

TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DO INTRAOPERATÓRIO

LIVER TRANSPLANTATION IN CHILDREN: ANALYSIS OF NURSE EVOLUTION REPORT IN THE INTRAOPERATIVE PERIOD

TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL PERÍODO INTRAOPERATORIO

Mari Nei Clososki • Rita Catalina Aquino Caregnato • Heloisa Helena Karnas Hoefel

RESUMO: Esta pesquisa objetivou conhecer a assistência de enfermagem registrada nas evoluções do intraoperatório das cirurgias de transplante hepático infantil. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, descritiva, retrospectiva e quantitativa, realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), nos prontuários de 87 pacientes submetidos a transplante hepático infantil, entre 1997 e 2009. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel contendo 20 variáveis. A análise foi calculada em percentuais simples. Constatou-se que, em 100,0% dos prontuários, a evolução de enfermagem intraoperatória contemplou as seguintes variáveis: 100,0% perdas sanguíneas; 100,0% punções venosa e arterial; 97,7% posicionamento cirúrgico; 97,7% formas de aquecimento; 96,6% sondagem vesical; 93,1% colocação de placa de eletrocautério; 83,9% preparo de campo; 80,5% sondagem gástrica/entérica; 72,4% incisão cirúrgica; 66,7% curativos; 57,8% proteção ocular; 54,0% anatomopatológico/cultural; 39,1% drenos; 34,5% controle de temperatura. Todos os prontuários avaliados tinham evoluções do intraoperatório realizadas por enfermeiras, contudo estas não eram homogêneas, evidenciando a não sistematização das mesmas.

Palavras-chave: Cirurgia geral. Transplante de fígado. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This paper aimed at getting to know the registered nursing assistance on the evolutions of the intraoperative on

liver transplantation in children. Quantitative retrospective descriptive exploratory research, conducted at Porto Alegre's Hospital de Clínicas, in the records of 87 patients undergoing liver transplantation for children, between 1997 and 2009. The instrument used for data collect was an Excel spreadsheet containing 20 variables. Analysis calculated in simple percentages. It was found in 100.0% of the charts an evolution of intraoperative nursing, considering the following variables: 100.0% blood loss; 100.0% venous and arterial punctures; 97.7% surgical positioning; 97.7% forms of heating; 96.6% bladder; 93.1% placing plate electrocautery; 83.9% in the preparation of the field; 80.5% gastric/enteral probing; 72.4% incision; 66.7% bandages; 57.5% eye protection; 54.0% anatomopathological/culture; 39.1% drains; 34.5% temperature control. All records evaluated showed intraoperative improvements undertaken by nurses, however, these were not homogenous evidencing their non-systematization.

Key words: General surgery. Liver transplantation. Nursing care.

RESUMEN: Esta pesquisa tuvo como objetivo conocer los cuidados de enfermería registrados en las evoluciones del intraoperatorio de las cirurgías de trasplante hepático infantil. Pesquisa exploratoria descriptiva retrospectiva cuantitativa, realizada en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, en los prontuários de 87 pacientes sometidos a trasplante hepático infantil, entre 1997 y 2009. El instrumento utilizado para la

colección de datos fue una planilla Excel conteniendo 20 variables. El análisis calculado en porcentual simple. Se constató en el 100% de los prontuários evolución de enfermería intraoperatoria, contemplando las siguientes variables: 100,0% punciones venosa y arterial; 100,0% pérdidas sanguíneas; 97,7% posicionamiento quirúrgico; 97,7% formas de calentamiento; 96,6% sondaje vesical; 93,1% colocación de placa de electrocauterio; 83,9% preparación del campo; 80,5% sondaje gastroentérico; 72,4% incisión quirúrgica; 66,7% apósitos; 57,5% protección ocular; 54,0% anatomo patológico/cultural; 39,1% drenajes; 34,5% control de temperatura. Todos los prontuários evaluados tenían evoluciones del intraoperatorio realizadas por enfermeras, sin embargo estas no eran homogêneas, evidenciando la no sistematización de las mismas.

