
**CUIDADOS INTENSIVOS NO PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA
INTENSIVE CARE IN THE IMMEDIATE
POSTOPERATIVE BARIATRIC SURGERY**

FABIANA APARECIDA NIBI¹
CRISTINA OSTI²

RESUMO: A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo aumento de peso corporal, devido ao acúmulo excessivo de tecido adiposo, considerada epidemia e afeta mais 300 milhões de pessoas em todo mundo. A intervenção cirúrgica é o melhor tratamento, pois é o único método que em longo prazo trás resultados significantes no tratamento melhorando a qualidade de vida e a sobrevida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial. A cirurgia bariátrica é considerada uma intervenção de grande porte significando que o paciente não está isento das complicações inerentes do pós- operatório com mortalidade é de 2%. O objetivo do estudo foi identificar os principais cuidados intensivos em pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, durante o Período Pós-Operatório Imediato, garantido ao paciente uma assistência integral, com qualidade livre de complicações. A metodologia trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, método ao levantamento de relevância científica, já publicada. Obteve-se uma amostra de 19 artigos científicos baseada nos seguintes critérios de inclusão: estudos obtidos na íntegra, em português, publicado no período de 2000 a 2011. O enfermeiro deve proporcionar cuidado intensivo ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, buscando prestar uma assistência integral, individualizada e sistematizada, objetivando uma recuperação livre de complicações causadas pela imobilização no pós-operatório.

Palavras-chave: obesidade, cuidados intensivos, cirurgia bariátrica, gastroplastia e pós- operatório imediato.

¹Aluna do curso de pós-graduação em UTI da Faculdade de Uningá. Rua Cyro Leão, 291, COHAB 1, CEP: 18605-210. Botucatu, São Paulo- Brasil. fabiananibi@hotmail.com

²Professora Orientadora Mestre em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina – Campus de Botucatu

ABSTRACT: Obesity is a chronic disease characterized by increased body weight due to excessive accumulation of adipose tissue, considered epidemic and affects over 300 million people worldwide. The surgical intervention is the best treatment for it is the only method that results in significant long-term back treatment improving survival and quality of life, solving problems of physical and psychosocial. Bariatric surgery is considered an intervention large meaning that the patient is not free of complications associated with postoperative mortality is 2%. The aim of the study was to identify the main intensive care in patients undergoing bariatric surgery during the Postoperative Period Immediate, guaranteed comprehensive care to patients with quality free of complications. The methodology it is a literature review of qualitative method, the survey of scientific relevance, already published. Obtained a sample 19 papers based on the following inclusion criteria: studies obtained in full, in Portuguese, published from 2000 to 2011. Nurses should provide intensive care to patients in the immediate postoperative bariatric surgery, seeking to provide comprehensive care, individualized and systematic, aiming to recover free of complications caused by postoperative immobilization.

Key-words: obesity, intensive care, bariatric surgery, bariatric and post-operatively.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo aumento do peso corporal, devido ao acúmulo excessivo de tecido adiposo, considerado uma epidemia e afeta mais 300 milhões de pessoas em todo mundo (ANDERI et al., 2007). Os fatores que desencadeiam a obesidade podem ser devido as alterações endócrinas, metabólicas, genéticas, ambientais, psicológicas, mas os principais fatores que levam ao aumento do peso é a mudança dos hábitos alimentares, onde ocorrem o desequilíbrio entre ingesta e gasto energético. Sendo considerado um problema de saúde pública afeta todas as idades e grupos sociais. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamento de saúde em vários países do mundo estejam relacionados a obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) obesidade é baseado no índice de massa corporal (IMC), assim considera que o IMC encontra-se acima de 30 kg/m².

Quanto a gravidade, são classificados em três níveis: sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. O sobrepeso ou grau I o IMC está entre

30 e 34,9 kg/m², obesidade ou grau II quando o IMC está entre 35 e 36,9 kg/m² e obesidade mórbida ou grau III quando o IMC ultrapassa 40 kg/m² (FANDIÑO et al., 2004).

A obesidade está relacionada em ambos os sexos, sendo que a prevalência em mulheres adultas dos Estados Unidos é de 33,4%, enquanto a mesma taxa para os homens é de 27,5%. Neste mesmo país, o índice de obesidade mórbida ou grau III é de 4,7%, enquanto no Brasil, essa porcentagem é de 0,5% a 1% da população adulta. No Brasil a prevalência em mulheres é de 12,4% e de homens 7% (MOOCKE et al., 2010).

Os candidatos indicados para a realização da cirurgia bariátrica são os pacientes que estão em obesidade mórbida, que não conseguiram perder peso com outros processos terapêutico e apresentam IMC maior que 40 kg/m² ou IMC maior que 35 kg/m² associado a comorbidade (hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, dislipidemia, colicistopatia calculosa, problemas osteoarticulares. Porém em algumas condições são contra- indicadas a cirurgia como: distúrbios psiquiátricos, ou outras patologias que contra- indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatia, pneumopatia, insuficiência renal crônica e outras) (SANCHES et al., 2007).

