

**COLÉGIO VICENTE LESSA**

**Centro de Qualificação Profissional em Saúde**



**CLÍNICA CIRÚRGICA**

**(AULA 1)**

**COLÉGIO VICENTE LESSA**  
**Centro de Qualificação Profissional em Saúde**

**Clínica Cirúrgica** - É a unidade hospitalar onde permanecem os clientes nos períodos pré e pós-operatórios, e onde são preparados para o ato cirúrgico e auxiliados, após ele a repararem o equilíbrio orgânico.

### **RISCO CIRÚRGICO**

O risco cirúrgico é uma forma de avaliação do estado clínico e condições de saúde da pessoa que irá passar por uma cirurgia, de forma que sejam identificados riscos de complicações ao longo de todo o período antes, durante e após a cirurgia.

Por exemplo:

- os idosos,
- os submetidos a intervenção de emergência
- as cirurgias de grande porte;
- os com alterações cardiovasculares, respiratórias, renal, hepática, os com alterações nutricionais de coagulação e do estado imunológico, os diabéticos,
- pessoas com alimentação pobre em qualidade e até mesmo em quantidade, más condições de higiene, moradia, trabalho, etc.

### **AVALIAÇÃO PRÉ – ANESTÉSICA ( APA)**

Realizada pelo médico anesthesiologista a avaliação pré-anestésica faz parte do ato anestésico e permite o conhecimento prévio das condições clínicas do paciente, o que, conseqüentemente, diminui a morbimortalidade relacionada ao procedimento anestésico.

Essa avaliação deve ser realizada preferencialmente no Consultório de Avaliação Pré- Anestésica, onde são feitos a anamnese e o exame físico, e analisam-se os exames complementares.

A anamnese aborda todos os sistemas – neurológico; cardiovascular; respiratório; renal; endócrino-metabólico; osteomuscular; gastrointestinal; e hematológico- infeccioso -, além do uso de medicações; presenças de alergia, tabagismo, etilismo, história de cirurgias prévias e anestésias realizadas.

Os exames solicitados e avaliados variam de acordo com a idade; a cirurgia ou ao tratamento propostos; e com as doenças associadas, como *Diabetes Mellitus*, hipertensão arterial, cardiopata, pneumopatia etc.

É durante a avaliação e/ou consulta pré-anestésica que o anesthesiologista informa o paciente sobre os cuidados antes, durante e depois da realização do procedimento. Essas informações são basicamente sobre o período de jejum pré-operatório, as rotinas da anestesia e as informações gerais sobre a técnica anestésica que será empregada para a realização da cirurgia. Este é o momento ideal para esclarecer dúvidas do paciente, aliviar preocupações, ansiedade, medo, além de permitir a identificação de características individuais que podem aumentar o risco anestésico. Essa consulta visa estabelecer medidas apropriadas para diminuir o risco anestésico, planejar a técnica anestésica, a assistência pós-operatória e obter o termo de consentimento esclarecido da anestesia. O estado físico do paciente é graduado de acordo com a Classificação da Sociedade

**COLÉGIO VICENTE LESSA**  
**Centro de Qualificação Profissional em Saúde**

Americana de Anestesiologia (ASA), e dá uma estimativa da condição clínica do paciente, não sendo uma avaliação de Risco

**MODELO DE FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA**

**Hospital Primavera**  
**Ficha de Avaliação Pré-Anestésica**  
 Revisão CEM 1802 / 2006

**Preencher quando não houver etiquetas**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: \_\_\_\_\_ Salar: \_\_\_\_\_

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (h)	DOR
						Sólidos	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos	Infância 0 1 2 3 4 5

<b>CIRURGIA / PROCEDIMENTO</b>		<b>DIAGNÓSTICO</b>	
--------------------------------	--	--------------------	--

<b>CARDIO-CIRCULATORIO</b> <input type="checkbox"/> Negativo História de infarto... <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Defeito do miocárdio <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> Outros...		<b>RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Dependência O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> INVAS recente <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Espondilopatia <input type="checkbox"/> Outros...	
<b>GASTROINTESTINAL/ABDÔMICO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Úlcer. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Hêmia / diarreia <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Colecite <input type="checkbox"/> Outr. Intestinal <input type="checkbox"/> Outros...		<b>NEUROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Convulsões <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Demência / Incontinência <input type="checkbox"/> Cefaléias <input type="checkbox"/> Doença residual <input type="checkbox"/> PTC <input type="checkbox"/> Outros...	
<b>RENAL</b> <input type="checkbox"/> Negativo Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outros...		<b>HEMATOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Neutropenia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outros...	
<b>MÚSCULO ESQUELÉTICO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Dor lombar <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Miosculodistrofia <input type="checkbox"/> Outros...		<b>ENDÓCRINO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Diabetes tipo 1/2 <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo <input type="checkbox"/> Outros...	
<b>CÂNCER</b> <input type="checkbox"/> Negativo Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outros...		<b>INFECIOSO</b> <input type="checkbox"/> Negativo HIV <input type="checkbox"/> Hep <input type="checkbox"/> Outros...	

<b>GRAVEZES</b> <input type="checkbox"/> Negativo Gravidez gestacional <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Gravidez pós-concepcional <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> (idade gest. + idade atual)		<b>COMUNICAR NASCIMENTO</b> <input type="checkbox"/> Negativo Interação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não-Sim: <input type="checkbox"/> Idade gestacional <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Idade pós-concepcional <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> (idade gest. + idade atual)	
<b>HÁBITOS SOCIAIS</b> <input type="checkbox"/> Negativo Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/diários <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outros...		<b>ALERGIAS</b> <input type="checkbox"/> Negativo Tipo/Agente: _____ Reação: _____ _____ _____	
<b>CIRURGIA / ANESTESIA PRÉVIA</b> <input type="checkbox"/> Negativo Cirurgia: _____ Anestesia: _____ Dados relevantes: _____ _____ _____		<b>HISTÓRICO DE NÁUSEAS / VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>HISTÓRICO FAMILIAR - PROBLEMAS COM ANESTESIA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>EXAME FÍSICO</b> Cardíaco: _____ Resp.: _____ Neurol.: _____ Hepatol.: _____ Outr.: _____	
<b>LABORATÓRIO</b> HB: _____ Ht: _____ Hc: _____ R: _____ T: _____ Glicose: _____		<b>AVIAÇÃO ASA</b> I: <input type="checkbox"/> II: <input type="checkbox"/> III: <input type="checkbox"/> IV: <input type="checkbox"/> V: <input type="checkbox"/> Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico: _____ Outras: _____	

<b>CONSENTIMENTO</b> (verificar se tem no dia da cirurgia) _____ _____ _____		<b>MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO</b> _____ _____ _____	
<b>VIA AÉREA</b> História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Mallampati: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância externo / mento: _____ cm Dentição/Prognatismo: _____ Outras: _____		<b>HEMOCOMPONENTES / Quantidade</b> Concentrado de Hemácias: _____ Concentrado de Plaquetas: _____ Plasma fresco: _____ Crioprecipitado: _____	
<b>UTI</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Avaliação de outra especialidade: _____		<b>LIBERADO PARA CIRURGIA:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Comentários sobre os achados: _____ _____ _____		DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____
Assinatura do Anestesiologista: _____		ASSINATURA: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO – TCE (cirúrgico e anestésico)**

O objetivo do Termo de Consentimento Esclarecido é informar ao paciente e/ou seu responsável sobre o procedimento cirúrgico e anestésico ao qual será submetido, seus riscos e benefícios.

O paciente, ou responsável deve ter tempo hábil para ler atentamente e ter oportunidade para esclarecer dúvidas.

Ao final deve assinar e datar, tanto o paciente como o médico.



