

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEGUNDO A PRESENÇA DE NÁUSEAS E VÔMITOS

Elaine Cristina Bomfim Machado*

Daniele Alcalá Pompeo**

Lídia Aparecida Rossi***

Luciana Paiva****

Rosana Aparecida Spadoti Dantas*****

Mariana Avelino dos Santos*****

RESUMO

As náuseas e ou vômitos no pós-operatório são as principais complicações após procedimentos anestésico-cirúrgicos, ocorrendo em cerca de 20 a 30% dos pacientes, contribuindo para a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e o menor grau de satisfação do paciente. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar pacientes com sintomas de náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Estudo descritivo, desenvolvido em Enfermarias Cirúrgicas e Unidade de Recuperação Anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. A coleta de dados no pré-operatório foi realizada por meio de entrevista estruturada e exame físico e os dados relacionados aos períodos intra e pós-operatórios foram coletados por meio de análise de prontuário. Dos 100 participantes do estudo, sete apresentaram náuseas e vômitos. Esses sintomas foram mais frequentes nos sujeitos do sexo feminino, que não fumavam, com idade superior a 46 anos e obesos ou sobrepesos. O número reduzido de pacientes que apresentaram náuseas e vômitos no pós-operatório pode estar relacionado à prevenção desses sintomas no pós-operatório ou ao não registro das náuseas e vômitos pelos profissionais.

Palavras-chave: Náusea. Vômito. Náusea e Vômito Pós-operatório. Cuidados Pós-operatórios. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O período pós-operatório imediato é considerado crítico devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem com o paciente após a realização de procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro que atua no período perioperatório deve conhecer as principais complicações associadas ao procedimento anestésico-cirúrgico para assistir as reais necessidades do paciente. Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve conhecer seu paciente, elaborar um plano de cuidados e implementar uma assistência adequada e segura em todas as fases da experiência cirúrgica, minimizando os agravos.

As náuseas e ou vômitos no pós-operatório (NVPO) são as principais complicações após

procedimentos anestésico-cirúrgicos, ocorrendo em cerca de 20 a 30% dos pacientes, contribuindo para a demora do retorno às funções normais, a elevação dos custos hospitalares e o menor grau de satisfação do paciente⁽¹⁾. Há ainda as potenciais consequências orgânicas como: taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória, deiscência das linhas de sutura, aumento das chances de aspiração pulmonar, distúrbios eletrolíticos e ruptura esofágica⁽²⁾.

A náusea é uma sensação subjetiva e desagradável na região do epigástrico e orofaringe, associada a uma urgente necessidade de vomitar. As NVPO são definidas como um episódio de náusea ou vômito que ocorre nas 24 horas após o recebimento da anestesia⁽²⁾.

Os fatores de risco para NVPO estão

*Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: elainebomfim@hotmail.com.

**Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, Brasil. E-mail: daniel.pompeo@famerp.br.

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

****Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: luciana.paiva@usp.br.

*****Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

*****Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Monte Alto. Monte Alto, SP, Brasil. E-mail: mariana_avelino@hotmail.com.

relacionados ao paciente cirúrgico (sexo feminino, não fumante, história prévia de NVPO, história de náusea associada ao movimento e idade), ao procedimento anestésico cirúrgico (tipo de cirurgia, administração de opioides, anestésicos voláteis e óxido nitroso) e ao período pós-operatório (administração de opioides)⁽²⁻³⁾.

Para avaliar o paciente no pós-operatório, o enfermeiro se baseia nas informações obtidas durante o período pré-operatório, assim como em seu conhecimento do tipo de cirurgia, da anestesia e das intercorrências durante o intraoperatório. A identificação dos fatores de risco para NVPO poderá subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem nas três etapas da experiência cirúrgica, assim como auxiliar pesquisas relacionadas às intervenções de enfermagem⁽⁴⁾.

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar os pacientes com sintomas de náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas de pós-operatório com intuito de subsidiar a identificação do diagnóstico de enfermagem náusea após procedimentos cirúrgicos e facilitar a elaboração do plano de cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido em Enfermarias Cirúrgicas, Unidade de Recuperação Anestésica e Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A população foi composta por pacientes em períodos pré e pós-operatório imediato de cirurgias eletivas gastrointestinais e ginecológicas abertas ou vídeolaparoscópicas. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2009 a maio de 2010.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo, submeter-se a cirurgias eletivas gastrointestinais ou ginecológicas abertas ou vídeolaparoscópicas, estar nas primeiras 24 horas de pós-operatório, apresentar consciência e orientação em relação ao tempo, ao espaço e à pessoa, sendo capaz de responder questões simples, como por exemplo: Que dia é hoje? Onde o (a) senhor (a) está? O (A) senhor (a) é

casado (a)? Foram adotados como critérios de exclusão: pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico prévio ou atual.

