

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FRATURA DE ACETÁBULO

RODRIGUES, Juliana Baptista¹; GARLET, Marta Somavilla²; MARURI, Anai Roiani Silva³; SEVERO, Danusa⁴
Universidade Federal de Pelotas

¹Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas
Rodrigues.b_juliana@yahoo.com.br

²Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas
marthagarlet@hotmail.com

³Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas
Hanay_maruri@hotmail.com

⁴Mestranda em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Cardiologia, Licenciatura em Enfermagem, Pós-graduanda em Estratégia em saúde da família. Professora substituta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
danusa.enf@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O acetábulo é descrito como uma estrutura ovalada, hemisférica, localizada no centro do triângulo suportado pelo ílio, pelo púbis e pelo ísquio. Esses três ossos contribuem com diferentes porções da superfície articular em contato com a cabeça femoral. O domo, ou área de apoio da cabeça femoral, é o local crítico do acetábulo. As fraturas acetabulares podem ocorrer em parede posterior, coluna posterior, parede anterior e coluna anterior, fraturas transversas, em forma de T, como também podem estar associadas, assim são classificadas para fornecer orientações quanto ao tratamento e determinar de forma genérica o prognóstico. Dentre elas a mais comum é da parede posterior, representando 18% a 33% das fraturas acetabulares (HEBERT et al, 2009). As juntas das articulações são revestidas em toda a sua extensa por cartilagem hialina (cartilagem articular); as articulações mantêm-se juntas enquanto permitem que o corpo se movimente. Quando ocorre a luxação as superfícies dos ossos não mais se encontram em contato anatômico e pode estar associada a dor, deformidade, alteração do comprimento do membro, ocorrendo perdas funcionais importantes como, disfunção das estruturas adjacentes, envolvidas ou suportadas por ela não podendo os ossos e os músculos atuarem de forma adequada (DANGELO, 2002). A fratura ou fratura-luxação do acetábulo real produzida depende da magnitude da força causadora, frequentemente ocasionada por acidentes automobilísticos, ou seja, trauma indireto via fêmur onde a força inicial é em uma ou mais articulações ou quando a cabeça do fêmur é empurrada para dentro do acetábulo. A mesma, também depende da resistência do osso, da posição da cabeça femoral no momento do impacto levando a alteração do quadril (CISILIO et al, 2007). As formas de tratamento mais utilizadas são o conservador e o cirúrgico. O tratamento conservador não é atualmente a opção mais usada, mas com o paciente sem tração a cabeça do fêmur deve permanecer ainda congruente ao acetábulo e as medidas dos arcos anterior, posterior e medial devem ter valor maior do que 45º, abaixo desse ângulo ele não ficará reduzido ao acetábulo. Também pode ser usada a redução incruenta e tração contínua que, pode ser usada desde que a redução seja mantida e a tração deve ser supracondilar, no fêmur, e excepcionalmente, na região trocantérica. Já o tratamento cirúrgico exige em primeiro lugar, avaliação específica da fratura, que inclui aspectos relativos as suas

características, do paciente e da equipe cirúrgica, além da classificação é importante definir aspectos como, condições da área de apoio, grau de desvio, presença de luxação, fratura da cabeça femoral fratura-luxação da pelve e dos membros inferiores, exposição da fratura e lesões viscerais neurais ou vasculares (HEBERT et al, 2009). Um dos problemas enfrentados pelos pacientes traumatizados é o surgimento de úlceras de pressão que são formadas devido a imobilidade no leito. São definidas como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo freqüentemente localizada na região das proeminências ósseas (MEDEIROS, 2008). Nesse contexto, o Enfermeiro que atende o paciente traumatizado deve ter uma visão global do mesmo, compreender sua condição real e estar atento às complicações que podem advir (procurando preveni-las), auxiliar o cliente em suas dificuldades, proporcionando conforto, avaliar seu estado neurovascular e motivá-lo a perceber que no decorrer de sua reabilitação deve considerar os cuidados prescrito de repouso e imobilidade do membro afetado. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o instrumento que norteia as ações de enfermagem, devendo ser inserida na prática do enfermeiro. Ela é uma abordagem deliberada para a resolução de problemas de modo a atender às necessidades do paciente e envolve os seguintes passos: entrevista que são os dados proferidos pelo paciente, exame físico utilizado para subsidiar a assistência de enfermagem, avaliação através dos diagnósticos que proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem, planejamento de cuidados e sua implementação que permite que o enfermeiro determine a resposta deste paciente ao plano proposto (BRUNNER, 2007). Portanto, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência sobre a aplicação da SAE nos cuidados ao paciente com fratura de acetábulo.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação da SAE nos cuidados ao paciente traumatizado e análise dos resultados dos planos propostos a essa cliente, na modalidade de estudo de caso clínico (GALDEANO, 2003). Este estudo foi realizado durante o estágio de vivências para os acadêmicos de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital geral no município de pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. O paciente autorizou o estudo e divulgação de informações, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Para operacionalizar o trabalho, utilizou-se um roteiro guia de SAE que está implantado na unidade de realização do estágio.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Histórico e Exame Físico: Paciente I.M.S, 57 anos, sexo feminino, caucasiana, aposentada, natural de Canguçu, atualmente reside em Pelotas com os filhos em área urbana. Diz ser hipertensa e diabética não sabendo informar quanto ao tempo que é portadora destas patologias. Relatou o acidente automobilístico que sofreu no dia 15 de julho de 2011, sendo lançada contra o painel do veículo e chocando a cabeça ao retrovisor, estando sem o sinto de segurança. Atendeu ao estímulo verbal do socorrista sentindo fortes dores no MIE que estava mais curto que o MID. Foi, então, encaminhada ao Pronto-Socorro de Pelotas e, posteriormente, ao hospital geral onde permaneceu internada. Ao exame físico: paciente restrita ao leito, orientada, comunicativa, couro cabeludo íntegro, apresentando escoriações em região occipitofrontal, pupilas isocóricas, mucosas oculares úmidas e coradas,

cavidade oral e arcada dentária íntegra, sem gânglios cervicais palpáveis, ausculta cardíaca com presença de bulhas em dois tempos com ritmo regular, normofonéticas, ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares, ruídos hidroaéreos presentes, abdome flácido e indolor à palpação, turgor cutâneo preservado, extremidades aquecidas e perfundidas menor de 2 segundos, presença de acesso venoso periférico em antebraço do MSD, leve edema em Membro superiores e inferiores no tornozelo e dorso do pé. Presença de tração transcutânea em MIE. Hiperemia em região sacro-coccígea e calcâneo. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 120x80 mmHg, pulso: 81 bpm, Frequências Respiratória: 16 mpm, Temperatura Axilar: 36,9°C.

3.2 Diagnósticos de Enfermagem: Com base no histórico do paciente, no estudo da patologia, no tratamento utilizado e nas queixas do mesmo, por meio da aplicação da SAE realizamos um levantamento de problemas de enfermagem juntamente com os devidos diagnósticos para após ser realizado um plano de cuidados. Os quais estão descritos abaixo:

