

CUIDADOS INTENSIVOS EM PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Leonidas Nelson Martins Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora.

<http://lattes.cnpq.br/3159919710079489>

E-mail: boleonidas@hotmail.com

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N2>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N2-06>

RESUMO: Este artigo trata dos cuidados intensivos prestados pelo profissional enfermeiro a pacientes no pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Tem como objetivo analisar quais são esses cuidados intensivos, percebendo que pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular necessitam de cuidados de enfermagem de alta complexidade e também de intervenções de enfermagem fundamentadas, onde prevaleça a organização e onde decisões importantes sejam tomadas com rapidez e eficácia. Este artigo baseou-se em uma metodologia qualitativa, bibliográfica, com pesquisa em diversos livros, banco de dados da Internet e periódicos. Tratando-se de um procedimento com grandes repercussões no organismo, a cirurgia cardíaca leva o paciente a um estado crítico pós-operatório, exigindo cuidados intensivos por parte dos enfermeiros, para se obter a completa recuperação do paciente. Observa-se então que a equipe de enfermeiros representa um ponto forte entre o paciente e o ambiente da UTI ocasionando um alívio do estresse gerado pela cirurgia e criando uma boa relação entre paciente e enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Cardiovascular. Cuidados Intensivos. Pós-operatório.

INTENSIVE CARE IN POST-OPERATIVE CARDIOVASCULAR SURGERY PATIENTS

ABSTRACT: This article is provided by critical care nurses to patients in the postoperative cardiovascular surgery. Aims to analyze what these intensive care, realizing that patients undergoing cardiovascular surgery requiring nursing care of high complexity and also based nursing interventions, where prevails the organization and where important decisions are taken quickly and effectively. This article was based on a qualitative methodology literature, with research in several books, databases, journals and the Internet. In the case of a procedure with large effects on body, heart surgery the patient takes a critical postoperative period, requiring intensive care from nurses to obtain complete recovery of the patient. It is then observed that the nursing staff is a strength between the patient and the ICU environment causing a stress relief generated by the surgery and creating a good relationship between patient and nurse.

KEYWORDS: Cardiovascular Surgery. Intensive Care. Post-operative.

INTRODUÇÃO

Milhões de pessoas no mundo possuem um ou mais tipos de doenças cardiovasculares. Alguns têm hipertensão, ou doença da artéria coronária, insuficiência cardíaca, sofrem acidente vascular cerebral ou ainda defeitos cardiovasculares

congênitos. Assim sendo, é necessário que o profissional enfermeiro, seja no hospital, em casa, em casas de repouso, em clínicas de reabilitação, possa ser capaz de avaliar o sistema cardiovascular do paciente.

Este artigo trata dos cuidados intensivos prestados a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardiovascular e salienta que os pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca requerem cuidados de enfermagem de alta complexidade e necessitam de importantes intervenções de enfermagem, onde predomine a organização e as decisões sejam tomadas de modo rápido e eficaz.

Haddad et al. (2005) confirma que tais serviços prestados pela equipe de enfermagem precisam ser de qualidade e especializados, mesmo se considerando que os mecanismos tecnológicos são cada vez mais avançados e tornam mais eficientes os cuidados prestados aos pacientes em estado crítico.

Com o avanço tecnológico das técnicas cirúrgicas, o melhor conhecimento da fisiopatologia e a implantação de protocolos mais sofisticados de pós-operatório em cirurgias cardíacas, a evolução de novos equipamentos, técnicas e, acima de tudo, o desenvolvimento científico, vem crescendo em velocidade muito rápida, exigindo que a enfermagem aprimore seus conhecimentos nos aspectos técnicos e científicos, visto que o tratamento e acompanhamento das fases pré, trans e pós-operatória, e até mesmo no tratamento cirúrgico, estão diretamente relacionados à qualificação da assistência de enfermagem ministrada (JANSEN, 2000 apud LEONIA; ESPÍNDULA, 2010, p. 2).

