



Trabalho 74 - 1/4
IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENIR E TRATAR A DISREFLEXIA AUTONÔMICA

¹Leonardo Tadeu de Andrade

²Eduardo Gomes de Araújo

³Karla da Rocha Pimenta Andrade

⁴Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza

⁵Tânia Couto Machado Chianca

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM), principalmente as traumáticas, e suas sequelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes. O processo de reabilitação deve começar tão logo seja feito o diagnóstico da LM e os profissionais de saúde reabilitadores devem abordar as necessidades específicas de cada paciente para ajudá-lo a desenvolver todo seu potencial, com o intuito de prevenir as complicações, diminuindo as reinternações. Os motivos mais frequentes para o atendimento de urgência e reinternações são: complicações genitourinária, gastrintestinais, pneumonia, úlcera de pressão, dor e disreflexia autonômica (DA). A DA é uma emergência médica, podendo ocorrer em pacientes com LM com nível neurológico igual ou superior a nível torácico seis (T6). Seu início é súbito, resultante de vários estímulos abaixo do nível da lesão, ocasionando uma hiperatividade simpática.

A DA caracteriza-se pela elevação da pressão arterial. O paciente com DA pode ter um deslocamento de retina, acidente vascular cerebral, crises convulsivas, infarto do miocárdio e morte. A distensão vesical é o estímulo mais comum, seguido pela distensão retal, úlcera de pressão, infecções, onicocriptia, cólica menstrual e condições musculoesqueléticas indetectáveis. Os sinais e sintomas observados são: elevação da pressão arterial, bradicardia, cefaléia, visão embaçada turva, rubor, congestão nasal e sudorese, acima do nível da lesão; abaixo do nível da lesão, palidez cutânea, piloereção e extremidades frias. Encontram-se ainda: ansiedade, mal estar, náuseas, tremores, parestesia, e uma sensação de pressão precordial.

O tratamento da DA precisa ser rápido e decisivo, eliminando o estímulo e controlando a hipertensão. Como o início da DA é inesperado com conseqüências potencialmente graves, os pacientes buscam atendimento em unidade de pronto atendimento, que na sua grande maioria, é dotada de profissionais de saúde com pouca ou nenhuma experiência no tratamento da DA. Portanto, é fundamental a utilização de um sistema de classificação para estabelecer padrões de cuidados utilizados em qualquer parte do mundo, possibilitando uma documentação eficaz dos elementos da prática profissional do enfermeiro, sustentado

¹ Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Sistematização do Cuidar em Enfermagem. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: leonardo@Sarah.br

² Mestre pela Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeiro da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: eduardogomes@Sarah.br

³ Especialista em Enfermagem em UTI pela Escola São Camilo. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: karlarocha@Sarah.br

⁴ Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. E-mail: danyellesouza@Sarah.br

⁵ Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: tchianca@enf.ufmg.br

Trabalho 74 - 2/4

as suas decisões clínicas tomadas em relação a DA. Esse tipo de linguagem possibilita uma comunicação precisa entre os enfermeiros e os diversos profissionais da equipe de saúde.

O sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) permite uma melhoria do cuidado de enfermagem, por meio da sistematização, registro e quantificação das ações do enfermeiro, além de possibilitar a transferência de informações e a comunicação científica. O prontuário eletrônico do paciente (PEP), por sua vez, possibilita aos diversos profissionais de saúde envolvidos na assistência do paciente, o acesso direto ao registro em suas respectivas áreas. O uso da CIPE® permite a formação de uma base de dados que armazena e recupera informação, gerando dados para pesquisa sobre a qualidade e eficiência de um determinado procedimento de enfermagem.

OBJETIVO

Este estudo é um recorte de um projeto maior cuja finalidade é construir uma terminologia específica de enfermagem baseada na CIPE® para pacientes em reabilitação do aparelho locomotor. Portanto, propõe-se verificar a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem “Disreflexia Autonômica” e o “Risco para Disreflexia Autonômica”, além de identificar as intervenções usadas para tratar e prevenir a DA, segundo a CIPE® versão 1 e os principais estímulos nocivos, sinais e sintomas da DA, a fim de disponibilizar informações que possam habilitar enfermeiros no tratamento de pacientes com LM e DA.

METODOLOGIA

Foi utilizado o método retrospectivo, transversal. O estudo foi desenvolvido na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, unidade Belo Horizonte. A unidade foi escolhida devido ao uso do processo de enfermagem como metodologia da assistência e da CIPE® como sistema de classificação utilizado.

A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários dos pacientes maiores de 18 anos, com LM, admitidos na reabilitação de pacientes com lesão medular, no período de 01/01/2009 a 31/12/2009.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, garantindo assim, a observância dos aspectos éticos preconizados na Resolução N° 196/96, do Ministério da Saúde.

No ano de 2009, foram internados 465 pacientes. Todos os registros de enfermagem desse ano foram transferidos do PEP para o programa Access for Windows. Um programa de busca e recuperação de informação foi usado para localizar nos registros a ocorrência dos diagnósticos estudados. Os descritores utilizados na busca foram “Disreflexia Autonômica” e “Risco para Disreflexia Autonômica”.

O instrumento de coleta de dados considerou gênero, faixa etária, mecanismo da lesão, etiologia, o nível neurológico da lesão, extensão da lesão, os estímulos nocivos que precipitaram, os sinais e sintomas registrados, os diagnósticos de enfermagem DA, risco para DA, e as intervenções de enfermagem utilizadas para tratar ou prevenir os diagnósticos de enfermagem estudados.