1.0 - Risco para disfunção neurovascular periférica. 1.1 - Avaliar o membro afetado quanto a coloração e temperatura. 1.2 ouvir as queixas do paciente quanto a pressão no membro com tração. 1.3 avaliar sensações de parestesia no membro 1.4 observar perfusão capilar. 2.0 - Risco para Síndrome por Desuso relacionado à imobilização. 2.1 - Estimular as mudanças de decúbito apenas com moderados movimentos e conforme tolerado pelo paciente, colchões de ar, de espuma piramidal, uso de coxins (almofadas), orientá-lo a usar roupas pessoais de tecido macio, prender os lençóis nos ângulos do colchão para se evitar o enrugamento e deslizamento o que contribui para aumentar o atrito com a pele, não utilizar forros plásticos sob os lençóis que aumentam a temperatura e dificultam a absorção de umidade e para higiene sugerir sabonete de glicerina. 2.2 realizar exercícios passivos das articulações que não estão imobilizadas. 3.0- Dor aguda relacionada ao distúrbio musculoesquelético. 3.1- Administrar analgésicos conforme a prescrição médica. 3.2 avaliar a dor junto ao paciente pedindo que a descreva e a pontue de 0 a 10 conforme considere o nível. 3.3 realizar manobras que aliviem a dor 3.4 aplicar modalidades de calor ou frio conforme a prescrição. 4.0- Risco de troca de gases prejudicada relacionada à imobilidade e aos êmbolos pulmonares ou gordurosos potenciais. 4.1 – Ensinar o paciente a realizar exercícios de respiração profunda cinco por hora a fim evitar o acúmulo de secreções. 4.2 avaliar alterações no estado mental (agitação, confusão, irritabilidade e desorientação) pode ser sinal de hipóxia que pode ser melhor avaliada com gasometria arterial. 5.0 – Ansiedade relacionada a espera e desconhecimento dos procedimentos a serem realizados. 5.1- Motivar o paciente a relatar seus medos e apreensões. 5.2 Esclarecer suas dúvidas com linguagem simples e clara 5.3 motivá-la a realizar exercícios de respiração profunda e desvio de pensamentos em momentos de apreensão e ansiedade (CARPENITO-MOYET, 2008). Este plano de cuidados foi realizado para prestar uma melhor assistência ao paciente, a fim de melhorar a qualidade de vida do mesmo, além de diminuir sua dor devido a cirurgia e possibilitar a retomada de sua vida de uma forma mais digna ao lado da família e dos amigos.

3.3 Evolução do paciente na internação: Refere sonolência, sem queixas álgicas, nega náuseas e vômito, aceitando bem alimentação, diurese espontânea, eliminações intestinais ausentes há três dias, refere prurido na pele, estar ansiosa pela espera da conduta médica, quanto aos procedimentos que será submetida e seu real estado de saúde. Em relação aos exames diagnósticos: hemograma não apresenta alterações, exame de glicose apresentando hiperglicemia, exame

qualitativo de urina com presença de glicose e sangue, bacteriúria moderada. Microbiologia de urina – UCT não houve crescimento bacteriano da cultura. Raio x (conforme laudo médico): pelves apresentando indefinição do contorno medial da cabeça femoral esquerda, demais aspectos osteoarticulares preservados.

4 CONCLUSÃO

Durante a realização do cuidado buscou-se promover uma assistência humanizada à cliente, a qual se encontrava ansiosa pelo desconhecimento de seu real estado de saúde e receosa quanto aos procedimentos que iria ser submetida, além do déficit de conhecimento a cerca dos cuidados com a tração e prevenção das úlceras de pressão que já demonstravam sinais de desenvolvimento. A partir disso obtivemos como resultado, mediante aplicação da SAE, uma cliente melhor informada, mais tranquila e motivada quanto à terapêutica; ou seja, a mesma já demonstrava entendimento da prática dos exercícios a serem realizados para prevenção de complicações, estando determinada a contribuir para sua reabilitação e na medida do possível ativa no seu auto cuidado.

5 REFERÊNCIAS

CARPENITO MOYET, L.J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. Porto Alegre Artmed, 2008.

CISILIO, M; F. SILVA; J. CARREIRA, A; B. **Efeitos de um Protocolo Fisioterapêutico no de pós operatório de Fratura da asa do íliaco e parede posterior do acetábulo com luxação**. Campos dos Goytacazes RJ, 2007.

Acessado em: ago. 2011. Disponível em:

<http://www.isecensa.edu.br/repositorio/fck/file/Efeitos%20de%20um%20Protocolo%20Fisioterap%C3%AAAutico%20no%20de%20p%C3%B3s%20operat%C3%B3rio%20de%20Fratura.pdf>

DANGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana básica**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

GALDEANO, L. E, R.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.11, n. 3, p. 371-375, maio-junho, 2003.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros**. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009. Acessado em: ago. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000100029&script=sci_arttext&tlng=es

NETTINA, Sandra. BRUNNER : **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

HEBERT, S.; FILHO, T.E.P.B; XAVIER, R.; PARDINI, A. G. & ET AL. **Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas – 4ª Ed.**, Porto Alegre: Artmed, 2009.