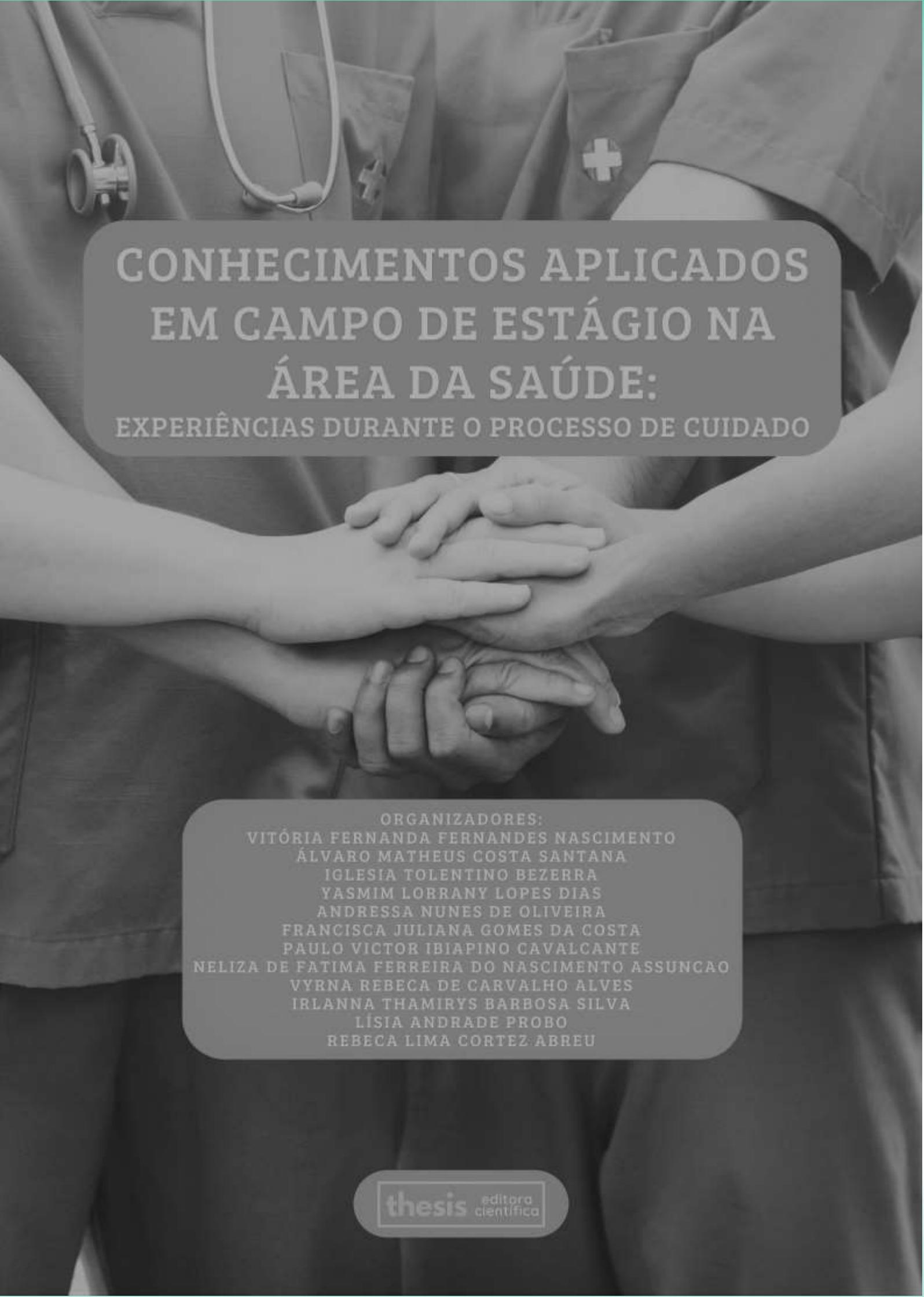




**CONHECIMENTOS APLICADOS
EM CAMPO DE ESTÁGIO NA
ÁREA DA SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE CUIDADO**

ORGANIZADORES:
VITÓRIA FERNANDA FERNANDES NASCIMENTO
ÁLVARO MATHEUS COSTA SANTANA
IGLESIA TOLENTINO BEZERRA
YASMIM LORRANY LOPES DIAS
ANDRESSA NUNES DE OLIVEIRA
FRANCISCA JULIANA GOMES DA COSTA
PAULO VICTOR IBIAPINO CAVALCANTE
NELIZA DE FATIMA FERREIRA DO NASCIMENTO ASSUNCAO
VYRNA REBECA DE CARVALHO ALVES
IRLANNA THAMIRYS BARBOSA SILVA
LÍSIA ANDRADE PROBO
REBECA LIMA CORTEZ ABREU



**CONHECIMENTOS APLICADOS
EM CAMPO DE ESTÁGIO NA
ÁREA DA SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE CUIDADO**

ORGANIZADORES:
VITÓRIA FERNANDA FERNANDES NASCIMENTO
ÁLVARO MATHEUS COSTA SANTANA
IGLESIA TOLENTINO BEZERRA
YASMIM LORRANY LOPES DIAS
ANDRESSA NUNES DE OLIVEIRA
FRANCISCA JULIANA GOMES DA COSTA
PAULO VICTOR IBIAPINO CAVALCANTE
NELIZA DE FATIMA FERREIRA DO NASCIMENTO ASSUNCAO
VYRNA REBECA DE CARVALHO ALVES
IRLANNA THAMIRYS BARBOSA SILVA
LÍZIA ANDRADE PROBO
REBECA LIMA CORTEZ ABREU



2024 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores



***CONHECIMENTOS APLICADOS EM CAMPO DE ESTÁGIO NA
ÁREA DA SAÚDE: experiências durante o processo de cuidado*** está

licenciada sob CC BY 4.0.

Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ela permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais. O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Thesis Editora Científica. Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares (*blind peer review*), membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

ISBN: 978-65-982537-2-1

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br



2024

CONHECIMENTOS APLICADOS EM CAMPO DE ESTÁGIO NA ÁREA DA SAÚDE: experiências durante o processo de cuidado

Organizadores

Vitória Fernanda Fernandes Nascimento
Álvaro Matheus Costa Santana
Iglesia Tolentino Bezerra
Yasmim Lorrany Lopes Dias
Andressa Nunes de Oliveira
Francisca Juliana Gomes da Costa
Paulo Victor Ibiapino Cavalcante
Neliza de Fatima Ferreira do Nascimento Assunção
Vyrna Rebeca de Carvalho Alves
Irlanna Thamirys Barbosa Silva
Lísia Andrade Probo
Rebeca Lima Cortez Abreu

Conselho Editorial

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira – lattes.cnpq.br/9585477678289843
Adilson Tadeu Basquerote Silva – lattes.cnpq.br/8318350738705473
Andréia Barcellos Teixeira Macedo – lattes.cnpq.br/1637177044438320
Eliana Napoleão Cozendey da Silva – lattes.cnpq.br/2784584976313535
Rodolfo Ritchelle Lima dos Santos – lattes.cnpq.br/8295495634814963
Luís Carlos Ribeiro Alves – lattes.cnpq.br/9634019972654177
João Vitor Andrade – lattes.cnpq.br/1079560019523176
Bruna Aparecida Lisboa – lattes.cnpq.br/1321523568431354
Júlio César Coelho do Nascimento – lattes.cnpq.br/7514376995749628
Ana Paula Cordeiro Chaves – lattes.cnpq.br/4006977507638703
Stanley Keynes Duarte dos Santos – lattes.cnpq.br/3992636884325637
Brena Silva dos Santos – lattes.cnpq.br/8427724475551636
Jessica da Silva Campos – lattes.cnpq.br/7849599391816074
Milena Cordeiro de Freitas – lattes.cnpq.br/5913862860839738
Thiago Alves Xavier dos Santos – lattes.cnpq.br/4830258002967482
Clarice Bezerra – lattes.cnpq.br/8568045874935183
Bianca Thaís Silva do Nascimento – lattes.cnpq.br/4437575769985694
Ana Claudia Rodrigues da Silva – lattes.cnpq.br/6594386344012975
Francisco Ronner Andrade da Silva – lattes.cnpq.br/5014107373013731
Maria Isabel de Vasconcelos Mavignier Neta – lattes.cnpq.br/8440258181190366
Anita de Souza Silva – lattes.cnpq.br/9954744050650291
Sara Milena Gois Santos – lattes.cnpq.br/6669488863792604
Leônidas Luiz Rubiano de Assunção – lattes.cnpq.br/4636315219294766

2024 - Thesis Editora Científica

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Conhecimentos aplicados em campo de estágio na área da saúde [livro eletrônico] : experiências durante o processo de cuidado. -- Teresina, PI : Thesis Editora Científica, 2024.
PDF

Vários autores.

Vários organizadores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-982537-2-1

1. Enfermagem – Práticas
2. Estágio – Programas
3. Saúde – Profissionais.

24-194771

CDD-610.7307155

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem : Estágio : Ciências médicas 610.7307155

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br

PREFÁCIO

Caro leitor,

É com grande satisfação e entusiasmo que apresentamos a você o livro "*CONHECIMENTOS APLICADOS EM CAMPO DE ESTÁGIO NA ÁREA DA SAÚDE: experiências durante o processo de cuidado*". Esta obra, composta por 6 capítulos minuciosamente elaborados por pesquisadores da área da Enfermagem, representa um esforço conjunto para trazer à luz um conhecimento prático sobre temas cruciais no campo de estágio na área da saúde.

O campo de estágio é um ambiente propício à aquisição de conhecimentos e à exposição de práticas disponíveis para execução e aperfeiçoamento profissional de acadêmicos em saúde. Nesse sentido, abordar aspectos inerentes às experiências acadêmicas é relevante para análise de casos clínicos, de avaliações educacionais e de aprendizagem universitária. Assim, o objetivo deste livro é identificar experiências de estudantes em saúde em ambiente hospitalar. Dentre os resultados mais relevantes destaca-se a aplicabilidade de cuidados em saúde para melhora de condições em saúde de pacientes hospitalizados a partir da sistematização. Estes pacientes variam as necessidades de cuidados conforme a patologia ou condicionamento em saúde presente e relativa ao motivo da internação, o que interfere diretamente no plano de cuidado, visando melhorias ou a inserção de cuidados paliativos.

A gama de oportunidades de conhecer e aprimorar aprendizagem a partir da identificação de diagnósticos em saúde e da elaboração e desenvolvimento de planos assistenciais para o cuidado de qualidade contribui significativamente para a formação profissionalizante.

À *Thesis Editora Científica*, gratidão por fornecer o espaço necessário para a realização desta importante empreitada editorial. O compromisso com a excelência acadêmica e a disseminação do conhecimento é uma inspiração para todos envolvidos neste projeto.

Por fim, convidamos você, leitor, a se aventurar por esta obra e mergulhar no campo de estágio na área da saúde. Certamente, o conhecimento aqui compartilhado contribuirá para sua jornada acadêmica e profissional, fornecendo as ferramentas necessárias para compreender, cuidar e transformar vidas.

Boa leitura!

