



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Diccini, Solange; Costa Nogueira, Aline Malheiro da
Remoção do piercing no perioperatório
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 61, núm. 1, enero-febrero, 2008, pp. 85-90
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019608013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Remoção do *piercing* no perioperatório

Perioperative removal of body piercing

Remoción del piercing en el perioperatorio

Solange Diccini¹, Aline Malheiro da Costa Nogueira¹

¹Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem. São Paulo, SP

Submissão: 30/05/2007

Aprovação: 19/10/2007

RESUMO

A permanência do *piercing* no intra-operatório pode ocasionar intercorrências. Este estudo teve como objetivo determinar as intervenções de enfermagem no pré-operatório e avaliar as complicações do *piercing* no intra-operatório. Durante a revisão da literatura, foram incluídos 16 artigos publicados de 1994 a 2006. Nove artigos (56,2%) de intervenções de enfermagem no pré-operatório, quatro (25,0%) de complicações do *piercing* no intra-operatório e três (18,8%) sobre o uso do *piercing* no intra-operatório, não apresentando complicações. Concluímos que a presença de *piercing* oral durante o intra-operatório aumenta o risco de lesões e aspiração. No corpo, a presença do *piercing* pode causar lesões na pele, decorrentes da mobilização do paciente e queimaduras eletrocirúrgicas. Portanto, é necessária a retirada do *piercing* no pré-operatório.

Descritores: Enfermagem perioperatória; Piercing corporal; Cirurgia.

ABSTRACT

The remaining of piercing in intraoperative can cause damages. This paper had as purpose defining the nursing interventions in the intraoperative and evaluates the complications caused by piercing in the intraoperative. This literature review had 16 articles published from 1994 to 2006. Nine articles (56.2%) were about nursing interventions in the intraoperative, four (25.0%) were concerning complications in the intraoperative and three (18.8%) were about the use of piercing in the intraoperative, not presenting complications. We concluded that wearing oral piercing in the intraoperative increases the risk of swallowing and injuries. Furthermore, wearing body jewelry can cause injuries on the skin during the patient's moving and burns after electrosurgery. Therefore, it is necessary to withdraw the piercing in the preoperative.

Descriptors: Perioperative nursing; Body piercing; Surgery.

RESUMEN

La permanencia del piercing en el intraoperatorio puede causar algún perjuicio. Pretendemos, determinar las intervenciones de enfermería en el preoperatorio y evaluar las complicaciones del piercing en el intraoperatorio. La revisión de la literatura mostró 16 artículos publicados de 1994 a 2006. Nueve (56,2%) fueron de intervenciones de enfermería en el preoperatorio, cuatro (25,0%) de complicaciones del piercing en intraoperatorio, tres (18,8%) no mostraron complicaciones. Concluimos, la presencia del piercing oral, durante el intraoperatorio aumenta el riesgo de aspiración y daño. En el cuerpo, puede causar heridas en la piel, provocadas por la movilización del enfermo y las quemaduras, debido al uso de bisturí eléctrico durante el acto intraoperatorio. Por consiguiente, es necesario retirar el piercing en el preoperatorio.

Descriptores: Enfermería perioperatoria; Perforación del cuerpo; Cirugía.

INTRODUÇÃO

O uso de *piercing* no corpo e/ou rosto não é uma prática recente. Egípcios, tribos indígenas, povos hindus e indivíduos pertencentes à corte da rainha Vitória são exemplos de adeptos de tal prática^(1,2). Os locais onde o uso do *piercing* é mais comum são: sobrancelha, lábios, filtro do lábio, nariz, orelha, bochecha, queixo, língua, úvula, umbigo, mamilos e genitália⁽¹⁻⁵⁾.

No contexto hospitalar podemos encontrar pacientes internados utilizando *piercing*. Porém a permanência do *piercing* pode acarretar intercorrências, tais como: dificuldade na realização das manobras de reanimação cardio-respiratória; suspensão do exame de ressonância nuclear magnética; dificuldade na passagem de sonda vesical; lesões no recém-nascido após o parto vaginal; predisposição a queimaduras após uso de desfibrilador na parada cardíaca; aumento do risco de queimaduras após uso de eletrocirurgia e dificuldade na intubação orotraqueal⁽¹⁻⁵⁾.

No centro cirúrgico, durante a indução da anestesia geral, o *piercing* pode ser deslocado para as vias aéreas causando edema e hipóxia, ou para o trato gastrointestinal. O *piercing* em diversos locais do corpo podem provocar lesões por pressão ou mobilização durante o procedimento cirúrgico^(2,6).

Pacientes de todas as idades são submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos diariamente, porém há carência na literatura a respeito dos cuidados no pré-operatório imediato em pacientes com *piercing*. O enfermeiro que atua no pré-operatório imediato, tanto na unidade de internação quanto no centro cirúrgico, pode deparar-se com pacientes utilizando *piercing*. Estes enfermeiros devem realizar orientações e cuidados que previnam as complicações decorrentes do uso de *piercing* durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Este estudo tem como objetivo determinar as principais intervenções de enfermagem no pré-operatório imediato em pacientes com *piercing* e avaliar na literatura relatos de experiência em relação ao uso de *piercing* em intra-operatório.

MÉTODO

Para elaboração deste estudo foi realizada uma revisão da literatura que ocorreu de acordo com as seguintes fases: delimitação do tema, busca na literatura, leitura e avaliação dos estudos e apresentação dos dados relevantes ao tema. As perguntas que orientaram o levantamento bibliográfico foram: a) Pacientes que usam *piercing* durante o intra-operatório podem ter complicações devido ao seu uso? b) Quais são as intervenções de enfermagem no pré-operatório que previnem a ocorrência de complicações pelo uso do *piercing* no intra-operatório? A revisão da literatura foi realizada no período de janeiro a novembro de 2006. A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scientific Eletronic Library on Line* (SciELO). Os artigos incluídos foram publicados de 1994 a 2006, nos idiomas inglês, espanhol e português.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos que determinem os principais cuidados de enfermagem no pré-operatório imediato em pacientes com *piercing* e relatos de

experiência sobre o uso de *piercing* no intra-operatório. Os seguintes descritores foram utilizados na localização dos artigos: "*piercing* e complicações", no campo palavras do título; "*piercing* e anestesia", no campo palavras; "cuidados pré-operatórios e corpos estranhos" no campo descritor de assunto; "controle de infecções e *piercing*" no campo descritor de assunto e por fim somente "*piercing*" no campo palavras.

RESULTADOS

Nas bases de dados LILACS e SciELO não foram localizados artigos. Na base de dados MEDLINE foram localizados 43 artigos, sendo que 16 preenchiam os critérios de inclusão. Na base de dados CINAHL foram localizados 178 artigos, sendo que os quatro artigos selecionados nesta base, também foram encontrados no MEDLINE.

No total foram incluídos 16 estudos. Nove artigos (56,2%) eram sobre intervenções de enfermagem referentes à pacientes com *piercing* no pré-operatório, quatro (25,0%) eram sobre complicações devido ao uso de *piercing* em intra-operatório e três (18,8%) eram sobre pacientes que usaram *piercing* no pré-operatório e que não apresentaram complicações.

Quanto à autoria dos artigos constatou-se que sete (43,7%) foram escritos por médicos, quatro (25,0%) por enfermeiros, um (6,3%) foi escrito por médicos e enfermeiros e quatro (25,0%) não foi possível identificar a formação dos autores.

Quanto ao tipo de periódico, dez (62,50%) eram de anestesiologia, três (18,75%) de enfermagem perioperatória, um de enfermagem geral (6,25%), um (6,25%) de pediatria e um (6,25%) periódico de ginecologia.

Em relação ao delineamento dos trabalhos constatamos que nove (56,25%) eram relatos de experiência, três (18,75%) eram revisões de literatura, dois (12,5%) eram estudos clínicos observacionais prospectivos e dois eram correspondências (12,5%).

O Quadro 1 mostra os resumos dos artigos de revisão de literatura incluídos na amostra inicial do estudo.

O quadro 2 mostra os resumos dos estudos clínicos observacionais incluídos no estudo, sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com *piercing* em pré-operatório.

O quadro 3 mostra os resumos das correspondências e relatos de experiência sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com *piercing* em pré-operatório. O quadro 4 mostra os resumos de relatos de experiência incluídos inicialmente na amostra do estudo.

O quadro 5 mostra os resumos de relatos de experiência, cujos pacientes com *piercing* em intra-operatório não apresentaram intercorrências.

DISCUSSÃO

No pré-operatório imediato, durante a realização da anamnese e do exame físico, o enfermeiro deve verificar se o paciente usa algum tipo de *piercing* e descrever a localização do adorno⁽⁹⁾. Caso o paciente esteja usando algum tipo de *piercing*, o paciente deve ser orientado a retirar o mesmo, como também deve ser orientado quanto as diversas complicações que podem ocorrer durante o ato anestésico-cirúrgico⁽¹⁻¹⁷⁾.

Uma das complicações da permanência do *piercing* em intra-

Autor	Objetivo	Discussão	Considerações Finais
Marenzi ⁽³⁾	Identificar os locais em que o uso do <i>piercing</i> é mais comum e as complicações do uso de <i>piercing</i> em intra-operatório. Discutir as intervenções de enfermagem que previnam as complicações causadas pelo <i>piercing</i> .	O <i>piercing</i> é usado na orelha, sobrancelha, nariz, língua, lábios, umbigo, mamilos e genitais. Pode ocorrer aspiração do <i>piercing</i> após intubação orotraqueal, e queimaduras após o uso do bisturi elétrico. O <i>piercing</i> deve ser retirado no pré-operatório.	As complicações do uso de <i>piercing</i> no intra-operatório devem ser estudadas mais apuradamente. A conduta adotada frente ao uso de <i>piercing</i> no pré-operatório deve ser baseada em evidências científicas.
Armstrong ⁽⁷⁾	Indicar intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório que usam <i>piercing</i> .	O <i>piercing</i> colocado recentemente deve ser substituído por um fio de sutura. O paciente deve ser orientado a higienizar a área próxima ao <i>piercing</i> três vezes ao dia durante o pós-operatório.	O enfermeiro deve considerar os aspectos sócio-culturais dos pacientes que internam com <i>piercing</i> e conhecer as complicações decorrentes do uso do <i>piercing</i> .
Porteous ⁽⁸⁾	Identificar as complicações devido ao uso do <i>piercing</i> no intra-operatório e indicar intervenções de enfermagem.	O paciente anestesiado pode aspirar o <i>piercing</i> oral. O uso de bisturi elétrico pode provocar queimaduras. O enfermeiro deve orientar o paciente sobre a importância da retirada do <i>piercing</i> . Se a cirurgia é de emergência, o <i>piercing</i> deve ser retirado pelo enfermeiro.	O número de pacientes que chegam em sala de cirurgia com <i>piercing</i> diminui, quando diversos profissionais de áreas diferentes, trabalham visando alcançar esse objetivo de prevenção de complicações do uso do <i>piercing</i> .

Quadro 1. Resumos das revisões de literatura sobre as intervenções de enfermagem ao paciente com *piercing* no pré-operatório.

Autor	Tipo de intervenção	Resultados	Considerações finais
Jacobs, Morrison, Paepke, Kiechle ⁽⁹⁾	Estudo realizado entre outubro de 2001 a março de 2004. Os pacientes observados foram submetidos a cirurgia de laparoscopia e o <i>piercing</i> retirado no pré-operatório.	Neste período foram incluídos 21 pacientes. O <i>piercing</i> foi recolocado no pós-operatório imediato, pelo próprio paciente. Não foram registradas complicações.	Objetos metálicos devem ser removidos no pré-operatório. Se necessário, o <i>piercing</i> deve ser removido por um profissional de saúde. A anti-sepsia da área circunvizinha ao <i>piercing</i> ajuda a prevenir infecções perioperatórias.
Muensterer ⁽¹⁰⁾	Os adolescentes incluídos usavam <i>piercing</i> e seriam submetidos a cirurgias eletivas ou exames de ressonância nuclear magnética. A retirada do <i>piercing</i> e a passagem de um cateter intravenoso estéril no local, foram relatados pelo autor.	Cinco pacientes usavam <i>piercing</i> no umbigo. A retirada e a recolocação do <i>piercing</i> ocorreram rapidamente e sem intercorrências. O cateter intravenoso introduzido no pertuito do <i>piercing</i> não prejudicou a realização dos procedimentos médicos.	A substituição do <i>piercing</i> por um cateter no umbigo é seguro, rápido e exequível. O <i>piercing</i> em outros locais pode ser substituído pelo cateter intravenoso em cirurgias e estudos de ressonância nuclear magnética.

Quadro 2. Resumos dos estudos clínicos observacionais sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com *piercing* em pré-operatório.

operatório é o surgimento de uma queimadura após o uso de bisturi elétrico monopolar^(1-4,9-12). Quando o método monopolar é utilizado, a corrente elétrica deixa a unidade eletro-cirúrgica (UEC) através do eletrodo ativo, passa por uma grande área do corpo do paciente e retorna a UEC através do eletrodo dispersivo. A condução elétrica é facilitada pela presença de diversos íons presentes no meio extra e intracelular⁽²¹⁾. No momento em que a corrente elétrica entra em contato com o *piercing*, este concentra uma quantidade de energia térmica maior que a usual, o que provoca uma queimadura⁽¹²⁾. Caso seja possível utilizar o bisturi elétrico somente para a realização da hemostasia, o método bipolar deve ser de primeira escolha, uma vez que a energia se mantém restrita a uma pequena área do corpo do paciente, evitando possíveis danos teciduais⁽¹²⁾. Além disso, a densidade da corrente utilizada no método monopolar é muito maior que a necessária para o funcionamento do método bipolar. A fórmula utilizada para se calcular a voltagem a ser utilizada pelo método monopolar é proporcional a 1/raio, enquanto a utilizada para se calcular a voltagem utilizada pelo o método bipolar é

proporcional a 1/raio⁽²¹⁾. Cauterizações em áreas próximas a *piercings* não são recomendadas, pois também podem provocar queimaduras⁽¹²⁾.

É recomendável que o *piercing* seja retirado mesmo quando o bisturi elétrico monopolar não é utilizado, uma vez que, durante a mobilização do paciente na mesa cirúrgica, o objeto pode provocar lesões em tecidos e nervos^(2,7,12).

O paciente que usa *piercing* oral e que é intubado na anestesia geral, pode aspirar o mesmo, provocando laringoespasma e hipóxia⁽⁶⁾. Caso seja aspirado, o *piercing* deve ser localizado com o auxílio de um laringoscópio e retirado. Se não for possível localizar o objeto dessa maneira, devem ser realizada uma radiografia de tórax e se for preciso, o *piercing* deve ser retirado por broncoscopia^(1,16). Contudo, há alguns relatos de experiência na literatura sobre o uso de *piercing* oral em intra-operatório sem nenhum tipo de complicação⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Algumas vezes o paciente pode recusar-se a retirar o *piercing*. Na maioria dos casos o paciente tem receio de que o orifício de

