

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Marlúcia Nunes Comarú \*  
Celina de Arruda Camargo \*

RBEEn/03

COMARÚ, M.N. e CAMARGO, C.A. — Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de ortopedia e traumatologia. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 29 : 30-35, 1976.

### INTRODUÇÃO

Abordar a assistência de enfermagem no pré e pós-operatório pode parecer desnecessário e até repetitivo, pelo fato de ser um dos primeiros assuntos enfatizados na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, além de ser um dos problemas do nosso dia a dia de trabalho. Da mesma forma que há uma série de aspectos invariáveis na assistência ao paciente cirúrgico, há também uma gama de particularidades a serem consideradas. Ao mesmo tempo em que estamos atentas para os quatro obstáculos mais sérios que podem ocorrer e que devem ser vencidos pelo paciente — ansiedade, dor, hemorragia e infecção — devemos também estar atentas para os objetivos a serem estabelecidos, a fim de ajudá-lo nessa fase.

Como vamos discorrer sobre Traumatologia, é necessário lembrar que um dos mais importantes, senão o mais importante objetivo da assistência de enfermagem, é o que se refere à prevenção de infecção; a importância se funda-

menta no fato de que o tratamento das infecções ósseas é demorado, podendo facilmente levar à cronicidade, instalando-se um quadro secundário — a osteomielite.

Considerados esses fatores para a determinação dos objetivos da enfermeira, outros fatores devem ser lembrados, independentemente do tratamento médico indicado.

### CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE POSTURA

Um ou mais recursos utilizados em Traumatologia podem ser adotados associadamente para o tratamento de um mesmo paciente. Desta forma, ele poderá ficar em tração, ser submetido a uma cirurgia e ainda receber um aparelho gessado.

Assim como em Traumatologia os processos de tratamento são diferentes, os cuidados de enfermagem também diferem em função do tratamento médico que está sendo adotado. Há, no entanto, um aspecto comum que deve ser obser-

\* Enfermeiras da Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro — Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

vado no atendimento de todos os pacientes, independentemente do tratamento elegido. É o aspecto da mecânica corporal, da postura do paciente, qualquer que seja o decúbito em que ele deva permanecer no leito. Este é um aspecto de interesse para todas as áreas da Enfermagem, mas consideramos de primordial importância para os profissionais que se dedicam ao cuidado do paciente com comprometimento do aparelho locomotor.

Postura — conforme conceituação de Caldas Aulete — “colocação, disposição, posição do corpo, modo de ter o corpo, a cabeça, os membros”.(1)

Seja por razões estéticas ou de saúde, a postura é tema constantemente discutido. Ela é considerada correta ou incorreta, conforme se aproxima ou se afasta do limite da normalidade.

Quando o indivíduo tem boa postura, sua aparência é agradável, o que não ocorre com aquele que tem postura incorreta; nesse caso, é necessário lembrar que o funcionamento orgânico pode ficar prejudicado, podendo influenciar a atitude do indivíduo em relação à vida. Pode-se dizer que a postura adequada é a chave do conforto, não só porque favorece o funcionamento orgânico, mas também pelo fato de permitir o uso equilibrado do sistema muscular.

A postura adequada é pois, o resultado da aplicação constante dos princípios de mecânica corporal, de tal forma que se torna um hábito. A má postura pode-se dizer que é um vício, — em geral adquirido — e deve-se combatê-lo através do hábito, o hábito da postura adequada. Nas atividades desenvolvidas junto ao paciente, a aplicação dos princípios de mecânica corporal, condicionam a uma postura adequada, o que é de grande importância para a segurança do paciente e para a prevenção de acidentes em ambos — paciente e pessoal de enfermagem.

