

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE CIRÚRGICO

Noêmi Garcia de Almeida Galan
Roseli Marega Oda

Os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e de paciente para paciente, atendendo suas necessidades básicas e suas reações psíquicas e físicas manifestadas durante este período³. Neste capítulo iremos abordar os cuidados gerais indispensáveis a todos os tipos de cirurgia e os cuidados específicos voltados para cirurgias de mão e membro superior e de pé e membro inferior.

A assistência pré-operatória tem como objetivo proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida, reduzir complicações, diminuir o custo hospitalar e o período de hospitalização que se inicia na admissão e termina momentos antes da cirurgia, devolvendo o paciente o mais rápido possível ao meio familiar³.

1- Assistência de enfermagem pré-cirúrgica geral: abrange o preparo sócio-psíquico-espiritual e o preparo físico³.

1.1- Preparo sócio-psíquico-espiritual³:

- Providenciar a assinatura do termo de responsabilidade, autorizando o hospital a realizar o procedimento;

- Explicar aos familiares sobre a cirurgia proposta, como o paciente retornará da sala operatória e a importância em apoiá-lo nesse período;

- Explicar ao paciente sobre a cirurgia, o tipo de anestesia, e os exames que porventura forem necessários, salientar a importância de sua colaboração durante os procedimentos;

- Tranquilizá-lo em caso de ansiedade, medo do desconhecido e de destruição da auto-imagem, ouvir atentamente seu discurso, dar importância às queixas e seus relatos;

- Explicar as condições que irá retornar do centro cirúrgico (se acordado, com ou sem gesso, etc.) e assegurar que terá sempre um profissional da enfermagem para atendê-lo;

- Promover o entrosamento do paciente com o ambiente hospitalar, esclarecer sobre normas e rotinas do local, e proporcionar um ambiente calmo e tranquilo e

- Providenciar ou dar assistência religiosa, caso seja solicitada.

1.2- Preparo físico³:

- Realizar a consulta de enfermagem, atentando para as condições que podem atuar negativamente na cirurgia e reforçando as positivas;

- Providenciar e/ou preparar o paciente para exames laboratoriais e outros exames auxiliares no diagnóstico;

- Iniciar o jejum após o jantar ou ceia;

- Verificar sinais vitais, notificar ao médico responsável se ocorrerem sinais ou sintomas de anormalidade ou alteração dos sinais vitais;

- Encaminhar ao banho para promover higiene, trocar de roupa, cortar as unhas e mantê-las limpas e fazer a barba;

- Administrar medicação pré-anestésica, se prescrita;

- Realizar a tricotomia do membro a ser operado, lavar com água e sabão, passar anti-séptico local e enfaixar (se necessário) com bandagens estéreis;

- Remover próteses, jóias, lentes de contato ou óculos,

prendedores de cabelo e roupas íntimas;

- Promover esvaziamento vesical, colocar roupa cirúrgica apropriada (camisola, toucas), transportá-lo na maca até o centro cirúrgico com prontuário e exames realizados (inclusive Raios-X).

1.3- Assistência pré-cirúrgica específica de mão, membro superior e pé³:

- Exame físico minucioso, atentando para a qualidade e integridade da pele (deverá estar hidratada e lubrificada);

- Observar sinais de infecção, inflamação, alergias ou reações hansênicas;

- Se houver lesões abertas, promover limpeza com solução fisiológica ou água e sabão e ocluir com gaze e atadura de crepe.

- Observar perfusão periférica do membro a ser operado;

- No caso de cirurgia com enxerto, a pele da região doadora deverá estar hidratada e lubrificada. Este procedimento inicia-se alguns dias antes, sendo que, horas antes da cirurgia, realizar a tricotomia e limpeza da pele.

Durante o período trans-cirúrgico, o quarto do paciente deverá estar pronto para recebê-lo, equipado com materiais suficientes como: suporte de soro e bomba de infusão, travessieiros para elevação do membro operado, cobertores, comadre ou papagaio, esfigmo e manômetro, termômetro, e demais equipamentos necessários.

2- Assistência pós-cirúrgica geral³:

Inicia-se no momento em que o paciente sai do centro cirúrgico e retorna à enfermaria. Esta assistência tem como objetivo detectar e prevenir a instalação de complicações pós-operatória e conseqüentemente obter uma rápida recuperação³.

A assistência pós-cirúrgica consiste em:

- Transferir o paciente da maca para a cama, posicioná-lo de acordo com o tipo de cirurgia a que foi submetido e com o membro operado elevado;

- Aquecê-lo, se necessário;

- Manter a função respiratória;

- Observar nível de consciência, estado geral, quadro de agitação e outros comprometimentos neurológicos;

- Verificar anormalidades no curativo, como: secreção e presença de sangramento;

- Observar o funcionamento de sondas, drenos, cateteres e conectá-los às extensões;

- Controlar e anotar sinais vitais, bem como gotejamento de soro, sangue ou derivados;

- Verificar anotações do centro cirúrgico) e executar a prescrição médica;

- Promover conforto e segurança através de meio ambiente adequado, uso de grades na cama, imobilização de mãos (se agitado);

- Observar funcionamento e controlar, quando necessário, os líquidos eliminados por sondas, drenos, etc;

- Realizar mudança de decúbito de acordo com a evolução clínica;

- Forçar ingesta líquida e sólida assim que a dieta for liberada;

- Promover movimentação ativa, passiva e deambulação

precoces se forem permitidas e houver condições físicas;

- Trocar curativos;

- Orientar paciente e a família para a alta, quanto à importância do retorno médico para controle e cuidados a serem dispensados no domicílio como gesso, repouso, limpeza adequada;

- Proporcionar recreação, por exemplo, revistas e TV

2.1- Assistência Pós-cirúrgica específica para o membro superior:

- Posicionar o membro operado em elevação, entre 60 e 90 graus, apoiados em travesseiros, quando estiver em decúbito horizontal e, ao deambular, mantê-lo corar tipóia e mão elevada acima do tórax¹;

- Observar edema, palidez, cianose ou alteração da temperatura em extremidades das mãos^{1,3};

- Realizar limpeza dos artelhos, secando bem os espaços interdigitais;

- Realizar curativos a cada dois dias em incisão cirúrgica: limpeza com solução fisiológica a 0,9%, aplicação tópica de rifocina spray e oclusão com gaze e atadura. No caso de cirurgia de enxerto cutâneo, a frequência da troca do curativo da área doadora será estabelecida conforme a necessidade, isto é, quando houver extravasamento de secreção, que varia em torno de dois a cinco dias. O da área receptora será realizado pelo médico responsável, geralmente após cinco dias, conforme seu critério, utilizando-se algum produto não aderente;

- Estando com tala gessada ou somente enfaixado, retirar a tala ou faixa para curativos, tomando o cuidado de manter o mesmo alinhamento do membro superior e mão durante o procedimento e recolocar a tala ou a bandagem, obedecendo-se a ordem de início da região distal para a proximal;

- Movimentar passivamente e delicadamente as articulações não gessadas;

- Caso esteja com aparelho gessado, mantê-lo limpo; não molhá-lo (durante o banho, protegê-lo com material plástico, um sanito, por exemplo, e orientá-lo a não deixar entrar água pelo bordo superior); observar sinais de garroteamento como edema e palidez ou gesso apertado; ausência ou diminuição da sensibilidade ou motricidade, sinais de hemorragia como presença de sangramento no aparelho gessado e odor desagradável²;

- Orientar o paciente a não introduzir objetos em caso de prurido e não retirar algodão do gesso

2.2- Assistência Pós-cirúrgica específica para os membros inferiores ^{1,2,3}:

- Realizar cuidados acima citados;

- Manter repouso absoluto do membro inferior e posicionamento elevado, geralmente acima do nível do corpo. Ao encaminhá-lo ao banho ou para deambulação, andar com apoio ou cadeiras adequadas;

- Se o membro estiver gessado e com salto, aguardar a secagem adequada e a liberação para a deambulação, conforme orientação médica, alternando a deambulação e o repouso com elevação do membro inferior gessado. Caso o aparelho gessado não contenha salto, isso é indicativo de que a deambulação é proibida;

- Não fletir o membro durante a secagem do gesso;

- Proceder a retirada de pontos cirúrgicos entre sete a dez dias ou depois da retirada do aparelho gessado.

2.3- Assistência Pós-cirúrgica específica em amputação de membro inferior²:

- Promover o alívio da dor se houver;

- Os amputados experimentam com frequência *dor fantasma* ou sensação fantasma. Tais sensações são reais e devem ser aceitas pelo paciente e pelas pessoas que lhe prestam assistência.

- Apesar da amputação ser um procedimento de reconstrução, a mesma altera a imagem corporal do paciente. O enfermeiro deverá estabelecer uma relação de confiança, com a qual encorajará o paciente a olhar, sentir e a cuidar do membro residual, tornando-o apto e participante ativo no autocuidado;

- Observar sinais de secreções hemáticas em incisão cirúrgica, coloração, temperatura e aspecto da cicatrização;

- Evitar o edema enfaixando-o sem compressão exagerada e não deixar o membro residual pendurado. A pressão excessiva sobre o membro residual deve ser evitada, pois pode comprometer a cicatrização da incisão cirúrgica;

- O membro residual não deverá ser apoiado sobre o travesseiro, o que pode resultarem contratura e flexão do quadril. Uma contratura da próxima articulação acima da amputação constitui complicação frequente. De acordo com a preferência do cirurgião, o membro residual poderá ser posicionado em extensão ou elevação por curto período de tempo após a cirurgia. Deve-se desestimar a posição sentada por períodos prolongados para evitar as contraturas em flexão de quadril e de joelho;

- Estimular e ajudar nos exercícios precoces de amplitude. O paciente pode utilizar um trapézio acima da cabeça ou um lençol amarrado na cabeceira do leito para ajudar a mudá-lo de posição e fortalecer o biceps. Solicitar orientação ao serviço de fisioterapia sobre a adequação dos exercícios ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 BRUNNER/ SADDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica in Avaliação e Assistência aos Pacientes com Distúrbios Vasculares e Problemas na Circulação Periférica**. Vol.2, 7a ed. Koogan. Rio de Janeiro, 1994.

2. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica in Afecções do aparelho locomotor Paciente Submetido a Amputação**. Vol.4, 7a ed. Koogan, Rio de Janeiro, 1994.

3 KAWAMOTO, E. E. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica**. EPU, São Paulo, 1986.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

4 OPROMOLIA, D. V A , ed. **Noções de Hansenologia**; por Diltor Vladimir Araújo Opromolla, e colaboradores. Bauru: **Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato**, SP, 2000.