



Os cuidados médicos perioperatórios tem como objetivos otimizar o estado geral do paciente e identificar possíveis riscos relacionados a este período, podendo estabelecer medidas profiláticas para minimizar tais riscos e melhorar os resultados pós-operatórios.

As pacientes idosos são os mais afetados por resultados pós-operatórios adversos. A gestão perioperatória precisa ser adotada para atender às necessidades especiais desse grupo:

- Reduzir a incidência de *delirium* e declínio cognitivo
- Manter a funcionalidade prévia

Assistência: cuidados que envolvem ações que devem acontecer antes, durante e após procedimento. É necessário reunir conceitos de diferentes especialidades, para proporcionar uma abordagem global de um mesmo problema e otimizar a linguagem entre os envolvidos: clínicos, cirurgiões, anesthesiologistas e intensivistas.

- O paciente idoso torna-se ainda mais desafiador e ostenta maior complexidade: grande heterogeneidade interpessoal na faixa etária; reserva compensatória globalmente reduzida; alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento; potencial presença de múltiplas comorbidades e uso de diversas medicações e mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica

I - ASSISTENCIAL

1. ETAPAS DO CUIDADO PERIOPERATÓRIO

Manejo do Pré-operatório Imediato
Manejo Intraoperatório
Manejo Pós – operatório
Transição de Cuidado

AVALIAÇÃO PRÉ - OPERATÓRIA

Juntamente à anamnese completa e ao exame físico minucioso do paciente tradicionalmente realizados, são fortemente recomendados:

- avaliação da capacidade cognitiva (vide abaixo Rastreo de Risco de Declínio Cognitivo e *Delirium*)
- compreensão da cirurgia proposta
- identificação do risco de desenvolvimento de *delirium* pós-operatório e utilização de estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento
- rastreo de sintomas depressivos
- triagem para abuso/dependência de álcool e outras substâncias
- avaliação cardíaca pré-operatória de acordo com a recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia - <https://abccardiol.org/article/3a-diretriz-de-avaliacao-cardiovascular-perioperatoria-da-sociedadebrasileira-de-cardiologia/>
- Identificação dos fatores de risco para complicações pulmonares pós-operatórias, incluindo relacionados a disfagia e implementar estratégias apropriadas de prevenção
- documentação do estado funcional e do potencial risco de declínio funcional associado ao procedimento e internação hospitalar (vide abaixo Rastreo de Risco de Declínio Funcional)
- determinação da presença da síndrome da fragilidade
- avaliação do estado nutricional do paciente e considerar intervenções pré-operatórias se identificado risco nutricional
- avaliação do histórico de medicação preciso e detalhado e considerar ajustes perioperatórios apropriados; monitorização de polifarmácia
- determinação de objetivos e expectativas do tratamento no contexto dos possíveis resultados
- determinação do sistema de apoio familiar e social; da perspectiva do cuidado no pós-alta hospitalar – transição do cuidado
- solicitação de exames diagnósticos pré-operatórios apropriados, focados no perfil do paciente e comorbidades existentes

2. ESCORE DE RISCO

2.1 - Rastreamento de Risco de Declínio Cognitivo e Delirium

- comprometimento cognitivo preexistente e episódio prévio de *delirium* predizem fortemente *delirium* pós-operatório, associado a piores resultados cirúrgicos: internação hospitalar mais longa; aumento de mortalidade perioperatória e declínio funcional pós-operatório
- disfunção cognitiva pós-operatória é frequente, mas difícil de quantificar sem documentação do status cognitivo basal do paciente
- serão considerados como “Alto Risco” os pacientes que já apresentaram episódios prévios de *delirium*, que tenham diagnóstico estabelecido de comprometimento cognitivo (incluindo demência) e/ou que façam uso de medicações apropriadas para o tratamento de demência: donepezila, rivastigmina, galantamina e memantina.
- pacientes ≥ 65 anos sem diagnóstico prévio devem realizar avaliação cognitiva formal, em conjunto com informante, precocemente no pré-operatório de cirurgias eletivas. Será usada a Escala 10-CS e considerados de “Alto Risco” se Comprometimento Cognitivo Possível e Provável (pontuação abaixo de 8 pontos)

2. ESCORE DE RISCO

2.1 - Rastreamento de Risco de Declínio Cognitivo e Delirium

- pacientes de “Alto Risco” para Declínio Cognitivo deverão ser encaminhados precocemente para reavaliação com seu clínico de referência, caso possuam, ou avaliação adicional com médico especialista, preferencialmente geriatra ou neurologista. Fortemente recomendado também o acompanhamento durante a internação hospitalar e o seguimento pós-alta.

