

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM SÍNDROME DA COMPRESSÃO MEDULAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sarah Katarine Lourenço dos Santos¹
Carlos Jordão de Assis Silva²

RESUMO

O papel do enfermeiro na Rede de Atenção à Saúde é decisório, pois visa a articulação de um cuidado integral, centrado na pessoa e em suas necessidades individuais e específicas. Nessa perspectiva, o cuidado à saúde da pessoa idosa perpassa todos os níveis de assistência. Na alta complexidade a síndrome da compressão medular no idoso caracteriza-se como uma urgência oncológica, onde o enfermeiro precisa estar pronto para atuar, utilizando os métodos ideais a fim de proporcionar conforto ao paciente e atuar conforme especificidade patológica para evitar sequelas maiores decorrentes do caso. Trata-se da descrição de uma experiência vivenciada durante as aulas práticas da disciplina Atenção Integral I - do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A partir de visita aos leitos e consulta ao prontuário de pacientes internados em enfermaria oncológica de um hospital universitário da cidade de Natal/RN foi realizado o acompanhamento com um paciente idoso portador da Síndrome da Compressão Medular, onde foi realizada anamnese, exame físico e foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor aguda, Risco de síndrome do desuso e Risco de lesão por pressão. Na assistência ao idoso com síndrome da compressão, são necessários cuidados enfermagem como monitoramento das dores referidas pelo paciente, administração de analgésicos prescritos, promoção do conforto ao idoso e aos seus familiares. Conclui-se que o desenvolvimento do presente estudo contribui para a solidificação da Sistematização da Assistência de Enfermagem com a observação dos principais Diagnósticos de Enfermagem na condição relatada.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Processo de Enfermagem, Síndrome da compressão medular.

INTRODUÇÃO

No Brasil, bem como em todo o planeta, o processo de envelhecimento vem gerando impactos na população, frutos da transição demográfica e epidemiológica, o que reflete diretamente na qualidade de vida da população, e na prática profissional no campo da saúde. A média de pessoas idosas vivendo em países ainda em desenvolvimento deve aumentar

¹Graduanda pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, sarahklourenco@gmail.com;

²Enfermeiro. Mestrando do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, carlosjrdao@gmail.com.

consideravelmente nos próximos anos, o que acarreta em mudanças em todas as esferas, tanto governamentais quanto sociais, ou seja, é necessário planejamento para o envelhecimento da população em grande massa (BRASIL, 2006).

Com o envelhecimento populacional advém também as diversas comorbidades, como fruto da senilidade surgem a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, e até mesmo o aumento da incidência de cânceres e suas complicações, sendo a idade mais avançada um dos principais fatores de risco para diversos tipos de câncer (INCA, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer tem uma tendência de aumento ao longo do anos, e é hoje a segunda causa de mortes no país, tornando-se assim uma questão de saúde pública. Dessa forma, faz-se necessário intensificar os estudos no sentido de aperfeiçoar o cuidado, e principalmente estimular entre a população as práticas para sua prevenção (INCA, 2017).

É um dos principais objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 2439/2005, organizar de linha de cuidados em oncologia em todos os níveis de atenção (básica, especializada, de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). Como a atuação do enfermeiro perpassa em todos os níveis de Atenção, seu papel aqui não poderia ser diferente, pois é ele quem está de frente na linha de cuidado ao paciente, não importando qual a sua complexidade. (CONASS, 2007)

Nessa perspectiva, uma importante urgência oncológica é a Síndrome da Compressão Medular caracteriza-se como a segunda principal complicação neurológica no paciente com câncer, após as metástases cerebrais. Ocorre em 3% a 5% dos doentes com neoplasia maligna avançada, sendo uma causa de morbidade importante. Ela é comum em tumores com metástases mais frequentes para coluna vertebral. Dessa forma, o diagnóstico precoce é a arma mais importante para garantir a efetividade do tratamento. Sua localização depende muito do tumor inicial, ocorrendo assim por invasão direta do tumor primário ou por suas metástases. (ANCP, 2012)

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem a um idoso com síndrome da compressão medular.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo Relato de Experiência. Foi desenvolvido durante as atividades que foram vivenciadas durante as aulas práticas da disciplina Atenção Integral à Saúde I – módulo prática em Clínica Cirúrgica, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em uma enfermaria de um Hospital Universitário da cidade de Natal, que aconteceu no período do mês de junho de 2018.

Como procedimento metodológicos seguiu-se as etapas do Processo de Enfermagem: 1) Coleta de informações utilizando fontes primárias e secundárias, a saber: anamnese, exame físico e dados clínicos; 2) Agrupamento dos dados e elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem; 3) Prescrição das intervenções de enfermagem; 4) Implementação dos cuidados prescritos e 5) Avaliação dos indicadores.

