

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CIRURGIA INTRACARDÍACA

Edna Marchesotti *

O desejo de reparar defeitos cardíacos data de há muitos anos; em 1923 a literatura nos traz o êxito de um cirurgião inglês, Souttar, corrigindo uma estenose mitral. Dessa época em diante, cirurgiões norte-americanos, ingleses, suecos e outros foram se aperfeiçoando na correção de vários tipos de lesões; as inovações foram se sucedendo e mais modernamente, um método auxiliar e uma técnica foram introduzidas; a hipotermia, cuja aplicação é limitada, pois a duração da interrupção circulatória é breve, 6 a 9 minutos, ainda com a possibilidade de uma fibrilação ventricular — e a circulação extra-corpórea que abriu novos horizontes à cirurgia intracardíaca.

Apesar das vantagens apresentadas por esta última técnica, certas lesões ainda eram inoperáveis. Para ampliar o campo, surgiu a associação da hipotermia seletiva com a circulação extra-corpórea.

Hoje a cirurgia cardíaca é praticada em muitos países, trazendo os cirurgiões contribuições para aperfeiçoamento da técnica.

Após a cirurgia intracardíaca, os pacientes são transportados para uma unidade de cuidados intensivos ficando sob observação rigorosa e contínua.

* Instrutora da cadeira de Enfermagem Cirúrgica.

Sendo tão complexo o cuidado pós-operatório desses pacientes, torna-se necessário que sejam designadas enfermeiras especializadas para tal mister.

Nossas alunas têm estagiado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo e com grande satisfação observamos diariamente operações intracardíacas bem sucedidas. Esta compilação de dados resultado das observações de colegas de outros países e de nossas experiências pessoais — visa proporcionar às nossas estudantes e às colegas que não têm tido oportunidade de entrar em contacto com pacientes de cirurgia cardíaca, material para consulta e referências.

Cuidados Pré-operatórios

A rigor, o período pré-operatório deveria compreender o momento em que o médico decide pela cirurgia até a hora da cirurgia propriamente dita. O preparo do paciente iniciar-se-ia desde o momento da opção. Muitos cirurgiões discutem nessa hora, a conduta cirúrgica com o paciente e sua família: o que deve ser feito, como será feito e o que esperar, a fim de obter a aceitação da cirurgia e cooperação.

Na realidade, entretanto, o preparo raramente se inicia anteriormente à hospitalização; logo, o termo pré-operatório geralmente compreende o período que vai da admissão do doente ao hospital até a cirurgia.

O atendimento aos problemas físicos e técnicos tem recebido grande atenção e são largamente enfatizados na literatura. Sabe-se também, que não é suficiente a atenção só às necessidades físicas do paciente. Encontramos muitos artigos em que os autores se preocupam com os problemas psicológicos e éticos que estão associados às reações apresentadas pelo paciente frente ao seu estado de doente. A interrelação do psíquico com o soma nos faz considerar os fatores

psicológicos de importância fundamental no cuidado total do paciente. Assim, cuidado integral de enfermagem hábil e consciencioso é imprescindível, se pretendermos diminuir as complicações pós-operatórias.

Elman (cit. por Dumas²) diz que "pacientes cirúrgicos freqüentemente sofrem reações emocionais adversas, às quais, por ação reflexa, aumentam no pós-operatório o vômito, a retenção urinária, a anorexia e baixam o limiar da dor".

Harris (cit. por Dumas²) observou que "certo tipo de paciente nervoso poderá vomitar e continuará a fazê-lo a despeito de todas as medidas tomadas pelo anestesista para sua prevenção".

Felter e West (ainda citados por Dumas²) declaram "muitos cirurgiões relutam operar pacientes que creem não sobreviver" e mais severamente continuam "tais pacientes têm poucas probabilidades de restabelecimento de uma cirurgia ampla".

Tais citações, apesar de datadas de alguns anos, servem para o momento atual.