2.2 – Rastreamento de Risco de Declínio Funcional

- idosos apresentam alto risco de declínio funcional durante e após hospitalização
- mais de 30% desenvolvem nova incapacidade durante a hospitalização
- por um ano, menos da metade recupera níveis anteriores de funcionamento
- são considerados importantes fatores de risco: idade avançada; presença da fragilidade e de comprometimento cognitivo; mobilidade alterada ou comprometimento funcional preexistente; depressão; baixa interação social; presença de outras síndromes geriátricas (quedas, incontinência, lesões por pressão)
- deve-se implementar intervenções para prevenção e identificação dos pacientes de “Alto Risco” de Declínio Funcional. Será utilizada a Escala VES-13 para este propósito.
- indivíduos classificados como Vulneráveis (≥ 3 pontos) serão considerados de “Alto Risco” e deverão ser encaminhados precocemente para reavaliação com seu clínico de referência, caso possuam, ou avaliação adicional com médico especialista, preferencialmente geriatra ou neurologista.
- Está igualmente recomendado este acompanhamento médico durante o período de internação e seguimento pós-alta, em conjunto com medidas intra-hospitalares: adequação ambiental; realização de rondas multidisciplinares diárias; promoção da participação de familiares e cuidadores no cuidado; mobilização precoce; fisioterapia motora e terapia ocupacional; suporte nutricional e planejamento de alta abrangente.

10-CS 10-POINT COGNITIVE SCREENER	Nome: _____ Data: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Administrado por: _____
ORIENTAÇÃO Em que ano estamos? Em que mês estamos? Que dia do mês é hoje?	0 1 0 1 0 1
APRENDIZADO Agora eu vou dizer o nome de 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos. (até 3 tentativas se necessário)	versão a versão b versão c óculos chapéu relógio caneta moeda chave martelo lanterna vassoura Não pontua
FLUÊNCIA VERBAL Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguiu, o mais rápido possível. Vale qualquer tipo de animal ou bicho. Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.	1. _____ 21. _____ ANIMALS 2. _____ 22. _____ 0-5 0 3. _____ 23. _____ 6-8 1 4. _____ 24. _____ 9-12 2 5. _____ 25. _____ 12-14 3 6. _____ 26. _____ 15-18 4 7. _____ 27. _____ 19-21 5 8. _____ 28. _____ 22-24 6 9. _____ 29. _____ 25-27 7 10. _____ 30. _____ 28-30 8
EVOCAÇÃO Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.	versão a versão b versão c óculos chapéu relógio caneta moeda chave martelo lanterna vassoura 0 1 0 1 0 1
Ajuda para Escolaridade (10-CS-Edu) • Sem escolaridade formal: + 2 pontos (máximo de 10) • 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10)	10-CS: _____ 10-CS-Edu: _____
Interpretação do 10-CS-Edu • 4-5 pontos: Normal • 6-7 pontos: Comprometimento Cognitivo Possível • 0-5 pontos: Comprometimento Cognitivo Provável	

