

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO IDOSO COM MÚLTIPLAS PATOLOGIAS INSTITUCIONALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Flávia Buarque Tenório Lopes de Souza (1); Joelma Elis dos Santos (2); Mariana Medeiros Brandão (3); Maíza Santana de Moraes (4); Laíse Gabrielly Matias de Lima Santos (5).

¹Autora, Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (UNIT/AL) e Pós-graduanda de Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Integrada de Patos (FIP/CEPEM) (flavinha.buarque@gmail.com).

²Estudante de graduação de Enfermagem no Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (UNIT/AL) (joelmaa.mcz@hotmail.com). ³Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (UNIT/AL) (marii_m.brandao@hotmail.com). ⁴Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (UNIT/AL) (maiza_sm@hotmail.com). ⁵Orientadora e Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (UNIT/AL) (laise_gabrielly@hotmail.com).

Introdução

A institucionalização hospitalar de idosos acontece quando a tentativa inserção social dos pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos, não é alcançada. Atualmente, sabe-se que o processo de envelhecimento com ausência de doenças crônicas é mais a exceção do que a regra. E quanto mais doenças, principalmente as crônico-degenerativas, que um paciente carrega consigo, maior será sua dependência de cuidados de saúde continuados. Sendo assim, fazem-se necessários avanços da tecnologia nas ciências da saúde oferecendo à estes pacientes a chance de viver mais confortavelmente e em melhores condições^{1,2}.

A prevalência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) aumenta a partir dos 60 anos, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cânceres, dentre outras³. O Herpes Zoster (HZ), apesar de não ser uma DCNT, pode ser consequência destas, pois é uma doença comum em idosos e está ligada à reativação do vírus quando há uma baixa da imunidade do organismo, como nos pacientes oncológicos⁴.

Dentro deste contexto, conforme o pensamento de Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes para manter o autocuidado, outra pessoa deve fazê-lo, no caso o enfermeiro, baseado em conhecimentos teóricos e práticos deve contribuir de forma integral para o cuidado do idoso com múltiplas doenças quando institucionalizado no ambiente hospitalar, através da Sistematização da Enfermagem (SAE)⁵.

O objetivo deste estudo é descrever o quadro clínico e a SAE de/para uma paciente idosa portadora de Cardiopatia, Câncer (CA) de colo uterino e CA de bexiga, HAS, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II) e HZ. Justificando-se desta forma discutir a problemática e aprimorar os conhecimentos de enfermagem, tendo vista uma melhor avaliação dos planos de cuidados que visam prevenir

complicações e melhorar o prognóstico e qualidade de vida dos pacientes idosos com múltiplas patologias institucionalizados em ambiente hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizado por estagiárias de enfermagem do UNIT/AL, na instituição hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Maceió (SCMM), no mês de abril, acerca do quadro clínico, desenvolvimento e aplicação de um plano de cuidados de enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) e a SAE, a uma paciente portadora Cardiopatia, Câncer de útero e Câncer de bexiga, HAS, DM II e HZ, bem como revisão de literatura com artigos dos últimos cinco (05) anos encontrados nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, utilizando-se dos descritores: “idoso”, “cuidados de enfermagem” e “institucionalização”, além de livros.

Resultados e Discussão

Sumário de Situação: G. C. S., D.N: 30/10/1948, 68 anos, feminino, branca, viúva, aposentada, dona do lar, residente e proveniente de Maceió - Alagoas, bairro do Prado. Possui dois (02) filhos. Paciente acompanhada de cuidadora. Deu entrada no hospital geral do estado de Alagoas (HGE-AL), no dia 29/03/2017, tendo como queixa principal fortes dores abdominais e ausência de evacuações há oito (08) dias. No mesmo dia foi submetida há medicações analgésicas (Morfina EV) e duas (02) lavagens intestinais com retorno de fezes compactadas. Resultados dos exames: creatinina 1,3 mg/dL, sedimentoscopia 10 a 20 leucócitos por campo. Relatado que fez há um (01) mês terminou tratamento de seis (06) meses devido a Infecção do Trato Urinário (ITU). Transferida para SMMC no dia 30/03/2017, com sinais de Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), com taquipnéia (24ipm), hipertermia (38,5°C) e com diagnóstico médico de foco infeccioso abdominal e urinário, e sinais de disfunção orgânica (creatinina < 2,0 mg/dL). Quando criança, paciente teve catapora, caxumba e sarampo. Paciente portadora de Cardiopatia (esta não especificada no prontuário e sem conhecimento total pela paciente), com uso de marcapasso desde 2015, HAS, DM 2, Herpes Zoster, Cânceres (CA) de útero e bexiga. Em setembro e outubro de 2000 realizou 4 aplicações de braquiterapia de alta taxa de dose, no hospital de câncer de Pernambuco. Iniciou tratamento quimioterápico, radioterápico e braquiterapia periódicos de CA de útero e bexiga apenas em 2006. Apresenta história prévia cirúrgica de: torcotomia com drenagem fechada em setembro de 1996 (CID/10 nº J90.X), colecistectomia (CID/10 nº K82.9) e herniorrafia

