

INTERCORRÊNCIAS E CUIDADOS PRESTADOS EM PACIENTES PÓS ANESTESIA
RAQUIDIANA

ZANELLA, Gabriela Zmieski
Acadêmica Enfermagem - Universidade do Oeste de Santa Catarina-Xanxerê

POMPERMAIER, Charlene
Professora - Universidade do Oeste de Santa Catarina-Xanxerê

SALVI, Elenir Salete Frozza
Professora orientadora - Universidade do Oeste de Santa Catarina-Xanxerê

RESUMO

O período pós anestésico inicia-se na Sala de Recuperação Pós-Anestésico, onde seus sinais vitais são estabilizados e suas funções cognitivas e sensitivas são retomadas, um período muito importante pois a maioria das intercorrências correm nas primeiras 24 horas, com mais intensidade no primeiro momento. Na primeira hora os sinais vitais são monitorizados eletronicamente e anotados de 15 em 15 minutos, sendo comparados com os sinais registrados durante o ato cirúrgico. Também é nessa sala que são realizadas os primeiros analgésicos e avaliado sangramentos, diurese e drenos, pois qualquer alteração da normalidade o médico anestesista está próximo para ser comunicado de qualquer intercorrência. Somente após a alta do anestesista o paciente pode ser liberado da sala.

Durante o estágio no centro cirúrgico realizado em um hospital do oeste catarinense, observei o ato cirúrgico, a condução da cirurgia, as atribuições do enfermeiro e após o procedimento o recebimento e cuidados prestados

na Sala de Recuperação Pós-Anestésico (SRPA). O período de pós-operatório que inclui a recuperação pós-anestésica e estabilização, logo inicia-se após a cirurgia e o principal papel da enfermagem é a monitorização do paciente, atenção a possíveis intercorrências ou complicações.

A preocupação com a segurança do paciente cirúrgico é discutida antes mesmo da técnica anestésica, em 1801 em Newcastle já se planejou um local ao lado das salas de cirurgia para que os pacientes pudessem ser observados (POPOV, 2009 p.954).

A atuação da enfermagem é reconhecer alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes, planejar e implementar cuidados específicos que prevenissem complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico. Este relato de experiência tem como objetivo reconhecer os cuidados necessários aos pacientes na SRPA após anestesia raquidiana e possíveis intercorrências desde o período da chegada até a alta da SRPA, e ainda as principais medidas e intervenções prescritas e realizadas pela equipe de enfermagem.

Durante o período de estágio a raquianestesia foi comumente utilizada em partos cesáreos. A anestesia raquidiana consiste em um anestésico local injetado dentro do espaço aracnóide na coluna espinhal, neste tipo de anestesia há bloqueio sensitivo e motor distal ao nível do bloqueio, o paciente se mantém acordado, mas é possível utilizar um sedativo em concomitância. Na recuperação o paciente fica por algum tempo após a cirurgia com bloqueio motor e sensitivo, o retorno da sensibilidade pode ser testado com a mão, com uma pequena pressão ou beliscadas leves nos membros inferiores. Foi possível notar nas pacientes em Pós-operatório que a função motora voltou lentamente após o procedimento (OLIVEIRA,2016).

O anestesista realiza a prescrição ainda no centro cirúrgico e a passagem do paciente até a maca de transporte bem como a ida até a SRPA costuma ser realizada pelo circulante da sala e durante o estágio com o auxílio dos acadêmicos. O transporte do paciente ao SRPA é de responsabilidade do anestesista e/ou cirurgião junto com o enfermeiro. É de responsabilidade do médico necessário passar a equipe da recuperação

os cuidados específicos, bem como drogas usadas e efeito residuais esperados como sangramento, drenagem ou balanço hídrico (OLIVEIRA, 2016, p.214).

Após o paciente chegar a SRPA, deve-se iniciar a motorização eletrônica verificando a PA (pressão arterial), a temperatura, saturação (SPO2) e a frequência cardíaca e respiratória, em diabéticos a glicemia capilar, utilizada para a detecção precoce, e mais rapidamente a abordagem as intercorrências e complicações. As intercorrências mais simples e comuns geralmente possuem fluxogramas ou POP'S (Procedimento Operacional Padrão) como por exemplo dor, hipotensão ou depressão respiratória por exemplo. Intercorrências mais importantes devem ser imediatamente comunicadas ao anestesista. Na SRPA do HRSP os cuidados são prescritos pelo anestesista e a monitorização é feita de 15 em 15 minutos na primeira hora pós procedimento cirúrgico, e medidas de conforto como posição no leito, de segurança como grades elevadas e também manter a cabeceira 0° são padrões pelos funcionários, no entanto nenhum POP está atualizado.

As primeiras 24 horas do pós-operatório exigem maior atenção, pois o paciente pode apresentar distúrbios pulmonares, cardiovasculares, renais, entre outros, que devem ser reconhecidos e tratados imediatamente, evitando complicações neste momento (POPOV, 2009). O cuidado pós-operatório inicia-se na SRPA, mas tem continuidade do setor de internamento, nos casos de alta hospitalar em procedimentos mais simples, deve ser realizada uma motorização até que o paciente esteja com todas as suas funções normalizadas e sinais vitais estáveis.

No período em que o paciente fica na SRPA as intercorrências mais comuns são dor, hipotermia, náuseas e vômitos, sangramentos, hipoxemia e hipotensão. A enfermagem ao realizar a monitorização pode utilizar a escala da dor, escolhida de acordo com cada idade ou nível de consciência, normalmente analgésicos já são prescritos e são realizados logo na recepção da sala.

O vômito é relacionado com a duração da anestesia, a quantidade de anestésicos utilizados e os tipos de anestésicos e medicamentos associados. Estas acontecem com maior frequência em pacientes obesos e naqueles com história de vertigens (POPOV, 2009 p.959).

A hipotensão pode ser resultado da perda sanguínea na cirurgia e a vasoconstrição provocada pelas drogas anestésicas. Deve ser avaliado o controle da PA, se necessário comunicar o médico anestesista, a intervenção de enfermagem a ser realizada é a hidratação, exames complementares e observação. A hipotermia pode ter inúmeras causas, mas algumas medidas são instituídas como manta térmica e medicações (POPOV, 2009). Durante a assistência ocorre a preocupação em manter os pacientes aquecidos e sempre avaliando as alterações na PA que são controladas pelo anestesista ainda no ato cirúrgico.

Os sangramentos devem ser observados e avaliados se estão no padrão de normalidade descrito pelo anestesista, caso contrário ele deverá ser comunicado, as intervenções de enfermagem a serem realizadas são curativos e administração das medicações prescritas. Geralmente o primeiro curativo é realizado ainda no CC (Centro cirúrgico), mas na sala de recuperação deve sempre avaliar a F.O (ferida operatória) se está drenando, qual o tipo de secreção ou sangramento. Se for necessário pode ser trocado ou reforçado o curativo e em casos onde está fora de o habitual comunicar o cirurgião, na avaliação as gestantes submetidas a raquianestesia sempre é avaliado a involução uterina e a presença dos lóquios, caso o sangramento seja intenso pode ser trocado a contenção realizada ainda no CC, todos os procedimentos avaliações devem ser evoluídos ou anotados no prontuário, bem como os sinais vitais e horário da alta.

Para que o paciente receba alta da SRPA, além do anestesista preencher a alta do paciente, para que fique anexada em seu prontuário é realizado a escada de Aldrete e Kroulik que define a evolução e retomada dos sentidos ao paciente pós anestésico. A autora da escala é enfermeira especialista em centro cirúrgico e recuperação anestésica propôs um novo instrumento para avaliar riscos de complicações com sugestões de

intervenções de Enfermagem, pois de acordo com ela “Escalas estão voltadas ao modelo biomédico e não há nenhuma específica que atenda às necessidades dos cuidados de Enfermagem” (RIBEIRO, 2020). Esta escala não é utilizada no HRSP, pois ela ainda não foi validada, mas é uma escala que facilitaria muito as intervenções as serem prescritas pelo enfermeiro.

De acordo com Ribeiro (2020), as complicações mais frequentes encontradas nos estudos são: hipotermia, hipoxemia, edema pulmonar, apneia, tremores, náuseas e vômitos, retenção urinária, alterações do ritmo cardíaco, hipertensão arterial sistêmica, hipotensão, obstrução e depressão respiratória, sangramento, dor e posicionamento cirúrgico. Os riscos identificados em cada complicação foram transformados em perguntas simples, para respostas sim ou não. A soma das respostas positivas, valendo um ponto cada, foram somadas e classificadas para a complicação em: baixo, médio e alto risco. Com base nisso, foi elaborada a escala de cores para cada complicação e as intervenções sugeridas baseadas nas “Práticas Recomendadas da SOBECC e em NOC NIC em NANDA”

Durante o estudo realizado na SRPA nenhum paciente apresentou intercorrências pós anestésica, pude notar que pacientes que não eram gestantes se sentiam inquietas e com ansiedade de ganhar alta do setor, muito se dá também ao fato de todos os pacientes ficaram lado a lado sem nenhuma divisão ou diminuição de ruídos ou de luminosidade. Eu como acadêmica aconselharia posicionar os leitos de forma a não ficarem tão próximos, quando houver a possibilidade e colocar a divisórias a fim de diminuir um pouco a luminosidade na face, além de orientar os profissionais a manterem a porta encostada, já que o corredor de entrada que passa em frente a sala e muitos barulhos são ouvidos pelos pacientes.

Algumas medidas prioritárias como por exemplo as grades de proteção que devem sempre estar elevadas para evitar risco de queda em algumas situações eram baixadas para facilitar o manuseio, essa prática pode ocasionar alguma queda seja da puérpera anestesiada após a cesariana ou o recém-nascido. Também medidas de identificação, controle de infecção e

atenção prioritária ao paciente devem ser prestadas como o restante da clínica prezando sempre pela segurança do paciente.

A SRPA tem grande importância na continuidade do cuidado ao paciente no período pós-operatório, portanto destacamos a necessidade de estudos que valorizem o enfermeiro nessa unidade, e demonstrem que a presença desse profissional tem impacto positivo e relevante na sua recuperação, na diminuição e na detecção precoce de complicações pós-anestésicos e pós-operatórias (POVOP 2009 p. 960).

A intervenção de enfermagem deve ter como enfoque principal a segurança do paciente, havendo também a necessidade de enfermeiros suficientes. No CC em questão apenas uma enfermeira por turno é responsável pelo CC, a SRPA e o central de materiais esterilização, ou seja, muitas são as atribuições a serem realizadas deixando seu papel na SRPA um pouco de lado a cargo os técnicos de enfermagem que no momento estava apenas um, sozinho para atender todos os leitos, sendo assim, o cuidado não poderia ser prestado de forma completa. Para um bom atendimento, com cuidado integral deveria existir um enfermeiro por turno para cada setor, sendo assim todas as etapas seriam realizadas com foco na segurança do paciente.

Referências:

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de, Blackbook – Enfermagem. Editora: blackbook, Belo Horizonte , 2016

POPOV, Débora Cristina Silva, PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.4 São Paulo Dec. 2009 .p 1-9 Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400030&lang=en> Acesso em: 14 de set. 2020

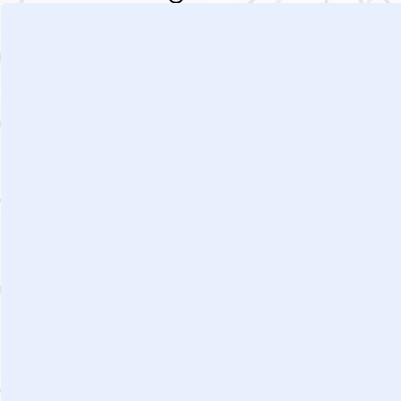
RIBEIRO. Mariângela Belmonto. Instrumento personalizado para enfermeiros de SRPA. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/entrevista/9>> Acesso em: 14 de set. 2020.

Imagens relacionadas
Acadêmicos de Enfermagem no CC



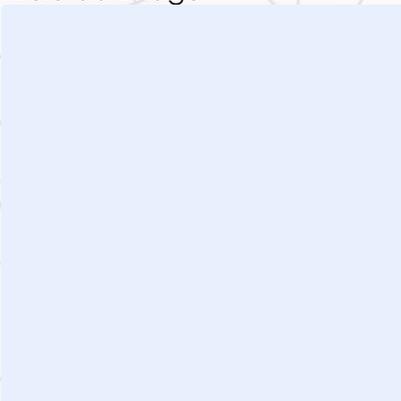
Fonte: autor

Título da imagem



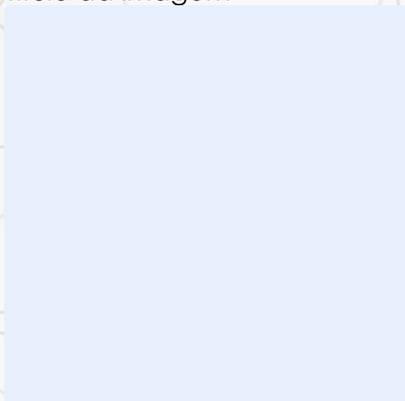
Fonte: Fonte da imagem

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem

Título da imagem



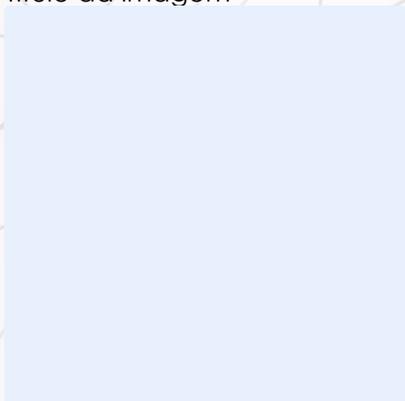
Fonte: Fonte da imagem

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem