

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS EM CIRURGIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isabella Ferreira da Silva Pitanga¹, Sileno Melo dos Santos Neto², Raíssa Frederico Giacomini³, Roberto Spadoni Campigotto⁴, Ronara Rodrigues de Queiroz⁵, Gustavo Santana Sakamoto⁶, Giovanna De Luca Castro⁵, Emmanoel De Jesus Siquara Neto⁷, Isabella Camara Moulin⁸, Pedro Camara Moulin⁸, Josemar Tavares da Silva Neto⁹, Ana Júlia Ribeiro de Sousa Castro¹⁰.

REVISÃO

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos dos cuidados pré-operatórios realizada nos últimos cinco anos. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2020 e 2024, combinando os descritores "cuidados pré-operatórios", "diagnóstico" e "tratamento" ao descritor booleano "AND". Conclui-se que o pré-operatório tem como objetivos principais otimizar o estado geral do paciente, identificando e classificando os possíveis riscos que ele poderá enfrentar durante a operação. Esses cuidados são responsáveis por estabelecer medidas que minimizem os riscos do procedimento.

Palavras-chave: Cuidados pré-operatórios; Diagnósticos; Tratamento.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of preoperative care carried out in the last five years. Integrative review in the VHL, LILACS, SciELO, PubMed database of works published between 2020 and 2024, combining the descriptors "preoperative care", "diagnosis" and "treatment" with the Boolean descriptor "AND". It is concluded that the main objectives of the preoperative period are to optimize the patient's general condition, identifying and classifying the possible risks that he or she may face during the operation. These precautions are responsible for establishing measures that minimize the risks of the procedure.

Keywords: Preoperative care; Diagnosis; Treatment.

Instituição afiliada – ¹UNIFACID. ²Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). ³Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). ⁴Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). ⁵Universidade de Franca (UNIFRAN). ⁶Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). ⁷Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT). ⁸Faculdade Brasileira Multivix. ⁹Estacio de Sá. ¹⁰Universidade Federal do Piauí.

Dados da publicação: Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.92>

Autor correspondente: *Isabella Ferreira da Silva Pitanga* -
isabellapitanga564@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

O pré-operatório geral compreende uma boa abordagem clínica (anamnese e exame físico), exames pré-operatórios básicos, quando indicados, e cuidados que antecedem a cirurgia (JOHNSTONE, 2020).

Um paciente jovem, que vai se submeter a um procedimento cirúrgico de pequeno ou médio porte, não precisa de nenhum exame laboratorial, desde que a história e o exame físico mostrem que ele está saudável. Ênfase, portanto, deve ser dada a uma anamnese minuciosa, com avaliação cuidadosa dos sistemas orgânicos, antecedentes patológicos e uso de medicamentos (ALLEGIANZI et al., 2016).

A avaliação física deve ser igualmente minuciosa e completa, e nunca substituída por exames complementares. Também não é mais recomendável a realização de exames pré-operatórios de rotina, já que apenas um reduzido percentual de pacientes irá se beneficiar (INOUE et al., 2022).

Os exames complementares em pacientes assintomáticos, portanto, só deverão ser solicitados em algumas circunstâncias, baseados na idade do paciente, no tipo de ato cirúrgico e em alterações evidenciadas na história ou ao exame físico (NATIONAL GUIDELINE CENTRE (UK), 2020).

Uma avaliação pré-operatória minuciosa para identificar anormalidades médicas corrigíveis e entender o risco residual é obrigatória para todos os pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, incluindo cirurgia oral. Para assegurar o conforto, a segurança do paciente e garantir melhor desempenho da cirurgia, a avaliação pré-operatória deve ser realizada (MALLEY; YOUNG, 2017).

A avaliação pré-operatória de rotina irá variar entre os pacientes, dependendo da idade e da saúde geral. De acordo com Conselho Federal de Medicina, Resolução 1802/2006, é obrigatória a realização da avaliação pré-operatória antes de qualquer anestesia eletiva, especialmente para conhecer, com antecedência, as condições clínicas do paciente (WILSON et al., 2018).

As cirurgias devem ser classificadas em equivalência de porte para avaliação do risco cirúrgico: procedimento minimamente invasivo – aixo potencial para causar alterações da fisiologia normal, raramente relacionado com morbidade ligada ao

procedimento anestésico e raramente requer hemotransfusões, monitorização invasiva ou CTI no pós operatório; procedimento moderadamente invasivo – moderado potencial para alterar a fisiologia normal, pode requerer hemotransfusões, monitorização invasiva ou CTI no pós operatório; e, procedimento altamente invasivo – tipicamente produz alteração da fisiologia normal, quase sempre requer hemotransfusões, monitorização invasiva CTI no pós operatório (DIALLO; HASNAIN-WYNIA; VETTER, 2024).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados pós-operatórios sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos dos cuidados pós-operatórios realizada nos últimos anos, levando em conta a prevalência, classificação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM et al., 2015).

Para responder à questão norteadora *“O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito dos cuidados pré-operatórios em cirurgia?”* foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Cochrane e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 26 de julho de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “cuidados pré-operatórios”, “diagnóstico” e “tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre os cuidados pré-operatórios em cirurgia, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate dos cuidados pré-operatórios em cirurgia, não tratasse de situações específicas relacionadas ao manejo nesses casos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “cuidados pré-operatórios”, “diagnóstico” e “tratamento”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

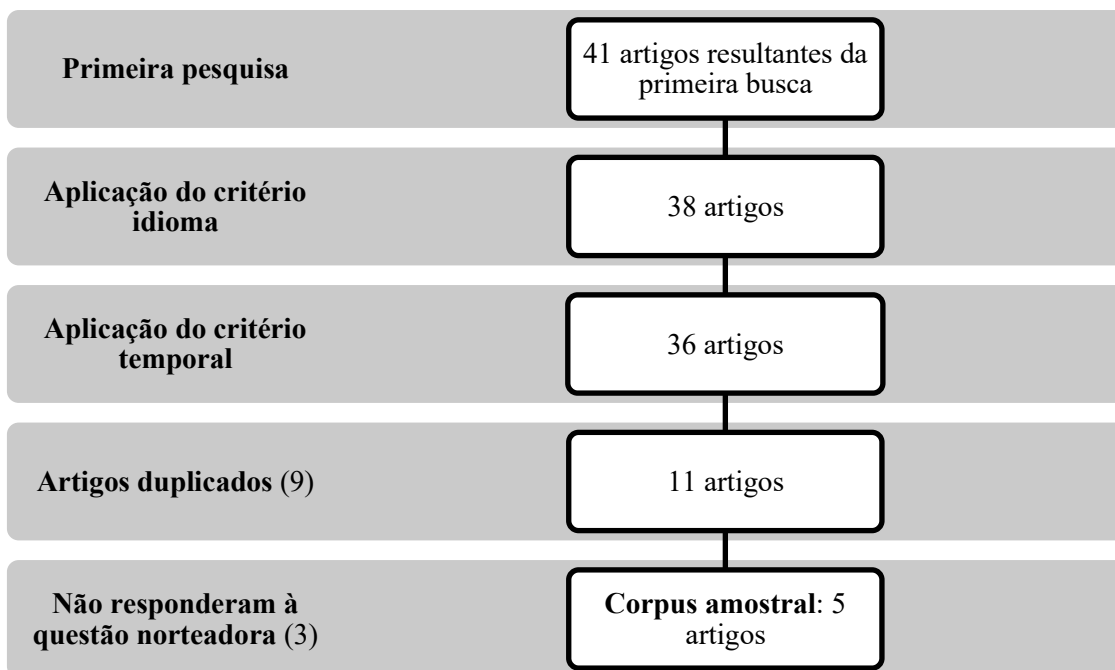


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

3 REVISÃO DA LITERATURA

A avaliação clínica e laboratorial, feita pelo próprio cirurgião, deve ser seguida pela estimativa de risco operatório, que se baseia no estado de saúde geral do paciente para identificar possíveis anormalidades que possam aumentar o trauma operatório ou influenciar negativamente na recuperação dele (RON et al., 2024).

A escala mais utilizada é a da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA): risco I, paciente saudável e normal; risco II, paciente com doença sistêmica leve a moderada; risco III, paciente com doença sistêmica grave, com limitação, sem ser, porém, incapacitante; risco IV, paciente com doença sistêmica incapacitante; e, risco V, paciente moribundo (GILLESPIE et al., 2020).

A tendência atual não é seguir uma tabela fixa de solicitação de exames, mas sim o pedido de acordo com as características de cada paciente e o risco do procedimento. Considerando-se os pacientes assintomáticos, aqueles submetidos a procedimentos do tipo A não precisariam submeter-se a exames laboratoriais. Já no que diz respeito aos procedimentos dos tipos B ou C, os exames laboratoriais são frequentemente. Os resultados da avaliação pré-operatória são considerados válidos por até 6 meses a um ano, caso o paciente mantenha-se assintomático ou sem agravamento dos sintomas (E

et al., 2017).

A restrição da dieta é decorrente do tipo de anestesia, da doença e do tipo de procedimento cirúrgico que será realizado. Em relação à técnica anestésica, qualquer procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, deve respeitar jejum mínimo de oito horas, para evitar estímulo à produção de secreção gástrica e possibilidade de broncoaspiração, durante a indução anestésica ou a intubação orotraqueal. Operações, realizadas sob anestesia subdural ou peridural, têm menor risco de cursar com esta complicação, e o jejum não precisa ser tão rigoroso, mas pode haver necessidade da transformação daquelas em geral. Por isso recomenda-se fazer também restrição da dieta oral pelo mesmo período de oito horas. Pacientes obesos, gestantes, portadores de hérnia hiatal, ou com grandes tumores intra-abdominais, têm maior risco de broncoaspiração e devem fazer jejum de 12 horas, além de ser indicado o uso de drogas capazes de reduzir o conteúdo gástrico ou elevar seu pH, na tentativa de impedir a broncoaspiração ou de diminuir seus efeitos deletérios sobre os pulmões (PRABHAKAR et al., 2017).

Alguns medicamentos devem ser suspensos: anticoagulantes orais – têm vida média prolongada e, por isso, devem ser substituídos por heparina, cerca de cinco dias antes. Esta, por sua vez, deve ser suspensa seis horas antes do procedimento cirúrgico e reiniciada 24-48 horas depois. Nas operações de urgência, deve-se transfundir plasma fresco (15-20ml/kg), para garantir níveis adequados dos fatores da coagulação; anti-aderentes plaquetários – o ácido acetil salicílico (AAS) deve ser suspenso dez dias antes da intervenção; anti-inflamatórios não-esteróides – alteram a função plaquetária e devem ser suspensos 24-48 horas antes da operação; antidepressivos – em especial, os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) devem ser retirados 3-5 dias antes do ato operatório; hipoglicemiantes orais – devem ser substituídos por insulina regular ou NPH na véspera do ato cirúrgico, para melhor controle da glicemia e evitar a hipoglicemia; diuréticos inibidores da reabsorção do potássio; e, ganglioplégicos (O'DONNELL, 2016).

Os medicamentos que devem ser mantidos até o dia da operação: betabloqueadores, anti-hipertensivos, cardiotônicos, broncodilatadores, corticoides, anticonvulsivantes, insulina, antialérgicos, potássio, e medicação psiquiátrica (ZHANG et al., 2021).

A depilação com lâmina está contra-indicada pelo maior risco de infecção da

ferida operatória. A aparação dos pêlos, apenas na área da incisão, é o método preconizado. Quando, por questões de falta de infra-estrutura hospitalar, houver necessidade de tricotomia, esta deve ser realizada o mais próximo possível do momento da operação e, até mesmo, na sala cirúrgica (CHENG et al., 2021).

4 CONCLUSÃO

O pré-operatório tem como objetivos principais otimizar o estado geral do paciente, identificando e classificando os possíveis riscos que ele poderá enfrentar durante a operação. Esses cuidados são responsáveis por estabelecer medidas que minimizem os riscos do procedimento.

5 REFERÊNCIAS

ALLEGIANZI, B. et al. New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 12, p. e276–e287, dez. 2016.

BRUM, C.N. et al. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CHENG, J. Y. J. et al. Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. **Patient Education and Counseling**, v. 104, n. 6, p. 1467–1473, jun. 2021.

DIALLO, M. S.; HASNAIN-WYNIA, R.; VETTER, T. R. Social Determinants of Health and Preoperative Care. **Anesthesiology Clinics**, v. 42, n. 1, p. 87–101, 1 mar. 2024.

E, T. et al. **An Integrative Review of a Preoperative Nursing Care Structure**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325370/>>.

GILLESPIE, B. M. et al. Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. **International Journal of Nursing Studies**, v. 102, n. 102, p. 103486, 1 fev. 2020.

INOUE, A. S. et al. Impacto da Capacidade Funcional Pré-operatória nos Resultados Pós-Operatórios de Cirurgia de Cardiopatia Congênita: Estudo Observacional e Prospectivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 2, p. 411–419, fev. 2022.

JOHNSTONE, J. How to provide preoperative care to patients. **Nursing Standard**, v. 35, n. 12, p.

72–76, 30 nov. 2020.

MALLEY, A. M.; YOUNG, G. J. A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 13-14, p. 2016–2024, 7 fev. 2017.

NATIONAL GUIDELINE CENTRE (UK). **Evidence review for preoperative optimisation clinics in older adults: Perioperative care in adults: Evidence review D**. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020.

O'DONNELL, F. T. Preoperative Evaluation of the Surgical Patient. **Missouri medicine**, v. 113, n. 3, p. 196–201, 2016.

PRABHAKAR, A. et al. Preoperative Assessment for Ambulatory Surgery. **Current Pain and Headache Reports**, v. 21, n. 10, 31 ago. 2017.

RON, D. et al. Preoperative Communication between Anesthesia, Surgery, and Primary Care Providers for Older Surgical Patients. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, 1 jan. 2024.

WILSON, R. D. et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 219, n. 6, p. 523.e1–523.e15, dez. 2018.

ZHANG, K. et al. Virtual preoperative assessment in surgical patients: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 75, p. 110540, dez. 2021.