



PERFIL DE PACIENTES QUIRÚRGICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO
PERFIL DE PACIENTES CIRÚRGICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
PROFILE OF SURGICAL PATIENTS TREATED IN A PUBLIC HOSPITAL

Annecy Tojeiro Giordani¹, Helena Megumi Sonobe², Gabriela Machado Ezaias³, Maria Aparecida Valério⁴,
 Marcela Rueda Barra⁵, Debora Viviane Stadler⁶

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes quirúrgicos. **Método:** estudio descriptivo, transversal y documental con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recogidos a partir de prontuarios con el fin de obtener el perfil de los pacientes quirúrgicos sometidos a cirugías en el primer semestre de 2013 en un hospital general estatal de Londrina/PR. El proyecto de la investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo n. 459.623/2013. **Resultados:** la asistencia prestada al paciente en el peri operatorio debe ser planificada de acuerdo con su individualidad y sus necesidades, siendo el enfermero el responsable por la planificación y el desarrollo de las acciones de cuidado. Es importante la capacitación de los profesionales de enfermería que actúan en unidades quirúrgicas para el desarrollo de acciones educativas. **Conclusión:** el conocimiento de características socio demográficas y condiciones clínicas del paciente quirúrgico hacen posible la planificación de la asistencia de enfermería peri operatoria, asegura la recuperación pos operatorio y el alcance de la rehabilitación. **Descriptor:** Asistencia Peri operatoria; Enfermería; Hospitalización.

ABSTRACT

Objective: to characterize the socio-demographic and clinical profile of surgical patients. **Method:** descriptive cross-sectional and documentary study using quantitative approach. Data were collected from medical records in order to obtain the profile of surgical patients undergoing surgery in the first half of 2013, in a state general hospital in Londrina/PR. The research project was approved by the Ethics Research Committee, protocol no. 459.623/2013. **Results:** patient care in the perioperative period should be planned according to his individuality and his needs, and the nurse is responsible for the planning and development of care actions. It is important the training of nurses working in surgical units for the development of educational activities. **Conclusion:** knowledge of socio-demographic characteristics and clinical conditions of the surgical patient enables the planning of perioperative nursing care, ensures postoperative recovery and the extent of rehabilitation. **Descriptors:** Perioperative Care; Nursing; Hospitalization.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes cirúrgicos. **Método:** estudo descritivo, transversal e documental com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir de prontuários a fim de se obter o perfil dos pacientes cirúrgicos submetidos a cirurgias no primeiro semestre de 2013, em um hospital geral estadual de Londrina/PR. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo n. 459.623/2013. **Resultados:** a assistência prestada ao paciente no perioperatório deve ser planejada de acordo com a sua individualidade e suas necessidades, sendo o enfermeiro o responsável pelo planejamento e desenvolvimento das ações de cuidado. É importante a capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades cirúrgicas para o desenvolvimento de ações educativas. **Conclusão:** o conhecimento de características sociodemográficas e condições clínicas do paciente cirúrgico possibilitam o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória, assegura a recuperação pós-operatória e o alcance da reabilitação. **Descriptor:** Assistência Perioperatória; Enfermagem; Hospitalização.

¹Enfermera, Post-doctora, Profesora Adjunta, Universidad Estadual del Norte do Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: annecy@uenp.edu.br; ²Enfermera, Profesora Doutora, Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: megumi@eerp.usp.br; ³Enfermera, Mestre, Profesora Colaboradora, Universidad Estadual de Londrina/UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: gabimez@uel.br; ⁴Ingeniera Agrónoma, Mestre, Profesora Auxiliar, Universidad Estadual del Norte de Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: mavalerio@uenp.edu.br; ⁵Graduación en Enfermería, Universidad Estadual del Norte de Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: marcela_rueda123@hotmail.com; ⁶Graduación en Enfermería, Becaria CNPq de Iniciación Científica, Universidad Estadual del Norte de Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: deborastadler22@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es un equipo fundamental presente en las prácticas relacionadas al Centro Quirúrgico (CC), instrumentando cirugías, cuidando para promover bienestar al paciente y ambiente biológicamente seguro para la realización de las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, hasta la década de 1960, las actividades de asistencia a los pacientes quirúrgicos de la Enfermería se resumían en instrumentar cirugías, atender las solicitudes del equipo médico y desarrollar acciones preventivas y de promoción en el peri-operatorio con el fin de que el acto anestésico-quirúrgico fuese seguro y sin traumas. Con el pasar de los años, el enfermero y equipo asumieron otras responsabilidades, resultando en su mayor valorización ampliación de la clase y búsqueda de conocimiento técnico científico en el área para su perfeccionamiento.¹

