

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO AUTOCUIDADO EM IDOSA SUBMETIDA AO IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO: RELATO DE CASO

Ana Karla Tertuliano dos Santos¹
Carla Carolina da Silva Leite Freitas²
Michelinne Oliveira Machado Dutra³
Michelly Guedes de Oliveira Araújo⁴
Rosilene Santos Baptista⁵

INTRODUÇÃO

O marcapasso natural do coração, também denominado nó sinusal é composto por impulsos elétricos, que caracterizam o sistema de condução elétrica do coração, pelo qual propaga a descarga elétrica para o nodo atrio-ventricular e em seguida as fibras de Purkinje, esse circuito é responsável pela atividade rítmica elétrica da contração cardíaca. Caso ausente, assumirá contrações desordenadas e ritmos dessincronizados, no qual poderá ser assistido por um marca-passo artificial (HALL, 2011).

O marcapasso cardíaco artificial definitivo é um dispositivo eletrônico multiprogramável constituído por: gerador de pulsos, bateria compacta e eletrodos, atuam de acordo com a gravidade e etiologia, na correção da frequência e débito cardíaco, a partir da resposta hemodinâmica do paciente. Será implantado após análise dos procedimentos terapêuticos e avaliação do risco-benefício. (BRIGNOLE et al., 2013).

No Brasil, o ministério da saúde em 2002 instituiu-se as seguintes recomendações clínicas para implante do dispositivo: bradicardia (disfunção sinoatrial, bloqueio átrio ventricular (BAV) congênito e adquirido no qual impedem a propagação do impulso elétrico no coração, ocasionando os bloqueios. Entre outras arritmias: fibrilação atrial de baixa frequência ventricular, frequência cardíaca normal (bloqueios bi ou trifasciculares) e na presença de taquicardia (ventriculares e supraventriculares). (BRASIL, 2002).

Entre as indicações de marcapasso mais frequente temos as síncope, no qual elevam-se com o decorrer dos anos. Principalmente durante o envelhecimento relacionado as patologias cardíacas, pois as alterações anatômicas e fisiológicas associadas as morbidade e interações medicamentosas culminam com a elevada ocorrência desses episódios na população idosa (SILVA, BARBOSA, MIRANDA., 2015).

¹ Mestranda do Curso de Enfermagem Enfermagem do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade de Pernambuco(UPE)/ Universidade Estadual da Paraíba(UEPB) , ana_karla09@hotmail.com;

² Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente - PRODEMA pela Universidade Federal da Paraíba da Paraíba(UFPB), carla carolina 01@gmail.com;

³ Doutoranda pelo Curso de Enfermagem Enfermagem do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade de Pernambuco(UPE)/ Universidade Estadual da Paraíba(UEPB), Michelinne_Oliveira@hotmail.com;

⁴ Doutoranda pelo Curso de Enfermagem Enfermagem do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade de Pernambuco(UPE)/ Universidade Estadual da Paraíba(UEPB), michelly.g@gmail.com;

⁵ Professora orientadora: Doutora, Professora titular, Docente do Curso de Enfermagem Enfermagem do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade de Pernambuco(UPE)/ Universidade Estadual da Paraíba(UEPB), rosilenesbaptista@gmail.com.

Os pacientes submetidos ao implante definitivo de marcapasso apresentaram prevalência em idosos e conhecimento deficiente relacionado aos cuidados domiciliares, entre eles as interferências domésticas com o dispositivo (AREDES et al., 2010). De acordo com Barros et al.,(2014) Conforme eleva-se a idade, altera a qualidade de vida referente a capacidade funcional e desconforto, as variáveis de gênero, a idade e o tempo de implante têm influência na qualidade de vida desses usuários.

Estudos realizados por Assis e Almeida.,(2014), verificou déficit de conhecimento na maioria dos pacientes, sobre as recomendações básicas de funcionamento e autocuidado após o implante, com repasse incompleto e desconhecimento do tema por alguns profissionais de saúde, ressalva a atuação do profissional enfermeiro na assistência e na compreensão do tratamento através da educação para os pacientes.

