

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA¹

Cristina Camargo Dalri²
Lídia Aparecida Rossi³
Maria Célia Barcellos Dalri⁴

Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):389-96.

Os objetivos deste estudo foram identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Foi elaborado e validado um instrumento de coleta e registro de dados. Foram avaliados 15 pacientes adultos no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica: 4 homens e 11 mulheres, com idade média de 45 anos. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Integridade tissular prejudicada (100%), Risco para infecção (100%), Percepção sensorial perturbada (100%), Risco para aspiração (100%), Risco para função respiratória alterada (80%), Hipotermia (60%), Risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e Dor aguda (26,7%). Todos os pacientes foram admitidos em regime ambulatorial e receberam alta do Centro de recuperação pós-anestésica, apresentando ainda os diagnósticos de enfermagem Integridade tissular prejudicada e Risco para infecção.

DESCRITORES: diagnóstico de enfermagem; enfermagem perioperatória; colecistectomia laparoscópica; enfermagem

NURSING DIAGNOSES OF PATIENTS IN IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

The aim of this study was to identify and analyze the nursing diagnoses for patients in the immediate postoperative period of laparoscopic cholecystectomy. We elaborated and validated an instrument for data collection and registration. Fifteen 15 adult patients were evaluated in the immediate postoperative period of laparoscopic cholecystectomy, four men and 11 women, with average age of 45 years. Identified nursing diagnoses were: Impaired Skin Integrity (100%), Risk for Infection (100%), Sensory/Perceptual Alterations (100%), Risk for aspiration (100%), Risk for Ineffective Breathing Pattern (80%), Hypothermia (60%), Risk for Altered Body Temperature (40%), Altered nutrition: more than body requirements (33,3%) and Acute pain (26,7%). All patients were admitted in ambulatory regimen and were discharged from Post anesthesia Care Unit, still presenting the nursing diagnoses of Impaired Skin Integrity and Risk for infection.

DESCRIPTORS: nursing diagnosis; perioperative nursing; cholecystectomy, laparoscopic; nursing

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES EN PERÍODO POST-OPERATORIO INMEDIATO DE COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Este estudio tuvo como objetivos identificar y analizar los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período post-operatorio inmediato de colecistectomía por laparoscopia. Fue elaborado y validado un instrumento de recolecta y registro de datos. Fueron evaluados a 15 pacientes adultos en el período post-operatorio inmediato de colecistectomía laparoscópica: cuatro hombres y once mujeres, con edad promedio de 45 años. Los diagnósticos de enfermería identificados fueron: Deterioro de la integridad tisular (100%), Riesgo de infección (100%), Alteración de la percepción (100%), Riesgo de aspiración (100%), Riesgo de patrón respiratorio ineficaz (80%), Hipotermia (60%), Riesgo de alteración de la temperatura corporal (40%), Nutrición alterada: superior a los requerimientos (33,3%) y Dolor agudo (26,7%). Todos los pacientes fueron admitidos en régimen ambulatorio y recibieron alta del centro de recuperación post-anestesia, aun presentando los diagnósticos de enfermería de Deterioro de la integridad tisular y Riesgo de infección.

DESCRIPTORES: diagnóstico de enfermería; enfermería perioperatoria; colecistectomía laparoscópica; enfermería

¹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado; ² Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Mestranda, e-mail: crtcamargo@uol.com.br; ³ Professor Associado, e-mail: rizzardo@eerp.usp.br; ⁴ Professor Doutor, e-mail: macdalri@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

A cirurgia laparoscópica tornou-se a via de acesso de primeira escolha para a realização da cirurgia de colecistectomia. Para o tratamento dos pacientes portadores de colecistite crônica litiasica, tem se utilizado, com grande frequência, a técnica de colecistectomia laparoscópica, pois proporciona maior segurança ao paciente, menores riscos de infecção, alta hospitalar precoce, reabilitação e restabelecimento rápido das atividades habituais. Esse tipo de cirurgia é, na maioria das vezes, realizada em regime ambulatorial, fato que é economicamente viável para o serviço de saúde, para a equipe de enfermagem e médica, além disso, proporciona maior conforto ao paciente e seus familiares, uma vez que seu retorno ao domicílio é muito rápido.

No atual sistema de saúde, clientes, famílias e comunidade encontram-se com muitos problemas de saúde e necessidades. Os recursos limitados (por exemplo, tempo, dinheiro, pessoal) exigem que o profissional de enfermagem seja mais bem preparado, para manejar os problemas de saúde ou necessidades que surgirem. Os diagnósticos de enfermagem têm tornado isso possível por definirem e classificarem a especialidade de enfermagem⁽¹⁾; assim, constituem um método útil para organizar o conhecimento de enfermagem.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem de um determinado grupo específico de pacientes possibilita ao enfermeiro o conhecimento das respostas humanas alteradas e contribui para que haja o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas⁽²⁾.

Vários autores têm focalizado a identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes em momentos específicos do período perioperatório de cirurgia geral ou de especialidades como, por exemplo, de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias em geral⁽³⁾, em períodos pré e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de correção de fenda palatina⁽⁴⁾ e em período pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca⁽²⁾ e de cirurgia geral ambulatorial⁽⁵⁾. A partir desses estudos⁽²⁻⁵⁾, é possível constatar, ainda, que os diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência em pacientes em período pós-operatório imediato foram: risco para infecção, risco para lesão, hipotermia, alteração do nível de conforto, dor, intolerância a atividade física, ansiedade e medo.

A colecistectomia laparoscópica apresenta poucas complicações, porém o enfermeiro que atua no centro de recuperação pós-anestésica deve estar atento para, se elas ocorrerem, detectá-las precocemente. As alterações mais comuns estão relacionadas à manutenção da temperatura corporal e à presença de dor associadas, dentre outros fatores, à formação e manutenção do pneumoperitônio, pela introdução de dióxido de carbono na cavidade abdominal para realização do procedimento cirúrgico. Alterações relacionadas a complicações respiratórias e à percepção sensorial podem estar relacionadas à utilização de drogas anestésicas que atuam como depressoras do sistema nervoso central⁽⁶⁾.

Na literatura, não encontramos estudos que tenham investigado os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica. Assim, os objetivos deste estudo foram identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia, submetidos à anestesia geral com base na Taxonomia II, da NANDA⁽⁷⁾ e no Modelo Conceitual de Horta⁽⁸⁾. Considera-se que a realização desse estudo, enfocando os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica, poderá oferecer subsídios para o planejamento da assistência a essa clientela.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido na Seção de Recuperação Anestésica (SRA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de setembro de 2004 a janeiro do ano de 2005, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição.

Os pacientes que compuseram esse estudo foram selecionados por meio de amostra de conveniência, totalizando 15 sujeitos adultos. Os critérios adotados para inclusão foram: ser maior de 18 anos, independente do gênero, estar em condições de manter diálogo com o pesquisador após término dos efeitos das drogas anestésicas e estar no período de pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral. Os pacientes foram selecionados após verificação da escala cirúrgica no dia anterior à realização da cirurgia

e constatação de que poderiam ser participantes da pesquisa. Foram informados a respeito do estudo no momento em que chegavam ao hospital e procuravam a recepção do centro cirúrgico para avisar sobre sua chegada. Nesse momento, a pesquisadora os abordava e explicava os propósitos do estudo. Os pacientes que demonstraram interesse em participar do estudo manifestaram anuência por escrito a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido que foi fornecido após sua chegada ao hospital, no mesmo dia da realização da cirurgia.

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento fundamentado no Modelo Conceitual de Horta⁽⁸⁾, baseado nas necessidades humanas básicas, que compreendem os seguintes tópicos: identificação do paciente, necessidades psicobiológicas (necessidades de oxigenação, de circulação, de termorregulação, de integridade tecidual, de motilidade, de alimentação e hidratação, de eliminação e de senso percepção), necessidades psicossociais (necessidade de segurança, de comunicação, de auto-estima e interação) e necessidades psicoespirituais. Esse instrumento foi submetido a validações de aparência e de conteúdo, realizadas por seis enfermeiros com experiência na área e submetido a um pré-teste após terem sido incorporadas as sugestões dos enfermeiros.