Sintéticamente, el proceso de cuidado peri operatorio está dividido en tres períodos: pre-operatorio, inter-operatorio y pos-operatorio. Cada fase se inicia y termina en un momento particular en la secuencia de eventos de la experiencia quirúrgica, lo que requiere actividades específicas a ser planificadas por el enfermero con el Proceso de Enfermería (PE) y en las mejores evidencias científicas para la práctica clínica.²⁻³

En la fase pre-operatoria, la visita pre-operatoria es fundamental, pues el enfermero realiza el examen físico y emocional del paciente focalizando la historia previa de anestésias y alergias. En el día de la cirugía, además de asegurarse de las condiciones clínicas del paciente para encaminar a este con documentación, certificarse de la identidad del paciente y que todos los cuidados pre-operatorios hayan sido realizados. No inter-operatorio el enfermero debe asegurar el inicio del procedimiento anestésico-quirúrgico con monitoramiento de los parámetros vitales y previsión y provisión de la seguridad del paciente durante el procedimiento.²⁻³

La enfermería puede prestar apoyo emocional durante la inducción anestésica, actuar como instrumentador o circulante y auxiliar en el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica. Em el pos-operatorio, el foco será la evaluación de los efectos anestésicos con monitorización de las funciones vitales, la provisión del confort y de alivio del dolor y la prevención de las complicaciones pos-operatorias, alteraciones sistémicas y al estrés del paciente que pueden alterar la recuperación fisiológica,

principalmente en lo que se refiere a la cicatrización de la herida operatoria y estabilización hemodinámica en el pos-operatorio inmediato para prevención de complicaciones pos-operatorias⁴. La enfermería promueve actividades educativas de cuidados específicos para el paciente, principalmente en las cirugías ambulatorias, que favorecen a la recuperación y rehabilitación bien sucedidas, después al alta hospitalaria. Para los pacientes hospitalizados las acciones deben garantizar el alta del paciente para la enfermería y la continuidad da asistencia por profesionales del equipo de la unidad de internación.²⁻³

En Brasil, la Sistematización de la Asistencia de Enfermería Peri-operatoria (SAEP) ha sido utilizada en las unidades quirúrgicas para la mejoría en la calidad de la asistencia peri-operatoria, en consonancia con la Sistematización da Asistencia de Enfermería (SAE) como sistematización de la práctica clínica adecuada a las necesidades humanas, instituida por el Consejo Federal de Enfermería (Resolución COFEN 272/2002).^{2,5}

La asistencia de enfermería peri-operatoria requiere participación activa del enfermero para promover asistencia integral, continuada, participativa, individualizada, documentada y con evaluación de resultados alcanzados. Esta asistencia de enfermería debe promover la continuidad del cuidado con la participación de la familia para realizar los cuidados en el domicilio y favorecer la recuperación del paciente.¹⁻²

El enfermero en la asistencia peri-operatoria realiza actividades administrativas y gerenciales como supervisión, capacitación de recursos humanos, previsión y provisión de suplementos que proporcionan la calidad de la asistencia, a pesar de muchas veces no conseguir ofrecer el cuidado debido a la familia.^{1,6}

En las instituciones hospitalarias, el Centro Quirúrgico (CC) representa un sector que se distingue de los demás por sus resultados, su complejidad de procedimientos y alto costo financiero. El número reducido de enfermeros contribuye para que se impliquen, principalmente en las decisiones financieras y en la planificación del presupuesto de esas instituciones, en la gestión de recursos humanos, materiales y financieros escasos, en un constante desafío en busca del equilibrio entre calidad, cantidad y costo.⁷

La asistencia de enfermería peri-operatoria se debe producir de forma organizada, con documentación que direcciona sus etapas y garanta su continuidad. En la evaluación pre-operatoria el enfermero realiza la entrevista

del paciente y de la familia, teniendo en cuenta los registros en el prontuario hecho por la enfermería y por el equipo médico, además de los exámenes pre-operatorios e informaciones proporcionados por el enfermero de la unidad de internación. En esta etapa, el profesional identifica la necesidad de cuidados en el trans-operatorio. Son ellos que guiarán la planificación de la asistencia de enfermería del paciente en el CC, con determinación de prioridades, acciones y resultados esperados.²

La necesidad de someterse a una cirugía causa estrés en los pacientes, principalmente con la proximidad de la intervención, que puede generar comportamientos individuales, influenciados por múltiples factores emocional, físico, familiar, social y que afecta la fisiología y pueden tener relación directa con la falta de informaciones sobre la cirugía y anestesia, los cuidados de enfermería y el proceso de recuperación pos-operatoria.^{4,8}

Durante la visita pre-operatoria, el enfermero puede conocer la situación emocional del paciente, las condiciones anatómicas y fisiológicas, realizar la evaluación clínica que subsidie la planificación de acciones para la preparación física y psicosocial del paciente en el intra-operatorio. Entretanto, la visita pre-operatoria todavía es una práctica poco adoptada por hospitales públicos y privados en Brasil. Síntomas como ansiedad y depresión del paciente son frecuentemente subnotificados. Además, en la tentativa de reducir gastos y debido a la falta de camas, es común que los pacientes sean internados en la víspera de la cirugía o en el mismo día.^{2,5}

Al mismo tiempo, no siempre los profesionales de salud están habilitados a dar informaciones que den el soporte profesional necesario a los pacientes quirúrgicos. El comportamiento cultural de muchos pacientes y su desconocimiento sobre el derecho de recibir informaciones durante la hospitalización y tener una adecuada recuperación pos-operatoria refuerzan y mantienen la actitud de esos profesionales.⁹

Intervenciones realizadas por el enfermero con el propósito de amenizar el estrés en el peri-operatorio, los síntomas de ansiedad, los sentimientos de inseguridad y el miedo, posibilitar el entendimiento sobre el procedimiento quirúrgico, sus consecuencias y el proceso de recuperación fisiológica y rehabilitación constituyen el proceso de enseñanza-aprendizaje del cual el enfermero debe ser el protagonista. Estudio menciona que el aumento del dolor, náuseas, vómitos y ansiedad en el pos-operatorio son alteraciones

que guardan estrecha relación con la ansiedad del paciente en el pre-operatorio. Así, el enfermero puede minimizar la ansiedad y la depresión de los pacientes con fornecimiento de informaciones con lenguaje de fácil comprensión por el paciente y familia, respetando así sus conocimientos y cultura.^{1,5}

Generalmente, las informaciones se restringen solamente al esclarecimiento de dudas explicitadas por los pacientes y/o familiares y las actividades educativas no son potencializadas.¹⁰⁻¹ Las actividades educativas del enfermero quirúrgico deben tener en cuenta las demandas físicas y psicosociales del paciente y sus familiares, sus características individuales y su contexto social. De este modo, la enseñanza debe atender a las necesidades de los pacientes para el autocuidado y recuperación pos-operatoria. Para los pacientes, los atributos para un atendimento de calidad e refieren a las relaciones interpersonales, a la oferta de informaciones y al respecto a sus necesidades.¹¹

La asistencia de enfermería humanizada en el peri-operatorio incluye el buen relacionamiento con el paciente y familia, lo que implica en una práctica profesional pautada en la observación de singularidades y en el respeto a los momentos de aprensión del paciente. El miedo y la ansiedad son señalados por diversos autores por causar trastornos como episodios hipertensivos que desencadenan sangramientos intensos durante la cirugía y la reducción de la resistencia inmunológica. Ofrecer soporte emocional, desarrollar habilidades para promover la enseñanza y aclaraciones sobre procedimientos quirúrgicos, anestesia, recuperación, entre otras informaciones, requieren que el enfermero y su equipo tengan una preparación adecuada. El enfermero puede y tiene oportunidad de individualizar el cuidado en sus actividades diarias realizando técnicas, orientaciones y esclarecimientos a los pacientes quirúrgicos y familiares.^{5,9,11-12}

Frente a lo expuesto, entendemos que el conocimiento de las características sociodemográficas y clínicas de la clientela posibilita al enfermero planificar una asistencia de enfermería más segura y acogedora en el peri-operatorio, inclusive preparar al paciente para el alta hospitalaria apuntando a su recuperación pos-operatoria con la retomada de sus actividades de vida diaria (ADV) y reinserción en la familia y en la sociedad.

OBJETIVO

- Analizar el perfil socio demográfico y clínico de pacientes quirúrgicos.

MÉTODO

Estudio de abordaje cuantitativa, descriptiva y retrospectiva acerca del perfil de los pacientes quirúrgicos atendidos en un hospital general estatal localizado en la ciudad de Londrina/PR. El estudio fue desarrollado en el Hospital Dr. Anísio Figueiredo en Londrina/PR, en el servicio de archivo médico (SAME), y aprobado por el CEP de la Universidad del Norte de Paraná (CEP/UNOPAR - Parecer n. 459.623/2013).

Los criterios de inclusión fueron: prontuarios de adultos sometidos a cirugías en el primer semestre de 2013. Fue elaborada una lista con 1158 prontuarios de pacientes atendidos en el período considerado y determinado el tamaño de la muestra aleatoria de 120 prontuarios por medio del aplicativo Bioesat, versión 5.3 por la estadística del grupo de investigación.

A pesar de la definición de la muestra aleatoria de 120 prontuarios de pacientes,

Tabla 1. Perfil socio-demográfico y clínicos de los 110 pacientes quirúrgicos atendidos en el hospital del estudio, en el primer semestre de 2013. Londrina, 2014.

Datos de caracterización de pacientes		Nº de pacientes	%
Sexo	Femenino	61	55
	Masculino	49	40
	Total	110	100
Edad	Menos de 20 años	36	33
	De 20 a 40 años	22	20
	De 41 a 60 años	36	33
	Más de 60 años	16	15
	Total	110	100
Comorbilidad	No	80	73
	Diabetes	2	2
	Hipertensión	16	15
	Diabetes e Hipertensión	4	4
	Hipertensión y Colesterol	1	1
	Otros	7	6
Total	110	100	
Antibiótico profilaxis	Si	80	73
	No	30	27
	Total	110	100
Cirugía	Electiva	76	69
	Emergencia	34	31
	Total	110	100
Período	Enero	20	18
	Febrero	14	13
	Marzo	13	12
	Abril	24	22
	Mayo	24	22
	Junio	15	14
Total	110	100	

Delos 110 pacientes operados en el período de seis meses, la mayoría (61-55%) era del sexo femenino; con mayor número de cirugías (36/33%) en pacientes con menos de 20 años y de 41 a 60 años de edad, respectivamente. En estudio realizado con 30 pacientes en hospital

hubo pérdida de datos de 10 prontuarios, por lo tanto, la muestra final de este estudio fue 110 prontuarios de pacientes atendidos en el primer semestre de 2013. El instrumento de recolección de datos socio- demográficos y clínicos contempló sexo, edad, cirugía, anestesia, procedimiento quirúrgico, clínico, período, duración de la cirugía (en minutos), utilización de antibiótico terapia profiláctica, potencial de contaminación, presencia o no de profesionales en la sala durante la cirugía y comorbilidades. Los datos fueron codificados y digitados duplamente en planillas del aplicativo *Excel*, exportados y analizados en el programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*®, versión 19.0. También fue realizado análisis descriptivo de los resultados, con frecuencias totales y porcentuales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A seguir, los datos presentados en las Tablas 1 y 2 muestran respecto a los pacientes que pasaron por intervenciones quirúrgicas en el primer semestre de 2013.

