHO e BIANCHI, 2007).

www.romulopassos.com.br

Tempos Cirúrgicos

Síntese



www.romulopassos.com.br

Instrumentação Cirúrgica

CIRURGIÃO



INSTRUMENTADOR

www.romulopassos.com.br

Instrumentação Cirúrgica

CIRURGIÃO



INSTRUMENTADOR

www.romulopassos.com.br

Sala de Cirurgia



www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 7

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

O número de microrganismos presentes no tecido a ser operado determinará o potencial de contaminação da cirurgia.

Essa classificação vem sendo modificada ao longo dos anos, porém, mantém seus conceitos essenciais – e determina o risco de infecção ao qual o paciente é exposto ao se submeter à cirurgia.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

A classificação da ferida operatória deve ocorrer no momento da realização da cirurgia e ser realizada por um profissional envolvido no ato cirúrgico, ou seja, circulante de SO, enfermeiro ou cirurgião.

De acordo com a Centers for Disease Control and Prevention (CDC), essa classificação é dada em quatro categorias:

Cirurgia limpa; Cirurgias potencialmente contaminada; Cirurgia contaminada e Cirurgia infectada.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

Cirurgias limpas



Procedimento cirúrgico em que não foram encontrados sinais de inflamação.

Além disso para efeitos de classificação, para feridas operatórias limpas admite-se somente o uso de sistemas de drenagem fechadas, quando necessário.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

Cirurgias potencialmente contaminadas



Feridas operatórias de cirurgias contaminadas em que o trato respiratório, alimentar, genital ou urinário são manipulados sob condições controladas e sem contaminação não usual.

ESPECIFICAMENTE: procedimentos envolvendo orofaringe, trato biliar, apêndice, e vagina são os mais comuns.

Estão incluídos ainda procedimentos em que não foram encontradas evidências de infecção e ausência de quebra da técnica asséptica.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

Cirurgias contaminadas



Feridas resultantes de procedimentos envolvendo traumas abertos recentes.

Podem ocorrer em cirurgias com quebras importantes da técnica asséptica ou com importante extravasamento do conteúdo proveniente do trato gastrointestinal.

Assim como em incisões que encontrem inflamação aguda NÃO purulenta, incluindo tecido necrótico sem evidência de exsudato purulento.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

Cirurgias infectadas



Inclui feridas traumáticas não recentes com presença de tecido desvitalizado, sítio cirúrgico que envolve víscera perfurada e sinais clínicos de infecção.

Essa definição supõe que o microrganismo causador de possível infecção pós-operatória estava presente no sítio cirúrgico previamente a intervenção cirúrgica.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)

Segundo a OMS, acomete 1/3 dos pacientes submetidos à cirurgias nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a taxa de ISC foi de 11% do total dos procedimentos analisados (Ministério da Saúde, 2016);

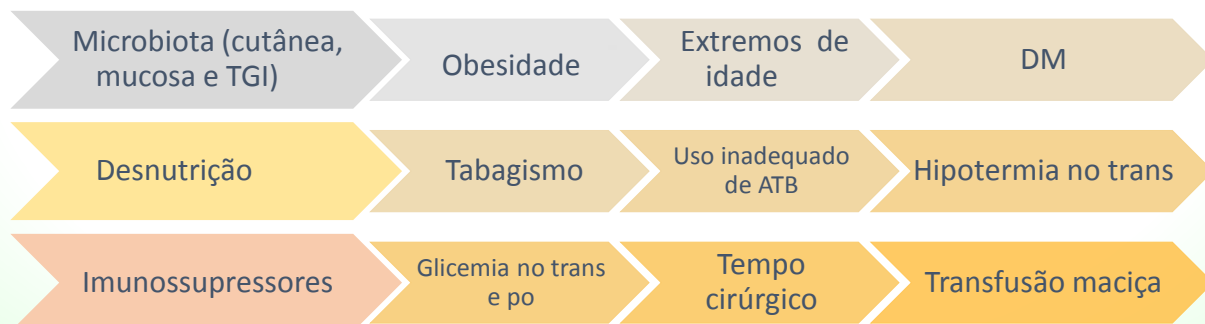
ANVISA descreve ainda que diagnostica-se ISC em 14% a 16% dos pacientes hospitalizados.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)

Fatores de risco endógenos



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)

Fatores de risco enxógenos



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Práticas Recomendadas

Preparo intestinal +
ATB

Dieta rica em
nutrientes

Interrupção de
imussopressores?

Banho pré-
operatório

Tricotomia

Antibioticoprofilaxia

Degermação x
antisepsia

Degermação
cirúrgica das mãos

Limpeza do ambiente
cirúrgico

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias

Segundo **Hinkle e Cheever (2016)**, a decisão de realizar uma cirurgia pode basear-se:

Na facilitação do
diagnóstico

um procedimento diagnóstico, como biopsia;

Na cura

ex.: a excisão de um tumor;

No reparo

ex.: reparação de múltiplas feridas.

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias – quanto a finalidade

PALIATIVA



Para compensar distúrbios, melhorar as condições, aliviar a dor. Ex. Rizotomia

RADICAL



Remoção parcial ou total de um órgão. Ex. Nefrectomia

PLÁSTICA



Finalidade estética ou corretiva. Ex. Mamoplastia

Fonte: (POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Classificação das Cirurgias – quanto a finalidade

RECONSTRUTIVA



Reconstruir tecido lesado e restabelecer capacidade funcional. Ex. Reconstrução de valva aórtica

DIAGNÓSTICA



Exploração para confirmar diagnóstico. Ex. Laparotomia exploradora

TRANSPLANTE



Substituir órgão ou estruturas não funcionantes. Ex. Transplante cardíaco.

Fonte: (POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Classificação – segundo urgência cirúrgica

| CLASSIFICAÇÃO | | EXEMPLOS |
|---------------|---|--------------------------|
| EMERGÊNCIA | o cliente requer atenção imediata (sem demora); o agravo é potencialmente fatal; | PAF em região precordial |
| URGÊNCIA | o paciente precisa de atenção imediata (em 24 a 30 horas); | Apedicectomia |
| NECESSÁRIA | o cliente precisa fazer a cirurgia; | FACO |
| ELETIVA | o paciente deve ser operado; a não realização da cirurgia não é irremediável; | Hernioplastia |
| OPCIONAL | decisão cabe ao cliente; | Prótese mamária |

Fonte: (POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Classificação – segundo a duração da cirurgia

| CLASSIFICAÇÃO | | EXEMPLOS |
|---------------|---------------------------------------|--------------|
| PORTE I | Até 2 horas | Rinoplastia |
| PORTE II | Com tempo de duração de 2 a 4 horas | Gastrectomia |
| PORTE III | Com tempo de duração de 4 a 6 horas | Craniotomia |
| PORTE IV | Com tempo de duração acima de 6 horas | Hepatectomia |

Fonte: (POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Classificação – segundo o risco cardiológico

| | CLASSIFICAÇÃO | EXEMPLOS |
|---------------|--|--------------------|
| Grande porte | Grande possibilidade de perda de fluido e sangue | Aneurisma de aorta |
| Médio PORTE | Média probabilidade de perda de fluidos e sangue | Prostatectomia |
| Pequeno PORTE | Pequena probabilidade de perda de fluidos e sangue | Timpanoplastia |

Fonte: (POSSARI, 2011).

www.romulopassos.com.br

Porte Anestésico

Os atos anestésicos são classificados em porte de 0 a 8. O porte 0, anestesia local, indica que a participação do anestesiológico somente quando necessário. A classificação do porte anestésico de 0 a 8 é realizada de acordo com a complexidade da técnica cirúrgica, ao tipo de monitorização e equipamentos necessários a manutenção hemodinâmica, durante o ato anestésico-cirúrgico.

O porte zero até 2 são para intervenções de pequena complexidade; o porte 3 e 4 de média complexidade; o porte 5 e 6 de grande complexidade e 7 e 8 para complexidade especial. Uma intervenção porte 3 e 4 de média complexidade podem ser classificadas como especial se mais de um procedimento for realizado pela mesma via de acesso.

Fonte: (FERNANDES *et al.*, 2005)

www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 8

Prof. Jamille Torres

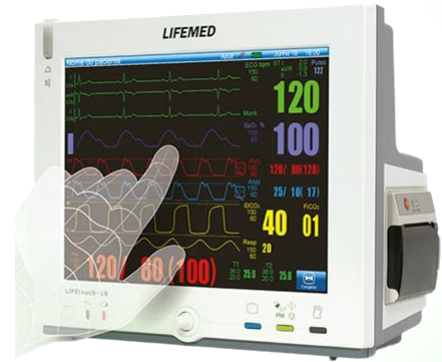
www.romulopassos.com.br

Equipamentos no Bloco Cirúrgico



www.romulopassos.com.br

Equipamentos no Bloco Cirúrgico



www.romulopassos.com.br

Segurança do Paciente

Proteger os pacientes contra lesão é um dos principais papéis da Enfermagem no período perioperatório;

Desde a década de 90, iniciou-se um movimento mundial para a segurança do paciente/doente. No Brasil, em 2009, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), ligada à OMS, publicou o manual “Cirurgias seguras salvam vidas” – que visa à implantação e à garantia da assistência segura e de boa qualidade (BRASIL, 2009; HINKLE; CHEEVER, 2016; SOBECC, 2017).

Para que ocorra todo e qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, é necessário garantir esse monitoramento e a qualidade contínua da assistência. Por isso, o trabalho em equipe é fundamental para melhorar a segurança da cirurgia e salvar vidas (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica ▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica ▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações

| IDENTIFICAÇÃO | CONFIRMAÇÃO | REGISTRO |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO | <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO | O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: |
| <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO |
| <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA | <input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS | <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) |
| <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO | <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? | <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) |
| <input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? | <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO |
| <input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA? NÃO <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? | <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) |
| <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL | <input type="checkbox"/> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? | <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS | <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |
| _____ Assinatura | | |

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

www.romulopassos.com.br

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA



www.romulopassos.com.br

Enfermagem Cirúrgica

Parte 9

Prof. Jamille Torres

www.romulopassos.com.br

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é uma das unidades mais complexas da instituição hospitalar em decorrência de seus inúmeros processos e subprocessos ligados à realização de cirurgias.

Os objetivos do tratamento de enfermagem para o paciente na SRPA são: proporcionar cuidado até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, ter retomado as funções motoras e sensoriais, estar orientado, ter sinais vitais estáveis e não demonstrar nenhuma evidência de hemorragia, náusea ou vômitos.

Esse período é considerado crítico, pois os pacientes, muitas vezes, se encontram inconscientes, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protetores.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)



www.romulopassos.com.br

SRPA – Admissão de Enfermagem

Transferência do paciente da SO SRPA;

Sistematização da admissão do paciente (Avaliação ABC, Registro de informações, Avaliação inicial);

SAEP

A assistência de enfermagem durante o POI concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Dimensionamento de Enfermagem

Proporção de enfermeiros para pacientes dependentes de respiradores – um enfermeiro para cada três ou quatro pacientes – e um técnico de enfermagem para cada três pacientes;

Para pacientes que não dependem de respiradores – um enfermeiro para cada oito leitos e um técnico de enfermagem para cada três pacientes.



Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Existem vários métodos par avaliar as condições de recuperação pós-anestésica, em geral, baseadas na evolução dos parâmetros respiratórios, circulatórios, neuromotores e/ou ligados à atividade mental.

A escala de Aldrete e Kroulik baseada em cinco parâmetros: atividade motora (0 – 2), respiração (0 – 2), consciência (0 – 2) e saturação (0 – 2) - é um método de avaliação das condições fisiológicas dos pacientes submetidos a procedimentos anestésicos, que tem como objetivos sistematizar a observação e a alta do paciente da SRPA.

Fonte: (BONFIN; MALAGUTTI, 2010)

www.romulopassos.com.br

Índice de Aldrete e Kroulik

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

Movimenta dois membros

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

Apresenta dispneia ou limitação da respiração

1

Tem apneia

0

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

Índice de Aldrete e Kroulik

Consciência

Está lúcido e orientado no tempo e no espaço

2

Desperta, se solicitado

1

Não responde

0

Fonte: (SOBECC, 2017).

Pontuação máxima: 10 pontos.

Pontuação para alta da SRPA: acima de 8 pontos.

Índice de Aldrete e Kroulik

SATURAÇÃO DE O2

E capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente

2

Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%

1

Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio

0

Fonte: (SOBECC, 2017).

Pontuação máxima: 10 pontos.

Pontuação para alta da SRPA: acima de 8 pontos.

www.romulopassos.com.br

Índice de Steward

CONSCIÊNCIA

Acordado

2

Responde a estímulos

1

Não responsivo

0

VIAS AEREAS

Tosse ao comando verbal ou choro

2

Manutenção boa de via aérea

1

Requer assistência de via aérea

0

MOVIMENTAÇÃO

Movimento intencional dos membros

2

Movimentos não intencionais

1

Sem movimentação

0

www.romulopassos.com.br

Intervenções de Enfermagem no POI

- ▶ avaliar a respiração e administrar oxigênio suplementar, se prescrito;
- ▶ monitorar os sinais vitais e observar a temperatura, umidade e coloração da pele;
- ▶ avaliar o local da cirurgia e os sistemas de drenagem da ferida;
- ▶ avaliar o nível de consciência, a orientação e a capacidade de mover os membros;

www.romulopassos.com.br

Intervenções de Enfermagem no POI

- ▶ avaliar o nível de dor, as características e o horário, o tipo e a via de administração da última dose de analgésico;
- ▶ posicionar o cliente de modo a melhorar o conforto, a segurança e a expansibilidade pulmonar;
- ▶ avaliar a perviedade dos cateteres e se as infusões estão com a velocidade e soluções corretas;

www.romulopassos.com.br

Alta para Unidade de Destino

Avaliar os parâmetros do paciente e o mesmo como um todo;

Evoluir e documentar toda a assistência prestada;

Comunicar ao setor de destino alta e transferência do paciente – condições clínicas e continuidade do cuidado no PO;

Transporte seguro do paciente.

Fonte: (SOBECC, 2017).

www.romulopassos.com.br

www.romulopassos.com.br