

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaynara Figueiredo Grismino¹
Myllena Alexandre Henriques da Silva²
Alexciana Santos da Silva³
Letícia da Mata Veríssimo⁴
Rosângela Vidal de Negreiros⁵

RESUMO

O presente estudo trata-se um relato de experiência de um atendimento realizado em 2018 a um idoso de sessenta e dois anos, diabético e sequelado de Acidente Vascular Encefálico (AVE), à quase dez anos, acamado há três meses, apresentando letargia, hipertonia em membros superiores, paresia em membros inferiores, lesão por pressão – LPP, estágio 4 em região sacral e ambos calcâneos estágio 2, inapetência, disfagia e febre diárias. A investigação levou ao diagnóstico de sepse por *Klebsiella pneumoniae*, onde foi estabelecida uma terapêutica com o objetivo de construir um plano de cuidado sistematizado aceitável para essa situação reconhecendo a individualidade do paciente e as características do caso. De início foi realizada a transcrição dos dados com a finalidade de construir a história clínica, facilitando o processo de raciocínio clínico. Relacionando o caso a assistência de enfermagem e estabelecendo um plano de cuidado possível para essa situação identificando as principais características definidoras tendo como objetivo apresentar a proposta da aplicação do Processo de Enfermagem fundamentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta a um adulto com seqüela de AVE.

Palavras-chave: Diabetes; Acidente Vascular Encefálico; Lesão por Pressão; Sepse.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico - AVE, atualmente é a segunda maior causa de óbitos em todo mundo e pode ser definido como uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, que ocasiona lesões na função neurológica. É uma doença quando não fatal, incapacita o acometido por um longo tempo (COSTA, 2016).

¹ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, thayfgrismino@gmail.com;

² Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, malexandrehs@gmail.com;

³ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, alexciana.santos@hotmail.com;

⁴ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, leticia.damata14@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, rosangelavn@ufcg.edu.br.

O risco de AVE é maior em pessoas diabéticas, ainda que se retire os outros fatores de risco para o AVE, continua a ser duas vezes superior nas pessoas que possuem diabetes mellitus. Como uma prevalência de 10% na população mundial, um em cada oito casos de AVC tem relação direta com a DM (PINTO, 2013).

Diversos estudos observaram que algumas doenças crônicas como a hipertensão, doença cardíaca e sintomas e sinais de AVE são mais frequentes em diabéticos. Foi observado também que o AVE teria mais incidência em homens, e há uma potencialização do risco quando existe uma combinação entre diabetes, cerca de 25%, e hipertensão. Quanto à fatalidade, foi observado que é similar entre pessoas diabéticas e não diabéticas (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Guyton e Hall (2017) define o sistema nervoso como tendo a função de captar, integrar e transmitir as informações por todo o corpo. Desse modo, quando o sistema neurológico é afetado por um AVE o paciente pode perder a capacidade de locomover-se, apresentar respostas motoras e sensitivas diminuídas e dificuldade de comunicação. Podendo ocorrer sequelas, como hemiplegia e alterações cinestésicas, sendo contribuintes para a formação de lesão por pressão – LPP, caracterizado como porta de entrada para microorganismos, principalmente aqueles que causam infecção generalizada (sepsis) como a *Klebsiella pneumoniae*, bacilo Gram-negativo e sua resistência a antimicrobianos tem se tornado um problema de saúde pública e preocupação em todos os campos da saúde (MOREIRA, 2018).

Também, buscou-se destacar a cadeia de eventos patológicos que proporcionou ao paciente a evolução do quadro clínico que se encontrava durante sua internação. Devido aos agravos da diabetes, o paciente sofreu um AVE, que resultou num processo de restrição ao leito de longa duração, levando a abertura de lesões por pressão na região sacral e calcânea D e E, tornando-se portas de entradas para o bacilo *Klebsiella pneumoniae* identificado durante a internação, que posteriormente ocasionou uma sepse.

Desta forma, a assistência de enfermagem tem extrema importância quanto ao cuidado do paciente com AVE e suas acompanhantes/familiares. Este estudo tem como objetivo relatar o curso da hospitalização de um sequelado de um AVE e em processo de acamamento e relacionar o caso a assistência de enfermagem propondo um plano de cuidados para essa situação. A proposta da aplicação do Processo de Enfermagem foi fundamentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência e foi desenvolvido na Ala clínica masculina de um Hospital Universitário da Paraíba, sendo considerada uma instituição de referência no tratamento de doenças crônicas.

O acompanhamento do cliente foi realizado durante cinco dias de internação hospitalar, no período de duas semanas, que ocorreu no mês de julho de 2018. Os dados foram coletados por meio da entrevista e técnicas de exame físico com auxílio do instrumento de coleta de dados utilizado na ala, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, além da observação de exames e através da evolução do quadro do paciente.