1. Preparo Psicológico

Sendo o preparo psicológico tão importante para uma recuperação mais rápida devemos saber quem se encarregará dessa tarefa. Indiscutivelmente, a responsabilidade recai sobre o cirurgião e a enfermeira e desde que é ela quem tem mais contato com o paciente, sua atenção deve ser mais decisiva.

De um modo geral, o paciente é admitido na clínica de cirurgia cardíaca alguns dias antes da cirurgia, a fim de ser submetido a uma avaliação final de suas condições e observação integral que sirva de confronto no pós-operatório. Mesmo que ele aceite a cirurgia, o temor acompanha-o e aumenta cada dia que passa; sabe que a cirurgia cardíaca apresenta riscos, que seu coração não pode ser substituído e que não há vida sem ele. Tem dúvidas quanto a sua probabilidade de viver e possibilidade de voltar a trabalhar, sobre a capacidade do cirurgião e muitas outras mais. Sua operação é um dos

acontecimentos importantes de sua vida. O grau de "stress" depende de sua percepção sobre a doença, da confiança que deposita na equipe que o rodeia. Dizem Felter e West³ "a enfermeira deve tranquilizar o paciente referindo-se à perícia do cirurgião. Ela pode encorajá-lo com prognóstico favorável (quando for caso), relatando suas experiências com sucesso em casos similares".

Às vezes ao analisar um paciente, a enfermeira se engana; ele pode aparentar uma tranquilidade inexistente. Dumas² relata o caso de uma paciente muito tranquila que dormia bem inclusive no dia e noite que precederam a cirurgia. Ao entrar no Centro Cirúrgico começou a inquietar-se, apresentou vômitos antes da intubação e no pós-operatório. Posteriormente ela contou que quando se encontrava numa situação angustiante, dormia durante horas — era sua fuga.

Tratando-se de cirurgia cardíaca em que os cuidados são complexos, é de toda conveniência deixar que a enfermeira encarregada do pós-operatório entre em contato com o paciente e sua família antes da cirurgia. Este conhecimento anterior é benéfico para ambas as partes. De um lado o paciente que fica conhecendo a enfermeira e terá mais confiança quando a encontrar na sala de recuperação. Por outro lado, dá à enfermeira a oportunidade de observar seu estado físico e psíquico, conhecer seus problemas, seus temores e suas relações com sua própria família. De posse desses dados a enfermeira estará apta a organizar um plano de ensino que vise prepará-lo psicologicamente para a cirurgia.

Varvaro⁹ idealizou um plano de cuidado, dando-nos uma boa contribuição nesse aspecto de ensino. O objetivo do plano é prevenir temores no pré-operatório e assegurar cooperação no pós-operatório. O ensino estende-se também à família do paciente, pois faz com que ela possa compreender os cuidados de enfermagem e participar desses cuidados. A família, assim trabalhada por sua própria atitude de confiança transmite ao paciente segurança na equipe e lhe dá apoio moral que necessita. O ensino não pode ser imposto; o paciente e família devem estar interessados o que geralmente ocorre.

A enfermeira deve entender-se com o cirurgião a fim de colher informações sobre a doença e a cirurgia em si e se há ou não algum item que o paciente não deva saber; estuda o paciente e avalia sua situação e necessidade, ou seja, faz o diagnóstico de enfermagem. Para objetivar o ensino, necessita de material audio-visual como : equipamento da sala de operação, desenho do coração e vasos para explicar em linguagem simples a anatomia e fisiologia da circulação e do aparelho respiratório, a fim de tornar mais compreensível a razão do sistema de drenagem, da tosse, da inspiração profunda e demais cuidados. Para êsse fim flanelógrafos e cartazes são muitos úteis.

De posse do material e dos dados necessários e estando o paciente e família motivados devem ser explicados : verificações contínuas de pressão : balanço horário dos líquidos ingeridos e eliminados ; mudança de decúbito, para estimular a circulação e respiração ; inspiração profunda frequente para expandir os pulmões e movimentar o muco coletado ; a tosse, essencial para deslocar rólhas de catarro no brônquio ; movimentação do braço e ombro esquerdo para estimular a musculatura. O paciente deve saber que sentirá dor mas que terá medicação para aliviá-la. Devemos assegurar-lhe que êsses cuidados são condutas normais e que mostram o progresso na recuperação.

Quando a enfermeira demonstra interêsse sincero e tem segurança em seu conhecimento e habilidade, ganha a confiança do paciente e da família e assegura a cooperação no tratamento. O paciente deve conhecer a sala de recuperação e os aparelhos lá instalados com suas respectivas finalidades.

Quando se trata de crianças, o preparo psicológico torna-se muito mais difícil ; para tal mister a enfermeira necessita de muita paciência, carinho, imaginação e compreensão. Em Dayton, Ohio, no Good Samaritan Hospital⁶ planejou-se um ensino às crianças que iriam se submeter à cirurgia cardíaca ; êste plano envolve igualmente a criança e família ; o equipamento para a cirurgia cardíaca é apresentado, colocando-se uma

boneca no lugar do paciente. Solicita-se à criança que ajude na ce na cirúrgica. Terminada a "operação", a boneca passa para a sala de recuperação, dando-se explicações de acôrdõ com a idade e conceito da criança. Vendo com a boneca o que irá lhe aconte cer, esta experiênciã torna-se para a criança menos angustiante quando chegar a sua vez.

2. Preparo Físico

a. Pele - O paciente deve ser orientado a tomar um bom banho, dando especial atenção à região que será operada. A tricotomia será feita na véspera, das regiões torácica, axilar, abdominal, pubiana, inguinal.

b. Contrôlẽ de sinais vitais - São verificados em intervalos freqüentes durante os 2 ou 3 dias que antecedem a cirurgia, a fim de que sirvam como comparação no pós-operatório.

c. Sedação - Freqüentemente o paciente passa a noite inquieto porisso é prescrita medicação hipnótica para a véspera, que poderá ser repetida mais tarde se necessário.

d. Pré-anestésico - O anestesista examina o paciente na véspera e avalia seu estado físico; prescreve o pré-anestésico que varia de acôrdõ com a orientação do anestesista, mas sempre com efeito sedativo e para eliminar secreção bronquica.

e. Aparelho urinário - É passada uma sonda de Folley antes da cirurgia, pois o paciente terá rigoroso contrôle de diurese no pós-operatório.

f. Aparelho intestinal - Na véspera é freqüente um enema.

g. Jejum como em tôda a cirurgia com a tesia geral.

h. Pesagem - O paciente é pesado na mesma balança antes e após a cirurgia. No nosso meio a pesagem

é feita no próprio centro cirúrgico. Uma diferença nessas duas pesagens indica que houve um deficit ou um superavit no balanço sanguíneo.

1. Observação de sinais de infecção -
Como toda cirurgia, precisamos verificar se o paciente não apresenta sinais de infecção nas vias respiratórias, pele, etc.

Esses são os cuidados gerais imediatos no pré-operatório. De acordo com a moléstia que motivou a intervenção e o estado geral do paciente são acrescentados outros tais como observação do regime dietético, controle de peso diário (para verificação de edema oculto), hidratação, etc.

Os familiares são avisados quanto à data e horário da cirurgia, porém não devem ser encorajados a visitar o paciente no dia da cirurgia, pois poderão provocar aumento da tensão emocional.

Quando possível, a enfermeira acompanha o paciente até o centro cirúrgico.

Cuidados Pós-Operatórios

Após a pesagem, finda a operação, o paciente é colocado na sua cama e transportado para a sala de recuperação, que deve estar convenientemente equipada para receber pacientes de cirurgia cardíaca, onde permanece durante o período crítico.

A primeira vista, o paciente pode nos parecer impressionante, visto a quantidade de sondas e drenos com que chega do Centro Cirúrgico. Apresenta um cateter na artéria radial para verificação da pressão arterial média e para coleta de sangue para exame de laboratório e dois cateteres venozos — um na femoral e outro na cefálica ou mediana, que

utilizamos para transfusão e sôro; um ou mais drenos torácicos para drenagem de ar e líquidos coletados, sem falarmos nos casos em que outros artifícios são usados, como por exemplo, quando é implantado o marca passo externo e o paciente apresenta fios ligados ao aparelho gerador de energia. Se compreendermos a finalidade dessas várias sondas e drenos e sua origem, o cuidado do paciente torna-se mais fácil.

1. Recebimento do Paciente

Assim que o paciente chegar na sala de recuperação, o oxigênio é ligado, a sonda vesical aberta, o sôro e sangue regulados; o dreno ou drenos torácicos e seus conectores são verificados e ligados ao aparelho da aspiração com pressão são pedida pelo médico. A respiração, pulso, pressão arterial e temperatura do paciente são verificados; se houver qualquer suspeita de bloqueio cardíaco, arritmias ou fibrilação, o médico providencia um eletrocardiograma rápido e toma as medidas necessárias ao caso.

Enquanto o paciente estiver sob ação da anestesia sua posição será como na maior parte das cirurgias, em decúbito dorsal com a cabeça voltada para o lado; ao acordar colocamos o paciente em semi Fowler ou Fowler alto, sendo essa sua posição enquanto estiver acamado.

Este paciente requer uma vigilância constante; a enfermeira deve estar alerta para sinais de hemorragias, arritmias, dor torácica aguda, edema pulmonar; o risco é maior nas primeiras 48 horas; ainda quando inconsciente, a enfermeira deve observar a sua expressão facial, examinar se as pupilas apresentam-se isocóricas e se reagem à luz e observar o tônus muscular, pois alterações podem indicar edema cerebral. Logo que o paciente começa a responder a perguntas simples, pede-se que mova os membros; se houver paralisia dos mesmos, convulsões ou inquietação o médico deve ser avisado imediatamente.

2. Oxigênio

Costumamos dar oxigênio umidificado por ca teter nasal. Se houver necessidade fazemos aspiração de se creções, principalmente durante o período em que o paciente es tiver inconsciente. É importante observar se o cateter está de sobstruído, pois às vêzes a secreção acumula-se na sua perife ria obstruindo-o, perdendo êste sua finalidade. O oxigênio ge ralmente é desligado 12 horas após a cirurgia.

3. Contrôles dos Sinais Vitais

a. Respiração - Observa-se a frequência e o tipo de respiração, bem como a côr da pele. Devemos incen tivar o paciente a respirar profundamente, pois com a inspira ção o ar entra no pulmão e com o aumento de pressã o conteu do da cavidade pleural (ar e líquido serossanguinolento) escoo para o sistema de drenagem. Além disso favorece a expansão pulmonar.

b. Pulso - Deve ser verificado cada 15 mi nutos até estabilizar, depois cada uma ou duas horas e no segun do dia pós-operatório cada 4 horas, observando-se ritmo, fre quência e intensidade. Os pulsos femural, poplíteo e dorsal do pé são muito importantes, pois nos dizem da circulação do membro inferior. A ausência de pulso na arterial dorsal do pé (pedial) ou na tibial posterior faz suspeitar de êmbolo na artéria que irriga a perna, sendo de particular importância quando se tra ta de valvulotomia, mitral em que, apesar dos coágulos serem removidos durante a cirurgia, há possibilidade de algum passar para a circulação causando obstrução. Como a artéria femural é usada na perfusão, é importante a verificação dos pulsos pe riféricos inferiores; se forem palpáveis é sinal de que o san gue circula normalmente; quando tal não ocorre, supõe-se que o reparo não foi adequado.

c. Pressão arterial - Nas primeiras 24/48 horas, controla-se a pressão arterial média a qualquer momento que se queira pelo manômetro ligado na artéria radial; após esse período, o cateter obstrui-se. A pressão arterial é verificada com a mesma frequência com que se verifica o pulso.

d. Temperatura - Como durante a cirurgia é usada a hipotermia seletiva, o paciente chega à sala de recuperação com temperatura entre 33 e 36°C. É muito comum a temperatura subir e permanecer elevada durante alguns dias. A causa exata dessa hipertermia é desconhecida, acreditando-se que seja devida à presença de sangue no pericárdio; varia entre 37 a 39°C. São prescritos antitérmicos; senão baixar, colocam-se compressas frias e bolsas de gelo na região inguinal, nas axilas e ao longo do corpo do paciente. Se não houver melhora e continuar a subir pode ser usado o colchão de hipotermia. Muitos pacientes apresentam sudorese, frequentemente mais intensa à noite; devemos conservá-lo seco e confortável. A temperatura é verificada cada hora até estabilizar, depois de 4 em 4 horas.

