

PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raissa Lima Coura Vasconcelos (1); Herta Nadete Silva de Lucena (2); Sidcleia Kécia Vieira Silva (3); Fabiane Rocha Botareli (4)

(1) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: raissinhacoura@gmail.com*

(2) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: hertanadete@gmail.com*

(3) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: kecia.vieira7@gmail.com*

(4) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: fabibotarelli@hotmail.com*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a doença cardiovascular é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Em nosso meio, tem sido observado um aumento anual de aproximadamente 20% no número de internações por síndrome coronariana aguda e de 29% na taxa de letalidade relacionada, no ano de 2010¹.

No infarto do miocárdio (IM) ocorre destruição permanente de uma área do miocárdio, tipicamente devido à ruptura de uma placa e formação subsequente de trombo, resultando em oclusão completa da artéria. Outras causas de IM incluem vasoespasmos (constrição ou estreitamento súbitos) de uma artéria coronária, diminuição de suprimento de oxigênio e demanda aumentada de oxigênio. Em todos esses, há um desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio relacionada ao miocárdio².

Pacientes com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) devem ter a sua avaliação inicial feita o mais rápido possível, idealmente nos 10 primeiros minutos, assim como devem ser submetidos a um tratamento básico de fácil memorização com a clássica frase “MONA” ou, mais recentemente MONABCH, que consiste na utilização de Morfina, Oxigênio, Nitratos, AAS, Betabloqueadores, Clopidogrel e Heparina, salvo contraindicações específicas¹.

A estratégia de abordagem dos pacientes admitidos com IAM com supra de ST começa com adequado reconhecimento e classificação de risco dos casos de dor torácica, seguido de rápida admissão à sala de emergência, repouso no leito e realização de eletrocardiograma de 12 derivações num prazo não superior a 10 minutos. Nesse período, a realização de anamnese e exame físico dirigidos para a queixa referida devem ser realizados por todos envolvidos na assistência ao paciente, em especial pelo enfermeiro e médico.

Os fatores de risco incluem: idade (homens acima dos 45 anos e mulheres com 55 anos); tabagismo; hipertensão; colesterol elevado; diabetes; histórico familiar de infarto; sedentarismo; obesidade; estresse; alcoolismo; uso de drogas ilegais estimulantes, como cocaína³.

A velhice é uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no ser, tanto na orgânicamente, como no metabolismo, equilíbrio bioquímico, imunidade, nutrição, mecanismos funcionais e características intelectuais e emocionais⁴.

São estas modificações que dificultam a adaptação do indivíduo no seu meio, exatamente pela falta de condições que favoreçam o envelhecimento bio-psico-social. A aparência do indivíduo se transforma, possibilitando atribuir-lhe uma idade quase sempre com pequena margem de erro. A pele se enrugua em consequência da desidratação e perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Há perda de dentes, atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam distúrbios de locomoção. O esqueleto padece de osteoporose e é sujeito a fraturas ósseas. O coração tem seu funcionamento alterado e os órgãos dos sentidos são afetados⁴.

No caso do paciente em questão, além das modificações inerentes à idade, dos exames laboratoriais realizados, a CK-MB encontrou-se elevada. Esta é uma enzima cardíaca específica encontrada, principalmente, em células cardíacas e apresenta-se aumentada somente quando há lesão dessas células, sendo, portanto, um indicador de IAM. Brunner e Suddarth², relatam que elevações de CKMB ocorrem de 2 a 6 horas após as manifestações cardíacas, com pico máximo em torno de 24 horas, retornando ao normal dentro de 48 horas⁵. Portanto, é possível avaliar diagnóstico positivo de IAM.

Acrescenta-se, ainda, a contagem elevada de leucócitos, também apresentada pelo paciente, que poderia ser indicativo de infecção ou inflamação, além de infarto do miocárdio; e dos valores de uréia e creatinina, pelos quais podemos avaliar o funcionamento defeituoso dos rins, indicando grave injúria renal⁵.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em paciente idoso internado em Unidade de Terapia Intensiva, vivenciado por discentes de enfermagem na disciplina de Atenção Integral à Saúde II: Módulo Prático Unidade de Terapia Intensiva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus de Natal/RN. Essa experiência ocorreu no mês de setembro de 2017, durante estágio curricular, no Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal/RN, durante a assistência a um paciente idoso de 69 anos, internado em Unidade de Terapia Intensiva. Este sofreu uma PCR em virtude do quadro de IAM e

submetido às manobras de reanimação cardiopulmonar durante 30 minutos. Seguindo o fluxo de atendimento nos diversos níveis de complexidade das redes de atenção à saúde, foi possível diagnosticar o IAM, tratar de imediato e acompanhar a evolução do seu estado de saúde, bem como aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio do processo de Enfermagem.

A coleta de dados se deu através de análise do prontuário do paciente; exame físico direcionado; Escala de Coma de Glasgow e Escala de Ramsay para avaliar o nível de consciência e sua reação sem efeitos de medicamentos, adotando o sistema de despertar matinal; administração de medicamentos; aspiração da cânula oro-traqueal; massagem de conforto. Após coleta de dados, utilizou-se a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-II)⁶.

Após análise dos resultados, elaborou-se plano de cuidados específicos para o paciente, tendo como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta⁷ e seguindo as taxonomias da NANDA – II⁶, NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem)⁸ e NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem)⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro dia de acompanhamento ao paciente G. R. S. realizou-se uma verificação prévia no seu prontuário, com o intuito de conhecer os procedimentos já realizados, os diagnósticos, histórico da doença e de vida do paciente. O paciente possuía 69 anos, e em 2017 apresentou mal-estar e dor precordial, dirigindo-se a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São José do Mipibú/RN, sua cidade de origem, onde foi diagnosticado com infarto agudo do miocárdio e evoluiu para parada cardiorrespiratória. Foi reanimado durante 30 minutos e, após estabilização, foi transferido para o Hospital Universitário Onofre Lopes, no município de Nalta/RN, onde foi admitido no mesmo dia (19/08/17). Nessa data, foi submetido a uma angioplastia coronariana primária (com cateterismo), em caráter de urgência, e após procedimento, foi encaminhado para a UTI do referido hospital.

Ao exame físico, paciente acianótico, anictérico, febril, hidratado. Sedado com midazolam e fentanil, Ramsay = 06 (paciente dormindo, sem resposta a compressão glabellar); pupilas isocóricas e fotorreagentes. Intubado, adaptado ao ventilador mecânico, AR: murmúrios vesiculares presentes com roncosp difusos, hipersecretivo. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros. Abdome globoso, percussão com som timpânico, piparote negativo, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias. Suporte nutricional por sonda nasoenteral. Anúrico. Membros superiores e inferiores apresentando edemas (2+/4+). Acesso venoso central em veia jugular direita. Cateter de hemodiálise em veia femoral esquerda.

As evidências levantadas no exame físico subsidiaram a detecção de diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA - II⁵, sendo eles: Risco de desequilíbrio eletrolítico, Troca de Gases Prejudicada, Mobilidade no Leito Prejudicada, Risco de Perfusão Renal Ineficaz, Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída, Risco de Infecção, Risco de Aspiração, Integridade da Pele Prejudicada, Risco de Lesão, Risco de Olho Seco.

O diagnóstico escolhido como prioritário foi: Risco de desequilíbrio eletrolítico, relacionado à disfunção renal, mecanismo regulador comprometido e regime de tratamento. Esse diagnóstico permaneceu até o fim do período de acompanhamento. A NOC⁷ foi utilizada para escolher o resultado de enfermagem esperado de Equilíbrio Eletrolítico e Ácido-Básico, com os indicadores: cálcio sérico, magnésio sérico aumentado, e creatinina urinária.

Tabela1 - Sistematização da Assistência de Enfermagem prestada ao paciente

Diagnóstico de Enfermagem Prioritário (NANDA)	Resultado de Enfermagem Esperado (NOC)	Indicadores NOC escolhidos	Intervenções de Enfermagem (NIC)
-Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, relacionado à disfunção renal, mecanismo regulador comprometido e regime de tratamento.	-Equilíbrio Eletrolítico e Ácido- Básico	<ul style="list-style-type: none"> - Cálcio sérico (desvio moderado da variação normal – 03) -Magnésio sérico aumentado (desvio leve da variação normal – 04) - Creatinina urinária (desvio grave da variação normal - 01) <p>SOMA: 08</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar quanto a níveis séricos anormais eletrolíticos, conforme disponibilidade; - Monitorar quanto a alterações pulmonares ou cardíacas indicativas de excesso de líquidos ou desidratação; - Obter amostras laboratoriais para monitoramento de níveis alterados de líquidos ou eletrolítico; - Assegurar-se de que a solução endovenosa contendo eletrólitos seja administrada a uma taxa de fluxo constante, conforme adequado; -Monitorar os resultados laboratoriais relevantes ao equilíbrio hídrico; - Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo níveis de pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de artéria pulmonar e pressão de artéria pulmonar em

			cunha, se disponíveis; - Manter registro preciso de ingestão e eliminação
--	--	--	--

De acordo com análise do quadro, pode-se perceber que a assistência prestada ao paciente foi integral, direcionada exclusivamente a ele, e atendeu a suas necessidades emergenciais. Essa ação baseou-se no processo de enfermagem desenvolvido pelos alunos, durante o período em que assistiram o paciente.

Além disso, um dos aspectos importantes que foi abordado no cuidado do paciente foi o trabalho multiprofissional, com exame físico preciso e completo, auxiliando na detecção de complicações ou alterações do estado do paciente, além dos exames laboratoriais (enzimas e os biomarcadores cardíacos) que também fizeram toda diferença na detecção de IAM e na prescrição de um tratamento eficaz para o paciente.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, conseguimos afirmar que o atendimento multiprofissional envolvendo a enfermagem e os outros profissionais que compõem a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é extremamente importante para o cuidado com os pacientes, para a realização de procedimentos e tratamentos, além de haver auxílio mútuo nas atividades objetivando sempre o melhor para o paciente.

Pacientes idosos, principalmente aqueles sob cuidados intensivos, necessitam de atenção especial, visto seu grau de vulnerabilidade e dependência, frente às necessidades humanas básicas⁷. Por isso, além de desenvolvermos cuidados específicos para o caso do paciente, ainda acrescentamos outros cuidados como: mudança diária de decúbito, massagem de conforto, aplicação de óleo de girassol em regiões com hiperemia. O paciente evoluiu bem ao longo do estágio, passando a responder aos estímulos dolorosos e respostas aleatórias dos membros superiores e inferiores, padrão respiratório melhorado e exames laboratoriais mesmo com padrões alterados, com melhora. A sialorréia presente na região nasal e bucal foi reduzida após detecção de foco infeccioso nos seios nasais devido a inserção da sonda nasoenteral, onde foi realizada a mudança para via ora. Os cuidados prestados foram primordiais para a evolução positiva do paciente.

Constata-se também, a grande importância de se prestar assistência ao paciente de forma direcional, desde suas necessidades mais básicas até as mais complexas, não o considerando apenas

como um objeto de trabalho dos profissionais de saúde, e obtendo maior êxito em todo o cuidado assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa, LV; Medeiros, F; Deway, MA.; et. al. Infarto com Supradesnivelamento do ST. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3389/infarto_com_supradesnivelamento_do_s .htm. Acessado em: 30 de setembro de 2017.
2. Smeltzer, Suzanne C. et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 2 v.
3. Valdigem, B. Minha Vida. Infarto - sintomas, tratamentos e causas. Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/infarto>. Acessado em: 19 de Setembro de 2017.
4. Zaslavsky, C, Gus, I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. Arq Bras Cardiol 2002; 79: 635-9. Porto Alegre, 2002.
5. Portal Educação. Exames de Sangue. Campo Grande, 2012. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/exames-de-sangue/17102>. Acessado em: 01 de Setembro de 2017.
6. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017, Tenth Edition. Edited by T. Tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2015.
7. Horta, WA. Enfermagem: Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Rev. enferm. nov. dimens;5(3):133-6, maio-jun.1979. ilus.
8. Bulechek, Gloria M. et al. NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6. ed. Elsevier, 2016. 640 p.
9. Moorhead, Sue et al. NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.