Trabalho 74 - 3/4

Foi feita a transcrição para planilhas e procedeu-se à validação do banco de dados mediante dupla entrada em planilhas independentes. A análise dos dados foi realizada empregando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package For Social Science) versão 16.0. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Em todas as análises utilizou-se valor de significância (p) inferior a 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se 271 pacientes com o diagnóstico de enfermagem risco para DA. Desses pacientes, 79% são do sexo masculino, 21% do feminino e a média de idade foi de 35,7 anos. A amostra foi composta de indivíduos jovens, sendo que 69,4% tinham entre 18 e 40 anos de idade.

O trauma foi o principal mecanismo de lesão em 80,1% dos casos observados. Em relação ao tipo de acidente, os acidentes automobilísticos, motociclístico e ferimentos de arma de fogo são responsáveis por 65,9%, seguidas do mergulho em águas rasas e queda de altura. Dentre às lesões não traumáticas, a mielite infecciosa foi a principal causa, com 42,6%. 170 (62,7%) pacientes tiveram LM cervical e 101 (37,3%) torácica, com nível igual ou superior a T6. Observou-se, que 138 (50,9%) das LM eram completas. Dos pacientes com risco de DA, foi observado em 80 (29,5%) o diagnóstico de enfermagem DA.

Além disso, foram identificadas alterações significativas, nas variáveis demográficas e clínicas. A média de idade caiu para 30,5 anos, com 82,5% de adultos jovens, entre 18 e 40 anos. Quanto ao gênero, 90% são do sexo masculino. Observa-se neste estudo, a incidência da DA foi de 29,52%. O diagnóstico de DA foi encontrado em 96,2% dos pacientes com lesão traumática. Quanto ao nível neurológico, 58 (72,5%) pacientes tinham lesão cervical, sendo que 52 (65%) eram lesões completas e 47 (58,8%). O principal estímulo causador da DA foi a distensão vesical (89,2%), seguida pela dor (5,8%), distensão retal (2,9%) e infecção, úlcera de pressão e condições musculoesqueléticas, com (0,7%) cada.

Quanto aos sinais e sintomas apresentados durante a DA, hipertensão, bradicardia, cefaléia e piloereção foram os mais registrados pelos enfermeiros. As intervenções identificadas foram classificadas em dois grupos. O primeiro voltado para prevenção contém as seguintes intervenções: avaliar a eliminação urinária e intestinal do paciente; avaliar o paciente, cuidador, familiar no cuidado e manejo de técnicas de prevenção da DA; avaliar os sinais e sintomas de infecção urinária; ensinar o paciente, cuidador, familiar a cuidar da pele ou lesão de pele; ensinar o paciente, cuidador, familiar a identificar as causas, sinais e sintomas, prevenção e controle da DA; identificar os estímulos nocivos capazes de precipitar a DA; iniciar o plano de cuidados para a pele; iniciar o programa de reeducação vesical e intestinal; minimizar os estímulos nocivos capazes de precipitar a DA; prevenir a obstipação; registrar no prontuário do paciente; tratar a lesão de pele.

O segundo grupo refere ao tratamento e contém as seguintes ações: administrar medicação antihipertensiva, conforme prescrição médica; aliviar pontos de pressão na pele; elevar a cabeceira da

Trabalho 74 - 4/4

cama, no ângulo de 45 a 90 graus ou sentar o paciente; identificar o estímulo que precipitou a DA; monitorar os sinais e sintomas da DA; monitorar os sinais vitais e o estado físico do paciente; realizar cateterismo vesical; registrar no prontuário do paciente; retirar o estímulo causador da disreflexia; retirar as fezes do paciente; retirar o vestuário ou meias elásticas ou dispositivo apertados; virar o paciente.

CONCLUSÕES

Há uma prevalência na LM do sexo masculino, com lesão medular traumática completa e nível neurológico cervical. Evidenciou-se uma baixa incidência de DA que pode ser determinada pelo conhecimento da síndrome e do seu manejo pelos enfermeiros, pois nos registros observou-se uma atenção na prevenção. A CIPE® como instrumento de informação possibilitou a descrição da prática do enfermeiro e sua inserção no PEP a identificar a sua contribuição no cuidado do paciente com LM, através dos registros dos diagnósticos de enfermagem estudados, além das intervenções de enfermagem para prevenir e tratar a DA.

Ficou evidente que retirar o estímulo causador da DA foi a terapêutica mais eficaz e a melhor estratégia na prática clínica. O uso da CIPE® possibilitou verificar a função educadora do enfermeiro, na tentativa de capacitar o paciente/cuidador/família na prevenção e tratamento.

Outro ponto importante evidenciado neste estudo foi a construção de um guia de intervenções para o manejo da DA, além de possibilitar o uso desse guia em sistemas de informação na prática clínica, para o apoio à tomada de decisões, possibilitando assim, estudos clínicos que evidenciem o manejo e tratamento não farmacológico da DA.

REFERÊNCIA

1. Karlsson, A.K. Autonomic dysreflexia. *Spinal Cord* (1999) 37, 383 ± 391
2. MARIN HF. Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: Massad E, Marin HF, Raymundo Neto RS. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo (SP): UNIFESP, OPAS/OMS; 2003. p.51-57.
3. Krassioukov, A., Warburton, D.E., Teasell, R. EngJ.J. A Systematic Review of the Management of Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 90, April 2009
4. Consortium for Spinal Cord Medicine. Acute management of autonomic dysreflexia: adults with spinal cord injury presenting to health-care facilities. Washington (DC): Paralyzed Veterans of America; 2001.

Palavras Chaves: Reabilitação, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem