Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRÍCA EM TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSTICS OF NURSING IN IMMEDIATE POSTOPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY IN INTENSIVE CARE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTRÍCA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Bruna Nogueria dos Santos[1], Meire Cristina Novelli e Castro[2], Cassiana Mendes Bertoncelo Fontes[3], Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua[4]

RESUMO

Objetivo*:** caracterizar o perfil clínico dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica na terapia intensiva e descrever os diagnósticos de enfermagem. ***Método*:** estudo descritivo, transversal e prospectivo, com 13 pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica em hospital público e de ensino. Por meio dos Históricos de Enfermagem e os Diagnósticos de Enfermagem foram formulados de acordo com a taxonomia II da NANDA, no período de junho a agosto de 2010. Foi realizada análise quantitativa dos dados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ètica em Pesquisa, protocolo n. 3492.—Resultados*:** 76,9%, sexo feminino, a variação de idade foi de 21 a 53 anos e a do índice de massa corpórea de 35 a 77 kg/m^2; identificados 211 diagnósticos de enfermagem, 15 categorias diagnósticas reais e sete de risco; 14 categorias obtiveram 100% de frequência. ***Conclusão:*** os diagnósticos de enfermagem permitiram a escolha de intervenções mais eficazes e direcionadas à obtenção dos resultados de enfermagem. ***Descritores*:** Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica; Diagnóstico De Enfermagem; Unidades De Terapia Intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: characterizing the clinical profile of patients in post-operatory of bariatric surgery in intensive care and describing the nursing diagnoses. ***Method:*** a descriptive, cross-sectional and prospective study with 13 patients in post-operatory of bariatric surgery in public and teaching hospitals. Through the history of Nursing and Nursing Diagnoses were formulated according to the NANDA Taxonomy II from June to August 2010. Quantitative data analysis was performed. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol n. 3492. ***Results:*** 76,9%, female, age range of 21-53 years old and the body mass index 35-77 kg/m^2; identified 211 nursing diagnoses, 15 real diagnostic categories and seven of risk; 14 categories obtained 100% frequency. ***Conclusion:*** nursing diagnoses allowed the choice for more effective interventions and aimed at obtaining nursing results. **Descriptors:** Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Nursing Diagnosis; Intensive Care Units; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil clínico de los pacientes en el postoperatorio de la cirugía bariátrica en el cuidado intensivo y describir los diagnósticos de enfermería. ***Método:*** es un estudio descriptivo, transversal y prospectivo con 13 pacientes después de la cirugía bariátrica en los hospitales públicos y de enseñanza. A través de los Históricos de Enfermería y los Diagnósticos de Enfermería fueron hechos de acuerdo con la taxonomía II NANDA de junio a agosto de 2010. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Protocolo n. 3492. ***Resultados:*** el 76,9%, mujeres, con rango de edad de 21 a 53 años y el índice de masa corporal 35-77 kg/m^2; identificados 211 diagnósticos de enfermería, 15 categorías diagnósticas reales y siete de riesgo; 14 categorías obtuvieron 100% de frecuencia. ***Conclusión:*** los diagnósticos de enfermería permitieron la elección de las intervenciones más eficaces y orientadas a la obtención de los resultados de enfermería. ***Descriptores:*** La Obesidad Mórbida; La Cirugía Bariátrica; Diagnóstico De Enfermería; Unidades De Cuidados Intensivos; Enfermería.

[1]Enfermeira, Aprimoramento Enfermagem em UTI, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. Email: brunandsantos@hotmail.com; [2]Enfermeira, Doutoranda, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. Email: enfermeire.uti@fmb.unesp.br; [3]Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. Email: cmbf@fmb.unesp.br; [4]Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. Email: mqueiroz@fmb.unesp.br

ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201509

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. A prevalência de indivíduos com sobrepeso e obesos cresceu sobremaneira nos últimos 30 anos e, atualmente é um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade quando o Índice de Massa Corporal (IMC) encontra-se acima de 30 kg/m².[1] Essa condição constitui um risco maior para o surgimento de doenças como o diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, derrame e alguns tipos de câncer.[2]

O tratamento da obesidade e do sobrepeso em pacientes que buscam alternativas terapêuticas inclui atualmente a cirurgia bariátrica, intervenção eficaz, quando não há resposta positiva e recidiva de insucesso das intervenções clínicas.[1-3] Dentre os critérios, o principal para a indicação da cirurgia é o IMC igual a 40 kg/m^2 ou maior que 35 kg/m^2 associado a comorbidades.[1]