Palabras clave: Cirugía general. Trasplante de hígado. Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

O fígado, maior órgão sólido do corpo humano, é dotado de funcionalidade múltipla; por isso o transplante hepático é considerado uma das cirurgias mais complexas da medicina moderna.¹⁻² O principal objetivo do transplante hepático é aumentar a sobrevida dos pacientes com doenças hepáticas agudas e crônicas irreversíveis, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos mesmos.¹⁻²

O primeiro transplante hepático ocorreu em 1963, na Universidade do Colorado, em Denver nos Estados Unidos. Naquela época, a mortalidade acontecia em 70% dos casos.³⁻⁴

Na década de 1980, as retiradas de múltiplos órgãos foram padronizadas, surgindo novos imunossuppressores e a solução de conservação de órgãos (Viaspan ou Belzer). Isto permitiu que o transplante hepático se tornasse uma realidade para pacientes com doenças hepáticas terminais, proporcionando uma sobrevida de 80% em dois anos aos transplantados.^{1,3-4}

No Brasil, em 4 de agosto de 1968, realizou-se o primeiro transplante hepático humano da América Latina, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com sobrevida do paciente por sete dias, falecendo em decorrência de lesão hepática ocasionada por isquemia e rejeição do órgão.¹

No Rio Grande do Sul, o primeiro transplante hepático ocorreu em 16 de junho de 1991, na Santa Casa de Porto Alegre, com resultados satisfatórios: a cirurgia foi considerada um sucesso.⁵

Para que o transplante hepático seja bem sucedido é imprescindível infraestrutura hospitalar adequada e equipe multiprofissional treinada para o atendimento a esse tipo de paciente, possibilitando cuidado específico, individualizado, humanizado e qualificado.¹⁻²

A equipe multidisciplinar atuará durante todo o processo relacionado ao procedimento: a espera pelo órgão, a internação hospitalar, o período perioperatório e a monitorização do paciente por toda a vida. Nesta equipe inclui-se o profissional enfermeiro, que serve como elo entre o paciente e os demais membros da equipe, sendo o responsável por grande parte das informações relacionadas a este.¹

É função do enfermeiro, segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no 292, de 2004, a

aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todo o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e o acompanhamento no período perioperatório do transplante.⁶⁻⁷

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e tem como objetivo identificar situações de saúde e doença, que possam vir a auxiliar na prescrição e na implantação de ações de assistência de enfermagem, visando contribuir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, facilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)⁷.

O PE deve ser realizado em todos os ambientes onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem, compreendendo as seguintes etapas: histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem, esta última foco do presente trabalho.⁷⁻⁸

No período intraoperatório, a equipe de enfermagem tem papel fundamental, visto que é responsável por fornecer segurança ao paciente, manter um ambiente asséptico, garantir condições adequadas dos aparelhos e instrumentais, posicionar o paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico com mínimo risco, fazer registros fidedignos de técnicas e achados relevantes em todo o ato operatório e proporcionar apoio emocional ao paciente.⁷

É função do enfermeiro, neste momento, coordenar e realizar todos os procedimentos voltados à enfermagem, buscando manter a integridade do paciente e colaborando com a equipe multiprofissional, na busca da excelência do atendimento durante o transplante hepático. O intraoperatório é o período de maior complexidade no processo do transplante, gerando estresse para toda a equipe, devido a vários fatores: sensibilização e complicações do paciente pelas doenças prévias; tempo de isquemia deve ser minimizado; presença de intercorrências anestésico-cirúrgicas e hemorragias decorrentes do procedimento. Para que este período ocorra de forma harmoniosa, é importante a presença de uma equipe treinada e com

bom relacionamento interdisciplinar.^{1,9}

A atuação de uma das autoras desta pesquisa na equipe de transplantes, por mais de uma década como técnica de enfermagem (instrumentadora e circulante), e a constatação de poucas publicações nacionais direcionadas à assistência de enfermagem no período intraoperatório de transplante hepático, motivaram a realização desta pesquisa. A investigação foi conduzida no intuito de desvelar o problema de pesquisa traçado: Como está sendo registrada a assistência do intraoperatório prestada ao paciente pediátrico submetido à cirurgia de transplante hepático nas evoluções de enfermagem? Para responder esta pergunta, realizou-se um levantamento das evoluções de enfermagem realizadas por enfermeiros durante o período intraoperatório, procurando contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Conhecer a assistência de enfermagem registrada nas evoluções do enfermeiro no período intraoperatório das cirurgias de transplante hepático infantil, realizadas entre 1997 e 2009.

Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos pacientes pediátricos submetidos a transplante hepático;
- Realizar levantamento dos cuidados de enfermagem registrados no prontuário referente ao período intraoperatório dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil;
- Analisar as variáveis registradas nas evoluções de enfermagem do período intraoperatório, realizadas por enfermeiros nos prontuários dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-

exploratória, documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa. O campo de ação foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Rio Grande do SUL (HCPA - RS), que se trata de um hospital universitário, geral, da rede pública, de direito privado, integrando a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, localizado na cidade de Porto Alegre (RS). O Bloco Cirúrgico (BC) é constituído por 12 salas de cirurgias que atendem todas as especialidades cirúrgicas.

O BC conta com 96 profissionais de enfermagem, sendo 84 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros, distribuídos nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite. Nesta equipe de enfermagem, existe um grupo específico que também atua nas cirurgias de transplantes, conhecido como Grupo de Estudos e Assistência de Enfermagem Intraoperatória em Transplantes de Órgãos (GEAEITO), constituído por quatro enfermeiras e oito técnicos de enfermagem (circulantes de sala e instrumentadores), que trabalham em esquema de sobreaviso nos finais de semana e durante a semana no horário noturno, com o intuito de suprir as necessidades da unidade, na presença deste tipo de procedimento cirúrgico.

O GEAEITO tem como atribuições, além da atuação cirúrgica, participar de reuniões mensais com a equipe multidisciplinar, ministrar cursos de atualização para os demais funcionários, fazer revisão e controle dos instrumentais e manter a atualização de tudo que está relacionado aos transplantes.

Entre 1997 e 2009 foram realizados 114 transplantes hepáticos infantis. A amostra pesquisada selecionou 87 prontuários dos pacientes submetidos a esta cirurgia, representando 76% da população. A opção de pesquisar os transplantes hepáticos infantis se deve ao fato de terem sido estes os primeiros a ocorrer na instituição e por apresentarem documentação mais completa. Os critérios para seleção da amostra foram: ter o registro do nome do paciente na relação dos transplantes hepáticos infantis realizados no hospital

e ter acesso ao prontuário.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel, elaborada para esta pesquisa, contendo variáveis a serem investigadas nas evoluções de enfermagem. São elas: ano da cirurgia; idade do paciente; diagnóstico pré-cirurgia; posicionamento do paciente; uso de coxins de proteção; uso de proteção ocular; tipos de punções periféricas e/ou centrais; local de colocação da placa de eletrocautério; métodos utilizados para aquecimento do paciente; soluções antissépticas; tipo de incisão cirúrgica; controle de temperatura; uso de sonda vesical de demora, sonda nasoenteral ou sonda nasogástrica; registro das perdas sanguíneas; utilização de drenos; descrição do curativo; encaminhamento de material para anátomo/cultural; diagnóstico de enfermagem.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) do HCPA. Inicialmente consultou-se uma lista existente que relaciona os transplantes hepáticos infantis realizados no hospital e solicitou-se os prontuários junto ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), seguindo-se a lista dos pacientes por ordem cronológica.

Consultaram-se os prontuários, tanto manuscritos quanto os *online*, verificando a existência da evolução de enfermagem do intraoperatório e levantando as variáveis pesquisadas. Contudo, por vezes, para levantar dados sobre o perfil do paciente e/ou para melhor compreensão dos dados, foi necessário acessar a ficha anestésica, a descrição cirúrgica do transplante e os diagnósticos prévios do paciente relacionados à perda da função hepática.

O presente estudo está de acordo com a Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde,¹⁰ tendo sido o projeto avaliado e aprovado pelo COEP do HCPA, sob registro nº 09-640, de 02 de junho de 2010. As pesquisadoras comprometeram-se em manter preservada a privacidade dos dados referentes aos pacientes, coletados em prontuários e bases de dados, podendo as informações serem divulgadas, desde que mantendo o anonimato.

RESULTADOS

Dos 87 prontuários avaliados de pacientes submetidos a transplante hepático infantil, entre 1997 e 2009, verificou-se um quantitativo maior de cirurgias realizadas nos anos de 2002, 2004, 2005 e 2008, conforme se evidencia na figura 1.

