

SALA DE RECUPERAÇÃO: ADJUNTO INDISPENSÁVEL A UM SERVIÇO DE ANESTESIA

ARMANDO FORTUNA

Chefe do Serviço de Anestesia e Recuperação
Hospital Regional, Bauru, SP.

Desde os primórdios da técnica da narcose, foi vista a necessidade de um preparo adequado do paciente para o ato cirúrgico. A pré-medicação, mais ou menos como entendemos hoje, teve a sua origem com Claude Bernard, há quase um século.

Contudo, o pós-operatório imediato, sempre foi bastante descuidado. O máximo que se fazia, após uma intervenção de importância, era colocar o paciente em seu quarto ou enfermaria, vigiado por uma enfermeira, que, na maioria das vezes, estava sobrecarregada de serviço.

O primeiro a interessar-se seriamente pelo problema, foi o grande René Leriche, que sugeriu a criação de uma dependência especial onde ficassem os recém-operados, encontrando-se nesta todo o material necessário para quaisquer emergências.

Esta idéia custou muito a tomar vulto. Na França, foram os problemas criados com as técnicas de hibernoterapia que tornaram obrigatório este departamento. Na América e no Canadá, uma vez demonstrada a necessidade e a eficiência do sistema, este tornou-se praticamente obrigatório, não havendo hospital de bom padrão que não possuía o seu "recovery room".

É fato reconhecido que a mortalidade cirúrgica ocorre, em grande parte, nas 24 horas do pós-operatório imediato. Contrária-

AP3169

mente as idéias antigas, o doente está melhor protegido durante a operação (atmosfera de alto teor em oxigênio, transfusoterapia, medidas gerais anti-choque e, o mais importante, observação contínua) que quando esta termina.

As estatísticas de morte pós-operatórias, mostram que, muitas vezes, a causa do êxito foi uma cânula orofaringéia mal colocada, a falta de um aspirador, uma hipóxia crônica progressiva, ou outros fatores passíveis de correção. Não é de admirar que alguns anestesistas e cirurgiões considerem que o maior progresso feito pela especialidade, em consideração a vidas salvas, tenha sido a criação de um serviço especial de pós-operatório imediato, o S. R.

Entre nós, o primeiro serviço que vimos, dêste tipo, foi o do Hospital de Pronto Socorro do Rio de Janeiro, criado pela energia e entusiasmo do Dr. José Afonso Zugliani, que teve que lutar bastante para mostrar as imensas vantagens e a imperiosa necessidade de tal instalação. Atualmente, é de admirar que houvesse uma época em que tal departamento não existia, tais os imensos progressos que êste significou, e significa, em economia de vidas e material. Contribuiu, além do mais, para tornar o ato cirúrgico um "ato de equipe", na verdadeira acepção da palavra, onde só há um "capitão do team": o doente.

O exemplo do Hospital do Pronto Socorro foi seguido por poucas instituições, devido ao pouco caso e a incompreensão de alguns administradores e colegas. Contudo, não é difícil prever-se que, em alguns anos, o S. R. será parte integrante das plantas dos centros cirúrgicos de novos hospitais.

Organização e instrumental de um S. R.

O Centro de Recuperação deve ser um departamento dirigido pelo Anestesista do Hospital, auxiliado por enfermagem constante (24 h.), organizada em escalas de acôrdo. Um serviço de grande movimento deve, pelo menos de ter um anestesista de plantão cada 24 horas.

Nesta dependência, a medicação dos pacientes é feita em colaboração com os cirurgiões e clínicos, sempre que possível. Em casos de emergência, caberá ao anestesista executar qualquer terapêutica que julgar necessária.

FOLHA DE RECUPERAÇÃO



HOSPITAL REGIONAL

NOME

IDADE

SEXO

REG.

DATA

MOTIVO DO SOCORRO

ORDENS ESPECIAIS

ENFERMEIRA

MÉDICO

RESULTADO

RECUPERAÇÃO

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

MEDICAMENTOS
E LÍQUIDOS
INTRAVENOSOS

Código Temp. P.P.

