

UMA AULA SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS CIRURGIAS PULMONARES

Denise Ribeiro Cardoso (*)

Introdução

A experiência mostra-nos que o sucesso da ci
rurgia pulmonar, mais que em qualquer outra, depende, não ex
clusivamente do ato cirúrgico, mas também da qualidade e quan
tidade dos cuidados pré e pós operatórios dispensados aos pacien
tes.

Ao planejar os cuidados de enfermagem pré e
pós operatórios aos pacientes que vão ser submetidos a cirurgia
pulmonar, a enfermeira orienta-se por um roteiro previamente
organizado. É por isso que, ao darmos uma aula sobre cuidados
de enfermagem a esses pacientes, sentimos necessidade de esta
belecer pontos que poderão orientar o estudante de enfermagem,
não só na sua atuação junto aos pacientes, com também na elabo
ração e execução de um programa de educação em serviço para
todo o pessoal da clínica que, direta ou indiretamente, participe
dos cuidados dos pacientes.

Os itens considerados pontos básicos poderão
ser colocados em um album seriado ou no quadro negro, logo em
seguida à citação bibliográfica, servindo de roteiro para o desen
rolar da aula.

Deixaremos de considerar com um item isolado,
o preparo psicológico do paciente para a cirurgia, porque este
deverá estar incluído em todos os pontos do programa. À medi
da que o estudante vai tendo contato com o paciente, vai reconhe
cendo as necessidades e os problemas deste. As iniciativas to
madas para a resolução dos problemas ou para satisfação, no to
do ou em parte, das necessidades do paciente constituem o que
chamamos de preparo psicológico.

O primeiro contacto que a enfermeira tem com o
paciente, já na admissão deste, é de grande importância para
que, entre ambos, se estabeleça um bom relacionamento.

* Instrutora de Enfermagem Cirúrgica

Pré operatório

Para o preparo pré-operatório do paciente escolhemos cinco itens que são dados a seguir.

1. Os pulmões têm função vital.

Na primeira entrevista com o paciente e nas ou

descobrir quais os conhecimentos que o paciente tem de seu problema respiratório, o que os pulmões representam para sua vida, quais suas impressões sôbre a cirurgia pulmonar, seus temores e apreensões;

dar-lhe informações adequadas, procurando colocá-lo num estado de segurança emocional necessário para seu preparo pré-operatório. Nessas informações serão incluídas noções de anatomia e fisiologia da respiração, vantagens de ser ressecada a par-te afetada do pulmão e o processo adaptativo do organismo. Nes-sas entrevistas, portanto, a enfermeira terá oportunidade de colher elementos para formular parte do preparo psicológico do pa-ciente que vai se submeter à cirurgia.

Em relação, ainda, ao primeiro item da aula, conviria trazer à baila, com os alunos, os conhecimentos anatomo-fisiológico do sistema respiratório.

2. A existência de micro-organismos no trato respiratório, inclusive na boca, e o aumento da secreção, que por vêzes existe, prejudicam o sucesso da cirurgia.

Um dos objetivos do plano de cuidados pré operatórios do paciente seria diminuir ao máximo as secreções e mícroorganismos existentes no trato respiratório, incluindo bôca. Pesquisas realizadas anteriormente têm-nos mostrado que, mesmo o indivíduo sadio é portador de considerável flora bacteriana na cavidade buco-naso-faringéa.

Conforme Guilherme Cortez (9) são encontradas, nessas regiões, Micrococcus sp., Stafilococcus aureus, Streptococcus dos grupos alfa(saliva) e beta Hemolíticos, este encontrado em 10% das pessoas com garganta sadia, Diplococcus Gram positivo não patogênico, Diplococcus Gram negativo(Neisseria), bacilos Gram negativos, entre eles germes do grupo coliforme, e frequentemente o bacilo de Pfiffer e o Hemophilus influenzae, bacilos Gram positivos, do grupo Lactobacillus, abundantes quan-do existem cáries dentárias, difteroides e, conforme a incidência de difteria na localidade, Corynebacterium diphtheriae.