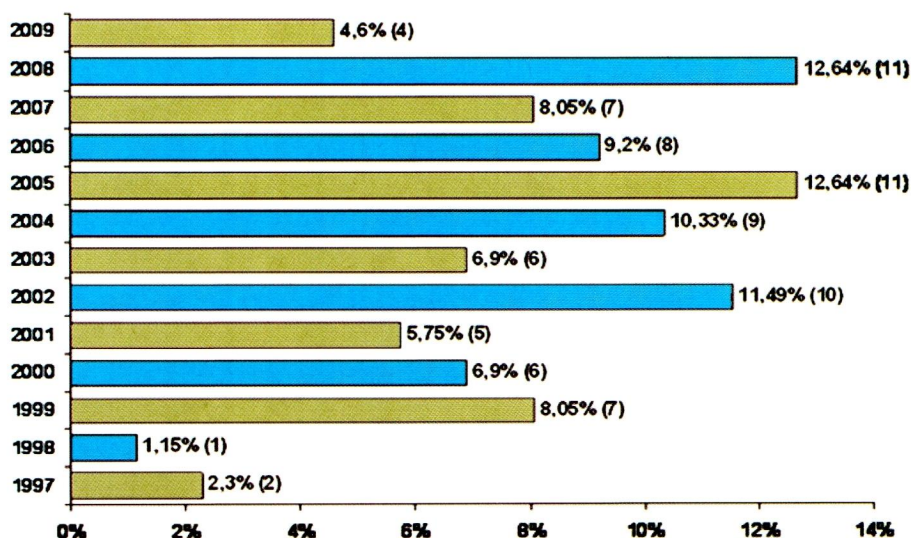


Figura 1 - Distribuição das 87 cirurgias de transplante hepático infantil realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período de 1997 a 2009.

Embora este tipo de procedimento cirúrgico tenha iniciado no hospital pesquisado em 1997, houve um incremento no quantitativo das cirurgias somente em 2002; contudo, observa-se que não se manteve homogêneo nos anos seguintes, ocorrendo oscilações imprevisíveis.

Referente às patologias que mais indicaram o transplante hepático, identificou-se: 42,53% (37) cirrose hepática, 40,23% (35) atresia de vias biliares, 14,94% (13) insuficiência hepática fulminante e 12,64% (11) cirrose hepática criptogênica (de causa desconhecida).

A faixa etária da amostra oscilou entre seis meses a 18 anos, havendo maior número de pacientes na faixa de um ano e um dia até dois anos, conforme apresenta o figura 2.

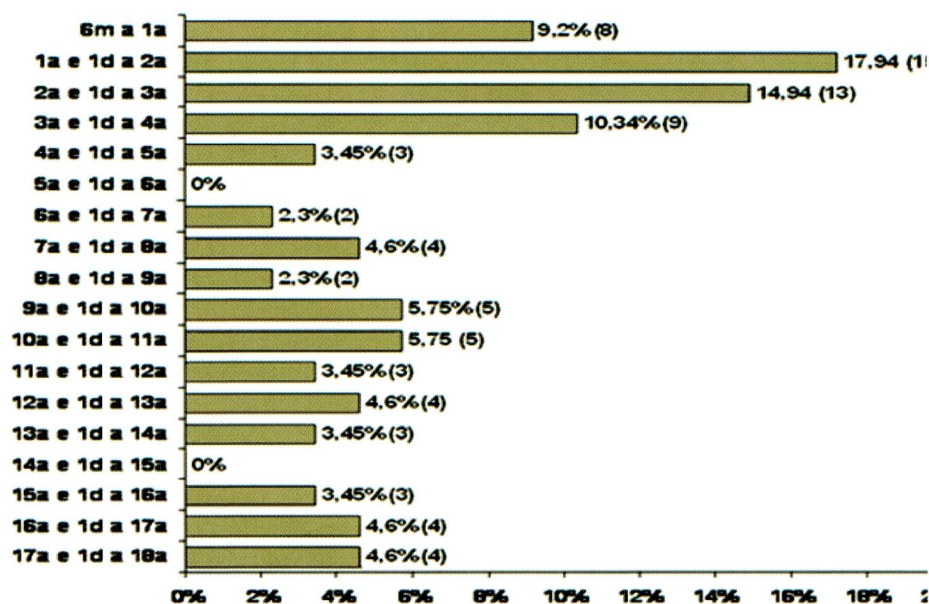


Figura 2 - Distribuição da faixa etária dos 87 pacientes submetidos ao transplante hepático infantil realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009.

Constatou-se em 100,00% dos 87 prontuários avaliados a existência da Evolução de Enfermagem do intraoperatório, realizada por enfermeira, com diversas variáveis evoluídas, conforme se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis evoluídas na Evolução de Enfermagem do intraoperatório de pacientes submetidos ao transplante hepático infantil no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009.