O estudo objetiva perceber tais cuidados intensivos no pós-operatório de cirurgias cardiovasculares e, para isso, realiza um breve histórico da função cardiovascular, analisando os procedimentos no pré-operatório para, em seguida, aprofundar o estudo no pós-operatório e nos cuidados intensivos que devem partir da equipe de enfermagem.

De acordo com o Dr. Marcel Delafiori Hikiji¹, o termo ‘cirurgia cardíaca’ sempre foi considerado algo assustador, entretanto, na atualidade deixou de ser um mito passando a ser fato comum no dia a dia das pessoas.

¹ Dr. Marcel Delafiori Hikiji – Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Residência em Cardiologia no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; Especialista em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira

O especialista ainda considera que a cirurgia cardíaca, como um procedimento de alta complexidade, requer que o paciente esteja ao menos em condições clínicas aceitáveis; que exista uma equipe multidisciplinar treinada e que possua experiência e que o hospital tenha instalações e equipamentos adequados.

Hikiji (2007) relaciona as patologias cardíacas que, de modo geral, tem indicação cirúrgica, tais como: as cardiopatias congênitas, as valvulares, as doenças da aorta, transplante cardíaco e doenças coronárias graves sem indicação de angioplastia. Após ser indicada a cirurgia, encaminha-se o paciente para uma minuciosa avaliação, onde será colhida a história clínica, onde será realizado exame físico e serão solicitados alguns exames complementares, conforme o quadro clínico e doenças associadas.

Este artigo baseou-se em uma metodologia qualitativa, bibliográfica, com pesquisa em diversos livros, banco de dados da Internet e periódicos. Alguns autores, estudiosos do assunto embasaram este estudo, como, por exemplo: Brunner e Suddarth, Pomerantzeff et al., Hikiji e outros.

HISTÓRICO DA FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

Segundo Stipp (2012) é importante que a equipe de enfermagem compreenda a problemática das doenças cardiovasculares e como elas se inserem no cotidiano da assistência. Sendo assim, poderá ser possível a aplicação de métodos de assistência na prevenção de tais doenças favorecendo a administração do cuidado de enfermagem.

De acordo com Brunner e Suddarth (2009), os principais componentes do histórico da função cardiovascular incluem uma história de saúde, o exame físico, assim como a monitoração de vários resultados de exames laboratoriais e diagnósticos.

Um histórico exato e adequado da função cardiovascular proporciona os dados necessários para identificar os diagnósticos de enfermagem, formular um plano de cuidado individualizado, avaliar a resposta do paciente ao cuidado fornecido e revisar o plano quando necessário (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 656).

de Medicina Intensiva; Responsável pelo pré e pós operatório de cirurgia cardíaca e pelas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Coração de Natal.

Os autores acrescentam que, para que o enfermeiro possa desenvolver positivamente as habilidades de avaliação cardiovascular é relevante a compreensão da estrutura e função do coração na saúde e na doença.

Em uma breve revisão anatômica e fisiológica, Brunner e Suddarth (2009) salientam que o coração é um órgão muscular oco, que se encontra no centro do tórax, ocupando um espaço entre os pulmões e sobre o diafragma. Tem o peso aproximado de 300g, dependendo do peso do indivíduo, sua idade, sexo, exercício físico que pratica ou doença que apresenta. Ele manda o sangue para os tecidos e os supre com oxigênio e nutrientes.

Este bombeamento do coração para enviar o sangue é realizado pela contração rítmica e relaxamento de sua parede muscular. Durante a sístole, que é a contração do músculo, os compartimentos cardíacos tornam-se menores à medida que o sangue é ejetado. Durante a diástole, ou seja, o relaxamento do músculo, estes compartimentos enchem-se com sangue na preparação para a subsequente ejeção. Acrescenta-se que um coração adulto em repouso bate, de modo aproximado, de 60 a 80 vezes por minuto e cada ventrículo ejeta aproximadamente 70ml de sangue por batimento apresentando um débito de mais ou menos 5L por minuto (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Segundo os autores, são diversos os fatores em que se baseiam a frequência e a extensão do histórico de enfermagem da função cardiovascular, como, a gravidade dos sintomas do paciente, a presença de fatores de risco, o ambiente de atuação e a finalidade do histórico.