4. Eletrocardiograma

É feito sempre que houver necessidade para determinar a função cardíaca. A enfermeira prepara o paciente e desliga o oxigênio durante o exame se estiver ligado.

5. Radiografia de Tórax

O paciente é submetido a exame radiográfico de tórax quando chega à sala de recuperação, diariamente enquanto estiver com dreno torácico e após a retirada do dreno. Se o paciente estiver com oxigênio ligado, este é desligado enquanto a radiografia estiver sendo tirada.

6. Drenagem Torácica

Um ou mais drenos, são colodacos no me diastino e na cavidade pleural e ligados a um sistema de drenagem fechada*.

O líquido serossanguíneo drenado, tende a coagular, porisso devemos comprimir (manobra de ordenha) t^oda a extensão dos conectores para assegurar a sua desobstrução e facilitar a drenagem; êsses movimentos são feitos várias v^êzes ao dia. Para contrôle do líquido drenado, colocamos uma fita adesiva no frasco coletor em sentido vertical e marcamos o nível de água; a medida que o sangue vai sendo drenado va mos pondo marcas no nível em que êsse sangue drenado se encontra, inicialmente de hora em hora e mais tarde cada 2 e 4 horas. O sangue drena em maior quantidade nas primeiras ho ras, depois vai diminuindo gradativamente, Além da quantida de do líquido drenado, observamos e anotamos sua c^ôr e consistência.

O frasco ou frascos coletores devem ser tro cados quando o líquido drenado chegue a três quartos de vidro aproximadamente, porque a pressão mantida pelo aspirador é diminuída se o frasco estiver muito cheio. Deixamos ao lado do paciente, pinça hemostática para o caso do frasco se quebrar. A troca de frascos deve ser feita com técnica asséptica e todo o material deve ser esterilizado. Devemos nos lembrar que se o ar penetrar na cavidade pleural pode ocorrer um pneumotórax, cujos sinais são : dor aguda na área do dreno, disp nêia, taquicardia, inquietude, cianose. Se notarmos êsses

* Kannebley, Z. M. | e | Kober, L. M. - Drenagem fechada de t^o rax. Revista Paulista de Hospitais, VII(8): 31-34, ag. 1959.

Mishkin, S. | and | Chirstie, J. E. - Effective underwater-seal drainage depend on correct set. up. Hospital Topics, 44(8): 143, aug., 1966.

sinais e observarmos que a drenagem não está funcionando, devemos chamar imediatamente o médico. Sabemos que a drenagem está funcionando quando o aparelho de aspiração estiver borbulhando e houver oscilação no nível do tubo de vidro dentro do frasco coletor, de acordo com os movimentos respiratórios do paciente; essa oscilação cessa quando há obstrução na tubulação ou o pulmão está reexpandido. Para garantirmos tal funcionamento devemos observar constantemente o aparelho mantendo as conexões bem fechadas, as tubulações desobstruídas, sem formar ângulos e sem ficar presas sob o paciente ou sob travesseiros. Enquanto estivermos movimentando o paciente devemos ter cuidado para não tracionar os drenos.

Os drenos torácicos são deixados 24 a 48 horas e retirados quando a drenagem cessar e o cirurgião considerar a radiografia de tórax satisfatória. Ao retirá-los o médico faz um curativo compressivo, podendo ser auxiliado pela enfermeira que providencia o material necessário. Convém lembrar que esse curativo deve ser feito com cuidado, tendo sempre em mente a possibilidade de um pneumotórax.

7. Balanço Hídrico

É importantíssimo, para assegurar um tratamento eficaz. O médico calcula a quantidade da infusão endovenosa mais a ingerida, em relação à quantidade dos líquidos eliminados, para não haver sobrecarga sanguínea, que pode acarretar edema pulmonar.

a. Sangue - É dado o suficiente para repor as perdas.

b. Soro endovenoso - A quantidade prescrita deve correr nas 24 horas e o fluxo deve ser constante; devemos observá-lo freqüentemente pois está sujeito a uma alteração, segundo a posição do paciente. O soro endovenoso é

mantido durante 2 a 3 dias ou até que o paciente aceite quantida de adequada de líquido por via oral.

c. Líquidos ingeridos - Enquanto o pacien te apresentar náuseas não deverá tomar líquidos por bôca; se estiver com sêde podemos dar-lhe pedacinhos de gêlo ou ume decer-lhe os lábios. No momento em que não sentir mais náu seas pode começar a tomar líquidos: chá, água, sucos, leite; inicialmente em pequena quantidade, aumentada de acôrdo com sua aceitação. Êsses líquidos devem ser medidos e anotados. Usualmente o médico prescreve 1.500 a 1.800 ml de líquidos diários por via oral. Devemos insistir na hidratação do pacien te pois vai nos dizer sôbre a função renal e favorecer a fluidifi cação de secreções.

d. Líquidos eliminados - Além do líquido eliminado pelo dreno torácico entram nesse contrôle sudore se, vômitos, suco gástrico e a diurese do paciente. A sonda vesical é mantida até que o paciente possa urinar expontânea mente; a urina é guardada; devemos anotar quantidade, côr e aspecto.

8. Movimentação

Convém salientar que a movimentação de pende da orientação médica, da operação e do estado geral do paciente. Em algumas cirurgias como nos aneurismas extensos da aorta, a mudança de decúbito só é permitida após algumas horas; neste caso os membros devem ser movimentados (movi mentação passiva).

A movimentação promove melhor circulação, previne flebites, atelectasias, pneumonias de estase, por isso, no nosso meio, desde que o paciente esteja bem consciente, in centivamos a movimentação de pernas e braços; na posição de semi Fowler ajudamos a que mude de decúbito cada 2 horas, usando a posição lateral direita e esquerda. Depois que o dreno for retirado, a movimentação torna-se mais fácil.

Ainda com referência à movimentação, observamos que o paciente geralmente não usa o braço e ombro esquerdos devido à dor (pois a incisão geralmente é ou medial ou lateral esquerda devido a maior facilidade de acesso). Logo, devemos prevenir disfunções articulares e musculares, fazendo com que o paciente gradativamente faça exercícios, elevando o braço esquerdo, fazendo movimentos de adução e abdução, penteie o cabelo, pegue objetos da mesa de cabeceira. Os exercícios aumentam a tonicidade muscular, previnem defeitos de postura e vícios articulares; são supervisionados e não vem fatigar o paciente.

9. Exercícios Respiratórios

Assim que o paciente estiver consciente, devemos assisti-lo na respiração profunda e na tosse. O paciente deve fazer frequentemente 5 ou 6 inspirações profundas e tossir, para expandir os pulmões, aumentar a drenagem torácica e limpar a árvore traqueobrônquica do muco coletado, prevenindo a atelectasia.

Ao tossir devemos ajudá-lo, amparando o tórax, pondo uma mão protegida por compressa sobre a sutura e a outra nas costas. A tosse provoca dor pois movimenta toda a área operada. Se o paciente não estiver consciente de sua necessidade vai se negar a tossir com receio de sentir dor. Daí a vantagem da orientação pré-operatória, quando o paciente deverá treinar as inspirações profundas, os exercícios de tosse para que saiba fazê-los no pós-operatório.

Para aliviar a dor e facilitar a tosse, é geralmente prescrito um sedativo.

10. Dieta

Depende muito da aceitação do paciente; em geral hídrica no 1º dia pós-operatório, líquida no 2º, passando depois para pastosa, leve e geral ao redor do 3º dia. As modificações nas dietas básicas, dependerão de circunstâncias outras, alheias à cirurgia.