É certo que, em condições normais, de todos os seguimentos do trato respiratório, os que menos contêm bactérias são a traquéia e os brônquios. Ora, o indivíduo com lesão pulmonar, muitas vezes infectada, é portador de maior carga de microorganismo e o aumento de secreção presente, não só prejudica a ventilação pulmonar, como também serve de meio de proliferação e disseminação dos germes.

Urge, portanto, o emprego de meios capazes de eliminar o excesso de secreção e, conseqüentemente, diminuir os microorganismos existentes no trato respiratório. Esse cuidado é o que comumente chamamos de esterilização da árvore respiratória, o que é tentado pelo emprego de antibióticos por várias vias e dos cuidados que passamos a enumerar:

- higiene oral, com antisséptico indicado, várias vezes ao dia: após as refeições, as crises de tosse com expectoração e a drenagem postural;

- verificação e eliminação de focos dentários e amigdalícos;

- nebulização, com substâncias fluidificantes e antibióticas, ou mesmo com água pura, para favorecer a fluidificação das secreções e facilitar sua eliminação, assim com combater os microrganismos;

- drenagem postural, principalmente em se tratando de bronquiectasia e abscesso pulmonar fistulizado; para drenagem postural o paciente é colocado numa posição que favoreça, pela ação da gravidade, o escoamento das secreções da lesão para a traquéia, através dos brônquios; dependendo da localização da lesão, a posição varia; Dr. Rubens Monteiro de Arruda no seu artigo "Medidas pré e pós operatórias em cirurgia pulmonar," apresenta um diagrama com posições adequadas para a drenagem postural (1);

- a observação da quantidade diária de escarro é importante medida de avaliação das condições pulmonares; não é preciso recomendar aqui os cuidados com o frasco reservatório de escarro, no que se refere à higiene e à estética, pois que constituem rotina em muitos hospitais.

Em se tratando de pacientes que fazem seu pré-operatório em ambulatório, torna-se necessário uma boa orientação, por vezes a domicílio, sobre todos esses cuidados.

3. Dissemos que a cirurgia pulmonar afeta a mecânica respiratória e conseqüentemente a hematose. Este fato exige da en-

fermeira uma série de conhecimentos imprescindíveis, ao elaborar seu plano de orientação ao paciente, com o objetivo de obter dele colaboração ativa nas medidas que visam o sucesso tratamento cirúrgico. Abordaremos, em primeiro lugar, as consequências do ato cirúrgico na mecânica respiratória, e, a seguir, as medidas auxiliares que deverão ser adotadas para evitá-las.

3. A cirurgia pulmonar afeta a mecânica respiratória.

3.1- Consequências do ato cirúrgico.

A incisão para ressecção pulmonar, dependendo da extensão, atinge:

- a) músculos: intercostais, denteados, elevadores das costelas, infraespinhoso, grande redondo, grande peitoral, grande dorsal;
- b) costelas: conforme a cirurgia, são seccionadas, uma ou duas costelas;
- c) vasos sanguíneos e nervos: ramos intercostais;
- d) o próprio tecido pulmonar;
- e) a pleura,

Ora, esses elementos são necessários para manter a mecânica respiratória normal e, uma vez traumatizados pelo instrumental cirúrgico, passam a comprometê-la;