Variáveis evoluídas	Número	Porcentagem
Punção venosa	87	100,00%
Punção arterial	87	100,00%
Perdas sanguíneas	87	100,00%
Posicionamento do paciente	85	97,70%
Aquecimento do paciente	85	97,70%
Sonda vesical de demora	84	96,55%
Placa de eletrocautério	81	93,10%
Proteção nos pontos de pressão	78	89,65%
Preparo de campo operatório	73	83,90%
Sonda nasoentérica ou sonda nasogástrica	70	80,46%
Incisão cirúrgica	63	72,41%
Curativo	58	66,67%
Proteção ocular	50	57,47%
Anatomopatológico / cultura	47	54,02%
Drenos	34	39,08%
Controle de temperatura	30	34,48%
Diagnóstico de enfermagem	10	11,49%

O Quadro1 demonstra as variáveis que foram evoluídas durante o intraoperatório, segundo a incidência, porém, na descrição das variáveis e na discussão, optamos por apresentar segundo a ordem de realização de cada um dos cuidados prestados, desde a entrada até a saída do paciente da sala cirúrgica.

Assim, em relação ao posicionamento para cirurgia, em 97,70% (85) das evoluções foi registrado decúbito dorsal e em 37,94% (33) os funcionários descreveram a posição dos braços. Salienta-se como pontos mais protegidos a região do calcâneo, com 73,56% (64) e a região sacra, com 72,41% (63).

Quanto à evolução das formas de aquecimento do paciente, 97,70% (85) registraram a utilização de algodão laminado nas extremidades, 88,51% (77) atadura de crepon, 78,16% (68) colchão térmico e 36,78% (32) manta térmica. Embora o percentual das evoluções referente ao aquecimento do paciente tenha sido elevado, isto não aconteceu da mesma forma no monitoramento da temperatura corporal.

Foram realizadas nos pacientes tanto punções venosas periféricas quanto punção venosa central, sendo as evoluções de 97,70% (85) periféricas, com cateter flexível, e 90,81% (79) centrais, com cateteres de um, dois ou três lumens.

Sobre o eletrocautério, as evoluções apresentaram o local de colocação do eletrodo de retorno, sendo as principais áreas citadas: 55,17% (48) região glútea e 33,33% (29) face anterior da coxa.

As evoluções sobre o preparo do campo operatório registraram a realização de antisepsia de pele com PVP-I degermante em 83,90% (73), com PVP-I tóxico em 81,61% (71) e com PVP-I alcoólico em 3,45% (três) prontuários. A descrição da incisão cirúrgica aparece em 72,41% (63), variando sua denominação em abdominal e subcostal bilateral ou Mercedes.

Referente às perdas sanguíneas e à reposição de hemoderivados, 100,00% (87) das evoluções descreveram volume

de sangramento perdido, sendo 81,61% (71) uso de transfusão sanguínea, 54,02% (47) a utilização do *Cell Saver* e 2,30% (dois) uso de *Rapid Infusion System* (RIS).

Em relação à evolução de drenos, foram descritos: 32,18% (28) sucção, 5,75% (cinco) não descreveram o nome do dreno utilizado e 2,30% (dois) dreno tipo tórax em abdômen.

Dentre as evoluções que descreveram o Diagnóstico de Enfermagem, encontrou-se: 11,49% (10) “Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório” e 10,34% (nove) “Integridade tissular prejudicada”.

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que o número de procedimentos de transplante hepático não se manteve constante no decorrer dos anos, visto que a maioria destes procedimentos cirúrgicos utiliza órgãos de doadores falecidos e a demanda dos órgãos depende do processo de captação de órgãos e da autorização dos familiares.

Identificou-se o diagnóstico de cirrose hepática como a principal causa de transplantes; contudo, em muitos prontuários, este aparece como doença terminal secundária à atresia de vias biliares. Estes dados vêm ao encontro de um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, referente aos 10 primeiros anos de transplante hepático em crianças e adolescentes nesta instituição, onde a atresia de vias biliares foi o diagnóstico mais frequente para indicação do transplante (35,7%).¹¹

No período intraoperatório, cabe ao enfermeiro realizar e/ou supervisionar o uso de métodos de aquecimento, auxiliar no posicionamento do paciente na mesa cirúrgica usando acessórios (coxins) para proteção da pele e dos nervos, auxiliar nas punções de acessos vasculares, determinar o local para utilização da placa de eletrocautério, checar o instrumental cirúrgico, fazer o preparo do campo operatório com uso

de antissépticos, controlar as perdas sanguíneas, registrar os tempos cirúrgicos, disponibilizar medicamentos e irrigações, prever e prover hemoderivados, fazer evolução de enfermagem, encaminhar peças cirúrgicas para anatomopatológico, informar dados relevantes do paciente para a equipe da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e encaminhá-lo, após o término da cirurgia, juntamente com sua documentação e seus exames.^{1,7}

Todos os prontuários avaliados apresentavam Evolução de Enfermagem do intraoperatório; contudo, evidenciou-se a inexistência de sistematização nas evoluções, por serem estas heterogêneas, apresentando diferenças nas variáveis evoluídas.