Assim a assistência realizada pela equipe multiprofissional aos portadores de marcapasso cardíaco, compete na assistência adequada e subsídios para melhoria de vida dos pacientes, assim a propagação do estilo de vida desses pacientes promove subsídios para que estratégias educativas sejam planejadas e condutas sejam instituídas dentro dessa população, possui como objetivo relatar o caso da atuação da equipe multiprofissional no autocuidado em idosa submetida ao implante de marcapasso cardíaco.

METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)

Trata-se de um relato de caso de uma paciente idosa admitida em setembro de 2016 na emergência de um hospital de referência em cardiologia de Pernambuco. Os dados foram coletados através de anamnese, exame físico e prontuário.

A instituição hospitalar do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares/Universidade de Pernambuco (PROCAPE/UPE), esta localizado na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. A escolha do local deu-se por considerar a instituição como centro de referência na área de cardiologia no estado de Pernambuco e também para as regiões Norte e Nordeste do país (PROCAPE., 2018).

DESENVOLVIMENTO

O nodo sinusal controla a ritmicidade cardíaca, na descarga sinusal seu impulso é conduzido para o nodo atrio-ventricular (AV) e para as fibras de Purkinje, no qual acontece a descarga de suas membranas excitáveis. Por isso o nodo sinusal é considerado o marca-passo do coração normal pois sua frequência de descargas rítmicas é maior do que outro local do coração (HALL, 2011).

Caso algum local diferente produza descargas rítmicas maiores em relação ao nó sinusal, ele assume a função do marca-passo, com sequenciais anormais de contração em diferentes regiões cardíacas, que irá comprometer o bombeamento e sincronismo do ritmo cardíaco (HALL, 2011).

O marca-passo cardíaco definitivo é um dispositivo eletrônico multiprogramável, inserido através de eletrodos no átrio ou ventrículo direito pela veia jugular interna ou subclávia. Possui um gerador com bateria, responsável pelos estímulos elétricos que irá atuar na correção do ritmo, bloqueio e sincronismo atrioventricular (REY, 2007).

Os parâmetros dos dispositivos variam conforme a frequência de estimulação, sensibilidade, largura e amplitude de pulso. Ao decorrer dos anos com o avanço tecnológico e aprimoramento dos recursos técnicos científicos, foi possível evidenciar a melhoria da sobrevida dos pacientes(BRIGNOLE et al., 2013).

Conforme o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do sistema DATASUS no ano de 2015 foram realizadas 21.592 internações para implante de marca-passo, 4.549 na região nordeste, 1.178 no estado de Pernambuco.

A Portaria n.º 640/GM de 3 de abril de 2002 define hospital geral com serviço de implante de marca-passo cardíaco permanente, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes portadores de doenças cardiovasculares, no nível ambulatorial e de internação hospitalar, com realização de implante de marca-passos cardíacos permanentes (BRASL, 2002).

O Ministério da Saúde em 2002, com a portaria n.º 987 de 17 de Dezembro, instituiu-se as recomendações clínicas, as principais são : bradicardias (disfunção sinoatrial, Bloqueio Atrio Ventricular (BAV) congênito e adquirido, fibrilação atrial de baixa frequência ventricular), frequência cardíaca normal (bloqueios bi ou trifasciculares) e na presença de taquicardia (ventriculares e supraventriculares) (BRASL, 2002).

Verifica-se que a maioria dos pacientes em pré-operatório de implante de marca-passo cardíaco definitivo apresenta conhecimento deficiente em relação aos cuidados domiciliares, sendo notificada a ausência de recomendações pós- operatória (AREDES, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 81 anos, hipertensa com suspensão do fármaco atenolol há um mês, obesa, ex-tabagista, síndrome cardiorrenal, foi trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ao Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE). A paciente possuía diagnóstico inicial de Bloqueio AtrioVentricular Total (BAVT). À admissão no pronto-socorro, encontrava-se com Escala de Coma de Glasgow (ECG): 9, Estado Geral Grave, consciente algo desorientada sob ventilação mecânica (VM), oximetria com saturação arterial de 90% em VM , com tórax estável, bradicardia(frequência cardíaca de 48 batimentos por minuto), eupnéica (14 ipm), pressão arterial sistêmica de 100/60 mmHg.