APÊNDICE A - Versão Final do VES-13																																											
1. Idade _____	PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE ≥ 70 ANOS 2 PONTOS PARA IDADE ≥ 80																																										
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: Ruim? (1 PONTO) Regular? (1 PONTO) Muito Boa ou Excelente	PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR OU RUIM																																										
3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:																																											
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Nenhuma dificuldade</th><th>Pouca dificuldade</th><th>Média dificuldade*</th><th>Muita dificuldade*</th><th>Incapaz de fazer**</th></tr></thead><tbody><tr><td>Carregar ou agachar ou agachar-se</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Carregar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 libras*</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Fazer ou manter de braços esticados o nível do ombro</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Carregar ou levantar e carregar peso(s) médio(s)</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Carregar 400 metros (aproximadamente quatro blocos de concreto)</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar paredes*</td><td>(1) (1) (1) (1)* (1)*</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade*	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer**	Carregar ou agachar ou agachar-se	(1) (1) (1) (1)* (1)*					Carregar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 libras*	(1) (1) (1) (1)* (1)*					Fazer ou manter de braços esticados o nível do ombro	(1) (1) (1) (1)* (1)*					Carregar ou levantar e carregar peso(s) médio(s)	(1) (1) (1) (1)* (1)*					Carregar 400 metros (aproximadamente quatro blocos de concreto)	(1) (1) (1) (1)* (1)*					Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar paredes*	(1) (1) (1) (1)* (1)*				
	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade*	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer**																																						
Carregar ou agachar ou agachar-se	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
Carregar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 libras*	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
Fazer ou manter de braços esticados o nível do ombro	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
Carregar ou levantar e carregar peso(s) médio(s)	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
Carregar 400 metros (aproximadamente quatro blocos de concreto)	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar paredes*	(1) (1) (1) (1)* (1)*																																										
	PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITO DIFICILIDADE" OU "INCAPAZ DE FAZER" NAS QUESTÕES DE ATE 3. CONSIDERAR O MÁXIMO DE 3 PONTOS.																																										
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:																																											
a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?																																											
(1) SIM -> Você recebe ajuda para fazer compras? (1) SIM* (1) NÃO																																											
(1) NÃO																																											
(1) NÃO FAÇO COMPRAS -> Não acontece por causa de sua saúde? (1) SIM* (1) NÃO																																											
b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?																																											
(1) SIM -> Você recebe ajuda para lidar com dinheiro? (1) SIM* (1) NÃO																																											
(1) NÃO																																											
(1) NÃO FAÇO COM DINHEIRO -> Não acontece por causa de sua saúde? (1) SIM* (1) NÃO																																											
c. atravessar o quarto andando? É PERIGOSO O USO DE BARRILHA OU ANDADOR?																																											
(1) SIM -> Você recebe ajuda para andar? (1) SIM* (1) NÃO																																											
(1) NÃO																																											
(1) NÃO FAÇO -> Não acontece por causa de sua saúde? (1) SIM* (1) NÃO																																											
d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?																																											
(1) SIM -> Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves? (1) SIM* (1) NÃO																																											
(1) NÃO																																											
(1) NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES -> Não acontece por causa de sua saúde? (1) SIM* (1) NÃO																																											
e. tomar banho de chuveiro ou banheira?																																											
(1) SIM -> Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira? (1) SIM* (1) NÃO																																											
(1) NÃO																																											
(1) NÃO FAÇO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA -> Não acontece por causa de sua saúde? (1) SIM* (1) NÃO																																											
PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 0 PONTOS PARA UM OU MAIS RESPOSTAS "SIM" NAS QUESTÕES DE ATE 4.																																											
CLASSIFICAÇÃO FINAL: NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3 VULNERÁVEL = pontuação ≥ 4																																											

Referências:
Kawachi S et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25:1214-1218.
Parker-Hibis M et al. Predicting delirium after hip fracture with a 2-min cognitive screen: prospective cohort study. Age Ageing. 2010 (Epub ahead of print)

3. MANEJO PRÉ OPERATÓRIO, INTRAOPERATÓRIO E PÓS PERATÓRIO

3.1 Manejo Pré-operatório Imediato

- garantir que objetivos e preferências do paciente sejam compreendidos antes de decidir sobre um plano de tratamento. Idealmente já discutidos em consulta prévia, devem ser confirmados e documentados
- seguir as recomendações de jejum e protocolos institucionais de profilaxias para antibioticoterapia e TEV (farmacológicas ou não)
- listas de medicamentos devem ser revisadas em busca dos não essenciais e inadequados, que poderão ser suspensos ou sofrer ajustes. Medicamentos fundamentais deverão constar na reconciliação, assim como atentar-se a minimizar o risco de polifarmácia,
- realizar planejamento pós-operatório proativo, especialmente estratégias de analgesia e minimização do uso de opioides, prevenção do declínio funcional e *delirium*, consulta e abordagem multiprofissional precoce, quando indicada, antecipação do planejamento de alta / transição de cuidado.

3.2 Manejo Intraoperatório

- abordagem anestésica - considerar técnicas regionais, se pertinente, para reduzir complicações pós-operatórias e melhorar o controle da dor
- plano analgésico perioperatório - história de dor direcionada; técnicas multimodais e poupadoras de opioides; consideração de técnicas regionais
- estratificação de risco de náusea pós-operatória e estratégias de prevenção
- segurança do paciente - estratégias para prevenção de lesão por pressão e de nervos periféricos
- prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias e hipotermia
- gerenciamento do estado hemodinâmico e volemia - uso apropriado de hidratação endovenosa; manejo hemodinâmico adequado; continuação das medicações com ação cardiovascular e seu ajuste, se necessário

3.3 Manejo Pós-operatório

Pacientes idosos apresentam risco de complicações pós-operatórias particularmente comuns, dentre elas: *delirium*, quedas, desnutrição, infecção do trato urinário, lesões por pressão, comprometimento pulmonar e declínio funcional.

Muitas dessas complicações compartilham fatores de risco comuns. Diversas intervenções multicomponentes foram desenvolvidas para uma abordagem preventiva eficaz. Geralmente abordam a educação multiprofissional, as escolhas de pacientes e familiares, a incorporação de intervenções baseadas em evidências geriátricas, a comunicação interdisciplinar e o planejamento de alta/cuidados de transição.

Uma lista de verificação pode facilitar o manejo pós-operatório destes pacientes, com avaliações a serem realizadas diariamente, assim como as estratégias de prevenção associadas

Delirium/comprometimento cognitivo

Educação continuada para prevenção, detecção precoce e tratamento adequado do *delirium* (Guia do Episódio de Cuidado – *Delirium*) - <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Delirium.pdf>; controle da dor; ajustes ambientais (por ex, protocolo/higiene do sono, minimizar restrição física, incentivar presença de familiares, iluminação adequada do ambiente); uso de aparelhos de visão e audição precocemente; remoção de cateteres; monitorização de abstinência de substâncias; restringir uso de medicamentos psicoativos e de medicamentos potencialmente inapropriados (por ex, medicamentos de critérios de Beers – ITEM 5)

Dor aguda perioperatória

Educação continuada sobre o uso seguro e eficaz do Protocolo Institucional de Manejo da Dor - gerenciamento-da-dor.pdf (einstein.br); avaliar histórico de dor do paciente e uso prévio de medicações; controle de dor multimodal e individualizado; titulação vigilante de dose

Complicações pulmonares

Fisioterapia respiratória e espirometria de incentivo; estímulo a mobilização/deambulação precoce; precauções de risco de aspiração;

Risco de queda

Precauções universais de queda (Protocolo Institucional); óculos e aparelhos auditivos acessíveis; uso programado do sanitário; manejo adequado/prevenção de *delirium*; mobilização/deambulação precoce; fisioterapia motora/terapia ocupacional quando indicado; dispositivos auxiliares de marcha; nutrição adequada; retomar a dieta o mais precoce possível; próteses dentárias disponíveis assim que possível; suplementação dietética, se indicada; prevenção de infecção do trato urinário; documentação diária da indicação da sonda vesical; cuidados específicos com a sonda, higiene das mãos, precauções de barreira;

Declínio funcional

Modelos de cuidado; estrutural: corredores e quartos organizados, relógios/calendários grandes; rondas multidisciplinares; mobilização precoce e/ou fisioterapia/terapia ocupacional; participação da família; suporte nutricional; minimizar restrição física do paciente

Lesão por pressão

Reduzir/minimizar a pressão, fricção, umidade e cisalhamento; nutrição adequada; cuidado especializado das lesões