Na análise das evoluções, verificou-se a descrição do posicionamento do paciente em 97,70% (85) dos prontuários e registro de uso de coxins de proteção nos pontos de pressão em 89,65% (78). No intraoperatório, é fundamental para o bem estar do paciente manter um posicionamento adequado, seguro e eficiente, e, para que isto ocorra, é necessário: uma equipe com conhecimento de anatomia, fisiologia e patologia humana; utilização de mesas cirúrgicas modernas que facilitem diferentes posicionamentos; e uso de coxins de proteção nos pontos de pressão.^{1,7}

O posicionamento deve, ainda, facilitar o acesso ao local da cirurgia e da anestesia, manter alinhamento corporal, preservar funções circulatórias e respiratórias, manter integridade da pele e dos movimentos do paciente, proporcionando segurança e protegendo-o de traumas e possíveis eventos adversos.^{1,7}

A proteção dos olhos também deve ser realizada, a fim de evitar o ressecamento e a lesão de córnea¹. Esta proteção foi descrita em 57,47% (50) dos prontuários, sendo as principais formas utilizadas para manter os olhos fechados, o uso de pomada oftálmica lubrificante e micropore.

A hipotermia, um dos principais desconfortos pós-operatórios, favorece o aparecimento de alterações orgânicas, tais

como: alteração do sistema imunológico e de coagulação; efeitos metabólicos; depressão do sistema nervoso central (SNC); efeitos cardiovasculares, hemodinâmicos e respiratórios; tremores, entre outros.^{7,12-13} Esta pode e deve ser evitada com a utilização de métodos de aquecimento, como alguns descritos em 85 (97,70%) evoluções: colchão térmico e manta térmica, enfaixamento das extremidades com algodão laminado e atadura, uso de cobertores, controle rigoroso da temperatura da sala e infusão de soluções venosas aquecidas.^{1,7,12-13}

A literatura ressalta a importância do controle da temperatura; contudo, apenas 34,48% (30) das evoluções tinham registro deste controle com a utilização de termômetros nasal ou retal.

O uso de cateteres para acessos vasculares apresenta-se como uma fonte segura na manutenção da saúde do paciente, principalmente aqueles que necessitam de terapias intravenosas prolongadas.¹² Esses cateteres podem ser inseridos como acessos periféricos e/ou centrais, em rede venosa e/ou arterial, estando descritos em todas as evoluções analisadas. Podem ser utilizados para coleta de amostras laboratoriais, administração de soluções parenterais, antibioticoterapia, manutenção da anestesia, controle de pressão invasiva e reposição de hemoderivados.¹²

Observou-se que 80,46% (70) das evoluções registraram o uso de sonda nasoenteral (SNE) ou sonda nasogástrica (SNG) nos pacientes submetidos ao transplante hepático. A importância da sua utilização no intraoperatório é para drenagem e no pós-operatório para reposição nutricional, visto que a maioria das crianças e adolescentes hepatopatas crônicos apresentam desnutrição e deficiência de vitaminas e minerais, e também para administração dos imunossupressores (Ciclosporina e Tacrolimus) iniciados no pós-operatório.¹⁴

Pacientes que aguardam por um transplante hepático podem apresentar algum grau de disfunção renal, a qual pode ser agravada

no período intraoperatório, devido a hipotensão, hemorragia e clampamento de veia cava inferior.^{1,12,15} O controle do débito urinário em sala operatória foi registrado em 96,55% (84) das evoluções, reforçando a importância da preservação renal e verificação precoce de alterações, visto que a insuficiência renal aguda (IRA) é uma das complicações frequentes do transplante hepático, podendo o paciente ter que realizar terapia renal substitutiva (hemofiltração, hemodiálise), sendo esta, na maioria das vezes, de caráter transitório.^{1,12,15}

A unidade de eletrocirurgia (UEC) monopolar exige uso de um eletrodo de retorno aplicado na pele do paciente, o qual recupera a corrente elétrica, fazendo-a retornar ao gerador, finalizando o circuito elétrico.^{7,16} Este eletrodo deve ser colocado no paciente por profissional que tenha conhecimento, respeitando alguns critérios, como: aplicação em pele íntegra, seca, com ausência ou diminuição de pêlos, em área de massa muscular e o mais próximo do sítio cirúrgico, tendo o cuidado de manter o paciente livre de contato com partes metálicas da mesa e demais acessórios, eliminando risco de queimaduras.^{7,16} A localização deste eletrodo foi descrita em 93,10% (81) das evoluções, sendo a região glútea e a face anterior da coxa as principais áreas descritas, atendendo a recomendação da literatura.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) classifica como categoria IB a degermação do sítio cirúrgico, seguido pela antisepsia, a fim de prevenir infecção de sítio cirúrgico (ISC).^{7,17-18}

A degermação deve ser realizada no local e ao redor da incisão cirúrgica com a solução degermante; após, realiza-se a antisepsia, com escolha da solução conforme local da incisão.^{7,17-18} Neste estudo, 83,90% (73) das evoluções apresentaram o preparo do campo cirúrgico, sendo as soluções mais utilizadas, o PVP-I degermante e o PVP-I tópico.

O controle de perdas sanguíneas fidedignas no intraoperatório hepático, descrita em

todas evoluções, apresenta-se como um cuidado de enfermagem de extrema importância, pois o procedimento tem grandes chances de apresentar hemorragia, visto que o fígado é um órgão muito vascularizado, a reperfusão do enxerto pode apresentar sangramento pelas anastomoses vasculares, e pode ocorrer, também, piora da coagulação, devido à síndrome pós-reperfusão.¹²

Dependendo do volume perdido, faz-se necessária uma reposição imediata, com volumes significativos, no menor tempo possível.^{1,12,15}

A utilização de drenos neste tipo de procedimento, descrito em menos da metade das evoluções deste estudo, permite verificar eventuais hemorragias pós-operatórias.¹²

O CDC classifica como categoria IB a recomendação de manter a incisão cirúrgica fechada com curativo estéril por 24 a 48 horas após a cirurgia.^{7,17} Este estudo evidenciou que 66,67% (58) dos pacientes foram evoluídos quanto ao item curativo; no entanto, a maioria não descreve o tipo de material utilizado, descrevendo apenas “curativo” ou “curativo fechado” ou “curativo oclusivo”.

As Práticas Recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) orientam que o encaminhamento de peças cirúrgicas e exames para laboratório sejam registrados na Evolução de Enfermagem intraoperatória.⁷ Da amostra analisada, verificou-se que 54,02% (47) das evoluções seguiram esta recomendação.

Sabendo-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e que tudo que estiver registrado ampara legalmente o cuidado de enfermagem, é importante na evolução registrar os Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao período intraoperatório.^{7,19} Na unidade onde se realizou esta pesquisa, os Diagnósticos de Enfermagem foram padronizados

para serem descritos nas Evoluções de Enfermagem a partir do segundo semestre de 2008, justificando-se a presença de um percentual pequeno de evoluções contendo este dado (10 ou 11,49%). Os diagnósticos registrados foram: Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório e Integridade tissular prejudicada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer a assistência de enfermagem prestada no período intraoperatório dos pacientes pediátricos submetidos ao transplante hepático, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009, a partir da análise das Evoluções de Enfermagem em 87 prontuários. Todos os prontuários avaliados apresentaram evoluções realizadas pelas enfermeiras do intraoperatório; contudo, estas não eram homogêneas, evidenciando a não sistematização das mesmas.

Evidenciou-se que o perfil dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil deste estudo é semelhante ao de outras instituições pesquisadas.

No levantamento dos cuidados de enfermagem registrados nas evoluções intraoperatórias, nos prontuário dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil, foi possível analisar as seguintes variáveis: posicionamento cirúrgico, utilização de proteção para áreas de pressão, proteção ocular, formas de aquecimento utilizadas, controle de temperatura do paciente, utilização de sondas (SNE, SNG e SVD), tipos de punções realizadas (venosa e arterial), local de colocação de placa de eletrocautério, preparo do campo operatório, denominações da incisão cirúrgica, controle das perdas sanguíneas, uso de drenos, tipo de curativo realizado, encaminhamento das peças para anatomopatológico/cultural e Diagnóstico de Enfermagem.