Os organizadores: Vitória Fernanda Fernandes Nascimento, Álvaro Matheus Costa Santana, Iglesias Tolentino Bezerra, Yasmim Lorrany Lopes Dias, Andressa Nunes de Oliveira, Francisca Juliana Gomes da Costa, Paulo Victor Ibiapino Cavalcante, Neliza de Fatima Ferreira do Nascimento Assunção, Vyrna Rebeca de Carvalho Alves, Irlanna Thamirys Barbosa Silva, Lísia Andrade Probo e Rebeca Lima Cortez Abreu

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - PACIENTE COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE HEPATOPATIA CRÔNICA ALCOÓLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	8
<i>PATIENT WITH DIAGNOSTIC HYPOTHESIS OF CHRONIC ALCOHOLIC HEPATOPATHY: EXPERIENCE REPORT</i>	<i>8</i>
CAPÍTULO 2 - CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	21
<i>ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS: EXPERIENCE REPORT</i>	<i>21</i>
CAPÍTULO 3 - CÂNCER DE MAMA EM PERÍODO GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	28
<i>BREAST CANCER IN THE GESTATIONAL PERIOD: EXPERIENCE REPORT.....</i>	<i>28</i>
CAPÍTULO 4 - GESTANTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CRÔNICA E DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	43
<i>PREGNANT WOMAN WITH CHRONIC SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS</i>	<i>43</i>
CAPÍTULO 5 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	54
<i>SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: EXPERIENCE REPORT</i>	<i>54</i>
CAPÍTULO 6 - HEPATITE AUTOIMUNE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	63
<i>AUTOIMMUNE HEPATITIS: EXPERIENCE REPORT</i>	<i>63</i>

CAPÍTULO 1

PACIENTE COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE HEPATOPATIA CRÔNICA ALCOÓLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATIENT WITH DIAGNOSTIC HYPOTHESIS OF CHRONIC ALCOHOLIC HEPATOPATHY: EXPERIENCE REPORT

1. INTRODUÇÃO

Conforme Meneguetti *et al* (2018), a bebida alcoólica, em 2017, foi a substância psicoativa mais consumida no mundo, sendo o maior fator de risco evitável de diversas doenças. Esse consumo é prejudicial e há relação de causa direta com mais de 200 tipos de patologias, sendo a maior prevalência e mortalidade relacionada à hepatopatia alcoólica. Que representa um prevalente problema de saúde pública (HORA, *et al* 2018).

O consumo crônico e excessivo de álcool constitui uma das principais causas de doença hepática. A patologia da doença hepática alcoólica consiste em três lesões principais de características evolutivas, raramente existindo lesão em forma única: (1) esteatose hepática, (2) hepatite alcoólica e (3) cirrose (MOREIRA, *et al* 2019).

Dessa maneira, a esteatose é o primeiro estágio e a apresentação mais comum, atingindo cerca de 90% dos etilistas que consomem, em média, 4 a 5 doses padrão a longo prazo. Essa fase é caracterizada pelo acúmulo de ácidos graxos nos hepatócitos. Trata-se de uma condição reversível, geralmente assintomática e de bom prognóstico. A esteatohepatite, por sua vez, acomete cerca de 30 a 40% dos indivíduos que relatam abuso crônico de álcool e constitui a lesão inflamatória mais grave. Essa fase apresenta clínica variável, podendo ser assintomática ou sintomática, com presença de sintomas inespecíficos como anorexia, náuseas, vômitos, hepatomegalia dolorosa, febre, leucocitose, icterícia ou sinais de insuficiência hepática. Ao contrário da esteatose, a esteato-hepatite é um processo que deixa cicatriz no tecido hepático e sua cronicidade leva à evolução para fibrose, na qual a cirrose é o estágio terminal e é caracterizada pelo depósito anormal de proteínas na matriz extracelular, o que promove uma alteração na arquitetura hepática e aparecimento de nódulos regenerativos (ESPASANDIN, *et al*

2021).

Sendo assim, o paciente deste estudo apresentou diversas sintomatologias, como: icterícia, edema de membros inferiores (MMII), ascite, hipertensão portal, derrame pleural, varizes esofágicas, hepatomegalia dolorosa, febre. Ainda, apresentou sintomatologias relacionadas ao uso crônico de álcool como pangastrite enantematosa moderada.

Conforme Moya *et al* (2022), o ponto chave para o tratamento de pacientes com Doença Hepática Alcoólica é a realização e manutenção de abstinência alcoólica. Esta, é vital para evitar mais lesões hepáticas, cicatrizes e possivelmente carcinoma hepático; pode beneficiar pacientes em todas as fases da doença.

Ademais, a assistência de enfermagem se faz necessária a partir da realização de diagnósticos, intervenções e obtenção de resultados que visem o prognóstico positivo do paciente ou a minimização de patologias associadas negativas à uma boa recuperação. Nesse sentido, sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente com hipótese diagnóstica de Hepatopatia Crônica Alcoólica objetiva a eliminação ou diminuição dos riscos de infecções, prevenção de lesões maiores na pele, resolutividade do comprometimento metabólico e funcional generalizado, além de continuar promovendo a estabilidade dos sinais vitais e dos funcionamentos orgânicos até então normais ao paciente em questão.

Outrossim, o presente estudo justifica-se pela imprescindibilidade de tratar por meio da assistência de enfermagem achados clínicos prejudiciais ao paciente e possíveis complicações decorrentes de uma conduta assistencial falha e pouco resolutiva. Visto que, a doença hepática alcoólica trata-se de uma doença multifatorial, complexa e representa um espectro de doenças e alterações morfológicas que variam desde a esteatose à inflamação e de necrose hepática à fibrose progressiva e cirrose (Lieber, 2000).

As investigações da doença hepática alcoólica devem avaliar a função pancreática, renal, nutricional, bem como detectar neuropatia, miopatia e cardiopatias centrais e periféricas (Kenngot *et al.*, 2003; Sherman, Williams, 1995). Desse modo, uma avaliação de enfermagem contribui significativamente para um mapeamento completo do paciente quanto às complicações e patologias inerentes à doença em questão e que devem ser sanadas com uma assistência sistematizada, conforme o presente estudo proposto.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Desenvolver o processo de enfermagem ao paciente com hipótese diagnóstica de Hepatopatia Crônica Alcoólica.