de gran porte sobre hipotermia en el periodo peri-operatorio, con respecto a los aspectos socio-demográficos 21 (70,0%) pacientes eran del sexo femenino, distribuidos en la faja etaria entre 18 y 64 años, con media de edad de 35,3 años y mayor frecuencia en el

intervalo entre 28 y 38 años - 10 (33,3%).¹³ E en otro estudio con 100 pacientes quirúrgicos de un hospital universitario hubo predominancia del sexo femenino (81%), siendo la media de edad de 42,2%.⁵

No presentaron comorbilidades 80 (73%) pacientes, seguido de 16 (15%) registros aislados de hipertensión y 5 asociados a la diabetes mellitus y elevación de la tasa de colesterol. Estudio del Instituto Brasileiro de Geografía Estadística (IBGE) sobre hipertensión señala prevalencia en Brasil de 35% de la población con más de 40 años. Eso representa en números absolutos un total de 17 millones de portadores de la enfermedad, principalmente por cuenta del estilo de vida sedentario y alimentación con alto tenor de sodio, como es el caso de los embutidos y enlatados.¹⁴

La asistencia a los pacientes quirúrgicos ancianos debe ser diferente de la asistencia a pacientes en otras fajas etarias, considerando los cambios decurrentes del propio proceso de envejecimiento y de la presencia de enfermedades asociadas que pueden comprometer el equilibrio funcional con aumento de la vulnerabilidad a complicaciones pos-operatorias. La visita pre-operatoria realizada por el enfermero tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo que pueden influenciar negativamente el intra-operatório.¹⁵ Por lo tanto, el papel del

enfermero durante la entrevista y en la evaluación clínica del paciente en la visita pre-operatoria es fundamental y le permite identificar los problemas para la planificación de la asistencia tran-operatoria.²

La antibiótico profilaxis fue empleada en 80 (73%) pacientes; la cirugía electiva (76-69%) superó la de emergencia (34-31%) y en los meses de abril y mayo fueron realizados 24 (22%) procedimientos quirúrgicos, respectivamente.

La ocurrencia de procedimientos quirúrgicos de urgencia compromete la realización de preparación pre-operatoria y, consecuentemente, contribuye para el aumento en el riesgo de complicaciones pos-operatorias, entre ellas las infecciosas. La preparación de la piel con antiséptico adecuado y la administración de antimicrobianos profilácticos son medidas altamente eficaces en la prevención de infecciones de sitio quirúrgico.¹⁶⁻¹⁷

Con relación a la clínica, totalizaron 78(72%) intervenciones quirúrgicas resultante de la suma de 27(25%) cirugías ortopédicas, 26(24%) cirugías generales y 25(23%) cirugías vasculares, superando numéricamente las demás intervenciones realizadas por otras especialidades.

Tabla 2. Características de las cirugías realizadas por los 110 pacientes atendidos en el hospital del estudio, en el primer semestre de 2013. Londrina, 2014.

Datos de caracterización de pacientes		Nº de pacientes	%
Clínica	Cirugía general	26	24
	Ginecología	4	4
	Vascular	25	23
	Ortopedia	27	25
	Otorrinolaringología	20	18
	Cirugía infantil	8	7
Total		110	100
Procedimiento quirúrgico	Várices/Safena	25	23
	A+A/ Turbine (ctomia/plastia)	20	18
	Hernio grafía	16	15
	Corrección de fractura/osteosíntesis	20	18
	Retirada de síntesis	4	4
	Colecistectomía	6	5
	Otros	19	17
Total		110	100
Anestesia	General	1	1
	Espinal	36	33
	Epidural	63	57
	Sedación	4	4
	Plexo	3	3
	Local	3	3
Total		110	100
Duración (minutos)	Menos que 30	30	27
	30 - 60	48	44
	61 - 90	14	13
	91 -120	14	13
	121 - 150	3	3
	Más que 150	1	1
Total		110	100

Potencial de contaminación	Limpia	60	54
	Potencialmente contaminada	26	24
	Contaminada	23	21
	Infectada	1	1
Total		110	100
Profesionales en la sala	1	1	1
	2	15	14
	3	64	58
	4	30	27
Total		110	100

En cuanto al procedimiento quirúrgico, hubo mayor incidencia (25-23%) de cirugías de várices/safena, seguido de A + A/Turbine y Corrección de fractura/Osteosíntesis con 20 (18%) intervenciones cada. El tipo más utilizado de anestesia fue la epidural (63-57%) seguida de la anestesia espinal (36-33%); en cuanto al tiempo de duración de los procedimientos quirúrgicos, 48 cirugías se producen en el intervalo de 30 a 60 minutos y 14 en 61 a 90 minutos y 91 a 120 minutos, respectivamente.

