

PÓS- OPERATÓRIO



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

- Conceito:

Período que decorre do término da cirurgia até a alta hospitalar.

- Classificação:

Imediato: as primeiras vinte e quatro (24) horas após o ato cirúrgico.

Mediato: após as vinte e quatro (24) horas até a alta da clínica cirúrgica.

- Objetivos:

- * Restabelecer equilíbrio fisiológica, prevenção da dor e complicações.
- * Proteger o paciente das lesões durante o período de inconsciência.
- * Promover o conforto e a segurança (grades).
- * Ajudar o paciente a retornar à função normal e independência (RIH, função respiratória).



Cuidados no pós-operatório imediato

- 1- Transferir o cliente da maca para a cama, mantendo o leito na posição horizontal, de acordo com o tipo de cirurgia. Anestesia Rack: posição horizontal por 24 horas devido cefalalgia raquidiana;
- 2- Agasalhá-lo de acordo com a necessidade, pois as drogas afetam o centro termorregulador;
- 3- Manter boa função respiratória;
- 4- Monitorizar os sinais vitais;
- 5- Observar nível de consciência, estado geral, quadro de agitação e outros componentes neurológicos;
- 6- Verificar sinais de choque, palidez, hipotensão, pulso rápido e filiforme, pele fria e úmida;
- 7- Observar curativo, atentando para sangramentos;
- 8- Observar presença e funcionamento dos drenos, sondas e conectá-los as extensões;
- 9- Observar e controlar gotejamento de soro, sangue e derivados;
- 10- Checar anotações realizadas durante o transoperatório e prescrição médica;
- 11- Administrar medicações para dor conforme prescrição médica, a fim de prevenir o estresse cirúrgico;
- 12- Manter o ambiente calmo.



Cuidados no pós-operatório mediato

- 1- Controlar os sinais vitais frequentemente de acordo com a evolução;
- 2- Controlar infusões venosas, balanço hídrico quando necessário e drenagem de sonda;
- 3- Atentar para anormalidades e complicações pós-operatórias;
- 4- Mudança de decúbito freqüente para evitar congestão pulmonar e atelectasia;
- 5- Avaliar o início da alimentação. Nos submetidos a anestesia geral e cirurgias abdominais, só alimentá-los após a presença de RIH gástrico e peristaltismo intestinal;
- 6- Iniciar a partir do 1º DPO: deambulação precoce, exercícios respiratórios, encaminhá-lo ao chuveiro ou dar banho no leito, troca de curativo, estimular a aceitação da dieta;
- 7- Orientar o cliente e a família para a alta, importância de retorno ao médico para controle e os cuidados a serem realizados no domicílio.



Indisposições pós-operatórias

Dor

Surge no pós-operatório imediato e desaparece com o passar dos dias. Gera desconforto.

Causa: existência de sondas, drenos, cateteres, posição adotada no ato cirúrgico, imobilidade prolongada, trauma cirúrgico, distúrbios psicológicos.

Cuidados a serem prestados: avaliar tipo, local, intensidade e duração da dor; tranquilizar o cliente e tentar eliminar a causa; afrouxar os curativos apertados se não houver contra-indicação; verificar retenção de gases e urina; administrar medicação conforme prescrição;

Alterações na Temperatura

Ao retornar do CC o cliente apresenta-se hipotérmico em decorrência da depressão do S.N.C pelas drogas anestésicas. Com o passar das horas pode haver hipotermia decorrente da agressão tissular pela incisão operatória.

Cuidados a serem prestados: na hipotermia aquecê-lo com cobertores, fechar as janelas, não aplicar bolsa de água quente, pois pode levar à queimadura pela diminuição da sensibilidade; na hipertermia retirar os cobertores, aplicar compressas frias e medicá-lo conforme prescrição.

Atenção: aumento da temperatura dentro das 24 horas sugere infecção pulmonar, dentro de 48 horas sugere infecção do trato urinário e após 72 horas infecção da ferida.

Náuseas e Vômitos

É um sinal comum após recobrar a consciência, porém torna-se grave se persistir por mais de 3 dias. A duração do vômito vai depender da sua causa. Ao recuperar-se da anestesia: causado pela deglutição do muco e saliva durante o período de inconsciência.

Vômitos nas primeiras 24 horas é causado pelo efeito da anestesia, paralisia da atividade intestinal;

Vômitos excessivos e prolongados no decorrer de 48 horas é causado por obstrução intestinal, dilatação aguda do estômago, peritonite, hemorragia.

Cuidados a serem prestados:

Colocar o cliente com a cabeça voltada lateralmente, deixando a cuba rim para recolher o material do vômito;

Proceder aspiração da SNG a fim de esvaziar a cavidade gástrica;

Lavar a boca após o vômito e manter o ambiente limpo;

Anotar quantidade, aspectos e cuidados prestados;

Medicar conforme prescrição.

Sede

Sensação de ressecamento da boca e faringe, decorrente da ação inibidora de secreção da atropina, perdas sanguíneas, perdas de

líquidos através da sudorese excessiva, hipertermia e cavidade exposta durante o ato operatório.

Cuidados a serem prestados:

Observar sinais de desidratação através do turgor da pele, diurese, alteração da PA, sonolência; verificar jejum para manter hidratação VO ou EV; umidificar boca, lábios e realizar higiene oral nos clientes impossibilitados de alimentar-se por via oral.

Distensão abdominal

Resultado do acúmulo de gases no TGI.

Cuidados a serem prestados:

estimular mudança freqüente de posição e de ambulação logo que possível; utilizar uma sonda ou cateter retal para proporcionar alívio; auscultar o abdome par identificar presença de movimentos peristálticos, relatando para modificações da dieta.

Soluços

São espasmos diafragmáticos intermitentes provocados pela irritação do nervo frênico, mas de etiologia desconhecida. No pós-operatório a causa mais comum é por distensão abdominal e hipovolemia.

Cuidados a serem prestados:

eliminar causas; aquecer o cliente; fazer mudança de decúbito; aspiração ou lavagem gástrica; estimular a deambulação; fazer elevação da cama; aplicação de bolsa de gelo na região epigástrica.

Complicações pós-operatórias

Choque: pode ser definido como uma inadequada oxigenação celular acompanhada de incapacidade de excretar as escórias resultantes do metabolismo. Esta definição baseia-se num inadequado fluxo sanguíneos aos órgãos vitais ou inabilidade destes órgãos de utilizar o oxigênio e outros nutrientes.

Sinais e sintomas: pulso filiforme, hipotensão arterial, dispnéia, cianose de extremidades, palidez, sudorese fria, hipotermia, agitação, oligúria.

Dois tipos de choque podem ocorrer no paciente cirúrgico:

Choque hipovolêmico:

é causado pela diminuição de volume de líquidos, por perda de sangue ou plasma. No paciente cirúrgico pode ser causada pela fraca hemorragia, perda de sangue ou plasma da circulação durante o procedimento cirúrgico ou por inadequada reposição de líquidos após a cirurgia; É caracterizado pela perda da pressão venosa, elevação da resistência periférica e taquicardia.

Choque neurogênico:

é menos comum no paciente cirúrgico. Todavia pode ocorrer devido à conseqüente diminuição da resistência arterial em função da anestesia medular. Ele é caracterizado pela queda da pressão sanguínea devido ao seqüestro nas dilatadas veias de capacitância.

Cuidados a serem prestados:

- Avisar imediatamente ao enfermeiro ou médico da presença de hipotensão e pulso filiforme;
- Controlar rigorosamente sinais vitais, principalmente P.A e pulso;
- Instalar e controlar P.V.C;
- Observar focos hemorrágicos (incisão operatória, drenos, cateterismo, sondas), fazendo curativo compressivo, se necessário;
- Puncionar veia periférica de bom calibre e instalar soro fisiológico;
- Comunicar ao laboratório para a colheita de sangue para tipagem;
- Aquecer o cliente, elevar MMII de 20º a 30º, com a cabeça elevada por um travesseiro e manter o decúbito dorsal;
- Administrar medicamentos prescritos e controle hidro-eletrolítico rigoroso;

- Manter material de emergência preparado para qualquer eventualidade.

Complicações pulmonares

As principais complicações são:

- ❖ Atelectasia: Obstrução dos brônquios através de secreções, ocasiona colapso dos alvéolos pulmonares;
- ❖ Broncopneumonia: Afecção pulmonar provocada por aspiração de vômitos ou alimentos, estase pulmonar, irritação por produtos químicos ou infecção por microorganismos;
- ❖ Embolia pulmonar: Obstrução da artéria pulmonar, ou de seus ramos, através de êmbolos. Um êmbolo é um corpo estranho (coágulo sanguíneo, ar, gordura) que se desloca de seu local de origem e é transportado juntamente com a corrente sanguínea.
- ❖ Quando o êmbolo chega ao lado direito do coração e oclui completamente a artéria pulmonar, os sintomas são abruptos e surpreendentes. Na embolia geralmente ocorre uma obstrução parcial destas artérias, causando dispnéia suave, dor torácica, pulso rápido e irregular.