2.2 Específicos

- Descrever o caso clínico de um paciente com hipótese diagnóstica de Hepatopatia Crônica Alcoólica;
- Elaborar um plano de cuidado com base na SAE do paciente;
- Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado no mês de dezembro de 2022, na Clínica Médica do Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Teresina/PI. Este estudo teve como objetivo desenvolver o processo de enfermagem e estudar a patologia de um paciente com hipótese diagnóstica de Hepatopatia Crônica Alcoólica. Utilizou-se prontuário do paciente, entrevista ao paciente e coleta de informações de profissionais para a elaboração deste estudo, além de 8 artigos científicos das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Google Scholar*. Com os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, no idioma português que abordassem a temática. Como critérios de exclusão: não contemplar o tema e literatura cinzenta. Ainda, foi utilizado Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Intervenções de Enfermagem da NIC e Resultados de Enfermagem da NOC.

3. RESULTADOS

3.1 Histórico de Enfermagem

Paciente, 50 anos, sexo masculino, ex-tabagista (4 cigarros por dia desde os 18 anos - cessou há 02 anos) e ex-etilista (0,5L de destilado/dia desde os 18 anos - cessou há 01 mês), residente em José de Freitas/ PI, apresentou quadro de colelitíase associado à icterícia 4+/4+, dor abdominal à palpação, hepatomegalia, ascite, febre esporádica,

edema em MMII e colúria. Foi transferido para o Hospital de Urgência de Teresina onde foram realizados exames e o paciente foi liberado da clínica cirúrgica - sem intervenções -, retornando ao hospital de José de Freitas/PI. Obteve piora do quadro clínico sendo transferido para a Clínica Médica do Hospital Escola Getúlio Vargas para investigação diagnóstica.

Foi admitido consciente, orientado, Glasgow 15. Normocárdico, eupnéico, sem aporte de O₂, afebril. Abdômen globoso. Sem edemas em membros inferiores (MMII). Dieta por via oral (VO) com boa aceitação. Eliminações presentes. Já em uso de Ceftriaxona + Metronidazol, Acesso Venoso Periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) e uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) - apresentando diurese concentrada- por conta de uma crise convulsiva ao final de novembro de 2022. Apresenta baixo risco de queda. Com hipótese diagnóstica de Hepatopatia Crônica Alcoólica. Na admissão relata alergia à dipirona, nega comorbidades, informa cirurgia ortopédica prévia (joelho esquerdo) há 2 anos. Ainda, refere crise convulsiva há 2 anos.

Foi solicitado troca de AVP, e retirada da SVD. Ainda, foi solicitado antimicrobianos e ecocardiograma. Realizou, também, no decorrer da internação, exames admissionais: exames laboratoriais de modo geral; hemocultura + urocultura + sumário de urina; tomografia de crânio; ecocardiograma + ultrassom de abdômen total e endoscopia + ultrassom de abdômen com doppler.

Pode-se concluir do ultrassom abdominal total uma esteatose hepática difusa, grau leve; colecistopatia calculosa; discreta esplenomegalia e ascite de pequeno volume evidente na pelve, além de pequeno derrame pleural à direita. Já no ultrassom abdominal com doppler pode-se concluir que há sinais de hepatopatia crônica; sinais de hipertensão portal e pequena ascite. Além disso, foi encontrado com a endoscopia varizes de fino calibre em esôfago e pangastrite endoscópica enantematosa moderada.

O paciente seguiu estável desde sua internação até o 11º DIH quando obteve alta hospitalar por melhora do quadro clínico, foi orientado sobre sua condição e importância de cessar uso de bebidas alcoólicas, encaminhado para retorno em ambulatório de origem em José de Freitas/PI e para cirurgia geral.

3.2 Evoluções de Enfermagem

1º evolução de enfermagem (12/12/2022)

14:00h. Paciente evolui em 4º DIH com HD: Hepatopatia Crônica Alcoólica. Consciente, orientado, comunicativo, Glasgow 15, esclera icterica, deambulando sem auxílio. Normocárdico, taquipnéico, sem aporte de O₂, afebril. AC=BNF2TRR. AP= MV+. Abdômen globoso, ascite discreta, queixa-se de dor à palpação profunda em HD. RHA= +14mov/min. AVP em MSD. MMII íntegros, sem edemas. Dieta por via oral com boa aceitação. Diurese espontânea e presente, colúrica. Evacuações presentes, aspecto e quantidade fisiológicas. Sono e repouso preservados. Sem queixas no momento.

2º evolução de enfermagem (14/12/2022)

14:10h. Paciente evolui em 6º DIH com HD: Hepatopatia Crônica Alcoólica. Consciente, orientado, algo sonolento, Glasgow 15, com esclera icterica sem regressão, deambulando sem auxílio. Normocárdico, eupnéico, sem aporte de O₂, afebril. AC= BNF2TRR. AP= MV+. Abdômen globoso com ascite discreta envolvendo, queixa-se de dor à palpação profunda em HD. RHA= +17mov/min. AVP em MSD. MMII íntegros, sem edemas. Dieta por via oral com boa aceitação. Diurese espontânea e presente, concentrada. Evacuações presentes, aspecto e quantidade fisiológicas. Sono e repouso preservados. Sem queixas no momento.

3º evolução de enfermagem (19/12/2022)

14:15h. Paciente em alta hospitalar, com 11º dias de internação e HD: Hepatopatia Crônica Alcoólica. Consciente, orientado, Glasgow 15, com esclera icterica sem regressão, deambulando sem auxílio. Normocárdico, eupnéico, sem aporte de O₂, afebril. AC= BNF2TRR. AP= MV+. Abdômen globoso, rígido em HD. Queixa-se de dor à palpação profunda em HD. RHA= +15mov/min. AVP em MSE e curativo em MSD. MMII íntegros, sem edemas. Dieta por via oral com boa aceitação. Diurese espontânea e presente, fisiológicas. Evacuações presentes, aspecto e quantidade fisiológicas. Sono e repouso preservados. Aguardando transporte do leito.