- f) pela abertura do torax, com a entrada de ar, a pressão dentro dessa cavidade tende a igualar-se à pressão atmosférica,
- g) a secção de vasos linfáticos e sanguíneos, assim como as manobras sobre o tecido pulmonar, trazendo como consequência um derrame ser-sanguinolento, constitui sério obstáculo à expansão pulmonar e exige cuidados especiais, principalmente no que se refere à drenagem e à prevenção de infecções;

h) a dor no pós operatório de cirurgia pulmonar é um fator importante a ser considerado no plano de estudo do pré operatório; oriunda da incisão da pleura, ela leva o paciente a executar movimentos respiratórios muitos superficiais, com prejuízo da boa ventilação pulmonar, assim como dificulta a tosse produtiva, tão necessária para a eliminação de secreções; o paciente deve ser orientado e educado no sentido de saber como suportar a dor, que os recursos terá para seu alívio e como tossir;

i) nas pneumectomias, pode ocorrer o desvio da traquéia, acarretando, também, a mobilização do mediastino; pela palpação da traquéia, na altura da fúrcula do esterno, e pelo controle da pressão arterial, a enfermeira poderá perceber a presença de um desvio do mediastino que será diagnosticado com mais segurança pelo médico com auxílio do RX; além da hipotensão, este problema traz repercussão na mecânica respiratória, e será resolvido pelo cirurgião, que dará nova orientação à drenagem.

3.2 - Medidas auxiliares.

Uma vez examinadas as consequências da abertura da caixa torácica sobre a mecânica respiratória, citaremos alguns exercícios respiratórios, cujos objetivos principais são: utilizar melhor o campo pulmonar sadio, prevenir alterações posturais, favorecer o reequilíbrio da dinâmica costal e a maior produção da tosse.

a) Exercícios para os músculos respiratórios acessórios superiores: a enfermeira pedirá ao paciente que, após abaixar o tórax, soltando todo o ar dos pulmões, encha-o novamente; para controle deste exercício, ela colocará as mãos sobre as escápulas do paciente, exigindo que sejam elevadas em cada inspiração.

b) Exercícios para os músculos intercostais: a enfermeira colocará as mãos lateralmente sobre as costelas e ensinará o paciente a expandir o tórax no sentido lateral, durante cada inspiração.

c) Exercícios para o diafragma: a enfermeira colocará as mãos sobre a parte anterior do tórax do paciente e o ensinará a respirar movimentando somente o abdome.

d) Exercício com sopro: o paciente, após fazer inspiração profunda, fará passar água, de um frasco para outro, assoprando por um tubo. Os frascos devem ser colocados em níveis diferentes, (mais ou menos meio metro). A experiência nos tem mostrado que, quando o paciente não é devidamente orientado e supervisionado, não realiza adequadamente esses exercícios, muitos, para evitar esforço ou crise de tosse, colocam os frascos no mesmo nível, e depois gratificam o médico com a notícia de que passaram grande quantidade de líquido. Portanto, a assistência de um profissional junto ao paciente, torna-se imprescindível para estimulá-lo e controlar, através de curvas gráficas, a quantidade de líquido passado de um frasco para outro em cada exercício de sopro.

e) Exercícios posturais.

O processo de cicatrização da ferida operatória e a defesa que o paciente desenvolve contra a dor podem determinar defeitos posturais mais ou menos acentuados como ombro caído do lado operado, limitação dos movimentos das articulações do braço, pescoço e cintura escapular e desvio da coluna. Um programa de exercícios pré e pós operatórios, propiciando ao paciente recuperação precoce da função músculo-articular comprometida na cirurgia, libertando o operado de possíveis defeitos posturais se faz necessário. Recomendamos neste sentido o programa de reabilitação preconizado por Howad A. RUSK (18).

4. A hidratação diminui a viscosidade sanguínea, fluidifica as secreções, influi no equilíbrio eletrolítico e na função renal.

O indivíduo em condições normais perde 2300 ml de água por dia, sendo 1400 pela urina, 100 pelas fezes e 800 pela perspiração insensível e suor. Os pulmões e a árvore traqueo-brônquica são responsáveis por quase metade da perda insensível de água e, com esta, de eletrólitos e proteínas. Ora o paciente portador de uma lesão pulmonar está sujeito a um aumento variável de secreção brônquica. Houve quem registrasse 2000 ml de secreção diária, com perda de 780 gr. de proteínas e 47 gr de NaCl. (5) O esforço respiratório, a dor, os exercícios e a deambulação, assim como a variação de temperatura são responsáveis por constante sudorese, apresentada por tais pacientes, sudorese essa que é intensificada por crise de tosse. Por tanto, a necessidade de líquidos torna-se imperiosa, não só para hidratação como também para fluidificar as secreções, normalizar a função renal e diminuir a viscosidade sanguínea.

5. O paciente deve ir para a sala de operações devidamente preparado, conforme a rotina do hospital. Preparo imediato pré operatório.

Neste ítem fazemos referência ao preparo pré operatório comum a todas as cirurgias, incluindo os cuidados relacionados com jejum, higiene corporal, tricotomia, sono, verificação dos sinais vitais e administração do pré anestésico, assim como à segurança do paciente. Não ventilamos cada um desses cuidados, na suposição de que, antes do aluno dar cuidados a um paciente de cirurgia pulmonar, tenha tido conhecimento e experiência de pré e pós operatórios comuns a todas as cirurgias. Bastaria nesta aula apenas uma revisão.

Pós Operatório

Focalizamos, nesta segunda parte de nossa aula, não só o que há de específico na cirurgia pulmonar, como também as ocorrências prováveis, deixando, no momento, de abordar os cuidados que constituem rotina em todo pós operatório. Para fins didáticos, selecionamos os seis ítems mencionados abaixo, que poderão orientar o estudante de enfermagem na elaboração de seu plano de cuidado

1. Prevenção de choque e hemorragia.

Já tecemos considerações sobre a incisão cirúrgica, sua extensão e consequências. Sabemos que o ato cirúrgico constitui "stress" para o paciente e podemos avaliar seu agra

vamento na ocorrência de hemorragia, choque ou desvio do mediastino. Portanto, o emprego de meios profiláticos para as referidas consequências são de importância capital. Cabe à enfermeira grande responsabilidade na percepção dos primeiros sinais que poderão levar ao diagnóstico precoce dos transtornos acima mencionados.

Não basta a verificação e anotação de pressão arterial e pulso com intervalos pré estabelecidos. Muitas vezes, estando o paciente sob a ação de drogas compensadoras, o estado de choque passa por uma fase de latência mais ou menos longa, até sua instalação típica. Portanto, é de grande importância que a enfermeira faça o controle da pressão arterial, correlacionando os dados obtidos com outros elementos tais como: características e ritmo do pulso, palidez e expressão de angústia, tipo de respiração, sudorese, modificação das extremidades quanto à coloração e à temperatura, relacionamento do paciente com o meio e sinais de desvio do mediastino. O problema estudado por um ângulo, apenas, pode levar ao emprego tardio de um tratamento adequado.

O líquido drenado da cavidade torácica que, nas primeiras horas é essencialmente hemorrágico, requer controle rigoroso para identificação de hemorragia, devendo a enfermeira anotar de hora em hora a quantidade drenada do mesmo.

2. Observação da mecânica respiratória.

Conhecedora das consequências do ato cirúrgico sobre a mecânica respiratória a enfermeira se aplicará em observar as alterações nesse sentido, usando os recursos compensadores das possíveis alterações.

A respiração deve ser observada quanto ao ritmo, a profundidade dos movimentos respiratórios e ao grupo de músculos utilizados, pois, a presença de secreção ou sangue na cavidade torácica, assim como o desvio do mediastino e a reorganização inadequada do hemitórax operado, dificultam a boa ventilação pulmonar. O controle radiológico aliado a observação acurada da respiração e da posição da traquéia poderão sugerir medidas úteis na resolução de tais transtornos.

