

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS INCIDENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS À ADENOAMIGDALECTOMIA

Thaynara L. Bechuate¹; Flávia Alves Ribeiro²; Josefa Gardeñas Borrel³

Estudante do Curso de Enfermagem; e-mail: thay-pec@hotmail.com¹

Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail:flaviaalvesribeiro@hotmail.com²

Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: josefagardenas@ig.com.br³

Área de Conhecimento: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Palavras-chave: Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Cirurgia Pediátrica

INTRODUÇÃO

O pós-operatório imediato (POI) de adenoamigdalectomia em pacientes pediátricos pode cursar com abalo das suas necessidades, de ordem biopsicossocial, o que ressalta a importância da Assistência de Enfermagem (AE) individualizada, centrada nas necessidades humanas básicas (NHB) afetadas. A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) tem como propósitos promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, garantir a segurança e diminuir o estresse, contribuindo deste modo ao máximo para o bem estar do paciente¹. O período de recuperação anestésica (RA) compreende o momento em que estão ocorrendo alterações fisiológicas no paciente pediátrico, entre elas: inconsciência, depressão cardiorrespiratória e ausência ou exacerbação de sensações dolorosas². A AE na sala de RA, por isso, tem como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico³. Portanto, em se tratando da experiência cirúrgica, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) servem como base para prevenção e tratamento das complicações pós-operatórias e anestésicas na sala de RA. Justifica-se a realização deste estudo baseado na ciência de que a AE implementada pelos DE em POI na SRA possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento de intervenções direcionadas e individualizadas⁸. Além disso, ressalta-se a lacuna encontrada na literatura acerca dos diagnósticos levantados em pacientes no POI de Adenoamigdalectomia.

OBJETIVO

Descrever os Diagnósticos de Enfermagem mais incidentes no pós-operatório imediato de pacientes pediátricos que foram submetidos à adenoamigdalectomia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Desenvolvido na sala RA de um hospital público geral e de grande porte localizado no Município de Mogi das Cruzes, com pacientes que foram submetidos à cirurgia pediátrica do tipo adenoamigdalectomia, permaneceram sob avaliação pós-operatória imediata e os responsáveis aceitaram que a criança participasse do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento constituído por três partes: “Caracterização”, “Diagnósticos de Enfermagem Reais” (que foram confirmados quando três ou mais características definidoras fossem identificadas) e “Diagnósticos de Enfermagem Potenciais” (onde foi estabelecido como critério a sua relação com pelo menos um DE Real previamente

identificado). Os dados foram coletados no período de julho e agosto de 2011 e, após, foram analisados na forma quantitativa descritiva, expressos em tabelas e gráficos com números absolutos e porcentagem e discutidos à luz da literatura pertinente de acordo com os referenciais teóricos adotados Harkins; Nygren; Rothrock⁴ e Stow⁵.

RESULTADOS

Em relação à caracterização dos 12 pacientes avaliados obteve-se que, 7 (58,3%) eram do sexo masculino com idade média de 8,7 anos (mínima 3 anos e máxima 12 anos), e a faixa etária mais acometida foi a dos 7 aos 11 anos, a respeito da história pregressa 1 (8,3%) relatou alergia medicamentosa.

Os DE mais identificados nos pacientes em POI de Adenoamigdalectomia foram: *Dor Aguda* (75%), *Integridade Tissular Prejudicada* (66,6%), *Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas* (66,6%), *Medo* (66,6%) *Ansiedade* (66,6%), *Conforto Prejudicado* (58,3%), *Confusão Aguda* (8,3%) e *Náusea* (8,3%). Conforme expresso no gráfico 1.

DISCUSSÕES

Foi considerado como incidente aquele diagnóstico que se repetiu em metade ou mais dos casos totais avaliados, assim, obteve-se que os DE mais incidentes são: Dor Aguda, Integridade Tissular Prejudicada, Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas, Ansiedade, Medo e Conforto Alterado.

