

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE ENFERMAGEM

DANIELA BARBOSA
JHOLIEY KEBERTH AMARO DA SILVA
KAROLAYNE NUNES
LUCIENE PATRÍCIA DINIZ
TAYNARA OLIVEIRA

ESTUDO DE CASO

BELO HORIZONTE
2022

DANIELA BARBOSA
JHOLIEY KEBERTH AMARO DA SILVA
KAROLAYNE NUNES
LUCIENE PATRÍCIA DINIZ
TAYNARA OLIVEIRA

ESTUDO DE CASO

Trabalho acadêmico apresentado à Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO - BH, como requisito parcial para o aproveitamento da disciplina Práticas Clínicas II – Atenção Terciária à Saúde, 5º período do Curso de Enfermagem.

Professora/Orientadora: Patrícia Eliza Miranda Dupim

Belo Horizonte

2022

Leia e interprete o caso clínico abaixo e responda as questões.

Trata-se de A.P. G, sexo masculino, 65 anos, casado, católico praticamente, 3 filhos e 2 netos, aposentado, natural de Belo Horizonte – MG. Relata que sua profissão anterior era comerciante. Deu entrada no Pronto Atendimento do hospital “Nossa Senhora dos Milagres” às 5 horas da manhã. Após avaliação do enfermeiro da Classificação de Risco foi encaminhado à sala de emergência com quadro de taquidispnéia importante (FR: 30 irpm) e febre (39,5 °).

NECESSIDADES DE SAÚDE: Filho relata que pai é portador de ICC, sofreu um IAM há 10 anos e tem 2 pontes de safena, mas não soube informar as medicações que ele utiliza. Relata que bebe socialmente, nega tabagismo recente (relata que ele parou de fumar os 40 cigarros/dia há 10 anos) e alergia a medicações. Relata que o pai há alguns dias vem apresentando um quadro “gripal” e que vinha tratando com chás e medicamentos por conta própria. Padrão de sono e repouso insuficiente a mais ou menos 1 semana e meia, devido a freqüentes episódios de dispnéia, tosse produtiva e fraqueza no corpo. Padrão intestinal regular. Não refere problemas para urinar ou evacuar.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS Vive em casa própria com sua esposa. Faz caminhada periodicamente, mas devido ao cansaço físico e à falta de ar há mais ou menos uma semana e meia, parou de realizar tal atividade. Relata que o pai gosta de almoçar com sua família todos os domingos e assistir ao futebol na televisão.

NECESSIDADES ESPIRITUAIS É católico praticante. Vai à missa todos os domingos com a sua esposa. **NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS: QUEIXA PRINCIPAL (QP):** dificuldade para respirar, cansaço aos mínimos esforços, tosse produtiva, fraqueza muscular.

HISTÓRIA PREGRESSA (HP): Há mais ou menos uma semana e meia, iniciou com tosse produtiva, coriza, respiração ruidosa, fraqueza aos mínimos esforços. Ficou de repouso, e tomou chás e medicamentos por conta própria. Porém, hoje pela madrugada houve uma piora acentuada no padrão respiratório e apresentou quadro de febre. Por volta das 5h foi atendido, taquicárdico, dispnéico e febril. Após os exames físicos, radiológicos e com 2/2 alguns resultados de exames

laboratoriais, foi mantido em observação na sala de emergência já que o CTI do Hospital não tinha previsão de liberação de vagas.

COONG: Glasgow 12, pupilas isocóricas e fotorreativas. Ausência de linfonodos aumentados em região cervical, anictérico, hipocorado (+3/+4), mucosa oral e ocular ressecada, febril (39,5°C), higienização corporal e bucal adequadas. Usa prótese superior e apresenta desvio de septo à direita. TÓRAX: Presença de tiragens intercostais, som maciço no ápice do pulmão D, roncospirais intensos principalmente no ápice do pulmão direito (aspirado secreção nasotraqueal purulenta, em grande quantidade) MV muito diminuído em base do pulmão D. Taquidispneico, FR: 32 irpm, Sat O2: 87%. Iniciado O2 suplementar por macronebulização a 5litros/min. Evoluiu com piora do padrão respiratório, sendo indicado intubação traqueal e iniciado Ventilação mecânica invasiva.

ACV: Taquicárdico – FC: 125 bpm, hipotenso – PA: 80X60mmHg, BNRNF, pulso filiforme e rítmico. ABD: normotenso, RHA+, timpanismo presente, ausência de visceromegalias. Hábito intestinal: regular (1x/dia). Fezes ausentes no momento. Hábito urinário: Não há relato de disúria. Instalado SVD para mensuração da diurese. Aspecto concentrada e 30 ml na primeira hora.

MM: Cianose de extremidades, perfusão capilar diminuída em MMII. Acesso venoso periférico calibroso no membro superior direito (puncionado hoje). Exames disponíveis: Glicemia: 454mg/dl Hemograma: Hemácias: 4,7milhões/mm³, Hemoglobina: 11,5g/dL, Hematócrito: 39%, Leucócitos: 25.100cels/mm³, Bastões: 9%, Neutrófilos: 51,2%, Plaquetas: 250.000/mm³. RX: consolidação pulmonar no ápice do pulmão D e atelectasia em base D. Gasometria arterial (GSA): PaO2: 60 mmHg/, SaO2: 88%, pH 7,31, PaCO2: 52 mmHg, HCO3: 24 mEq/l.

QUESTÕES:

- 1) A partir do caso clínico, elabore 5 Diagnósticos de Enfermagem - DE (sendo 3 diagnósticos com foco no problema e 2 de risco).

Diagnósticos com foco no problema:

- DE: volume de líquido deficiente, relacionado a ingestão insuficiente de líquidos. Caracterizado por débito urinário diminuído (30ml na primeira hora), frequência cardíaca aumentada (125bpm), pressão arterial diminuída (80X60mmHg), membranas mucosas ressecadas (mucosa oral e ocular).
- DE: padrão respiratório ineficaz, relacionado a fadiga. Caracterizado por hipóxia (Sat. O₂: 87%), taquipneia (FR: 32irpm) e hipoxemia (cianose de extremidades, perfusão capilar diminuída em MMII).
- DE: hipertermia, relacionado a desidratação. Caracterizada por hipotensão (80x60mmHg), taquicardia (125bpm) e taquipneia (FR: 32irpm),

Diagnósticos de risco:

- DE: risco de função cardiovascular prejudicada, evidenciado por manejo ineficaz da glicemia sanguínea e manejo ineficaz da pressão arterial.
- DE: risco de choque, relacionado por hipertermia, hipoxemia, hipóxia, pressão arterial instável e volume de líquidos insuficientes.

2) Para cada diagnóstico, elabore 1 resultado esperado.

Resultado esperado para os diagnósticos com foco no problema:

- DE: volume de líquido deficiente.

RE: tornar eficiente o volume de líquido intravascular, intersticial e intracelular em até vinte e quatro horas.

- DE: padrão respiratório ineficaz.

RE: tornar eficaz o padrão respiratório e a troca gasosa em até quinze minutos.

- DE: hipertermia.

RE: manter a temperatura corporal central dentro dos parâmetros normais ou abaixo de 37,5°C em até duas horas.

Resultado esperado para os diagnósticos de risco:

- DE: risco de função cardiovascular prejudicada.

RE: tornar eficaz a função cardiovascular, minimizando a suscetibilidade a distúrbio no transporte de substâncias, homeostase corporal, remoção de resíduo metabólico tissular e função orgânica, em até vinte e quatro horas.

- DE: risco de choque.

RE: reduzir a suscetibilidade do risco de choque, promovendo o fluxo sanguíneo para os tecidos, impedindo a disfunção celular, em até vinte e quatro horas.

3) Elabore 2 intervenções para cada diagnóstico.

Intervenções para os diagnósticos com foco no problema:

DE: volume de líquido deficiente.

- Manter o registro preciso de ingestão (volume de medicamentos, soluções intravenosas) e eliminação (volume de urina, fezes, vômitos e quantidade de suor) através de balanço hídrico a cada 12h, e comunicar ao enfermeiro ao final do plantão a fim de avaliar possíveis distúrbios hidroeletrólíticos, como anúria, diarreia, atraso de infusões prescritas, volume de vômitos/estase. Concluir o balanço hídrico parcial a cada 12 horas e o balanço hídrico total a cada 24 horas.
- Monitorar SSVV através de monitorização não invasiva, anotar valores reais de 2/2h e comunicar ao enfermeiro valores abaixo dos parâmetros de normalidade para FC, FR, Tax e PA. Comunicar também alterações de ritmo ou amplitude.

DE: padrão respiratório ineficaz.

- Aspirar secreção do TOT, da nasofaringe e da orofaringe (usando esta ordem), de 2/2h ou quando perceber ruídos durante a ausculta pulmonar. Hiperoxigenar o paciente antes do procedimento afim de alcançar uma FiO₂ 100%). Anotar aspecto e quantidade estimada da secreção. Atentar para queda de saturação (abaixo de 90% interromper o procedimento e voltar o paciente para VM). Comunicar ao enfermeiro intercorrências ou anormalidades observadas durante o procedimento de aspiração.
- Monitorar a presença de dor utilizando a escala de dor comportamental (Behavioral Pain Scale - BPS) toda vez que realizar a aspiração de secreção, comunicar ao enfermeiro caso o paciente apresente sinal de dor ou sofrimento. Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação/evolução de enfermagem após o procedimento.

DE: HIPERTEMIA.

- Realizar aferição da temperatura corporal de 1/1h. Comunicar ao enfermeiro mudanças abruptas da temperatura ou valores acima de 37,8°C.
- Retirar excesso de roupa, garantir circulação de ar no ambiente e realizar compressa fria nas regiões do pescoço, tórax, abdome, couro cabeludo, axilas ou virilha, de 1/1h, por 20 minutos, até alcançar temperatura corporal $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$. Comunicar ao enfermeiro caso não haja diminuição da temperatura.

Intervenções para os diagnósticos de risco:

DE: risco de função cardiovascular prejudicada.

- Realizar de 2/2h uma avaliação abrangente da circulação, verificando pulsos periféricos, edema, perfusão capilar, cor e temperatura das extremidades. Comunicar ao enfermeiro alterações nos padrões acima descritos.
- Checar de 6/6h ou quando necessário, o posicionamento dos cabos/acessórios dos parâmetros de ECG/ RESP/ SpO2 / PNI, do monitor multiparamétrico, corrigindo possíveis falhas.

DE: risco de choque.

- Checar se o AVP está pérvio de 12/12h, atentando para sinais flogísticos (edema, eritema, dor) e de infiltração. Realizar a troca do AVP em caso de oclusão ou após o prazo de 96h, conforme normas da CCIH. Ao realizar a troca do acesso venoso periférico atentar para as medidas de controle de infecção. Realizar também a fixação e a identificação do acesso.
- Avaliar de 6/6h a mucosa oral do paciente, a esclera e a pele atentando para alteração do equilíbrio hidroeletrólítico. Comunicar ao enfermeiro alterações sugestivas de icterícia, cianose e ressecamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

T. HEATHER HERDMAN; SHIGEMI KAMITSURU; CAMILA TAKÁO LOPES.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. 12^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HOWARD K. BUTCHER... [et al.]. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 7^a ed. Rio de Janeiro: GEN, 2020.