

PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA COM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA PARA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Vanessa Gabrielle dos Santos Araújo¹; Mariana Medeiros Brandão²; Wandelyce da Silva Moraes³;
Flávia Buarque Tenório Lopes de Souza⁴.

¹Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes e Pós-graduanda em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Integrada de Patos (FIP/CEPEM) (vaneessagsaraujo@gmail.com); ²Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes (marii_m.brandao_@hotmail.com); ³Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes (wandelycemoraes@hotmail.com); ⁴Orientadora e Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes (flavinha.buarque@gmail.com).

INTRODUÇÃO

A princípio, faz-se necessário uma breve revisão sobre Angina Instável (AI), e deste modo, tem-se que a mesma é definida como uma síndrome clínica situada entre a angina estável e o infarto agudo do miocárdio (IAM). É um tipo de dor no peito causada pela redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, o que deixa o coração sem oxigênio suficiente para desempenhar a sua função. A melhor caracterização diagnóstica tem em vista a necessidade de selecionar os pacientes para o emprego da estratégia intervencionista precoce e de fármaco¹.

Entre os sintomas, estão: aperto ou dor aguda no peito, dor que é "irradiada" para as extremidades do corpo ou costas, náusea, ansiedade, sudorese, respiração curta, tontura ou vertigem, fadiga sem causa aparente. Frequentemente a dor ocorre em momento de sono ou repouso. Os sintomas duram mais tempo do que no caso da angina estável, as medicações não costumam aliviar a dor e pode piorar com o tempo².

A principal causa para AI são os coágulos de sangue que bloqueiam uma artéria parcial ou totalmente. Os coágulos sanguíneos podem formar-se e dissolver-se parcialmente e depois surgir novamente, e a angina pode acontecer a cada vez que eles bloquearem o fluxo sanguíneo na artéria. Quando há esse bloqueio o coração é privado de oxigênio, o que causa a dor característica desta condição³.

Os pacientes com AI evoluem para IAM em cerca de 10% dos casos e, mesmo quando são tratados adequadamente, este número fica em torno de 4%. Essa evolução faz com que aumente o risco de morte a curto e longo prazos¹. Nos Estados Unidos a AI é a causa cardiovascular mais comum de internação hospitalar, sendo também a responsável pela maioria das internações em unidades coronarianas³.

Visando reestabelecer a oferta de sangue ao coração que é apresentada em uma ou mais artérias obstruídas, realiza-se um procedimento denominado cirurgia de revascularização do

miocárdio. Apesar dos avanços da terapêutica clínica e das intervenções percutâneas, a cirurgia de revascularização do miocárdio ainda é bastante utilizada no tratamento de pacientes com insuficiência coronária. Atualmente, mais de 800 mil cirurgias desse tipo são realizadas em todo o mundo⁴.

Nesse tipo de cirurgia são utilizados enxertos provenientes do próprio corpo que funcionarão como uma ponte, levando o sangue à parte da artéria coronária depois da obstrução. O cirurgião possui diversas opções de enxerto, entre elas: enxerto de veia ou artéria. No caso do enxerto de veia, utiliza-se a veia safena magna. Dos enxertos arteriais dispõe-se de artéria torácica interna ou artéria mamária interna, artéria radial, artéria gastroepiplóica e epigástrica inferior⁵.

Quanto à assistência de enfermagem, o enfermeiro deve estar atento a conhecer a história pregressa do indivíduo durante o pré-operatório, sinais e sintomas do indivíduo em pós-operatório e a evolução do tratamento nos períodos pré e trans operatórios, sendo ser capaz de prever e prover cuidados sempre que forem necessários⁶.

Durante a cirurgia, para a realização das pontes, é necessário, algumas vezes, alterar a posição do coração para acessar suas porções posteriores. É fundamental que não haja muito movimento do coração para uma maior segurança na realização das pontes. Nesta fase, inicia-se a circulação extracorpórea, que funciona através de uma máquina que simula a função do coração – pulmão. Neste momento, o sangue desviado para a máquina é oxigenado e retorna para o organismo. Após realização das pontes, os tubos são retirados, a máquina é desligada e o coração reassume sua função⁵.

O objetivo deste relato de experiência visa conhecer a assistência de enfermagem frente o pós-operatório de um indivíduo submetido à cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea para revascularização do miocárdio, tendo em vista a necessidade de discutir cuidados e ações necessárias para tornar melhor o prognóstico deste indivíduo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária realizada com base na assistência de enfermagem que foi prestada ao cliente. Foram utilizadas bases de dados como: Lilacs e Scielo, além do auxílio de livros de edições atuais. Através de uma análise descritiva, incluíram-se os artigos que se enquadravam na temática abordada independente do tempo de sua publicação e excluíram-se artigos que não apresentassem cunho teórico relevante para tal. Como descritores de assuntos, palavras e títulos,

utilizaram-se os termos: circulação extracorpórea, revascularização miocárdica e assistência de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

B.S.R., gênero feminino, casada, 72 anos, tem 3 irmãos vivos e 2 filhos. Natural de e Residente em Maceió, não trabalha, mora em casa de alvenaria, com água tratada, saneamento básico e coleta de lixo. Queixando-se de dor em tórax e informa não conseguir dormir tranquilamente. Encontra-se em pós-operatório mediato de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea através de enxerto da artéria mamária interna. Segundo informações do prontuário: HAS, DM e desconhece que possua qualquer tipo de alergia medicamentosa; passado cirúrgico de tumor em cavidade oral há 1 ano, cateterismo há 7 meses e angioplastia com implante de stent há 3 meses; nega etilismo e tabagismo. Em tempo, segue consciente e lúcida, orientada no tempo e no espaço. **Ao exame físico:** Pele com elasticidade, higienizada e hidratada; Couro cabeludo íntegro, higienizado, cabelos bem distribuídos, com bom implante capilar; Calota craniana sem abaulamentos, sem retrações; Face simétrica, atípica, em BEG (Bom Estado Geral); Sobrancelhas íntegras e sem seborreia; Olhos simétricos, esclerótica esbranquiçada, mucosas conjuntivas hipocoradas; Teste de campo e acuidade visual, e de convergência e divergência preservados; Nariz sem desvio de septo, mucosa nasal pouco higienizada, e com mucopolissacarídeos; Pavilhão auricular simétrico, rente à fenda palpebral, íntegros e higienizados, acuidade auditiva preservada; Lábios normocorados, com desvio no lábio superior; Mucosa oral normocorada, relata que usava prótese e que deixou de usá-la quando caiu e machucou a boca (SIC), língua saburrosa, palatos duro e mole sem alterações, úvula centralizada e tonsilas sem alterações; Pescoço com mobilidade preservada, linfonodos impalpáveis; portanto CVC duplo lúmen em subclávia direita; Tórax simétrico, com expansão bilateral, portando drenos de mediastino com débito de 200 ml e de tórax à esquerda com débito de 50 ml nas últimas 9 horas, mamas flácidas, mamilos planos, AP: MVU (+) em AH, s/ RA, FV: 20 ipm; FC = 86 bpm; Abdome flácido, movimentos peristálticos presentes nos quatro quadrantes, abdome indolor à palpação; portando SVD, eliminações vesicais de coloração amarelo claro com débito urinário de 1.775 ml na últimas 9 horas e sem evacuações intestinais até o momento (SIC). MMSS sem alterações, MMII ressecados e se edema, unhas de mãos e pés higienizadas. Em uso de antibioticoterapia com Zinacef, hidratação da pele com Pielsana, Dipirona (SOS) e AAS. Abaixo, segue quadro de um Plano de cuidados de enfermagem orientado e prescrito conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem, construída de acordo com Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE)⁷.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor em nível moderado	Dor em nível baixo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar sinais e sintomas para controle da dor; 2. Administrar medicação conforme prescrição médica;
Risco para glicemia instável	Risco para glicemia instável diminuído	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar sinais de hipo e/ou hiperglicemia; 2. Observar e aconselhar aceitação da dieta prescrita;
Risco para sangramento em nível moderado	Risco para sangramento diminuído	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorização dos SSVV; 2. Controle do débito urinário e dos drenos;
Padrão do sono prejudicado	Padrão do sono melhorado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter o ambiente calmo; 2. Apagar a luz que fica próximo ao leito do paciente
Riscos de infecção em ferida operatória e inserção dos drenos	Riscos de infecção em ferida operatória e inserção dos drenos diminuídos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar troca de curativo mantendo técnica asséptica; 2. Manter curativo seco e oclusivo 3. Avaliar e registrar aspectos da ferida operatória
Risco de lesão por pressão em nível moderado	Risco de lesão por pressão em nível baixo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar a cobertura prescrita na pele; 2. Realizar mudança de decúbito a cada 2h
Risco para tromboembolismo venoso cirúrgico presente	Risco para tromboembolismo venoso cirúrgico diminuído	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar movimento rotativo dos pés, sempre que possível

CONCLUSÃO

Durante o pós-operatório, a assistência de enfermagem é de extrema importância para melhora progressiva do paciente. O cuidado de enfermagem do paciente nas primeiras 24 horas compreende a assistência integral e continuada para a recuperação dos efeitos da anestesia, a frequente avaliação do estado fisiológico do paciente, a monitorização quanto às complicações, o tratamento da dor e a implementação das medidas designadas para o alcance das metas de curto, médio e longo prazo.

O conhecimento do enfermeiro sobre esses riscos, bem como o seu conhecimento em relação às necessidades básicas do cliente em cada etapa cirúrgica proporcionará um melhor direcionamento da sistematização da assistência⁸.

O enfermeiro da unidade pós-operatória procede à avaliação do paciente. Esta avaliação incluirá as condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; bem como o suporte nutricional e de eliminações; a verificação e manutenção dos acessos venosos, drenos, ferida cirúrgica; o posicionamento adequado, a identificação da dor, a segurança e conforto do paciente⁹.

É o profissional enfermeiro, que por meio de protocolos de atendimento, poderá atuar com melhor planejamento, e sua assistência somado à sistematização da assistência de enfermagem, irá promover a aplicação de intervenções eficazes aos indivíduos a fim de alcançar um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil GP, Dessotte CAM, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2012;20 Tela 1 -Tela 8.
2. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Doença Arterial Coronariana: Síndromes Coronárias Agudas, 2004.
3. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2014; 102 (3 Supl. 1) : 1-61
4. Piegas LS, Bittar OJNV, Haddad N. Cirurgia de Revascularização Miocárdica. Resultados do Sistema Único de Saúde. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(5):555-560.
5. Knobel M. Cirurgia de revascularização do miocárdio (Ponte de safena, mamária). Cardiologia Knobel saúde do coração. 2010.
6. Carvalho ARS, Matsuda LM, Carvalho MSS, Almeida, RMSSA.; Schneider, DSLG. Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 5, n. 1, p. 50-59, jan./abr. 2006.
7. CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo, 2011.

8. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

9. Maia MA, Sade PMC. Cuidados de enfermagem no pós operatório imediato de revascularização do miocárdio. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, v.2, n.3, p.18-31, jul./set. 2012.