RESPIRAÇÃO : 41° 300
290
280
270
260
40° 250
240
230
220
210
39° 200
190
180
170
160
38° 150
140
130
120
110
37° 100
90
80
70
60
PRESSÃO : 36° 50
40
30
20
10
0
PULSO :

OXIGÊNIO

POSIÇÃO

O C. R. ou S. R. deve estar o mais próximo possível do Centro Cirúrgico, a fim de evitar transportes demorados e perigosos para os doentes.

Serão mandados para a S. R. todos os doentes que suscitem dúvidas quanto ao seu estado, por menores que sejam estas.

O C. R. deve conter um mínimo de quatro camas por sala, sendo seis o máximo permitido. Normalmente, duas salas são suficientes, uma para enfermos masculinos e outra para pacientes do sexo feminino. A cada uma destas, deve corresponder uma enfermeira encarregada. Se possível, devem estas salas conterem sistema de ar condicionado.

O material mínimo para o C. R. deve ser o seguinte:

1) Um cilindro de Oxigênio com válvula redutora, debímetro, umidificador e tubuladura, para cada leito.

2) Dois aspiradores, com extensão suficiente de fio para serem colocados em quaisquer posições da sala. Cada aspirador deve ser provido de uma gaveta, contendo sondas de aspiração, tubulação e adaptadores.

3) Uma tenda de Oxigênio.

4) Um ressuscitador pneumático, modelo "Taka-Oka".

5) Um esterilizador adequado, de tamanho pequeno.

6) Um aspirador especial, com pressão negativa regulável, para atender a cirurgia de tórax, drenagens contínuas, etc.

7) Articulado com as ferragens da cama, um suporte para soros, possibilitando a aplicação em qualquer veia. Também dois suportes para frascos, presos à cama, com a finalidade de recolher líquidos eliminados (drenos, fístulas, etc.).

8) Um armário contendo medicação de rotina e de urgência. Seringas e agulhas de boa qualidade.

9) Um armário, com material anestésico indispensável: laringoscópios, cânulas endotraqueais, oro-faringéias e naso-faringéias; sondas finas (12 a 18F) para aspiração, intermediários, bolsa e máscara para respiração positiva, absorvedores, etc. Além disto, instrumental para traqueotomia, dissecação de veias, aspiração gástrica (Miller-Abbott) e sondagem, vesical ou retal. Num local bem

visível, ruelas e roscas para os cilindros de Oxigênio, além de algumas ferramentas indispensáveis.

10) Uma caixa fechada, esterilizada, contendo todo o material para uma reanimação cardíaca de urgência.

11) Número suficiente de "fichas de recuperação", que possibilitem acompanhar a evolução do paciente quase que de minuto a minuto. Ao fundarmos o Serviço de Recuperação do Hospital Regional de Bauru, mandamos imprimir uma ficha, semelhante às de anestesia, permitindo 12 horas de observação ininterrupta, contendo todos os elementos importantes que permitem, num relance, observar as condições do enfermo. Para melhor descrição, juntamos a ficha ao trabalho.

12) Mesa e cadeira para a enfermagem. Um livro de ordens e ocorrências, para evitar quebra de continuidade ao mudar o plantão.

Com relação ao instrumental, cremos que é suficiente. Alguns serviços americanos possuem um aparelho de RX, portátil, colocado na S. R. É de grande valia em poli-traumatizados e acidentados com lesões de tórax. Entre nós, seria pedir muito.

A alta do doente que se acha em observação no S. R., deve ser dada por escrito, pelo anestesista encarregado, quando as condições do paciente não inspirarem mais cuidados. De preferência, o transporte deve ser feito com a própria cama, que deverá ter rodas.

Em conclusão

Cremos que os resultados que temos visto e obtido com o C. R., justificam plenamente sua adoção geral em todos os Hospitais, pois consideramos importante e mesmo indispensável, para um ótimo resultado cirúrgico-anestésico, o funcionamento dum centro deste tipo.

Devemos acrescentar ainda o uso da S. R. em casos clínicos, principalmente de acidentes vasculares, enfartos, toxicoses, etc., permitindo assistência especializada quando esta é mais necessária.