3.3 Diagnósticos (NANDA), intervenções (NIC) e resultados esperados (NOC) de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Volume de líquidos excessivos associados à mecanismo de regulação comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar diariamente e monitorar tendências. Manter registro preciso da ingestão e eliminação. - Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado. - Administrar o diurético prescrito conforme apropriado. - Monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, nível de ureia aumentado, hematócritos diminuídos e osmolalidade urinária aumentada). 	<p>Equilíbrio de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhora de edema periférico de (4) leve para (5) nenhum. <p>Monitorar manhã/tarde/noite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhora da ascite de (3) moderado para (5) nenhum. <p>Monitorar manhã/tarde/noite.</p>
2. Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à desequilíbrio eletrolítico de água e edema.	<ul style="list-style-type: none"> 2. - Realizar hidratação da pele diariamente com emoliente. - Monitorizar ressecamento e umidade excessiva da pele. - Inspeccionar as condições de hidratação da pele durante o banho. - Manter as unhas do paciente curtas. 	<p>2. Integridade tissular: pele e mucosas.</p> <p>Manter integridade da pele de (5) não comprometido para (5) não comprometido. Atenção!</p>
3. Dor crônica relacionada à agente lesivo associado à função metabólica prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> 3. - Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia. - Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado. - Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor. 	<p>3. Controle da dor.</p> <p>Estratégias de controle da dor crônica de (3) conhecimento moderado para (5) conhecimento amplo. Atenção!</p>
4. Risco de sangramento relacionado a conhecimento inadequado de sangramento e precauções.	<ul style="list-style-type: none"> 4. - Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex., verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto). - Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K. - Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado. 	<p>4. Controle de riscos.</p> <p>Monitorização dos fatores de risco de (4) frequentemente demonstrado para (5) consistentemente demonstrado. Atenção!</p>

<p>5. Risco de Infecção relacionado à dificuldade de gerenciamento de longo prazo de dispositivos invasivos e integridade da pele prejudicada.</p>	<p>5. - Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso. - Trocar cateter, curativos e protetores conforme o protocolo da instituição. - Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica (p. ex., hiperemia, edema, sensibilidade, febre, mal-estar).</p>	<p>5. Controle de riscos: processos infecciosos. Manter prática de estratégia de controle de infecção de (3) algumas vezes demonstrado para (5) consistentemente demonstrado. Fazer controle de 6/6h.</p>
<p>6. Risco de desequilíbrio eletrolítico associado à mecanismo de regulação comprometido.</p>	<p>6. - Monitorar o nível sérico de eletrólitos. - Monitorar o nível de albumina sérica e de proteína total, conforme indicado. - Identificar as possíveis causas de desequilíbrios eletrolíticos. - Oferecer a dieta adequada ao desequilíbrio eletrolítico do paciente (p. ex., alimentos ricos em potássio ou dieta com baixo teor de sódio). - Manter registro preciso da ingestão e da eliminação.</p>	<p>6. Equilíbrio Eletrolítico e Ácido-base. Equilíbrio de hematócritos séricos de (3) desvio moderado da variação normal para (5) nenhum desvio da variação normal. Atenção!</p>
<p>7. Risco de perfusão tecidual periférica ineficaz relacionado à tabagismo.</p>	<p>7. - Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade). - Evitar lesão na área afetada. - Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.</p>	<p>7. Diminuir edema periférico de (4) leve para (5) nenhum. Monitorar manhã/tarde/noite.</p>
<p>8. Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada relacionado à consumo de álcool e fumo.</p>	<p>8. - Estabelecer uma rotina de cuidados orais. - Monitorar os sinais e sintomas de glossite e estomatite. - Desencorajar o hábito de fumar e de mascar tabaco.</p>	<p>8. Manter integridade da pele de (5) não comprometido para (5) não comprometido. Atenção!</p>

Fonte: Autoria própria, 2023.

3.4 Medicamento em uso

1. Piperacilina + Tazobactama (4g/500g FA)

Via: Intravenosa.

Administração: 6/6h, durante 7 dias.

Obs: Diluir 1 ampola em 100ml de SF 0,9%, correr em 30 min.

Indicação: tratamento de infecções bacterianas.

Reações adversas: pode causar dermatites, urticária, arritmias, insuficiência cardíaca, colite pseudomembranosa, diarreia, náusea, hepatite medicamentosa.

Cuidados:

Orientar sobre os efeitos adversos.

Administração exclusivamente endovenosa com diluentes.

2. Tiamina (cloridrato) 300mg.

Via: Oral.

Administração: 1comp. 1x dia.

Indicação: tratamento e prevenção de Beribéri, neurites, polineurites, necessidades aumentadas de vitamina B1, neurites e cardiomiopatia causadas por consumo excessivo de álcool.

Reações adversas: eventos gastrointestinais leves (náuseas, vômitos, diarreia e dores abdominais).

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

3.Complexo B (drg/blister).

Via: Oral.

Administração: 1drágea 1x dia.

Indicação: tratamento de carência múltipla de vitamina do complexo B e suas manifestações.

Reações adversas: Sonolência, cefaléia, parestesia (formigamento), dermatites.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

Não administrar com levodopa (interferência no tratamento).

Cuidado em casos de úlceras pépticas.

4.Ácido Fólico (comp. 5mg).

Via: Endovenosa

Administração: 1comp. 1x dia.

Indicação: anemias hemolíticas e anemia megaloblástica não-perniciosas.

