



Validação de checklist para admissão de pacientes pós-cirúrgico em terapia intensiva

Rodrigo Neves Joaquim¹, Ana Luiza Quevedo², Rosemeire Simone Dellacrode Giovanazzi³



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p4241-4255>

Artigo recebido em 10 de Agosto e publicado em 30 de Setembro

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Introdução: O câncer foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018, com impacto econômico de US\$1,16 trilhões em 2010. A cirurgia oncológica é um dos três pilares de tratamento, as práticas assistenciais de enfermagem no dimensionamento de leitos em terapia intensiva se alteram no decorrer dos anos, sendo dever do enfermeiro reconhecer e implementar práticas na promoção assistencial de qualidade ao paciente. **Objetivo:** Criar e validar um Checklist para admissão em terapia intensiva de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia oncológica. **Método:** A validação desta compreendeu em dois estágios: Criação do checklist a partir de base de dados e experiência dos pesquisadores e validação de conteúdo por metodologia Delphi. Os participantes foram recrutados a partir de avaliação da plataforma lattes e indicação de outros participantes pelos mesmos recrutados. Checklist STROBE foi utilizado como guia deste estudo. **Resultados:** Três rodadas foram utilizadas para avaliação dos juízes, obtendo IVCm 98,4%, sugerindo alta aceitação do checklist pelos especialistas. **Conclusão:** O checklist direcionado ao paciente em pós operatório oncológico admitido em terapia intensiva foi validado por três categorias, onze subcategorias e trinta e seis itens assistenciais. **Relevância para a prática clínica:** Este instrumento será um guia para ações de enfermagem, com o objetivo de otimização do cuidado e estabelecimento de rotina, resultando em qualidade no cuidado ao paciente crítico e melhoria na comunicação entre a equipe de enfermagem, reduzindo os riscos relacionados ao cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem, admissão em UTI, Cirurgia oncológica, Pós -operatório, Método Delphi.

Validation of a checklist for admission of post-oncological surgery patients in intensive care

ABSTRACT

Introduction: Cancer was responsible for 9.6 million deaths in 2018, with an economic impact of US\$1.16 trillion in 2010. Oncological surgery is one of the three pillars of treatment, nursing care practices in sizing therapy beds intensive care changes over the years, and it is the nurse's duty to recognize and implement practices to promote quality care for patients. **Objective:** Create and validate a Checklist for admission to intensive care of patients in the immediate postoperative period of oncological surgery. **Method:** This validation consisted of two stages: Creation of the checklist based on the researchers' database and experience and content validation using the Delphi methodology. Participants were recruited through evaluation of the lattes platform and indication of other participants by those recruited. STROBE Checklist was used as a guide for this study. **Results:** Three rounds were used to evaluate the judges, obtaining CVIm 98.4%, suggesting high acceptance of the checklist by experts.

Conclusion: The checklist aimed at post-operative cancer patients admitted to intensive care was validated by three categories, eleven subcategories and thirty-six care items.

Relevance for clinical practice: This instrument will be a guide for nursing actions, with the objective of optimizing care and establishing a routine, resulting in quality care for critical patients and improving communication between the nursing team, reducing related risks when

Keywords: Nursing, ICU admission, Oncological Surgery, Postoperative period, Delphi Method.

Instituição afiliada – ¹Graduando de enfermagem. Universidade do Oeste Paulista, Campus Jaú, Presidente Prudente, São Paulo, Brazil, ²Graduando de medicina, Campus, Presidente Prudente, São Paulo, Brazil, ³Faculdade de Medicina UNOESTE, Campus Jaú, Presidente Prudente, São Paulo, Brazil

Autor correspondente: Rodrigo Neves Joaquim Email: rodrigo.joaquim@hotmail.com

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



1 INTRODUÇÃO

O câncer foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018, com impacto econômico de US\$1,16 trilhões em 2010 ⁽¹⁾. Existem mais de 100 tipos de câncer ⁽²⁾, a cirurgia oncológica compõe um dos três pilares para um tratamento bem sucedido, acompanhado pela radioterapia e quimioterapia, sendo realizado dez mil operações oncológicas no Brasil todos os anos ⁽³⁾.