Foi também verificada a confiabilidade entre avaliadores, que se refere à correlação entre as observações feitas por dois indivíduos diferentes, que observam um mesmo sujeito e seu comportamento e fazem avaliações ou julgamentos distintos. Consideramos que a medida seria fidedigna se houvesse alta concordância entre os juízes⁽⁹⁾. Para tal procedimento, utiliza-se a reprodutibilidade intra-instrumentos, ou seja, um único instrumento é usado para medições repetidas em um conjunto de sujeitos⁽⁹⁾.

Esse procedimento foi realizado pela pesquisadora responsável pelo estudo e por um enfermeiro com o título de doutor, com experiência na utilização do processo de enfermagem, no ensino, na pesquisa e na assistência e que atua como professor responsável em disciplina de semiologia e semiotécnica. Foram avaliados os mesmos pacientes, com o mesmo instrumento de coleta de dados, elaborado neste estudo. Cada avaliador realizou o exame físico e entrevista individualmente, em um curto intervalo de tempo entre as duas avaliações. Considerando-se que, freqüentemente, o paciente pode apresentar-se instável, principalmente na

primeira hora de sua chegada ao centro de recuperação, optamos por realizar esse procedimento a cada 30 minutos na segunda hora e, de hora em hora, na terceira e quarta hora após a chegada do paciente ao centro de recuperação pós-anestésica. Foram avaliados dois pacientes que se apresentavam estáveis e que não apresentavam complicações na primeira hora. Posteriormente, cada item avaliado foi comparado e foram estabelecidos os índices de confiabilidade para cada uma das variáveis presentes no instrumento de coleta de dados.

A concordância dos itens foi estabelecida entre as respostas dos dois avaliadores, pesquisadora e enfermeiro perito, aplicando-se o coeficiente de Kappa, mediante o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Foram avaliados 108 itens do instrumento de coleta de dados. Desses, 14 não apresentaram concordância entre a pesquisadora e enfermeiro perito, pois os valores de Kappa não apresentavam significância. Observa-se que, nos itens que apresentaram discordância, essa ocorreu devido a à falta de observação de um sinal ou sintoma pela pesquisadora ou pelo enfermeiro perito, durante a realização do exame físico ou no momento de intervalo entre uma avaliação e outra, ou porque, na realização da avaliação pelo segundo avaliador, o paciente já apresentava mudanças. Assim, observou-se que as discordâncias eram referentes à avaliação individual de cada enfermeiro e não por falhas identificadas no instrumento de coleta de dados.

Posteriormente, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem para os dois casos avaliados com base na coleta de dados realizada. O raciocínio diagnóstico foi realizado pelo enfermeiro perito e pela pesquisadora; depois, os resultados foram confrontados e notou-se concordância entre os dois avaliadores.

A coleta de dados procedeu da seguinte maneira: após consultar a escala cirúrgica e constatar que o paciente era um provável integrante do grupo a ser estudado, conforme os passos descritos anteriormente, a pesquisadora aguardava a chegada do paciente na SRA. Nesse local, o paciente foi avaliado a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e, de hora em hora, na terceira e quarta hora após sua chegada ao centro de recuperação pós-anestésica. A coleta de dados era interrompida assim que o paciente recebia alta da unidade pelo, anestesista.

Após a coleta dos dados, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, utilizando-se a Taxonomia II, da NANDA⁽⁷⁾ e o processo de raciocínio diagnóstico proposto por Risner⁽¹⁰⁾. Os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora, os registros das etapas do processo raciocínio e os diagnósticos de enfermagem identificados foram entregues a duas enfermeiras com experiência na assistência de enfermagem a pacientes críticos e no processo de enfermagem. Em seguida, foi solicitado a essas enfermeiras que analisassem os dados coletados, identificando as lacunas e/ou dados divergentes e confirmassem ou não cada diagnóstico. A partir desse processo, foi sugerida a inclusão de dois novos diagnósticos de enfermagem pelas enfermeiras: Risco para função respiratória alterada e Risco para temperatura corporal desequilibrada. No estabelecimento dos demais diagnósticos, houve consenso entre as enfermeiras e a pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado, foram submetidos à realização de colecistectomia laparoscópica, 29 pacientes. Desses, oito não foram

avaliados, pois não foi possível o contato prévio com a pesquisadora. Foram avaliados 21 pacientes pela pesquisadora, sendo que desses foram excluídos seis pacientes. Cinco pacientes foram excluídos, pois participaram da etapa que envolveu os procedimentos para refinamento do instrumento de coleta de dados, desses, dois pacientes participaram da etapa referente ao estabelecimento dos índices de confiabilidade entre avaliadores, e os outros três pacientes participaram do pré-teste. Um paciente foi excluído por não apresentar condições cognitivas que permitissem a coleta de dados.

Assim, neste estudo, foram avaliados 15 pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica, internados em regime ambulatorial no centro de recuperação pós-anestésica. Dos 15 pacientes avaliados, 11 eram mulheres (73,3%) e quatro eram homens (26,7%), com idade média de 45 anos, sendo a idade mínima 20 e máxima 68 anos, o desvio padrão observado nesses pacientes foi de 15,55.

A Tabela 1 mostra a distribuição das categorias diagnósticas identificadas no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica dos participantes desse estudo.

Tabela 1 - Distribuição das categorias diagnósticas identificadas em pacientes no período pós-operatório de colecistectomia laparoscópica de acordo com os participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2004

Categoria diagnóstica	Pacientes															Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	n	%
Integridade tissular prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para infecção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Percepção sensorial perturbada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para aspiração	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15	100
Risco para função respiratória alterada**	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	x	12	80
Hipotermia	x	x	x	x	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	09	60
Risco para temperatura corporal desequilibrada	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	x	-	x	x	06	40
Nutrição desequilibrada; mais do que as necessidades corporais	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	x	x	-	-	05	33,3
Dor aguda	-	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	05	33,3

** Na identificação desse diagnóstico foi utilizada a interpretação dos diagnósticos de enfermagem realizada por Carpenito;
x = indica presença do diagnóstico de enfermagem;
- = indica ausência do diagnóstico de enfermagem

Observa-se, na Tabela 1, que foram identificadas nove diferentes categorias diagnósticas. Dessas categorias, seis apresentaram frequência superior a 50%: Integridade tissular prejudicada, Risco para infecção, Percepção sensorial perturbada e Risco para aspiração presentes em 15 pacientes (100%), segundo a Taxonomia II, da NANDA⁽⁷⁾. A categoria diagnóstica de Risco para função

respiratória ineficaz foi identificada em 12 pacientes (80%). Esse diagnóstico foi fundamentado na interpretação da Taxonomia II, da NANDA⁽⁷⁾ realizada por outro autor⁽¹⁾. O diagnóstico de enfermagem de Hipotermia foi identificado em nove (60%) dos 15 pacientes avaliados neste estudo.

Optou-se nesse momento, por discutir as categorias diagnósticas que apresentam frequência

igual ou maior a 50%, os respectivos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco.

O diagnóstico de enfermagem **Integridade tissular prejudicada** foi identificado em 100% dos pacientes selecionados para este estudo. A NANDA⁽⁷⁾ define esse diagnóstico como: "Dano às membranas mucosas, córneas, pele ou tecidos subcutâneos." Para esse diagnóstico, o fator relacionado identificado foi mecânico (cirurgia de colecistectomia), e a característica definidora encontrada foi tecido subcutâneo e pele destruídos.

Para a realização da colecistectomia laparoscópica, embora o acesso à cavidade abdominal seja menor que o realizado em uma cirurgia de laparotomia, há a destruição mecânica dos tecidos presentes no local do procedimento. O acesso à cavidade peritoneal durante a laparoscopia é efetuado por meio de quatro pequenas incisões para colocação de quatro trocartes, um na região supra-umbilical, outro na região subxifóide e outros dois na mesma linha, um no hipocôndrio direito e outro no epigástrico, para que haja a apreensão e dissecação da vesícula e posterior hemostasia⁽¹¹⁾. Ao término da cirurgia, são realizados sutura do local e oclusão com quatro curativos na ferida cirúrgica.