Efeitos adversos: problemas digestivos, dor de estômago, náusea e reações cutâneas tipo

urticária. Também pode ocorrer deficiência de vitamina B12 e conseqüentemente anemia.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

Verificar hipervitaminose e deficiência de vitamina B12 decorrente da medicação.

5.Glicose 50% (amp 10ml).

Via: Endovenosa.

Administração: À critério médico.

Obs: se glicemia <70%

Indicação: hipoglicemias, reposição calórica.

Cuidados:

- Verificar glicemia e via de administração.

6.Insulina Humana Regular (100ui/ml 10ml).

Via: Subcutânea.

Administração: À critério médico.

Obs:

181-220- 4U, SC

221-260- 6U, SC

261-300- 8U, SC

>/= 301- 10U, SC

Indicação: Hiperglicemia.

Cuidados:

Verificar glicemia e via de administração.

Verificar compatibilidade com outros medicamentos.

7.C. C. Cloridrato de Ondansetron inj. amp. 8mg/4ml.

Via: Endovenosa.

Administração: À critério médico. Soro Fisiológico 0,9% 100ml, sistema fechado FR/BOLSA

Obs: se náuseas ou vômitos.

Indicação: Indicado para o tratamento de náuseas e vômitos.

Efeitos adversos: dor no peito, hipotensão, prurido, dor abdominal, retenção urinária.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

8.Omeprazol (20mg).

Via: Oral.

Administração: 1 cápsula em jejum.

Indicação: Diminuição da secreção gástrica e queda da acidez, e como tratamento para úlceras gástricas ou duodenais.

Efeitos adversos: dor abdominal, constipação, diarréia, flatulência, náusea/ vômito.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

Atentar para a forma de apresentação, a dosagem e a via de administração prescrita.

9.Paracetamol (500mg).

Via: Oral.

Administração: 1 comp. à critério médico

Obs: Se dor e/ou febre.

Indicação: indicado para redução da febre e alívio temporário de dores leves e moderadas.

Efeitos adversos: reação anafilática, hipersensibilidade, ansiedade, dor de cabeça, arritmia, dor abdominal, prurido, entre outros.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

10.Lactulose 667mg/ml | Solução oral xppe.

Via: Oral.

Administração: 8/8h.

Obs: Tomar 15ml.

Indicação: indicado para o tratamento sintomático da constipação intestinal, e na prevenção e tratamento de encefalopatia hepática.

Cuidados:

Cautela na administração em hipertensos.

Em casos de encefalopatia hepática, deve ser monitorado quanto ao risco de acidose devido às doses elevadas.

11. Vitamina K (fitomenadiona) 100mg/ml - 1ml | injetável.

Via: Intramuscular.

Administração: 1x dia.

Indicação: Auxilia no processo de coagulação sanguínea, evitando hemorragias.

Estimula fixação de cálcio nos ossos.

Reações Adversas: hipersensibilidade e anafilaxia.

Cuidados:

Administração lenta.

Avaliar exames laboratoriais quanto ao mecanismo de coagulação.

Orientar quanto à reações adversas.

12. Sinvastatina (20mg).

Via: Oral.

Administração: 1x dia.

Indicação: diminuir a produção de colesterol no fígado.

Cuidados:

Alertar paciente sobre risco de miopatia e orientar a relatar qualquer dor, sensibilidade ou fraqueza muscular.

13. Carvedilol (3,125mg).

Via: Oral.

Administração: 1comp. 12/12h.

Indicação: tratamento de insuficiência cardíaca leve ou moderada, angina.

Cuidados:

Orientar quanto aos efeitos adversos.

3.5 Plano/ orientações de alta

- Orientar a manter abstinência alcoólica para evitar piora do quadro clínico e promover uma possível melhora.
- Orientar a realizar acompanhamento psicológico visto a dificuldade de se manter

sem o consumo de bebidas alcoólicas.

- Orientar a manter acompanhamento regular para verificar eficácia do tratamento.
- Orientar a continuar uso de medicações prescritas pelo médico em alta hospitalar (sinvastatina, carvedilol, complexo B, tiamina, ácido fólico e bupropiona - fármaco para tratamento de depressão e tabagismo).
- Orientar a manter refeições pequenas e frequentes.
- Orientar quanto à restrição de sódio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo associar a patologia aos cuidados de enfermagem, afim de possibilitar uma melhor conduta ao cuidado prestado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem e uso de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Intervenções de Enfermagem da NIC e Resultados de Enfermagem da NOC.

A aplicação do processo de enfermagem neste estudo possibilitou um melhor desenvolvimento da assistência pautada no conhecimento científico com a utilização dos instrumentos de diagnóstico, intervenção e resultados preconizados. Além disso, vale ressaltar a importância do processo como foco do trabalho do enfermeiro na clínica, na perspectiva de restaurar/melhorar as condições de saúde dos pacientes e de favorecer seu retorno ao seu contexto familiar e de trabalho o mais precocemente possível, bem como permite credibilidade do trabalho de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ESPASANDIN, Viviane Lozano et al. Análise da internação, taxa de mortalidade e custos de tratamento hospitalar em pacientes com doença hepática alcoólica nas regiões brasileiras nos últimos 13 anos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 61696-61709, 2021.

HORA, Rhanes Oliveira da et al. Morbimortalidade por doenças hepáticas alcoólicas na cidade de Salvador: 2008–2015, 2018.

KEENGOTT, S. et al. Rapid development of esophageal squamous cell carcinoma after liver transplantation for alcohol-induced cirrhosis. **Transpl. int**, v. 16, p. 639-641, 2003.

LIEBER, C.S. Alcohol and the Liver: metabolism of alcohol and its role um hepatic and extrahepatic dissesses. **The Mount Sinai Journal of Medicina**, v.67, n.1, p. 84-94.

MENEGUETTI, B. B. *et al.* Doença hepática alcoólica no brasil, uma visão epidemiológica. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 1, n. 1, 2018.

MOREIRA, L. *et al.* Uso de fármacos na terapêutica de hepatopatias alcoólicas. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2019.

MOYA, L. C. Espectro da doença Hepática alcoólica: uma revisão acerca da fisiopatologia e repercussões clínicas: Spectrum of alcoholic Liver disease: a review of pathophysiology and clinical repercussions. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 13904-13927, 2022.

SHERMAN, D.; WILLIAMS, R. Liver transplantation for alcoholic liver disease. **J Hepatol**, v.23, p.474-479, 1995.

CAPÍTULO 2

CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA *ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS: EXPERIENCE REPORT*

1. INTRODUÇÃO

Segundo Brunner (2020, p. 2340): “A cirrose é uma doença crônica, caracterizada pela substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa, com comprometimento estrutural e funcional do fígado.” Essa doença pode ter sua origem ligada ao consumo e de bebidas alcoólicas (cirrose alcoólica), ao efeito tardio de uma hepatite viral aguda (cirrose pós-necrótica) e menos comumente, a obstrução crônica da vesícula biliar e infecções causadas por determinados tipos de bactérias (cirrose biliar).

Considera-se o seguinte sobre como o fígado é afetado: A parte do fígado principalmente acometida na cirrose consiste nos espaços portal e periporta, em que os canalículos biliares de cada lóbulo se comunicam para formar os ductos biliares hepáticos. Essas áreas transformam-se em locais de inflamação, e os ductos biliares ficam ocluídos por bile espessada e pus. O fígado procura formar novos canais biliares; em consequência, observase um crescimento excessivo de tecido, constituído, em grande parte, por ductos biliares recém-formados e desconectados, circundados por tecido cicatricial. (Brunner, 2020, p. 2340).

O crescimento excessivo de tecido cicatricial prejudicará o funcionamento do órgão como um todo, afetando a metabolização do álcool, os fatores de coagulação, a produção de bile e colesterol, a síntese de proteínas e a síntese de glicogênio, que afeta diretamente o controle dos níveis de açúcar no corpo. Ademais, a fisiopatologia doença implica que: A cirrose alcoólica caracteriza-se por episódios de necrose acometendo as células hepáticas, que, algumas vezes, ocorrem repetidamente durante toda a evolução da doença. As células hepáticas destruídas são gradualmente substituídas por tecido cicatricial. Por fim, a quantidade de tecido cicatricial excede a do tecido hepático funcionante. Ilhas de tecido normal residual e tecido hepático em regeneração podem projetar-se das áreas contraídas, conferindo ao fígado cirrótico a sua aparência característica de cravo. A doença geralmente apresenta início insidioso e evolução

prolongada, estendendo-se, em certas ocasiões, por um período de 30 anos ou mais. (Brunner, 2020, p. 2341).

A sintomatologia inclui náuseas, vômitos, constipação, fadiga, icterícia, colúria, perda de cabelo, edema, ascite, entre outros. Casos mais graves podem apresentar encefalopatia hepática. A doença também pode trazer outras consequências conforme a progressão, como varizes esofágicas e a hipertensão portal, que é o caso da paciente em estudo nesse caso, que apresenta varizes de esôfago distal de fino calibre com gastrite erosiva plana.

O tratamento da cirrose foca no controle dos sintomas e na resolução da causa, pois não há cura. Modificações na dieta, mudanças nos hábitos e o uso de medicações acompanham uma melhora da qualidade de vida do portador. Casos mais graves podem necessitar de uma cirurgia de transplante de fígado. A realização desse estudo de caso é importante para que ocorra o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos em sala de aula em relação a cirrose hepática e para que olhar clínico em relação aos cuidados com essa doença seja aperfeiçoado.

Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) cumpre essencial nesse estudo por permitir um planejamento que enfoque nos problemas detectados na paciente e em como a enfermagem pode trabalhar para realizar intervenções que melhorem a qualidade em relação ao tratamento e bem-estar.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Desenvolver o processo de enfermagem ao paciente com cirrose hepática.

2.2 Específicos

- Descrever o caso clínico de um paciente com cirrose hepática;
- Elaborar um plano de cuidado com base na SAE ao paciente;
- Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico, realizado em um hospital da cidade de Teresina-PI, durante o período de 14 a 19 de dezembro de 2022, dentro da disciplina de Trabalho em Campo IX. As informações foram coletadas através do prontuário impresso e da anamnese realizada com a paciente.

4. RESULTADOS

4.1 Histórico de enfermagem

M.C.S., sexo feminino, 42 anos, reside em Palmeirais-PI, solteira, ensino fundamental incompleto, mora com a mãe e a irmã, história de alcoolismo, procedente de um hospital regional, admitida na clínica médica de um hospital escola público localizado em Teresina-PI no dia 12/12/2022, para tratamento de cirrose hepática. Nega alergias. Na admissão, consciente, cooperativa, Glasgow 15, deambula sem auxílio. pupilas isocóricas e fotorreativas, ictérica. Ausência de dor a palpação de seios paranasais, gânglios cervicais, pós auriculares e sublinguais não palpáveis. Afebril (35.8°C), normocárdica (101 bpm), normotensa (110/60 mmHg), eupneica em ar ambiente (18 irpm), saturação de oxigênio: 98%. Tórax simétrico, boa expansibilidade. AP: MV+. AC: BN2TRR. Abdômen globoso (ascite), dolorido a palpação profunda. Edema em MMII. Relata aceitação incompleta da dieta. Diurese espontânea e normal. Evacuações presentes. Queixa-se de náuseas, insônia, dor abdominal.