O tratamento cirúrgico promove menor absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido e/ou reduz o volume de alimentos ingeridos. Essa restrição mecânica gástrica provoca no paciente sensação de saciedade mais precoce.[2]

A cirurgia bariátrica é bem tolerada, porém podem ocorrer complicações no intra e/ou no pós-operatório imediato. São exemplos dessas complicações as respiratórias, os eventos tromboembólicos, formação de úlcera por pressão, desidratação, vômitos e diarreia. Por isso, o acompanhamento no pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está indicada.[2-3]

A assistência de enfermagem intensiva e sistematizada no pós-operatório de cirurgia bariátrica é imprescindível para a minimização dos riscos e ocorrência dos eventos adversos. O enfermeiro utiliza como instrumento metodológico o Processo de Enfermagem (PE) para a organização e implementação do cuidado.[4]

Uma das etapas do Processo de Enfermagem é o Diagnóstico de Enfermagem (DE), definido como o julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais. Essa fase da sistemática da assistência possibilita ao enfermeiro conhecer as respostas humanas alteradas em um indivíduo ou os riscos para alteração, o que contribui para o planejamento de intervenções individualizadas.[5]

Desse modo, pela relevância do Processo de Enfermagem e o estabelecimento dos Diagnósticos de Enfermagem como etapa essencial para assistir de forma sistemática, com a avaliação clínica, interpretação das respostas de forma individual e as intervenções adequadas é que se propõe a questão do trabalho: Quais são os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica na UTI?

OBJETIVOS

- Identificar a frequência dos DE de pacientes em pós operatório de cirurgia bariátrica em UTI.
- Descrever os DE dos pacientes em pós operatório de cirurgia bariátrica em UTI, baseando-se na Taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2010).

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, prospectivo, desenvolvido na UTI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP.

A amostra foi constituída por 13 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e encaminhados à UTI. Como critério de inclusão participaram do estudo todos os pacientes com cirurgia bariátrica realizadas no período de junho a agosto de 2010 e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes que não apresentavam as condições clínicas foi solicitado aos familiares a assinatura.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2010 em UTI de hospital escola no interior de São Paulo. O instrumento de coleta dos dados utilizado pela pesquisadora foi o Histórico de Enfermagem (HE) da Unidade de Terapia Intensiva. O HE é composto de anamnese, exame Físico e exames complementares. A pesquisadora aplicava o instrumento após avaliar os pacientes admitidos na UTI, provenientes do centro cirúrgico em pós-operatório imediato, e anexava-o ao prontuário. Os dados coletados foram a base para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxomonia da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association).[6]

A nomeação das categorias diagnósticas e respectivos fatores relacionados (FR) e/ou de risco (FRi) e características definidoras (CD) foi validada pela pesquisadora e autores para cada paciente, por meio de mapeamento cruzado entre os DE formulados e a

taxonomia. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e recebeu o parecer favorável CAAE nº 3492 – 2010.

RESULTADOS

Dos 13 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica dez eram do sexo feminino (76,9%), e a idade variou de 21 a 53 anos, média de 37,7 anos. O IMC dos pacientes no pré-operatório variou de 35 a 77 kg/m^2, média de 49,6 kg/m^{2,} sendo 11 obesos mórbidos e possuíam IMC maior que 40 kg/m^2. Quanto às comorbidades 11 (84,6%) apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 4 Diabetes Mellitus tipo 2 (30,85%); 4 hipotireoidimo (30,85%); 2 doença respiratória (15,4%); 1 dislipidemia (7,7%); 1 apneia do sono (7,7%); 1 Infarto Agudo do Miocárdio (7,7%) e 1 Miastenia Gravis (7,7%).

Após a intervenção cirúrgica, da sala de recuperação pós-anestésica, os pacientes eram transferidos para a UTI. Encontravam-se conscientes, sonolentos, comunicando-se verbalmente de forma lentificada, estáveis hemodinamicamente, em uso de Máscara de Venturi, com 50% à 15 litros de oxigênio/minuto, eupneico e valores de saturometria não invasiva normal.

Todos os pacientes apresentavam abdome com cicatriz cirúrgica vertical em região mesogástrica, além de dois sistemas de drenagem abdominal pós-cirúrgica, sendo um dreno de sistema aberto e um de sistema fechado. Dos pacientes em estudo, 4 (30,8%) necessitaram ser submetidos à sondagem vesical de demora. Nenhum paciente apresentou evacuação nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Os fármacos basicamente utilizados incluíam antibióticos, inibidores da bomba de prótons, antiemético e analgésico, soro com eletrólitos a ser alterados à critério médico, conforme a necessidade do paciente e infundidos em bomba de infusão por acesso venoso periférico.

Foram identificados 22 categorias diagnósticas em 7 Domínios segundo a Taxonomia II de NANDA, conforme a tabela 1.[6]

Tabela 1. Categorias diagnósticas agrupados em domínios e respectivas frequências, no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. Botucatu, 2010

Domínio	Categoria Diagnóstica	Pós-Operatório N(13)	
		n	%
Nutrição	Risco de Glicemia Instável	4	30,8
	Subtotal	4	30,8
Eliminação e Troca	Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional	13	100
	Ventilação Espontânea Prejudicada	13	100
	Risco de Constipação	13	100
	Incontinência Urinária de Esforço	1	7,7
	Subtotal	40	
Atividade e Repouso	Capacidade de Transferência Prejudicada	13	100
	Mobilidade no leito prejudicada	13	100
	Déficit no autocuidado para vestir-se	13	100
	Déficit no autocuidado para banho	13	100
	Déficit no autocuidado para higiene íntima	13	100
	Recuperação Cirúrgica Retardada	1	7,7
	Subtotal	56	
Papéis e Relacionamentos	Processos Familiares Interrompidos	13	100
	Subtotal	13	100
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Ansiedade	9	69,2
	Subtotal	9	69,2
Segurança e Proteção	Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório	13	100
	Risco de Integridade da Pele Prejudicada	13	100
	Risco de Infecção	13	100
	Risco de Disfunção Neurovascular Periférica	13	100
	Integridade da Pele Prejudicada	1	7,7
	Dentição Prejudicada	1	7,7
	Subtotal	54	
Conforto	Conforto Prejudicado	13	100
	Dor Aguda	7	53,8
	Náusea	5	38,5
	Subtotal	25	
	TOTAL	211	

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes era do sexo feminino, o que pode demonstrar que as mulheres procuram mais pelo tratamento, sendo uma característica demográfica semelhante em outros estudos.[6-7]

O número total de DE identificados foi de 211, distribuídos entre os 7 domínios de Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade e Repouso, Papéis e Relacionamentos, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Segurança e Proteção e Conforto. A maior frequência de DE foi representada pelos domínios de Segurança e Proteção e de Atividade e Repouso e a menor nos domínios de Nutrição e de Enfrentamento e tolerância ao estresse.

Dos 13 pacientes, 4 apresentavam a comorbidade por Diabetes Mellitus e o único DE identificado no domínio de Nutrição foi o de Risco para Glicemia Instável. Os fatores de risco identificados foram para a instabilidade dos níveis séricos de glicose e nesses pacientes o aumento de peso, a falta de controle do diabetes e a ingestão alimentar, estão presentes como condição metabólica prévia.[8]

Discutiremos a seguir os 14 DE que foram identificados em todos os pacientes do estudo.

No Domínio de Eliminação e Troca os DE de risco de Motilidade Gastrintentinal Disfuncional, Ventilação Espontânea Prejudicada e Risco de constipação.

"Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional" é definido como "risco de atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrintestinal". Colaboram como fatores de risco para a atividade peristáltica diminuída a cirurgia abdominal; a imobilidade no leito; os agentes farmacológicos, como inibidores da bomba de prótons e os antibióticos e mudança nos hábitos alimentares. O diabetes melittus estava presente em 5 pacientes e doença do refluxo gastroesofágico em um.[8]

Nenhum paciente apresentou evacuação nas primeiras 24 horas de pós-operatório, resultado esperado devido aos fatores como jejum, perda da privacidade, imobilidade no leito o que predispõe à constipação.

Essa condição clínica faz relação com o diagnóstico de "Risco de Constipação" que tem como fatores de risco: a obesidade; mudanças nos alimentos ingeridos e mudanças nos padrões habituais de alimentação, evacuação e restrição hídrica, relatadas no histórico de enfermagem. A esses fatores somam-se à utilização de opióides, sedativos e mediadores inflamatórios, além dos distúrbios hidroeletrolíticos e ansiedade.[9]