Outros autores⁽³⁾ identificaram, em pacientes no pós-operatório imediato de diferentes cirurgias, o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, que esteve presente em 23 dos 28 pacientes avaliados (82,1%). Nesse estudo⁽³⁾, o procedimento cirúrgico foi o fator desencadeante do estabelecimento desse diagnóstico de enfermagem descrito.

O diagnóstico de **Percepção sensorial perturbada** foi identificado em 15 pacientes (100%). Tal fato pode ser justificado pelo uso de anestesia geral no período intra-operatório. Esse diagnóstico é definido como: "Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos."⁽⁷⁾ Os fatores relacionados, identificados nesses pacientes, foram recepção e transmissão sensorial alterada, e a característica definidora encontrada foi: padrões de comunicação alterados.

Devido à utilização de drogas anestésicas, os pacientes chegam ao centro de recuperação pós-anestésica ainda muito sonolentos e apresentando dificuldade para manter padrões de comunicação

adequados com a equipe que o assiste nesse momento. Os sinais de anestesia podem ser observados pela depressão do sistema circulatório e respiratório, diminuição do diâmetro pupilar (miose) e os globos oculares podem encontrar-se fixos e centralizados⁽¹²⁾. A dificuldade para apresentar abertura ocular espontânea e a diminuição do diâmetro pupilar foram observadas nos pacientes, no pós-operatório imediato de colecistectomia, assim que foram admitidos no centro de recuperação pós-anestésica, permanecendo nessa mesma condição por até uma hora.

Em estudo semelhante⁽⁴⁾, desenvolvido com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, o diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada esteve presente em 100% dos pacientes avaliados. Em outro estudo⁽³⁾, que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório imediato, o diagnóstico de Percepção sensorial perturbada esteve presente em 89,2% dos pacientes avaliados.

O diagnóstico de enfermagem **Hipotermia** é definido como: "Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais"⁽⁷⁾. Nesse estudo, nove pacientes (60%) apresentaram hipotermia, e os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram: medicamentos que causam vasodilatação, exposição a ambiente frio e incapacidade para tremer. As características definidoras encontradas foram redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais, tremor e piloereção. A hipotermia pós-operatória é definida como temperatura=35,5 °C e é um problema crescente nos centros de recuperação pós-anestésica⁽¹³⁾. Acredita-se que mais de 60% dos pacientes nessas unidades apresentam hipotermia⁽¹⁴⁾, e que alguns fatores podem aumentar o risco de o paciente apresentar no pós-operatório imediato essa manifestação como, por exemplo, ser do sexo feminino; baixa temperatura do ambiente, tanto da sala de operação como no centro de recuperação; uso de anestesia geral e utilização do dióxido de carbono para formação e manutenção do pneumoperitônio durante a realização de cirurgias de colecistectomia laparoscópica^(12,14).

A utilização de determinados anestésicos pode interferir na regulação da temperatura, uma vez que o centro regulador da temperatura no cérebro, o hipotálamo, é deprimido por algumas drogas utilizadas na anestesia geral, provocando a perda da

capacidade de vasoconstrição. A vasodilatação resultante possibilita um fluxo maior de sangue para a periferia, o que aumenta a perda de calor⁽¹²⁾. Além disso, a utilização de relaxantes musculares e narcóticos contribui para a perda da capacidade de o organismo produzir tremores e, conseqüentemente, ocasionar a piloereção⁽¹²⁾. Essa situação associada ao ambiente frio da sala de cirurgia e do centro de recuperação pós-anestésica, administração de infusões frias durante a cirurgia e à criação e manutenção do pneumoperitônio na cirurgia de colecistectomia, com a introdução de dióxido de carbono na cavidade abdominal, pelo fato de ser um gás frio, podem contribuir para o estabelecimento da condição de hipotermia^(3,6).

Na literatura, encontraram-se trabalhos que também identificaram o diagnóstico de enfermagem de hipotermia⁽³⁻⁵⁾ como uma das complicações mais freqüentes apresentadas por pacientes no período pós-operatório imediato após serem submetidos à anestesia geral.