O paciente já vem da Sala de Operação com drenagem fechada do tórax. Na maioria das vezes a drenagem por gravidade é insuficiente, sendo necessário o uso de aparelhos de sucção. No Hospital das Clínicas, usa-se o Emerson ou Gonco. Ambos criam uma pressão negativa inferior à pressão intratorácica, possibilitando o escoamento dos líquidos retidos. Cabe à enfermeira a observação da drenagem e o controle rigoroso dos

aparelhos, e êsses cuidados só poderão ser executados com eficiência quando ela é conhecedora do funcionamento dêsses sistemas.

O tempo de permanência do dreno varia com o tipo de ressecção pulmonar. Nas pneumectomias, quando há drenagem, o dreno é retirado 24 horas após o ato cirúrgico, porém, em outras ressecções de menor extensão, sua permanência vai depender da reexpansão pulmonar revelada pelo contróle radiológico e da parada de eliminação de líquidos. Em qualquer situação é da responsabilidade médica a retirada do dreno.

Já dissemos que a dor está sempre presente no pós operatório de cirurgia pulmonar e, na maioria das vezes, com certa intensidade. O paciente com dor não tem disposição para cooperar na realização dos exercícios respiratórios, tossir e se mobilizar no leito, atividades essas tão necessárias ao restabelecimento da mecânica respiratória. Geralmente há prescrição dos entorpecentes, que menos deprimam os centros respiratórios e sedativos como novalgina e similares. É justamente no momento em que o paciente se acha mais sedado que a enfermeira deve aproveitar para realizar as atividades acima referidas, estimulando o paciente a respirar profundamente e a tossir, assim como assistí-lo, nesse momento, pois, tanto a respiração superficial como a tosse ineficiente predispõem à atelectasia, dificultam a reexpansão pulmonar e favorecem a instalação de empiema.

Há casos em que a tosse precisa ser provocada. Para isso, o médico introduz uma sonda na traquéia do paciente, fixando-a externamente. Várias vezes ao dia a enfermeira deve mobilizá-la ou introduzir por esta sonda alguns ml. de solução fisiológica, para provocar a tosse. A solução não só tem este efeito como também liquidifica as secreções, tornando-as mais fáceis de serem eliminadas.

3. Contróle hídrico.

Quando tecemos considerações sobre a hidratação do paciente, deixamos clara a probabilidade de grande perda de líquido. No pós operatório, esta perda está aumentada pela espoliação cirúrgica, sudorese, aumento de secreções brônquicas, etc. O balanço hídrico e o pêso diário, tornam-se necessários para orientar a hidratação. O pêso é um dado importante porque indica possibilidade de perda da água celular numa quantidade imprevisível. Para facilitar a hidratação, na cabeceira do paciente deverá haver sempre laranjaça, limonada ou outro líquido enriquecido de vitaminas e sais minerais.

A observação e anotação do volume e das características da urina têm grande valor na orientação da hidratação, assim como no diagnóstico precoce de alterações renais.

4. Exercícios posturais

Geralmente os pacientes operados do pulmão saem do leito no primeiro dia do pós operatório e deambulam; desde que sua drenagem possa ser desligada do aparelho de sucção. É justamente nessa ocasião que se devem reiniciar os exercícios posturais, a principio com movimentos suaves e passivos; a progressão se faz lentamente até que o paciente possa realizá-los sem ajuda. Desde as primeiras horas do pós operatório a enfermeira deve se interessar pela boa postura do paciente no leito. Uma vez acordado, a posição preferida é, com o tórax elevado, para facilitar a ventilação pulmonar e a expectoração.

5. Curativos

O curativo de uma incisão que está evoluindo sem complicações não requer maiores cuidados, senão a proteção contra infecção. Se as condições ambientais forem higienicamente adequadas, em especial a roupa de cama, não há necessidade de curativo oclusivo. Caso isso não seja possível o curativo deverá ser oclusivo.

A retirada dos pontos obedece à mesma orientação de outra incisão qualquer.