4. LISTA DE MEDICAMENTOS COM PROPRIEDADES ANTICOLINÉRGICAS DE AÇÃO CENTRAL

ANTIARRÍTMICOS

Disopiramida

ANTIDEPRESSIVOS

Amitriptilina, amoxapina, clomopramida, desipramida, doxepina(>6mg), imipramina, nortriptilina, paroxetina, protriptilina, trimipramina

ANTIEMÉTICOS

Proclorperazina, prometazina

ANTI – HISTAMÍNICO

(primeira geração)

Bromfeniramina, carbinoxamina, clorfeniramina, clemastina, ciproptadina, dexbromfeniramina, dexclorfeniramina, dimenitrado, difenidramina, doxilamina, hidroxizina, meclizina, clordiazepóxido, diclomina, homatropina (exclusão oftálmico), hiosciamina, metiscopolamina, propantelina, prometazina, piralamina, triprolidina

ANTIMUSCARÍNICOS

Darifenacina, fesoterodina, flavoxato, oxibitinina, solifenacina, tolterodina, tróspio

ANTIPARKINSONIANOS

Biperideno, triexifenidil, benzotropina

ANTIPSICÓTICOS

Clorpromazina, clozapina, loxapina, olanzapina, perfenazina, tioridazina, trifluoperazina

ANTIESPASMÓDICOS

Atropina (exclusão oftálmico), beladona, escopolamina (exclusão oftálmico)