Durante a admissão, foi realizado acesso venoso periférico viabilizando Dopamina 35ml/h em bomba de infusão contínua (BIC), Dormonid 5ml/h (BIC) devido aos sinais de baixo débito cardíaco, com indicação para implante de marcapasso cardíaco provisório. Após o implante, ocorreu a extubação endotraqueal, com melhora hemodinâmica e respiratória progressiva, que permitiu desmame das drogas vasoativas. Foi realizado os exames de Ecocardiograma e Holter 24 horas. Após três dias foi realizado a retirada do marcapasso provisório depois da estabilização hemodinâmica e reajuste da medicação, recebendo alta hospitalar após dez dias de hospitalização.

A paciente obteve diagnóstico inicial de BAVT, proveniente na pausa do fármaco atenolol. Estudo condiz que os betabloqueadores de longa ação como atenolol, têm elevada incidência em bloqueios no pós operatório cardíaco que necessitam de estimulação cardíaca artificial (FERRARI et al.,2011).

De acordo com o relato, a mesma apresentou um quadro reversível do BAVT, assim foi realizada a remoção do marcapasso cardíaco provisório e ajustes na medicação, em relação a esse dispositivo, a paciente apresentou no período de internação déficit do auto cuidado em relação as atividade de vida diária. O dispositivo eletrônico está indicado nas seguintes situações: bradicardia sintomática e irreversível ou risco de bradicardia grave relacionada a causas não removíveis, porém quando a causa é transitória ou removível utiliza-se tratamento

farmacológico ou marca-passo temporário, o diagnóstico é realizado através da associação do exame eletrocardiográfico e o Holter de 24 horas (BRIGNOLE et al., 2013).

Foram realizadas visitas diárias da equipe multiprofissional com assistência direcionada a essa patologia no qual contribuíram para o prognóstico favorável, ocorreu acompanhamento contínuo durante a hospitalização a fim de elucidar a idosa referente as práticas clínicas adotadas. Assis e Almeida., (2014) relatam que o baixo nível de conhecimento sobre os dispositivos eletrônicos em relação a sua funcionalidade, diagnóstico para implantação, cuidados domiciliares e sua ação em reações adversas foi perceptível nesse estudo, no qual citou a ausência de informações cedidas pelos profissionais como um dos fatores de entraves que refletem no cotidiano desses pacientes.

As redes de assistência de saúde permitiram o atendimento hábil e eficaz visto que a paciente apresentava-se com instabilidade hemodinâmica e risco imediato de morte, sendo mister a atuação de profissionais capacitados. O sistema de saúde deve ser composta por uma equipe multiprofissional especializada e qualificada, compete ao profissional de enfermagem o acolhimento desses pacientes no atendimento inicial, a nível hospitalar e ambulatorial para esclarecimento do procedimento, o mesmo deverá conhecer a fisiopatologia e o funcionamento do dispositivo eletrônico implantável, a fim de transparecer segurança e minimizar ansiedade (BORGES; MORAES, 2015).

Sendo assim é viável a adoção de medidas que visem o empoderamento do idoso em relação a sua patologia. Oliveira et al.,(2017) descreve o manejo do autocuidado em idosos referente ao processo saúde-doença, com estratégias de educação em saúde. Com ênfase em tópicos relevantes: importância da monitorização periódica, prevenção de infecção e fontes de interferência eletromagnética (AREDES et al.,2010). Além de salientar a implantação de programas de educação continuada, com avaliações periódicas em âmbito hospitalar, com fortalecimento da temática em ambiente acadêmico (SILVA; GUEDES; FREITAS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paciente permaneceu estável hemodinamicamente sem queixas, recebeu alta hospitalar no final de dezembro de 2016. Seguiu com acompanhamento ambulatorial no hospital de admissão. O sistema de referência e contra-referência articulado em sincronia permitiu diminuição do tempo-resposta e agilidade no internamento da paciente idosa. Assim o serviço de alta complexidade propicia um caráter resolutivo, com redução da mortalidade e promoção de melhorias da saúde e estado funcional dos pacientes idosos, além das estratégias de autocuidado.