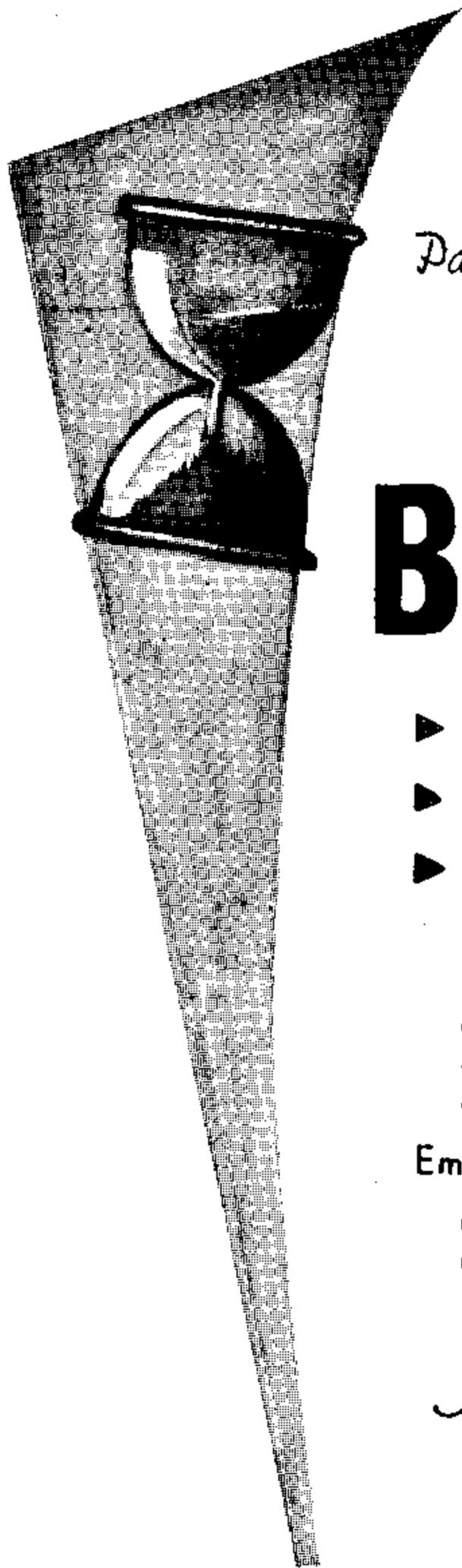
Esperamos que com a difusão generalizada das S. R., o lema da anestesia seja aproximado mais que nunca: "PRIMUM NON NOSCERE".

Resumo

O A. tece considerações a respeito da importância do Serviço de Recuperação para o pós-operatório imediato. Apresenta também uma ficha para este Serviço.

Summary

The author presents some considerations about recovery rooms. In the end, he shows a chart used in his department.



*Para narcose endovenosa
de ação ultra-curta*

BAYTINAL

- ▶ Narcose de curta duração
- ▶ Eliminação rápida e completa
- ▶ Despertar tranquilo sem excitação

Para intervenções cirurgicas de curta duração na policlinica, nas intubações, nas broncoscopias, no eletrochoque.

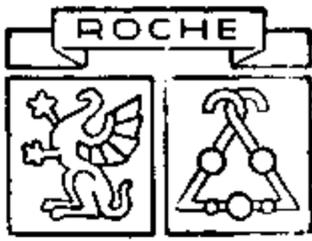
Embalagens

Caixa com 1 ampola de 1 g
Caixa com 25 ampolas de 1 g

A Chimica » Bayer « Ltda.

Rio de Janeiro

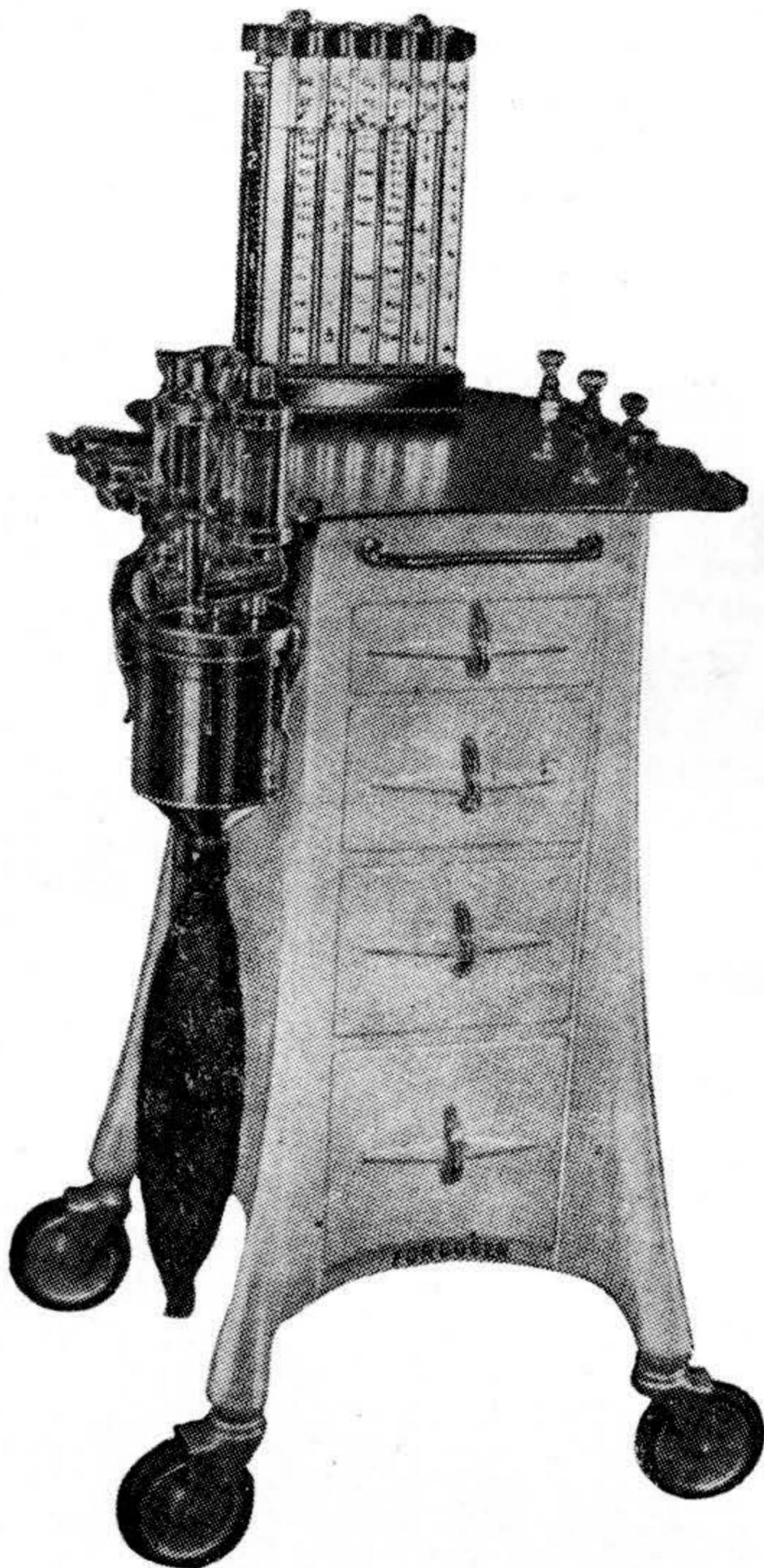




Prostigmine

Indicada na Intoxicação pelo Curare e para potencializar a ação da morfina e dos barbitúricos

FOREGGER



**Aparelhos de
Anestesia
e todos
acessórios
Intubação
endotraqueal
Gases e
Cal Sodada**

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL

SOCIEDADE IMPORTADORA GRASSI LTDA.

Rua Senador Dantas, 76 - Sobreloja

Tel. 22-1731 - Rio de Janeiro

Atendendo a sugestões dos Srs. anestesio-
logistas e ao fato de ser crescente a aceitação
da escopolamina em pré anestesia, acabamos
de expor à venda

Ampôlas de Solução de

BROMIDRATO DE ESCOPOLAMINA "MERCK"

0,5 mg : 1 cm³

Caixas com 25 ampôlas de 1 cm³



O preparado não está sujeito à legislação
de entorpecentes



COMPANHIA CHIMICA "MERCK" BRASIL S. A.

Caixa Postal 1651 — Rio de Janeiro