Algumas intervenções podem ser propostas, como a utilização da Escala de Bristol que uniformiza a aparência para a avaliação das fezes e facilita a aplicação dos protocolos por todos os membros da equipe. Outra intervenção é a atenção da equipe quanto ao início e progressão precoce da dieta via enteral sempre que possível e com o objetivo de contemplar a necessidade de fibras. A prescrição médica de laxativos e enemas são restritas àqueles pacientes que não respondem à administração de medicações enterais. A adoção de medidas de conforto não medicamentosas podem reduzir o uso de medicações e a incidência de constipação.[9-10]

O diagnóstico "Ventilação Espontânea Prejudicada" tem como definição "reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida".[8]

Em 100% dos pacientes, o suporte ventilatório no pós-operatório foi necessário. Indivíduos submetidos à cirurgias abdominais, especialmente a gastroplastia, apresentam redução da função respiratória devido ao prejuízo da função dos músculos respiratórios e da movimentação diafragmática. Isso ocorre pela restrição à expansão da caixa torácica. O depósito de gordura central também prejudica a função respiratória e outros fatores podem colaborar para as alterações pulmonares como a idade, o tempo cirúrgico, a anestesia e o decúbito do paciente.[2]

Destacam-se as complicações relacionadas ao sistema respiratório como uma das principais no pós-operatório de pacientes obesos na UTI. As intervenções para melhorar a função respiratória do paciente são fornecer o suporte ventilatório adequado à necessidade do paciente, realizar exame físico periodicamente focado para alterações respiratórias, verificar e anotar a saturação de oxigênio, manter a cabeceira elevada à 30º para que o abdome não pressione o diafragma e dificulte sua movimentação.[11]

O diagnóstico "Capacidade de Transferência Prejudicada" tem como fatores relacionados: limitações ambientais, obesidade, força muscular insuficiente e dor nos casos específicos. As características definidoras do diagnóstico foram: incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama, incapacidade de transferir-se da cama para a posição em pé, incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis

diferentes.[8)]

"Mobilidade no leito prejudicada" tem como definição "limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito". Os fatores relacionados foram: limitações ambientais, obesidade, força muscular insuficiente e dor em alguns pacientes. As características definidoras foram incapacidade prejudicada de "esquivar-se" ou reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada, capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro.[8]

O diagnóstico "Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório" foi identificado a partir de fatores de risco como imobilização, excesso de tecido adiposo e fraqueza muscular, distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia.[8]

"Risco de Integridade da Pele Prejudicada" difere do diagnóstico anterior por ser constituído por fatores extrínsecos mecânicos como a pressão da superfície, pele úmida devido à imobilização física, assim como os fatores intrínsecos do paciente como o estado nutricional desequilibrado causado pela obesidade.[8] A úlcera por pressão é a principal manifestação, e associada a outros fatores como anestesia, fármacos sedativos, analgésicos, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório durante o procedimento cirúrgico, restrição de movimento por períodos prolongado, imobilidade no leito e a obesidade, constituem aumento do risco.[12-14]

Pacientes submetidos à cuidados intensivos apresentam alto risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão devido às limitações ambientais e psicobiológicas, instabilidade hemodinâmica, imobilidade por tempo prolongado e uso de fármacos sedativas e analgésicas. É recomendado considerar em risco para úlcera por pressão todas as pessoas restritas ao leito.[15]

A incorporação na prática clinica de enfermagem da utilização da escala de Braden deve ser encorajada, assim como as intervenções preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão.[15]

O Diagnóstico de Enfermagem "Conforto Prejudicado" significa a "falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social". As características definidoras desse diagnóstico são a falta de privacidade, estímulos ambientais nocivos, falta de controle da situação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado além de relatos de fome e ansiedade.[8]

Os DE relacionados à mobilidade, conforto, integridade da pele e risco de lesão por posicionamento nestes pacientes, podem ser relacionados à carga de trabalho aumentada. Isto pode ser estimado por meio da aplicação do escore *Nursing Activities Score*, escore identifica a carga de trabalho da equipe de enfermagem da UTI e pode auxiliar no dimensionamento de pessoal. Os itens relacionados com mobilização e conforto são estratificados de acordo com a frequência e o número de profissionais para prestar o cuidado, os quais requerem mais profissionais no caso de pacientes obesos.[16-17]

O "Risco de Infecção" é frequente nesses pacientes devido à doença crônica com as defesas primárias inadequadas; ao procedimento invasivo cirúrgico que causa solução de continuidade da pele com a incisão cirúrgica; nas inserções dos sistemas de drenagem e do acesso venoso periférico. Associa-se a exposição ambiental aumentada à patógenos no ambiente hospitalar, já colonizado por germes resistentes e diferentes daqueles do ambiente extra-hospitalar.[8] A incidência de infecção no sítio cirúrgico em pacientes obesos tende a apresentar significativa morbidade.[18]