Para a obtenção dos dados foi utilizada entrevista estruturada, observação, exame físico e busca de dados em prontuário. Para isso, foi construído um instrumento de coleta de dados que avaliou dados sociodemográficos (sexo, idade, peso, altura, escolaridade e situação profissional) e clínicos relacionados aos períodos pré, intra e pós-operatórios (sinais vitais, doenças prévias, diagnóstico pré-operatório, hidratação, uso de sondas e cateteres, tipo de anestesia, medicações e presença de fatores associados às NVPO), que, em seguida, foi submetido à validação de aparência e conteúdo por profissionais experts na área de enfermagem cirúrgica e anestesiologia. Os dados de exame físico dos períodos intra e pós-operatório foram coletados dos registros realizados por todos os profissionais nos prontuários dos pacientes.

Com o objetivo de realizar uma avaliação acurada da ansiedade, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS). O emprego dessa escala foi adotado em razão de a ansiedade ter relação direta com a presença de NVPO, já que pode estar associada à administração de maior quantidade de anestésico no intra e pós-operatório. Possui 14 itens, sendo sete para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada item contempla quatro respostas de 0 a 3, totalizando uma pontuação máxima de 21 pontos. Para a identificação da presença de ansiedade e depressão utilizou-se a seguinte pontuação: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade maior ou igual a 9; sem depressão de 0 a 8, com depressão maior ou igual a 9⁽⁵⁾.

Foram realizadas visitas ao Centro Cirúrgico do HCFMRP-USP, diariamente, para consulta da escala cirúrgica do enfermeiro. Constatado um possível participante, as pesquisadoras dirigiam-se às Enfermarias Cirúrgica, local onde o paciente se encontrava internado, para explicar sobre a importância da pesquisa e seus objetivos e convidá-lo a participar do estudo. Após concordância com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciava-se a coleta de dados do período pré-operatório

aplicando-se a HADS e coletando-se dados sociodemográficos e clínicos de acordo com o instrumento adotado. Os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial foram entrevistados no dia da cirurgia, na recepção do centro cirúrgico.

As informações referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico e período pós-operatório imediato foram obtidas pelos registros do prontuário do paciente, considerando-se todas as anotações realizadas pela equipe de saúde. A coleta de dados foi, também, fundamentada na ficha anestésica e registros de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica, admitindo-se que as NVPO ocorreriam nas primeiras 24 horas.

O índice de massa corporal foi classificado de acordo com a literatura⁽⁶⁾ como descrito a seguir: baixo peso (menor que 18,5 kg/m²), peso adequado (18,5 a 24,99 kg/m²), sobrepeso (25 a 29,99 kg/m²) e obesidade (maior que 30 kg/m²). Os dados coletados foram digitados no programa Excel, transcritos e analisados descritivamente no Programa Statistical Package for Social Science – SPSS, versão 20.0 (Copyright IBM Corporation, 2010).

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, sob o parecer nº 7338/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 100 pacientes, sendo 19% do sexo masculino e 81% do sexo feminino, com idades variando de 18 a 75 anos (média de 42 anos) e com baixa escolaridade (53%) (Tabela 1). A maioria dos pacientes foi submetida à cirurgia gastrointestinal aberta (50%), seguida por ginecológica por vídeo (27%), ginecológica aberta (14%) e gastrointestinal por vídeo (9%). Em relação ao tipo de anestesia, 84% receberam anestesia geral, 14% raquianestesia, 1% peridural e 1% sedação. A maior parte (82% pacientes) não referiu dor no pós-operatório. A maioria dos pacientes foi considerada “sem ansiedade” (66%) e “sem depressão” (81%) pela Escala HAD e não tinha o hábito do tabagismo (84%). Dois pacientes apresentaram pontuação classificatória para ansiedade e um paciente para depressão.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgias eletivas gastrointestinais e ginecológicas abertas ou videolaparoscópicas segundo a presença de NVPO. Ribeirão Preto, SP, 2010