São muitos os critérios para a admissão de pacientes em unidade de terapia intensiva⁽⁴⁾. As práticas assistenciais de enfermagem no dimensionamento de leitos em terapia intensiva se alteram no decorrer dos anos e é dever do enfermeiro reconhecer e implementar práticas e instrumentos que auxiliem na promoção assistencial de qualidade ao paciente e profissional⁽⁵⁾.

Estudos demonstraram que durante a admissão de paciente em terapia intensiva é necessário a anotação de comorbidades, peso e altura para estabelecer o Índice de massa corpórea (IMC) ⁽⁶⁾, nome completo, data de nascimento, tipo de cirurgia e histórico médico pregresso ⁽⁷⁾, verificar a necessidade de suporte ventilatório pós procedimento cirúrgico oncológico, como ventilação mecânica e o uso de drogas vasoativas ⁽⁸⁾, além de suplementação respiratória por outras oxigenioterapias e ventilação mecânica não invasiva ⁽⁹⁾.

Deve-se preconizar a prevenção relacionada a dispositivos intravenosos ⁽¹⁰⁾, cuidados com a ferida operatória, estabilidade hemodinâmica, alimentação por sonda nasogástrica e coleta de exames laboratoriais ⁽¹¹⁾, controle da dor, monitorização intensiva dos sinais vitais, observação de alterações cardíacas e renais ⁽¹²⁾, cuidados com traqueostomia ⁽¹³⁾. Entretanto, é destacado o tempo de internação em UTI está relacionado com a especialidade médica cirúrgica ⁽¹⁴⁾, além da necessidade do conhecimento da região cirúrgica ⁽¹⁵⁾.

Eventos adversos antes e após o procedimento cirúrgico também aumentam o risco de admissão em terapia intensiva, como PCR, infecção do trato urinário ou cirúrgico ⁽¹⁶⁾, alteração da consciência, aumento da pressão arterial⁽¹⁷⁾, instabilidade circulatória e necessidade de cateter arterial⁽¹⁸⁾. A enfermagem atua na vigilância para identificar complicações clínicas e tratar a partir de sinais de alerta precoce resultantes



da piora clínica ⁽¹⁹⁾, além de manipular bombas de infusão ⁽²⁰⁾, observação do estado nutricional conforme situação atual de alimentação ⁽²¹⁾, quantificação de eliminação pelos drenos ⁽²²⁾ e sistemas de eliminação fecal, como colostomia ⁽²³⁾.

Visto isso, o objetivo deste estudo tende a criar e validar um instrumento (Checklist) para admissão em terapia intensiva de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia oncológica

2 METODOLOGIA

2.1 Aspectos Éticos

No requisito ético, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Centro Oeste Paulista (UNOESTE), de acordo com as disposições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS). Após parecer substanciado e a aprovação do CEP, foi iniciada a coleta de dados. Vale Ressaltar que este estudo foi aprovado pelo CEP UNOESTE CAAE: 74667123.5.0000.

2.2 Fases do estudo

Este estudo teve dois estágios: Criação do checklist para admissão em terapia intensiva de pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica; e validação utilizando método Delphi.

2.2.1 Primeira Fase: Elaborando a ferramenta do estudo

O instrumento foi elaborado a partir da experiência dos profissionais pesquisadores em conjunto com evidência científica. A pesquisa foi realizada no período de junho á outubro de 2023, utilizando sites governamentais nacionais, internacionais e base de dados PUBMED, MEDLINE, Biblioteca virtual em saúde (BVS) e LILACS sendo utilizado operadores booleanos “OU” e “E” a partir de descritores: Enfermagem, Admissão em UTI, Cirurgia Oncológica, Pós-operatório, Método Delphi. Inicialmente foi encontrado 226 resultados. Após leitura do título e resumo, descartado 146 por não ter critério de inclusão ao tema, 3 eram duplicados nas base de dados selecionado 80. Após



leitura completa dos artigos, apenas 25 foram considerados relevantes ao estudo

2.2.2 Segunda Fase: Validação do instrumento utilizando Método Delphi.

A validação do checklist foi realizado a partir da seleção de especialistas por currículo Lattes Plataforma of the Nacional Council for Scientific and Technological Development of Brazil e indicação dos especialistas de outros profissionais para a pesquisa. O critério de inclusão: profissionais enfermeiros que possuem ou não, título de especialista em terapia intensiva ou oncologia, mas que tenham atuado na admissão de pacientes cirúrgicos oncológicos em terapia intensiva; concordar com o termo de ciência livre esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi estabelecido a partir da não entrega da avaliação no prazo pré definido, Especialistas que desistissem de participar do estudo ou que não aceitem os termos do TCLE. Dez especialistas foram selecionados e contactados por email com uma carta formal anexada, contendo informações, objetivos e metodologia do estudo junto ao termo de consentimento. Após indicações, trinta especialistas foram convocados, porém apenas dezenove aceitaram a participação. Na literatura, não há um consenso do número de especialistas para a validação do instrumento⁽²⁴⁾.

A primeira rodada Delphi aconteceu no período de novembro de 2023, a partir do recebimento para avaliação, foi estipulado um período de 30 dias para o retorno do instrumento. Sugestões foram recebidas nesta rodada, incluindo 3 categorias, 11 subcategorias e 37 itens assistenciais. A segunda rodada aconteceu em janeiro de 2024, o instrumento foi avaliado pelos mesmos especialistas e retornado em 30 dias as 19 avaliações.

A estratégia de avaliação dos especialistas foi baseado pela escala likert sendo: Completamente Adequada (CA) (4): conduta correta, sem necessidade de qualquer acréscimo; Adequada (A)(3): conduta correta, mas cabível de alguma complementação; parcialmente adequada (2): conduta que necessita de alguma correção e/ou reformulação; Inadequada (1): conduta que necessita ser suprimida ou é desnecessária. O processo estatístico considera apenas CA e A como fator de concordância, sendo consenso de adesão > 80%⁽²⁵⁾



A Terceira rodada aconteceu em março 2024 e obtivemos retorno dos mesmos 19 especialistas que refinaram o instrumento, sendo objetivo de adesão deste estudo >85%, removendo apenas um item assistencial devido à baixa adesão, resultando ao final 3 categorias, 11 subcategorias e 36 itens assistenciais.

2.3 Análise Estatística

Ao final de três rodadas, os dados foram compilados no Microsoft Excel. ANOVA (Analisys Variance) foi escolhida para avaliar a variabilidade entre as rodadas para testar a influência de dois ou mais fatores em uma variável dependente. A análise será descrita nos resultados (Tabela 2).

O cálculo para o IVC é determinado pela quantidade de respostas “CA” e “A” e dividido pelo numero total de participantes que realizaram a avaliação, resultando na porcentagem apropriada para os especialistas em cada item avaliado. Consequentemente, o resultado obtido pelo total de cada item >85% é somado e após dividido pelo total de itens avaliados, resultando no IVC universal. Também foi aplicado a razão de validade de conteúdo (RVC), a partir de três categorias: Desnecessário; útil. O Consenso entre os especialistas será descrito nos resultados pela Tabela 3

O STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) foi utilizado como guia no processo deste estudo.

Ao final de três rodadas, os dados foram compilados no Microsoft Excel. ANOVA (Analisys Variance) foi escolhida para avaliar a variabilidade entre as rodadas para testar a influência de dois ou mais fatores em uma variável dependente. A análise será descrita nos resultados pela Tabela 2

3 RESULTADOS

Os cuidados de enfermagem a partir do checklist são compostos por três categorias, 11 subcategorias e 36 itens assistenciais. Primeira Categoria: Primeiro estágio - Preparando a Unidade para receber o paciente; Segunda Categoria: Segundo estágio - Identificação da história pregressa; terceiro estágio - Admissão na unidade de terapia intensiva.