11. Medicação

a. Antibióticos - Desde que todo o material e equipamento estejam esterilizados e que usemos técnica agsética no cuidado do paciente, as infecções são raras. Como medida profilática é prescrito antibiótico a partir de 1 ou 2 dias antes da cirurgia e se prolonga por 1 semana a 10 dias após a mesma.

b. Antitérmicos - Quando o paciente apresenta hipertemia.

c. Analgésicos - São dados analgésicos potentes para acalmar a dor.

d. Nebulização contínua - Com um agente mucolítico, para fluidificar secreções.

e. Outros - Dependendo da sintomatologia apresentada pelo paciente, segue-se o tratamento específico com digitalícos, hipertensores, hemostáticos, etc.

12. Dor

O limiar da dor varia de um indivíduo para outro; alguns necessitam sedativos frequentes, outros com intervalos maiores. O pós-operatório é um período doloroso; a

dor persiste por 5 a 6 dias e é causada pelo traumatismo dos nervos intercostais; o dreno pode irritar a pleura e causar dor. O paciente fica inquieto, sente-se desconfortável, confuso; muda continuamente de posição, acreditando aliviar a dor. O medo intensifica a dor, aumentando também a inquietação. A enfermeira deve estar a par desse medo, avaliar a situação e procurar ajudá-lo, encorajando-o e assegurando-lhe que está passando bem. O paciente precisa ter perto de si alguém em que confie e a quem possa queixar-se. Às vezes o paciente não sabe definir a dor; outras queixa-se de dores nas costas e ombros - uma massagem nessa área poderá trazer-lhe alívio.

13. Curativos

O curativo deve ser observado freqüentemente. Há um pouco de sangramento nas primeiras horas, porém, qualquer aumento deve ser comunicado ao médico. No nosso meio usa-se incisão descoberta após 12 horas.

Nas regiões em que foi feita dissecação de vasos é colocado um curativo compressivo após a retirada do cateter. Devemos observar esse curativo, principalmente o da artéria radial e da veia femural a fim de que um sangramento não passe despercebido.

Ao redor do 10º dia os pontos são retirados pelo médico.

14. Cuidados de Higiene

Comuns a todo paciente com particular atenção à higiene oral e à lubrificação dos lábios no período em que o paciente estiver com náuseas e em jejum.

15. Deambulação

A data para deambulação depende das condições do paciente, do tipo e evolução da cirurgia, assim como da orientação médica. Os nossos pacientes, de um modo geral, começam a deambulação ao redor do 5º dia pós-operatório. Inicialmente sentam com as pernas para fora da cama; depois vão para a cadeira e finalmente andam um pouco no quarto, aumentando gradativamente o tempo de deambulação. A enfermeira deve supervisionar e se o paciente sentir dispnéia, taquicardia, fadiga, deve interromper a deambulação e avisar o médico; deve também observar o postura do paciente.

16. Repouso

Os dois primeiros dias na sala de recuperação são muito movimentados; o paciente é constantemente solicitado para cuidados de enfermagem; porém ele precisa de frequentes períodos de repouso para que possa cooperar no tratamento. A enfermeira deve planejar o cuidado, reunindo as várias atividades de modo que o paciente possa ter um período de repouso entre um e outro bloco de atividades.

As visitas devem ser limitadas aos membros da família, por períodos pequenos para não perturbar nem cansar o paciente.

17. Complicações

O paciente permanece na sala de recuperação, 2 a 3 dias, indo depois para a enfermaria. Essa permanência pode ser aumentada por complicações ou por necessidade de maiores observações. Algumas complicações aparecem durante a cirurgia ou logo após, como: as hemorragias, arritmias, parada cardíaca, parada respiratória, embolia cerebral.

Outras surgem mais tarde como : infecções, íleo paralítico, in suficiência renal, arritmias.

Qualquer alteração no pulso, côr dos lábios, unhas, nível de consciência, temperatura, respiração, pressão, inquietação, distensão das veias do pescoço, dor aguda, escar ro sanguinolento, diurese, devem ser comunicados imediat mente ao médico. A observação oportuna da sintomatologia per mite ao médico, iniciar cêdo o tratamento, detendo a evoluçã o da complicação.