RELAXANTES MUSCULARES

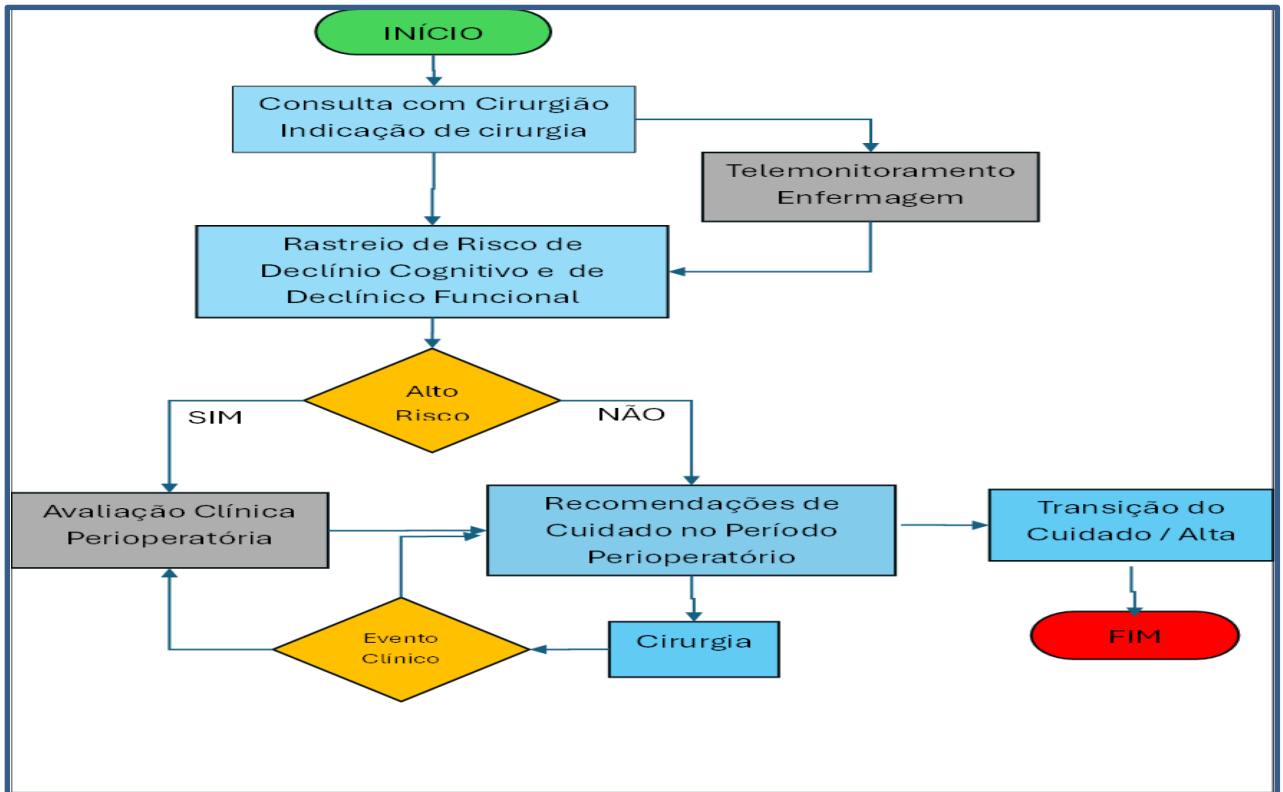
Ciclobenzaprina, orfenadrina

5. ALTA HOSPITALAR/ TRANSIÇÃO DE CUIDADO

A transferência dos pacientes a partir de sua alta hospitalar pode frequentemente ser um processo não padronizado e fragmentado e gerar prejuízo na plena recuperação pós-operatória de boa parcela destes, levando ao aumento das taxas de eventos adversos e subsequente reinternação.

O uso de estratégias adequadas, incluindo educação em saúde, seguimento das Políticas Institucionais, o planejamento estruturado da alta e do cuidado pós-alta e a comunicação eficiente por parte de toda equipe envolvida, podem minimizar estes riscos.

A transição de cuidado ideal, do hospital para casa, atendimento domiciliar ou unidade de transição (pós-agudo) pode ajudar a reduzir o tempo de internação hospitalar, o uso do departamento de emergência e as taxas de reinternação.



II. INDICADORES DE QUALIDADE

- - tempo médio de permanência
- - taxa de mortalidade
- - taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- - taxa de complicações

III. GLOSSÁRIO

TEV: Tromboembolismo Endovenoso

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

05/11/2024- Documento novo

V. Referências Bibliográficas

- [1] Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, Jacob-Filho W, Brucki SM. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jan;31(1):4-12. doi: 10.1002/gps.4282. Epub 2015 Mar 16. PMID: 25779210.
- [2] Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Fornari LS, Pinho C, et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol*. 2017;109(3 suppl 1):1-104.
- [3] Maria Loreto Alvarez-Nebreda, Nathalie Bentov, Richard D. Urman, Sabeena Setia, Joe Chin-Sun Huang, Kurt Pfeifer, Katherine Bennett, Thuan D. Ong, Deborah Richman, Divya Gollapudi, G. Alec Rooke, Housman Javedan, Recommendations for Preoperative Management of Frailty from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI). *Journal of Clinical Anesthesia*, Volume 47, 2018, Pages 33-42

- [4] Optimal Perioperative Management of the Geriatric Patient: Best Practices Guideline from ACS NSQIP®/American Geriatrics Society - online : <https://www.facs.org/media/y5efmgox/acs-nsqip-geriatric-2016-guidelines.pdf>
- [5] Maia F de OM, Duarte YA de O, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012Oct;46(spe):116–22.
- [6] Olotu C. Anesthesia for the elderly: a narrative review. Minerva Anesthesiol. 2021 Oct;87(10):1128-1138. doi: 10.23736/S0375-9393.21.15388-X. Epub 2021 May 3
- [7] Sanjay Mohanty, Ronnie A. Rosenthal, Marcia M. Russell, Mark D. Neuman, Clifford Y. Ko, Nestor F. Esnaola . Optimal Perioperative Management of the Geriatric Patient: A Best Practices Guideline from the American College of Surgeons NSQIP and the American Geriatrics Society, Journal of the American College of Surgeons, Volume 222, Issue 5, 2016, Pages 930-947.
- [8] Schlitzkus LL, Melin AA, Johanning JM, Schenarts PJ. Perioperative management of elderly patients. Surg Clin North Am. 2015 Apr;95(2):391-415. doi: 10.1016/j.suc.2014.12.001. Epub 2015 Jan 21.

Código Documento: CPTW418.1	Elaborador: José Campos	Revisor: Jerusa Smid Helio Halpern Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 10/11/2024	Data de Aprovação: 10/11/2024
---------------------------------------	-----------------------------------	--	---	--	---