Participaram no total 19 enfermeiros, sendo 8 (42,1%) do gênero masculino e 11 (57,9%) do gênero feminino. Quanto ao tempo de atuação na enfermagem, 21% apresentaram tempo entre 1 e 5 anos; 36,1% entre 5 e 10 anos; 47,4 maior que 10 anos.



Referente ao tempo de ser enfermeiro frente a admissão de paciente pós cirúrgico oncológico em terapia intensiva, 42,1% apresentam tempo entre 1 e 5 anos; 36,8% apresentam tempo entre 5 e 10 anos; 21,1% maior que 10 anos. Quanto ao grau de especialização, 73,7% possuem pós graduação em terapia intensiva e apenas 31,% dos participantes possuem graduação em oncologia.

Na primeira rodada Delphi, três itens assistenciais foram alterados por possuírem IVC < 85 (84%) possuindo sugestão de alteração na caixa de feedback e um item foi excluído por apresentar IVC 78%, representado na tabela 1.

Tabela 1 Consenso dos avaliadores após rodada Delphi para modificação/exclusão.

Categoria	Subcategoria	N	%
Preparando a unidade para receber o paciente	Tipo de cirurgia oncológica	19	84
Identificação da história pregressa	Checando o uso de medicações contínuas	19	84
Admissão em terapia intensiva	Marca-pasor () Sim () Não aplicavel	19	78
	Zeramento de pressão venosa/arterial	19	84

Foi aplicado ANOVA de dois fatores sem repetição para todas as rodadas separadamente. Todos os valores de p das colunas, para os três itens, em todas as rodadas, foram inferiores a 0,05. Portanto, há diferença estatisticamente significativa entre as médias analisadas. Porém, os valores de p da linha para todas as rodadas ficaram acima de 0,05, indicando não haver diferença estatisticamente significativa entre os valores obtidos

Tabela 2 Resultados ANOVA

	Item 1		Item 2	Item 3		
	Linha	Coluna	Linha	Coluna	Linha	Coluna
Primeira Rodada	0.99448	4.6E-32	0.93987	1.1E-29	0.55077	4.5E-28
Segunda Rodada	0.99746	2.94E-30	1	1.87E-33	0.995143	6.32E-32
Terceira Rodada	0.513815	7.67E-32	0.604106	5.23E-36	0.535047	1.83E-34

Na segunda rodada Delphi, não houve alterações por todos os itens apresentarem IVC > 85% e na Terceira rodada Delphi manteve a mesmo consenso após consolidação dos avaliadores na reavaliação de suas respostas. A representação dos achados da pesquisa será apresentada pela tabela 3 em discussão.

TABELA 3 Consenso entre os especialistas em relação a cada item do instrumento na terceira rodada

	N	1	2	3	4	IVC-I	RVC
Identificação no leito	19	0	0.01754	0.16667	0.81579	0.98246	0.596491
Testando Equipamentos	19	0	0	0.18421	0.81579	1	0.631579
Testando sistema de gas	19	0	0.017544	0.245614	0.736842	0.982456	0.438596
Checando Outros itens da unidade	19	0	0.05263	0.40789	0.53947	0.94737	0.052632
Checando informações	19	0	0	0.2807	0.7193	1	0.438596
Checando Antecedentes pessoais	19	0	0	0.21053	0.78947	1	0.578947
Checando o uso de medicações contínuas	19	0	0	0.36842	0.63158	1	0.263158
Checando alergias	19	0	0	0.21053	0.78947	1	0.578947
Instalando equipamentos	19	0	0.00877	0.33333	0.65789	0.99122	0.368421
Características do Paciente	19	0	0.01754	0.41228	0.57018	0.98246	0.140351
Dispositivos Intravascular	19	0	0.05263	0.31578	0.63157	0.94736	0.263158
Promovendo a segurança do paciente	19	0	0	0.21053	0.78947	1	0.578947

Nota: Legenda: N- Número de participantes, 1-Inadequado; 2-Parcialmente Adequado; 3-Adequado; 4-Completamente adequado; I-IVC- Índice de Validade de Conteúdo Individual; Razão de validade de conteúdo RVC.

4 DISCUSSÃO

O checklist é necessário para promover a segurança em saúde, reduzindo eventos adversos ⁽²⁵⁾.

Relembrando os indicadores de saúde deste estudo, a categoria “ Preparando a unidade para receber o paciente” e “ Identificação da história progressa” destaca a identificação do leito conforme dados do prontuário/tratamento⁽⁶⁾, além do conhecimento de comorbidades, medicações de uso contínuo e testagem de equipamentos, pois é necessário a monitorização contínua de parâmetros clínicos, verificação do sistema de suplementação da rede de gases (oxigênio), além de exames laboratoriais e outros tipos de monitorização⁽⁷⁾. Estes achados confirmam a proposta para a criação deste estudo.

Quanto ao indicador em saúde deste estudo “Admissão na terapia intensiva” é o momento em que recebemos o paciente proveniente da sala cirúrgica e aplicamos a



monitorização clínica deste paciente além da necessidade de aplicação de bombas de infusão para administração de drogas vasoativas⁽⁸⁾ e suplementação de oxigênio por métodos não invasivos⁽⁹⁾.

Frente as admissões, a avaliação da localização e condições de acessos vasculares deve ser realizada para reduzir eventos adversos⁽¹⁰⁾, observar os locais e aplicar cuidados com a ferida operatória, avaliar sistemas de alimentação, como por sonda nasogástrica⁽¹¹⁾. Drenos também devem ser identificados para anotar a mensuração de seu débito junto ao aspecto de coloração⁽²²⁾ e sistemas de eliminação intestinais, como colostomias⁽²³⁾.

O controle de eliminações é necessário para avaliar distúrbios renais e a monitorização contínua dos sinais vitais é de grande importância para detectar alterações cardíacas e hemodinâmicas⁽¹²⁾, pois os principais eventos adversos em terapia intensiva, mesmo em pacientes geriátricos, é a parada cardiorrespiratória, infecção do trato urinário por dispositivos de mensuração e infecção do sítio cirúrgico⁽¹⁶⁾.

Somado aos eventos adversos, a avaliação constante do nível de consciência do paciente deve ser feita a partir da escala de Glasgow e NEWS2⁽¹⁷⁾. Além de ferramentas para a segurança do paciente, como a escala de BRADEN e MORSE, não foram achados na literatura mas devido a experiência dos pesquisadores e especialistas avaliadores deste projeto, também considera-se a aplicação de conectores valvulados em acessos venosos centrais para prevenção de infecção de corrente sanguínea e elevação de cabeceira de 30 a 45º para prevenção de pneumonia aspirativa e pneumonia associada a ventilação mecânica para pacientes entubados, de grande relevância para melhoria da assistência do paciente na prevenção de eventos adversos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento com foco em pacientes em pós cirúrgico oncológico foi criado com 3 categorias 13 subcategorias e 36 itens assistenciais para ser aplicada na clínica em terapia intensiva com o objetivo de guiar a admissão deste paciente aos profissionais de enfermagem para otimização de tempo e melhoria na qualidade no cuidado.



6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo compreendeu ao número limitado de especialistas indicado neste estudo para as rodadas da metodologia Delphi. Entretanto, conseguimos o IVC ideal para validar o instrumento na aplicação da enfermagem frente a admissão de pacientes pós-cirúrgicos oncológicos em terapia intensiva.



Validação de checklist para admissão de pacientes pós-cirúrgico oncológico em terapia intensiva

Joaquim, R.N et. al.

N-VES: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE PACIENTES PÓS-CIRURGICO ONCÓLOGICO EM TERAPIA INTENSIVA	
Nome completo do paciente:	
1 - Preparando a Unidade Para Receber o Paciente	
1.1 Identificação no leito	
Tipo de Cirurgia oncológica: () Urológica () Torácica () Ginecológica/Mastologia () Gastrointestinal () Cabeça e pescoço () Hepatobiliar/Pancreáticas () Citoredução/Intraperitoneal/Quimioterapia () Outros: _____ Nome do médico cirurgião: _____ Data da Admissão cirúrgica: ____/____/____ Nome do procedimento cirúrgico: _____	
1.2 – Testando equipamentos	1.4 Checando Outros itens da unidade
Monitor Multiparâmetros () Sim () Não aplicável Ventilador Mecânico () Sim () Não Aplicável Bomba de infusão () Sim () Não aplicável Carrinho de emergência com Desfibrilador () Sim () Não aplicável	Suporte para Equipamento transdutor de Pressão e bolsa pressurizadora () Sim () Não aplicável Eletrodos, Módulos, Transdutores, Oxímetro de pulso, Termômetro, Pressão Arterial Invasiva/Não-Invasiva () Sim () Não aplicável Tubos para Exames Laboratoriais, Gasometria Arterial/Venosa () Sim () Não aplicável Monitorização Hemodinâmica () Sim () Não aplicável
1.3 – Testando o Sistema de suporte de gás	
Válvula de regulação de Oxigênio/ Ar comprimido () Sim () Não aplicável Sistema de Vácuo e dispositivo de sucção () Sim () Não aplicável Medidos de fluxo (Oxigênio/Arcomprimido) () Sim () Não aplicável	
2 – Identificação da história pregressa	
2.1 Checando Informações	2.3 Checando o uso de medicações contínuas
Peso Kg ____ Altura ____ m Removido Prótese do paciente: () Sim () Não aplicável Dentária () Superior () Inferior / Aparelho Auditivo () Superior () Inferior Outros: _____	() Ant hipertensivos () Hipoglicemiantes Oral/Injetável () Antidepressivos/Anciolíticos () Beta-Bloqueadores () Outros: _____ Nome da Medicação/Dose/Frequência: _____
2.2 Checando antecedentes pessoais	2.4 Checando Alergias
() Diabetes () Doença Cardiovascular () Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) () Etilista () Tabagista () Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) () Outros: _____	() Medicação. Quais? _____ () Comida. Quais? _____ () Outros. Quais? _____

FIGURA 1 Frente: N-VES: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE PACIENTES PÓS-CIRURGICO ONCÓLOGICO EM TERAPIA INTENSIVA



Validação de checklist para admissão de pacientes pós-cirúrgico oncológico em terapia intensiva

Joaquim, R.N et. al.

3 – ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
3.1. Instalando Equipamentos	
Ventilador Mecânico () Sim () Não aplicável / Monitor Multiparametros () Sim () Não aplicável / Sistema de vacuo () Sim () Não aplicável / Uso de Bomba de infusão contínua para terapia intravenosa () Sim () Não aplicável / Suporte respiratório () Sim () Não aplicável / Aplicação de Mensuração em Zero () Yes () Not applicable () Invasive Blood Pressure () Central Venous Pressure / () Others: _____	
3.2 Características do Paciente	
Sistema de alimentação/ Drenagem () Oral/Jejum () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () Outros: _____	
Sistema de excreção urinária () Espontânea () SVD () Cistostomia () Bricker () Ureterostomia () Nefrostomia () Necessidade de irrigação vesical Urine Color _____	
Sistema de excreção intestinal () Espontânea () Ileostomia () Colostomia A – Ascendente B – Descendente C – Transversa D – Sigmoides	
Suporte respiratório () Ar Ambiente () Traqueostomia () Cateter Nasal. Litros ____ () Nebulização. Litros ____ () Ventilação Mecânica. RIMA número _____ A- Orotraqueal B – Nasotraqueal C - Traqueostomia	
Incisão Cirúrgica A – Cranio () Frontal () Occipital () Temporal () Parietal () Orbital () Face B – Coluna Vertebral () Cervical () Torácica () Lombar () Sacral C - Torax – Anterior. Região _____ Posterior. Região _____ D – Gastrointestinal () Abdome – Região _____ () Perineo () Reto E – Outros _____	Surgical Drain Area 1- Penrose 2- Tubular 3- Torax 4- Sucção 5- Siliconado 6 - Outros: _____ A – Cranio () Frontal () Occipital () Temporal () Parietal () Orbital () Face B – Coluna Vertebral () Cervical () Torácica () Lombar () Sacral C - Torax – () Anterior. Região _____ () Posterior . Região _____ D – Gastrointestinal () Abdomen – Região _____ () Perineo () Reto E – Coloração da drenagem _____
3.3 Dispositivos Intravasculares	
() Acesso Venoso Central. Região _____ () Acesso venoso periférico. Região _____ () Cateter Arterial . Região _____	
3.4 – Promovendo a segurança do paciente	
() Checar a programação medicamentosa seguindo a prescrição médica () Uso da escala de dor () Aplicar dispositivos valvulados em acessos venosos para prevenção de infecção de corrente sanguínea () Manter a cabeceira elevada de 30 a 45° para prevenção de pneumonia () Fixação de cateterismo vesical para prevenção de lesão em meato urinário () Aplicar escala de Morse e Braden () Aplicar escala de consciência . RASS _____ GLASGLOW _____ () Monitorar possíveis complicações : Hiper/hipoglicemia , Hiper/hipotensão , Oligúria , sangramento	

FIGURA 1 Verso: N-VES: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICO ONCOLÓGICO EM TERAPIA INTENSIVA



7 REFERÊNCIAS

1. Câncer - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [citado 24 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>
2. Instituto Nacional de Câncer - INCA [Internet]. [citado 25 de julho de 2024]. O que é câncer? Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/o-que-e-cancer>
3. Disner E, SBCO. SBCO. 2022 [citado 25 de julho de 2024]. Tipos de cirurgia oncológica para o tratamento do câncer • SBCO. Disponível em: <https://sbco.org.br/tipos-de-cirurgia-oncologica-para-o-tratamento-do-cancer/>
4. Patel VN, Stone SD. Patients With Advanced Cancer Requiring Intensive Care: Reasons for ICU Admission, Mortality Outcomes, and the Role of Palliative Care. *AACN Adv Crit Care*. 2021;324–31.
5. Nassiff A, Meneguetti MG, Araújo TR de, Auxiliadora-Martins M, Laus AM. Demand for Intensive Care beds and patient classification according to the priority criterion. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 29 de outubro de 2021 [citado 25 de julho de 2024];29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/x37Btvr7Gp5nHqBXpWHNzcn/?lang=em>
6. Bosch-Compte R, Visa L, Rios A, Duran X, Fernández-Real M, Gomariz-Vilaldach G, et al. Prognostic factors in oncological patients with solid tumours requiring intensive care unit admission. *Oncol Lett*. 2023;525–525.
7. Li W, Li S, Shen F, Li L, Gao D, Liu B, et al. [Prognosis of patients planned and unplanned admission to the intensive care unit after surgery: a comparative study]. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2023;746–51.
8. Krawczyk P, Trojnarowska D, Baran R, Lonc T, Swistek R, Tyszecki P, et al. Postoperative gynecologic oncology admissions to intensive care unit in the tertiary care center: an eight-year retrospective study. *Ginekol Pol* [Internet]. 2022 [citado 25 de julho de 2024]; Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5603/GP.a2022.0133>
9. Díaz-Díaz D, Villanova Martínez M, Palencia Herrejón E. Pacientes oncológicos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis de factores predictivos de mortalidad. *Med intensiva (Madr, Ed impr)*. 2018;346–53.
10. Kiehl MG, Beutel G, Böll B, Buchheidt D, Forkert R, Fuhrmann V, et al. Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support. *Ann Hematol*. 2018;1271–82.
11. Mohamed AAS, Mai L, Rao G, Fan S, Mashrah MA, Holkom MAM, et al. Perioperative risk factors impact on intensive care unit length of stay (ICU length of stay) in oral squamous cell carcinoma. *BMC Oral Health*. 2023;624–624.
12. Wegdam JA, de Jong DLC, Gielen MJC a. M, Nienhuijs SW, Füsers AFM, Bouvy ND, et al. Impact of a multidisciplinary team discussion on planned ICU admissions after complex abdominal wall reconstruction. *Hernia*. 2023;623–33.
13. Mashrah MA, Aldhohrah T, Abdelrehem A, Sabri B, Ahmed H, Al-Rawi NH, et al. Postoperative care in ICU versus non-ICU after head and neck free-flap surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022:e053667–e053667.
14. Ohbe H, Matsui H, Kumazawa R, Yasunaga H. Postoperative ICU admission following major elective surgery: A nationwide inpatient database study. *Eur J Anaesthesiol*. 2022;436–44.
15. Yu PK, Sethi RKV, Rathi V, Puram SV, Lin DT, Emerick KS, et al. Postoperative care in an intermediate-level medical unit after head and neck microvascular free flap reconstruction. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2019;39–42.
16. Fasanya C, Lee JJ, Caronia CG, Rothburd L, Japhe T, Hahn YH, et al. The Impact of Screening for



Perioperative ICU Admission in Geriatric Hip Fracture Patients: A Retrospective Analysis. *Cureus*. novembro de 2023;15(11):e49234.

17. Peng L, Luo Z, Liang L, Liu M, Meng L, Tan J, et al. Comparison of the Performance of 24 Early Warning Scores with the Updated National Early Warning Score (NEWS2) for Predicting Unplanned Intensive Care Unit (ICU) Admission in Postoperative Brain Tumor Patients: A Retrospective Study at a Single Center. *Med Sci Monit*. 2 de março de 2021;27:e929168.

18. Sakuramoto H, Nakamura K, Ouchi A, Okamoto S, Watanabe S, Liu K, et al. Current Practice and Barriers to the Implementation of Mobilization in ICUs in Japan: A Multicenter Prospective Cohort Study. *J Clin Med*. 9 de junho de 2023;12(12):3955.

19. Krupp A, Lasater KB, McHugh MD. Intensive Care Unit Utilization Following Major Surgery and the Nurse Work Environment. *AACN Adv Crit Care*. 15 de dezembro de 2021;32(4):381–90.

20. Barends CRM, Driesens MK, van Amsterdam K, Struys MMRF, Absalom AR. Moderate-to-Deep Sedation Using Target-Controlled Infusions of Propofol and Remifentanyl: Adverse Events and Risk Factors: A Retrospective Cohort Study of 2937 Procedures. *Anesth Analg*. outubro de 2020;131(4):1173–83.

21. Sim J, Hong J, Na EM, Doo S, Jung YT. Early supplemental parenteral nutrition is associated with reduced mortality in critically ill surgical patients with high nutritional risk. *Clin Nutr*. dezembro de 2021;40(12):5678–83.

22. Reade MC, Marks DC, Howe B, McGuinness S, Parke R, Navarra L, et al. Cryopreserved platelets compared with liquid-stored platelets for the treatment of surgical bleeding: protocol for two multicentre randomised controlled blinded non-inferiority trials (the CLIP-II and CLIPNZ-II trials). *BMJ Open*. 20 de dezembro de 2022;12(12):e068933.

23. Jin Y, Li C, Zhang X, Jin Y, Yi L, Cui J. Effect of FOCUS-PDCA procedure on improving self-care ability of patients undergoing colostomy for rectal cancer. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03729.

24. Rojas-Botero ML, Borrero-Ramírez YE, Cáceres-Manrique F de M. [List of potentially avoidable causes of death in childhood: a proposal for Colombia]. *Cad Saude Publica*. 4 de setembro de 2020;36(9):e00086519.

25. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ de, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trab educ saúde*. 19 de junho de 2020;18:e0026294.