Utilizou-se para a coleta de dados as seguintes técnicas: diário de atividades, a consulta de enfermagem, consulta aos dados do prontuário do paciente, participação nas atividades clínicas/gerenciais. Ressalta-se que não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse fisiopatológico e/ou epidemiológico.

Para a realização da identificação dos DE adotou-se o processo de raciocínio clínico e Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I 2015-2017); para a elaboração das Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem utilizou-se da *Classificação de Intervenções em Enfermagem* (NIC) e a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC), respectivamente, permitindo assim o planejamento das ações, implementação e posterior a avaliação dos Resultados de Enfermagem baseada na evolução do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme acompanhamento do paciente durante o período anteriormente mencionado foi possível conhecer um pouco de sua história clínica, planejar e intervir conforme os Diagnósticos de Enfermagem elencados. Conforme consulta prévia ao prontuário, anamnese e exame físico realizado podemos durante o acompanhamento conhecer um pouco mais de sua história clínica.

Histórico de Enfermagem

Sexo masculino, 74 anos, asado, quatro filhos, relata ter Ensino Fundamental Incompleto, aposentado, antes trabalhava como agricultor, de cor parda, natural da Paraíba e

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

residente atualmente no interior do Rio Grande do Norte. Foi submetido a penectomia total em março de 2016, por biópsia positiva para carcinoma epidermóide invasor (apresentava lesão ulcerosa verrucosa), tumor envolvendo corpo cavernoso, e medindo 3,5 cm. Em Junho do mesmo ano foi internado para realizar linfadenectomia inguinal bilateral, estadiamento pT2 pNx.

Em janeiro de 2017 apresentou nodulação dolorosa recidivante e sangrante em região inguinal esquerda. Em Maio do mesmo ano foi submetido a ressecção de lesão tumoral com rotação de retalho abdominal. Foi iniciada a quimioterapia em Julho de 2017.

Paciente nega uso de preservativo em relações sexuais, e relata ter tido mais de cinco parceiras durante sua vida. Refere que, segundo os médicos teve trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo há cerca de um ano atrás. Relata ter vindo para consulta e para realizar quimioterapia, mas não realizou, sendo internado por Síndrome da compressão medular, por estar queixando-se de dor em região lombar irradiando para os membros inferiores, e sem conseguir deambular.

Afirma que estava a quinze dias sem evacuar, e que só teve as eliminações intestinais após ser realizada lavagem, um dia após a internação. Em dieta oral livre, laxativa. Refere realizar todas as refeições. Nega alergias. Refere uso de óculos e prótese dentária e dispositivos auxiliares de marcha. Relata dormir durante toda a noite em sua residência, e que durante a internação seu sono foi afetado. Relata que em casa necessita da ajuda de sua esposa e filhos para realizar as atividades de vida diária. Eliminações intestinais e vesicais presentes em fralda.

Ao exame físico apresentou bom estado geral, consciente, orientado. Em O2 ambiente. Enchimento ungueal <3seg. Restrito ao leito. Normocefálico, couro cabeludo integro. Pupilas isocóricas. Pele levemente desidratada, mucosas hipocoradas. Linfonodo axilar esquerdo palpável e móvel, indolor à palpação. À ausculta pulmonar murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. À ausculta cardíaca bulhas normofonéticas em dois tempos. Reflexos tendinosos profundos bicipital, tricipital e braquiorradial presentes. Apresenta circulação colateral em abdômen.

Apresentou abdômen plano, maciço à percussão. À ausculta abdominal ruídos hidroaéreos presentes. Abdome. Presença de cicatriz em abdômen e região inguinal esquerda. Queixa-se de dor lombar que irradia para os membros inferiores. Queixa-se de dor à dorsoflexão em pé direito. Linfonodo inguinal esquerdo palpável e fixo, indolor à palpação. Percepção sensorial vibracional diminuída em falange do hálux direito. Pulsos periféricos

palpáveis e rítmicos. Edema 2+/4+ em MIE. MIE quente ao toque. Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo, sem sinais flogísticos. SSVV: PA 107X75mmHg, P 84ppm, R 12mrpm, T 36,2°C.

Para melhor avaliação foram aplicadas as escalas de coma de Glasgow, escala de queda de Morse, escala de Braden e a escala graduação de complexidade assistencial (FUGULIN). Os resultados das escalas são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Escalas aplicadas e resultados dos escores. Natal, 2019.