Evidentemente que o paciente traumatológico, dependendo da lesão mús-

culo-esquelética sofrida, estará sujeito a um grau de imobilização maior ou menor, levando-o, na maioria das vezes, à condição de dependência do pessoal de enfermagem para quase todas as atividades. Assim sendo, é indispensável que se transmita, ao pessoal de enfermagem, informações claras e precisas sobre as condições do paciente; pensamos que, desta forma, seja possível atingir os objetivos propostos pela enfermeira, quando elabora o plano individual de assistência ao paciente. Esta é uma das razões que nos levam a considerar de grande valor, a aplicação dos conhecimentos sobre a dinâmica corporal ou postural, seja quando estamos sentados, deambulando, trabalhando em nível superior ou inferior aos planos corporais ou transportando peso — em forma de paciente ou em forma de equipamentos e materiais.

É conveniente lembrar que são os músculos e as articulações que controlam o alinhamento corporal. Eles asseguram o equilíbrio e mantêm a liberdade de movimentos; são eles também que trabalham mais intensamente quando é exigida maior aplicação de força para as atividades mais pesadas. Para que os músculos tenham condições de atuar apropriadamente, eles devem ser habituados aos trabalhos que irão realizar. São também os grandes músculos que devem ser utilizados para erguer e transportar pesos, que para nós, é representado pelos pacientes.

Como vemos, a aplicação apropriada dos conhecimentos destes aspectos, representa fator de grande importância no rendimento do trabalho e na prevenção de cansaço excessivo e de vícios posturais que se instalam com o decorrer do tempo.

Do ponto de vista do paciente, com traumatismo do aparelho locomotor, sabemos que freqüentemente o tratamento ortopédico impõe a permanência prolongada em determinadas posições, que po-

dem vir a comprometer a dinâmica corporal, entretanto, a sua postura deve ser tanto quanto possível preservada. Procede daí, a importância de se conhecer sua fundamentação e aplicá-la, não só para a proteção pessoal do servidor, mas também para a proteção do paciente.

Dentro desta colocação, tentaremos desenvolver os aspectos de enfermagem na assistência ao paciente submetido a cirurgias ortopédicas.

### PRÉ-OPERATÓRIO

Em traumatologia, o preparo do paciente depende muito do espaço de tempo entre o diagnóstico e o ato cirúrgico. Muitas vezes esse espaço é apenas o suficiente para o preparo da área operatória e o imediato encaminhamento do paciente à sala cirúrgica.

Embora seja necessário executar o trabalho rapidamente, se o paciente estiver em condições, deve-se, ao mesmo tempo em que se procede à limpeza e tricotomia da região, informá-lo sobre a cirurgia a que vai ser submetido. Entretanto, se o paciente permanece alguns dias internado, antes que seja realizado o tratamento cirúrgico, algumas medidas, se adotadas, poderão contribuir grandemente para o bom êxito do tratamento.

Qualquer cirurgia, geralmente, causa apreensão ao paciente, ainda que represente o restabelecimento desejado. Ouvindo-o, procurar conhecer as suas preocupações e tentar esclarecê-lo, pode contribuir para aumentar a sua confiança no tratamento proposto. Vários estudos têm demonstrado que o paciente reage mais cooperativamente após a cirurgia, quando é antecipadamente esclarecido e tem oportunidade de expressar suas preocupações relativas a ela. É de fundamental importância que o paciente esteja consciente de que o sucesso da cirurgia depende em grande parte da sua participação ativa no momento adequado.

Embora a perda de líquidos possa ser

compensada terapeuticamente, deve-se estimular a hidratação, oferecendo-se maior quantidade de sucos nos dias que precedem o ato cirúrgico. Se o paciente se apresenta em condições físicas satisfatórias, é de se esperar que sua recuperação se processe de forma rápida e natural.

Quando há indicação de enema evacuador, a sua administração deve ser feita cerca de 12 horas antes da cirurgia.

Preparo da área operatória: — O preparo da área operatória deve ser cuidadosamente executado, pois este é um dos fatores que contribui para a prevenção de infecção. O procedimento pode variar de um serviço para outro, entretanto, a limpeza rigorosa e a remoção dos pêlos é parte inerente do preparo. Água, esfregão e sabão, provavelmente são os melhores agentes para a remoção de gorduras e detritos da pele. Depois da limpeza, procede-se a tricotomia, atendendo-se a dois aspectos fundamentais: remoção completa dos pêlos e manutenção da integridade da pele. A pele íntegra, sem lesão, é considerada como uma barreira mecânica, que impede a penetração de bactérias; este procedimento deve, portanto, ser executado sem pressa e com material de boa qualidade. As unhas devem ser aparadas e rigorosamente limpas; o esmalte deve ser removido, porque impede a verificação de cirose, se esta ocorrer.

Para o preparo específico dos pés, devemos colocá-los em solução morna de água e sabão, para facilitar a remoção das células mortas; o uso de "ralinho" próprio proporciona segurança no preparo da região, ao contrário da lâmina, que pode vir a provocar lesões locais. O preparo dos pés deve ser iniciado alguns dias antes da cirurgia, pois desta forma é possível tratar alguma lesão micótica porventura existente.

A área a ser preparada é designada pelo médico. As mais comumente indicadas para as intervenções cirúrgi-

cas traumatológicas, apresentam cada uma, suas peculiaridades: a cirurgia de pé requer preparo a partir do joelho; a de tornozelo, estende-se do pé até a metade da coxa; para cirurgia de joelho prepara-se a pele desde os artelhos até a raiz da coxa; nas cirurgias de fêmur e bacia, o preparo estende-se do joelho (inclusive), até à borda da costela inferior e, lateralmente, vai da coluna à linha umbilical. Quando se faz necessária a retirada de material para enxerto, — pele ou osso — a área doadora deve ser igualmente preparada. Para as cirurgias articulares, recomenda-se incluir no preparo, as articulações mais próximas, para o caso de haver necessidade de ampliação da área operatória. Alguns ortopedistas poderão indicar, como parte do preparo da área, a aplicação de compressas esterilizadas embebidas com solução antisséptica.

#### PÓS-OPERATÓRIO

Com as facilidades oferecidas por alguns hospitais mais modernos, através das suas unidades pós-operatórias, a assistência do paciente nesta fase é mais individualizada e, certamente, mais eficiente. Muitas complicações pós-operatórias podem ser prevenidas, quando o paciente recebe assistência adequada neste período.

Em qualquer circunstância, com ou sem sinais de alarme, é fundamental que se observe e se registre todos os dados identificados, para que se tenha um parâmetro progressivo. É conveniente lembrar, que a expressão "observar" em traumatologia tem valor decisivo na conduta médica posterior à verificação do quadro.

Quando, por exemplo, a conduta for "fender o gesso", ou "abrir o enfaixamento", a atuação da enfermeira deverá estar estritamente dentro dos limites predeterminados; solicita-se ao médico que, com um lápis comum ou caneta,

delimite no gesso ou no enfaixamento, a área a ser fendida, além de registrar a ordem no prontuário. O passo seguinte é o cumprimento imediato da ordem, sob o risco de agravar os efeitos da compressão. Após fender o aparelho gessado, cuidadosamente e com o auxílio de uma tesoura de Lister (ponta achatada), cortam-se e afastam as ataduras e o algodão ortopédico, até que se visualize a pele, em toda a extensão da fenda. Esta recomendação é de importância fundamental, pois é a forma de eliminar o possível garroteamento existente. Feito isto, o médico deve ser prontamente informado e devem ser registrados os dados identificados — coloração da pele, sangramento, edema, flictenas íntegras ou não, odor, e outros possíveis sinais. Evidentemente temos que oferecer as mais seguras condições para prevenir contaminações da área operada; uma das recomendações é que seja passada uma(s) atadura(s) de crepe sobre a área fendida do aparelho de gesso, evitando-se desta forma, a manipulação por parte do paciente e a exposição da região operada. Durante todo o período de permanência com aparelho gessado ou com enfaixamento compressivo — reforçamos — é necessário manter o membro elevado, como prevenção de problemas, e, caso estes existam, como parte do tratamento dos referidos problemas; neste caso, recomenda-se aumentar o grau de elevação do segmento corporal comprometido, através do uso de outros travesseiros.

Transporte do paciente: — O procedimento de acamar o paciente adulto submetido à cirurgia ortopédica, não raro exige a participação de três ou mais elementos do Serviço de Enfermagem.

Justifica-se isto, pelo fato de ser necessário transportá-lo como um todo. Nas cirurgias de membros inferiores, uma das pessoas deverá segurar o segmento operado, com as mãos espalmadas suportando as grandes articulações; nas cirurgias de membros superiores, es-

tes devem ser mantidos junto ao corpo. Nas cirurgias de coluna cervical, uma das pessoas deve suportar a cabeça do paciente, mantendo-a no alinhamento predeterminado na sala de cirurgia. Tanto nas cirurgias de segmentos como nas de coluna, é sempre mais seguro transportar o paciente como um todo, juntamente com o lençol da maca. Para efeito de segurança do paciente e menor esforço do pessoal de Enfermagem, é conveniente que trabalhem quatro pessoas, duas de cada lado. Caso a altura do leito não corresponda à altura da maca — o que é muito comum — aconselha-se reduzir o desnível, colocando-se travesseiros, coxins ou cobertor enrolado no sentido do comprimento, sob o lençol da maca e junto ao colchão. Desta forma, quando o corpo do paciente for deslocado, não sofrerá o impacto com o colchão; evidentemente que todo o procedimento deverá ser feito com segurança, delicadeza e coordenação de movimentos. Dependendo da cirurgia e do tipo de anestesia, pode-se solicitar alguma ajuda ao paciente.

Observação e registro de sintomas e sinais: — A observação de sinais de choque, de hemorragia, de obstrução das vias aéreas superiores e da expansão pulmonar nos pacientes com cirurgias torácica ou cervical é de vital importância. Retenção urinária e distensão abdominal também podem ocorrer, como nas demais cirurgias.

Quando o membro operado é imobilizado com aparelho gessado ou com enfaixamento compressivo, deve-se apoiá-lo sobre travesseiros, para facilitar a circulação de retorno. Verifica-se, de imediato, se os dedos estão visíveis, para que seja possível identificar sinais de complicação que, geralmente são: cianose, palidez, edema, perda ou diminuição da sensibilidade. Estes sinais podem representar a presença de compressão provocada pelas bordas do algodão ortopédico, ou das próprias ataduras — de crepe ou de gesso. A presença de tais

sinais pode não ocorrer nas primeiras horas após a cirurgia, e sim, mais tardiamente. Nesse caso, pode-se tratar de compressão decorrente da aderência na pele, do algodão sujo de sangue já desidratado.

Nas cirurgias que não requerem imobilização posterior, geralmente é feito um enfaixamento simples, que mantém o curativo e protege a região. A ocorrência de perda de sangue, neste caso, pode ser identificada pelas manchas que aparecem na face externa do enfaixamento e no lençol colocado sob o paciente. Em qualquer das situações, uma vez identificados sinais de hemorragia, notifica-se o médico.

Posição do paciente no leito: — Nas cirurgias de membros superiores, o decúbito do paciente no leito pode ser dorsal ou lateral, desde que não seja exercida pressão sobre o membro operado, e que este permaneça ligeiramente elevado.

Nas cirurgias do membro inferior, o paciente deve permanecer em decúbito dorsal, com o membro operado em posição neutra. Quando, nas intervenções da articulação coxo-femural, há tendência para rotação externa ou interna do membro — o que não raro pode prejudicar a cirurgia — o ortopedista geralmente fixa, no pé, com auxílio de atadura, uma trave de madeira em forma de "T" (envolvida em algodão ortopédico). Nos casos em que a rotação é necessária, o ortopedista coloca uma trave inclinada, para manter o membro na posição desejada. A haste transversal da trave é assentada na altura do calcâneo, de forma a impedir a rotação do membro. Para prevenir edema e desconforto, pode-se colocar um coxim macio, de cerca de 0,05 cm de altura, desde a região poplitéia, até o terço inferior da perna, deixando o calcâneo livre; as extremidades da haste transversal devem ficar suficientemente apoiadas, de forma a manter o membro na posição indicada.

Os pacientes submetidos a cirurgia de

membros inferiores, depois de bem des-  
pertos, podem ser colocados em posição  
lateral sobre o lado não operado; o  
membro operado deverá ficar suportado  
por travessieiros, e mantido em posição  
funcional.

