

## CONDUTAS DO ENFERMEIRO NA SÍNDROME LANCE-ADAMS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HENRIQUE PRADO INÁCIO<sup>1</sup>; RONY NATAL CAMCILHERI<sup>2</sup>; BRUNO LEAL  
BARBOSA<sup>3</sup>; ALINE AFFONSO LUNA<sup>4</sup>.

- <sup>1</sup>. Acadêmico de Enfermagem do décimo período da UNIGRANRIO. Membro do Grupo de Estudos em Atenção à saúde da linha de pesquisa Estudos Relacionados com a Oferta de Cuidados na Rede de Saúde. E-mail: [henrique2006@hotmail.com](mailto:henrique2006@hotmail.com)
- <sup>2</sup>. Acadêmico de Enfermagem do décimo período da UNIGRANRIO. Membro do Grupo de Estudos em Atenção à saúde da linha de pesquisa Estudos Relacionados com a Oferta de Cuidados na Rede de Saúde. E-mail: [camcilheri@hotmail.com](mailto:camcilheri@hotmail.com)
- <sup>3</sup>. Enfermeiro da Educação Continuada do Hospital Caxias Dor. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Severino Sombra. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela UNIGRANRIO. MBA em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá. Instrutor do curso ATCN/ATLS pela FM/USP. E-mail: [bruno.barbosa@caxiasdor.com.br](mailto:bruno.barbosa@caxiasdor.com.br)
- <sup>4</sup>. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialista em Enfermagem em alta complexidade com ênfase em CTI (UNIGRANRIO). Professora Adjunta Mestre na Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO). E-mail: [aline-luna@hotmail.com](mailto:aline-luna@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** Atualmente dispomos de um grande avanço no que se refere aos Equipamentos Médico-Assistenciais (EMA) visando garantir a segurança do paciente, permitindo através de monitores multiparamétricos, exames laboratoriais e de imagem acompanhar parâmetros hemodinâmicos alterados que podem levar a uma Parada Cardiorrespiratória (PCR). Os sinais de alerta permitem que os profissionais intervenham imediatamente impedindo que o paciente chegue de fato a uma PCR. Quando a intercorrência é inevitável deve-se agir de maneira exata para estabilização do quadro clínico do paciente. No entanto, nos deparamos com situações de difícil reversão presenciando casos de longa permanência em PCR, mesmo mediante a utilização de todas as manobras e medicamentos preconizados no protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) pela *American Heart Association* (HAZINSKI, 2012). É de conhecimento que após 4 minutos de PCR são

ocasionadas lesões cerebrais importantes devido à privação de oxigênio com interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, causando um estado de hipóxia seguido de anóxia. Os neurônios por não receberem irrigação sanguínea adequada sofrem danos irreversíveis, não conseguindo se regenerar ocasionando sequelas extensas caracterizadas por encefalopatias anóxicas. Os pacientes que sobrevivem a uma PCR prolongada cursam geralmente com graves lesões neurológicas, tais como, mioclônicas pós-hipóxicas identificada como uma complicação neurológica caracterizada por movimentos súbitos, involuntários de um músculo ou grupamentos musculares descontrolados pós- parada cardíaca (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012). Dois tipos de mioclonias são bem descritas na literatura: Mioclonia pós-hipóxicas aguda, também denominada de estado epilético mioclônico, ocorrendo dentro de 12 horas ou imediatamente após as manobras efetivas de RCP; e mioclonias pós-hipóxicas crônicas, também denominada Síndrome de Lance-Adams (SLA) o tipo crônico, caracterizando-se pela ação mioclônica iniciando dentro de dias ou semanas após a RCP e persiste em pacientes que recuperaram a consciência após RCP (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012). Ambas as sequelas caracterizam-se por mioclonias generalizadas, de difícil controle medicamentoso (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012). Estudos também evidenciam que a SLA é uma das complicações mais raras (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012). Mediante a problemática apresentada questionamos, quais seriam as ações e condutas necessárias que os enfermeiros devem realizar perante um paciente com SLA na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)? **OBJETIVOS:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem ao realizar assistência ao paciente com Síndrome de Lance-Adams. Identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes no paciente com Síndrome de Lance-Adams. Descrever as ações/condutas que os enfermeiros devem realizar ao paciente com Síndrome de Lance-Adams na Unidade de Tratamento Intensivo. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Cliente sexo feminino, 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e depressão. Internou por choque séptico devido à pielonefrite complicada de instalação pós- renal sendo implantado cateter “duplo J”. Durante o pós-operatório apresentou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem elevação do seguimento ST, ocasionando uma disfunção de Ventrículo Esquerdo (VE). Seguiu internada pela sepse grave, entubada em prótese ventilatória. Foi necessária a troca para uma Traqueostomia (TQT) devido ao tempo de utilização do Tubo Orotraqueal (TOT). Apresentava interação com o examinador sem uso de sedação e aminas vasoativas. Evoluiu para desposicionamento de TQT caracterizado por cianose central, sendo necessário realizar Intubação Orotraqueal (IOT) utilizando-se TOT nº

8,0. Evoluiu para duas PCR consecutivas, apresentando intervalo de 20 minutos de uma para a outra, ambas em ritmo de Atividade Elétrica sem Pulso (AESP). O maior tempo cronometrado até a reversão foi de 6 minutos. Após a RCP a paciente começou a apresentar espasmos musculares sugestivos de mioclonia. Foi monitorada por Eletroencefalograma (EEG) que demonstrava atividade lenta sem crises. Seguiu apresentando hipotermia, pupilas, isocóricas, predominância de miose devido à fotorreação lentificada. Foi iniciado sedação com manutenção na pontuação de -5 de acordo com a avaliação na escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS). **DISCUSSÃO:** Como podemos observar no caso a paciente cursava em recuperação pós-operatória com algumas complicações, porém mantendo um quadro clínico estável. No decorrer da internação nos pareceu certa fragilidade no processo da segurança da paciente, colocando em risco sua segurança com evolução para o dano. A segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico- hospitalar (VINCENT, 2009), sendo relacionada com a qualidade do atendimento (COOPER; GABA, et al, 2000). A partir do caso descrito refletimos algumas questões pensando em evitar e/ou minimizar os danos aos pacientes: A vigilância dentro do setor de terapia intensiva está sendo eficaz? Este desposicionamento poderia ter sido evitável? Qual o impacto do acontecimento na sobrevivência da paciente? Quais seriam agora os cuidados específicos para esta comorbidade? Quais as ações necessárias que o enfermeiro deve realizar para essa paciente? A Unidade de Terapia Intensiva é um local próprio para realizar internação de pacientes que necessitam de vigilância contínua e monitorização devido aos agravamentos clínicos - cirúrgicos, requerendo profissionais capacitados e habilitados para realizarem cuidados específicos e intervenções imediatas conforme o surgimento das intercorrências. Segundo a RDC 7, 2010 a unidade de terapia intensiva (UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (ANVISA, 2010). O aparato tecnológico se torna parte essencial na rotina dos profissionais atuantes na UTI e os alarmes elementos integrantes desse contexto. No caso descrito os alarmes provavelmente, podem ter sido ignorados ou desabilitados impedindo que houvesse uma avaliação imediata, mediante a intercorrência do desposicionamento da cânula de TQT, visto que, o ventilador mecânico sinaliza através de alarmes sonoros e visuais na ocorrência de problemas relacionados à ventilação inadequada. Vale ressaltar a importância da avaliação do padrão respiratório através da ausculta pulmonar, detecção de secreções nas vias aéreas, fixação correta da cânula

de TQT, verificação da pressão de *cuff* e posicionamento do circuito do ventilador mecânico, acompanhamento do padrão ventilatório e presença à beira leito do enfermeiro durante a higiene diária e manipulação do paciente criticamente enfermo. Sabendo-se que a SLA é uma mioclonia pós-hipóxia na forma crônica podendo se manter após o paciente retornar do estado de coma e essa mioclonia sendo um estado de movimentos involuntários e descontrolados dos grupamentos musculares dificultando assim a coordenação motora do paciente (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012). Comumente estas mioclônias atenuam-se ou mesmo desaparecem durante um estado de relaxamento muscular ou mesmo durante o sono<sup>5</sup>, ainda não possui uma fisiopatologia muito bem compreendida, sabe-se que há alterações eletroneurofisiológicas e neuroquímicas responsáveis por sua apresentação clínica, porém, ainda muito pouco compreendida (DAMIANI; NETO; UEDA; SCHNEIDER, 2012), com isso, o paciente se torna dependente do cuidador, incluso na teoria do autocuidado de Wanda Horta onde este cuidado é empregado diretamente pelo cuidador. A partir desses conhecimentos foram identificados alguns Diagnósticos de Enfermagem (DE) que entendemos ser primordiais para o cuidado do paciente com SLA. Sendo assim, organizamos na tabela 1 para melhor visualização do diagnóstico com suas respectivas condutas.

**Tabela 1:** Diagnósticos e condutas de enfermagem para paciente com SLA

Diagnóstico de Enfermagem	Condutas
Risco de glicemia instável relacionado ao estado de saúde mental	- Realizar curva glicêmica para observar o padrão de glicemia nas 24 horas.
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado à sedação e medicamentos que causam vasoconstrição	- Avaliar a necessidade da passagem de um cateter de temperatura esofagiana, pois assim tem o controle contínuo da temperatura.
Mobilidade no leito prejudicada relacionado à medicamentos sedativos, prejuízo cognitivo, neuromuscular caracterizado por capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a mudança de decúbito de 2/2 horas para que haja melhora na circulação, principalmente da periferia, pois paciente encontra-se em uso de medicamentos vasoconstritores que diminuem a circulação periférica.</li> <li>- Realizar a inspeção da pele a cada mudança de decúbito.</li> <li>- Observar integridade cutânea.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protetores cutâneos em caso de hiperemia não reativa.</li> <li>- Aplicar escala de Braden.</li> </ul>
Risco de perfusão renal ineficaz relacionado à hipóxia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantificar débito urinário horário.</li> <li>- Avaliar as parciais do débito urinário de 6/6 horas.</li> <li>- Avaliar escórias renais em exame hematológico.</li> </ul>
Risco de aspiração relacionado à presença de traqueostomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a aspiração de vias aéreas sempre que necessário de acordo com a ausculta pulmonar e dinâmica ventilatória.</li> <li>- Observar através da curva de fluxo do ventilador mecânico a presença de secreção.</li> <li>- Verificar resíduo gástrico de 4/4 horas.</li> <li>- Avaliar o aspecto e volume da secreção traqueal.</li> </ul>
Risco de perfusão cerebral ineficaz relacionado a infarto recente e antecedente de hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar valor de Pressão Intracraniana (PIC).</li> <li>- Mensurar a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) através da subtração da PIC menos a pressão arterial média (PAM).</li> <li>- Atentar para níveis pressóricos.</li> <li>- Manter PAM entre 60 a 90 mmHg.</li> <li>- Avaliar pupila de 1/1 hora.</li> </ul>
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada à hipoxemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ausculta cardíaca e atentar quanto às bulhas cardíacas.</li> <li>- Observar valor de frequência cardíaca e pressão arterial.</li> </ul>
Integridade da pele prejudicada relacionado a fatores mecânicos caracterizados por rompimento da superfície da pele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar óstio de punções e de traqueostomia.</li> <li>- Realizar curativo diário.</li> <li>- Avaliar leucograma.</li> </ul>

Fonte: Duque de Caxias, 2015.

A Experiência vivida por nós enquanto acadêmicos diante do diagnóstico médico de SLA nos fez atuar como enfermeiros, aplicando diretamente a SAE, onde evidenciamos possíveis problemas reais e de risco, através da anamnese e exame físico onde estabelecemos os diagnósticos de enfermagem e traçamos condutas. **CONCLUSÃO:** Enquanto acadêmicos obtivemos a experiência de cuidar diretamente desta cliente o que nos aguçou por saber mais desta síndrome a qual quase não vemos em livros, não obtemos este conhecimento na graduação por se tratar de uma síndrome rara. Foi uma experiência muito importante para nossa vida acadêmica e profissional onde podemos conhecer mais de perto o que é a SLA e observar a diferença dos tipos, mesmo não tendo vivenciado ambos. A cliente desenvolveu o tipo agudo, onde podemos observar um dos principais sinais que são as mioclônias, que nos levou a ter uma visão mais centrada e um cuidado individualizado pautados na Sistematização da Assistência de Enfermagem. A visita clínica do enfermeiro e o treinamento da equipe para atuação precoce perante os possíveis agravos são indispensáveis para o manejo do caso.

**DESCRITORES: ENFERMAGEM; TERAPIA INTENSIVA; ENFERMAGEM EM NEUROCIÊNCIA**

#### **REFERÊNCIAS**

- BRASIL. ANVISA - RDC 7- Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Ministério da Saúde. 2010.
- DAMIANI, D; NETO, JA; UEDA, L; SCHNEIDER, R. Síndrome de Lance-Adams depois de parada cardiorrespiratória prolongada. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med.** v. 10, n. 2, p: 152-154. 2012.
- HAZINSKI, M. Destaque das diretrizes de American Heart Association para RCP e ACE. American Heart Association. Guidelines CPR ECC; 2010.
- NANDA. Diagnósticos de enfermagem da Nanda. Artmed. 2009-2011.
- COOPER, JB; GABA, DM; LIANG, B; WOODS, D; BLUM, LN. US National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety. **MedGenMed.** V.2, n.3, 2000. Disponível em: <http://www.npsf.org/download/researchagenda.pdf>, Acessado em 24/04/2015 às 16:00 hrs.
- VINCENT, C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009.