

Diagnósticos de Enfermagem no paciente com insuficiência cardíaca: Estudo de caso

Nursing diagnoses in patients with heart failure: A case study

DOI:10.34119/bjhrv3n5-132

Recebimento dos originais: 08/08/2020

Aceitação para publicação: 21/09/2020

Francisco Gabriel de Andrade Mota

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Instituição: Bolsista PIBIC da Universidade de Fortaleza/Fundação Edson Queiroz.

Endereço: Rua Raimundo Resende, 55, Dionisio Torres, Fortaleza – CE.

E-mail: fcogabriel@edu.unifor.br

Bárbara Cavalcante Menezes

Enfermeira Graduada da Universidade de Fortaleza.

Instituição: Residente em Infectologia da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: barbaracavalcantemenezes@hotmail.com

Bruna de Sousa Bezerra

Especialista em Hemoterapia e Hematologia da Universidade Estadual do Ceará.

Instituição: Coordenadora do Setor de Atendimento ao doado no Hemocentro do Ceará.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: brunabezerra86@gmail.com

Danielle Teixeira Queiroz

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará.

Instituição: Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Endereço: Rua Coronel Jucá, 291, Apt. 101, Meirelles, Fortaleza-CE.

E-mail: dteixeiraqueiroz@yahoo.com.br

Diana Thiers Oliveira Carneiro

Enfermeira Graduada da Universidade de Fortaleza.

Instituição: Universidade de Fortaleza.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: dianathiersth@gmail.com

Fred Oliveira Barros

Especialista em Emergência pela UNIFAMETRO.

Instituição: Celestista da Prefeitura de Fortaleza.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: fredoliveira_200@hotmail.com

João Victor Farias Mota

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Instituição: Bolsista PIBIC da Universidade de Fortaleza/Fundação Edson Queiroz.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: joaofariasmota@gmail.com

Weslei Pinheiro Mouzinho de Lima

Pós-Graduado em Unidade de Terapia Intensiva na Faculdade de Quixeramobim.

Instituição: Triagem Clínica no Hemocentro do Ceará.

Endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 221, Edson Queiroz, Fortaleza – CE.

E-mail: weslei91@hotmail.com

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) representa grande problema de saúde pública que gera gastos importantes para o governo, já que o paciente tem internações recorrentes que interferem nos níveis de morbidade e mortalidade, além de ser uma síndrome com alta cronicidade. O presente estudo proporciona para a comunidade científica a identificação de diagnósticos de enfermagem prevalentes em paciente IC que poderá trazer subsídios para a prática de enfermagem. Os dados para o estudo foram coletados a partir do histórico do paciente localizado em seu prontuário no Hospital de Messejana em Fortaleza-CE e em seguida esses dados foram analisados simultaneamente com a associação dos diagnósticos de enfermagem. Os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) muitas vezes experimentam sofrimento físico, psicológico, social e existencial; Além disso, diversos sintomas são comuns e resultam em aflição de moderada a grave durante os últimos 6 meses de vida em pacientes com insuficiência cardíaca sintomática. Portanto, uma maior atenção à gestão dos sintomas e advogando para os cuidados paliativos (CP) no início da trajetória de IC pode, potencialmente, reduzir sofrendo de sintomas físicos e psicológicos e diminuir o sofrimento associado com esta condição incurável.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Heart failure (HF) represents a major public health problem that generates important expenditures for the government, since the patient has recurrent hospitalizations that interfere with the levels of morbidity and mortality, in addition to being a syndrome with high chronicity. The present study provides the scientific community with the identification of nursing diagnoses prevalent in HF patients that may provide subsidies for nursing practice. The data for the study were collected from the patient's history located in their medical records at the Hospital de Messejana in Fortaleza-CE and then these data were analyzed simultaneously with the association of nursing diagnoses. Heart failure (HF) patients often experience physical, psychological, social and existential suffering; In addition, several symptoms are common and result in moderate to severe distress during the last 6 months of life in patients with symptomatic heart failure. Therefore, greater attention to symptom management and advocating for palliative care (CP) at the beginning of the HF trajectory can potentially reduce suffering from physical and psychological symptoms and decrease the suffering associated with this incurable condition.

Keywords: Heart failure. Health. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) representa grande problema de saúde pública que gera gastos importantes para o governo, além de ser uma síndrome com alta cronicidade, o paciente tem internações hospitalares recorrentes, tem diversos níveis de complicação interferindo negativamente nos níveis de morbidade e mortalidade de qualquer comunidade referente.

Essa patologia altera o sistema corporal, visto que afeta o funcionamento do coração e conseqüentemente o envio de nutrientes para os diversos tecidos adjacentes, necessitando de volemia elevada para compensar. Essa se torna o maior agravo cardíaco, já que congestiona toda circulação pulmonar e sistêmica e sendo consequência das demais patologias do coração (GALVÃO et al., 2016).

Segundo o DATASUS (2014), ocorrem 36.871 óbitos no Brasil por conta da IC, no período de 2008-2014. É sabido que a IC tem grande impacto em se tratando de internações dos países de primeiro mundo e tem como principal característica a sua letalidade. O tempo de internação pode se prolongar em 12 a 15% dos pacientes por 3 meses em média, e 30% costumam estender a internação por 1 ano e podendo piorar com o agravo na disfunção do ventrículo esquerdo. 24 a 30% dos pacientes ainda são reinternados.

É indispensável à manutenção das necessidades humanas básicas, visto que o pós-transplantado se recupera de uma sedação e para garantir a efetividade do tratamento. O profissional mais adequado para liderar e implementar a assistência ao paciente é o enfermeiro, necessitando de atualização técnica, científica e humanística para tal (MATOS et al., 2015).

Gomes et al. (2014) afirma que o Processo de Enfermagem (PE) é o método utilizado para alcançar tais benefícios citados no parágrafo anterior. Esse processo é constituído por uma sequência baseada em planejamento para evitar erros e fornecer cuidados de excelência. As etapas são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e validação de resultados.

O interesse pela temática surgiu com as disciplinas de clínica e participação da monitoria de primeiros socorros, somadas à vivência do estágio curricular em hospital da rede pública especializado em doenças cardiopulmonares, foi possível visualizar de perto o quanto é grandioso e abrangente os conhecimentos necessários para cuidar de pacientes com distúrbios cardíacos e aprofundar no tratamento do portador de IC.

O presente estudo proporciona para a comunidade científica a identificação de diagnósticos de enfermagem prevalentes em paciente IC que poderá trazer subsídios para a prática de enfermagem.

Destaca-se então a função do enfermeiro de fornecer cuidados intensivos, farmacológicos, perioperatórios e outros. Todos esses devendo ser fundamentados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na qual, torna a profissão científica. Assim, os resultados devem nortear os enfermeiros para guiar no cuidado com esses pacientes.

2 MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO:

Foram pesquisados artigos na Biblioteca em Saúde de Enfermagem, onde foram achados 162 artigos disponíveis em Inglês, português e espanhol. Foi achado, também, artigos do Google Acadêmico em português e inglês. Todos estes, indexados nas bases da medline, lilacs e ibecs, porém, aproveitou-se 4 artigos apenas, com o tema de IC. Foi coletado dados demográficos do DATA-SUS mais recente.

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou o método de estudo de caso único, de natureza representativa.

2.2 LOCAL DO ESTUDO:

O estudo foi realizado na Unidade B do Hospital de Messejana (Hospital do coração), Fortaleza-CE.

2.3 PARTICIPANTE DO ESTUDO:

T.M.B., masc., Dor precordial + IAMST em 06/10/16 + Síndrome Coronariana Aguda + história de IAM há 6 anos + HAS + DM + IC.

2.4 COLETA DE DADOS:

Coletados a partir do histórico do paciente localizado em seu prontuário. A anamnese feita a beira do leito com o paciente e depois o exame físico.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS:

A partir verificação do problema central e posteriormente os concomitantes do paciente, iniciou-se a coleta de dados. Em seguida analisados simultaneamente com a associação dos diagnósticos de enfermagem Nanda, intervenções relacionadas NIC a em associação aos resultados esperados NOC, ambos cabíveis 2015-2017.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS:

A pesquisa obedeceu a todos os critérios da Resolução 466/12, uma vez que, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e o sujeito responsável assinou o termo de consentimento livre esclarecido para autorização da pesquisa.

3 RESULTADOS

3.1 DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Insuficiência cardíaca em decorrência de e IAM e Síndrome Coronariana Aguda.

3.2 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

T.M.B., 59 a, masc., natural de Ipoeiras-CE e precedente de Cascavel, união estável, aposentado por invalidez de trabalho agrícola. Admitido por dor precordial, história prévia de IAM há 6 anos, IAMSST constatado em Eletrocardiograma, Síndrome Coronariana Aguda, HAS e DM. Pai faleceu de AVC aos 71 anos. Mãe faleceu de CA de intestino grosso aos 71 anos. Irmão teve morte súbita. Procurou o serviço relatando náuseas, dispneia e angina no peito. Tomava apenas, carvedilol em 25 mg via oral 2x ao dia.

3.3 EXAMES REALIZADOS

Diagnóstico médico:

Insuficiência cardíaca em decorrência de e IAM e Síndrome Coronariana Aguda.

Histórico de Enfermagem

T.M.B., 59 a, masc., natural de Ipoeiras-CE e precedente de Cascavel, união estável, aposentado por invalidez de trabalho agrícola. Admitido por dor precordial, história prévia de IAM há 6 anos, IAMSST constatado em Eletrocardiograma, Síndrome Coronariana Aguda, HAS e DM. Pai faleceu de AVC aos 71 anos. Mãe faleceu de CA de intestino grosso aos 71 anos. Irmão teve morte

súbita. Procurou o serviço relatando náuseas, dispneia e angina no peito. Tomava apenas, carvedilol em 25 mg via oral 2x ao dia.

Exames realizados

(09/10/2016) Ecocardiografia: Imagem apical compatível com trombo.

(10/10/2016) Cateterismo: FE: 33%.

(18/10/2016) Ultra-som de região inguinal: pequeno hematoma em partes moles e superficiais. Linfonodomegalia de aspecto reacional/inflamatório.

(09/11/16) Rins ecograficamente normais: presença de cisto simples à direita.

3.4 TERAPIA FARMACOLÓGICA

AAS 100 mg VO 1x dia

Anticoagulante plaquetário.

Hipertensão

Atentar para hipotensão, verificar tomada diária do remédio, orientar paciente quanto ao risco de hemorragias.

Carvedilol 25 mg VO 12/12h

Antagonista neuro-hormonal de ação múltipla, com propriedades betabloqueadora não seletiva, alfabloqueadora e antioxidante.

IC, angina do peito e hipertensão arterial.

Atentar para história prévia de alergia medicamentosa, verificar piora no quadro de IC (comunicar ao médico), rigor no uso do DX (mascara sintomas da diabetes).

Losartan 50 mg 12/12h

Antagonistas dos receptores de Angiotensina.

Benéfico para IC e evita agravamento em caso de nefropatia pré-estabelecida.

Atentar para hipotensão, verificar pressão.

Sustrate 10 mg VO 1x dia

Vasodilatador coronariano.

É indicado para a prevenção de crise aguda de angina resultante de exercícios ou atividades diárias em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.

Um paciente acostumado a tomar nitroglicerina não terá dificuldade em distinguir esta substância do sustrate, se ambas forem administradas sublingualmente.

Clopidogrel 75 mg VO 1x dia

Antiagregantes plaquetares.

Usado no tratamento e prevenção da trombose arterial.

Atentar para hipotensão, verificar tomada diária do remédio, orientar paciente quanto ao risco de hemorragias.

Xarelto 20 mg VO 1x dia

Inibidor direto altamente seletivo do fator Xa com biodisponibilidade oral. Converte trombina em protrobina e acelera a cascata de coagulação.

Prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes adultos submetidos à cirurgia eletiva de artroplastia de joelho ou quadril.

Atentar para hipersensibilidade e sangramento significativo prévios. Qualquer queda de hemoglobina ou da pressão arterial sem explicação deve levar à investigação de um local com sangramento.

Diazepan 5 mg VO 1 comp. Dia

Benzodiazepínicos e possui propriedades ansiolíticas, sedativas, miorelaxantes, anticonvulsivantes e efeitos amnésicos.

Ansiedade aguda e pânico assim como na agitação motora.

Atentar para rigor da tomada da medicação para prevenir abstinência medicamentosa. Orientar a não ingestão de bebidas alcoólicas.

Metformina 500 mg VO no café, almoço e jantar.

Aumenta a captação da glicose periférica, melhorando a ligação da insulina aos seus receptores.

Aumentaria a sensibilidade das células à insulina. A insulina é o hormônio responsável pela colocação da glicose do sangue dentro das células do organismo para que seja gasta como combustível ou estocada. Resistência à insulina é uma disfunção onde quantidades excessivas de insulina são necessárias para colocar a glicose dentro das células.

Diabetes mellitus tipo 2.

Alertar paciente sobre sintomas da hipoglicemia e seus efeitos quando este medicamento for usado com outras drogas hipoglicemiantes tais como sulfonilureia e/ou com insulina, além de possível aparecimento de náuseas, vômitos e diarreias.

Insulina NPH 24 UI 6h, 24 UI antes do almoço e 36 UI às 21h.

Carreia glicose para metabolização celular.

Diabetes

Atentar para hipoglicemia, DX 5x dia.

Insulina regular antes do jantar 18 UI.

Carreia glicose para metabolização celular.

Atentar para hipoglicemia, DX 5x dia.

3.5 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados
Débito Cardíaco Diminuído	<p>Avaliar o tipo de choque que o paciente pode estar desenvolvendo: hematogênico, séptico, psicogênico, cardiogênico e vasogênico.</p> <p>Manter paciente em Semi-Fowler. E em presença de choque, deixar cabeceira de 20 a 30° para reduzir o consumo de O2 e evitar a descompensação.</p> <p>Administrar O2 em fluxos altos para melhorar perfusão tissular e cardiopulmonar.</p>	<p>Reduz o consumo de O2 e evitar a descompensação.</p> <p>Melhorar perfusão tissular e cardiopulmonar.</p>
Perfusão Tissular periférica ineficaz relacionados à HAS+DM	<p>Avaliar situação atual ou a existência de distúrbios que possam afetar a perfusão de todos os sistemas do organismo e comprometer a circulação/perfusão.</p> <p>Determinar tempo de enchimento capilar para avaliar adequação da circulação sistêmica.</p> <p>Avaliar de atividade física altera os pulsos.</p> <p>Avaliar se há dor ou hipersensibilidade nas panturrilhas com dorsiflexão do pé, edema e eritema. (investigando TVP)</p> <p>Administrar fármacos antiplaquetários e antitrombolíticos para melhorar de perfusão tissular ou de órgãos.</p> <p>Conversar com paciente sobre fatores de risco (história de etilismo e tabagismo, atividade física, roupas</p>	<p>Apresentará melhora na perfusão conforme o caso.</p> <p>Verbalizará compreender o problema, o regime terapêutico, e quando deve entrar em contato com os profissionais de saúde.</p>

	apertadas, ficar em mesma posição por tempo prolongado).	
Ansiedade relacionada com risco de morte.	Determinar fármacos prescritos atualmene e a história recente dos fármacos (corticoides, pílulas para emagrecer e cafeína) que possam acentuar o nível de sentimentos de ansiedade. Identificar a percepção do cliente quanto a ameaça representada pela situação. Monitorar sinais vitais para identificar respostas físicas em relação a ansiedade.	Perceberá estar relaxado dirá que a ansiedade foi atenuada a um nível suportável. Expressará consciência de dos sentimentos de ansiedade.

Os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) muitas vezes experimentam sofrimento físico, psicológico, social e existencial; Além disso, diversos sintomas são comuns e resultam em aflição de moderada a grave durante os últimos 6 meses de vida em pacientes com insuficiência cardíaca sintomática. Portanto, uma maior atenção à gestão dos sintomas e advogando para os cuidados paliativos (CP) no início da trajetória de IC pode, potencialmente, reduzir sofrendo de sintomas físicos e psicológicos e diminuir o sofrimento associado com esta condição incurável. No entanto, a investigação que incide sobre o impacto do CP sobre a carga sintoma, depressão e qualidade de vida (QV) em IC ainda está em sua infância. A evidência atual para a eficácia dos programas de PC em IC estão limitados a alguns estudos retrospectivos. O âmbito de tais programas tradicionalmente inclui consultas hospitalares, unidades de CP, e em regime de internamento e cuidados em casa cuidados paliativos; estudos que examinam intervenções PC em ambulatorios são limitados, e para nosso conhecimento, evidência para apoiar os benefícios potenciais de uma consulta ambulatorial CP não estão disponíveis (EVANGELISTA et al., 2012).

3.6 EVOLUÇÕES

3.6.1 Evolução de Enfermagem (1ª)

T.M.B., masc., 59a, 37º DIH por: Dor precordial, história de IAM há 6 anos +HAS+DM prévios, IAMSST em 06/10/16 e Síndrome Coronariana Aguda. Orientado em tempo e espaço com glasgow 15. Cabeça e couro cabeludo sem anormalidades. PIRRLA +, pálpebras normocoradas, em AA, afebril. Paciente relata ansiedade relacionada ao resultado da cirurgia.

Relata boa acuidade visual e auditiva. Boa aceitação de dieta, com evacuações presentes. Conciliar sono e repouso. Sem alterações em gânglios linfáticos. Tórax simétrico e sem anormalidades. Na ausculta pulmonar, MVU presentes e sem crepitações. Na ausculta cardíaca, RCR, BNF em 2 tempos e sem sopros em todos os focos. Abdômen globoso com RHA em cólons ascendente, descendentes e sigmoide. Pulsos tibial posteriores palpáveis e pedioso não palpáveis com enchimento capilar de 3 seg em 4º e 5º metatarso “E” e “D”. Débito urinário satisfatório, cor amarelo citrino. Eliminações intestinais sólidas de cor marrom. Coletado dados de exames, medicações e cirurgia. Segue aguardando cirurgia de revascularização miocárdica aos cuidados de enfermagem.

ACD. ENF. Fred Oliveira Barros.

3.6.2 Evolução de Enfermagem (2ª)

T.M.B., masc., 59a, no 39º DIH por: Dor precordial + IAMST em 06/10/16 + Síndrome Coronariana Aguda + história de IAM há 6 anos + HAS + DM. Evolui consciente, orientado em tempo e espaço com glasgow 15. Cabeça e couro cabeludo sem anormalidades. PIRRLA +, pálpebras normocoradas, em AA, afebril. Paciente bem humorado e sem queixas. Relata boa acuidade visual e auditiva. Boa aceitação de dieta, relata evacuar a cada 3 dias. Conciliar sono e repouso. Sem alterações em gânglios e linfonodos não palpáveis. Tórax simétrico e sem anormalidades. Na ausculta pulmonar, MVU e sem crepitações. Na ausculta cardíaca, RCR, BNF em 2 tempos e sem sopros em todos os focos. Abdômen globoso com RHA em cólons ascendente, descendentes e sigmoide. Pulso tibial posteriores palpáveis e pedioso não palpáveis com enchimento capilar de 4º e 5º metatarso com 3 seg, ambos em MMII “E” e “D”. Débito urinário satisfatório, cor amarelo citrino. Eliminações intestinais sólidas de cor marrom. Coletado dados de exames, medicações e cirurgia. Segue aguardando cirurgia de revascularização miocárdica aos cuidados de enfermagem.

ACD. ENF. Fred Oliveira Barros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo possibilitou fazer associações do paciente que possui as cardiopatias citadas anteriormente com as intervenções de enfermagem mais adequadas ao mesmo de forma pragmática e indo de acordo com a literatura. Isso sem falar com os demais achados pertinentes somente a este caso.

Paciente demonstrou oscilação de humor importante de um dia para outro reforçando evidenciando fragilidade mental e fazendo-se necessária a verificação da tomada da medicação correspondente. As demais patologias demonstram estar devidamente controladas pela terapia medicamentosa, porém é importante chegar a questão vascular dos MMII com o devido especialista.

REFERÊNCIAS

EVANGELISTA, Lorraie S. et al. Examining the Effects of an Outpatient Palliative Care Consultation on Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Patients With Symptomatic Heart Failure. *J Card Fail*, California, v. 18, n. 12, p.894-899, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931304/?tool=pubmed>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

GALVÃO, Paulo Cesar da Costa et al. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enferm*, Pernambuco, v. 21, n. 2, p.1-8, 19 maio 2016.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 16, n. 2, p.124-129, jun. 2014.

MATOS, Selme Silqueira de et al. Transplantados Cardíacos em Pós-operatório Mediato: diagnóstico de enfermagem segundo pressupostos de horta. *Rev. Sobecc*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.228-235, dez. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5304.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

Ministério da Saúde. Datasus: mortalidade - 2008 a 2014, pela CID-10 – Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 12 set. 2016.