Quando a cirurgia envolver a articu-  
lação coxo-femural, se não houver con-  
tra-indicação médica, no primeiro dia  
pós-operatório, pode-se também colocar  
o paciente em posição pára-lateral, sobre  
o lado não operado; para mantê-lo em  
posição funcional colocam-se travessei-  
ros que apoiem a região dorso-lombar-  
sacra e a perna correspondente ao qua-  
dril operado, tomando-se o cuidado de  
manter a perna e o quadril em alinha-  
mento. Durante a mobilização do paci-  
ente, deve-se manter a imobilização da  
articulação operada.

De acordo com o tipo de cirurgia rea-  
lizada é possível que o paciente também  
obtenha permissão para, nesse mesmo  
dia, sentar-se no leito. Aqueles que têm  
essa permissão, podem ter a cabeceira  
da cama elevada, e podem também ser  
colocados em posição lateral, algumas  
vezes por dia.

Sintomas e sinais de complicações: —  
Uma das complicações que pode ocorrer  
após a cirurgia é a embolia gordurosa.  
Esta, usualmente, ocorre dentro das pri-  
meiras 24 horas, entretanto, como em  
geral não ocorre antes das primeiras 12  
horas, seus sintomas podem ser facil-  
mente diferenciados dos sintomas do  
choque.

Aos sintomas de aumento da freqüên-  
cia respiratória, taquicardia e palidez,  
seguida de cianose, o médico precisa ser  
notificado com urgência. Broncopneu-  
monia, tromboflebite e embolia pulmo-  
nar são complicações imediatas que tam-  
bém podem ocorrer no pós-operatório de  
cirurgias traumatológicas. As medidas  
de enfermagem relativas a essas compli-  
cações e às demais, relacionadas com o  
pós-operatório, são as mesmas adotadas  
nas cirurgias em geral.

#### PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE

Para que a fase de dependência de-  
corrente do tratamento cirúrgico não se  
estenda, e o paciente possa reassumir  
suas atividades o mais precocemente pos-  
sível, a assistência de Enfermagem deve  
ser dinâmica. Levá-lo a participar pro-  
gressivamente das atividades de enfer-  
magem, para ele programadas, além de  
devolver-lhe a confiança, será uma for-  
ma de acelerar a sua recuperação física.

#### ALTA HOSPITALAR

Antes de deixar o hospital, se o trata-  
mento não se completou, o paciente e  
seus familiares devem ser informados  
sobre a sua continuidade.

Além dessas informações, pacientes e  
familiares devem ser esclarecidos sobre  
as atividades permitidas e as limitações  
impostas pelo tratamento, principalmen-  
te nas cirurgias de membro inferior, que  
envolvem deambulação e descarga de  
peso.

#### CONCLUSÃO

O paciente submetido a cirurgia orto-  
pédica apresenta uma série de necessi-  
dades específicas, que devem ser identi-  
ficadas pela enfermeira; o plano de as-  
sistência de enfermagem deve ter como  
objetivo a eliminação dos obstáculos que  
possam interferir na recuperação mais  
imediate do paciente.

#### BIBLIOGRAFIA

- AULETE, Caldas — Dicionário contempo-  
râneo da Língua Portuguesa. Editora  
Delta S.A. — RJ, 1964.
- COMARÚ, M.N. — Paciente hospitalizado  
— Atuação da enfermeira na preven-  
ção de limitações físicas. *Rev. Bras.  
Enf.*, RJ — 28: 22-29, 1975.
- CAMARÚ, M.N. — Atuação da enfermeira  
na Unidade de Traumatologia — *Rev.  
Bras. Enf.*, RJ, 28: 81-87, 1975
- LARSON, C.B. and Gould M. — Orthope-  
dic Nursing the C.V. Nsby Company  
— 17.<sup>a</sup> ed., Saint Louis, 1970.
- WIEBE, A.M. — Orthopedic in Nursing —  
W.B. Saunders Company, Philadel-  
phia and London, 1961.