

Principais Diagnósticos de Enfermagem Relacionados com Pós-Operatório Imediato em Cirurgia Cardíaca: Revisão Bibliográfica

Adilson Roberto de Moraes¹ Aparecida do Pilar C. Silva² Sérgio Bruno S. Andrade³ Ivany Machado de Carvalho Baptista⁴

Faculdade de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem
Av. Sishima Hifumi, 2911 – 12240-000 – São José dos Campos -SP
E ma: ivanybaptista@uol.com.br

Palavras-chave: Diagnóstico, Enfermagem, Cirurgia Cardíaca
Área do Conhecimento: IV- Ciências da Saúde

Resumo

Pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, geralmente possuem fatores de risco para doenças cardiovasculares, tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), obesidade, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo (definido como atividade física menos de três vezes por semana), além de; idade avançada e prováveis tratamentos anteriores, como angioplastias e cirurgias cardíacas. Estes agravantes predispõe os pacientes a alterações importantes no período pós-operatório imediato, tais alterações quando identificadas precocemente podem ser revertidas através de uma intervenção rápida. Durante o pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, os pacientes necessitam de uma sistematização da assistência de enfermagem (SAE), específica para facilitar a identificação dos problemas mais comuns e a tomada de decisão assim como a padronização de condutas e rotinas. Este estudo teve como objetivo fazer uma revisão de literatura, relacionando as principais alterações neste período como: sangramentos, arritmias, suporte ventilatório e balanço hídrico, parâmetros hemodinâmicos e dor, que podem evoluir para complicações, com os principais diagnósticos de enfermagem. A SAE através de levantamento de problemas e diagnósticos de Enfermagem demonstra ser um facilitador para a prestação da assistência à esses pacientes.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, (1998), já analisando individualmente o que mais matou no mundo, foi a doença coronariana (13,7%), seguida pelos acidentes vasculares cerebrais (9,5%). Somente estas duas causas foram responsáveis por 23,2% de todas as mortes. As progressões mostram que as causas circulatórias passarão a ser líderes na mortalidade, contribuindo para isto alguma melhora nas condições sanitárias em países como a Índia, África e o próprio Brasil, que apresenta índices em queda vertiginosa desde 1930. Fica portanto, o prognóstico sombrio para os próximos 20 anos: se

morrerá mais do coração, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. É importante lembrar que no Brasil a mortalidade em 1995 foi liderada pelas causas circulatórias em 34%, a idade média de 64 anos, correspondendo a 69% dos homens.

Nos últimos anos, o número de cirurgias cardíacas no Brasil vem aumentando. Clientes submetidos a cirurgias cardíacas, geralmente possuem fatores de risco para doenças cardiovasculares, tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), obesidade, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo (definido como atividade física menos de três vezes por semana), além de; idade avançada

e prováveis tratamentos anteriores, como angioplastias e cirurgias cardíacas (BRAILE, 1996).

Estes agravantes predispõem os clientes a alterações importantes no pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca, tais alterações quando identificadas precocemente podem ser revertidas através de uma intervenção rápida. Durante o pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, os pacientes necessitam de uma sistematização da assistência de enfermagem (SAE), específica para facilitar a identificação dos problemas mais comuns e a tomada de decisão assim como a padronização de condutas e rotinas (FORTUNA, 1996; NANDA, 2002).

Uma alta parcela da cirurgia cardíaca é realizada em casos de emergência, particularmente em situações traumáticas quando provocados por diversos acidentes, como por exemplo: em acidentes automobilísticos ou acidentes por arma de fogo e arma branca. Entretanto, a parcela restante deste tipo de procedimentos é realizada eletivamente, sobretudo na correção de problemas congênitos, ou, entidades patológicas adquiridas; neoplasias de mediastino, bem como correção de patologias valvares e vasculares (DANCINI, 1996).

A maioria das anomalias cardíacas congênitas mais comuns e muitas formas mais raras, também podem ser tratadas por cirurgias corretivas ou paliativas. Dentre as patologias vasculares a insuficiência coronariana é a modalidade mais estudada no mundo, e a cirurgia mais comum é a revascularização miocárdica (DANCINI, 1996).

Revascularização do Miocárdio (RM)

A revascularização cirúrgica do miocárdio se consagrou nestes últimos 30 anos como um procedimento seguro e bem estabelecido para o tratamento da insuficiência coronariana, proporcionando a remissão dos sintomas e contribuindo para o prolongamento e melhora da qualidade de

vida de pacientes portadores de doença coronária (STOLF; JATENE, 1998).

As anastomoses empregadas na revascularização miocárdica podem ser de veia safena (popularmente conhecida como ponte de safena), artéria mamária interna (ou torácica interna), artéria radial e gastroepiplóica. A artéria mamária interna tem demonstrado um índice de permeabilidade tardia superior aos melhores resultados obtidos com as veias safenas homólogas e é por isso considerado o conduto ideal para irrigar os vasos coronários na cirurgia de revascularização miocárdica. Entre outros fatores que contribuem para sua adequação citam-se a baixa incidência de aterosclerose no vaso, o diâmetro interno aproximado ao lúmen das artérias coronárias e a constituição arterial (BRASIL; GOMES; SALOMÃO; BUFFOLO, 1996).

Apesar dos baixos índices de mortalidade hospitalar, a morbidade pós-operatória ainda permanece considerável, especialmente para aqueles pacientes com doenças associadas tais como: renais crônicos, portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), presença de acidente vascular cerebral prévio, distúrbios de coagulação, doenças metabólicas e endócrinas ou, ainda, pacientes com faixa etária elevada. Esta morbidade é causada principalmente pelos efeitos sistêmicos adversos decorrentes do uso da Circulação Extracorpórea (CEC), (BRASIL; GOMES SALOMÃO; BUFFOLO, 1996).

CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA (CEC)

A circulação extracorpórea (CEC) utilizada em mais de 50% das cirurgias cardíacas é uma técnica aplicada mundialmente nos casos em que o coração precisa ser parado para que a operação seja realizada. O sangue é desviado para uma máquina que é manipulada por um perfusionista, a qual realiza o papel do pulmão, de oxigenar o sangue, e do coração, de bombeá-lo, fazendo com que não haja lesões nos órgãos (BUFFOLO; ANDRADE; SUCCI, 1982).

A CEC impõe ao organismo um número de alterações importantes com o

desvio do sangue para um circuito artificial, como a mudança do regime do fluxo sanguíneo, possível aumento do gradiente de temperatura, stress mecânico sobre os elementos figurados do sangue, devido ao seu contato com superfícies não endoteliais, filtros, compressão e turbulências. Atualmente, existe uma tendência a minimizar a agressão aos pacientes, simplificando o ato cirúrgico através de técnicas menos invasivas (cirurgia minimamente invasiva), com a finalidade de acelerar a recuperação dos clientes, diminuir o tempo de hospitalização, os custos e a morbi-mortalidade. Importante passo nesse sentido foi dado pela introdução das técnicas de revascularização do miocárdio sem o uso da CEC (SOUZA; ELIAS, 1995).

Em estudo recentemente publicado (BRASIL, *et.al.* 2000), tivemos a oportunidade de comparar clientes portadores de insuficiência coronariana submetidos a revascularização do miocárdio (RM) com e sem CEC. O grupo de doentes que foi revascularizado sem CEC apresentou menor liberação de citocinas (TNFa) e evoluiu mais estável hemodinamicamente, com menos hipotensão arterial, menor uso de drogas vasoativas, frequência cardíaca menos elevada, menor hipertermia, menos leucocitose, menos sangramento pós-operatório e menor tempo de entubação orotraqueal.

Dentre as vantagens da técnica de revascularizar o miocárdio sem CEC contatadas, citaram a simplicidade aliada a menor agressividade do ato operatório assemelhando-se ao risco de uma simples toracotomia, o menor tempo cirúrgico, menor morbi-mortalidade, recuperação mais rápida dos clientes, menor custo pela não utilização do circuito extracorpóreo e tempo mais curto de internação hospitalar (BRASIL; GOMES; SALOMÃO; BUFFOLO, 1998).

