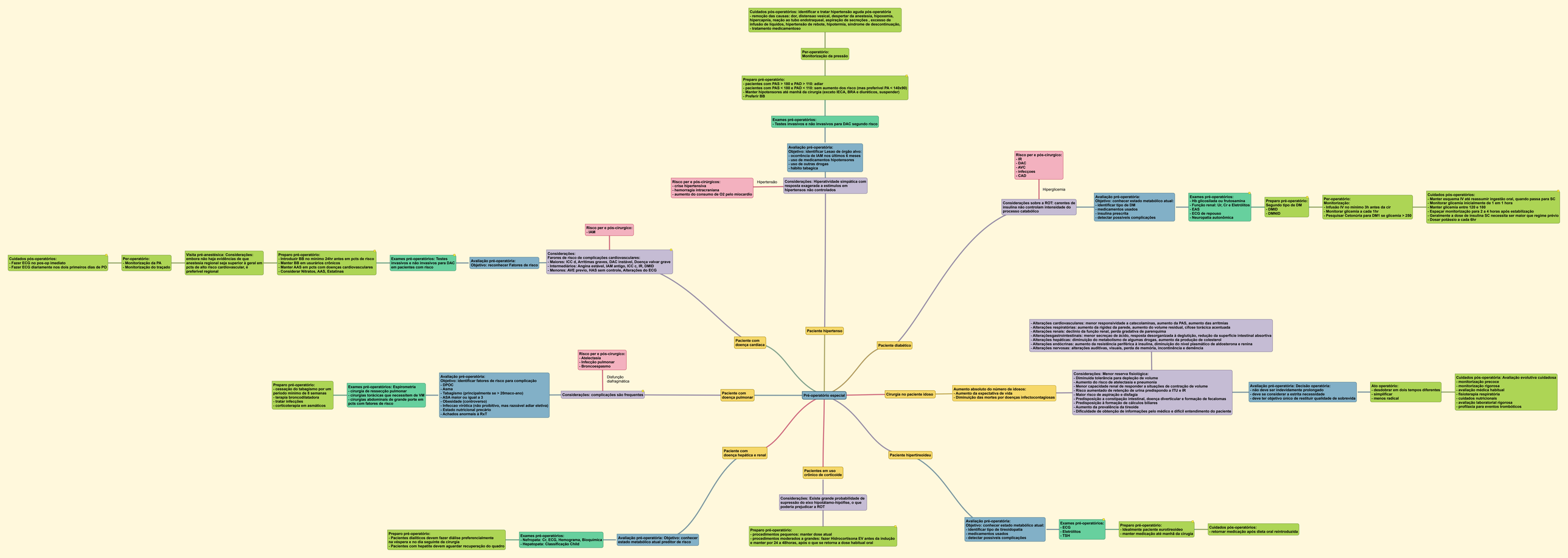
Pré-operatório especial
Paciente hipertenso
Hipertensão
Risco per e pós-cirúrgicos:
- crise hipertensiva
- hemorragia intracraniana
- aumento do consumo de O2 pelo miocardio
Avaliação pré-operatória:
Objetivo: Identificar Lesao de órgão alvo:
- ocorrência de IAM nos últimos 6 meses
- uso de medicamentos hipotensores
- uso de outras drogas
- habito tabagica
Considerações: Hiperatividade simpática com resposta exagerada a estímulos em hipertensos não controlados
Cuidados pós-operatórios: identificar e tratar hipertensão aguda pós-operatória
- remoção das causas: dor, distensao vesical, despertar da anestesia, hipoxemia, hipercapnia, reação ao tubo endotraqueal, aspiração de secreções , excesso de infusão de líquidos, hipertensão de rebote, hipotermia, síndrome de descontinuação,
- tratamento medicamentoso
Per-operatório:
Monitorização da pressão
Preparo pré-operatório:
- pacientes com PAS > 180 e PAD > 110: adiar
- pacientes com PAS < 180 e PAD < 110: sem aumento dos risco (mas preferivel PA < 140x90)
- Manter hipotensores até manhã da cirurgia (exceto IECA, BRA e diuréticos, suspender)
- Preferir BB
Exames pré-operatórios:
- Testes invasivos e não invasivos para DAC segundo risco
Paciente com doença cardiaca
Risco per e pós-cirurgico:
- IAM
Considerações:
Farores de risco de complicações cardiovasculares:
- Maiores: ICC d, Arritmias graves, DAC instável, Doença valvar grave
- Intermediários: Angina estável, IAM antigo, ICC c, IR, DMID
- Menores: AVE previo, HAS sem controle, Alterações do ECG
Avaliação pré-operatória:
Objetivo: reconhecer Fatores de risco
Exames pré-operatórios: Testes invasivos e não invasivos para DAC em pacientes com risco
Preparo pré-operatório:
- Introduzir BB no mínimo 24hr antes em pcts de risco
- Manter BB em usuários crônicos
- Manter AAS em pcts com doenças cardiovasculares
- Considerar Nitratos, AAS, Estatinas
Visita pré-anestésica: Considerações:
embora não haja evidências de que anestesia regional seja superior à geral em pcts de alto risco cardiovascular, é preferível regional
Per-operatório:
- Monitorização da PA
- Monitorização do traçado
Cuidados pós-operatórios:
- Fazer ECG no pos-op imediato
- Fazer ECG diariamente nos dois primeiros dias de PO
Paciente com doença pulmonar
Risco per e pós-cirurgico:
- Atelectasia
- Infecção pulmonar
- Broncoespasmo
Disfunção diafragmática
Considerações: complicações são frequentes
Avaliação pré-operatória:
Objetivo: identificar fatores de risco para complicação
- DPOC
- Asma
- Tabagismo (principalmente se > 20maco-ano)
- ASA maior ou igual a 3
- Obesidade (controverso)
- Infecçao viral (não proibitivo, mas razoável adiar eletiva)
- Estado nutricional precário
- Achados anormais à RxT
Exames pré-operatórios: Espirometria
- cirurgia de ressecção pulmonar
- cirurgias torácicas que necessitem de VM
- cirurgias abdominais de grande porte em pcts com fatores de risco
Preparo pré-operatório:
- cessação do tabagismo por um período mínimo de 8 semanas
- terapia broncodilatadora
- tratar infecções
- corticoterapia em asmáticos
Paciente com doença hepática e renal
Preparo pré-operatório:
- Pacientes dialíticos devem fazer diálise preferencialmente na véspera e no dia seguinte da cirurgia
- Pacientes com hepatite devem aguardar recuperação do quadro
Exames pré-operatórios:
- Nefropata: Cr, ECG, Hemograma, Bioquímica
- Hepatopata: Classificação Child
Avaliação pré-operatória: Objetivo: conhecer estado metabólico atual preditor de risco
Pacientes em uso crônico de corticoide
Considerações: Existe grande probabilidade de supressão do eixo hipotálamo-hipófise, o que poderia prejudicar a ROT
Preparo pré-operatório:
- procedimentos pequenos: manter dose atual
- procedimentos moderados a grandes: fazer Hidrocortisona EV antes da indução e manter por 24 a 48horas, após o que se retorna a dose habitual oral
Paciente hipertireoideu
Avaliação pré-operatória:
Objetivo: conhecer estado metabólico atual:
- identificar tipo de tireoidopatia
- medicamentos usados
- detectar possiveis complicações
Exames pré-operatórios:
- ECG
- Eletrólitos
- TSH
Preparo pré-operatório:
- Idealmente paciente eurotireoideo
- manter medicação até manhã da cirurgia
Cuidados pós-operatórios:
- retornar medicação após dieta oral reintroduzida
Cirurgia no paciente idoso
Aumento absoluto do número de idosos:
- Aumento da expectativa de vida
- Diminuição das mortes por doenças infectocontagiosas
Considerações: Menor reserva fisiológica:
- Diminuida tolerância para depleção de volume
- Aumento do risco de atelectasia e pneumonia
- Menor capacidade renal de responder a situações de contração de volume
- Risco aumentado de retenção de urina predisposndo a ITU e IR
- Maior risco de aspiração e disfagia
- Predisposição a constipação intestinal, doença diverticular e formação de fecalomas
- Predisposição à formação de cálculos biliares
- Aumento da prevalência da tireoide
- Dificuldade de obtenção de informações pelo médico e difícil entendimento do paciente
- Alterações cardiovasculares: menor responsividade a catecolaminas, aumento da PAS, aumento das arritmias
- Alterações respiratórias: aumento da rigidez da parede, aumento do volume residual, cifose torácica acentuada
- Alterações renais: declínio da função renal, perda gradativa de parenquima
- Alteraçõesgastrointestinais: menor secreçao de ácido, resposta desorganizada à deglutição, redução da superfície intestinal absortiva
- Alterações hepáticas: diminuição do metabolismo de algumas drogas, aumento da produção de colesterol
- Alterações endócrinas: aumento da resistência periférica à insulina, diminuição do nível plasmático de aldosterona e renina
- Alterações nervosas: alterações auditivas, visuais, perda de memória, incontinência e demência
Avaliação pré-operatória: Decisão operatória:
- não deve ser indevidamente prolongado
- deve se considerar a extrita necessidade
- deve ter objetivo único de restituir qualidade de sobrevida
Ato operatório:
- desdobrar em dois tempos diferentes
- simplificar
- menos radical
Cuidados pós-operatória: Avaliação evolutiva cuidadosa
- monitorização precoce
- monitorização rigorosa
- avaliação médica habitual
- fisioterapia respiratória
- cuidados nutricionais
- avaliação laboratorial rigorosa
- profilaxia para eventos trombóticos
Paciente diabético
Risco per e pós-cirurgico:
- IR
- DAC
- AVC
- infeccoes
- CAD
Hiperglicemia
Considerações sobre a ROT: carentes de insulina não controlam intensidade do processo catabólico
Avaliação pré-operatória:
Objetivo: conhecer estado metabólico atual:
- identificar tipo de DM
- medicamentos usados
- insulina prescrita
- detectar possiveis complicações
Exames pré-operatórios:
- Hb glicosilada ou frutosamina
- Função renal: Ur, Cr e Eletrólitos
- EAS
- ECG de repouso
- Neuropatia autonômica
Preparo pré-operatório:
Segundo tipo de DM
- DMID
- DMNID
Per-operatório:
Monitorizacão:
- Infusão IV no mínimo 3h antes da cir
- Monitorar glicemia a cada 1hr
- Pesquisar Cetonúria para DM1 se glicemia > 250
Cuidados pós-operatórios:
- Manter esquema IV até reassumir ingestão oral, quando passa para SC
- Monitorar glicemia inicialmente de 1 em 1 hora
- Manter glicemia entre 120 e 180
- Espacar monitorização para 2 a 4 horas após estabilização
- Geralmente a dose de insulina SC necessita ser maior que regime prévio
- Dosar potássio a cada 6hr