Complicaciones neurológicas relacionadas a la anestesia epidural son raras y cuando ocurren tienen pronóstico favorable.¹⁸

Esos datos posibilitan la gestión de las actividades del CC por el enfermero, pues para la definición de las escalas de los equipos quirúrgicos y la realización de todos los procedimientos es fundamental analizar la dinámica de necesidades como tiempo utilizado por los equipos de las especialidades, así como el tipo y el porte del procedimiento quirúrgico realizado. Además, tales datos posibilitan la previsión y provisión de recursos humanos adecuados de la Central de materiales, así como de la gestión de la escala mensual y diaria del equipo de enfermería y su capacitación.^{7,15,18}

Estudio comparativo entre la anestesia epidural y anestesia general en pacientes sometidas a mastectomía evidenció menor incidencia de complicaciones como prurito, náuseas y vómitos en pacientes sometidos a la epidural. El uso de complementación analgésica demostró ser necesario solamente en los pacientes que realizaron anestesia general, siendo que los pacientes con epidural tuvieron el dolor en el período pos-operatorio controlada con la utilización de antiinflamatorios. El tiempo de permanencia de la recuperación anestésica y de internación hospitalaria también fue menor en el grupo que utilizó epidural.¹⁹

Estudio sobre los factores de riesgo para complicaciones en el período de recuperación pos-anestésica con 110 pacientes ancianos demostró que 56,4% eran del sexo masculino y 32, 7% hipertensos, 53, 6% fueron sometidos a la cirugía abdominal en 50,9% de los pacientes fue administrada anestesia general (50 9%) el

tiempo de duración de las cirugías fue inferior a tres horas en 62, 7% de los pacientes y las complicaciones más frecuentes fueron: hipotermia (55, 5%), dolor (43, 6%) y aumento de presión arterial (36, 4%).¹⁵

En relación al tiempo de cirugía, estudio demostró que pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos por tiempo superior a cinco horas eran más propensos a presentar hipertensión. Entretanto, independiente del tiempo del procedimiento quirúrgico, factores pre-operatorios pueden aumentar el riesgo de eventos cardíacos y respiratorios, ampliando el período de la recuperación pos-anestésica (RPA). Por consiguiente, cuanto menor el tiempo de la cirugía, menor las posibilidades de haber complicaciones en el pos-operatorio.¹⁵

Teniendo en vista el potencial de contaminación, 60 (54%) de las cirugías fueron clasificadas como limpia, 26 (24%) como potencialmente contaminadas, 23 (21%) como contaminadas y apenas 1 como infectada. En las cirugías de 64 (58%) pacientes, tres profesionales estuvieron presentes en la sala de operaciones y cuatro durante otras 30 (27%) operaciones.

La asistencia prestada al paciente en el peri-operatorio debe ser planificada de acuerdo con las necesidades individuales del paciente. Todas las etapas del peri-operatorio son importantes, tienen sus peculiaridades y el trabajo de la enfermería con base en la SAE, que apunta a la calidad del cuidado. Pero es en el pre-operatorio que la actuación del enfermero tiene expresivo significado, ya que la planificación y desarrollo de las acciones de enfermería en el proceso quirúrgico dependen de la adecuada recolección de datos del paciente por medio de la entrevista y del examen físico que este profesional puede realizar. Concomitantemente, el suministro de informaciones y orientaciones por el enfermero al paciente y a la familia es indispensable para que en el peri-operatorio ocurran menos complicaciones, teniéndose en cuenta factores emocionales y físicos del paciente quirúrgico posibles de ser amenizados y prevenidos. En este sentido, la capacitación del enfermero de CC y de unidad de internación quirúrgica se vuelve una

prioridad a la calidad del cuidado de Enfermería.

De esa forma, los resultados de este estudio indican la necesidad de intervenciones de enfermera como la enseñanza pre-operatoria sobre la cirugía y sus consecuencias, la necesidad de cuidados específicos en el pos-operatorio con la utilización de estrategias, como folletos educativos que favorezcan el autocuidado en el domicilio con la participación de la familia.¹⁰⁻¹¹

CONCLUSIÓN

El dominio técnico-científico y de las habilidades del enfermero quirúrgico, cuando asociado al conocimiento de las características sociodemográficas y clínicas del paciente, puede subsidiar a su práctica para la planificación de la asistencia de mejor calidad en todas las etapas del peri-operatorio, inclusive en la recuperación pos-operatoria y en la rehabilitación, además de la previsión y provisión de recursos materiales y humanos en las unidades de atendimento de esos pacientes.

REFERENCIAS

1. Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do sistema assistência de enfermagem perioperatório. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 June 10];22(4):428-33. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=528149&indexSearch=ID>
2. Silveira CT. A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo; 2008.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11nd ed., Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.
4. Freitas PS, Romanzini AE, Ribeiro JC, Belusse GC, Galvão CM. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 [cited 2014 June 10];15(2):541-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.23898>.
5. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 [cited 2014 Jun 10];14(4):922-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a21.htm>.
6. Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010 [cited 2014 Apr 12]; 63(3):427-34.
7. Nepote AHM, Monteiro UI, Hardy E. Association between operation indexes and the utilization rate of a general surgery center. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009 [cited 2014 May 15]; 17(4):529-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
8. Christoforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev Esc Enferm USP. 2009 [cited 2014 May 15]; 43(1): 14-22.
9. Costa Junior AL, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T, et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Estud psicol (Campinas) [Internet]. 2012 [cited 2014 May 15];29(2):271-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103166X2012000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. Bordin LC, Fugulin FMT. Nurses' time distribution: identification and analysis in a Medical-Surgical Unit. Rev Esc Enferm USP online [Internet]. 2009 [cited 2014 May 15];43(4):833-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0080-6234&nrm=iso&lng=en.
11. Razera APR, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. Rev Esc Enferm USP online [Internet]. 2011 [cited 2014 May 15]; 45(3):632-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a12.pdf.
12. Mezommo AA. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão holística. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo [Internet]. 2012 [cited 2014 May 15]; 6(2): 217-21. Available from: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/94/a12.pdf>.
13. De Mattia AL, Barbosa MH, Rocha ADM, Farias HL, Santos CA, Santos DM. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. Rev. Esc. Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2014 May 15]; 46(1):60-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100008&script=sci_arttext.

14. Menezes VBB. Hipertensão e complicações associadas em mulheres: uma análise do sistema de cadastros de Fortaleza como subsídio à implementação de políticas públicas de saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010.

15. Mendoza IYQ, Peniche ACG. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. Invest Educ Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 May 15]; 28(3): 355-62. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300006

16. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 88p.

17. Center Disease Control (CDC), National Healthcare Safety Network. Surgical Site Infection (SSI) Event. Atlanta: Center Disease Control; 2013. 23 p.

18. Ramos GC, Gomes ECO. Dor neuropática após trauma com agulha peridural. Rev Bras Anesthesiol. 2008 [cited 2014 Jun 26]; 58(4):380-6.

19. Belzanera SD. Estudo comparativo entre anestesia peridural torácica e anestesia geral em mastectomia oncológica. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2008 [cited 2014 May 15]; 58(6):561-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942008000600001&script=sci_arttext.

Sumisión: 31/07/2014

Acepto: 30/10/2014

Publicado: 01/01/2015

Correspondência

Annecy Tojeiro Giordani

Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP)

Campus Luiz Meneghel. Setor de Enfermagem (Bloco 5)

Rodovia BR-369, Km 54 - Bairro Vila Maria

CEP 86360-000 – Bandeirantes (PR), Brasil