

Gerenciamento do cuidado:
Centros de Atenção Especializada.

Coordenação de Ensino e Pesquisa

CADERNO DE ENFERMAGEM
em ortopedia

Vol.2 / maio 2009



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

CADERNO DE ENFERMAGEM

Volume 2 - Maio 2009

Diretor do INTO

Dr. Geraldo Motta Filho

Coordenador de Ensino e Pesquisa

Dr. Sérgio Eduardo Vianna

Coordenador da Unidade Hospitalar

Dr. Naasson Cavanellas

Chefe da Área de Enfermagem

Enf. Ivanise Arouche

Conselho editorial

Enf. Ana Cristina Silva de Carvalho

Enf. Alessandra Cabral de Lacerda

Enf. Débora Galvão Moreira

Enf. Marisa Peter

Enf. Roseluci Salles

Autores

Enf. Adriana Alves da Silva

Enf. Ana Valéria Cezar Schulz

Enf. Andréa Balbino Costa

Enf. Bárbara Regina Fernandes de Almeida

Enf. Bárbara Stohler S. de Almeida

Enf. Érika de Almeida leite da Silva

Enf. Jamila Ferreira Miranda dos Santos

Enf. Juliane de M. Antunes

Enf. Raquel Costa Rodrigues de Souza

Enf. Solange Araújo Melo Duarte

Enf. Sônia Regina do Nascimento Ferreira

Índice

1. Introdução	5
2. O Gerenciamento do Cuidado nos Centros de Atenção Especializada	
2.1 Centro de Atenção Especializada em Cirurgias Crânio-Maxilo-Faciais	6
2.2 Centro de Atenção Especializada em Coluna e Trauma Raquimedular	8
2.3 Centro de Atenção Especializada em Cirurgia do Quadril	11
2.4 Centro de Atenção Especializado em Tratamento Cirúrgico do Joelho.....	13
2.5 Centros de Atenção Especializada no Trauma Adulto e de Pelve e Acetábulo.....	15
2.6 Centro de Atenção Especializada no Trauma do Idoso.....	17
2.7 Centro Atenção Especializada em Cirurgia de Mão.....	20
2.8 O Serviço de Enfermagem no Centro de Atenção Especializada em Cirurgia de Pé e Tornozelo	22
2.9 Centro de Atenção Especializada em Oncologia Ortopédica	23
2.10 Centro de Atenção Especializada em Microcirurgia Reconstructiva	25
2.11 Centro de Tratamento Ortopédico da Criança e do Adolescente	27
2.12 Enfermagem na Clínica da Dor.....	29
3. Diagnósticos de Enfermagem nos Centros de Atenção Especializada	31
4. Considerações Finais	33
5. Referências Bibliográficas	34

1. Introdução

Os Centros de Atenção Especializada (CAE) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) foram criados em maio de 2006, a partir da reorganização assistencial consolidada pelo novo Plano Diretor Institucional deste mesmo ano. Este se baseia no conceito de clínica ampliada do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual os usuários do serviço de saúde são particularizados e sua vinculação à equipe é potencializada, corroborando ainda as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Neste sentido os CAE são formados por uma equipe multidisciplinar da área de saúde, incluindo: ortopedistas, clínicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Estes profissionais estão alocados por especialidade ortopédica, destacando-se: mão, pé, coluna, quadril, trauma do adulto, trauma do idoso, pelve e acetábulo, microcirurgia reconstrutiva, joelho, ombro, fixador externo, tumor, crânio-maxilo-facial, infantil e clínica da dor.

O enfermeiro do CAE é o responsável pelo gerenciamento do cuidado aos usuários, desde sua internação até a alta terapêutica. São desempenhadas atividades administrativas

que incluem a criação de rotinas e protocolos, com a finalidade de sistematizar a assistência de Enfermagem específica a cada Centro; e reuniões técnico-científicas, com apresentação de artigos sobre temáticas referentes aos CAE.

Nossa clientela compõe-se majoritariamente de usuários do Estado do Rio de Janeiro (98,78%), sendo 50,80% do sexo masculino e 49,20% do sexo feminino, em diferentes faixas etárias: crianças e adolescentes até 19 anos (15,78%); adultos de 20 a 59 anos (63,42) e idosos após 60 anos (20,80%). Estes usuários, em sua maioria, são portadores de fraturas ou suas seqüelas, doenças crônico-degenerativas e anomalias congênitas do sistema músculo-esquelético que necessitam de tratamento cirúrgico de alta complexidade (Relatório de Gestão do INTO, 2006).

Serão apresentados nos capítulos seguintes, o serviço de enfermagem nos CAE, estruturado de acordo com os seguintes temas: perfil do usuário atendido no INTO, principais cirurgias, cuidados de enfermagem e diagnósticos de enfermagem. Para este caderno, as definições e classificação dos diagnósticos de enfermagem nos CAE foram fundamentadas de acordo com NANDA 2005-2006 (NANDA, 2006).



Enfermeiras dos Centros de Atenção Especializada do INTO

Centro de Atenção Especializada em Cirurgias Crânio-Maxilo-Faciais

* Adriana Alves da Silva Pereira*

Especialista em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ).

Residência em Enfermagem Clínica-Cirúrgica (HUPE-UERJ)

Membro da ABENTO

Introdução

A cirurgia crânio-maxilo-facial é uma área de atuação médica para tratamento cirúrgico de deformidades congênitas e adquiridas (fraturas, seqüelas de fraturas, tumores do esqueleto facial), bem como do desenvolvimento dos ossos da face. Além disso, engloba 3 especialidades médicas: cirurgia plástica, cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia. Além disso, possui grande interface com a especialidade da odontologia, buco-maxilo-facial.

A atuação da enfermagem no cuidado aos pacientes submetidos a cirurgia crânio-maxilo-facial, requer conhecimentos técnicos e científicos especializados que envolvam ações visando o preparo pré-operatório, recuperação pós operatória, prevenção de complicações e preparo para o autocuidado. É necessário considerar o paciente em toda sua amplitude bio-psico-social visando a promoção do conforto necessário à recuperação da saúde, valorizando a carga emocional que acompanha o paciente no pré e pós-operatório, pois o estado emocional repercute em fatores favoráveis ou desfavoráveis na sua recuperação.

Perfil dos pacientes atendidos

Segundo Molileo (2004) as anomalias craniofaciais estão entre os defeitos congênitos humanos mais frequentes e demandam assistência multidisciplinar integral e especializada.

O perfil de atuação do Centro de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial (CCCMF) é de pacientes portadores de anomalias congênitas do esqueleto facial; fraturas e seqüelas de fraturas de face; cistos e tumores dos maxilares; reconstrução do esqueleto crânio-facial

(incluindo as microcirúrgicas de mandíbula em conjunto com o Centro de Microcirurgia Reconstrutiva), cranioplastias e o tratamento de deformidades dento-esqueléticas (cirurgia ortognática).

Principais cirurgias realizadas

- Tratamento cirúrgico para fraturas dos ossos da face (Reduções cruentas com osteossínteses);
- Ressecção de tumores dos maxilares (com ou sem reconstrução imediata através de enxertos ósseos) ;
- Tratamento cirúrgico para seqüelas de fraturas (refraturas, osteossínteses e implantes);
- Ortognática – Tratamento de deformidades dento-faciais pela manipulação da mandíbula e maxila para a obtenção de uma relação adequada dos dentes (oclusão dentária).
- Reconstrução microcirúrgica de mandíbula em conjunto com o Centro de Microcirurgia.

As principais necessidades de intervenção de enfermagem em pacientes do serviço de cirurgia crânio-maxilo-facial, estão relacionadas às funções do sistema estomatognático que se refere a um conjunto de estruturas bucais que desenvolvem funções comuns, tais como sucção, mastigação, deglutição, fonação e respiração (MEDEIROS, 2006).

A avaliação do paciente após a cirurgia deve levar em consideração a dificuldade em realizar estas funções pelo desenvolvimento freqüente do edema, pela dificuldade imposta pela fixação inter-maxilar, pelos prejuízos

neurais tanto a sensibilidade quanto à motricidade, que acometem as estruturas envolvidas em tais funções.

A abertura bucal diminuída, associada à dificuldade de apreensão do alimento, mastigação e deglutição, favorecem a permanência de alimentos na cavidade oral dificultando a higienização, o que se constitui em fator predisponente a infecção. Deve ser feita a orientação quanto à higienização oral após as refeições, através de bochechos com soluções anti-sépticas.

É comum a redução da amplitude dos movimentos mandibulares, não devendo ser estimulada a abertura bucal, tratamento este muitas vezes desenvolvido à beira do leito pela fonoaudióloga da unidade de reabilitação.

Torna-se fundamental a observação cuidadosa da capacidade de deglutição ao ofertar os alimentos, através de colher ou seringa (dieta líquida). Alguns autores consideram inadequado o uso de canudos nas cirurgias ortognáticas pela força anterior empregada. (CAMPIOTTO, 1998).

A oclusão dentária normal ou normocclusão (perfeito relacionamento dos dentes superiores com os inferiores) é fundamental para correta mastigação e deglutição, evitando-se problemas de fala e da articulação temporomandibular. Na normocclusão, os dentes do arco inferior devem estar circunscritos pelos dentes do arco superior. A avaliação precoce da oclusão dentária no pós-operatório imediato é uma ação necessária para que possamos garantir que ocorra a consolidação óssea na posição adequada.

Cuidados de Enfermagem:

Pré-operatório

- Realizar inspeção da cavidade oral (presença de lesões, dentição, higiene oral e abertura bucal);
- Orientar quanto a retirada da lente escleral, quando houver;
- Orientar quanto a retirada da prótese dentária.

Pós-operatório

- Trabalhar a comunicação não-verbal (determinar códigos para comunicação);
- Manter a campainha ao alcance do paciente;
- Oferecer meios para a comunicação escrita;
- Oferecer alimentos semi-líquidos;
- Supervisionar a aceitação da dieta;
- Inspecionar diariamente a boca quanto a lesões e inflamações;
- Supervisionar a realização da higienização oral;
- Desencorajar a respiração pela boca (perda da umidade oral)
- Orientar quanto a correta escovação e importância do uso de enxaguatórios;
- Verificar estado de hidratação (mucosa oral desidratada é mais vulnerável a lesões);
- Umidificar a região labial;
- Realizar aspiração das Vias Aéreas Superiores e cavidade bucal, quando necessário;
- Manter cabeceira elevada a 30°;
- Auxiliar o paciente a posicionar-se adequadamente para alimentar-se;
- Supervisionar a alimentação até que não haja mais perigo de sufocação ou aspiração;
- Manter o aspirador próximo a unidade do paciente.
- Manter alicate próximo a unidade do paciente (em caso de fixação inter maxilar);
- Estimular a lavagem das fossas nasais com SF 0.9% após a retirada dos tampões;
- Não retirar o tampão nasal. Trocar apenas o curativo secundário "bigode" (em rinoplastias)
- Realizar crioterapia (72 horas);
- Oferecer alimentação (frios/líquidos);
- Proteger a pele do gelo (risco de

queimaduras)

- Verificar a oclusão dentária;
- Orientações para alta
- Orientar o paciente e familiar quanto aos cuidados com a ingestão alimentar;
- Realização de crioterapia (nas 72h);
- Evitar exposição ao sol;

- Reforçar orientações quanto a higienização oral cuidadosa;
- Uso correto dos medicamentos prescritos (administração e conservação);
- Observação quanto aos sinais e sintomas de complicações;
- Retorno ambulatorial.

Centro de Atenção Especializada em Coluna e Trauma Raquimedular

Sonia Regina do Nascimento Ferreira*

***Especialista em Enfermagem do Trabalho (Universidade São Camilo)**

Membro da ABENTO

Introdução

A coluna vertebral forma uma sustentação forte, mas flexível para o tronco, possuindo importante papel na postura, na sustentação do peso do corpo, na locomoção e na proteção da medula espinhal e das raízes nervosas. Estende-se a partir da base do crânio através do pescoço e do tronco. As vértebras são estabilizadas por ligamentos que limitam os movimentos produzidos pelos músculos do tronco. A medula espinhal, raízes dos nervos espinhais e seus revestimentos, denominados meninges, estão situados dentro do canal vertebral, que é formado pelos forames vertebrais em vértebras sucessivas. Os nervos espinhais e seus ramos estão situados fora do canal vertebral, exceto pelos nervos meníngeos, que retomam através dos forames intervertebrais para inervar as meninges espinhais. (SIZÍNIO, 1998).

O trauma raquimedular é o conjunto de alterações conseqüentes à ação de agentes físicos sobre a coluna vertebral e aos elementos do sistema nervoso contidos em seu interior. As maiorias das lesões medulares graves continuam sendo irreversíveis do ponto de vista funcional. Sua abordagem limita-se a prevenção e tratamento das complicações (TASHIRO e cols., 2001).

Perfil dos pacientes atendidos

O trauma raquimedular incide em pacientes jovens, entre 18 e 35 anos, majoritariamente do sexo masculino, de etiologia traumática causado por acidentes de trânsito, perfuração por arma de fogo e mergulho em águas rasas (SPOSITO e cols., 1986; SANTOS, 1989; FARO, 1991).

Trauma raquimedular

A lesão medular traumática ocorre quando um evento resulta em lesão das estruturas medulares, interrompendo a passagem do estímulo nervoso através da medula. A lesão pode ser completa ou incompleta.

A medula espinhal é organizada em segmentos ao longo de sua extensão. Raízes nervosas de cada segmento inervam regiões específicas do corpo, como descrito abaixo:

- os segmentos da medula cervical (C1 a C8) controlam a sensibilidade o movimento da região cervical e dos membros superiores;
- segmentos torácicos ((T1 a T12) controlam o tórax, abdome e parte dos membros superiores);
- segmentos lombares (L1 a L5) estão relacionados com movimentos e sensibilidades

nos membros inferiores;

- os sacrais (S1 a S5) controlam parte dos membros inferiores, sensibilidade da região genital e funcionamento da bexiga e intestino.



Figura 1- Dermátomos e regiões sensoriais



Coluna com escoliose

Principais patologias

Escoliose

É quando a coluna apresenta uma curva no plano das costas. A escoliose pode apresentar uma curva em "C" ou uma dupla curva em "S". A escoliose pode ter várias causas, porém a mais comum é a escoliose dita "idiopática", sem causa definida, que se manifesta ainda na infância ou puberdade (Disponível em www.magnaspine.com.br/escoliose.htm).



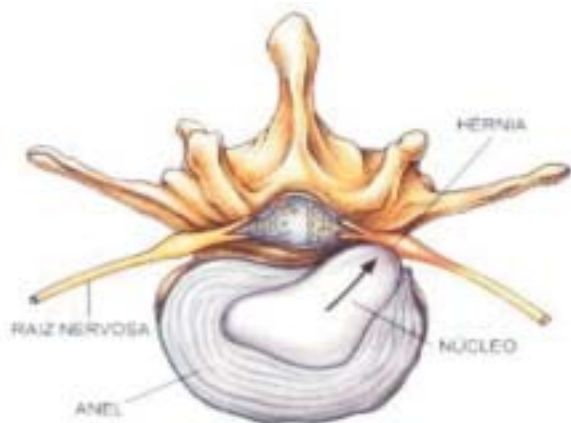
Coluna normal

Espondilolistese

É caracterizado por um deslizamento ou deslocamento anterior ou posterior de uma vértebra em relação a outra. O canal medular começa a ficar progressivamente mais estreito e há sempre o risco de compressão medular. Existem 3 causas básicas: falha congênita, amolecimento inflamatório de um ligamento da vértebra e instabilidade por trauma (disponível em <http://www.colunasaudavel.com.br/conheca/espondilolistese.htm>).

Hérnia de disco

Na hérnia de disco, ocorre o deslocamento do núcleo, a parte interna do disco intervertebral através de uma ruptura do anel fibroso, à parte externa do disco. O fragmento do núcleo que escapa do disco pode comprimir uma raiz nervosa. A hérnia de disco está relacionada a vários fatores, tais como: estrutura genética do indivíduo, atividade física, peso, tipo de trabalho e outros (disponível em www.cirurgiadacoluna.com.br/doenca_da_coluna.htm).



(<http://www.cirurgiadacoluna.com.br/>)

Principal cirurgia

Artrodese: É uma cirurgia que fixa vértebras vizinhas com uma ponte de osso, mantendo-as alinhadas, estáveis e fortes. São utilizados materiais de fixação, como parafuso de titânio ou espaçadores, para aumentar os índices de sucesso da fusão óssea.

Cuidados de Enfermagem

A assistência de enfermagem ao paciente com lesão medular ou outras patologias da coluna vertebral deve ser individualizada e sistematizada, visto que este paciente apresenta dificuldades de adaptação a sua nova condição e de reintegração a sua rotina de vida pessoal, familiar e social. Durante a hospitalização, alguns cuidados devem ser tomados acerca do quadro clínico, considerando limitações da mobilidade, eliminações fisiológicas, risco aumentado para desenvolvimento de úlceras por pressão, características da dor e risco de infecção.

Além destes cuidados, o processo de reabilitação deve ser iniciado ainda durante a hospitalização, visando a adaptação do paciente à sua nova condição e preparando os familiares e cuidadores. De acordo com MANCUSSI (1998), o processo de reabilitação deve focar o binômio paciente/família para assegurar a continuidade dos cuidados planejados e prevenir possíveis complicações. Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental não só na assistência, como também na preparação do paciente e familiar no processo de alta hospitalar.

Pré-operatório

- Realizar exame físico ortopédico (estabilidade, mobilidade, força muscular, sensibilidade, circulação periférica, lesões cutâneas, controle esfincteriano);
- Implantar ações de acordo com os achados no exame físico;
- Incentivar a prática de exercícios fisioterápicos preventivos;
- Prevenir as úlceras por pressão;
- Programar mudança de decúbito do paciente em bloco, observando suas limitações;
- Pacientes em uso de tração devem ser mobilizados a cada 2 horas com períodos curtos de decúbitos por área;
- Avaliar a eficácia da tração (peso adequado, posicionamento, relato de dor);
- Oferecer suporte emocional;
- Estimular o paciente a realizar as atividades de autocuidado, para promover o sentimento de independência e controle da situação;
- Oferecer ao paciente explicação clara e concisa sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado.

Pós-operatório

- Manter o paciente em Fowler (30º), de acordo com orientação médica.
- Evitar flexão, inclinação lateral e rotação do tronco;
- Mudar de decúbito em bloco, a partir do 1º dia de pós-operatório, respeitando a tolerância;
- Realizar ortostase e marcha com auxílio a partir do 2º dia após a cirurgia, sob a supervisão do fisioterapeuta e de acordo com orientação médica;
- Relatar as alterações sentidas pelo paciente durante as atividades;
- Orientar o paciente quanto às restrições de movimentos após a cirurgia;

- Trocar curativo cirúrgico e descrever seu aspecto;
- Atentar para sinais de complicações, principalmente infecção.
- Avaliar e registrar características da dor;
- Orientar e observar o aprendizado do paciente e cuidador quanto ao autocateterismo, quando necessário.

Alta hospitalar

- Orientar o paciente e familiar quanto aos cuidados em domicílio, enfatizando o autocuidado, alimentação, hidratação e higiene corporal;

- Evitar flexão, inclinação lateral e rotação do tronco;
- Realizar troca de curativo cirúrgico em domicílio, de acordo com as orientações de alta hospitalar;
- Orientar a observação de sinais de complicações;
- Avaliar e reforçar aprendizado do paciente e cuidador quanto ao autocateterismo;
- Orientar quanto a manobras de eliminações intestinais, como Crede e Valsalva;
- Orientar sobre a integridade da pele, enfatizando a hidratação e prevenção de úlceras por pressão em domicílio.

Centro de Atenção Especializada em Cirurgia do Quadril

Solange Araújo Melo Duarte*

*** Especialista em Controle de Infecção Hospitalar (UGF)**

Membro da ABENTO

Introdução

O Centro de Atenção Especializada em Cirurgia do Quadril foi criado com o objetivo de uniformizar a assistência prestada aos clientes com patologias nos ossos do quadril.

O papel do Enfermeiro é prestar um atendimento de qualidade ao cliente diante do procedimento cirúrgico ortopédico e ser um elo com a equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Especializada.

Perfil dos pacientes atendidos

No ano de 2007, foram realizadas 624 cirurgias, havendo aumento em relação aos anos anteriores, devido a demanda da fila de espera. São cirurgias de alta complexidade, que envolvem a utilização de próteses e enxertia óssea.

A predominância dos pacientes admitidos foi do sexo masculino, com idade superior a 50 anos. O diagnóstico mais comum é a

coxartrose, sendo a dor e limitações dos movimentos os achados mais comuns. Além disso, é comum a ocorrência de doenças degenerativas articulares em virtude do aumento da expectativa de vida da população brasileira.

Principais patologias

As lesões do quadril podem ser definidas como idiopáticas (quando de etiologia desconhecida), traumática (quando decorre de traumas regionais, das luxações e dos procedimentos cirúrgicos), e atraumática (quando acontecem por outras condições patológicas, como: artrite reumatóide, doença de Gaucher, lúpus eritematoso sistêmico, e outros).

A lesão do quadril, como a osteonecrose da cabeça do fêmur e o desgaste articular, é grave caracterizando-se por comprometimento da motricidade (marcha claudicante), dor insidiosa com episódios intermitentes e

rotação interna dolorosa. (HEBERT, 2003).

Principais cirurgias

A artroplastia é uma cirurgia de reconstituição da articulação pela substituição por prótese, que pode ser total ou parcial. Quando a artroplastia é total, ocorrem a remoção de toda a cabeça e de parte do colo do fêmur e a remodelagem do acetábulo, com estabilização desses componentes no osso pela adaptação sob pressão ou com uso de cimento. Na parcial, é substituída apenas uma das superfícies articulares, a femoral ou a acetabular. Os objetivos principais da artroplastia são o alívio da dor, a restauração e a melhora da função articular. Embora a duração de artroplastias além de 15 a 20 anos já seja relatada, é mais seguro afirmar que a média de duração de uma artroplastia é de 10 anos. (Ventura, 1996).



Fonte: www.cirurgiadoquadril.com.br

Cuidados de Enfermagem

O papel do enfermeiro do Centro de Atenção Especializada em Cirurgias do Quadril é prestar uma assistência de qualidade com ações desenvolvidas nos procedimentos que se seguem:

Pré-operatório

- Orientar o cliente quanto as rotinas do pré-operatório, checando os exames laboratoriais e de radiodiagnóstico;

- Orientar o cliente quanto ao pós-operatório, minimizando sua ansiedade em relação ao procedimento a ser realizado;
- Observar e identificar riscos para complicações.

Pós-operatório

- Avaliar se o cliente apresenta grau de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, segundo escala de WATERLOW, e realizar a prevenção;
- Avaliar o grau de dor no pós-operatório imediato e comunicar a equipe de enfermagem para administrar a medicação prescrita;
- Avaliar perfusão e débito de dreno hemovac;
- Orientar quanto ao uso do triângulo abdutor entre os membros inferiores para evitar luxação da prótese;
- Orientar quanto ao uso do trapézio a fim de facilitar a mobilização no leito durante os procedimentos;
- Observar a presença de edema, dor e rubor no membro operado, avaliando o risco de TVP (trombose venosa periférica);
- Orientar o paciente quanto ao risco de luxações (deslocamento da prótese) por movimentos bruscos e inadequados;
- Observar o aspecto da ferida operatória e sinais de infecção;
- Observar se o cliente deambulou com ajuda do Fisioterapeuta (treino de marcha com andador e muletas);
- Evoluir e registrar em prontuário as ações desenvolvidas.

Alta terapêutica:

- Fornecer o sumário de alta, informando a data do retorno ambulatorial, para revisão cirúrgica e retirada de pontos;
- Orientar quanto à realização do curativo diário (com álcool 70%);
- Orientar sobre as medicações prescritas:

analgésicos e/ou anti-inflamatórios);

- Orientar sobre o uso de anticoagulante (Enoxaparina), demonstrando a técnica de aplicação;

- Informar sobre o fornecimento das muletas;

- Preencher o formulário de avaliação e educação de pacientes;

- Evoluir e registrar em prontuário as

Centro de Atenção Especializado em Tratamento Cirúrgico do Joelho

Bárbara Regina Fernandes de Almeida*

***Especialista em Auditoria no Sistema de Saúde (UNESA)**

Membro da ABENTO

Introdução

O Centro de Atenção Especializada em tratamento cirúrgico de lesões no joelho tem como diferencial a dinâmica do atendimento dispensado ao grande número de pessoas que chegam nesta unidade hospitalar necessitando de assistência especializada. A proposta é oferecer ao paciente tratamento conservador ou cirúrgico com eficiência vinculado ao acompanhamento ambulatorial, cirúrgico e de reabilitação. Assim, esses clientes são inseridos no grupo de cirurgias de joelho.

O Centro foi criado com o objetivo prestar assistência de enfermagem adequada nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia no joelho, auxiliando na recuperação do cliente e prevenção de complicações, contribuindo para redução do tempo de permanência no hospital.

Perfil dos pacientes atendidos

No ano de 2007 foram realizados 1043 procedimentos pelo Centro de Atenção Especializada do Joelho.

A população atendida inclui pessoas de ambos os sexos e de faixa etária diversificada. Os pacientes que procuram tratamento médico em razão do comprometimento da capacidade funcional dos joelhos têm crescido significativamente, uma vez que, a função do joelho pode ser gravemente afetada por processos inflamatórios, degenerativos ou

por traumas.

As cirurgias de artroplastia de joelho são mais realizadas em adultos com idade entre 50 e 80, geralmente acometida por lesões osteoarticulares inflamatórias e degenerativas ou com outras co-morbidades.

As cirurgias de ligamentoplastias são mais realizadas em adultos jovens, estando estas ligadas às atividades esportivas em até 85% dos casos, mais comumente afetando pessoas do sexo masculino com faixa etária entre 20 e 40 anos de idade. O tratamento de um cliente com uma lesão aguda do ligamento cruzado anterior (LCA) é influenciado por diversos fatores, como a idade, ocupação, nível de participação desportiva e lesões intra-articulares. Geralmente, é sugerida a realização da reconstrução do ligamento em indivíduos atleticamente mais ativos.

A artroscopia possibilita tratamento cirúrgico de várias patologias. Nestes casos, não é possível traçar um perfil que defina faixa etária, sexo do paciente e tipos de lesões mais comuns.

A artrodese de joelho é realizada em pacientes com perda óssea e falha na artroplastia total de joelho (ATJ) por infecção.

Principais procedimentos

Artroplastia total de joelho (ATJ) – É a substituição da articulação afetada ou parte

dela por um dispositivo metálico (prótese) com a finalidade de recuperar a função articular.



Fonte: www.sbcj.com.br

Ligamentoplastia – Podem ser feitas de quatro maneiras: através de reparação primária, reconstrução extra-articular, reconstrução intra-articular ou a combinação das duas. Na maioria das vezes é possível utilizar um enxerto autólogo (tendão do próprio cliente).



Fonte: www.ligamentoplastia.com.br

Artroscopia – É a técnica cirúrgica em que uma pequena incisão permite introduzir uma óptica no nível da articulação. A exploração dessa articulação é praticada através de pinças miniaturas que são manipuladas através do vídeo.

Artrodese – É a fusão proposital das extremidades distal do fêmur e proximal da tíbia, criando uma situação de rigidez permanente. Esse procedimento pode ser realizado através de fixação interna ou externa.

Osteotomia – É a secção cirúrgica de um

osso, técnica geralmente utilizada para a correção de joelhos valgo e varo.

Cuidados de Enfermagem

Pré-operatório

- Orientar quanto a rotina pré-operatória;
- Avaliar as necessidades de cada cliente para elaboração de um plano assistencial individualizado;
- Observar e identificar complicadores que possam gerar riscos;
- Verificar no prontuário todos os exames pré-operatórios e risco cirúrgico com registro dos mesmos;
- Orientar sobre a escala de dor e sua avaliação;
- Esclarecer dúvidas do procedimento cirúrgico a ser realizado.

Pós-operatório

- Realizar exame físico céfalo-caudal, observando: acesso venoso, curativo, membro operado, dreno e cateter vesical de demora;
- Manter membro operado imobilizado com curativo compressivo;
- Monitorar os sinais vitais de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Atentar para complicações anestésicas;
- Verificar perfusão periférica, pulso pedioso, motricidade e sensibilidade no membro afetado periodicamente;
- Alertar a equipe de enfermagem à não aplicar medicamentos via parenteral no membro operado;
- Observar e registrar volume e característica do exsudato no dreno;
- Observar a presença de sangramento ativo pelo curativo;
- Verificar prescrição do pós-operatório imediato;
- Observar as condições das extremidades

do membro operado visando detectar algum sinal de complicação (cianose, edema, calor, rubor, hematoma e dor intensa);

- Após a retirada da imobilização, fazer curativo diário com toques de SF 0,9% e álcool a 70%, observando a evolução da ferida cirúrgica;

- Orientar o paciente quanto a importância da mobilização no leito e ajuda-lo quando isto não for possível. Não deitar sobre o lado operado;

- Preparar o paciente para alta com as devidas orientações, agilizando todo o processo.

- Avaliar junto a equipe sobre a necessidade de atendimento pela visita domiciliar após sua alta;

- Registrar em prontuário.

Alta terapêutica

- Orientar quanto aos procedimentos domiciliares (curativo, medicação prescrita e autocuidado);

- Orientar quanto ao laudo médico e sumário de alta;

- Orientar quanto ao retorno ambulatorial;

- Comunicar ao serviço de visita domiciliar caso seja solicitado acompanhamento.

- Preencher o impresso de avaliação e educação de pacientes;

- Registrar em prontuário as atividades/ações desenvolvidas;

- Orientar quanto ao uso de muletas, solicitando auxílio se necessário;

- Orientar quanto ao uso de imobilizador.

Centros de Atenção Especializada no Trauma Adulto e de Pelve e Acetábulo

Raquel Costa Rodrigues de Souza*

***Membro da ABENTO**

Introdução

A área de cirurgia do trauma ortopédico do INTO é responsável pelo atendimento de pacientes que sofreram fraturas e luxações do aparelho locomotor. São casos graves, decorrentes de forças violentas, e podem determinar deformidades e seqüelas em função das complicações imediatas e tardias.

Além disso, é referência no atendimento de pacientes portadores de lesões traumáticas da pelve e acetábulo -ossos que compõem a cintura pélvica- segmento de vital importância do aparelho locomotor, que une a coluna vertebral aos membros inferiores.

A missão primordial do Centro do Trauma do Adulto e da Pelve e Acetábulo é o atendimento de casos complexos, caracterizados por múltiplas fraturas, decorrentes de traumas

de alta energia, onde se faz necessário a intervenção cirúrgica.

Perfil dos pacientes atendidos

O centro de trauma adulto assiste a população de adultos jovens na faixa etária entre 18 a 59 anos, com predominância do sexo masculino. Geralmente vítimas de trauma de alta energia, tendo como causa base o acidente automobilístico, atropelamentos e quedas.

No ano de 2007 foram realizadas cerca de 1110 cirurgias. O tempo médio de internação é de aproximadamente três dias, podendo estender-se de acordo com as condições clínicas do paciente, procedimento cirúrgico e complicações (Relatório de Gestão anual do INTO, 2007).

Principais procedimentos

A escolha do método de fixação óssea vai depender de vários fatores, os quais chamamos de personalidade da fratura. Para a tomada de decisão, é necessário avaliar o padrão, o tipo de fratura, o grau de cominuição, a localização anatômica, grau de lesões de partes moles, a contaminação, o estado geral do paciente e o tempo de evolução desde o acidente.

Fixação externa: Pinos são colocados através da pele e fixados no osso (figura 1). Os pinos são conectados entre si com uma ou mais barras ou anéis (PASCCOAL, 2002).



Figura 1. Fixação externa

A indicação principal para uso do fixador externo é nas fraturas expostas, sobretudo naquelas que tenham lesão de partes moles associadas, bem como perdas ósseas, facilitando a realização dos curativos e evolução das feridas. (figura1). Também pode ser usado como opção de tratamento nas fraturas cominutivas e segmentares em pacientes que precisam ser mobilizados precocemente (PASCCOAL, 2002; HEBERT & XAVIER, 2003).

Fixação interna: A fratura é fixada com algum tipo de implante - placa de metal, haste intramedular, fios de aço ou pinos de aço (chamados de fios de Kirshner)- conhecida como osteossíntese interna.

A principal indicação da osteossíntese com placas e parafusos é a impossibilidade do uso de fixador externo ou de fixação intramedular.

Sua vantagem está na possibilidade da redução anatômica e estabilização rígida e imediata da fratura. As desvantagens incluem a ampla dissecação necessária para a colocação da placa, além da exposição do foco da fratura (PASCCOAL, 2002).

A fixação intramedular com hastes apresenta a grande vantagem de estabilizar a fratura sem a abertura do foco da fratura, utilizando uma abordagem menos agressiva, evitando amplas incisões (HEBERT & XAVIER, 2003).

Cuidados de Enfermagem

O alto grau de complexidade e abrangência que envolve o cuidado a este tipo de paciente, exige da enfermagem ações articuladas, integradas e contínuas. Faz-se necessário um processo de enfermagem adequado que organize e sistematize o cuidado de enfermagem.

Pré-operatório

- Colher uma história detalhada, incluindo o mecanismo de lesão, fazendo um exame completo da extremidade afetada à procura de edema, hematoma, crepitação, perda da função, deformidade, descoloração da pele, posição alterada e mobilidade anormal do membro afetado, além de abrasões, lacerações, atentando para a integridade do envoltório e de partes moles;
- A perfusão tecidual das extremidades deve ser avaliada, assim como a função dos nervos. Deve-se fazer um exame neurológico incluindo uma avaliação motora e sensitiva dos nervos, atentando para episódios de dor intensa, fraqueza ou parestesias que podem ser indicativo de isquemias (HEBERT & XAVIER, 2003);
- Avaliar estado emocional do paciente, oferecendo medidas de conforto, esclarecendo dúvidas, ensinando medidas preventivas de complicações no pós-operatório (SANTOS, 2005);
- Checar risco cirúrgico e exames solicitados. Planejar, implementar e avaliar as

ações assistenciais para o preparo do paciente de acordo com o tipo de cirurgia (TASHIRO, 2001).

Pós-operatório

- Realizar exame físico pós-operatório, incluindo avaliação do membro operado para detectar a presença de complicadores, mantendo-o em posição anatômica confortável;

- Estar atento em relação aos curativos para sinais de sangramento, dor, hematomas, deiscência, alterações na perfusão periférica e edema de extremidade (DONAHO, 2001);

- O dreno de sucção normalmente é retirado entre 24 a 48 horas após a cirurgia, tem como objetivo evitar possíveis hematomas que possam interferir no processo de cicatrização da ferida;

- O cateterismo vesical é realizado em cirurgias longas e sempre quando se faz necessário a monitoração do débito urinário. Normalmente a sonda é retirada no primeiro dia após a cirurgia, se o paciente não apresentar nenhuma intercorrência (TASHIRO, 2001);

- A reabilitação pós-operatória consiste na aplicação de forças externas na forma de exercícios, modalidades terapêuticas e órteses

que irão influenciar o processo de remodelação dos ossos e dos tecidos adjacentes à lesão, tendo como objetivo final a recuperação da função do membro traumatizado;

- Deve-se elevar a extremidade operada, facilitando o retorno venoso e linfático prevenindo o edema. Exercícios ativos para os dedos, massagem retrograda no sentido distal para proximal auxiliam na reabilitação (HEBERT & XAVIER, 2003).

Alta terapêutica

- O planejamento da alta tem como objetivo preparar o paciente e a família para a continuidade do cuidado em um novo contexto. Sua finalidade é prover uma transferência segura, evitando dificuldades para o paciente, seus cuidadores e, conseqüentemente, contenção dos custos para o sistema de saúde (SANTOS, 2005);

- Mediante a alta, o paciente é orientado quanto ao posicionamento correto do membro operado, a manter as articulações livres com movimentos ativos e passivos que previnem o edema e a dor. É orientado também a proteger o membro durante a higiene corporal; quanto à realização do curativo e quanto a importância do retorno em caso de complicações (BRUNNER, 2005).

Centro de Atenção Especializada no Trauma do Idoso

Bárbara Stohler Sabença de Almeida

* Especialista em Clínica Médica e Cirurgia Geral (UNIRIO)

Membro da ABENTO / SOBENFeE

Introdução

O Centro de Atenção Especializada no Trauma do Idoso (CAETI) é formado por uma equipe interdisciplinar cujas ações estão voltadas para o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde para esta parcela da população, pautados no cuidado diferenciado e específico.

O Serviço de Enfermagem do CAETI realiza o gerenciamento do cuidado do dos usuários e tem por objetivos:

- prestar assistência de qualidade, específica às necessidades do idoso;

- zelar pela eficácia da assistência oferecida;

- promover a recuperação/reabilitação da capacidade funcional do idoso;

- ser agente facilitador da interação na equipe multidisciplinar;

- capacitar recursos humanos em enfermagem;

- gerar conhecimentos sobre a assistência de enfermagem ao idoso
- promover a humanização do atendimento.

Perfil dos pacientes atendidos

O Centro de Trauma do Idoso assiste a população com idade igual ou superior a 60 anos vítimas de trauma, dando prioridade ao tratamento das fraturas do terço proximal do fêmur. A causa mais comum deste tipo de fratura é a queda da própria altura, responsável por aproximadamente 50% das internações no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). A segunda metade das internações engloba fraturas dos terços medial e distal do fêmur, tibia, membros superiores e procedimentos diversos - retirada de material de síntese, curativo cirúrgico, etc - (Relatório de Gestão INTO 2007).

Nossa clientela é majoritariamente do sexo feminino (cerca de 70%) e apresenta em média duas co-morbidades. O tempo médio de internação é de cinco dias podendo estender-se de acordo com o estado clínico do cliente e sua reabilitação (Relatório de Gestão do INTO 2007).

Principais procedimentos

As fraturas do terço proximal do fêmur (Figura 01) incluem as do colo, as transtrocanterianas e as subtrocantarianas.

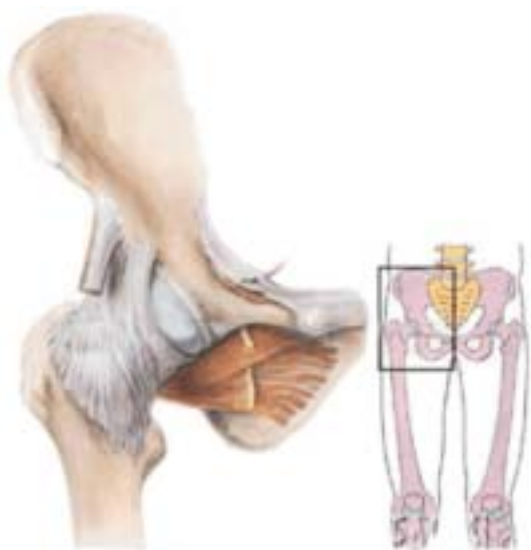


Fig. 01-Terço Proximal do Fêmur
(<http://www.fotosearch.com>)

Fixação Interna: Fixação da fratura com dispositivos: placa/parafuso, fios de Kirshner ou haste intramedular, conhecida como osteossíntese. Indicada no tratamento cirúrgico das fraturas transtrocanterianas e subtrocantarianas – que atingem aproximadamente de 10-30% da população idosa. Seu objetivo é restituir a função e a anatomia regional com o mínimo de seqüelas.

Artroplastia: é a substituição protética do(s) componente(s) articular(es) do quadril, podendo ser parcial (somente um componente é substituído) ou total (substituição de ambos os componentes). Sendo utilizadas na reparação cirúrgica das fraturas do colo do fêmur, que representam a principal causa de hospitalização aguda entre idosos.

Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro no CAETI é responsável pelo gerenciamento do cuidado prestado ao idoso desde sua internação até a alta terapêutica, assegurando seu acesso, seu acolhimento, o aumento da capacidade resolutive e a ampliação do seu grau de autonomia através do diálogo e orientação dos profissionais da equipe, com responsabilização e compromisso social.

Suas atividades/ações são realizadas de acordo com o fluxo que o usuário segue ao dar entrada na instituição: internação/pré-operatório, pós-operatório e alta terapêutica.

Pré-operatório

- História clínica – aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais;
- Exame físico direcionado – avaliação da capacidade funcional e de autocuidado, ortopédica e da pontuação obtida na escala de risco de Waterlow para desenvolvimento de úlceras por pressão (UP);
- Implantação de medidas para prevenção de UP;
- Solicitação de avaliação das UP e

conduta pelo Serviço de Curativos;

- Atentar para as alterações do nível de consciência (Delirium, Demência);
- Verificar a realização dos exames pré-operatórios;
- Promover a participação ideal nas atividades;
- Orientar o usuário e cuidador/familiar sobre as rotinas institucionais;
- Educação permanente sobre os cuidados intra e extra hospitalares ao usuário e cuidador/familiar.

Estas avaliações constituem o processo de diagnóstico multidimensional, a partir do qual serão estabelecidas condutas ou encaminhamentos para a assistência específica às necessidades surgidas.

Pós-operatório

Exige um planejamento cuidadoso, demandando condutas diferenciadas que favoreçam o processo de reabilitação e minimizem o risco de perda do procedimento cirúrgico e complicações. Aos dados coletados na internação somam-se os provenientes da avaliação pós-operatória, que serão a base do planejamento e das ações, voltadas principalmente à educação do usuário e seu familiar/acompanhante para continuidade dos seguintes cuidados:

- Realizar exame físico pós-operatório (avaliação do membro operado);
- Manter o membro operado em posição anatômica confortável;
- Realizar o curativo e avaliar para sinais de: sangramento, dor, hematomas, deiscência e edema;
- Comunicar a equipe ortopédica sobre os complicadores e complicações detectados;
- Elevar a extremidade operada (facilitando o retorno venoso);
- Promover mobilidade e movimento ideal;
- Atentar para as alterações do nível de

consciência (Delirium, Demência);

- Avaliar cateteres e drenos para funcionamento e sinais flogísticos;
- Promover segurança;
- Implementar medidas preventivas de UP;
- Monitorar os usuários em alto risco para infecção;
- Investigar a resposta à medicação analgésica e acionar a clínica da Dor;
- Avaliar necessidade de Visita Domiciliar

Alta terapêutica

Corresponde ao período de verificação do alcance das metas estabelecidas no planejamento assistencial no que tange:

- Aos cuidados domiciliares como membro operado (posicionamento, mobilização, sinais/sintomas de complicações);
- Realização de curativo da ferida operatória;
- Uso de medicações;
- Cuidados com a pele;
- Cuidados com a alimentação;
- Ingestão adequada de líquidos;
- Mudança de decúbito;
- Uso de aliviadores de pressão;
- Importância do retorno ambulatorial.

Centro Atenção Especializada em Cirurgia de Mão

Andréa Balbino Costa

*Especialista em Administração Hospitalar (UNIGRANRIO)

Especialista em Enfermagem em Alta Complexidade (UGF)

Membro da ABENTO/ SOBENFeE

Introdução

O Centro de Especialidade de Cirurgia de Mão atende a clientes com comprometimento nas mãos que necessitem de tratamento cirúrgico de alta complexidade.

São atendidos casos bem variados, que vão de traumas a acometimentos devido ao trabalho, acidentes domésticos, correções de defeitos congênitos e doenças degenerativas.

A recuperação cirúrgica, na sua grande maioria é rápida, com uma média de internação de 03 (três) dias, podendo o cliente, muitas vezes ter alta hospitalar no mesmo dia da cirurgia ou a internação prolongar-se por necessidade de uso de antibiótico ou por ordem social.

Perfil dos pacientes atendidos

O perfil desses clientes é, na sua maioria, adulto do sexo masculino em idade produtiva, na faixa etária de 20 a 60 anos, configurando em torno de 57% dos atendimentos. As crianças representam um grande número de intervenções para correções de defeitos congênitos. Estes dados foram consolidados através de planilha elaborada pela autora para controle diário das atividades realizadas, no período de maio de 2006 a dezembro de 2007.

Principais cirurgias

- Artrodese – fixação de uma articulação
- Artroplastia – operação destinada a refazer as superfícies articulares e restabelecer seu uso

- Capsulectomia – remoção da cápsula
- Neurólise – liberação de um nervo comprimido por aderências
- Neurorrafia – sutura de um nervo
- Neurotomia – retirada total ou parcial de um nervo
- Osteossíntese – fixação da fratura por meio de placas ou parafusos
- Osteotomia – secção cirúrgica de um osso
- Sinovectomia – remoção da membrana sinovial
- Tenólise – liberação de um tendão
- Tenoplastia – operação plástica de um tendão
- Tenorrafia – sutura de um tendão
- Tenotomia – secção de um tendão

Cuidados de Enfermagem

Todos os cuidados ao cliente são focados na sua melhor recuperação e, conseqüentemente, menor período de permanência no hospital. O grau de dependência desses clientes varia com a idade (idosos, crianças) e tipo de cirurgia.

O uso funcional das partes não afetadas da mão deve ser encorajado. (BRUNNER, 2001)

Os cuidados de enfermagem são estabelecidos a partir das necessidades dos clientes. Assim foram estabelecidos alguns cuidados que envolvem o pré e pós-operatório, bem como a alta hospitalar.

Pré-operatório:

- Informar quanto procedimentos e cuidados pré, trans e pós-operatório;
- Orientar higiene pessoal, intensificando a higiene das mãos, observando unhas e retirando esmalte;
- Não administrar medicamentos via parenteral no membro a ser operado;
- Questionar ansiedade e dúvidas;
- Avaliar necessidade de apoio psicológico ou do Serviço Social.

Pós-operatório:

São cuidados que visam prevenir infecção e doença tromboembólica (1)

- Manter mão operada elevada;
- Observar e registrar condições da extremidade do membro operado, visando detectar algum sinal de complicação (cianose, edema, alteração de sensibilidade e dor intensa);
- Observar e registrar a presença e volume/intensidade de sangramento pelo curativo cirúrgico;
- Ensinar o cliente a mobilizar a extremidade operada, fazendo movimentos de flexão e extensão das partes que não estiverem imobilizadas (ombro, cotovelo e dedos);
- Orientar o cliente a manter a mão operada elevada com tipóia ou apoio, quando estiver sentado ou andando;
- Observar condições da imobilização ou gesso;
- Observar e registrar quantidade e características da secreção, no caso da existência de dreno;
- Auxiliar a alimentação, higiene oral e corporal e mobilização, sempre que necessário.

Alta hospitalar:

- Reforçar a importância de manter o membro operado elevado, evitando assim edema e dor, e cuidado para não deitar sobre o membro operado;
- Explicar que repouso não significa imobilidade total, deve haver a movimentação das articulações livres, prevenindo complicações pós-operatórias como edema e dor, pois permitem drenagem linfática e venosa;
- Proteger o membro operado durante higiene corporal;
- Em relação à medicação explicar: o que, como e quando tomar;
- Não mexer no curativo até o retorno agendado para a troca do mesmo;
- Ensinar avaliar a perfusão periférica, edema, sangramento, temperatura e dor (quando não cede com analgésico prescrito);
- Qualquer possível problema entrar em contato com o INTO;
- Entregar documentos.

O cliente somente terá alta no mesmo dia da cirurgia com acompanhante, caso contrário, a alta será na manhã seguinte.

(1) Segundo CAMPOS (2003) a doença tromboembólica é o desenvolvimento de um coágulo de sangue dentro de um vaso sanguíneo venoso. Pode se desenvolver em situações em que há diminuição da velocidade do sangue, como por exemplo: pessoas acamadas, cirurgias prolongadas, entre outros.

O Serviço de Enfermagem no Centro de Atenção Especializada em Cirurgia de Pé e Tornozelo

Andréa Balbino Costa*

*Especialista em Administração Hospitalar (UNIGRANRIO)

Especialista em Enfermagem em Alta Complexidade (UGF)

Membro da ABENTO/ SOBENFeE

Introdução

O Centro de Especialidade de Cirurgia do Pé e Tornozelo, formado para atender aos usuários com necessidades referentes a esta especialidade que necessitem de tratamento de alta complexidade, recebe clientes com uma grande variedade de acometimentos, incluindo Neuromas, Deformidades Congênicas ou Adquiridas (pé em garra, joanetes, artelho em martelo), Traumatismos, Doença Vascular Periférica, Doenças Degenerativas, entre outras.

O tempo de internação geralmente é pequeno, com uma média de 04 (quatro) dias. Esse período de internação pode prolongar-se por necessidade de antibioticoterapia venosa e/ou realização de curativos.

Perfil dos pacientes atendidos

A maior parte dos clientes atendidos para tratamento devido acometimentos nos pés e tornozelos são do sexo masculino, ficando em torno de 54% dos atendimentos realizados, provavelmente devido ao maior número de casos envolvendo acidentes automobilísticos e acidentes de trabalho com pessoas do sexo masculino. Vale ressaltar que esses dados foram obtidos através de planilha elaborada pela enfermeira do Centro do Pé, para controle diário de suas atividades, com início em maio de 2006 até dezembro de 2007.

A faixa etária mais atendida está compreendida entre 20 e 60 anos, no período mais produtivo. Porém, é significativo o número de casos em idosos, devido a doenças degenerativas, vasculares e endócrinas. As crianças, na sua maioria, são atendidas para tratamento das deformidades congênicas.

Principais cirurgias

Amputação - Retirada total ou parcial de uma extremidade do corpo, usada para controlar a doença.

Artrodese – Fixação de uma articulação.

Artroplastia – Operação destinada a refazer as superfícies articulares e restabelecer seu uso.

Osteossíntese – Fixação da fratura por meio de placas ou parafusos.

Osteotomia – Secção cirúrgica de um osso.

Cuidados de Enfermagem

Pré-operatório

Segundo BRUNNER (2001), a Enfermeira deve avaliar a capacidade de deambulação, o equilíbrio do cliente e o estado neurovascular do pé antes da cirurgia, bem como a disponibilidade de assistência e características estruturais do lar, para auxiliar no planejamento de cuidados nos primeiros dias de pós-operatório.

- Orientar quanto a higiene corporal, intensificando a higiene dos pés e removendo esmalte e adornos;
- Não administrar medicamentos via parenteral no membro a ser operado.

Pós-operatório

No pós-operatório, o cliente pode experimentar uma dor intensa e latejante na área operada, que irá exigir doses bastante liberais de medicação analgésica (BRUNNER, 2001).

A duração da imobilidade e o início da deambulação dependem do procedimento usado. Após a cirurgia, os exercícios são iniciados para flexionar e estender os artelhos, pois a flexão dos artelhos é essencial para a marcha.

Após a cirurgia a enfermeira deve atentar para a presença de tumefação, avaliar a função neurovascular (circulação, movimento, sensibilidade), dor, estado da ferida e mobilidade (BRUNNER, 2001).

- Manter o paciente com o membro operado elevado no nível do coração, para reduzir edema e dor;
- Não aplicar medicamentos via parenteral no membro operado;
- Orientar o paciente a iniciar movimentos de extensão e flexão dos dedos do pé operado, tão logo recupere o nível de consciência;
- Observar e registrar condições do membro operado, visando detectar algum sinal de complicação (edema, rubor, calor, cianose, alteração de sensibilidade ou dor);
- Observar e registrar presença de sangramento pelo curativo cirúrgico e as condições do gesso (se for o caso);
- Atentar para o uso de muletas, quando necessário, para deambular;
- Troca de curativo, a ser combinado com a equipe médica;
- Atentar para a administração rigorosa

da Antibioticoterapia;

- O cliente deverá iniciar treino para deambulação com muletas;
- Auxiliar na higiene corporal e mobilização, sempre que necessário;
- Esclarecer possíveis dúvidas existentes, ou solicitar a presença de profissional específico.

Orientações de alta

- Reforçar a importância da manutenção do membro operado elevado, evitando edema e dor;
- Proteger o membro operado durante higiene corporal;
- Explicar e esclarecer as dúvidas sobre a medicação: o que, como e quando tomar;
- Não trocar e/ou abrir o curativo ou imobilização até retorno agendado;
- Explicar que repouso não significa imobilidade total, deve haver a movimentação das articulações livres, prevenindo complicações, como edema e dor, pois permite drenagem linfática e venosa;
- Ensinar a avaliar a perfusão periférica, edema, sangramento, temperatura e dor (quando não cede com analgésico);
- Entregar documentação;
- Providenciar transporte adequado junto com serviço social.

Centro de Atenção Especializada em Oncologia Ortopédica

Adriana Alves da Silva Pereira*

***Especialista em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ).**

Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica (HUPE-UERJ)

Membro da ABENTO

Introdução

Os tumores ósseos são patologias do aparelho locomotor que se manifestam frequentemente por dor, aumento do volume local e deformidade. A etiologia do tumor

ósseo ainda é pouco conhecida dificultando a prevenção e sua detecção, uma vez que os fatores de risco identificados são poucos. O diagnóstico precoce permite o maior controle local da doença, favorecendo a realização de cirurgias com preservação do membro, aumentando as chances de cura.

Os tumores ósseos podem ser classificados em:

- tumores benignos;
- tumores malignos e
- tumores metastáticos.

Alguns tumores ósseos benignos: osteocondroma, condroblastoma, encondroma, tumor de células gigantes osteoblastoma e osteoma osteoide.

Os tumores musculoesqueléticos malignos primários incluem osteossarcoma, condrossarcoma, sarcoma de Ewing e fibrossarcoma.

O esqueleto é um local de metástase para vários carcinomas (CA), sendo 80% das metástases ósseas secundárias a câncer de mama, pulmão, próstata, rim e tubo digestivo.

Os tumores metastáticos localizam-se com mais frequência na coluna vertebral, pelve, costelas, calota craniana e ossos longos, respectivamente. As acrometastases (abaixo dos cotovelos e joelhos) são menos frequentes.

As lesões pseudotumorais são lesões ósseas não-neoplásicas que simulam tumores ósseos. São elas: cisto ósseo simples (solitário, unicameral), cisto ósseo aneurismático, cisto ósseo justacortical, fibroma não ossificante (defeito fibroso metafisário), granuloma eosinófilo, displasia fibrosa, miosite ossificante.

O cliente oncológico vivencia situações de medo e angústia, pelo estigma da doença ou medo da morte. O processo do cuidar envolve a habilidade de ouvir, compreender, apoiar e proteger. Destacamos a importância do atendimento humanizado por toda equipe multidisciplinar visando o bem estar físico e emocional do paciente frente as mudanças impostas pela situação de doença.

Perfil dos pacientes atendido

No Brasil, dados acerca da ocorrência dos tumores de ossos e articulações, através do Registro Nacional de Patologia Tumoral, em

levantamento no período de 1986 a 1990, mostraram uma frequência de 0,6% do total de neoplasias malignas diagnosticadas no país (REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA, 1996).

Os tumores músculo-esqueléticos correspondem a aproximadamente 3% das neoplasias em geral. (PARDINI, 2002). No INTO, grande parte dos pacientes atendidos são adultos com lesões crônicas malignas.

Principais procedimentos

Biópsia percutânea / aberta : Procedimento de investigação que, em geral leva ao diagnóstico.

Ressecção simples de tumor: cura cirúrgica produzida pela eliminação completa das células do tumor;

Curetagem com enxertia ou cimentação: remoção do tumor com reconstrução através de auto-enxerto, homoenxerto, aloenxerto ou cimento ortopédico cirúrgico;

Transposição de fíbula: técnica de reconstrução através de um segmento da fíbula;

Infiltração com corticóide e calcitonina: tratamento para cisto ósseo aneurismático,

Reconstrução com endoprótese não convencional: implantes feitos sob medida para substituição após ressecções de tumores ósseos;

Amputação e desarticulação

Cuidados de Enfermagem

O planejamento das ações de enfermagem aos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por tumores ósseos deve prever controle da dor, medidas específicas para promoção da independência, prevenção de complicações como trombose venosa profunda e fratura patológica, educação ao paciente e familiar quanto às metas do plano assistencial e promoção de um ambiente acolhedor.

Pré-operatório

- Encorajar o uso de equipamentos e

adaptações necessárias à locomoção devido ao risco de fratura patológica;

- Não realizar venoclise no membro a ser operado;
- Manter e registrar no prontuário todos os exames de imagem realizados;
- Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos.