incisional em abril e maio de 1999 (CID/10 nº K46.9). Mãe faleceu de hemorragia no momento do parto de seu nascimento, desconhecendo a história patológica materna, e pai era portador de HAS e DM (sic). Refere também que irmã mais velha faleceu há mais de 10 anos devido a CA de útero. Os outros irmãos: um portador de HAS e uma irmã portadora de DM. Seus dois filhos hígidos (sic). Refere que “come de tudo um pouco” (sic), mas apresentando anorexia há 15 dias. Passada sonda nasogátrica em 31/03/2017 para alimentação, pois a paciente recusava-se a comer, sendo retirada no dia 03/04/2017. No momento recebendo alimentação Via Oral (V.O) pastosa hipossódica e hipoglicêmica, além de dieta parenteral hiperprotéica em bolsa em bomba de infusão. Ingere pouca água, sedentária, sono preservado, diurese preservada, passa maior parte do tempo deitada, como consequência das dores abdominais e devido a isto, afirma não deambular. Desde 31/03/17 vem apresentando evacuações fisiológicas uma vez ao dia, em uso de fralda. Afirma nunca ter feito uso de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas. Prescrições e medicações na instituição do dia (11/04/17): Alimentação parenteral hiperprotéica e hiperlipidêmica, Soro Fisiológico (SF) 0,9%, Meropenem, Codex, Muvinalx, Clexane, Dimorf, Captopril, Reparil gel bisnaga, Dermodex pomada, Aciclovir, Prednisona, Omeprazol sódico, Ondansetrona, Dimeticona, Metformina, Aferir glicemia capilar 06/06 horas, Insulina Regular, Hidroclorotiazida, Mudança de decúbito a cada 02 horas, Cabeceira elevada 30°; O2 úmido em máscara de venturi SOS. Ao exame físico: SSVV: P.A = 150x90 mmHg aferido com esfigmomanômetro em MMSS esquerdo sentada (152x97 mmHg de acordo com monitor multiparâmetro); FC (aórtico) = 92bpm; FV = 18ipm; T° (axilar) = 36,4°; P (radial) = 77ppm; Saturação: 96%. Altura: 1,70cm; Peso: 95kg; Diagnóstico nutricional: obesidade. Paciente orientada, lúcida no tempo e espaço, porém pouco comunicativa, diz-se indisposta, afirma deambular, apesar de permanecer maior parte do tempo deitada, regular estado geral (REG). Pele hipocorada com manchas hiperocrômicas e turgor diminuído. Cabeça: sem alterações. Face atípica e com pele hipocorada. Nariz retilíneo com presença de poucos mucopolissacarídeos, em uso de máscara de Venturi com oferta de O2 com fluxo de 15L/min. Lábios hipocorados e ressecados. Presença e curativo oclusivo de acesso venoso central para NPT em jugular esquerda. Tórax sem alterações; AP: MVU + em AHT s/ R.A em tórax posterior; ACV: RCR em 2T, com BNF c/ sopro. Abdome: pele hipocorada, globoso e distendido; ruídos hidroaéreos presentes em QID e QSD; som submaciço em quadrantes á percussão; com dor leve à superficial e moderada à palpação profunda. Genitália: não visualizada, porém sem queixas. Presença de hiperemia e lesões vésico-bolhosas em região sacral, a paciente não sabe relatar desde quando, porém afirma que estas regridem e depois voltam, coçam e doem quando friccionadas no leito e na cadeira. MMSS: hipocorados, com

presença de punção venosa periférica na região dorsal da mão direita. MMII edemaciados (+++/4+), com rede venosa visível e hipocorados. Plano de cuidados de enfermagem orientado e prescrito conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem, construída de acordo com Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE)⁶.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Hipertensão em nível alto no idoso.
RESULTADOS ESPERADOS
Hipertensão melhorada no idoso.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Aferir pressão arterial manualmente 06/06 horas.
Realizar medicação anti-hipertensiva conforme prescrição médica.
Ofertar alimentação hipossódica conforme prescrição nutricional.
Evitar oferta de elevada quantidade de líquidos oral e intravenoso.

Quadro 1^{6,7,8}.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Lesão presente em região sacra no idoso.
RESULTADOS ESPERADOS
Lesão ausente em região sacra no idoso.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Realizar higiene corporal cuidadosamente na região da lesão.
Aplicar medicação conforme prescrição médica.
Avaliar diariamente evolução/regressão da lesão.

Quadro 2^{6,7,8}.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Risco alto de lesão por pressão nas regiões de proeminências ósseas no idoso.
RESULTADOS ESPERADOS
Risco baixo de lesão por pressão nas regiões de proeminências ósseas no idoso.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Realizar mudança de decúbito de 02/02 horas.
Utilizar coxins de lençóis e travesseiros em regiões de proeminência de ósseas.
Manter ingestão regular de líquidos por via oral.
Realizar higiene corporal diariamente.
Observar sempre aspecto da pele em proeminências ósseas.

Quadro 3^{6,7,8}.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Habilidade para o autocuidado comprometida no idoso.
RESULTADOS ESPERADOS
Habilidade para o autocuidado melhorada no idoso.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Solicitar atuação do serviço de fisioterapia.
Realizar movimentação passiva de membros no momento do banho.
Prescrever diariamente à equipe de enfermagem cuidados diários de higiene pessoal.

Quadro 4^{6,7,8}.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Risco alto de flebite em cateter venoso periférico (CVP) e cateter venoso central (CVC).
RESULTADOS ESPERADOS
Risco baixo de flebite em cateter venoso periférico (CVP) e cateter venoso central (CVC).
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Identificar sinais de flebite na inserção do cateter (rubor, calor, dor, secreção, edema).
Realizar curativo oclusivo com técnica asséptica diariamente.
Trocar o sistema de infusão de nutrição parenteral (NPT) a cada 24 horas.
Trocar equipos simples, buretas, extensões, torneirinhas e outros dispositivos a cada 72 horas.
Trocar CVP a cada 72 horas no máximo e CVC de acordo com normas da instituição hospitalar.
Proteger o cateter durante o banho para não molhar.
Identificar precocemente sinais e sintomas de sepse.

Quadro 5^{6,7,8}.

Conclusão

O enfermeiro e a equipe de enfermagem desempenha um importante papel em relação aos pacientes idosos portadores de múltiplas patologias. As respostas de uma população envelhecida dependem da promoção e a educação em saúde, da prevenção e do retardamento de doenças e fragilidades. Por isso, o incentivo à autonomia é uma iniciativa que deve ser ampliada. Só assim será possível assegurar mais conforto e qualidade de vida aos idosos com comorbidades e bem-estar à população como um todo. Tem-se, portanto, que a temática abordada é de grande valia para os novos profissionais e atualização dos que já possuem experiência para o fortalecimento do modelo assistencial focado nesses pacientes.

Referências Bibliográficas

1. Romero DE, Marques A, Barbosa AC, Sabino R. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010. v.1, p. 249-78.
2. Veras, RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models. Cad. Saúde Pública vol.28 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012.
3. Campolina AG, Adami F, Santos JFL, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1217-1229, jun, 2013.
4. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Herpes: herpes simples e herpes zoster. Rio de Janeiro, 2016.
5. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev Min Enferm. 2013 jan/mar; 17(1): 192-199.
6. CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo, 2011.
7. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8 ed. 1568 p.
8. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 11ª ed. Editora Guanabara koogan. Rio de Janeiro: Interamericana, 2009.