Quatro pacientes (30,8%) necessitaram ser submetidos à sondagem vesical de demora devido à incapacidade de diurese espontânea. Os opióides utilizados no tratamento desses pacientes aumentam o tônus e a amplitude do esfíncter urinário e diminuem as contrações do ureter, o que dificulta a micção espontânea e resulta em retenção urinária.[19]

As intervenções de enfermagem para prevenção de infecção são, lavar as mãos antes de manipular o paciente, fazer uso de luvas, realizar o curativo da cicatriz cirúrgica e das inserções dos drenos de maneira asséptica, desprezar as drenagens apenas ao final de cada plantão, trocar o acesso venoso periférico periodicamente, observar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punções, drenos e cicatriz cirúrgica, manter o ambiente limpo.[20]

O diagnóstico "Risco de Disfunção Neurovascular Periférica" foi identificado em 100% dos pacientes, devido ao fator de risco de desenvolvimento de trombose venosa profunda, por formação de trombos, que podem ocluir totalmente ou parcialmente o sistema venoso profundo.[21] Outros fatores como a cirurgia de grande porte, a imobilidade no leito e/ou a mobilidade prejudicada colaboram para a nomeação

desse diagnóstico.[22]

As intervenções mais efetivas para a prevenção desta complicação no pós-operatório são o uso de equipamento pneumático de compressão intermitente, associado à profilaxia medicamentosa antitrombolítica subcutânea.[16]

O "Déficit no autocuidado para vestir-se" é relacionado à fraqueza muscular, às barreiras ambientais e a dor, evidenciado pela incapacidade de pegar as roupas vestir e desvestir.[8]

O "Déficit no autocuidado para banho" também se relaciona às barreiras ambientais e à fraqueza muscular, evidenciado por incapacidade de obter fonte de água, pegar os artigos para o banho, lavar e secar o corpo.[8]

O diagnóstico de "Déficit no autocuidado para higiene íntima" é relacionado às barreiras ambientais, à fraqueza, à capacidade de transferência prejudicada, ao estado de mobilidade prejudicada. As características definidoras são, incapacidade de chegar, sentar e levantar-se do vaso sanitário ou da cadeira higiênica e incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada.[8]

As intervenções para os pacientes com Déficit de autocuidado são proporcionar a maior privacidade possível ao paciente, apoiar, se necessário realizar por ele, a higiene e permitir que seja capaz de fazer sozinho, estimulando sua autonomia.

"Processos Familiares Interrompidos" são definidos como "mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família". Os fatores relacionados são a alteração do estado de saúde de um membro da família, o paciente hospitalizado, e a transição situacional. Ficam evidenciados as mudanças nos padrões de comunicação e intimidade e na disponibilidade para apoio emocional e resposta afetiva.[8] Um procedimento da unidade do estudo é permanência de um acompanhante com o paciente, quando se encontra estável hemodinamicamente e extubado, o que pode contribuir para um ambiente humanizado.

Ao identificar os DE nesta condição de pós-operatório, reflete-se sobre as dificuldades vivenciadas por enfermeiros que assistem estes pacientes e aplicam a Sistematização da Assistência de Enfermagem. As dificuldades referentes ao espaço físico e à estrutura, assim como os aspectos da assistência aos pacientes obesos foram identificados em outros estudos.[23-24]

O cuidado no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica é complexo e a identificação apropriada das necessidades de cuidados cooperam na seleção das intervenções que alcancem resultados de promoção á saúde como foi descrito em estudo de pacientes com lesão medular.[25] A construção de protocolos de atenção a este grupo de pacientes, através da identificação dos diagnósticos de enfermagem em revisão integrativa, traz uma proposta para a assistência e para a educação durante o processo de cuidar. [26]

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou as necessidades de cuidados de 13 pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em UTI. Foram identificadas 22 categorias diagnósticas, 211 DE distribuídos em 7 Domínios da Taxonomia II da NANDA-I. Dos 22 DE, 14 foram identificados em todos os pacientes: Capacidade de Transferência Prejudicada, Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório, Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Conforto Prejudicado, Risco de Motilidade Gastrintestinal Disfuncional, Risco de Infecção, Risco de Disfunção Neurovascular Periférica, Déficit no autocuidado para vestir-se, Déficit no Autocuidado para Banho, Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima, Processos Familiares Interrompidos, Ventilação Espontânea Prejudicada e Risco de Constipação.