A avaliação do paciente muito grave que dá entrada na emergência ou unidade de terapia intensiva é diferente daquela de uma pessoa que se examina para uma condição estável crônica; apesar de que os principais componentes do histórico cardiovascular são os mesmos, ou seja, história da saúde, exame físico e monitoração dos resultados de exames laboratoriais e diagnósticos e as prioridades do histórico variam conforme as necessidades do paciente. Através da história da saúde pode-se obter informações importantes sobre o estado de saúde do paciente. “Além disso, ela proporciona ao paciente a oportunidade de compartilhar suas impressões sobre sintomas relevantes, estado da doença atual e experiências associadas ao tratamento de sua saúde” (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 663).

Segundo Hikiji (2007), é na história clínica que se poderá colher dados como sinais e sintomas da cardiopatia, fatores de risco para doenças cardíacas, hábitos de vida como higiene, tipo de dieta, sedentarismo, etilismo, tabagismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de medicamentos, alergias a alimentos e remédios, infecções e uso de antibióticos recentes, problemas anestésicos, vacinação, história de sangramento, gravidez; doenças e cirurgias prévias.

O exame físico, feito de forma detalhada, poderá avaliar o estado nutricional do indivíduo, assim como, a presença ou não de lesões na pele, a sua higiene bucal e o estado de conservação de seus dentes. Este exame também avalia o tipo de tórax, a presença de sopros carotídeos, a presença de varizes; se existem edemas e a presença de pulsos nos quatro membros. Também é realizado um exame físico específico do coração, pulmão, abdome, exame neurológico e de outros órgãos (HIKIJ, 2007).

Outros exames são solicitados, como, os laboratoriais de rotina, Raio X de tórax e eletrocardiograma. Conforme a patologia outros exames serão necessários, como: ecocardiograma, Doppler de artérias carótidas e vertebrais, cateterismo cardíaco e angiogramografia da aorta (HIKIJ, 2007).

O PRÉ-OPERATÓRIO DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR

De acordo com Pomerantzeff e Brandão (2004), a busca por novas técnicas menos invasivas e da pressão para diminuir o período e os custos de internação hospitalar levaram a estudos para aprimorar cada vez mais a avaliação pré-operatória. Os pacientes indicados para a cirurgia cardiovascular são acompanhados por cardiologistas clínicos e depois da indicação cirúrgica, o cirurgião precisa saber da história do paciente, rever seus exames laboratoriais, fazer exame físico e checar órgãos e sistemas. É nesse contato pré-operatório que se estabelece a relação do médico com o paciente.

Auler Jr. e Piccioni (2004, p. 1) ressaltam que, devem-se analisar criteriosamente as condições pré-operatórias que afetam os resultados precoce e tardio da cirurgia cardíaca, pois ela deve ser indicada a determinados pacientes quando a morbidade e a mortalidade são maiores sem o tratamento cirúrgico.

Na visão de Baggio, Teixeira e Portella (2001) o paciente precisa ser orientado quanto ao procedimento de sua cirurgia e tal orientação deve ter qualidade em seu contexto e não quantidade de informações detendo-se nos pontos que interessam ao paciente.

Pomerantzeff e Brandão (2004, p. 153-154) salientam que precisa haver objetividade na fala do cirurgião, esclarecendo para o paciente e seus familiares todas as dúvidas e dizendo realmente quais são os reais riscos do procedimento. “As condições psicológicas e sociais também devem ser avaliadas e consideradas no planejamento cirúrgico de procedimentos como, por exemplo, o transplante cardíaco ou o implante de prótese valvar mecânica.” Consideram os autores que, os fatores de risco descritos para as cirurgias cardiovasculares são muito grandes. “A função ventricular esquerda é um dos mais importantes preditores de morbidade e mortalidade hospitalar e tardia.”

De acordo com Jones (1996) e O’Connor (1992) apud (POMERANTZEFF; BRANDÃO, 2004, p. 154), “nas cirurgias de revascularização do miocárdio, o número de vasos, a extensão da lesão, a idade e o sexo feminino, dentre outros, foram descritos como fatores de mau prognóstico”.

Com relação à parte nutricional, considera-se que, a terapia nutricional no pré-operatório da cirurgia cardiovascular, segundo Cabral (2004), pode ajudar muito, tornando-se uma ferramenta muito importante na vida dos pacientes que vão ser submetidos a uma cirurgia cardíaca.

Isto ocorre porque, além de estar relacionada à oferta adequada de calorias e nutrientes necessários para o bom funcionamento orgânico, sua utilização também pode influenciar o funcionamento de diversos órgãos e sistemas como, por exemplo, o sistema imunológico, o sistema respiratório, a mucosa intestinal e, até mesmo, o sistema circulatório (CABRAL, 2004, p. 119).

O autor destaca vários estudos que mostram a importância do estado nutricional na evolução de pacientes em estado grave. McLennan e Cols (1988 apud CABRAL, 2004) demonstraram a importância dos ácidos graxos poliinsaturados na prevenção de arritmias. Wu e Meininger (2000 apud CABRAL, 2004, p. 120) “mostraram a importância da arginina na reversão da disfunção endotelial e sua atuação benéfica em

algumas condições clínicas como nas insuficiências cardíaca, coronária e vascular periférica”

Cabral (2004) ressalta os estudiosos Sole e Jeejeebhoy (2000), que reafirmam que, muitos pacientes que são portadores de insuficiência cardíaca congestiva sintomática apresentam muitas deficiências nutricionais, especialmente aquelas, cujos nutrientes, atuam nos mecanismos que produzem energia pelo miocárdio e pela musculatura esquelética.

Nas cirurgias eletivas, a maioria dos pacientes se encontra com boas reservas nutricionais, permanecendo poucos dias em jejum. Tais casos ocasionam pequena perda protéica, e, mesmo assim, ao iniciar a ingestão alimentar, essa perda proteica começa a desaparecer, o que dispensa o suporte nutricional especial (CABRAL, 2004).

Se a cirurgia é de emergência, o paciente nem sempre está em condições clínicas estáveis, então surge o risco de desnutrição, sendo importante um acompanhamento nutricional especializado. Os principais objetivos da avaliação nutricional não ficam limitados apenas à identificação das situações de risco nutricional, é preciso observar também a quantificação deste risco e a monitorização da terapêutica empregada (CABRAL, 2004).

Em relação às medicações, Pomerantzeff e Brandão (2004) acrescentam que muitas medicações usadas pelo paciente devem ser suspensas ou terem suas doses ajustadas antes do procedimento cirúrgico, dependendo das condições clínicas dos pacientes.

Os autores ressaltam que o tempo de permanência no hospital deve ser o menor possível, assim, a internação deve ser feita na véspera ou até mesmo no dia da intervenção, em casos mais simples. É importante a checagem dos exames, novamente, antes da operação.

Além do cirurgião, toda a equipe, inclusive a enfermagem, deve acompanhar o paciente desde a sua internação, para que possam proporcionar-lhe um atendimento eficaz.

PÓS OPERATÓRIO – CUIDADOS INTENSIVOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Na atualidade, com as melhorias e o aperfeiçoamento que tem ocorrido nas unidades de terapia intensiva (UTI), pessoas portadoras de cardiopatias, mesmo as mais complexas, têm uma melhor sobrevida.

Segundo Góis e Dantas (2004 apud CARVALHO; BRASILEIRO, 2010, p. 3), as “unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca são caracterizadas como centro de terapia intensiva. O objetivo dessas unidades especializadas é promover o cuidado aos pacientes depois do ato anestésico-cirúrgico”.

Acrescentam os autores que, além dos cuidados de enfermagem que tem o intuito de proporcionar conforto e bem-estar ao paciente, a equipe de enfermagem da unidade precisa estar preparada e ciente das alterações fisiológicas que podem ocorrer após o ato cirúrgico. Havendo aptidão da equipe para detectar precocemente tais alterações, poderão discutir com a equipe multidisciplinar e intervir no quadro clínico para que outras ações sejam realizadas.

De acordo com Haddad et al. (2005, p. 65), “O processo de trabalho na UTI exige a atuação integrada de diversos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem entre outros, que são de suma importância para o atendimento integral do paciente”.

Carvalho e Brasileiro (2010, p. 3) ressaltam que, “a equipe de enfermagem representa o elo mais forte entre o paciente e o ambiente da unidade em que se encontra”, pois estes profissionais estão por mais tempo junto do paciente.

Entretanto, são muitos os desafios para a equipe de enfermagem quando se admite um paciente na UTI depois de uma cirurgia cardíaca. Conforme Brunner e Suddarth (2009), todos os esforços devem ser feitos para facilitar a transição da sala de cirurgia para a unidade de terapia intensiva ou unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) com risco mínimo.

De acordo com David João e Faria Junior (2003), o transporte do paciente do centro cirúrgico até a unidade de terapia intensiva requer cuidados especiais. Ele precisa ser acompanhado de uma pessoa da equipe cirúrgica e de anestesia. É importante

atenção para não acontecer perda de drenos, cateteres e sondas, nem hipoventilação ou extubação acidental. É preciso também monitorar o ritmo cardíaco e a pressão arterial.

Brunner e Suddarth (2009, p. 766) afirmam que, As informações específicas sobre o procedimento cirúrgico e os fatores importantes sobre o tratamento pós-operatório são comunicados pela equipe cirúrgica e profissionais da anestesia para a enfermeira de cuidados intensivos, que, em seguida, assume a responsabilidade para cuidado do paciente.

Os autores relatam alguns procedimentos que precisam ser realizados pela equipe de enfermagem quando um paciente é admitido na unidade de terapia intensiva ou na URPA. A cada hora, durante as próximas 12 horas seguintes à cirurgia, realiza-se um exame completo de todos os sistemas para observar o seu estado pós-operatório e também para que se identifiquem algumas alterações previstas desde a cirurgia. São relatados pelos autores alguns parâmetros a observar:

O Estado neurológico, que abrange o nível de responsividade, o tamanho da pupila e a reação à luz, reflexos, simetria facial, movimento dos membros e pegada manual; O estado cardíaco, ritmo e frequência cardíaca, batimentos cardíacos, estado do marcapasso, pressão arterial, pressão venosa central (PVC), pressão da artéria pulmonar, pressão em cunha da artéria pulmonar (PAWP)², índice ou débito cardíaco, resistência vascular sistêmica e pulmonar, saturação de oxigênio arterial pulmonar (SvO₂). O estado respiratório também é preciso ser observado, através do movimento torácico, sons respiratórios, parâmetros do ventilador, frequência respiratória, pressão inspiratória máxima, saturação de oxigênio arterial (SaO₂), saturação de oxigênio percutânea (SpO₂), CO₂ término-expiratório, drenagem pleural por dreno torácico, gasometria arterial (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Segundo os autores, a equipe precisa monitorar também o estado periférico, ou seja, pulsos periféricos, coloração da pele, leitos ungueais, mucosa, lábios e lobos das orelhas, temperatura da pele, edema, condição dos curativos e linhas invasivas. Quanto a função renal, observa-se o débito urinário, avalia-se a densidade específica da urina e a osmolalidade. O estado hidroeletrolítico: ingestão, débito a partir de todos os tubos de drenagem, todos os parâmetros do débito cardíaco e indicações do distúrbio eletrolítico.

² PAWP - do inglês, *pulmonary artery wedge pressure*.

Quanto à dor, identifica-se a natureza, o tipo, a localização e duração, lembrando que a dor incisional deve ser diferente da dor anginosa; a apreensão e resposta aos analgésicos. A equipe de enfermagem também deve observar todos os equipamentos e drenos, determinando se os mesmos estão funcionando de modo adequado. O tubo endotraqueal, ventilador, monitor de CO2 término-expiratório, monitor de SpO2, cateter de artéria pulmonar, monitor de SvO2, linhas arteriais e intravenosas, dispositivos e equipo de infusão monitor cardíaco, marcapasso, drenos torácicos e sistema de drenagem urinária (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Os autores acrescentam que, “à medida que o paciente recupera a consciência e progride através do período pós-operatório, a enfermeira também avalia os indicadores dos estados psicológicos e emocionais”. Pode acontecer de o paciente demonstrar um comportamento de negação ou depressão ou de delírio pós-cardiotomia. São sinais de delírio as ilusões de percepção transitórias, alucinações visuais e auditivas, desorientação e ilusões paranoides (BRUNNER; SUDDARTH, 2009, p. 761),

As necessidades da família também precisam ser avaliadas. O enfermeiro observa como a família está reagindo nesta situação, percebe suas necessidades psicológicas, emocionais e espirituais e verifica se estão sendo informados da condição do paciente.

O enfermeiro e o cirurgião trabalham em constante cooperação para se evitar complicações e para identificar os sinais e sintomas precoces das complicações, instituindo as medidas necessárias para reverter a progressão de tais complicações.

COMPLICAÇÕES QUE PODEM OCORRER

Bianco (2001 apud SOARES et al., 2011, p. 140) ressaltam que uma preparação deficiente antes da cirurgia, associada a fatores de risco, que somados à história do paciente e “períodos de instabilidade hemodinâmica intra-operatória, pioram sobremaneira o prognóstico e podem determinar e/ou desencadear complicações pós-operatória graves”.

Os principais fatores de risco para o surgimento de alterações orgânicas no período pós-operatório de cirurgias cardíacas se associam a: idade do paciente, sexo,

história médica prévia (doenças de base existentes), tipo de medicação utilizada no pré-operatório e fatores de risco intra-operatório (tipo de cirurgia, tempo de permanência em circulação extracorpórea, tempo de permanência em internação e uso de medicação específica) (ABELHA, 2010 apud SOARES et al., 2011, p. 140).

Brandão et al. (2005) ressaltam que, no período pós-operatório imediato, que o paciente está na UTI, o enfoque maior do cuidado está relacionado à recuperação da anestesia e à estabilidade hemodinâmica. Os enfermeiros precisam se lembrar que, nesta fase, o paciente está fragilizado em decorrência de alto estresse físico e emocional e que tal estado pode piorar com atividades que se desenvolvem no ambiente da unidade.

Carvalho e Bianchi (2007 apud NOGUEIRA et al., 2012) relatam resultados de pesquisas indicando muitos fatores desencadeadores de estresse no pós-operatório imediato e acrescentam que tais fatores podem ser afastados ainda no período pré-operatório, mediante a orientação ao paciente e sua família.

Brandão et al. (2005, p. 279) citam Barcellos e Camponagra (2001) quando dizem que, “apesar dos avanços técnicos as fantasias a respeito do coração, órgão único e centralizador, não foram amenizadas”. Por isso, Barbato et al. (1982 apud BRANDÃO et al., 2005) consideram que pacientes adultos que passaram por cirurgia cardíaca relataram como principal problema o ambiente desconhecido e agressivo e os estudiosos perceberam diversos problemas psicossociais e espirituais manifestados pelos pacientes cardíacos internados em UTI. Como por exemplo, a falta da família, o medo de morrer, medo de exames e da própria cirurgia; preocupação com o trabalho que deixaram para trás e as rotinas que têm que passar no hospital, como o fato de ficarem sem as próprias roupas e outros.

A equipe de enfermagem deve estar atenta a esses processos psicológicos por que passa o paciente internado em UTI pós-cirurgia cardíaca. É necessário o estímulo por parte dos enfermeiros para que o paciente participe plenamente do processo da recuperação de sua saúde. Por meio da comunicação e dos sentimentos de apoio e confiança a ele transmitidos podem reduzir a ansiedade e aumentar sua dignidade (BRANDÃO et al., 2005).

Com todos estes cuidados ainda podem ocorrer algumas complicações. Brunner e Suddarth (2009) relacionam algumas complicações, como: débito cardíaco diminuído, que constitui uma ameaça a quem se submeteu a uma cirurgia cardíaca e provém de várias causas, como alterações da pré-carga – (volume de sangue muito pequeno que retorna para o coração devido a hipovolemia, ou volume sanguíneo excessivo que retorna ao coração devido à sobrecarga de líquidos); alteração da pós-carga – as artérias contraídas em razão da hipertensão pós-operatória prejudicam o esvaziamento ventricular esquerdo, aumentando a carga de trabalho do coração; alterações da frequência cardíaca, muito rápida ou muito lenta ou arritmias; alterações da contratilidade: insuficiência cardíaca, IM, distúrbios eletrolíticos, hipóxia.

Pode ocorrer também o desequilíbrio do volume de líquidos e dos eletrólitos: esse desequilíbrio eletrolítico pode ocorrer após a cirurgia cardíaca. O histórico de enfermagem inclui a monitoração da ingestão e débito, peso, parâmetros hemodinâmicos, níveis de hematócrito, distensão das veias do pescoço, edema, tamanho do fígado, sons respiratórios e níveis eletrolíticos. É importante verificar os níveis perigosamente baixos ou altos de potássio, magnésio, sódio e cálcio. Pode ser necessária a administração de insulina IV para atingir o controle glicêmico necessário para cicatrização da ferida (VAN DEN BERGHE; WOUTERS; BOUILLON et al., 2003 apud BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Brunner e Suddarth (2009) relatam outra complicação que pode acontecer: a troca gasosa prejudicada. Para que todos os tecidos orgânicos recebam um suprimento adequado de oxigênio para a sobrevivência depois da cirurgia, um tubo endotraqueal com assistência do ventilador pode ser usado por 24 horas ou mais. A ventilação assistida é contínua até que as medições da gasometria arterial do paciente se tornem aceitáveis e este demonstre capacidade de respirar de modo independente.

A equipe deve avaliar constantemente o paciente para os sinais da troca gasosa prejudicada, ou seja, agitação, ansiedade, cianose das mucosas e tecidos periféricos, taquicardia e briga com o ventilador.

Conforme os autores, a circulação cerebral prejudicada é outra complicação. A função cerebral precisa de contínuo suprimento de sangue oxigenado e o cérebro não tem a capacidade de armazenar oxigênio, para isso baseia-se na perfusão contínua

adequada pelo coração. Portanto, a enfermeira precisa observar o paciente procurando detectar algum sinal de hipóxia, como, agitação, cefaleia, confusão, dispneia, hipotensão e cianose.

Avaliar o estado neurológico, incluindo o nível de consciência, também é necessário, assim como a resposta a comandos verbais e aos estímulos dolorosos, o tamanho e a reação da pupila à luz, simetria facial, movimento dos membros, força da pegada, presença dos pulsos, pedioso e poplíteo, temperatura e coloração dos membros. Havendo qualquer alteração no estado do paciente deve ser documentada e o que for anormal deve ser relatado ao cirurgião, pois são sinais que podem mostrar o início de uma complicação (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

CONCLUSÃO

Na atualidade, considera-se que a cirurgia cardíaca constitui a solução imediata de muitas doenças cardíacas que antes não tinham nem esperança de cura. Desse modo, pode-se perceber que, para que o paciente suporte a sobrecarga imposta ao sistema cardiovascular pelas alterações fisiológicas da anestesia e cirurgia, é necessário que o preparo para esta cirurgia seja rigoroso, o que poderá reduzir o nível de complicações pré e pós-operatórias.

Sendo um procedimento com grandes repercussões no organismo, a cirurgia cardíaca leva o paciente a um estado crítico pós-operatório, estado este que exigirá do enfermeiro cuidados intensivos e especiais para que se obtenha a completa recuperação do paciente.

Os estudos realizados levaram ao entendimento de que são fundamentais estes cuidados intensivos de enfermagem na unidade de terapia intensiva para a recuperação dos pacientes submetidos a essas cirurgias cardíacas. Esta equipe de profissionais representa uma força maior entre o paciente e o ambiente da unidade de terapia intensiva, visto que são eles a passar a maior parte do tempo com o paciente.

Surgindo alterações no pós-operatório, estas devem ser identificadas e corrigidas com a maior rapidez possível para que se possa garantir sucesso no ato cirúrgico. O cuidado de enfermagem representa o ponto forte na internação do indivíduo para

cirurgia cardíaca, pois permite que se estabeleçam relações entre paciente e enfermeiro, aliviando o estresse gerado pelo pré e pelo pós-operatório.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para enfrentar todo tipo de situação que pode ocorrer no pós-operatório em cirurgia cardíaca. É muito importante que os profissionais adquiram cada vez mais conhecimento, que aliado a um trabalho humanizado, poderá garantir um atendimento de qualidade ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

AULER Jr., J. O. C.; PICCIONI, M. A. Avaliação pré-anestésica para cirurgia cardíaca. In: POMERANTZEFF, P. M. A.; AULER Jr. J. O. C.; CÉSAR, L. A. M. **Cuidados pré e pós-cirurgia cardíaca**. São Paulo: Roca, p. 1-19, 2004.

BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 122-139, 2001. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4355/2303>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRANDÃO E. S. B.; BASTOS, M. R. C. M.; VILA, V. S. C. Significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 3, p. 278-284, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/906/1106>>. Acesso em: 08 mai. 2012.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Editores: Smeltzer et al. Trad. Fernando Diniz Mundim; José E. F. de Figueiredo. 11. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CABRAL, R. H. Cuidados nutricionais no pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular. In: POMERANTZEFF, P. M. A.; AULER Jr. J. O. C.; CÉSAR, L. A. M. **Cuidados pré e pós-cirurgia cardíaca**. São Paulo: Roca, p. 119-137, 2004.

CARVALHO, J. L.; BRASILEIRO, M. E. Terapia Intensiva x Cirurgia Cardíaca: que cuidados de enfermagem exercer? **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 1, n. 1, p. 1-16, mai. 2012. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_62.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

CÉSAR, L. A. M. **Cuidados pré e pós-cirurgia cardíaca**. São Paulo: Roca, 2004.

DAVID JOÃO, P. R.; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, n. 79, supl. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a11.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

HADDAD, M.C.L.; ALCANTARA, C.; PRAES, C.S. Sentimentos e percepções do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, vivenciados em unidade de terapia

intensiva. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 4, n. 1, jan/abr., 2005.

Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5371/3430>>.

Acesso em: 02 abr. 2012.

HIKIJ, M. D. Cirurgia cardíaca: cuidados no pré e pós-operatório. **Revista**

Multipesquisa, Jan. 2007. Disponível em:

<<http://www.hospitaldocoracao.com.br/conteudo/dica.php?tx=YToxOntzOjI6ImlkIjtzOjM6Im5MCI7fQ==>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

LEONIA, C. J.; ESPÍNDULA, B. M. Terapia Intensiva x Cirurgia Cardíaca: que cuidados exercer? **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial online]. PUC. Goiás, v. 1, n. 1, p. 1-16, mai. 2010.

NOGUEIRA, I. D. S.; CARDOSO, K. S.; DALTRO, L.; SOUZA, M. S.; MIRANDA, T. P.; Viana, J. M. **Assistência de enfermagem no pós-operatório**. Monografia.

Faculdade São Francisco de Barreiras. Barreiras, BA. Disponível em:

<<http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF17.10.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

POMERANTZEFF, P. M. A.; BRANDÃO, C. M. A. Avaliação geral pré-operatória para cirurgia cardíaca. In: POMERANTZEFF, P. M. A.; AULER Jr. J. O. C.; CÉSAR, L. A. M. **Cuidados pré e pós-cirurgia cardíaca**. São Paulo: Roca, p. 153-155, 2004.

STIPP, M. A. C. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. **Revista Escola Anna Nery**. v. 16, n. 1. Rio de Janeiro, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100001>.

Acesso em: 30 abr. 2012.

SOARES, G.M.T; FERREIRA, D.C.S; GONÇALVES, M.P.C.; ALVES, T.G.S.;

DAVID, F.L.; HENRIQUES, K.M.C.; RIANI, L.R. Prevalência das principais complicações pós-operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 24, n. 3, 2011, p. 139-146. Disponível em:

<http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_01prevalencia.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2012.

Data de submissão: 12/05/2022. Data de aceite: 20/05/2022. Data de publicação: 25/04/2022.