Neste estudo, o diagnóstico de enfermagem **Risco para infecção** obteve 100% de freqüência nos pacientes investigados. É definido como: "Estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos"⁽⁷⁾. Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico foram: procedimentos invasivos, destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada, defesa primária inadequada (pele e tecido subcutâneo rompidos) e doença crônica.

A colecistectomia laparoscópica possui tempo operatório menor quando comparada à laparotomia, possibilitando um menor tempo de exposição do paciente e diminuição do seu tempo de permanência no hospital, no período pós-operatório, reduzindo, assim, complicações relacionadas à cicatrização da ferida cirúrgica como, por exemplo, a infecção⁽⁶⁾.

A cirurgia de colecistectomia laparoscópica é, na maioria das vezes, classificada como uma cirurgia limpa. Neste estudo, apenas um paciente apresentou presença de pus no interior da vesícula biliar, necessitando de medidas mais complexas para o tratamento de uma possível infecção. Preciso permanecer internado no hospital para uso de antibiótico endovenoso, permaneceu com dreno de Penrose em uma das feridas cirúrgicas, a fim de drenar o exsudato presente na cavidade abdominal, e o abdômen foi lavado com quantidade maior de soro fisiológico 0.9% antes do fechamento das incisões cirúrgicas.

Outros fatores de risco podem estar relacionados a esse diagnóstico de enfermagem como: invasão do local da incisão por microrganismos, procedimentos invasivos, uso de prótese, comprometimento das defesas hospedeiras, secundário a doenças crônicas, tabagismo, etilismo e obesidade⁽⁷⁾. Outro aspecto importante em relação ao risco para infecção está relacionado aos procedimentos invasivos de punções venosas, por meio de cateteres plásticos para a administração de fluidos.

A inserção do tubo endotraqueal durante o período trans-operatório é outro procedimento que merece ser destacado. O tubo endotraqueal atua como corpo estranho, traumatizando o epitélio, induzindo a resposta inflamatória, diminuindo a capacidade de transporte de muco, além de modificar a flora da cavidade oral, prejudicando a limpeza ciliar e o reflexo da tosse⁽¹⁵⁾.

A presença de doenças crônicas associadas ao ato cirúrgico favorece o risco de infecção⁽¹⁵⁾, ficando prejudicada a cicatrização da ferida cirúrgica em todas as fases. O paciente obeso também está mais susceptível à infecção, pois a baixa irrigação do local do tecido adiposo, associada ao trauma da parede abdominal e presença de maior área exposta à contaminação favorecem o desenvolvimento de infecção⁽¹⁵⁾. Neste estudo, cinco pacientes (33,3%) estavam acima do peso e manifestaram o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

Outros autores^(3,5) que avaliaram pacientes no período pós-operatório, também identificaram esse diagnóstico em sua clientela. Em estudo⁽³⁾ realizado em pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas variadas, o diagnóstico de risco para infecção esteve presente em 92,8% da amostra estudada. Em outro estudo⁽⁵⁾, que enfocou os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia ambulatorial, identificou-se a ocorrência desse mesmo diagnóstico em 100% dos pacientes avaliados.

O diagnóstico de enfermagem **Risco para aspiração** esteve presente em 15 (100%) dos pacientes avaliados neste estudo. Esse diagnóstico é definido pela NANDA⁽⁷⁾ como: "Estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas". Identificaram-se os seguintes fatores de risco associados a esse diagnóstico:

administração de medicamentos (drogas anestésicas que potencializam o vômito), nível de consciência reduzido e situações que impedem a elevação da parte superior do corpo (obesidade).

O uso de determinadas drogas na anestesia pode causar náusea e vômito, fato que aumenta o risco para aspiração. Esses agentes anestésicos atuam em nível de sistema nervoso central e podem provocar estimulação do centro do vômito na formação reticular lateral do bulbo⁽¹¹⁾.