6. Dieta

O fato da dieta ser voluntária num pós operatório de cirurgia pulmonar não dispensa o incentivo da enfermeira para que o paciente não venha a se desgastar e mantenha sua reserva nutritiva necessária à boa cicatrização da ferida operatória.

7. Preparo para a alta.

A orientação para a alta deve constar de:

- a) informações ao paciente sobre a necessidade de continuar o tratamento no ambulatório;
- b) recomendações sobre a alimentação, principalmente se a lesão pulmonar tiver sido de origem infecciosa;
- c) estímulo para que ele continue fazendo os exercícios respiratórios e posturais até a alta de ambulatório;
- d) informações sobre o reinício de suas atividades profissionais, de acordo com a ordem médica.

RESUMO

Neste artigo o autor preocupou-se em abordar os pontos básicos, que poderão orientar o estudante de enfermagem ou o profissional na elaboração de um plano de cuidados para um paciente submetido à cirurgia pulmonar. O autor procurou ressaltar o valor dos cuidados pré operatórios em função de uma evolução pós operatória sem complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARRUDA, R. M de - Medidas pré e pós-operatórias em cirurgia pulmonar. (Separata da Revista Paulista de Medicina, 42 (2): 84-94, mai., 1958.
2. ARTZ, C.P. |Y| HARDY, J.D. - Complicaciones en cirugía Y su tratamiento. México, Interamericana |c1965|.
3. BAPTISTI, M. L. - Drenagem da cavidade torácica. Revista Brasileira de Enfermagem, 15 (2): 71-83, abr., 1962.
4. BEST, C.H. |y| TAYLOR, N.B. - Elementos de fisiologia humana. Santiago, Universitária |c1959|.
5. BLAND, J.H. - Metabolismo del agua Y los electrolitos en clinica. Mexico, Interamericana |c1965|.
6. CARVALHO, L. de F. - Contrôde de infecções no hospital. Revista Paulista de Hospitais, 11 (4) : 18-19, abr., 1964.
7. CHRISTOPHER, F., |e| DAVIS, L.E. | ed. - Clínica cirúrgica. 7a ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1961.
8. CORRÊA, A. (neto) - Clínica cirúrgica. S. Paulo, Prociencx, 1964. v.3.
9. CORTÊZ, G. - Infecções veniculadas por el aire su control en el hospital. Revista Paulista de Hospitais, 9, (12) : 24-38, dez., 1961.
10. DATTER, S. - Infecções pós-operatórias: como evitá-las. Revista Paulista de Hospitais, 15 (2): 11-18, Fev., 1967.
11. ELÍASON, E. L. |y otros| - Enfermería quirurgica. México, Interamericana |1958|.
12. GANONG, W.F. - Fisiologia humana. S. Paulo, Atheneu, 1968.
13. JOHNSON, J.K. - Surgery of the chest. Chicago, The Year Book, 1952.
14. KANNEBLEY, Z. |e| KOBER, L.M. - Drenagem fechada do tórax. Revista Paulista de Hospitais, 7, (8):31-34, ago., 1959.
15. MARVIN, L. |and| HITCHCOCK, M.O. - Retained secretion following thoracic surgery. The American Journal of Nursing, 51 (10): 607-609, oct., 1951.
16. PINOTTI, H.W., ed. - Atualização cirúrgica. S. Paulo, Jonhson Jonhson, 1960. v.3.

17. PRADO, F. C. - Atualização terapêutica. 5aed. Rio de Janeiro, Luso-Espanhola e Brasileira, 1963.
18. RUSK, H. A. - Medicina de rehabilitación. México, Interamericana, 1962.
19. TALIBERTI, R. - Reabilitação física na cirurgia torácica. Revista Paulista de Medicina, 45 (2) : 93-103, ago., 1964.

CARDOSO, D. R. - Assistência de enfermagem nas cirurgias pulmonares. Rev. da Esc. Enf. USP, 3 (2): 39-49 , set. 1969.