A obesidade mórbida representa risco iminente à vida, devendo então ser tratada rapidamente. A intervenção cirurgia é o melhor tratamento, pois é o único método a longo prazo que traz resultados significantes no tratamento, melhorando a qualidade de vida, como também o tempo de vida do obeso, resolvendo os problemas de ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta (COSTA et al., 2009).

Gastroplastia

É um processo cirúrgico que reduz o volume de ingesta total do paciente (com restrição mecânica gástrica provocando sensação da saciedade precoce) e/ou absorção total ou seletiva do conteúdo alimentar ingerido (FERNANDES et al., 2001).

Esse procedimento não significa remover o tecido adiposo por sucção ou excisão, visa reduzir o reservatório gástrico, diminuindo assim a sua capacidade, associando ou não métodos que provocam diminuição na absorção dos nutrientes (BRUNNER et al., 2002).

Técnicas cirúrgicas:

- Restritivas;
- Disabsortivas;
- Cirurgia combinadas.

Técnica restritiva

A técnica restritiva é aquela que determina a quantidade de alimentos ingeridos pelo paciente, pode ser: a gastroplastia vertical com bandagem, foi desenvolvida em 1982 por Mason, que consiste clampar uma porção do estômago através de uma sutura, Resultando em diminuição importante do reservatório gástrico. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento "pequeno estômago". Este procedimento apresenta uma alta incidência de recidiva após 10 anos, motivo pelo qual vem sendo abandonada mundialmente (SEGAL; FANDIÑO, 2002). E a Lap Band que é uma cirurgia recente, que consiste na implantação de uma banda regulável na porção superior do estômago, o princípio da cirurgia é semelhante a cirurgia de Mason, porém feita por videolaparoscopia.

Técnica disabsortiva

A técnica disabsortiva ou derivação biliopancreática chamada de Scopinaro: é a técnica cirúrgica que modifica a anatomia do trato digestivo impedindo absorção de grande parte do alimento consumido, porém ela não restringe a quantidade do mesmo, já que não há diminuição significativa do estômago, ocorre um grande desvio de alimento, que vai para o intestino grosso sem ser absorvido.

Técnica combinada

As técnicas combinadas ou gastroplastia vertical com by/ pass em y de Roux, denominada Capella ou Fobi- Capella: são procedimentos realizados a partir da combinação das técnicas restritivas e disabsortivas. Esta cirurgia está sendo a mais utilizada pelos cirurgiões, por sua morbimortalidade e eficácia, limitando quantidade de alimentos ingeridos, quanto a parte de absorção do mesmo (LEMOS, 2006).

Segundo a Sociedade Espanhola de Cirurgia da Obesidade (2006), os risco de complicações, são operatórios, pós-operatório e a longo prazo. Toda cirurgia de bariátrica é considerada uma intervenção grande porte, significando que o paciente não está isentos das complicações. O risco da mortalidade é de 1-2%.

A finalidade deste estudo é identificar as principais complicações no pós- operatório imediato de cirurgia bariátrica e os cuidados intensivos para prevenção destas complicações.

OBJETIVOS

Identificar os cuidados intensivos em pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, durante o Período Pós- Operatório Imediato, mensurar qualitativamente a qualidade de vida e suas complicações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, método que diz respeito ao levantamento de relevância científica, já publicada, servindo de embasamento para investigação referente ao estudo proposto.

Essa revisão trata-se de uma produção científica brasileira sobre cuidados intensivos no pós- operatório imediato de cirurgia bariátrica. As palavras chaves na estratégia de busca foram obesidade, cuidados intensivos, cirurgia bariátrica, gastroplastia e pós-operatório imediato.

A busca dos artigos científicos foi realizada por meio de consulta ao site do SCIELO (Scientific Electronic Library Oline), LILACS/BIREME (Leitura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e livros (Biblioteca da Universidade Pública). Obteve-se uma amostra de 19 artigos científicos baseada nos seguintes critérios de seleção: estudos obtidos na íntegra, em português, publicados no período de 2000 a 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da revisão da literatura, análise dos resultados foi apresentado de forma a conhecer os cuidados intensivos no período pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, onde a assistência de enfermagem está voltada para os cuidados das possíveis complicações causadas pela imobilização no pós- operatório. Estes cuidados desempenham um papel decisivo na chance de sobrevivência dos pacientes que estão gravemente doentes ou foram submetidos a cirurgia de grande porte. O objetivo da UTI é recuperar ou manter as funções fisiológicas do paciente.