Autor	Delineamento	Problema estudado	Intervenções/ soluções
O' Neale ⁽¹¹⁾	Correspondência endereçada à revista, com o objetivo de esclarecer dúvidas do leitor.	O leitor gostaria de saber quais são as condutas recomendadas pela AORN (<i>Association of Perioperative Registered Nurses</i>) em relação a pacientes que usam <i>piercing</i> no pré-operatório.	A autora apresentou recomendações de fabricantes de equipamentos eletrocirúrgicos e de enfermeiras perioperatórias. O <i>piercing</i> deve ser retirado mesmo quando o equipamento é moderno e o risco de ocorrerem queimaduras é pequeno. <i>Piercing</i> próximo à incisão cirúrgica dificulta a anti-sepsia da pele e a execução da cirurgia
Rosenberg, Young, Bernstein, Albert, Mandabach, McCann, et al ⁽¹²⁾	Correspondência endereçada à revista.	Equipe refere que o uso de <i>piercing</i> no intraoperatório pode provocar necrose por pressão, lesões na língua, aspiração, dificuldade de manter as vias aéreas permeáveis e queimaduras (quando é utilizado bisturi elétrico). As cirurgias eletivas são canceladas se o paciente não permitir a retirada do <i>piercing</i> .	As modernas unidades eletrocirúrgicas minimizaram o risco de ocorrerem queimaduras no intra-operatório, contudo os fabricantes desses equipamentos recomendam a retirada do <i>piercing</i> sempre que possível. Se possível, o bisturi elétrico bipolar deve ser utilizado, pois ele diminui o risco de ocorrerem queimaduras. Cada caso deve ser analisado individualmente. O cancelamento de cirurgias eletivas deve ser evitado.
Brown ⁽¹³⁾	Relato de experiência.	Paciente jovem, do sexo feminino, temia que seu <i>piercing</i> oral colocado recentemente não pudesse ser recolocado no pós-operatório.	O <i>piercing</i> foi retirado após a inserção de um cateter epidural no local em que o <i>piercing</i> se encontrava. O cateter inserido não comprimiu a língua da paciente. Não foram relatadas complicações.
Radford ⁽¹⁴⁾	Relato de experiência.	Paciente acreditava que caso revestisse seu <i>piercing</i> oral com um "canudo plástico" extingiria o risco de complicações intra-operatórias	Experimentos comprovaram que o dispositivo não previne o surgimento de complicações, além disso, sua visualização é de difícil em radiografias. A paciente permitiu a retirada do <i>piercing</i> durante o pré-operatório. Não ocorreram complicações no trans e pós-operatório

Quadro 3. Resumos de correspondências e relatos de experiência sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com *piercing* em pré-operatório.

Estudo	Relato de caso	Intervenções que minimizaram as complicações
Wise ⁽⁶⁾	Paciente jovem, do sexo feminino, recusou retirar seu <i>piercing</i> oral no pré-operatório, provocando laringoespasmos e hipoxemia após a intubação.	Uso de máscara e bolsa, aumentando rapidamente a saturação de O ₂ . O <i>piercing</i> foi detectado após duas inspeções da orofaringe.
Kuczkowski, Benumof, Moeller-Bertram Kotzur ⁽¹⁵⁾	Parturiente, 18 anos, submetida à cesariana de emergência sob efeito de anestesia geral. Uma rápida avaliação pré-anestésica foi realizada, todavia não foi detectada a presença de um <i>piercing</i> nasal.	Durante o ato anestésico, o <i>piercing</i> foi encontrado na cavidade nasal da paciente, porém sem a tarraxa. O <i>piercing</i> foi retirado e uma laringoscopia e algumas radiografias foram realizadas, tentando localizar a tarraxa. Após o término dos procedimentos a mãe da paciente declarou que o <i>piercing</i> de sua filha não possuía tarraxa
Nowicki, Bull ⁽¹⁶⁾	Gestante na 30ª semana de gestação, 15 anos, primípara. Ela foi medicada com sulfato de magnésio, pois estava com eclâmpsia. Após a convulsão ter cessado, ela foi submetida a uma cesariana de emergência.	No pós-operatório foi realizada uma radiografia de tórax. Esta indicou a presença de um <i>piercing</i> oral no estômago, próximo ao diafragma. O <i>piercing</i> foi retirado.
Kuczkowski Benumof ⁽¹⁷⁾	Puérpera, 27 anos, submetida a uma curetagem com anestesia geral durante o puerpério imediato de parto normal. A paciente usava <i>piercing</i> oral, mas ele não foi retirado, pois a hemorragia uterina era muito severa e o procedimento deveria ser iniciado o mais rápido possível. Durante a intubação orotraqueal ocorreu um sangramento na região em que o <i>piercing</i> se encontrava. O incidente provocou um edema na língua da paciente. O <i>piercing</i> não foi aspirado pela paciente.	O sangramento foi controlado com o uso de compressão manual. Não foram relatadas outras complicações.