Como uma das autoras desta pesquisa fez parte da equipe de transplantes da instituição pesquisada, sua experiência vivenciada, no decorrer de vários anos, permitiu constatar, nas evoluções de

enfermagem do intraoperatório analisadas, que muitos cuidados de enfermagem realizados não são evoluídos; contudo, constatou que a maioria dos cuidados recomendados pela literatura pesquisada é realizada pela equipe de enfermagem. Este diagnóstico reforça a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como recomenda a criação de protocolos que facilitem a padronização da Evolução de Enfermagem, visto que a equipe de enfermagem faz muito mais do que se escreve.

REFERÊNCIAS

1. Mendes KDS. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. [dissertação na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006. [citado 2009 set. 11]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/dissertacao_mestrado_mendes.pdf.
2. Aguiar IFM. Transplante hepático: o significado para aqueles que vivenciam a espera pelo procedimento cirúrgico [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
3. Garcia JHP. Implantação do transplante ortotópico de fígado humano no Estado do Ceará [tese na Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002. [citado 2009 out. 26]. Disponível em: <http://www.cirurgia.ufc.br/services/teses/josehuygens.pdf>.
4. Silva Júnior OC, Sankarankutty AK, Oliveira GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD, et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cir Bras*. 2002;17(Supl 3):83-90.
5. Freitas F. Quinze anos de vitórias. *Santa Casa Notícias* [periódico na Internet]. 2009 jan./jun. [citado 2009 out. 25];24(16). Disponível em: <http://www.santacasa.tc.br/revista/vermateria.asp?rev=16&mat=207&p=1>.
6. Conselho Federal de Enfermagem.

Resolução n. 292/2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos [Resolução na Internet]. Rio de Janeiro; 2004. [citado 2009 out. 6] Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ArticleID=7120§ionID=34>.

7. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [resolução na Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [citado 2009 nov. 2]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/web/resolucao/r272.htm>.

9. Caregnato RCA, Lautert L. Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. *Rev SOBECC*. 2003;8(3):11-6.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

11. Mesquita MCO, Ferreira AR, Veloso LF, Roquete MLV, Lima AS, Pimenta JR et al. Transplante hepático pediátrico: experiência de 10 anos em um único centro no Brasil. *J Pediatr*. 2008;84(5):395-402.

12. Padilha KG, Vátimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. São Paulo: Manole; 2010.

13. Santos ST, Caregnato RCA. Hipotermia acidental perioperatória: proposta de protocolo de assistência de enfermagem. *Rev SOBECC*. 2010;15(2):45-51.

14. Ferreira CT, Vieira SMG, Silveira TR. Transplante hepático. *J. Pediatr* [periódico na Internet]. 2000. [citado

2009 set. 12];76(Supl.2):S198-S208. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S198/port.pdf>.

15. Fukamizu EA, Martins DAR, Moraes MW. Complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático. Rev SOBECC. 2010;15(3):17-24.

16. Brito MFP, Galvão CM. Protocolo de cuidados no uso de eletrocirurgia monopolar. Rev SOBECC. 2010;15(3):33-8.

17. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention surgical site infection. Atlanta; 1999.

18. Arsego M, Caregnato RCA. Serviço de controle de infecção: vigilância de processos no transoperatório. Rev SOBECC. 2010;15(1):19-25.

19. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

AUTORAS

Mari Nei Clososki

Enfermeira, Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Campus Canoas (RS).

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) - Campus Canoas (RS).

Heloisa Helena Karnas Hoefel

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Chefe do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS).

Indicadores Biológicos

BI-Test



**is para
todas as horas!**

Rastreabilidade!



Etiquetadora para
Etiqueta com 3 linhas e dupla camada adesiva!

A mais completa linha de produtos para CME!
Qualidade e Segurança da Limpeza até a Monitoração!

Stericontrol 21 Anos!

Você também é livre para ousar.
Venha conhecer a diferença, surpreenda-se!

Teste desafio tipo Helix



Com Integradores Classe 5
para Vapor - Formoldeído - ETO.

STEAM-VAPOR Famos Steam Emulator
ISO 11140-1 CLASS 6
134°C 7 MIN.
121°C 20 MIN.
R7
LOT: 110301 03 2013 Cod. Nº 15.100.299
Emuladores Classe 6
4-5-7 Minutos

Linha completa de
escovas para CME

0800 606 1516
sac@stericontrol.com.br

Stericontrol
"Os nossos clientes sabem a diferença!"