Observações:

1. Todo procedimento cirúrgico deve ser explicado antecipadamente ao paciente,

**COLÉGIO VICENTE LESSA**  
**Centro de Qualificação Profissional em Saúde**

ou ao seu representante quando tratar-se de incapaz (menores de idade, senilidade, estados confusionais, etc.), pelo médico executor, ou ao que participará do procedimento, salvo em risco iminente de morte. *Conformidade ao artigo 22 do capítulo IV do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, resolução nº 1.931/2009, em vigor 13/abril/2010. Artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº8.0780/90).*

2. A realização do procedimento estará sujeita ao aceite do paciente ou responsável, e ao preenchimento do Termo de Consentimento Esclarecido completo.
3. O paciente não deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico ou à Sala de Operação sem o Termo de Consentimento Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelo médico e paciente ou responsável.

	<b>Hospital São Paulo</b> <b>SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina</b> <b>Hospital Universitário da UNIFESP</b>	
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO – para cirurgias em geral</b>		
<p>Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a). _____ e seus assistentes a realizar a cirurgia _____ como forma de tratamento para _____.</p>		
<p>A cirurgia planejada foi explicada pelo meu médico. Fui esclarecido quanto aos possíveis riscos associados à mesma, sendo estes:</p>		
Riscos específicos	1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter para esvaziar bexiga.	
	2. Possibilidade de infecção no sítio cirúrgico, deiscência dos pontos da sutura, requerendo futuro tratamento.	
	3. Necessidade de transfusão de sangue, antes, durante ou após a cirurgia.	
	4. Possibilidade de Embolia Pulmonar / Trombose Venosa Profunda (coágulos de sangue oriundos das veias).	
	5. Possibilidade de suspensão da cirurgia imediatamente antes do seu início, ou mesmo já tendo se iniciado, devido às alterações das condições clínicas, que impliquem em mudança nos riscos operatórios.	
	6. Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.	
	7. Aparecimento de edema (inchaço) do local operado.	
	8. Formação de coleções de sangue ao redor da ferida operatória (geralmente absorvida espontaneamente).	
	9. _____	
	10. _____	
	11. _____	
	12. _____	
	13. _____	
(Invalidar as linhas não utilizadas)		
<p>Declaro estar ciente de que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Na realização da cirurgia, durante a anestesia, ou mesmo no pós-operatório, novas condições e complicações inesperadas podem ocorrer, acarretando risco de lesão, perda de função e até mesmo morte.</li><li>• Na realização da cirurgia, durante a anestesia, ou mesmo no pós-operatório, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento;</li><li>• A lista de riscos e complicações mencionadas neste formulário pode não conter todos os riscos atualmente conhecidos e possíveis de acontecer nesta cirurgia, porém são os mais comuns;</li><li>• Antes da realização da cirurgia proposta, devo informar ao meu médico ou à equipe de saúde os meus problemas de saúde pré-existent, os tratamentos e cirurgias anteriores, além do uso de medicamentos e drogas lícitas e ilícitas, a fim de evitar possíveis complicações.</li></ul>		
<p>Assim, caso necessário, autorizo:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. O médico ou a equipe de saúde executar outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional, sejam necessários e desejáveis, para o esclarecimento diagnóstico e tratamento, tais como: outra cirurgia, exames e tratamentos complementares. <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não (a recusa acarreta a reavaliação do procedimento pelo médico e, se necessário, pela Diretoria Clínica).</li></ol>		
<p>Rubrica do paciente ou responsável: _____ Rubrica do médico: _____</p>		

## FASES DA CIRURGIA

- **Pré-operatório mediato:** Da internação do paciente até a véspera da cirurgia.
- **Pré-operatório imediato:** Da véspera da cirurgia do paciente até o momento da cirurgia.
- **Trans-operatório:** Desde o momento que é recebido no CC até ser encaminhado a RPA.
- **Pós-operatório Imediato:** Desde sua alta na RPA até as primeiras 24hs.
- **Pós-operatório Mediato:** Desde 24hs pós cirurgia até sua alta hospitalar.