O DE enquanto estrutura do PE permitiu a escolha de intervenções mais eficazes e direcionadas à obtenção dos resultados de enfermagem, subsidiou a coordenação do processo de cuidar à pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Mancini MC. Obesidade e doenças associadas. In: Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Tratado de obesidade. Itapevi: AC Farmacêutica; 2010. p.253-64.

2. Negrão RJS. Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de Enfermagem no pós-operatório [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

3. Melo SMD'A, Vasconcelos FAR, Melo VA, Santos FA, Menezes Filho RS, Melo BSD'A. Cirurgia bariátrica: existe necessidade de internação em unidade de terapia intensiva? Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012];21(2):162-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-

507X2009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.

4. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. 8a ed. St. Louis: Mosby Company; 2010.

5. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012];14(3):389-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a13.pdf.

6. Matos MIR, Aranha LS, Faria NA, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2002 [cited 6 Aug 2012]; 24(4):165-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12723.pdf.

7. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesity in candidates for bariatric surgery. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 6 Aug 2012];22(1):55-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100009&script=sci_arttext.

8. *North American* Nursing *Diagnosis Association (NANDA)*. Diagnósticos de Enfermagem de NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

9. Torres AC, Diccini S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2006 [cited 6 Aug 2012]; 14(3):397-404. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a14.pdf.

10. Pérez MM, Martinez AB. The Bristol scale - a useful system to assess stool form? Rev Esp Enferm Diag [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012];101(5):305:11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19527075.

11. Bagatini A, Trindade RR, Gomes CR, Marks R. Anestesia para cirurgia bariátrica. Avaliação retrospectiva e revisão de literatura. Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2006 [cited 6 Aug 2012]; 56(3):205-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000300001&script=sci_arttext.

12. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012];16(6):973-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06.

13. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing JH. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012]; 53(4):300-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013.

14. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):182-7.

15. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2006 [cited 6 Aug 2012]; 14(1):124-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf.

16. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 6 Aug 2012]; 43:1001-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000500004&script=sci_arttext.

17. Castro MCN, Dell'Acqua MCQ, Corrente JE, Zornoff DCM, Arantes LF. Aplicativo informatizado com o Nursing Activities Score: instrumento para gerenciamento da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [cited 6 Aug 2012];18(3):577-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000300022&script=sci_arttext

18. Ferraz AAB, Leão CS, Campos JM, Martins Filho E, Albuquerque AC, Ferraz EM. Profilaxia antimicrobiana na cirurgia bariátrica. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2007 [cited 6 Aug 2012]; 34(2):73-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400008&script=sci_abstract&tlng=pt.

19. Ferez D, Vane LA, Posso IP, Potério GMB, Torres MLA, organizadores. Anestesia para pacientes com obesidade mórbida. In: Atualização em anestesiologia. São Paulo: Atheneu; 2005.

20. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2008 [cited

6 Aug 2012];16(4):[about 7 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf

21. Machado NLB, Leite TL, Pitta GBB. Freqüência da profilaxia mecânica para trombose venosa profunda em pacientes internados em uma unidade de emergência de Maceió. J Vasc Bras [Internet]. 2008 [cited 6 Aug 2012];7(4):333-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492008000400008&script=sci_arttext.

22. Barros SMA, Genestra M. Profilaxia da trombose venosa profunda em pós-operatório de cirurgias ortopédicas em um hospital de traumato-ortopedia. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008;30(1):29-35.

23. Schmitt MT. Cirurgia de obesidade mórbida: atuação da enfermeira em uma equipe multidisciplinar. Rev SOBECC [Internet]. 2004 [cited 6 Aug 2012];9(4):15-8. Available from: http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=403459&indexSearch=ID&lang=p.

24. Tanaka DS, Peniche ACG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 6 Aug 2012];22(5):618-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500004.

25. Vasconcelos AS, França ISX, Sousa FS, Costa MML. Nursing diagnoses identified in the individual with spinal cord injury. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 May 14];7(5):1326-32. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3675/pdf_2495

26. Felix LG, Oliveira MJG, Nobrega MML. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 May 14]; 65(1):83-91. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810012

Submissão: 09/09/2013
Aceito: 18/12/2014
Publicado: 01/04/2015

Correspondência

Meire Cristina Novelli e Castro
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP
Distrito de Rubião Junior, S/N
CEP 18618-970 – Botucatu (SP), Brasil