Primeiramente, foram transcritos todos os dados coletados com finalidade de produzir um caso clínico, apontando as Necessidades Humanas Básicas afetadas, posteriormente direcionando a um diagnóstico clínico e, conseqüentemente, ao Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem é estabelecido como ferramenta conceituada, autêntica e aplicada amplamente na sistematização do cuidado humano, habilitando o enfermeiro para organizar e administrar os cuidados de enfermagem. Objetiva incentivar a ação humanizada, dirigida a resultados, além de conduzir o profissional à avaliação da sua prática com frequência, diferenciando sua atuação dos demais profissionais. Ele consiste em cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. (TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Foram detalhadas as fases do processo de enfermagem desenvolvidas na assistência ao cliente. Por conseguinte, foi apresentado o histórico de enfermagem com a síntese do caso pautada nas Necessidades Humanas Básicas, seguida dos diagnósticos e do planejamento da assistência de enfermagem que melhor se adequaram ao caso do paciente do caso em questão.

RESULTADO

Adotou-se o suporte teórico das Necessidades Humanas Básicas, a Taxonomia Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-1) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), também foram determinados alguns resultados esperados, utilizando a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), como lentes de interpretação dos dados empíricos.

Histórico de enfermagem:

Paciente com 62 anos, agricultor, semianalfabeto, católico, diabético (DM tipo 2), hipertenso, sequelado de AVE há 10 anos (SIC), possui história pregressa de tabagismo e etilismo, nega transfusões sanguíneas, nega alergias, não possui vacinações recentes, sofreu uma laparotomia há quase 30 anos devido à ferimento por arma branca. Pais mortos em decorrência de doenças cardíacas. Com moradia de alvenaria, água encanada, coleta de esgoto e lixo. Encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, após dois dias de internação, para o Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, relatando que há três meses apresentou letargia, disfagia, inapetência e paresia em membros inferiores (MMII). Ao exame de admissão: Estado geral regular, consciente, confuso, sonolento, acianótico, anictérico, pálido, desidratado, eupneico. Ao exame físico: paresia em MMII, pupilas isocóricas, mucosa oral íntegra, úmida, com falha dentária, comunicação verbal prejudicada, eupneico, presença de ronco, tosse seca, perfusão periférica diminuída, pulso cheio e rítmico, sem alterações na ausculta cardíaca, acesso venoso central, fadiga, abdome plano, ruídos hidroaéreos diminuídos, alimentação via oral, eliminações ausentes há 2 dias, micção espontânea, sonda vesical de demora (SVD), urina amarela escura, lesão ulcerativa na região sacral (estágio 4) e em ambos os calcâneos (estágio 2) devido ao longo tempo de acamamento, apresentando necessidade de ajuda para o autocuidado. Foi prescrita uma bacterioscopia da lesão localizada na região sacral, e posteriormente decidiu-se desbridar a área necrosada do leito da ferida. O procedimento foi realizado pelo médico plantonista. O resultado da cultura foi contaminação por *Klebsiella pneumoniae*, conseqüentemente, sendo diagnosticado com sepse e iniciando a terapia antibiótica.

No período de internação foram solicitados: exames laboratoriais, bacterioscopia, antibiograma, passado SVD, cateter central, realizado glicemia capilar diariamente e dieta pastosa via oral, em uso de Vancomicina 1g + SF 0,9% 100 ml, Meropenem 1g + SF 0,9% 100 ml, Dipirona 2ml, Tramal 1g + SF 0,9% 100 ml, Nauseidrom 2g/ml, Fenobarbital 100 g/ml, Haldol 5mg/ml em caso de agitação psicomotora, Clexane 40m, Enalapril 10mg, Anlodipino 10mg, AAS 100 mg, Sivastantina 20mg, Amplictil 25mg, Carbamazepina 20mg.

Após organização dos dados coletados do prontuário do paciente e análise sistemática dos mesmos, tendo em vista as necessidades prioritárias que poderiam influenciar em sua evolução, foram identificados 05 diagnósticos de enfermagem segundo as normas de classificação diagnóstica da NANDA, sendo três diagnósticos reais e dois diagnósticos de risco.

Em seguida foi realizado o planejamento assistencial de enfermagem, priorizando os diagnósticos:

DIAGNÓSTICOS NANDA-I	RESULTADOS NOC	INTERVENÇÕES NIC
Integridade da pele prejudicada, relacionada a imobilização física, evidenciado por LPP.	Terá cicatrização no tempo oportuno das lesões cutâneas, das feridas ou das úlceras de pressão sem complicações.	Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão. Mudar o decúbito a cada duas horas, e com cuidado.
Risco de glicemia instável, relacionado ao controle insuficiente do diabetes.	Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia.	Verificar resultados de glicemia capilar. Assegurar uma ingestão nutricional adequada.
Mobilidade física prejudicada, relacionada a doença neurológica, evidenciado por força motora diminuída, enfraquecimento neuromotor.	Mobilidade física normalizada	Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito; Encorajar a movimentação do paciente conforme a tolerância
Déficit do autocuidado, relacionado a doença neurológica, evidenciado por prejuízo neuromuscular, letargia, desorientação.	O indivíduo deverá participar física e/ou verbalmente na alimentação, no vestuário, no uso do vaso sanitário, nas atividades do banho	Banho no leito. Avaliar o grau de incapacidade.
Constipação, relacionada a imobilidade, evidenciada por ausência de evacuações há 2 dias e RHA diminuídos.	Eliminação intestinal	Realizar massagem abdominal Estimular o aumento de ingestão hídrica Avaliar dieta Mudança de decúbito

Quadro 1. Planejamento da assistência de enfermagem no cuidado de um adulto com diabetes, incluindo os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I, os resultados de enfermagem da NOC e as intervenções de enfermagem da NIC. Campina Grande, 2018.

DISCUSSÃO

As ações de enfermagem tiveram o intuito de satisfazer as necessidades do paciente, para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Todavia, quando a assistência é prestada ao

paciente é necessário compreender que a família/cuidadores, serão responsáveis por essas ações. Desse modo, é necessário que o profissional tenha a sensibilidade de envolver a família/cuidador e torná-los corresponsáveis pela assistência prestada ao indivíduo. Analisando o quadro clínico do adulto participante do relato, e pensando no processo de enfermagem, baseado na teoria de Wanda Aguiar Horta, as ações de enfermagem foram direcionadas ao paciente, nos níveis de necessidades identificados.

Nas necessidades psicobiológicas está inserido a necessidade de integridade cutaneomucosa que é a necessidade do organismo de manter as funções de proteção, regulação da temperatura, sensação e excreção da pele e mucosas (PORTO, 2005). Nesta necessidade, quando prejudicada, pode acarretar outros graves problemas, como a sepse. Desse modo, manter a integridade cutânea tem extrema importância na prevenção de alterações e agravos do quadro do paciente. Por isso, deve-se aplicar curativo adequado ao tipo de lesão, no intuito de que haja uma recuperação mais rápida, conseqüentemente, melhorando a qualidade do estado do paciente. Assim como, mudar o decúbito a cada duas horas, com a finalidade de aliviar a pressão, principalmente em proeminências ósseas, evitando o agravo da lesão como também evitando a abertura de novas lesões. Desta forma, devemos sempre estar atentos quanto aos sinais de infecções em feridas, pois são portas de entrada para infecções graves.

No caso em questão o paciente já apresentava lesões de decúbito na admissão, assim, foi necessária uma avaliação concisa da ferida apresentada, levando em consideração o estado físico do paciente e seus exames laboratoriais para uma prescrição precisa do tratamento da LPP sacral e calcâneas, como também, trabalhar condutas clínicas para prevenir agravos nas lesões já instaladas e impedir o desenvolvimento de mais lesões em outras regiões do corpo.

Também quanto às necessidades psicobiológicas está inserido a necessidade de eliminação que se caracteriza como a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes e quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal (BENEDET, 2001). Para que se mantenha a homeostase, são necessárias intervenções eficazes para que o paciente consiga eliminar de forma satisfatória suas excretas. Desse modo, a hidratação do paciente é de extrema importância para auxiliar nas eliminações. Bem como, os pacientes acamados, podem ser auxiliados com exercícios que envolvam a mudança de decúbito (MARCIENE, 2004). Foi orientada ao acompanhante complementar a hidratação do paciente com água por via sonda nasogástrica, como também, hidratar os lábios e o corpo do paciente.

Outra necessidade identificada é o risco da glicemia instável, que pode ser descrito como a instabilidade dos níveis séricos de glicose/açúcar em relação à variação normal, que pode proporcionar riscos à saúde (TEXEIRA, 2017). Vale salientar que, este é um fator de risco para outras doenças, dentre elas o Acidente Vascular Encefálico. Desse modo, a intervenção mais indicada será a verificação dos resultados de glicemia capilar, com a finalidade de monitorar os índices glicêmicos e intervir caso haja uma hipo ou hiperglicemia, como também assegurar uma ingestão nutricional adequada para manter o equilíbrio da glicemia do paciente. Sua glicemia foi verificada três vezes ao dia de forma pós-brandial e sendo medicado por insulina conforme o protocolo preexistente do hospital.