A complicação mais comum em um pós-operatório imediato de bariátrica é a infecção da ferida, que ocorre devido ao suprimento inadequado de tecido adiposo, e outros fatores que contribuem para infecção são: excesso de umidade na pele, acúmulo de bactéria nas dobras cutâneas próximo a ferida e deiscência da sutura. Mas um dos maiores riscos de complicações que um paciente com obesidade mórbida pode apresentar, são as complicações causadas devido a imobilização no pós-operatório, que são: trombose venosa profunda (TVP), trombo embolismo pulmonar (TEP), insuficiência respiratória, e integridade cutânea prejudicada (úlceras de pressão) (APPOLIMARIO et al., 2006).

Outra complicação é a rabdomiólise que é rara no pós-operatório de bariátrica, causada pela compressão prolongada dos músculos durante a cirurgia. Os fatores de risco são o tempo de cirurgia e a posição do paciente durante a cirurgia (SANCHES et al., 2007).

Segundo Barth e Jenson, 2006, está sendo muito comum os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica serem admitido na Unidade de Terapia Intensiva para fazer o pós-operatório, devido apresentarem comorbidades como apnéia do sono, asma, congestão cardíaca, os cuidados intensivos estão voltados para o cuidado com vias aéreas, respiração e circulação e além dos cuidados individualizados.

Fisiopatologia do Sistema Respiratório

O paciente com obesidade mórbida geralmente apresenta doença pulmonar restritiva devido ao maior volume de sangue pulmonar e a espessura da parede torácica, onde há resistências nas vias aéreas superiores, posição anormal do diafragma e aumento na produção de CO₂ (SANCHES, 2007).

A cirurgia apresenta alteração tóraco-abdominais por dor ou inibição reflexa devido a incisão ser realizada acima da cicatriz umbilical, onde a incidência das complicações pulmonares são maiores do que as incisões realizadas abaixo da cicatriz. Isso ocorre pela perda da integridade da musculatura abdominal e a diminuição da força de contração (DELGADO et al., 2011).

Esses pacientes por apresentarem aumento de gordura na cavidade abdominal, apresenta diminuição da complacência da parede torácica e redução dos volumes pulmonares, onde ocorre a diminuição da expansibilidade torácica e tendência ao aparecimento da hipoventilação (FEITOSA, 2010).

As complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia bariátrica são a pneumonia, a atelectasia, infecção traqueobrônquica,

insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica e/ou intubação orotraqueal prolongadas e broncoespasmo.

A ocorrência destas complicações está relacionada a fatores de risco pré-operatório, que são: a idade avançada, presença de doença pulmonar previa ou outra doença clínica, tabagismo, desnutrição tipo de anestesia, tempo cirúrgico e técnica cirúrgica empregada, valores espirométrico anormal, capacidade diminuída ao exercício e tempo de internação pré-operatória prolongada (PAISANI et al., 2005).

Cuidados intensivos

Segundo Cruz (2002), o enfermeiro que atua na unidade de tratamento intensivo, desempenha funções de grande responsabilidade dentro da equipe multiprofissional, devendo estar atento a todos os sinais que possam indicar possíveis anormalidades, visando evitar que ocorra iatrogenia e/ou retorno do paciente ao centro cirúrgico.

A conduta do enfermeiro deve estar relacionada com a promoção da saúde e prevenção dos agravos, danos e suas ações voltados para resolução de problemas, que podem ser visualizadas mediante a uma assistência integral.

Os cuidados intensivos descritos a seguir, são baseados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde serão feitos o diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de Enfermagem. Essa assistência prestada ao paciente tem como objetivo de garantir atendimento avaliando a necessidade individual de cada um.

Diagnóstico de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz, caracterizado pelo uso da musculatura acessória para respirar, relacionado a obesidade.

Prescrição de Enfermagem:

Os cuidados intensivos a serem prestados nestas complicações são a fisioterapia pulmonar por pressão positiva (CPAP) que tem a função de restaurar a capacidade funcional residual, aumentando a oxigenação. Além da fisioterapia pulmonar a posição fowler 45% ajuda a melhorar a respiração, pois mantém nesta posição ocorre o aumento da pressão arterial de oxigênio (PAO₂), volume corrente (VC) e redução na frequência respiratória (SANCHES et al., 2007).

- Deve-se também observar a mudança na coloração da pele e mucosas, qualquer alteração da cor pode indicar diminuição das

funções pulmonares causando redução dos níveis de oxigênio no sangue;

- Monitorizar a saturação de oxigênio no sangue através de oximetria de pulso;
- Realizar ausculta pulmonar a fim de verificar as condições de ruídos respiratório;
- Estimular o paciente a tossir e inspirar profundamente, pois a tosse ajuda na expectoração e a inspiração favorece a troca gasosa;
- Observar a coloração e a característica das secreções pulmonares;
- Incentivar o paciente a realizar exercícios com respiron;
- Ensinar o paciente a colocar o travesseiro sob o abdome para tossir, isso ajuda a proporcionar conforto ao paciente;
- Estimular mudança de decúbito.

Sistema circulatório

A obesidade com IMC > 40 Kg/m² é um fator de risco para eventos trombóticos, tendo como causa trombose venosa profunda (TVP) que são trombos localizados no sistema venoso profundo, as veias acometidas são as dos MMII (ilíacas e femorais) e o trombo embolismo pulmonar (TEP) que é a principal complicação, onde consiste na obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, com diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada, ocorrem em cerca de 2% a 4% dos pacientes que submeteram a cirurgia disabsortivas, com mortalidade de 25% a 67% dos que desenvolvem embolia pulmonar (SANCHES et al., 2007; ALVARES et al., 2003).

Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade no leito prejudicada, caracterizada pela capacidade prejudicada para virar- se de um lado para outro, relacionado a obesidade.

Prescrição de Enfermagem

- Monitorizar sinais vitais (SSVV) h/h nas primeiras 4h, se caso esteja estáveis verificar de 4/4h ou conforme a rotina, observar temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial, tem como objetivo identificar as condições de saúde do paciente;

- Usar manguito de acordo com a circunferência do braço para prevenir a falsa leitura pressórica;
- Em caso de TEP, instalar oxigênio suplementar e monitorizar gasometria arterial;
- Administrar terapia anticoagulante conforme a prescrição médica;
- Utilizar meias elásticas e estimular a flexão e extensão dos pés, isto ajuda a facilitar o retorno venoso e prevenir as complicações como TVP e TEP;
- Realizar rodízio subcutâneo quando for administrar terapia anticoagulante, isto reduz hematoma, dor, reação inflamatória e necrose tecidual;
- Atentar a sinais de trombose, que estão relacionados a dor na região de dorso flexão dos pés, que ocorre devido a circulação insuficiente.

CONCLUSÃO

O enfermeiro deve proporcionar um cuidado intensivo ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica, buscando prestar uma assistência integral, individualizada e sistematizada, com o objetivo de garantir uma recuperação livre de complicações causadas pela imobilização no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- ALVARES, F. et al. Tromboembolismo pulmonar: diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 214, abr/dez. 2003.
- ANDER JUNIOR, E. et al. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq Med ABC** v. 32, n. 1, 2007.
- BARTH, M.M., JEFERSON, C.E. Postoperative Nursing care of Gastric Bypass patients. **American Journal of Critical Care**, v.15, n. 4, jun., 2006.
- BRUNNER, S.C.; SUDDARTH, B.G. **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 9 ed., 2002.
- BULCHWALD, H, WILLIAMS, SE. Bariatric Surgery Worldwide, 2003. **Obes Surg**. v. 14, n. 9, p. 1157- 64, 2004.

COSTA, A.C.C. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm** v. 22, n. 1, p. 55-9, 2009.

CRUZ, J. **Neuro Intesivismo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. V.12

DELGADO, P.M.; LUNARDI, A.C. Complicações respiratória pós-operatórias em cirurgia bariátrica: revisão de literatura. **Fisioter Pesqui** v.18, n. 4, oct./dec.2011.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos- cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul** v.26, n. 1, p. 47, jan./apr, 2004.

FEITOSA, P.H.R. Complicações respiratória da obesidade. **Brasília Med** v. 47, n. 1, 2010.

FERNANDES, L.C.; PUCCA, L.; MATOS, D. **Tratamento cirúrgico da obesidade**. Jornal Brasileiro de Medicina, pág.44-49, 2001.

LEMOS, M.C.M. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/ PR. **Arq Ciênc Saúde Unimar**, Umuarama, v.10, n.3, p. 155-63, set/dez. 2006.

MOOCK, M. et al. O impacto da obesidade no tratamento intensivo e adulto. **Rev Bras Ter Intensiva** v. 22, n. 2, p. 134, apr./june, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAISANI, D.M.; CHIAVEGATO, L.D.; FARESIN, S.M. Volumes e capacidades Pulmonares e Força Muscular Respiratória no pós-operatório de Gastroplastia. **Artigo Original**, São Paulo, p.125-132, fev., 2005.

SANCHES, D.G. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Bras Ter Intensivo** v. 19, n. 2, p. 206, apr./june, 2007.

SEGAL, A.; FANDIÑO J. Indicações e contra indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr** São Paulo v. 24, supl 3, dez., 2002.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CIRURGIA DE OBESIDADE. Disponível em: <[http:// www.seco.org /razonesyriesgos.php?op=5](http://www.seco.org/razonesyriesgos.php?op=5)>. Acesso em 03/12/04.

Enviado em: maio de 2013

Revisado e Aceito: julho de 2013