Dor Aguda

A dor é descrita pela *International Association for Study of Pain* (IASP)⁶ como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão*”, esta definição é acatada também pela NANDA⁷, referencial teórico do presente estudo, como a que exprime as percepções da Enfermagem no que tange ao quinto sinal vital. No presente estudo foram diagnosticadas 9 (75%) crianças com este problema de Enfermagem; em relação às características definidoras do DE Dor Aguda, as mais observadas foram: *expressão facial, relato verbal de dor e gestos protetores*. Os achados acima demonstram a intensidade com que a dor aguda é vivenciada pelas crianças na SRA, em vista seu correto manejo, Ribeiro⁸ ressalta a relevância da proposta do gerenciamento da dor como quinto sinal vital em Pediatria, o que requer habilidades relacionadas à sensibilização e à comunicação do enfermeiro, uma vez que o desafio é representado pelo alcance da avaliação desta dor. Infere-se, desta maneira, que o enfermeiro de Recuperação Anestésica deve saber identificar os sinais de dor classificado como as características definidoras mais incidentes que foram citadas acima, além de tomar decisões que visem o seu correto gerenciamento baseado primariamente na avaliação.

Integridade Tissular Prejudicada

A perda da integridade tissular secundária à diérese e exerése cirúrgica certamente constitui evento esperado, por basear o princípio do tratamento cirúrgico, entretanto, nesta pesquisa, constatou-se que 8 (66,6%) das crianças avaliadas apresentaram “destruição” e/ou “lesão intensa” do sítio cirúrgico e arredores. A lesão tissular se relaciona ao ato cirúrgico em si, porém não de maneira exclusiva; as injúrias teciduais podem decorrem de anormalidades metabólicas e/ou emocionais dos pacientes, os quais, uma vez submetidos à anestesia cursam com diminuição da perfusão periférica transitória, e dor no POI, conseqüente da exacerbação inflamatória local⁹. Percebe-se que a preocupação no sentido de prevenção e manejo da perda da integridade tissular em pacientes cirúrgicos pediátricos deve ultrapassar a barreira da concepção desta como “conseqüência esperada” da manipulação cirúrgica, mas como um problema real de Enfermagem a ser gerenciado.

Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas

Constatou-se neste estudo que 8 (66,6%) dos pacientes apresentaram características que evidenciaram o DE *Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas*, ou “a incapacidade de eliminar secreções ou obstrução do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída⁷.” As características definidoras levantadas com maior frequência foram: “dispnéia”, “expectoração” e “tosse ineficaz”. Júnior et al¹⁰ corroboram este achado em estudo sobre as complicações respiratórias em crianças que foram submetidas à anestesia geral onde 66,6% dos pacientes apresentaram como complicação na SRA presença de “secreção traqueobrônquica”. Essas secreções são comuns, particularmente o sangue coagulado, o que requer manutenção do paciente em relação à sua posição, aspiração cuidadosamente quando necessário e desencorajar a criança a tossir com frequência e assuar o nariz para não forçar o local da cirurgia¹¹. Mediante os dados coletados em comparação com as recomendações da literatura pertinente, sugere-se que as ações da equipe da sala de RA nesse caso de complicação respiratória objetivem primeiramente a prevenção de seus fatores causais, ou as características definidoras acima traçadas e, a partir desta, iniciar manobras de gerenciamento visando melhor ventilação e recuperação anestésica.

Ansiedade, Medo e Conforto Prejudicado

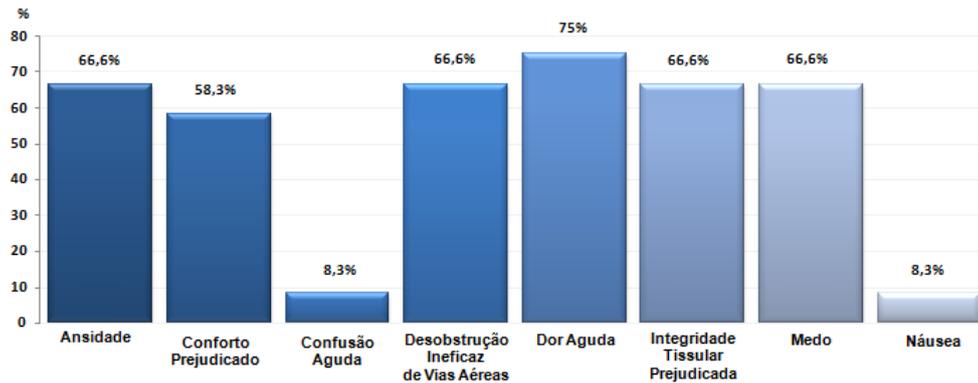
Na presente pesquisa os DE *Ansiedade*, e *Medo* apresentaram o mesmo percentual de incidência 66,6%, ou seja, 8 pacientes. Optou-se por discuti-los juntos, pois abrangem o mesmo domínio *Enfrentamento/tolerância ao estresses* de acordo com a NANDA⁷, que define os mesmos como “Vago ou incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo.” e “Reação à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.” respectivamente. As características definidoras mais incidentes em ambos DE foram: “Estado de alerta aumentado”, “Dispnéia”, “Contração muscular” e “Agitação”, “Pulso Aumentado” e “Irritabilidade”. Todas essas características evidenciam o estresse vivenciado pelas crianças no período perioperatório, principalmente no POI e esta experiência pela qual passam esses pacientes nos remete ao DE *Conforto Prejudicado* identificado em 7 (58,3%) dos pacientes que é definido como “Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social” e mesmo pertencendo a outro domínio (“Conforto”) o DE *Conforto Prejudicado* apresenta características definidoras semelhantes as dos DE *Ansiedade* e *Medo*, assim como os fatores desencadeantes destas, sendo elas: “Choro”, “Inquietação” e “Falta de Controle do Ambiente”⁷. A compreensão e respostas ao ambiente pelos pacientes pediátricos estão relacionadas ao seu desenvolvimento psicológico e que o cuidado de enfermagem deve estar de acordo com este desenvolvimento visando aumentar a capacidade da criança compreender o que está e irá acontecer, melhorando seu grau de ansiedade e medo⁵. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma relação de confiança com a criança e seus familiares a fim de elucidar de maneira compreensiva para ambos os procedimentos pelos quais a criança irá passar e como ela irá chegar na SRA, ressaltando a sua presença durante a chegada desta criança a mesma com a intenção de, nos casos onde os pais/responsáveis não podem adentrar na SRA, a criança ter uma referência de pessoa conhecida, o que irá contribuir para a eliminação de suas angústias e para aumentar o sentimento de controle do ambiente deste paciente.

CONCLUSÕES

Constata-se que os DE elencados abrangem os domínios biológicos, sociais e emocionais das crianças, o que contribui para a elaboração de plano de cuidados

diferenciados e individualizados voltados as necessidades humanas básicas afetadas de forma eficaz. Sugere-se, a partir disto, a elaboração de propostas de gerenciamento destas necessidades afetadas mediante a implementação de intervenções que solucionem os problemas diagnosticados a fim de proporcionar melhor atendimento às crianças que passam pelo procedimento anestésico-cirúrgico em geral e especificamente na adenoamigdalectomia.

Gráfico 1 - Diagnósticos de Enfermagem mais incidentes em pacientes pediátricos submetidos à Adenoamigdalectomia. Mogi das Cruzes 2011.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FONSECA, RMP; PENICHE, ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista Enfermagem*. 2009; 22(4): 428-33.
2. MORAES, LO; PENICHE, ACG. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2003; 37(4): 34-42.
3. ROSSI, LA *et al.* Diagnósticos de Enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2000; 34(2): 154-64.
4. HARKINS, LS; NYGREN, C; ROTHROCK, JC. Cirurgia Pediátrica. In: Rothrock, J. C. ALEXANDER: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. STOW, J. Cirurgia Pediátrica. In: Rothrock, JC. Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2007.
6. International Association for Studies of Pain (IASP). Disponível em www.iasp.org.br
7. North American Nursing Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. RIBEIRO, FA. Dor, quinto sinal vital: percepção dos docentes sobre o ensino para os graduandos de Enfermagem. 162 f. Monografia (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Guarulhos, São Paulo. 2011

9. GALDEANO, LE *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(2): 199-206.
10. JÚNIOR, PN *et al.* Complicações Respiratórias em Crianças Submetidas a Anestesia Geral. *Rev Bras Anesthesiol*. 2000; 50(5): 345 – 349.
11. WINKELSTEIN, M. A Criança com Disfunção Respiratória. In: Wong fundamentos de enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 7^a ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2006.