Cuidados a serem prestados:

- Estimular a movimentação no leito e deambulação precoce;
- Incentivar exercícios respiratórios;
- Fazer tapotagem após mudança de decúbito e exercícios respiratórios;
- Estimular a tosse e expulsão de secreção broncopulmonar (drenagem postural);
- Em caso de vômitos manter a cabeça lateralizada;

- Aspirar secreção endotraqueal;
- Manter nebulização contínua, inalação, oxigenoterapia e administrar expectorantes conforme prescrição;
- Manter hidratação adequada a fim de fluidificar secreções e consequentemente facilitar sua expulsão.



Alterações urinárias

Pode ocorrer retenção urinária, incontinência, oligúria e anúria.

A retenção urinária pode ocorrer: * Causas mecânicas: cistite aguda, estenose uretral, perfuração, cálculo uretral etc. * Causas nervosas: espasmos esfínterianos externos: emoção, medo, apreensão, vergonha, timidez. * Paralisias dos nervos da bexiga por traumatismo da medula cervical, lombar ou sacra, outras lesões medulares, histeria e outras neuroses, anestesia profunda e de longa duração.

Cuidados a serem prestados: Tentar medidas que possam provocar refluxos da micção como: Irrigar água morna nos órgãos genitais, compressas quentes no hipogastro; Cateterização.

Hemorragia

É a perda mais ou menos copiosa de sangue dos vasos por ruptura accidental ou espontânea dos mesmos.

Classificação:

Geral:

- * Primária: acontece durante a cirurgia.
- * Intermediária: aparece nas primeiras horas após a cirurgia, quando a elevação da pressão sanguínea para o seu nível normal desloca os coágulos inseguros nos vasos sem sutura.
- * Secundária: pode ocorrer algum tempo após a cirurgia se a ligadura se desfaz, uma vez que o vaso sanguíneo foi mal suturado, tornou-se infectado ou sofreu erosão por um tubo de drenagem.

De acordo com os vasos sanguíneos:

- * Capilar: sangramento lento e generalizado dos capilares;
- * Venoso: sangramento de cor escura que borbulha;
- * Arterial: sangramento de cor vermelha e aparece em jatos sincronizados com o batimento cardíaco;

De acordo com a localização:

- * Evidente ou externa: está sobre a superfície e pode ser vista;
- * Oculta ou interna: quando não pode ser vista.

Manifestações clínicas

Depende da quantidade de sangue perdido e rapidez de sua perda. O paciente fica apreensivo, inquieto, movimenta-se continuamente, tem sede, pele fria, úmida e pálida, aumento da frequência do pulso, redução da temperatura, as respirações tornam-se rápidas e profundas. Se a hemorragia progride sem tratamento, o débito cardíaco diminui a pressão arterial e venosa e a Hb caem rapidamente, os lábios e as conjuntivas tornam-se pálidos etc.

Cuidados a serem prestados:

Tratamento típico para o choque; observa a incisão cirúrgica, se o sangramento estiver presente realizar curativo compressivo; administrar sangue e ou derivados.

Trombose Venosa Profunda

Ocorre em decorrência de uma inflamação leve a moderada de veias profundas em associação com a coagulação do sangue. Pode causar embolia pulmonar e síndrome pós-flebitica. Pode resultar de várias causas como à injúria à veia provocada por tiras apertadas, à pressão de um coxim sobre o joelho, a hemaconcentração devido à queda do metabolismo e à depressão respiratória.

Sinais e sintomas:

Câimbras nas panturrilhas, dor, edema, febre com calafrios e sudorese.

Cuidados a serem prestados:

Orientar exercícios com as pernas; observar se as faixas não estão muito apertadas; evitar uso de rolos ou qualquer forma de elevação que possa constringir os vasos dos joelhos; estimular a deambulação precoce, se possível.

Contaminação da ferida operatória

Classificação

- * Limpas = Herniorrafias;
- * Contaminadas = feridas cirúrgicas que permitem o acesso a vísceras ocas (vesícula, estômago, intestino delgado);
- * Infectadas = as que entram em contato com pus ou vísceras infectadas como drenagem de abscessos intraperitoniais.

Cuidados a serem prestados:

Inspecionar a ferida cirúrgica observando nos pontos: hipertermia, endurecimento, supuração evidente, se esses sinais estiverem presentes; retirar alguns pontos; colher material e encaminhar ao laboratório com o pedido de cultura com antibiograma; limpeza com soro fisiológico.