ESCALAS E RESULTADOS	
Escala de coma de Glasgow	Total=15 pontos
Escala de queda de Morse	Total= 20 pontos – Evidenciando Baixo risco de quedas
Escala de Braden	Total= 15 pontos – Evidenciando Baixo risco para desenvolver lesão por pressão;
Graduação de complexidade assistencial (FUGULIN)	Total= 20 pontos – Cuidados intermediários.

Autoria: Autoria própria.

Diagnóstico de Enfermagem e Planejamento

A partir da coleta de dados foram levantados os Diagnósticos de Enfermagem com utilização da Taxonomia da NANDA-I 2015-2017. Após definição dos diagnósticos foram elaborados os Resultados de Enfermagem e as Intervenções de Enfermagem a partir da *Classificação de Intervenções em Enfermagem (NIC)* e a *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* demonstrados abaixo:

Diagnostico de Enfermagem:

1. Dor aguda evidenciado por autorrelato de intensidade, comportamento expressivo e posição para aliviar a dor.

Definição do Diagnóstico de Enfermagem: Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível.

Resultado de Enfermagem esperado Quadro 1:

Controle da Dor Definição: Ações pessoais para controlar a dor

Quadro 1 – Resultados esperados para o Diagnostico de Enfermagem Dor aguda. Natal, 2019.

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em 33 Aumentar para 47						
Classificação Geral do Resultado	Nunca demonstrado (1)	Raramente demonstrado (2)	Algumas vezes demonstrado (3)	Frequentement e demonstrado (4)	Consistentemente demonstrado (5)	NA
INDICADORES						
Reconhece o início da dor						
Descreve fatores causadores						
Utiliza diário para monitorar sintomas ao longo do tempo						
Usa analgésicos conforme recomendado						
Relata mudanças nos sintomas de dor ao profissional de saúde						
Relata sintomas não controlados ao profissional de saúde						
Reconhece sintomas associados à dor						
Relata dor controlada						

Fonte: Autoria própria.

Intervenção De Enfermagem (NIC) para Controle do Ambiente: Conforto

Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto

Intervenções de Enfermagem implementadas:

1. Providenciar atenção imediata a chamadas da campanha hospitalar, que sempre deve ficar próxima ao paciente;
2. Criar um ambiente calmo e acolhedor;
3. Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico, conforme indicado;

4. Facilitar medidas específicas de higiene para manter o indivíduo confortável (p. ex., enxugando a testa, aplicando cremes para a pele, ou limpando o corpo, cabelos e a cavidade oral);
5. Posicionar paciente para facilitar o conforto (p. ex., usar os princípios do alinhamento corporal, apoiar o corpo com travesseiros, apoiar as articulações durante a movimentação, proteger a área da incisão e imobilizar a região dolorida);
6. Monitorar a pele quanto a sinais de pressão ou irritação, especialmente em proeminências ósseas.

Sendo a dor o sintoma mais frequente nos pacientes com Síndrome da Compressão Medular e localizada ao nível da lesão medular é indispensável no cuidado em enfermagem a este idoso a promoção do conforto, da melhor maneira possível, procurando atender as suas necessidades, seja pela administração de analgésicos prescritos ou até mesmo por propiciar um ambiente calmo para o idoso, orientando-o sempre a alertar a equipe quando achar necessário.

Diagnostico de Enfermagem:

2. Risco de síndrome do desuso relacionado a dor e paralisia.

Definição do Diagnóstico de Enfermagem: Vulnerabilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde.

Resultado de Enfermagem esperado Quadro 2:

Consequências da Imobilidade: Fisiológicas

Definição: Gravidade do comprometimento do funcionamento fisiológico devido à mobilidade física prejudicada

Quadro 2 – Resultados esperados para o Diagnostico de Enfermagem Risco de síndrome do desuso. Natal, 2019.

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em 12 Aumentar para 22.						
Classificação Geral do resultado	Gravemente comprometido (1)	Substancialmente comprometido (2)	Moderadamente Comprometido (3)	Levemente comprometido (4)	Não comprometido (5)	N A
Indicadores						

Estado nutricional						
Força muscular						
Movimento articular						
Capacidade vital						

Fonte: Autoria própria.

Intervenção De Enfermagem (NIC) para Cuidados com o Repouso no Leito:

Definição: Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações de um paciente incapaz de sair do leito

Intervenções de Enfermagem implementadas:

1. Explicar as razões da exigência do repouso no leito;
2. Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras;
3. Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar;
4. Elevar grades laterais, conforme apropriado;
5. Colocar a campainha ao alcance do paciente;
6. Monitorar a condição da pele;
7. Auxiliar nas medidas de higiene (p. ex., uso de desodorante ou perfume);
8. Monitorar quanto às complicações do repouso no leito (p. ex., perda do tônus musculares, dor nas costas, constipação, aumento do estresse, depressão, confusão, alterações do ciclo do sono, infecções do trato urinário, dificuldade com a micção, pneumonia).