Variáveis do estudo	N	(%)
Faixa Etária		
Até 30 anos	22	(22)
31 a 45 anos	36	(36)
46 a 60 anos	34	(34)
61 ou mais anos	8	(8)
Sexo		
Masculino	19	(19)
Feminino	81	(81)
Escolaridade		
Analfabeto	2	(2)
Ensino Fundamental	51	(51)
Ensino Médio	37	(37)
Ensino Superior	10	(10)

A frequência de NVPO entre os pacientes avaliados foi de 7%. Essas complicações comprometem de 20% a 30% dos pacientes e esse número pode aumentar para 70% em pacientes com alto risco para NVPO⁽⁷⁻⁸⁾.

Em estudo retrospectivo, realizado por meio de análise de prontuários de pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais, foi constatado que 3,3% apresentaram NVPO⁽⁹⁾. Talvez a baixa incidência encontrada nesse estudo e na presente investigação esteja relacionada ao delineamento retrospectivo,

em que o pesquisador não é o responsável pela coleta e registro das informações e, dificilmente, conseguirá identificar se os dados foram registrados de forma limitada, parcial ou incompleta ou se o paciente apresentou ou não determinado problema⁽¹⁰⁾.

Outra hipótese, evidenciada durante a prática clínica, é a falta de registros sobre a náusea quando não acompanhada do vômito. Esses eventos teoricamente são diferentes, mas na prática ocorrem ao mesmo tempo, na maioria das vezes, dificultando a sua separação. A náusea por si só representa um evento desagradável para o paciente e gera insatisfação com o serviço de saúde. A documentação das informações realizada de forma

fidedigna pode auxiliar as instituições a planejar estratégias para redução dessa complicação.

Dos sete pacientes que apresentaram NVPO, quatro eram mulheres e sete não fumavam (Tabela 2). Os pacientes que apresentaram NVPO foram classificados como sobrepeso (três) ou obesos (quatro) e três relataram apresentar náuseas e vômitos com o movimento. Todos os pacientes que apresentaram NVPO receberam opioides (Tabela 2) e profilaxia antiemética no intraoperatório: cloridrato de ranitidina, cloridrato de ondansetrona, dexametasona e cloridrato de metoclopramida, de acordo com o protocolo da Unidade em estudo. Em relação à dor, dois queixaram-se deste sintoma e foram medicados com opioide.

Tabela 2. Fatores de risco relacionados à presença de náuseas e/ou vômitos no período pós-operatório (NVPO). Ribeirão Preto, SP, 2010.

Fatores de risco	Presença de Náusea (n)
Sexo	
Feminino	4
Masculino	3
Hábito de fumar	
Sim	0
Não	7
Tipo de anestesia	
Raqui-anestesia	2
Anestesia geral	5
Cinetose	
Sim	3
Não	4
Administração de opioides	
Sim	7
Não	0

Os pacientes que apresentaram NVPO com maior frequência tinham entre 46 e 58 anos (cinco) e em três as náuseas e vômitos ocorreram após maior movimentação pós-operatória.

Dos sete pacientes que apresentaram NVPO, dois receberam raqui-anestesia e cinco foram submetidos à anestesia geral endovenosa ou geral combinada. A maioria dos pacientes (cinco) necessitou de intubação orotraqueal. O tempo mínimo de duração da anestesia foi de 60 minutos e o máximo de 310, com média de 185 minutos.

Em relação ao procedimento cirúrgico, pacientes submetidos à cirurgia aberta (cinco)

apresentaram NVPO com maior frequência do que aqueles submetidos a cirurgias por vídeoendoscópicas (dois).

Os mais importantes fatores de risco apontados em revisões sistemáticas e meta-análise são: sexo feminino, hábito de não fumar, história prévia de NVPO, cinetose, duração do procedimento, procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de cirurgia e a administração de anestésicos voláteis, óxido nítrico e opioides durante e após a cirurgia^(7-8,11).

O sexo feminino é um dos fatores de risco mais importantes para NVPO, com incidência em torno de 70%, fato este que tem motivado

pesquisadores a buscar intervenções eficazes para prevenir e controlar esses sintomas nessas pacientes⁽¹²⁾. O sexo feminino apresenta três vezes mais risco de desenvolver NVPO que o masculino⁽¹³⁾, sendo corroborados por outros estudos^(3,11,14). Neste estudo, o aumento da incidência de NVPO em mulheres pode estar relacionado à desigualdade dos gêneros que compuseram a amostra (81% mulheres e 19% homens). Mulheres antes da puberdade não apresentam aumento do risco de NVPO, o que sugere associação com fatores hormonais⁽¹⁴⁾.

A incidência de náusea é baixa em crianças, sofrendo um aumento gradativo até a adolescência. Encontra-se um pico entre pacientes de 25 a 50 anos e, entre aqueles com mais de 70 anos, observa-se queda significativa nas taxas de NVPO⁽¹⁴⁾. Resultados de pesquisas mostraram maior prevalência de NPVO entre pacientes pediátricos do que em adultos⁽¹⁵⁾. A idade superior a 18 anos foi considerada, em alguns estudos, como protetora em relação à presença de NVPO⁽¹³⁾, enquanto outros não o confirmaram⁽³⁾. Diferentes autores⁽¹⁶⁾ mostraram que indivíduos mais velhos têm tendência aumentada e maior chance de apresentar náuseas e vômitos após serem submetidos à intervenção cirúrgica. Uma revisão sistemática da literatura classificou o sexo feminino a partir da puberdade como um fator de risco bem estabelecido na literatura⁽⁷⁾.

Os sete participantes deste estudo que apresentaram NPVO não fumavam. O tabagismo é um importante fator protetor para NVPO (79,7%)^(3,11). Os não fumantes apresentam duas vezes mais risco de NVPO do que os fumantes, contudo o mecanismo fisiopatológico do efeito protetor do tabagismo ainda não está claro⁽¹⁶⁾. Uma possível etiologia seria um dos componentes químicos do cigarro possuir um efeito antiemético. Em adição, o consumo crônico do cigarro eleva os níveis da enzima citocromo P450 no fígado e o aumento dessa enzima induz, nos fumantes, a decomposição dos agentes anestésicos mais rapidamente do que nos não fumantes, resultando em menor taxa de náuseas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Identifica-se na literatura correlação positiva entre obesidade e incidência de náuseas e vômitos em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos⁽¹⁹⁾. Essa correlação tem

sido atribuída à deposição dos agentes anestésicos em tecido adiposo, maior volume residual gástrico e alta incidência de refluxo esofágico, doenças biliares e gastrointestinais nos obesos. Além disso, os pacientes obesos apresentam dificuldade elevada de ventilação das vias aéreas com máscara e intubação traqueal. Essa diminuição da ventilação contribui para a estimulação do centro do vômito⁽¹⁹⁾. A obesidade não foi considerada fator de risco para NVPO em duas revisões sistemáticas^(7,11), mas pode estar associada a um aumento do tempo da cirurgia, já que o cirurgião pode demorar mais tempo para conseguir acessar o local a ser operado.

Uma alta incidência de náuseas e vômitos foi observada em anestesia geral, em que um grande número de drogas é utilizada tanto na indução quanto na manutenção e despertar do paciente⁽²⁰⁾. A técnica de anestesia balanceada encontra-se associada à incidência mais elevada quando comparada anestesia geral venosa. A anestesia balanceada inclui o uso de drogas hipnóticas, relaxantes musculares, analgésicas, opioides, anticolinesterásicas e outras; algumas delas com importante potencial emetogênico. Entre os agentes anestésicos venosos o cloridrato de dextrocetamina e o etomidato são os que possuem maior atividade emetogênica, enquanto atribui-se ao propofol uma ação antiemética. A presença de agentes anestésicos inalatórios pode estar relacionada à maior incidência de NVPO⁽¹¹⁾, pois estimulam o sistema nervoso simpático com consequente liberação de catecolaminas e alterações na pressão do ouvido médio, estimulando o sistema vestibular^(14,20).

Para cada 30 minutos de acréscimo do tempo cirúrgico, há um aumento do risco de NVPO em 60%, a partir de um risco basal de 10%. No presente estudo, os pacientes que apresentaram NPVO tiveram uma variação da duração da anestesia de 60 a 310 minutos, com média de 185 minutos. A literatura^(14,16) mostrou que transcorridos 30 minutos de anestesia, o risco aumenta de 10% para 16%. A duração prolongada da anestesia e cirurgia foi descrita como relacionada à náusea por diversas razões, tais como: experiência do cirurgião⁽¹³⁾, exposição prolongada aos agentes anestésicos potencialmente emetizantes, aumento da

probabilidade de dor e um maior tempo para eliminar os anestésicos do organismo^(3,7).

