

Ato operatório: agressão
- componentes primários: lesão celular, edema traumático e lesão de órgãos específicos
- componentes secundários: resposta orgânica endócrino-metabólica e imune
- componentes associados: doenças intercorrentes, jejum e perdas eletrolíticas

Resposta endócrino-metabólica e imune ao trauma (REMIT)
- objetivo: restaurar a homeostasia
- alcance: depende da intensidade, duração e reserva funcional

Fase Ebb:
- início: logo após o trauma
- duração: cerca de 12-24hr
- mediadores principais: catecolaminicos e cortisol
- hemodinâmica: vasoconstricção, taquicardia, hipotensão e retenção hídrica
- volemia: hipovolemia ressuscitável, edema
- metabolismo: hiperglicemia, hipercalcemia, lipólise, proteólise
- sistema inflamatório: hiperativado

Resposta hormonal: aumento
- Catecolaminas (48h): vasoconstricção, taquicardia, glicogenólise, gliconeogênese e lipólise
- ADH (4-5 dias): reabsorção de água nos túbulos distais e causa hiponatremia
- Aldosterona (4-5 dias): excreção de K e H; absorção de Na
- Cortisol: síntese proteica (mediadores da inflamação e cicatrização) e facilitação catecolaminica
- Glucagon: gliconeogênese (aumenta apesar da hiperglicemia)
- IL-1: hipertermia
- TNF-alfa: anorexia, hipotensão, reduz síntese de colágeno

Fase Flow:
- início: entre o 3º e 5º dia
- duração: variável
- fases: corticoadrenérgica catabólica e, depois, anabólica precoce e tardia
- mediadores: primeiro, catecolaminicos (em declínio) e insulina
- hemodinâmica: vasodilatação, taquicardia e retenção hídrica
- metabolismo: hiperglicemia

Pós-operatório

Alterações clínicas esperadas:
- íleo adinâmico (hipocalcemia)
- oligúria funcional (ADH)
- hiperglicemia (Catecolaminas e cortisol)
- aumento da temperatura (IL-1)
- anorexia (TNF-alfa)
- alcalose metabólica
- náuseas / vômitos (efeitos colateral dos anestésicos)

Assistência médica pós-operatória: para minimizar ROT
- Reposição hidroeletrólítica
- Terapia nutricional
- Tratamento dos sintomas (principalmente da dor)
- Cuidados com a ferida cirúrgica
- Apoio psicológico
- Prevenção de complicações
- Diagnóstico e tratamento de complicações

Prescrição médica: Identificação do paciente, Data e horário da prescrição
1) Cuidados gerais
2) Dieta e/ou nutrição enteral: volume (mL), velocidade, concentração e consistência
3) Dados vitais
4) Diurese
5) Balanço hídrico
6) Posição do paciente no leito
7) Mobilização do paciente
8) Medidas de profilaxia de atelectasia pulmonar e tromboembolismo
9) Cuidados com vias e cateteres de infusão endovenosa
10) Cuidados com drenos e demais cateteres
11) Cuidados com ostomias
12) Cuidados com a ferida cirúrgica
13) Sintomáticos: analgésicos, antitérmicos e antieméticos
14) Heparina
15) Anti-secretores
16) Antibióticos
17) Medicamentos específicos
18) Medicamentos de uso anterior
19) Hidratação venosa pós-operatória
20) Nutrição parenteral
21) Hemoterapia
22) Comunicação de anormalidades
Assinatura, nome legível e CRM

Dieta:
- Considerações: momento ideal para realimentação depende do tipo de anestesia, procedimento cirúrgico, estado de consciência e evolução pós-operatória

Dados vitais: PA, FR, FC, TA
- No POI avaliar a cada 15-30min
- Após estabilização espaçar para cada 4horas

Diurese:
- Pct não cateterizados: medir as micções
- Pct cateterizados: medir periodicamente
- Retirar SVD se estabilidade hemodinâmica

BH: Diferença entre o que organismo ganha e o que é eliminado de água

Posição do Pct no leito: De acordo com a anestesia e procedimento cirúrgico será prescrito o tipo de posição ideal

Mobilização no leito: deve ser prescrita e incentivada com o intuito de prevenir complicações (escaras, trombose venosa profunda, íleo PO prolongado e atelectasia). Pode-se prescrever mudança frequente de decúbito, mobilização ativa e passiva, além da deambulação precoce

Medidas de profilaxia de atelectasia pulmonar: deve ser prescrito hidratação adequada, mobilização precoce, incentivo a inspirações profundas periódicas, fisioterapia respiratória e micronebulização.

Medidas de profilaxia de tromboembolismo: objetiva prevenir aumento da viscosidade do sangue e a hipercoagulabilidade. Deve-se manter o paciente bem hidratado e evitar a acidose. Para diminuir a estase venosa: movimentação ativa, meias elásticas, compressão pneumática intermitente e deambulação precoce.

Cuidados com vias e cateteres de infusão endovenosa

Cuidados com drenos

Cuidados com a ferida operatória

Cuidados com ostomias

Sintomáticos:
- analgésicos
- antieméticos
- antiespasmóticos

Anti-secretores: Para evitar lesões agudas da mucosa gástrica, podem ser prescritos IH2 ou BBP

ATB profiláticos: Com finalidade profilática ou terapêutica, visam reduzir a mortalidade, o sofrimento e o custo relacionado às infecções pós-operatórias.

Hemoterapia

Soroterapia

HVPO: Visa atingir e manter a composição corporal fisiológica, prevenir a desidratação, os desequilíbrios eletrolíticos

Via oral:
- início precoce
- se SNG: drenagem < 200ml

Síndrome da realimentação:
- prevenção: oferta de 30-50% nos primeiros 3-5 dias
- manifestação: 2-4 dias após realimentação
- laboratório: hipoK e hipoP
- mortalidade: 60%

Via enteral:
- VO insuficiente ou contraindicada
- SNE se < 6 semanas
- ostomias se > 6 semanas
- início em pequenos volumes e aumento gradual
- desmame se aceitação 50-60% VO

Via parenteral:
- VE insuficiente ou contraindicada
- NPP se < 10 dias
- NPT se > 10 dias
- pré-op: instituída 7-10 dias antes
- sempre glicemia capilar + correção
- suspender se instabilidade hemodinâmica
- desmame gradual até 50%