Os cuidados de enfermagem irão se tornan do mais complexos de acôrdo com o tratamento efetuado. As sim, se o cirurgião lançar mão de marca-passo*, desfibrila dor, aparelho de respiração artificial, colchão de hipotermia, devemos acrescentar os cuidados específicos a cada um deles.

18. Preparo para Alta

O paciente e familiares devem saber que a cura total não se dá logo após a cirurgia; passam-se alguns me ses até que haja recuperação completa. Devem saber também, as atividades que o paciente pode ter e sua evoluçã o gradual. O contrô le médico no consultório ou ambulatório é muito importan te pois o médico além de verificar o estado geral do paciente, pode discutir com ê le novas atividades, esclarecer dú vidas, mo dificar medicações e dietas.

Num hospital em que haja serviço de enfermagem de saúde pública, haverá encaminhamento do caso para ê ste serviço e uma enfermeira, em visita domiciliária, poderá orientar o paciente sô bre o tratamento médico e supervisionar o programa de atividades.

* Ver artigo sô bre marca-passo nesta revista.

19. Perturbações Mentais Pós-Operatórias

Nos primeiros dias do pós-operatório, podem encontrar pacientes com amnésia, provavelmente resultante do stress sofrido; pacientes amedrontados e excitados, com graus variados de depressão. Estas, são reações encontradas principalmente em pacientes submetidos à cirurgia de válvula mitral. As causas parecem não estar bem definidas, apontando-se entre outras: medo, distúrbio cerebral, medicação.

Muitos pacientes se recuperam e passam bem até a alta; outros evoluem para psicose. Abram¹ menciona 2 tipos de psicose:

- delírio pós-cardiotomia, que talvez esteja relacionado com anormalidades bioquímicas durante a perfusão: o paciente apresenta-se desorientado no tempo e espaço.
- psicose cardíaca, que vem a ser uma anormalidade sensorial: o paciente está orientado auto e halo psiquicamente, mas apresenta em certos momentos alucinações e ilusões. O paciente projeta o seu medo para o equipamento da sala de recuperação.

Ele precisa de ambiente calmo, em que sinta compreensão e segurança; onde sinta-se protegido do que o amedronta. Deve estar bem preparado psicologicamente; deve sentir que as pessoas que o rodeiam são conscienciosas, interessam-se realmente por ele; que o consideram um ser humano, com sentimentos, desejos, esperanças e não "um caso" ou um número de leito. Seria útil para a prevenção de tais incidentes, um exame psiquiátrico no pré-operatório.

Referências Bibliográficas

1. ABRAM, H.S. - Psychological problems of patients after open heart surgery. *Hospital Topics*, 44(1):111-113, jan., 1966.
2. DUMAS, R. G. - Psychological preparation for surgery. *The American Journal of Nursing*, 63(8):52-55, aug., 1963.
3. FELTER, and WEST, F. - *Surgical Nursing*. 3rd ed. Philadelphia, Davis, 1945, p. 43-47.
4. HELLER, A. - Nursing the patient with and artificial pace maker. *The American Journal of Nursing*, 64(4):87-92, apr., 1964.
5. RAE, N. M. - Caring for patients following open heart surgery. *The American Journal of Nursing*, 63(11):77-82, nov., 1963.
6. ROBERTA, M. (Sister) - A doll goes to surgery. *The American Journal of Nursing*, 63(11):82, nov., 1963.
7. SHAFER, K.N. and others - *Medical - Surgical Nursing*. 3rd ed. St. Louis, Mosby, 1964, p. 231-281.
8. TYRRELL, B. - Extra-corporeal circulation nursing after-care. *Nursing Times*, 60(17):518-520, apr., 1964.
9. VARVARO, F.F. - Teaching the patient about open heart surgery. *The Journal of nursing*, 65(10):111-115, oct. 1965.

MARCHESOTTI, E. - Cuidados de enfermagem na cirurgia intra cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1(1):59-78, out. 1967.