A manipulação indelicada do paciente durante o transporte do centro cirúrgico para o Centro de recuperação pós-anestésica e alterações na sua posição durante o período de recuperação imediato também podem desencadear episódios de náusea e vômitos, pelo fato de as drogas anestésicas sensibilizarem o aparelho vestibular e o órgão do equilíbrio⁽⁶⁾. Outros possíveis fatores desencadeantes da ocorrência de náusea e vômito no pós-operatório de colecistectomia podem estar associados à presença do CO₂ na cavidade abdominal que aumenta o fluxo de sangue cerebral desencadeando a sua ocorrência⁽¹⁷⁾.

Estudo⁽²⁾ realizado com pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca identificou o diagnóstico de enfermagem Risco para aspiração em 17 (100%) dos sujeitos avaliados. O uso de agentes anestésicos, as situações que impedem a elevação da parte superior do corpo e o nível de consciência reduzida foram identificados nesse estudo como fatores de risco para esse diagnóstico de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem **Risco para função respiratória alterada** esteve presente em 12 pacientes (80%) dos 15 avaliados neste estudo. É definido como "Estado em que o indivíduo está em risco de apresentar uma ameaça a passagem de ar por meio do trato respiratório e a troca de gases (O₂ - CO₂) entre os pulmões e o sistema vascular"⁽¹⁾.

A utilização de anestésico é o possível fator que pode alterar a função respiratória nos pacientes submetidos à colecistectomia, pois provoca, na

maioria das vezes, efeitos depressores do sistema respiratório. Dependendo da droga e da dosagem utilizada na anestesia, as alterações respiratórias podem ocorrer com maior ou menor intensidade a partir do momento em que a droga foi administrada até vários dias após a intervenção cirúrgica⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foram identificados nove diferentes diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, sendo cinco do tipo real e quatro de risco: Integridade tissular prejudicada (100%), Risco para infecção (100%), Percepção sensorial perturbada (100%), Risco para aspiração (100%), Risco para função respiratória alterada (80%), Hipotermia (60%), Risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e Dor aguda (26,7%). Esses diagnósticos foram analisados, considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco (de acordo com o tipo de diagnóstico) e os fatores associados à cirurgia de colecistectomia por vídeo laparoscopia.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica possibilita aos enfermeiros que atuam nos centros de recuperação pós-anestésica, planejar individualmente o cuidado prestado a essa clientela.

Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem nessa clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. Assim, este estudo fornece uma base para a implementação do processo de enfermagem ao paciente em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
2. Galdeano LE. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

3. Rossi LA, Torрати FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnóstico de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev Esc Enfermagem USP 2000 junho; 34(2): 54-64.
4. Fontes CMB, Cruz, DALM. Cleft lip and palate: pre and postoperative nursing diagnoses. In: Rantz MJ, LeMone P, editors. Classification on Nursing Diagnoses: Proceedings of the Fourteen Conference of the North American Nursing Diagnoses. Columbia: NANDA; 2002. p. 106-10.

5. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 setembro-outubro; 11(5):630-7.
6. Sabiston DCJ. Sabiston: tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 16ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): Edusp; 1979.
9. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
10. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Kenney JW. *Nursing process: conceptual models*. St. Louis: Mosby; 1990. p. 132-57.
11. Pinotti WH, Domene CE, Volpe P, Santo MA, Onari P. Formação do cirurgião em cirurgia laparoscópica do aparelho digestivo. Experiência de 1.818 intervenções sem acidentes e sem mortalidade. *Rev Assoc Med Bras* 1999 setembro-dezembro; 45(4):337-41.
12. Hardman JG, Limbird LE, editores. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): McGraw-Hill; 2003.
13. Connor E, Wren KR. Detrimental effects of hypothermia: A systems analysis. *J Perianesth Nurs* 2000 June; 15:151-5.
14. Porto CC. *Semiologia médica*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
15. Fernandes AT, editor. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
16. Nelson TP. Postoperative nausea and vomiting: understanding the enigma. *J Perianesth Nurs* 2002 June; 1:178-87.
17. Nursal TZ, Yildirim S, Tarim A, Noyan T, Poyraz P, Tuna N, Haberal M. Effect of drainage on postoperative nausea, vomiting, and pain after laparoscopic cholecystectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2003 April; 388:95-100.