Palavras-chave: Marca-passo Artificial, Autocuidado, Saúde do idoso, Equipe de Assistência ao Paciente.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Bárbara Taísa; ALMEIDA, Alice Maria. Conhecimento dos indivíduos com Marcapasso Definitivo. **Nursing**, v. 18, n. 1, p. 56-62, 2014. Disponível em:< <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/157.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.

DE Oliveira, M. S. N., Almeida, G. B. S., Chagas, D. D. N. P., Salazar, P. R., & Ferreira, L. V. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev. enferm. UFSM**, v. 7, n. 3, p. 1-14, 2017. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26344/pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.

AREDES, A.F., LUCIANELLI, J.G, DIAS, M.F., BRAGADA, V.C.A., DUMBRA, A.P.P., POMPEO, D.A. Conhecimento dos pacientes a serem submetidos ao implante de marcapasso cardíaco definitivo sobre os principais cuidados domiciliares. *Relampa* 2010;23(1):28-35. Disponível em:<http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=709>. Acesso em: 14 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Doenças Cardiovasculares**.2016. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Brasília, 2016. Acesso em: 14 maio 2019.

BRASIL. Portaria nº 640, de 03 de abril de 2002. **Organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 maio 2019.

BRASIL . Portaria nº 987, de 17 de Dezembro de 2002: **Secretaria de Assistência a Saúde** . Brasília, 2002 Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 14 maio 2019.

BRIGNOLE M.et al. ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. **European Heart Journal**. 2013; 34: 2281–2329. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/eh150>>. Acesso em: 05 maio 2019.

BORGES, Diogenes Lopes; MORAES, Cladis Loren Kiefer. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CARDIODESFIBRILADOR ARTIFICIAL. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p. 228-237, 2015. Disponível em: <<http://revistapuca.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/1768>>. Acesso em: 14 maio 2019.

DA SILVA, L.F; GUEDES, M.V.C; DE FREITAS, M.C. Déficit de conhecimento diagnóstico de enfermagem do paciente com marcapasso cardíaco artificial definitivo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 47-52, 2012.

Disponível em:< <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/1990/1990>> . Acesso em: 14 maio 2019.

DA SILVA, R.M. F.L.; BARBOSA, M.T.; DE SOUZA MIRANDA, C. E. Síncope em idosos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p. 79-86, 2015. Disponível em:< https://www.researchgate.net/profile/Rose_Silva/publication/279914938_Syncope_in_the_elderly/links/559dcf0008aeb45d1715d82e/Syncope-in-the-elderly.pdf> . Acesso em: 14 maio 2019.

DE BARROS, Rubens Tofano et al. Avaliação de aspectos da qualidade de vida em pacientes pós-implante de marca-passo cardíaco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 29, n. 1, p. 37-44, 2014. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941892009>>. Acesso em: 14 maio 2019.

FERRARI, A. D. L., SÜSSENBACH, C. P., GUARAGNA, J.C.V.C., PICCOLI, J.C.E., GAZZONI, G. F., FERREIRA, D.K, ALBUQUERQUE, L.C, & GOLDANI, M. A. Atrioventricular block in the postoperative period of heart valve surgery: incidence, risk factors and hospital evolution. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 26, n. 3, p. 364-372, 2011. Disponível

em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382011000300010&script=sci_arttext> . Acesso em: 06 maio 2019.

HALL, John E.(John Edward), 1946- **Tratado de Fisiologia Médica**/ John E.Hall.- 12.ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, S. K. P., QUEIROZ, A. P. O., MATOS, D. P. M., MOURA, A. F. & LIMA, F. E.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 1, p. 155-161, Feb. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2019.

PROCAPE - Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Estrutura Acadêmica das Unidades do Complexo Hospitalar. Disponível em : < <http://www.upe.br/procape>>. Acesso em: 05 maio 2019.

REY ,Nei Antonio. Marcapasso cardíaco indicações. **Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2007. Disponível em : < http://sociedades.cardiol.br/sbcrs/revista/2007/12/MARCAPASSO_CARDIACO_INDICACOES.pdf >. Acesso em: 20 maio 2019.