A ação emética dos opioides se deve a estimulação direta da zona quimiorreceptora do gatilho, na área postrema, prolongando o tempo de esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal e sensibilização do sistema vestibular. A área postrema do tronco cerebral é rica em receptores dopaminérgicos, opioides e serotoninérgicos, inclusive o receptor 5-HT₃. O núcleo do trato solitário é rico em receptores para encefalina, histamina, noradrenalina e em receptores colinérgicos muscarínicos. Esses receptores e mediadores exercem importante papel na transmissão dos impulsos eméticos para o centro do vômito. Os opioides são os agentes mais emetogênicos utilizados em anestesia, seja a administração venosa, subcutânea ou espinal. O citrato de fentanila, o citrato de sufentanila e o cloridrato de alfentanila produzem um aumento significativo da incidência de NVPO, destacando-se principalmente o cloridrato de tramadol^(13-14,16).

Nesta pesquisa, apenas a administração de opioides no intraoperatório foi mais prevalente. Acreditamos que o pequeno tamanho da amostra esteja relacionado ao baixo número de sujeitos com NVPO e que receberam opioides no pós-operatório.

A natureza do procedimento anestésico-cirúrgico foi apontada como fator de risco na literatura⁽⁷⁾, mas não identificada neste estudo. Os procedimentos apontados como fatores de risco para NVPO e seus mecanismos de ação são: timpanoplastia (estimulação vestibular), otorrinolaringologia (engolimento de sangue), cirurgia de mama (ansiedade e aspectos emocionais), laparoscopia (irritação peritoneal), cirurgias abdominais e plásticas (estimulação vagal e do trato gastrointestinal)⁽⁷⁾.

A cinetose e a história prévia de NVPO foram consideradas como fatores de risco para as NVPO, em revisões sistemáticas^(7,11). Tem-se a hipótese de que esses indivíduos apresentam um arco reflexo exacerbado para náusea e vômito ou, ainda, distúrbios no aparelho vestibular⁽⁷⁾. Neste estudo essa associação não foi identificada.

A cinetose se caracteriza pela sensação de náusea quando se anda em qualquer meio de transporte, ou se movimenta o corpo de forma

inabitual, perturbando o sistema vestibular responsável pelo equilíbrio. Distúrbios orgânicos, como grave hipotensão, cefaléia, hipóxia, elevação da pressão intracraniana são capazes de estimular a via aferente cortical. Do mesmo modo, determinados estímulos, como movimento, otite média, alterações vasculares do labirinto e tumores são capazes de promover impulsos vestibulares que passam através do nervo auditivo para o cerebelo e então para a zona quimiorreceptora do gatilho e, finalmente, para o centro do vômito⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O movimento de remoção do paciente da mesa cirúrgica para a cama ~~maca~~ do Centro de Recuperação Pós-anestésica e, posteriormente, para o leito na enfermaria, particularmente quando imobilizado por longo período em determinada postura, pode desencadear estímulo do sistema vestibular contribuindo para uma maior indução de vômitos no pós-operatório imediato. Alguns estudos têm demonstrado que o centro do vômito mantém conexões neuroanatômicas com as vias motoras e diversos núcleos centrais responsáveis pela coordenação da resposta eferente motora e visceral do reflexo do vômito, envolvendo diversos efetores, incluindo as musculaturas do trato respiratório, gastrointestinal e abdominal⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Dos pacientes que apresentaram NVPO, apenas 28,5% referiram dor no mesmo momento em que apresentavam náuseas. Embora nossos dados não permitam estabelecer uma relação entre dor e náusea, sabe-se que os receptores 5-HT₃ estão implicados no mecanismo da dor, náuseas e vômitos, na ansiedade e na depressão. A dor, ao estimular os aferentes corticais, atinge o centro do vômito, provocando-o. Os estímulos eméticos desencadeados em vísceras abdominais (dor visceral) são transmitidos através de aferentes vagais e simpáticos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Todos os pacientes da amostra deste estudo receberam profilaxia antiemética, principalmente por meio dos medicamentos cloridrato de ranitidina, cloridrato de ondansetrona, dexametasona e cloridrato de metoclopramida.

O cloridrato de ondansetrona é indicado para o controle das náuseas e dos vômitos induzidos por quimioterapia, radioterapia e para prevenção e tratamento das náuseas e vômitos do pós-operatório. É um potente antagonista, altamente seletivo, dos receptores 5-HT₃, pois age inibindo

a serotonina liberada pelas células enterocromafins do estômago. Esses receptores estão localizados nas terminações de fibras aferentes que caminham pelo vago até a área postrema do núcleo do trato solitário, responsável pelo vômito. Seu mecanismo de ação no controle da náusea e do vômito ainda não é bem conhecido^(12,16).

O cloridrato de ranitidina é um antagonista do receptor histamínico H₂ dotado de alta seletividade e rápido início de ação. Inibe a secreção basal ou estimulada de ácido, reduzindo tanto o volume quanto o conteúdo de ácido⁽¹²⁾.

O cloridrato de metoclopramida é derivado da benzamida e tem ação principal na zona quimiorreceptora do gatilho, onde bloqueia receptores da dopamina e, em menor grau, receptores da serotonina. Aumenta o tônus do esfíncter esofágico inferior e a motilidade gastrointestinal, mas não eleva a secreção ácido-gástrica. A metoclopramida tem sido efetiva na prevenção e no tratamento das NVPO, mas pode causar sensação de disforia, síndrome extrapiramidal e torcicolo espasmódico^(8,12).

Dexametasona é um corticóide que tem se mostrado efetivo na redução das NVPO. Seu mecanismo de ação está relacionado à liberação de endorfinas que elevam o humor e estimulam o apetite⁽⁸⁾; no entanto, atua com maior eficiência associada a outros antieméticos e administrada antes da indução anestésica⁽¹²⁾.

Este estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho da amostra, considerando-se o

protocolo de profilaxia antiemética utilizado no intraoperatório e, ainda, ao processo de coleta de dados, já que as manifestações de NVPO podem não ter sido registradas no prontuário ou que pacientes não comunicaram possíveis manifestações de náusea à equipe de saúde. Em estudos futuros indicamos a realização de coleta de dados prospectiva por meio de observação e entrevista com o paciente

CONCLUSÃO

Concluimos que as náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas de pós-operatório foram manifestados principalmente por indivíduos do sexo feminino, com índice de massa corporal acima de 25 kg/m², não-fumantes, submetidos à anestesia geral, com duração superior a 60 minutos e que utilizaram opioides no período intraoperatório.

Pacientes com este perfil devem receber maior atenção das equipes médicas e de enfermagem, a fim de prevenir e/ou controlar as NVPO.

Sugerimos a criação de protocolos para a documentação das náuseas e vômitos no pós-operatório, baseados em instrumentos de mensuração confiáveis, já que o estudo apontou possíveis falhas no registro das náuseas e dos vômitos, colocando ainda, dúvidas, quanto às anotações de enfermagem.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE BY PRESENCE OF NAUSEA AND VOMITING

ABSTRACT

The postoperative nausea and vomiting are the main complications after anesthetic-surgical procedures, occurring in about 20 to 30% of patients, helping to delay the return to normal function, the rise in hospital costs and lower degree of patient satisfaction. The aim of this study was to characterize patients with symptoms of nausea and vomiting in the first 24 hours postoperatively. A descriptive study developed in Surgical Wards and Anesthetic Recovery Unit, Hospital das Clinicas, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Data collection preoperatively was conducted by structured interview and physical examination and data related to the intra and post-operative data were collected through review of medical records. Of the 100 study participants, seven had nausea and vomiting. These symptoms were more common in female subjects, who did not smoke, older than 46 years and classified as obese or overweight. The small number of patients who experienced postoperative nausea and vomiting may be related to prevention of these symptoms postoperatively or no record of nausea and vomiting by professionals.

Keywords: Nausea. Vomiting. Postoperative Nausea and Vomiting. Postoperative Care. Nursing.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO SEGÚN LA PRESENCIA DE NÁUSEAS Y VÓMITOS

RESUMEN

Las náuseas y los vómitos en el postoperatorio son las principales complicaciones después de los procedimientos anestésico-quirúrgicos, que ocurre en aproximadamente el 20 a 30% de los pacientes, contribuyendo para el retraso del regreso a las funciones normales, el aumento de los costos hospitalarios y menor grado de satisfacción del paciente. El objetivo de esta investigación fue caracterizar a los pacientes con síntomas de náuseas y vómitos en las primeras 24 horas del postoperatorio. Estudio descriptivo, desarrollado en Enfermerías Quirúrgicas y Unidad de Recuperación Anestésica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. La recolección de datos en el postoperatorio fue realizada por medio de entrevista estructurada y examen físico y los datos relativos a los períodos intra y postoperatorio se recogieron mediante el análisis de los historiales médicos. De los 100 participantes en el estudio, siete presentaban náuseas y vómitos. Estos síntomas fueron más frecuentes en los sujetos del sexo femenino, que no fumaban, con edad superior a los 46 años y obesos o sobrepesos. El número reducido de pacientes que presentaron náuseas y vómitos en el postoperatorio puede estar relacionado con la prevención de estos síntomas en el postoperatorio o por no haber registro de náuseas y vómitos por los profesionales.

Palabras clave: Náusea. Vómitos. Náusea y Vómito Postoperatorio. Cuidados Postoperatorios. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Fernández GJ, Gomez AJI, Cabrera T, Garcia VS. Association of citizen nitrous oxide and the incidence of post operative nausea and vomiting in adult – a systemic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2010 Apr;65(4):379-87.
2. Becker DE. Nausea, vomiting, and hiccups: a review of mechanisms and treatment. *Anesth Prog*. 2010 Winter; 57(4):150-7.
3. Apfel CC, Philip BK, Cakmakaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB et al. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology*. 2012 Sep; 117(3):475-86
4. Carvalho, ARS, Matsuda LM, Carvalho, MSS, Almeida RMSSA, Schneider DSLG. Complicações no pós-operatório de revascularização do miocárdio. *Ciênc cuid Saúde*. 2006 jan-abr; 5(1):50-9.
5. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun; 67:361-70.
6. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004 Jan; 10;363(9403):157-63.
7. Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2006 jun;102:1884-98.
8. Mccracken G, Houston P, Lefebvre G. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008 jul; 30(7):600-7.
9. Lemos P, Monteiro M, Fonseca L, Regalado AM. Poderemos encontrar factores predictivos de vômitos no pós-operatório de cirurgia em regime de ambulatório? *Acta Med Port*. 2008 jul-ago; 21(4):335-40.
10. Polit DF, Beck C T, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Rüsck D, Eberhart LH, Wallenborn J, Kranke P. Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: an evidence-based review concerning risk assessment, prevention, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Oct; 107(42):733-41.
12. Schnaider TB, Vieira AM, Brandão ACA. Estudo comparativo de antieméticos e suas associações, na prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios, em pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos. *Rev Bras Anesthesiol*. 2008 nov-dez;58(6): 614-22.
13. Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do "pequeno- grande" problema. *Rev Bras Anesthesiol*. 2005 set-out;5(55):575-85.
14. Gondim CRN, Japiassú AM, Portari FPE, Almeida GF, Kalichsztein M, Nobre GF. Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009 jan-mar;21(1):89-95.
15. Janicki PK, Vealey R, Liu J, Escajeda J, Postula M, Welker K. Genome-wide association study using pooled DNA to identify candidate markers mediating susceptibility to postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiol*. 2011 Jul;115(1):54-64.
16. Mendes MN, Monteiro RS, Martins FANC. Profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios em obesos mórvidos submetidos a gastroplastias por laparoscopias: estudo comparativo entre três métodos. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009 set-out;59(5):570-6.
17. Lagos C, Quezada S. Profilaxis y tratamiento del las náuseas y vômitos postoperatorios. *Rev Chil Anest*. 2009 Mar;38(1):24-33.
18. Brattwall M, Warrén Stomberg M, Rawal N, Segerdahl M, Houlitz E, Jakobsson J. Postoperative impact of regular tobacco use, smoking or snuffing, a prospective multi-center study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010 Mar;54(3):321-7.
19. White PF, Sacan O, Nuangchamnong N, Sun T, Eng MR. The relationship between patient risk factors and early versus late postoperative emetic symptoms. *Anesth Analg*. 2008 Aug; 107(2):459-63.
20. Chandrakantan A, Glass PS. Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain. *Br J Anaesth*. 2011 Dec; 107 Suppl 1:27-40.

Endereço para correspondência: Daniele Alcalá Pompeo. Avenida Brigadeiro Faria Lima. nº 5416. Vila São Pedro. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto, São Paulo.

Data de recebimento: 27/03/2013

Data de aprovação: 12/08/2013