A desvantagem é que quando se usa a CEC, o cliente pode desenvolver uma Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), às vezes muito grave. Quando o paciente desenvolve essa inflamação, os próprios órgãos são atacados, o que pode ser um complicador da cirurgia, atualmente vem se avaliando o uso de corticóide – substância normalmente usada para combater a inflamação após cirurgias

graves (BRASIL; GOMES; SALOMÃO; BUFFOLO, 1998).

Na enfermagem a abordagem destes pacientes é comum, acompanhando o paciente durante o período peri-operatório, principalmente durante sua recuperação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O que facilita muito a compreensão, apoio emocional, assim como cuidados com a pele, desde o preparo pré-operatório para prevenção de infecção, e ainda detecção de alterações no pós-operatório imediato (POI), como sangramentos, arritmias, suporte ventilatório e balanço hídrico, parâmetros hemodinâmicos e dor, que podem evoluir para complicações. A sistematização de assistência de Enfermagem através de levantamento de problemas e diagnósticos de Enfermagem seria um facilitador para a prestação da assistência de Enfermagem a esses pacientes (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000; CARPENITO, 2003).

OBJETIVO

Levantar os principais diagnósticos de Enfermagem no pós-operatório em cirurgia cardíaca durante a recuperação na UTI.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica

RESULTADOS

Diagnósticos Principais

1. Risco para infecção e transmissão de infecção relacionada a procedimentos invasivos (incisão cirúrgica, acesso venoso, intubação traqueal, sondas, drenos).
2. Risco para temperatura corporal alterada relacionada ao ato cirúrgico.
3. Risco para integridade da pele relacionada à imobilidade física.
4. Risco para mucosa oral alterada e comunicação verbal prejudicada

- relacionada a intubação endotraqueal.
5. Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada à presença de via aérea artificial, secreção nos brônquios e mucos excessivos.
 6. Risco para secreções excessivas e rolhas relacionado ao processo de aspiração da cânula endotraqueal.
 7. Intolerância a atividade relacionada à oxigenação insuficiente secundária ao débito cardíaco diminuído.
 8. Perfusão tissular ineficaz: renal, cerebral, gastrointestinal e periférico.
 9. Risco para resposta anormal da frequência cardíaca ou da pressão sangüínea, alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias ou isquemia, relacionado ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e ao procedimento cirúrgico.
 10. Risco para desequilíbrio hidroeletrolítico relacionado a perda de volumes.
 11. Dor aguda relacionada aos drenos de tórax, incisão cirúrgica secundária a cirurgia prolongada.
 12. Mobilidade física prejudicada relacionada à incisão cirúrgica, aos drenos de tórax e a fadiga.
 13. Medo relacionado à transferência para UTI e às complicações potenciais.
 14. Risco para hemorragia pelo dreno torácico, ferida cirúrgica relacionada ao ato cirúrgico.

Diagnósticos Secundários

Alguns diagnósticos de enfermagem estão relacionados a um período tardio, porém poderão estar presentes ou

indiretamente relacionados com o pós-operatório imediato.

1. Risco para constipação relacionado à diminuição do peristaltismo secundário aos efeitos da anestesia, a imobilidade e a medicação.
2. Conforto alterado relacionado ao procedimento cirúrgico
3. Processos familiares alterados relacionados à interrupção da vida familiar, secundário ao medo dos resultados (morte, incapacidade, ambiente estressante).
4. Padrão do sono alterado, relacionado ao ambiente hospitalar.
5. padrão nutricional alterado, relacionado ao jejum prolongado.

DISCUSSÃO

Os diagnósticos de Enfermagem encontrados, estão relacionados com o pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. Porém, deverá ser individualizado de acordo com o histórico, fatores de risco e evolução clínica de cada paciente.

Este estudo servirá de subsídios para uma análise posterior detalhada, relacionando tais diagnósticos de Enfermagem com cada paciente submetido à Cirurgia Cardíaca, encontrando assim, percentuais significativos, para que a elaboração de uma sistematização da Assistência de Enfermagem possa ser um instrumento facilitador na prestação da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AIELLO, L.P.; GARDNER, T.W.; ING, G.L.; BLANENSHIP, G.; CAVALLERANO, J.D.; FERRIS, F.L.; KLEIN, R. Diabetic retinopathy (Technical review). **Diabetic Care**, v.21, p.143-156, 1998.

ALEXANDER, J.W.; DELLINGER, E.P. Infecções Cirúrgicas. Em: **Tratado de Cirurgia**, SABISTON JR, D.C. (Ed), W.B.Saunders 1991, Guanabara oogan Editora, 1993.

BRAILE, D.M.; GODOY, M.F. História da cirurgia cardíaca. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 66(6), 1996.

BRASIL, L.A.; GOMES, W.J.; SALOMÃO, R.; BUFFOLO, E. Ativação de citocina (fator de necrose tumoral) – resposta clínica induzida pela circulação extracorpórea. **Rev Bras Cir Cardiovasc** v.11, p.188-200, 1996.

BRASIL, **Organização Mundial de Saúde**, 1998.

BRASIL L.A, GOMES WJ, SALOMÃO R, BUFFOLO E – inflammatory response after myocardial revascularization with or without cardiopulmonary bypass. **Ann Thorac Surg**, n.66,p.56-59, 1998.

BRASIL L.A, MARIANO JB, SANTOS FM, SILVEIRA AL, MELO N, OLIVEIRA NG, ANDRADE RS, BOTELHO DP, CALZADA A. myocardial revascularization without cardiopulmonary bypass: experience and initial results. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 15, n. 1, p. 6-15, 2000.

BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5º ed. Vol. 2. Ed. Roca: São Paulo – SP. 1999.

BUFFOLO E, ANDRADE JC, SUCCI JE et al. – Revascularização direta do miocárdio sem circulação extra corpórea: descrição da técnica e resultados iniciais. **Arq Bras Cardiol** 1982; 38: 365-73.

CAL, R.G.R. Trauma celular em CEC e suas conseqüências. In: ANDRADE, J.C.S. (ed). **Circulação extracorpórea**. São Paulo: Biotecno, 1988.

CARPENITO, L.J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 8º ed. Ed. Artmed. 2003.

CIANCIARULLO, T. I.; SALZANO, S.D.T. A enfermagem e a pesquisa no Brasil. **Rev Esc Enf USP**, v. 25, n. 2, p. 195-215, 1991.

DANCINI, J.L. **Noções Básicas para o Residente em Cirurgia Cardíaca**. 1 Ed. ATHENEU: São Paulo - S.P., 1996.

FORTUNA p, Pós Operatório Imediato em Cirurgia Cardíaca – Guia para Intensivista, Anestesiologistas e Enfermagem Especializada, **ed Atheneu**, 1996.

JÚNIOR, J.F.S.; DANTAS, C.J.S. **Mecanismos celulares e moleculares da inflamação**. Ed: MEDSI, Rio de Janeiro, 2000.

North American Nursing Diagnosis Association. (2002). NANDA nursing diagnosis: Definitions and classifications. Philadelphia: autor.

SOUZA, M.H.L; ELIAS, D.O Circulação extra corpórea: histórico e desenvolvimento. In: Fundamentos da Circulação Extra Corpórea. Rio de Janeiro: **Centro Editorial Alfa Rio**, 1995. v. 1, p. 1-27.

TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; ANGERAMI, E.L.S. A investigação em enfermagem no Brasil. **Rev Paul Enf**, v. 10, n. 3, p. 91-95, 1991.

WEES, J.R. Prostaglandins. **Ann. Rev. Pharmacol**. Vol. 12, 1972.

http://www.amigosenfermeiros.hpg.ig.com.br/saude/10/index_pri_1.html