### PRÉ-OPERATÓRIO

O preparo pré-operatório tem início com a internação, estendendo-se até o momento da operação. Tem por objetivo levar o paciente às melhores condições possíveis para a cirurgia, para garantir-lhe um trans-operatório e pós-operatório com pequena possibilidade de riscos e complicações. Para que esses objetivos sejam atingidos, é preciso que cada paciente seja visto de forma holística e respeitado sua individualidade.

- **Preparo Psicológico.**
- **Preparo Espiritual.**
- **Preparo Físico.**

### PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO E IMEDIATO

#### Cuidados essenciais na véspera da operação.

1. Verificar no mapa de operações eletivas ou não, quais são os pacientes que serão operados, horário, tipo de cirurgia, nome do cirurgião e se há pedido de sangue e algum preparo especial ou de rotina.

<b>CENTRO CIRURGICO VICENTE LESSA - MAPA CIRURGICO</b>					
CIRURGIA	SALA	HORÁRIO	PACIENTE	CIRURGIÃO	OBSERVAÇÕES
COLECISTECTOMIA	1	08:00	MARIA CLARA ASSIS	Dr ANDREA	VIDEOLAPAROSCÓPIO NA SALA
AMIGDALECTOMIA	2	10:30	FERNANDO DOURADO	Dr JONEY	MATERIAL EOT INFANTIL
PRÓTESE DE FÊMUR	3	14:00	MARITA ANANIAS	Dr MARCO ANTÔNIO	RAIO X NA SALA
HISTERECTOMIA	4	08:00	LUIZA ABERTO LUZ	Dra WILEY	SANGUE RESERVA + VAGA UTI
EMERGÊNCIA	5				

2. Realizar a punção de um acesso venoso periférico para futuras medicações e

mantê-lo pérvio.



**3.** Providenciar material e colher amostra de sangue para transfusão, encaminhado-a ao banco de sangue, deixando assim uma bolsa de reserva se o paciente necessitar na hora da cirurgia.

- 4.** Observar sintomas como, tosse, coriza, febre e variações da PA.
- 5.** Banho completo, incluindo cabeça e troca de roupa, com limpeza, corte das unhas e remoção de esmaltes.
- 6.** Realizar tricotomia.
- 7.** Dieta leve no jantar, sendo a última refeição às 18hs.
- 8.** Orientar o paciente que após o jantar o mesmo ficara de jejum até o fim da cirurgia.
- 9.** Lavagem intestinal e uso de laxantes conforme prescrição ou rotina da clínica.
- 10.** Promover ambiente tranquilo, a fim de garantir uma boa noite de sono.
- 11.** Atenção ao uso de anticoagulantes na PM (AAS, Marevan).

#### **Cuidados essenciais no dia da operação**

- 1.** Verificar se o jejum continua sendo mantido.
- 2.** Fazer tricotomia 2 horas antes da cirurgia ou conforme protocolo da Instituição, e após o termino realizar o banho no paciente.
- 3.** Trançar os cabelos longos e cobri-los com gorro.
- 4.** Ajudar o cliente a vestir-se com avental, gorro e propé.
- 5.** Remover maquiagem, jóias, próteses e guardá-las conforme rotina do setor.
- 6.** Observar anormalidade e comunicar ao enfermeiro.
  
- 7.** Realizar controle e sinais vitais e anotar.
- 8.** Solicitar que o paciente esvazie a bexiga espontaneamente.
- 9.** Auxiliar na passagem de Cateter Gástrico ou Vesical conforme rotina hospitalar.
- 10.** Administrar medicação pré-anestésica e anotar.
- 11.** Ajudar o paciente na transferência da cama para a maca, cobri-lo e encaminhá-lo com o prontuário e exames pré-operatórios para o Centro Cirúrgico.

#### **MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA**

Medicação pré-anestésica é administração de uma droga ou uma combinação de drogas antes da realização de uma anestesia, com a finalidade de tornar mais agradável, mais fácil e/ou mais seguro o ato anestésico. A escolha da medicação pré-anestésica deve levar em conta o estado físico e emocional do paciente, as características da cirurgia proposta bem como a escolha da