Pós-operatório

- Monitorar sinais de fratura patológica (deformidade óssea visível, crepitação ao movimento, dor localizada contínua sem alívio e edema localizado);
- Avaliar estado neurovascular da extremidade (enchimento capilar, temperatura, sensibilidade e motricidade);
- Estimular a mobilização ativa no leito, dentro da limitação;
- Manter o membro operado elevado;
- Manter curativo compressivo;

• Estimular o uso de equipamentos e adaptações necessárias à locomoção de acordo com a carga permitida;

- Estimular a realização de exercícios anti-trombóticos de acordo com a orientação do serviço de reabilitação;
- Utilizar medidas para a prevenção de úlceras por pressão;
- Avaliar perfusão e débito de dreno hemovac.

Alta terapêutica

- Reforçar orientações quanto ao uso de órteses e a carga permitida;
- Troca diária do curativo;
- Uso correto dos medicamentos prescritos (administração e conservação);
- Observação quanto aos sinais e sintomas de complicações;
- Retorno ambulatorial.

Centro de Atenção Especializada em Microcirurgia Reconstructiva

Bárbara Stohler Sabença de Almeida*

***Especialista em Clínica Médica e Cirurgia Geral (UNIRIO)**

Membro da ABENTO / SOBENFeE

Introdução

A Microcirurgia pode ser definida como um conjunto de procedimentos cirúrgicos aplicados na manipulação de pequenas estruturas que dependem do auxílio de lentes de aumento- lupas ou microscópio - (FERREIRA, 2005, p. 3). Foi introduzida no Brasil na década de 60 por cirurgiões do Hospital das Clínicas de São Paulo que realizavam reimplantes de membro superior. Sua aplicação não se restringiu somente às amputações, estendeu-se para áreas como a ortopedia, neurocirurgia, urologia, cirurgia de mão, cirurgia plástica entre outras; tornando-se uma importante alternativa para

o tratamento de lesões até então insolúveis.

Perfil dos pacientes atendidos

O Centro de Atenção especializada em Microcirurgia Reconstructiva atende os usuários vítimas de trauma de etiologia diversa que apresentem lesões nervosas; perdas ósseas, musculares e cutâneas extensas; amputações e outras. A clientela é eminentemente masculina com idade situada na faixa entre 20-50 anos. Cabe destacar que cerca de 30% das internações é composta por recém-nascidos e crianças com idade entre 0-12 anos. O tempo médio de internação é de

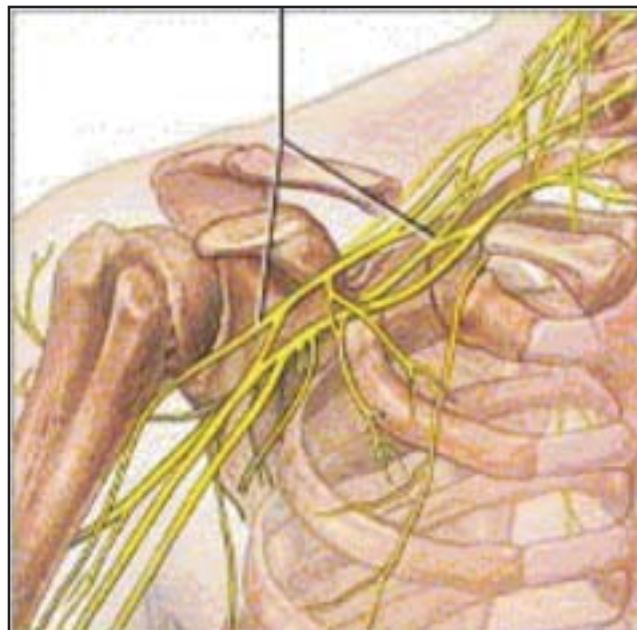
três dias podendo estender-se de acordo com procedimento realizado e a presença de fatores complicadores (Relatório de Gestão INTO 2007).

As principais cirurgias realizadas incluem: enxerto de pele, reconstrução com retalho miocutâneo, transplante com anastomose vascular miocutâneo e microcirurgia do plexo braquial (particularmente a neuroenxertia).

O enxerto cutâneo é o segmento de pele retirado de uma área (doadora) e transferido para outra (receptora) (ISHIDA, 2005, p.33). É classificado de acordo com sua espessura, composição, origem e dimensão sendo amplamente utilizado na restauração e reparação de feridas. A principal complicação é a não-integração seguida da distorção tecidual.

O transplante com anastomose vascular miocutâneo é tratamento de escolha na reconstrução de defeitos que requerem transposição de grandes quantidades de tecidos, com melhora significativa do prognóstico e redução da morbidade. Pode ser classificado quanto à forma, ao número de pedículos, à composição, à vascularização, à localização da área doadora em relação à receptora e aos métodos de migração.

O Plexo Braquial (figura 01) é um conjunto de nervos que partem da medula espinhal e se localiza no pescoço. Responsável pelos movimentos e pela sensibilidade do membro superior. Pode ser lesionado diretamente (p.e.: arma de fogo) ou por estiramento. Este pode ocorrer na hora do parto e é conhecido como Paralisia Obstétrica do Plexo Braquial (POPB). As lesões têm gravidade diferenciada de acordo com o trauma ocorrido, o que determina o tipo de tratamento cirúrgico. No INTO o tratamento cirúrgico mais freqüente é a neuroenxertia – ligação dos nervos lesionados a partir de cabos nervosos retirados da perna. O prognóstico também está relacionado à gravidade da lesão e o resultado é lento podendo levar até quatro anos. A dor é constante com tendência a desaparecer num período de dois anos devendo ser acompanhada e controlada com o uso de analgésicos.



O Plexo Braquial
(<http://www.paralisiadoplexobraquial.com.br>)

Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro no CAEMER é responsável pelo gerenciamento do cuidado prestado ao usuário desde sua internação até a alta terapêutica. Suas atividades/ações são realizadas de acordo com o fluxo que o usuário segue ao dar entrada na instituição: internação/pré-operatório, pós-operatório e alta terapêutica.

A assistência ao usuário submetido à microcirurgia reconstrutiva requer cuidados especiais no planejamento e condutas pré e pós-operatórias que tangem, principalmente, à manutenção das lesões reparadas e a serem reparadas.

Os cuidados pré-operatórios com lesões que serão enxertadas referem-se à manutenção do leito da ferida e da área doadora. Os cuidados pós-operatórios englobam utilização de curativos compressivo na região receptora e acolchoado na doadora, avaliação da “pega” do enxerto e manutenção das áreas até cicatrização e de seu cuidado posterior.

Para reparação com retalho, os cuidados pré-operatórios incluem a realização de anamnese (histórico do usuário) – para detecção de fatores que podem ocasionar risco de anastomoses vasculares, como: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças vasculares. Sequencialmente procede-se ao exame

físico e avaliação do membro afetado. As lesões devem ser tratadas de acordo com as características apresentadas até realização de cobertura. No pós-operatório a avaliação rigorosa da área receptora quanto à coloração, pulso, temperatura é indispensável para ciência da viabilidade do retalho, bem como a manutenção do posicionamento adequado no leito e o repouso. O curativo deve ser asséptico para evitar contaminação e infecção. O uso de analgésicos é importante ao conforto do usuário.

A realização da anamnese no pré-

operatório das cirurgias do plexo braquial é necessária para determinação da gravidade da lesão e do prognóstico. A movimentação das articulações do membro de 3 a 4 vezes ao dia, e o não uso de tipóia até a cirurgia são recomendadas, pois mantêm as amplitudes articulares e as articulações do ombro lubrificadas. O pós-operatório consiste na avaliação da ferida operatória e troca de curativos, manutenção da imobilização (tipóia – adultos – e Velpeau – para crianças) por três semanas, observação do padrão respiratório (nos casos em que há uso do nervo frênico).

Centro de Tratamento Ortopédico da Criança e do Adolescente

Ana Valéria Cezar Schulz*

*** Especialista em Programa da Saúde da Família (UCB)**

Membro da ABENTO

Introdução

O Centro de Tratamento Ortopédico da Criança e do Adolescente, também chamado de Centro Infantil, atende crianças que possuem patologias ortopédicas congênitas ou decorrentes de trauma ortopédico. O perfil da clientela abrange a faixa etária de zero a dezenove anos de idade, de ambos os sexos.

Os casos atendidos são bastante variados e muitas destas crianças apresentam outras patologias de base, como: paralisia cerebral, mielomeningocele, outras malformações congênitas e tuberculose óssea. O grau de complexidade de procedimento proposto varia muito de acordo com o diagnóstico, o estado geral da criança e patologias associadas.

Os casos muito complexos são raros e o prognóstico das crianças atendidas pelo centro infantil é favorável. As crianças apresentam um tempo de recuperação rápido e com baixos índices de complicações pós-cirúrgicas.

A avaliação inicial das crianças ocorre no ambulatório que atende uma clientela diversificada, encaminhada de outros municípios ou da localidade.

A enfermagem do centro infantil atua desde a internação até a alta, acompanhando todos os procedimentos durante a internação e orientando o paciente e seu familiar quanto aos cuidados relativos à cirurgia realizada.

Perfil dos pacientes atendidos

A quantidade de atendimentos realizados durante o ano, segundo o relatório anual de gestão de 2006, contabilizou 8.695 atendimentos ambulatoriais, 2.279 atendimentos pelo serviço de triagem (encaminhamentos externos), 1.013 internações para cirurgia, num total de 11.987 atendimentos.

No INTO, observa-se que o maior número de atendimentos é em decorrência do tratamento das fraturas por acidente de trânsito ou decorrentes da prática de esportes, sendo de maior incidência as de úmero, fêmur, tibia e anel pélvico .

Tipos de Cirurgia

As cirurgias mais frequentes são:

Tratamento de fratura de úmero

Tratamento de fratura diafisária de tíbia

Tratamento de fratura de fêmur distal e proximal

Tratamento da epifisiólise: Doença óssea rara que consiste no escorregamento da epífise proximal do fêmur, provocando necrose ou infarto da cabeça femoral. É mais comum no sexo masculino, na fase da puberdade. (VELLOSO, 1995);

Tratamento das fraturas decorrentes da Osteogênese Imperfeita: Doença genética relativamente rara, que causa fragilidade nos ossos gerando fraturas à manipulação relativamente simples do paciente ou mesmo espontaneamente, ocorrendo encurvamento dos ossos devido ao encurtamento. Devido às fraturas, o tratamento cirúrgico propõe o alinhamento ósseo através da colocação de uma haste intramedular, diminuindo os riscos de uma nova fratura e a dor de uma fratura. Este tipo de procedimento é conhecido como Rodding (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTEOGÊNESE, 1999);

Tratamento do pé torto congênito: patologia de causa ainda não bem definida, de ocorrência multifatorial. Deformidade que acomete articulações do tornozelo, subtalar e mesotársica. Apresenta flexão plantar na articulação do tornozelo e se mantém aduzido e invertido nas articulações subtalar e mesotársica. O pé se mantém invertido para dentro em relação aos membros inferiores (POEYS, 2002);

Osteossíntese: redução anatômica do osso e fixação da fratura com o uso de material de síntese rígido, como placa e parafuso, fio de Kirshner e haste intramedular (ZUPPY, 1995).

Cuidados de Enfermagem

A criança como todo paciente cirúrgico, apresenta sentimento de medo e ansiedade relacionado à cirurgia e a ruptura com seu ambiente social e familiar, mobilizando respostas inesperadas, imprevistas e até mesmo com diminuição da auto-estima. Neste momento, o trabalho inicial da enfermagem é o de apresentar a criança o seu novo ambiente.

No INTO, dispõe-se de uma estrutura distinta para o sexo e a idade, composta por leitos apropriados e de ambiente agradável, com televisão, instrumentos lúdicos e até uma área específica para recreação, a brinquedoteca. Em muitos momentos, incluem-se atividades com recreadores, contadores de histórias, festas e outros eventos comemorativos.

As ações se distribuem pelos três momentos operatórios (pré, trans e pós – operatório) e a alta hospitalar. Algumas ações aplicam-se a todos os tipos de diagnósticos, outras são específicas. Estas estabelecem um canal de comunicação entre os demais membros da equipe multidisciplinar.

Pré-operatório

- Consulta de enfermagem ao paciente internado, com realização do exame físico e avaliação do risco para desenvolvimento de lesões de pele;
- Reconhecer os fatores que podem interferir ou impedir o momento cirúrgico;
- Verificação do prontuário (checar exames, liberação do risco cirúrgico, exames de imagem e diagnóstico e demais documentos do prontuário);
- Registro de todas as atividades no prontuário;
- Orientação ao paciente e seu familiar sobre o procedimento proposto e preparo para o procedimento;
- Informar ao paciente as possíveis alterações e problemas que podem ocorrer no pós – operatório.

Trans – operatório

- Acompanhar o procedimento para compreender a maneira correta de intervir no pós – operatório.

Pós – operatório

- Realizar a visita pós-operatória com avaliação clínica;

- Verificar a presença e as condições de dispositivos externos (drenos e cateteres de sucção) e curativos;
- Verificar a prescrição médica e realizar a prescrição de cuidados de enfermagem;
- Posicionar o paciente adequadamente no leito, promover conforto e segurança, e manter o membro operado elevado ou corretamente posicionado;
- Checar os sinais vitais e assegurar a estabilidade hemodinâmica do paciente;
- Registrar todas as atividades no

prontuário.

Alta Hospitalar:

- Fornecer as orientações específicas e de cuidados domiciliares para a alta hospitalar;
- Verificar o prontuário e a documentação específica de alta hospitalar;
- Contactar a visita domiciliar, se necessário;
- Informar a data de retorno;
- Registrar todas as informações no prontuário.

Enfermagem na Clínica da Dor

Érika de Almeida Leite da Silva*

***Especialista em Enfermagem Ortopédica (UNIRIO) / Membro da ABENTO**

Jamila Ferreira Miranda dos Santos**

****Especialista em Saúde Pública (UNIRIO) / Membro da ABENTO**

Juliane de Macedo Antunes***

*****Especialista em Promoção da Saúde (UFF) / Membro da ABENTO**

Vera Lúcia Alonso****

******Auxiliar de Enfermagem da Clínica da Dor**

Introdução

A dor ou sensação dolorosa é variável entre os indivíduos, e está associada a diversas condições como: físicas, culturais e sociais. O limiar de dor varia de um indivíduo para o outro, pode ser definido como o ponto ou momento em que um dado estímulo é reconhecido como doloroso. O controle da dor traz benefícios para o paciente, para a equipe e para a instituição.

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), desde 1999, através da criação da Área de Tratamento e Controle da Dor (ARDOR), implementa a ação de seu registro como 5º Sinal Vital com o objetivo de integrar-se com os Centros de Atenção Especializada e demais equipes favorecendo, uma assistência de qualidade proporcionando

o máximo de alívio da dor e seus benefícios.

Perfil dos pacientes atendidos

São poucos os dados disponíveis sobre o perfil epidemiológico da dor no Brasil. Contudo, alguns estudos apontam para as afecções do aparelho locomotor como a causa mais frequente de dor entre os brasileiros, destacando-se as lombalgias, a fibromialgia e a síndrome dolorosa miofascial (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2007).

No INTO, os pacientes são atendidos no ambulatório, principalmente os pacientes com dor crônica, e na unidade de internação, onde a prevalência de dor aguda é maior, por se tratar de uma instituição cirúrgica, tendo a dor como quinto sinal vital.

Tipos de dor

A dor aguda é aquela caracterizada por curta duração, em geral menos de 6 meses, é um sinal de dano tecidual e, em geral cessa quando o estímulo é retirado, como no caso dos procedimentos cirúrgicos. No INTO, a maior prevalência, devido aos tratamentos cirúrgicos, é de dor aguda.

A dor aguda inicia-se com uma lesão, e substâncias algogênicas são sintetizadas no local ou ali liberadas, estimulando terminações nervosas (nociceptores). O impulso é levado através dessas fibras para o corno posterior da medula ou para os núcleos sensitivos, no caso de nervos cranianos. Nesses locais, pode ocorrer modulação (amplificação ou supressão) do sinal, antes de ser interpretado. Ao longo dessas vias de condução da dor geram-se reflexos que envolvem alterações neuroendócrinas. (XAVIER, 2005).

No caso da dor em traumatologia e ortopedia, observamos que além da dor aguda causada por procedimentos cirúrgicos há também outros tipos de dor freqüentes como a dor neuropática e a cefaléia após raqui-anestesia.

Além do tratamento farmacológico, algumas outras terapêuticas também são utilizadas no controle da dor na intuição como bloqueio analgésico via nervo periférico, acupuntura, bomba de analgesia controlada pelo paciente e introdução de eletrodo medular.

Cuidados de enfermagem

A avaliação da dor é importante para a humanização da assistência ao paciente, além de promover o planejamento das intervenções a serem realizadas. Esta deve ser contínua e sistematizada, valorizando a queixa verbal do paciente, independente da intensidade por ele relatada.

A avaliação da dor aguda é menos complexa que a da dor crônica, como descrito por Calil:

“O quadro doloroso é recente e bem localizado e a influência de fatores emocionais e culturais é, na maioria das vezes, de menor magnitude. Devem ser investigados a localização, intensidade, início da dor, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes da dor e outros sintomas associados.” (CALIL, 2005).

No INTO, é utilizado como instrumento de avaliação dos pacientes a Escala Visual Analógica – EVA (Figura 1), que foi adaptada e referendada pela Sociedade Brasileira do Estudo da Dor (SBED). Esta, enumera a intensidade da dor de 0 a 4, podendo ser utilizada a partir da idade pré-escolar.



Figura 1 - Escala Visual Analógica (EVA)

Alguns fatores são importantes para qualificar a assistência de enfermagem, como:

- Avaliar a mobilidade física solicitando ao paciente a localização da dor, assim como, estimular a mobilização respeitando os limites do paciente;
- Proporcionar um ambiente agradável para o sono (silêncio, temperatura ambiente, penumbra, higiene corporal e ambiental);
- Incentivar atividades lúdicas e o acompanhamento pela família;
- Observar se a medicação prescrita foi administrada;
- Posicionar corretamente o paciente no leito;
- Avaliação diária da intensidade da dor;
- Estimular e encorajar ao auto cuidado facilitando no alívio a dor;

- Ver se o protocolo medicamentoso da dor está sendo usado corretamente;
- Solicitar avaliação médica e, se possível, da equipe multidisciplinar;
- Reavaliar o paciente após 30 minutos (em seguida de qualquer cuidado prestado);
- Solicitar avaliação médica da Clínica da

Dor caso a dor permaneça.

A Clínica da Dor encontra-se cada vez mais sólida com profissionais envolvidos e valorizando a relação equipe-paciente e desmistificando a incidência de dor. Pelo contrário, é possível submeter-se a cirurgias ortopédicas grandes sem quaisquer queixas de dor.

3. Diagnósticos de Enfermagem nos Centros de Atenção Especializada

Os diagnósticos de enfermagem são parte de um julgamento clínico do enfermeiro no qual a North American Nursing Diagnosis Association - NANDA formalizou um sistema de classificação para descrição e desenvolvimento de uma fundamentação científica que proporcione a base para seleção das intervenções de enfermagem (Carpenito, 2002, p.30).

A NANDA internacional desenvolve uma terminologia para descrever os importantes julgamentos que os enfermeiros fazem quando provêm cuidados para indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Tais julgamentos, ou diagnósticos, são a base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem. Essa relação vai ao encontro da necessidade de uma estrutura comum - ou taxonomia. A criação da taxonomia de NANDA permite a padronização da linguagem entre os enfermeiros (NANDA 2005-2006).

Este julgamento é embasado na investigação de enfermagem (histórico de enfermagem, anamnese e exame físico) onde a sintomatologia direciona o cuidado. Assim, estão descritos a seguir os diagnósticos de enfermagem da NANDA, mais aplicados pelos enfermeiros dos CAE.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	FATORES RELACIONADOS/RISCOS
ADAPTAÇÃO prejudicada	Estado emocional intenso, atitudes negativas com relação ao comportamento de saúde, falta de motivação para mudar comportamentos.
ANSIEDADE	Estresse; ameaça de mudança no status econômico, na função do papel de provedor, ameaça de mudança no estado de saúde.
Risco de CONSTIPAÇÃO	Funcionais (mudanças recentes de ambiente, higiene íntima inadequada, atividade física insuficiente); Psicológicos (tensão emocional, confusão mental, depressão); Fisiológicos (ingestão insuficiente de fibras e líquidos, dentição ou higiene oral inadequadas, motilidade diminuída do trato gastrointestinal); Farmacológicos Mecânicos (desequilíbrio eletrolítico, hemorróidas, prolapso de reto e obesidade).
Intolerância à ATIVIDADE	Repouso prolongado no leito ou imobilidade.
Síndrome do déficit do AUTOCUIDADO para alimentação, banho/higiene, higiene íntima, vestir-se/arrumar-se	Ansiedade grave, prejuízo músculo-esquelético, dor, prejuízo cognitivo, estado de mobilidade prejudicado, capacidade de transferência prejudicado.

Risco de baixa AUTO-ESTIMA situacional	Distúrbio na imagem corporal, prejuízo funcional, mudança de papel social, poder/controlado sobre o ambiente diminuído, doença física.
COMUNICAÇÃO VERBAL prejudicada	Barreira física, efeitos colaterais de medicamentos, barreira ambiental, ausência de pessoas significativas, percepções alteradas, estresse, enfraquecimento do sistema músculo-esquelético.
CONFUSÃO aguda	Mais de 60 anos de idade, delírio, demência e abuso de substâncias.
Risco de ASPIRAÇÃO	Alimentação por sondas, situações que impedem a elevação da parte superior do corpo, nível de consciência reduzido, presença de traqueostomia, administração de medicação, fixação cirúrgica dos maxilares, deglutição prejudicada, cirurgia ou trauma facial, oral ou do pescoço, reflexos de tosse ou de vômito diminuídos, mobilidade gastrointestinal diminuída
DEAMBULAÇÃO prejudicada	Dor, medo, doença física, imobilidade e tipo de cirurgia realizada.
DEGLUTIÇÃO prejudicada	Anomalias da via aérea superior, estados com hipotonia significativa, distúrbios respiratórios, história de alimentação por sondas, obstrução mecânica, traumas internos ou externos, lesão traumática da cabeça, anormalidades da cavidade oral ou da orofaringe.
DENTIÇÃO prejudicada	Higiene oral ineficaz, barreiras ao autocuidado, uso de medicamento, doença física.
DESOBSTRUÇÃO ineficaz DE VIAS AÉREAS	Via aérea obstruída (espasmo de via aérea, secreções retidas, muco excessivo, presença de via aérea artificial); Fisiológicos (disfunção neuro-muscular, infecção).
Risco de síndrome do DESUSO	Dor intensa, imobilização mecânica, nível de consciência alterado, paralisia.
DOR aguda	Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos e psicológicos).
DOR crônica	Incapacidade física/ psicossocial crônica.
ELIMINAÇÃO urinária prejudicada	Infecção no trato urinário, dano sensorio-motor
Distúrbio na IMAGEM CORPORAL	Psicossociais, biofísicos, cognitivos/preceptivos, doença, trauma ou lesão, cirurgia e tratamento.
INCONTINÊNCIA intestinal/ urinária	Fatores ambientais, estresse, cognição prejudicada, déficit no autocuidado para higiene íntima, capacidade reservatória prejudicada, medicações, imobilidade, disfunção neurológica.
Risco de INFECÇÃO	Procedimentos invasivos, trauma, desnutrição, defesas primárias/ secundárias inadequadas, exposição ambiental a patógenos aumentada.
INTEGRIDADE DA PELE/ TISSULAR prejudicada	Externos (umidade, fatores mecânicos, imobilização física, extremos de idade e medicações); Internos (Alteração metabólica, proeminências ósseas, sensibilidade alterada, estado nutricional/ líquido alterados, circulação alterada).
Risco de LESÃO perioperatória por posicionamento	Desorientação, edema, imobilização, fraqueza muscular, distúrbios sensoriais/preceptivos e obesidade.
MEDO	Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização) e falta de familiaridade com experiência ambiental.

MOBILIDADE física prejudicada	Medicamentos, imobilidade, dor, prejuízo sensorio-perceptivo, obesidade, prejuízos músculo-esqueléticos, intolerância a atividade, prejuízo cognitivo, diminuição da força, controle e/ou massa muscular, perda da integridade de estruturas ósseas, enrijecimento das articulações ou contraturas.
MUCOSA ORAL prejudicada	Efeitos colaterais de medicamentos, ausência ou diminuição da salivação, trauma, desnutrição e desidratação, mecânicos, perda de estrutura de suporte.
Risco de disfunção NEUROVASCULAR periférica	Trauma, cirurgia ortopédica, fratura, compressão mecânica e imobilização.
NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos.
PERFUSÃO TISSULAR periférica ineficaz	Hipovolemia, interrupção do fluxo arterial/venoso, concentração diminuída de hemoglobina no sangue.
Risco de QUEDAS	Em adultos (história de quedas. Uso de cadeira de rodas, maior de 60 anos, mulher idosa, morar sozinho, prótese de membro inferior, uso de aparelhos de auxílio); Em crianças (menor de 2 anos, ausência de proteção em janela, cama/ leito, falta de supervisão da criança); Fisiológicos (doença aguda, condições pós-operatórias, dificuldade auditiva, hipotensão ortostática, anemia, força diminuída nas extremidades superiores e inferiores, mobilidade física e equilíbrio prejudicados, déficits proprioceptivos); Cognitivos (estado mental diminuído); Medicações (ansiolíticos, narcóticos, tranquilizantes). Ambientais (condições climáticas, ambiente com móveis e objetos em excesso, quarto não familiar).
Atividades de RECREAÇÃO deficientes	Ausência de atividades de recreação como em internações de longa duração e tratamentos prolongados frequentes.
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA retardada	Alta complexidade das cirurgias ortopédicas e complicações.
Padrão de SONO perturbado	Ambientais (barulho, iluminação, falta de privacidade, interrupções para medicações, controles ou coleta de material para exames laboratoriais) Psicológicos (ansiedade, medo, depressão); Fisiológicos (dor, posição, urgência e incontinência, febre, náusea e dispnéia).
Risco de TRAUMA	Externos (camas altas, uso de escadas ou cadeiras sem firmeza, janelas sem proteção de segurança, deslizar em lençóis de tecido áspero ou bater contra as grades das camas, pisos escorregadios); Internos (história de trauma prévio, redução da sensação tátil, dificuldade de equilíbrio cognitivos ou emocionais, coordenação reduzida de grandes ou pequenos músculos, fraqueza).

4. Considerações Finais

A organização dos Centros de Atenção Especializada (CAE) no INTO tornou-se fundamental no gerenciamento do cuidado, uma vez que constitui um atendimento calcado em princípios como a integralidade

da assistência prestada aos usuários dos serviços, humanizando-a e promovendo a saúde do usuário, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH).

O Serviço de Enfermagem nos CAE facilita a interface entre os profissionais de saúde e

favorece o aprimoramento técnico-científico através da sistematização da assistência de enfermagem, cujo planejamento das ações, envolvendo o cuidador, favorece o vínculo com os profissionais e a confiabilidade na instituição.

A importância e a responsabilidade do enfermeiro quanto a observação e atendimento das necessidades do paciente cirúrgico devem ser dimensionadas, uma vez que possui função específica na eficácia da terapêutica de seus pacientes, e, dependendo de sua atitude, pode facilitar ou impedir um programa de recuperação, visto que este paciente é invadido por medo do desconhecido num ambiente estranho (ZEN & BRUTSHER, 1986).

Todo processo assistencial se faz presente com empenho e resolutividade no trabalho diário, desenvolvido pelos profissionais dos CAE, conseguindo desse modo atender com qualidade um grande número de clientes que chegam para realizar tratamento cirúrgico. Orientações e cuidados específicos são prestados como proposta de promover a recuperação no tempo previsto de cada cirurgia.

Este caderno formaliza a proposta de sistematização da assistência de enfermagem aos usuários submetidos a cirurgias ortopédicas de alta complexidade, descreve aos diversos profissionais de saúde a rotina assistencial ao paciente e amplifica a valorização do enfermeiro especializado em sua atuação. Esta sistematização constitui-se em importante instrumento de contribuição para a busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem e realçando os objetivos da excelência do serviço que esta instituição prestadora de cuidados de saúde oferece aos seus usuários.

5. Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M. J. B. **Técnicas Fundamentais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: M.J. Bezerra de Araújo Editora LTDA, 9ª ed.: 1996.

Associação Brasileira de Osteogênese Imperfecta. Disponível em <http://www.aboi.org.br>. Acessado em 08/02/08.

BARBOSA, M.L.J, NASCIMENTO, e.FA. **Incidência de internações de idosos por motivo de quedas em um hospital geral de Taubaté**. Disponível em <http://www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/>. Acessado em 05 de janeiro de 2008.

BIJOS, P.; ZUMIOTTI, A. V.; ROCHA, J. R.; FERREIRA, M. C. **Microcirurgia Reconstrutiva**. São Paulo: Atheneu 1ª ed. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem Inicial dos Tumores Ósseos**. Brasília, 2000.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan , 2005.

CAFER, R.C.E. E colbs. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular**. Acta,18(4):347-53/out/dez 2005.Disponível em www.scielo.br. Acesso em 14 dez.2007

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A.M. **Intensidade da dor e adequação de analgesia**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.13, n. 5, ISSN 0104-1169,2005.

CAMPIOTTO, A.R. In:SOUZA,L.C.M(org). **Cirurgia Ortopédica e Ortodontia**, São Paulo: Santos,1998.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de**

Enfermagem: aplicação à prática clínica.

8ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.
CHAVES LD; LEÃO, E.R. Dor – **5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio 151-68; 2004.

CROCKARELL, JR. **Artroscopia de Joelho in: Canali.** TS. Cirurgia Ortopédica. Tamboré: Manole, 2006.

DONAHOO, Clara A.; DIMON, Joseph H. **Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

GARCIA, F. A. **Tumores Ósseos.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1990.

HEBERT, S. et al. **Ortopedia e traumatologia – princípios e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2ª ed. 2003.

HORN, C. C.; OLIVEIRA S G: RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano,** Passo Fundo, 57-64 - jul./dez. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA. **Política de Controle da Dor do INTO** – Disponível em www.intoline.gov.br/. Acessado em 12 de dezembro de 2007.

JACKSON, W. D. **Cirurgia do Joelho.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

KISNER, C. & COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos – fundamentos e técnicas.** 3ª ed. Manole editora, 1998.

MALEK, M. M; FANELLI G; JOHNSON D; JOHNSON D. **Cirurgia de Joelho – Complicações, Riscos e Soluções.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MANCUSSI, A. C. **Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinal.** Revista

Latino-americana de Enfermagem Out. 1998, vol.6, nº.4, p.67-73.

MAXEY, L. & MAGNUSSON, J. **Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico.** Guanabara koogan editora, 2003.

MEDEIROS, A.M.C. Motricidade orofacial: **Inter-relação entre fonoaudiologia e odontologia.** São Paulo: Lovise, 2006.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2005-2006.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARDINI, Jr. e SOUZA, A.G. **Tumores do Sistema Músculoesquelético.** Rio de Janeiro: Medsi, v.3/4, 2002.

PASCHOAL Fernando Mendes. **Tratamento Cirúrgico das Fraturas.** Pará: 2002. Disponível em http://www.cultura.ufpa.br/ortraum/tratamento_cirurgico_das_fraturas.htm. Acesso em 06/01/2008.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. **Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão.** Revista Latino-Americana de enfermagem, vol.6, n.3, ISSN0104-1169, 1998.

POEYS, V. et al. **PÉ TORTO CONGÊNITO.** Disponível em <http://www.wgate.com.br>. Acessado em 08/02/08.

SANTOS, Iraci dos...[et al.] **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005. (Série Atualizada em Enfermagem; v.2) 542p.

SMELTZER & BARE. **Enfermagem Médico Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Vol.3,9 ed, 2002.

Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor. **Dor informações gerais.** Disponível em www.dor.org.br. Acessado em 12 de dezembro de

2007.

Sociedade Brasileira de Traumatologia e Ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Rio de Janeiro, dez. 1996. Disponível em: <http://www.rbo.org.br>. Acessado em 08/02/2008.

SOUSA F.A.E.F. **Dor: o quinto sinal vital**. Rev. Latino-Am Enfermagem; 10(3): 406-7; 2002.

SPARKS, S. M. **Diagnóstico de Enfermagem** – Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

TASHIRO, Marisa Toshio Ono. **Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia**. São Paulo: Atheneu. 2001.

TAYLOR, Cynthia M.; DYER, Janice G.; SPARKS, Sheila M. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2005-2006**. Porto Alegre: Artemed, 2006. 312p.

VELLOSO, A.C. **EPIFISIÓLISE**. Disponível em <http://www.wgate.com.br>. Acessado em 08/02/08.

VENTURA MF, Faro ACM, Onoe EKM, Utimura M. **Enfermagem Ortopédica**, São Paulo: Ícone, 1996.

VERONEZ, F.S. **Modificações psicossociais observadas pós cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas**. Arq.C.Saúde;12(3):133-137, jul-set 2005. Disponível em www.cienciasdasaude.famerp.br. Acesso em: 15dez.2007.

VIANNA, Sergio & VIANNA, Verônica - **Cirurgia do pé e tornozelo**. Rio de Janeiro; Revinter, 2005.

WISS, D. A. **Fraturas**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

XAVIER, T. T.; TORRES, G. V.; ROCHA, V. M. **Dor pós-operatória: características quantitativa relacionada a toracotomia póstero-lateral e esternotomia**. Acta Cirurgica Brasileira, vol.20, n., ISSN 0102-8650, 2005.

ZEN, O. P; BRUTSHER, S. M. **Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia**. São Paulo, Rev. Enfoque; v. 14, n.º 01, p. 4-6, 1986.

ZUPPY, G.N. et al. **ESTUDOS DAS OSTEOSSÍNTESES SUPRA E INTERCONDILIANAS NO FÊMUR**. Disponível em <http://www.inscriçãoonline.com.br>. Acessado em 08/02/08.

