

Avaliação de Enfermagem do Paciente Coronariano Hospitalizado.

FRANCISCA CLAUDECI MACHADO
CAVALCANTE

Professora Assistente

Enfermeira do CTI do Instituto Dr. José Frota.

Searching to determine evidences of complications that might aggravate a coronary arteries disease or lead the patient to a sudden death, a wellplanned evaluation of the coronary ill patients, made by the nurses, in specific treatment unitis has indeed favoured a brief recover of this disease.

We must have in mind that this is a continuous procedure subsequent to a planned evaluation extended to the preventive, therapeutic and rehabilitation medicare.

RESUMO

Visando determinar evidências de complicações que passam agravar a coronariopatia, ou levar o paciente a uma morte súbita, a avaliação planejada do doente coronariano feita pela enfermeira nas unidades específicas de atendimento, tem comprovadamente favorecido sobremaneira na recuperação mais rápida desse tipo de doente. Visto tratar-se de um processo contínuo e subseqüente a avaliação planejada atua na área preventiva, curativa e reabilitadora.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As coronariopatias têm sido evidenciadas dentre as principais causas de morte nos últimos tempos. O avanço tecnológico e o "stress" do mundo hodierno, tem favorecido para o agravamento das afecções cardíacas, seja nos casos clínicos e/ou cirúrgicos, comprometendo a integridade física e psicológica do paciente e colocando-o entre os considerados de "alto risco". Com o advento dos CTIs e das Unidades Coronarianas constata-se, a luz dos fatos, uma redução na morbi-mortalidade dos pacientes internados nos referidos setores.

Posto que os CTIs são unidades hospitalares de grande porte, exigem características próprias, centradas na vigilância contínua e observação clínica permanente das funções vitais do indivíduo.

A enfermagem presta relevante serviço nestas Unidades, atuando de maneira ativa, contínua e qualificada, estando sempre apta a identificar as intercorrências que possam advir.

A crescente utilização de aparelhagem elétrica e eletrônica, como parte dos recursos sofisticados, utilizados na assistência especializada das coronariopatias, e levado a exigências criteriosas da enfermeira, em conhecimento técnico-científico.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE CORONARIANO INTERNADO EM UNIDADES CORONARIANAS OU CTI.

A avaliação realizada pela enfermeira em pacientes coro-

narianos internados em CTIs ou Unidades coronarianas torna-se um processo contínuo e subseqüente, seja no sentido preventivo, curativo ou reabilitador. Uma vez estabelecida a presença da coronariopatia pelo resultado de exames clínicos e laboratoriais, a enfermeira, através da assistência planejada, procurará obter dados importantes que auxiliarão sobremaneira no nível de cuidados a serem prestados, bem como na terapia a ser empregada.

O plano de cuidados de enfermagem para o paciente coronariano deverá ser flexível e para 24 horas, podendo ser ajustado de acordo com as necessidades do mesmo. Um dos objetivos da avaliação de enfermagem será de determinar se há alguma evidência de qualquer complicação que possa agravar o estado do paciente ou levá-lo à morte súbita.

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM.

Pressão Arterial:

A pressão arterial é uma entidade que comumente é alterada nas coronariopatias, já que a sua determinação é feita pela ação propulsora do coração, bem como por outros fatores que também estão ligados a este. A hipertensão está geralmente presente em determinadas cardiopatias, mesmo não se apresentando no início como sintoma específico, aparecendo posteriormente após danificação de artérias, arteríolas e até mesmo órgãos. A enfermeira não deverá ser guiada apenas pela medida e leitura dos valores da PA, visto que não servem como dados absolutos. Torna-se

necessário a interpretação e avaliação desses valores para que resultados práticos sejam alcançados. Uma tomada isolada da Pressão Arterial não estabelece o diagnóstico. A verificação da Pressão Arterial no paciente hospitalizado deverá ser sistemática, avaliada em ambos os braços, nas posições supina, sentado e de pé. Uma sensível diferença da PA entre os dois braços poderá indicar uma coarctação aórtica. A avaliação da PA em uma das coxas deverá ser considerada, visto que a acentuada diferença entre a PA dos braços para PA da coxa ($PA \text{ dos braços} > PA \text{ da coxa}$) estabelece provável diagnóstico de coarctação da aorta. Outros sinais e sintomas como cefaléia, tontura associada ou não a crise de náuseas e vômitos, vertigens ou zumbidos nos ouvidos devem ser considerados pela enfermeira como possíveis complicações relacionadas ao distúrbio da PA.

A queda brusca da PA deverá ser considerada como um sinal de redução crítica do fluxo sanguíneo tissular. Esta hipotensão ocasiona o choque cardiogênico, a diminuição do volume urinário ($< 30\text{ml/h}$) com baixo teor de sódio, torpor mental e vasoconstrição periférica. A queda da PA poderá relacionar-se com a dor, reações a drogas, distúrbios do ritmo cardíaco, ou conseqüente a hipovolemia.

A enfermeira deverá reconhecer de imediato as quedas bruscas da PA, afim de evitar conseqüências graves e ou/fatais para o paciente, e planejar para assistência deste os seguintes cuidados:

- O repouso no leito deverá ser preservado;
- A medicação para o alívio da dor deverá ser ministrada de imediato;
- Os problemas emocionais devem ser resolvidos para atenuar a ansiedade tão comum nos coronariopatas;
- O controle do volume urinário, através da mensuração horária deverá ser utilizado como parâmetro indireto da perfusão tissular;
- A pressão venosa central controlada e determinada pela enfermeira dará a relação do volume sanguíneo e insuficiência cardíaca;
- A administração de O_2 aumentará significativamente o seu teor nas áreas isquêmicas, visto que a pressão parcial de O_2 no sangue arterial estará bastante reduzida. Esta administração de O_2 agirá como mecanismo compensatório melhorando sensivelmente o nível da PA.

PULSO ARTERIAL

Por tratar-se de um parâmetro importantíssimo na avaliação do paciente coronariano, o pulso arterial deverá ser controlado e observado contínua e subseqüentemente pela enfermeira, visando detectar alterações patológicas, visto que ocorrem sempre mudanças bruscas que poderão inclusive levar o paciente à morte súbita. As afecções cardíacas geralmente acarretam variações no ritmo, volume, frequência, celeridade e tensão do pulso arterial. Essas variações poderão através da observação e controle rigoroso serem detectadas a tempo visando considerar a conservação mediata da vida. O pulso arterial poderá ser verificado nas artérias, radial, braquial, pediosa, temporal e ou/corotídea. O paciente deverá estar sentado ou deitado no leito no momento da verificação.

RESPIRAÇÃO

As coronariopatias, crônicas ou não, geralmente levam à hipertensão pulmonar e/ou outras anormalidades que impli-

cam na limitação de uma boa função pulmonar. A enfermeira deverá considerar as condições que afetam a frequência e a intensidade da respiração, procurando distinguir os fatores fisiológicos e patológicos que levam o paciente a distúrbios respiratórios. Ocasionalmente torna-se necessário o uso de respiradores mecânicos, afim de proporcionar uma correta oxigenação tissular. O controle respiratório, seja clínico ou através dos respiradores mecânicos, deve ser contínuo e preciso, bem como os cuidados específicos e a terapêutica empregada.

O equipamento de assistência respiratória deverá ser mantido permanentemente na unidade, em perfeitas condições de uso para suprir as eventualidades. Além dos respiradores artificiais, torna-se essencial que se disponha de equipamentos de ventilação manual.

A escolha do respirador mecânico deverá ser de acordo com as necessidades de oxigenação do paciente. As concentrações mais elevadas de O_2 serão alcançadas com o uso de um respirador de pressão positiva intermitente, que fornece oxigênio a 100%.

Durante a ventilação mecânica, a pressão intra-pleural chega a ser positiva, propiciando uma diminuição do retorno venoso e uma conseqüente diminuição do débito cardíaco.

Quando a complacência pulmonar está diminuída ou ocorre aumento da resistência das vias aéreas, o respirador a ser utilizado deverá ser ciclado a volume, sendo este volume controlado, tornando a pressão inspiratória variável.

Alguns critérios deverão ser estabelecidos para a escolha do respirador mecânico.

- a) Deverá possuir centelha de alarme auditivo e visual;
- b) Fornecer ar umidificado;
- c) Oferecer condições para variação da fração de oxigênio inspirado;
- d) Oferecer suspiro para possibilitar a variação do ar inspirado;
- e) Ser silencioso durante o uso;
- f) Fornecer condições de fácil limpeza e esterilização;
- g) Oferecer peças substitutas para troca imediata.

O apoio respiratório poderá também ser feito através da oxigenoterapia, que deverá ser iniciado de acordo com o julgamento da enfermeira, já que a necessidade de oxigênio será determinada pela condição clínica do paciente. O oxigênio deverá ser umidificado e administrado através de máscara facial ou cateter nasal, antes da inalação para prevenir o ressecamento das vias aéreas. Ocasionalmente durante a oxigenoterapia deverão ser feitas dosagens repetidas de gases arteriais. Caso os resultados mostrem uma oxigenação arterial diminuída ($PO_2 < 75\text{mmHg}$) será indicado a respiração assistida.

RITMO E FREQUÊNCIA CARDÍACA

Torna-se preponderante a vigilância constante do ritmo e da frequência cardíaca por parte da enfermeira, visto que as arritmias são as causas mais comuns de morte súbita nos CTI e unidades coronarianas, tornando-se essencial a monitorização cardíaca do paciente internado.

Os distúrbios arritmicos deverão ser identificados e avaliados pela enfermeira, que decidirá as medidas cabíveis para o momento. Quando a arritmia é prontamente reconhecida, a enfermeira deverá se antecipar e preparar as drogas antiarrítmicas adequadas para o uso imediato, bem como manter todo o material e aparelhagem prontos para serem

utilizados na desfibrilação ventricular, caso as medidas preventivas não tenham reduzido os riscos da fibrilação ou assistolia ventricular. O médico deverá ser comunicado imediatamente para prescrever a conduta terapêutica que o caso exigir.

DOR PRECORDIAL

O controle imediato da dor precordial é uma regra básica no tratamento das coronariopatias. Geralmente a dor é isquêmica devido a irrigação deficiente ou inexistente do miocárdio, causando grande apreensão e angústia no paciente. O alívio de tal sintoma deverá ser imediato, através da administração da medicação específica (nitritos sublinguais, morfina) sob prescrição médica. O paciente deverá ser orientado para avisar a enfermeira sobre qualquer recorrência de dor precordial.

DÉBITO URINÁRIO – BALANÇO HÍDRICO

A medida precisa da diurese horária para avaliação clínica das condições do paciente será de grande importância no tratamento da doença coronariana, visto que alguns pacientes estão sob efeito de diuréticos que promovem a eliminação de líquidos, reduzindo o volume sanguíneo e conseqüentemente diminuindo o retorno venoso ao coração direito.

As anotações do volume de líquidos introduzidos e eliminados pelos pacientes deverão ser preciosas e claras, não deixando suscitar nenhuma dúvida.

SUDORESE – PELE ÚMIDA E FRIA

A sudorese intensa pode ser manifestada através do aumento da atividade do sistema nervoso simpático que geralmente acompanha uma insuficiência cardíaca aguda. Quando ocorre uma acentuada redução do fluxo sanguíneo da pele, esta se torna pálida e fria, conseqüentemente aumentando a atividade do sistema nervoso autônomo simpático, produzindo sudorese intensa.

A atenção do enfermeiro para este sintoma, o levará a diagnosticar precocemente uma gravíssima complicação, visto que refere evidência de insuficiência circulatória.

ANSIEDADE

A ansiedade é uma resposta emocional que comumente se faz presente no paciente coronariano internado. Geralmente a ansiedade se manifestará nos primeiros dias de hospitalização, visto ser o período em que poderão surgir sintomas recorrentes. A enfermeira procurará ajudar o paciente a enfrentar a descarga emocional que lhe toma conta, procurando transmitir compreensão, apoio e confiança.

O estado de tensão que acompanha o paciente nos primeiros dias de hospitalização, torna-se uma séria ameaça à vida, uma vez que poderão evidenciar taquicardia, hipertensão arterial e um aumento considerável do consumo de O₂ pelo miocárdio. Essas evidências poderão desenvolver complicações sérias, tais como, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias letais, edema agudo do pulmão e aumento da área infartada.

A detecção da ansiedade por parte da enfermeira, muitas vezes torna-se difícil, porque alguns pacientes tentam esconder ou negar a ansiedade. Será através da manifestação

objetiva (tensão, apreensão, inquietação, irritação, incapacidade de relaxar) que a enfermeira diagnosticará o nível de ansiedade no paciente coronariano hospitalizado. A maneira mais coerente para ajudar no ajustamento do paciente, será a explicação clara e simples de sua doença, tentando distorcer os conceitos errados sobre as doenças cardíacas. A explicação deverá ser clara, repetida quantas vezes se faça necessário, sempre tentando identificar e esclarecer as dúvidas suscitadas pelo paciente. Perspectivas otimistas sobre o futuro deverão ser enfocadas, visando a conscientização de uma vida útil produtiva e que as atividades normais, após a recuperação da doença coronariana, só trarão benefícios ao paciente.

CONCLUSÃO

Procuramos discorrer sobre a atuação da enfermagem planejada em unidades coronarianas, enfocando a atitude profissional da enfermeira diante das situações que podem ocorrer neste tipo de unidade de hospitalização.

Tentamos mostrar, à luz dos fatos, a importância de assistência planejada na avaliação do paciente coronariano favorecendo a determinação de complicações que podem, inclusive, levar à morte súbita.

O plano terapêutico de enfermagem, seguido de maneira sistemática, favorecerá uma recuperação mais rápida do paciente, conseqüentemente reduzindo o período de hospitalização.

Referências Bibliográficas:

- MELTZER — *Terapia Intensiva na Unidade Coronária*. 3a. edição — Rio de Janeiro, São Paulo — Livraria Atheneu — 1980.
- SIMÃO, A. TUFIK — *Terapia Intensiva*. 1a. edição — Rio de Janeiro, São Paulo — Livraria Atheneu — 1976.
- GOMES, A. M. e colaboradores. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva* — 1a. edição, São Paulo — EPU — 1978.
- BRUNNER, L. S. e Suddarth, D.S. — *Enfermagem Médico Cirúrgico* — 3a. edição, Rio de Janeiro — Interamericana — 1977.
- BURREL, L. D. — *Intensivo Nurseing Care*. Saintloius, The C.V. — Mosby Company, 1973.
- KOIZUMI, M. S. e Colaboradores. — *Percepção dos Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva* — Problemas Sentidos e Expectativas em relação à Assistência de Enfermagem, 29o. Balneário de Camboriú — Santa Catarina, 1977 — Memografado.
- LEITE, J. L. e outros — *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva* — 1a. edição — Rio de Janeiro — Estabelecimentos gráficos Borsoi S/A. — 1979.
- INFANTE — *Centro de Terapia Intensiva e Unidade Coronária*. — Buenos Aires — Panamericana — 1973.
- BEVILACQUA, R. G. — *Tratamento das Insuficiências Respiratórias Agudas*.
- IN: CUTHIT, D. E. e Colaboradores. — *Temas de Terapia Intensiva* — Rio de Janeiro — Guanabara — Koogan, 1977 — Cap. X.
- LOPEZ, M. — *Tratamento Intensivo* — Rio de Janeiro — Guanabara — Koogan — 1975.
- LEMA, N. A. B. e Josete, L. — *Atuação da Enfermeira na Unidade de Choque Cardiogênico*. — *Enfermagem Novas Dimensões* — 1977 3(2): 97 — 102. □