Quadro 4. Resumos de relatos de intercorrências que ocorreram com pacientes com *piercings* durante o intra-operatório.

inserção do *piercing* possa fechar e a recolocação deste no pós-operatório se torne difícil e dolorosa^(3,10,16,20). A enfermeira deve explicar que somente o *piercing* colocado recentemente propicia uma recolocação difícil e dolorosa⁽⁴⁾. Neste caso, após a retirada do *piercing*, um fio de sutura ou um cateter intravenoso pode ser inserido e fixado no local em que o *piercing* se encontrava, favorecendo sua recolocação no pós-operatório^(4,10,13). Não é recomendável a fixação de qualquer outro material no local em que o *piercing* se encontrava, uma vez que este objeto pode ser aspirado e/ou deslocado durante o intra-operatório^(11,16). Se o paciente se

negar a retirar o *piercing*, este deve assinar uma declaração, na qual se responsabiliza por todas as possíveis consequências da permanência do *piercing* em intra-operatório. Em algumas situações pode ocorrer até o cancelamento da cirurgia^(12,13).

Procedimentos cirúrgicos de emergência não devem ser adiados quando o paciente usa *piercing*. Neste caso o enfermeiro do centro cirúrgico deve retirar o adorno no momento apropriado, antes do início da cirurgia. O *piercing* pode ser removido de duas maneiras. Quando o *piercing* possui uma "rosca" ele pode ser "desparafusado" em sentido anti-horário. Se o *piercing* não possui esta característica,

Autor	Relato de caso	Comentários dos autores
Symons ⁽¹⁸⁾	Relato de duas induções anestésicas. No primeiro caso o paciente foi induzido à anestesia geral e a presença do adorno foi constatada somente quando a máscara laríngea foi colocada no indivíduo. O segundo caso foi de uma paciente submetida à sedação e anestesia local para a realização de cesariana.	Os pacientes não sofreram complicações no intra-operatório, mas quando o adorno é mantido durante o intra-operatório o risco do mesmo ser aspirado é muito alto.
Mandabach, McCann, Thompson ⁽¹⁹⁾	A primeira paciente usava <i>piercing</i> oral foi submetida à anestesia peridural e anestesia inalatória, não sendo necessário realizar intubação. A segunda paciente usava um <i>piercing</i> oral e um <i>piercing</i> no umbigo. O <i>piercing</i> que estava no umbigo foi retirado, pois seria feita uma anti-sepsia em região suprapúbica e periumbilical. A paciente foi submetida à anestesia geral e intubada, o tubo endotraqueal não exercia pressão sobre o <i>piercing</i> oral. Não ocorreram complicações.	As duas jovens pacientes não permitiram a retirada do <i>piercing</i> durante o pré-operatório, porque eles haviam sido colocados recentemente. Os autores estão cientes de que poderia ter ocorrido alguma complicação devido ao uso de <i>piercing</i> , pois há relatos de complicações relacionadas ao seu uso na literatura.
Oyos ⁽²⁰⁾	Paciente do sexo feminino, 17 anos, submetida à laparoscopia diagnóstica sob efeito de anestesia geral. A paciente usava <i>piercing</i> oral, mas recusou-se a retirá-lo no pré-operatório, pois o objeto fora colocado há apenas um mês. Durante a intubação o tubo endotraqueal foi posicionado de forma que evitasse a compressão do <i>piercing</i> que estava na língua. Não houve nenhuma complicação.	Aparentemente, o paciente com <i>piercing</i> oral pode ser intubado. A intubação orotraqueal ocorre sem intercorrências quando o profissional é avisado com antecedência que o paciente está usando <i>piercing</i> no intra-operatório

Quadro 5. Resumo de relatos de experiência sobre pacientes que usaram *piercings* no intra-operatório e que não apresentaram intercorrências.

as duas extremidades do *piercing* devem ser separadas, com o auxílio de um alicate que é usado especialmente para esse fim. O *piercing* nunca deve ser seccionado, pois o *piercing* seccionado pode traumatizar a pele. Após a retirada do *piercing* no pré-operatório imediato, ele deve ser entregue a um familiar do paciente, o qual deve ser orientado a manter o objeto em solução anti-séptica. Caso não seja possível contatar nenhum familiar do paciente, o adorno deve ser mantido em local seguro, no hospital^(1,19).

Se for possível, o *piercing* pode ser recolocado no pós-operatório imediato pelo próprio paciente. O *piercing* deve ser recolocado mais tardiamente, do 2º dia de pós-operatório em diante, quando a ferida operatória está próxima ao local de inserção do *piercing*, podendo ser fator de risco para infecção do sítio cirúrgico ou retardar a cicatrização da ferida operatória^(1,3,9).

O enfermeiro no pós-operatório deve avaliar sinais inflamatórios próximos ao *piercing* e orientar o paciente quanto à higiene adequada do local, visando a prevenção de infecções no local. A higiene do local próximo ao *piercing* deve ser feita com solução

antisséptica e diariamente^(9,19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos trabalhos analisados nesta revisão demonstrou a importância da retirada do *piercing* durante o pré-operatório imediato. Embora as modernas unidades eletrocirúrgicas tenham facilitado a diérese e a hemostasia, como também diminuíram o risco de queimaduras no paciente durante intra-operatório e nas equipes presentes na sala de cirurgia, os fabricantes destes equipamentos desaconselham o uso de adornos metálicos durante o intra-operatório.

A presença de *piercing* oral durante o intra-operatório aumenta o risco de lesões e aspiração. Em outras regiões do corpo, a presença do *piercing* pode causar lesões na pele, decorrentes da transferência da maca para a mesa cirúrgica, mesa cirúrgica para a maca, da maca para a cama do paciente ou mesmo durante o posicionamento cirúrgico no intra-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361(9364): 1205-15.
2. Larkin BG. The ins and outs of body piercing. *AORN J* 2004; 79(2): 330-42.
3. Marenzi B. Body piercing: a patient safety issue. *J Perianesth Nurs* 2004; 19(1): 4-10.
4. Armstrong ML. A clinical look at body piercing. *RN* 1998; 61(9): 26-9.
5. Should you remove body jewelry? *RN* 2001; 64(4): 24h4-24h8.
6. Wise H. Hypoxia caused by body piercing. *Anaesthesia*. 1999; 54(11): 1129.
7. Armstrong ML. Caring for the patient with piercings. *RN* 2004; 67(6): 46-52.
8. Porteous J. Preoperative removal of body jewellery. *Can Oper Room Nurs J* 2002; 20(1): 8-10, 20-1.
9. Jacobs VR, Morrison Jr JE, Paepke S, Kiechle M. Body piercing affecting laparoscopy: perioperative precautions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11(4): 537-41.
10. Muensterer OJ. Temporary removal of navel piercing jewelry for surgery and imaging studies. *Pediatrics*. 2004; 114(3): e384-6.
11. O'Neale M. Body piercing jewelry. *AORN J* 1997; 65(2): 422.
12. Rosenberg AD, Young M, Bernstein RL, Albert DB, Mandabach MG, McCann DA, et al. Tongue rings: just say no. *Anesthesiology* 1998; 89(5): 1279-80.
13. Brown DC. Anesthetic considerations of a patient with a tongue piercing, and a safe solution. *Anesthesiology* 2000; 93(1): 307-8.

14. Radford R. Further hazards of body piercing. *Anaesthesia* 2000; 55(3): 305.
 15. Kuczkowski KM, Benumof JL, Moeller-Bertram T, Kotzur A. An initially unnoticed piece of nasal jewelry in a parturient: implications for intraoperative airway management. *J Clin Anaesthesia* 2003; 15(5): 359-62.
 16. Nowicki RW, Bull PT. Tongue piercing in an eclamptic patient. *Eur J Anaesthesiol* 2002; 19(11): 844-5.
 17. Kuczkowski KM, Benumof JL. Tongue piercing and obstetric anesthesia: Is there cause for concern? *J Clin Anesth.* 2002; 14(6): 447-8.
 18. Symons I. Body piercing. *Anaesthesia* 2000; 55(3): 305.
 19. Mandabach MG, McCann DA, Thompson GE. Body art: another concern for the anesthesiologist. *Anesthesiology* 1998; 88(1): 279-80.
 20. Oyo TL. Intubation sequence for patient presenting with tongue ring. *Anesthesiology* 1998; 88(1): 279.
 21. Nudka CC, Super PA, Monson JR, Darzi AW. Cause and prevention of electrosurgical injuries in laparoscopy. *J Am Coll Surg.* 1994; 179 (2): 161-170.
-