Com o longo tempo de repouso absoluto no leito, funções fisiológicas podem irrem degradando-se, como a perda do tônus muscular, a força física, com isso faz-se necessária a adoção de medidas que controlem a segurança e a prevenção de possíveis complicações. Dessa forma, atividades como fornecer e aplicar dispositivos que evitem a queda plantar, ou atividades que avaliem a força física são imprescindíveis para evitar a deterioração das funções fisiológicas.

Diagnóstico de Enfermagem:

- 3. Risco de lesão por pressão relacionado a escore na Escala de Braden <18, atrito em superfície, circulação prejudicada, déficit no autocuidado, edema, extremos de idade e redução na mobilidade.**

Definição do Diagnóstico de Enfermagem: Vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento.

Resultado de Enfermagem esperado Quadro 3:

Integridade Tissular: Pele e Mucosas Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas.

Quadro 3 – Resultados esperados para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de lesão por pressão. Natal, 2019.

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em 32 Aumentar para 34						
Classificação Geral do Resultado	Gravemente comprometido (1)	Muito comprometido (2)	Moderadamente comprometido (3)	Suavemente comprometido (4)	Não comprometido (5)	NA
INDICADORES						
Temperatura da pele						
Hidratação						
Transpiração						
Perfusão tecidual						
Integridade tecidual						
Lesões na pele						
Rachaduras de pele						

Fonte: Autoria própria.

Intervenção De Enfermagem (NIC) para Prevenção de lesão por Pressão:

Definição: Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las.

Intervenções de Enfermagem implementadas:

1. Utilizar uma ferramenta de avaliação de risco que seja reconhecida para monitorar os fatores de risco do indivíduo (p. ex., escala de Braden);
2. Utilizar métodos de medir a temperatura da pele para determinar o risco de úlceras de pressão, de acordo com o protocolo da instituição;
3. Documentar quaisquer incidências prévias de formação de úlceras de pressão;

4. Monitorar intensivamente áreas avermelhadas;
5. Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária;
6. Aplicar barreiras protetoras, como cremes ou materiais absorventes de umidade, para remover o excesso de umidade, quando apropriado;
7. Colocar o roteiro de mudanças de posição ao lado do leito, quando apropriado;
8. Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos;
9. Evitar massagear sobre proeminências ósseas;
10. Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito;
11. Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados;
12. Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra.

Esse idoso, de acordo com a sua condição clínica encontra-se impossibilitado de deambular, dessa forma torna-se necessário que haja em seu Plano de cuidados ações que previnam as lesões por pressão. Ações como hidratar a pele ainda íntegra impede a desidratação e o aparecimento de rachaduras, o monitoramento rigoroso de áreas avermelhadas, garantem um melhor manejo desse paciente no sentido da prevenção de lesões por pressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme podemos perceber a atuação do enfermeiro é transversal, aos níveis de atenção e às diferentes fases da vida das pessoas, pois este profissional está presente desde o nascimento até a morte dos indivíduos. Em especial ao idoso com síndrome da compressão, são necessários cuidados específicos como monitoramento das dores referidas pelo paciente, administração de analgésicos prescritos, promoção do conforto ao idoso e aos seus familiares. Ações como alinhamento do corpo, mudança de decúbito evitando o aparecimento de lesões por pressão, evitar a queda plantar através de dispositivos disponíveis, atuação na prevenção de trombose venosa profunda, estando alerta aos indicadores, sinais e sintomas apresentados pelo idoso, administração do anticoagulante prescrito, dentre outras ações inerentes ao processo de enfermagem.

Essa experiência, possibilitou a constatação da importância do papel do profissional enfermeiro dentro da equipe multiprofissional no tratamento ao idoso na condição clínica

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

relatada. Conclui-se assim que o desenvolvimento do presente estudo contribuiu para a solidificação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a observação dos principais grupos Diagnósticos de Enfermagem no cuidado em oncologia ao idoso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. 108 p.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS ANPC**. 2. ed. São Paulo: Anpc, 2012.

RUBIN, Michael. **Compressão da medula vertebral**. 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/distúrbios-neurológicos/distúrbios-da-coluna-vertebral/compressão-da-medula-vertebral>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

SIMÕES, Ângela Sofia Lopes. Compressão medular maligna: uma emergência em oncologia. 2011. Disponível em: <[https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1793/1/Compressão medular maligna. Uma emergência em Oncologia.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1793/1/Compressão%20medular%20maligna.%20Uma%20emergência%20em%20Oncologia.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

HERDMAN, T. Heather et al. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

M.BULECHEK, Gloria et al. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC: classificação dos resultados de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.