A mobilidade física prejudicada é um diagnóstico NANDA-I que pode ser definido como redução do movimento físico voluntário de algum membro ou do corpo. Dependendo do local onde ocorreu o AVE, os movimentos podem diminuir de forma significativa, devido a diminuição da comunicação neuromotora. Neste caso, é essencial a orientação do enfermeiro ao acompanhante para a realização de atividade no leito, já que os movimentos do paciente estão limitados. Então, torna-se necessário orientar quanto ao posicionamento, trocar fralda, alimentação e proporcionar conforto ao paciente. Bem como, encorajar a movimentação do paciente sempre compreendendo a tolerância aos movimentos.

Na necessidade do cuidado corporal, pode ser definida como a capacidade de realizar atividades a satisfação seu asseio corporal. Esta atividade está relacionado ao autocuidado, como: vestir-se, alimentar-se e realizar higiene pessoal. No entanto, quando há uma incapacitação, que pode ser física ou mental, o indivíduo necessita de auxílio de familiares/cuidadores e equipe de enfermagem (PORTO, 2005). Devido sua condição neuromotora, dependia exclusivamente da equipe multiprofissional e de seus acompanhantes para a realização de qualquer atividade diária. As condutas prestadas pela equipe multiprofissional devem envolver os familiares e encorajá-los a participar da assistência bem como serem orientados constantemente durante a internação e pós-alta hospitalar devido os cuidados domiciliares (NUNES, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vê-se que o AVE, assim como doenças crônicas, é uma patologia que precisa de acompanhamento correto a fim de evitar-se complicações. Desse modo, destaca-se a

importância da equipe multiprofissional presente na atenção básica, a qual deve atuar desde a promoção de saúde até a reabilitação do usuário e que neste caso não foi eficaz nas suas responsabilidades, o que levou o paciente a um estado de agravos e que resultou num processo de restrição ao leito de longa duração.

Ressalta-se a necessidade do conhecimento fisiológico e clínico das patologias pelo profissional para que a assistência seja mais bem realizada. Devem ser destacadas as necessidades humanas básicas afetadas, o que irá contribuir na identificação dos diagnósticos de enfermagem, o que irá direcionar a construção de intervenções baseadas nas reais exigências do cliente, dando viabilidade ao cuidado e a eficácia das ações propostas.

Por fim, a assistência de enfermagem torna-se um processo essencial no cuidado e manejo do paciente, uma vez que contribui de forma significativa na melhora do cuidado ofertado pela equipe. Considerando a cadeia de eventos que complicaram o quadro do paciente, a enfermagem deve atuar desde a orientação e prevenção de doenças na atenção básica até a prevenção de lesões por pressão em pacientes acamados, que, conseqüentemente, podem ser porta de entrada para micro-organismos e causar complicações como a sepse.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Regina de et al. O estudo de caso como método de pesquisa em Enfermagem: uma Revisão Integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e5360016, 2017.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. Manual de diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis, Bernúncia, 2001.

COSTA, Tatiana Ferreira da et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 933-939, out. 2016.

FREITAS, M.C.; MEDEIROS, A.B.F.; GUEDES, M.V.C.; ALMEIDA, P.C.; GALIZA, F.T.; NOGUEIRA, J.M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); n.32, a.1, p.:143-50. Mar, 2011.

GUYTON, A.C; HALL, J. E.. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HORTA, Wanda Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

MARCIENI, Ataíde de Andrade et al. **Assistência farmacêutica frente a obstipação intestinal no idoso**. Infarma, São Paulo, abril. 2004.

MCCLOSKEY J. C., BULECHEK G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5ed. Tradução de Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Trad. Regina Garcez. 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

MOREIRA, V.C.; FREIRE, D. 2012. **Klebsiella pneumoniae e Sua Resistência a Antibióticos**. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/VANESSA%20CARVALHO%20MOREIRA.pdf>. Acesso em: 30 de jul. de 2018.

North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Nunes DLS, Fontes WS, Lima MA. **Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2017; 21 (1): 87-96.

PINTO, P. A. T. **Pré-Diabetes e o risco de Acidente Vascular Cerebral**. 2013. 47 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Curso de Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

PORTO, M.L.L.; NÓBREGA, M.M.L.; SANTOS, S.S.C. Necessidades psicobiológicas e suas manifestações em idosos: revisão da literatura. **Rev RENE**. n.6, a.1, p.:125-134. 2005.

RODRIGUES, M. S; SANTANA, L. F. e; GALVÃO, I. M. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de Medicina**, [s.l.], v. 96, n. 3, p.187-192, 29 set. 2017. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>.

SILVA, M. do S M.L.; GARCIA, T. R. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 51, n. 4, p. 615-628, Dec. 1998.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

TEIXEIRA, Andressa Magalhães et al. Risco de glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . n.25:e2893, 2017.