4.2 Evolução de enfermagem

14/12/2022

15:10h. Paciente 42 anos, encontra-se no 2º DIH para tratamento de cirrose hepática. Apresenta-se consciente, orientada e fásica, receptiva ao diálogo, ictérica, abdome globoso ao exame físico, deambulando sem auxílio, com SSVV normais no período. AVP em MSE, pérvio e salinizado. Relata aceitação completa da dieta oferecida. Diurese presente e evacuações fisiológicas. Queixa-se de fome. Ac. Enf. UESPI Álvaro Matheus Costa Santana.

19/12/2022

15:30h. Paciente 42 anos, encontra-se no 7º DIH para tratamento de cirrose hepática. Apresenta-se consciente, orientada e fásica, receptiva ao diálogo, ictérica, abdome

globoso ao exame físico, deambulando sem auxílio, com SSVV normais no período. AVP em MSE, pérvio e salinizado. Relata aceitação completa da dieta oferecida. Diurese presente e evacuações fisiológicas. Nega queixas no momento. Em alta hospitalar. Ac. Enf. UESPI Álvaro Matheus Costa Santana.

4.3 Diagnósticos (nanda), intervenções (nic) e resultados esperados (noc) de enfermagem

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
Risco para infecção relacionado a integridade da pele prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso. - Trocar cateter, curativos e protetores conforme o protocolo da instituição. - Manter curativo oclusivo. 	- Paciente terá melhora de integridade da pele de (3/5) em 5 dias
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a volume de líquidos excessivo	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a ocorrência de níveis anormais de eletrólitos séricos, se possível. - Pesar diariamente e monitorar as tendências. - Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente terá a melhora de sódio sérico de (2/4) em 24 horas - Paciente terá a melhora de potássio sérico de (2/4) em 24 horas - Paciente terá a melhora de bicarbonato sérico de (2/4) em 24 horas - Paciente terá a melhora de magnésio sérico de (2/4) em 24 horas
Volume de líquidos excessivo relacionado a autogestão ineficaz dos medicamentos, evidenciado por edema	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, nível ureia aumentado, hematócrito diminuído e osmolalidade urinária aumentada). - Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos - Instituir restrição de líquidos conforme apropriado. 	- Paciente terá melhora de ascite de (2/3) em 24 horas
Risco de sangramento relacionado a conhecimento inadequado sobre precauções em sangramento	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex., verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto). - Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo da protrombina 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente terá a melhora de tempo da protrombina de (2/4) em 48 horas - Paciente terá a melhora de tempo ativado da coagulação de (2/4) em 48 horas

	(TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado. - Proteger o paciente contra trauma que possa causar sangramento.	- Paciente terá a melhora de contagem de plaquetas de (2/4) em 24 horas
Risco de glicemia instável relacionada a perda de peso excessiva	- Monitorar os níveis de glicose sanguínea se indicado - Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal estar, embaçamento visual ou cefaleia. - Administrar insulina conforme prescrição.	- Paciente terá a melhora de glicose do sangue de (2/5) em 6 horas - Paciente terá a melhora de hemoglobina glicosilada de (2/4) em 24 horas
Risco de volume de líquidos desequilibrado relacionado a conhecimento inadequado sobre necessidades de líquidos	- Manter registro preciso da ingestão e eliminação. - Oferecer a dieta prescrita adequada ao desequilíbrio hidroeletrólítico específico - Administrar os eletrólitos suplementares prescritos, conforme apropriado.	- Paciente terá a melhora de proporção de nitrogênio da uréia do sangue com relação a creatinina de (2/5) em 24 horas
Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída, relacionado a conhecimento inadequado sobre os fatores modificáveis	- Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído. - Monitorar os sinais vitais com frequência. - Monitorar o estado cardiovascular.	- Paciente terá a melhora de pressão arterial sistólica de (2/4) em 2 horas

Fonte: Autoria própria, 2023.

4.4 Medicamentos em uso

- Omeprazol 20MG VO - 1 X AO DIA (2 cápsulas pela manhã em jejum)
- Complexo B VO - 1 X AO DIA (1 drágea)
- Cloridrato de Tiamina 300MG VO - 1 X AO DIA (1 comprimido)
- Ácido Fólico 5MG VO - 1 X AO DIA (1 comprimido)
- Dipirona Sódica 1G/2ML IV - A critério médico se dor e/ou febre (1 ampola)
- Bromoprida 10MG/2ML IV - A critério médico (1 ampola)

-Recomendar que o consumo de álcool seja evitado

-Não administrar em mulheres grávidas ou que amamentam

-Não administrar em pacientes com histórico de depressão

-Injetar lentamente

- Espironolactona 25MG VO - 1 X AO DIA (2 comprimidos pela tarde)

-Reforçar controle da hipertensão

-Administrar no mesmo horário

- Furosemida 40MG VO - 1 X AO DIA (1 comprimido pela manhã)

-Realizar balanço hídrico e peso diariamente

-Avaliar hidratação da pele, astenia e câimbras

-Monitorar pressão arterial

- Glicose 50% 10ML SC - A critério médico se glicemia < 70 mg/dl (4 ampolas)
- Insulina Humana Regular 100UI/ML 10ML - HAA SC - A critério médico

Obs: 181 – 220 – 4U, SC

221 – 260 – 6U, SC

261 – 300 – 8U, SC

>=301 – 10U, SC

- Vitamina K (Fitomenadiona) 10MG/ML 1ML IM - 1 X AO DIA (1 ampola)
- Quetiapina 25MG VO – 1 X AO DIA (1 comprimido pela noite)

Justificativa: Insônia

-Não administrar durante o efeito de antihipertensivos

4.5 Plano/orientações de alta

- Seguir terapia medicamentosa conforme prescrito.
- Seguir dieta adequada para uma boa nutrição.
- Ingerir líquidos conforme adequada.
- Não ingerir álcool.
- Realizar exercícios regularmente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da cirrose hepática associado a Sistematização da Assistência de Enfermagem promove um melhor planejamento em relação a um plano de cuidados adequado a necessidade de cada paciente, trazendo uma qualidade maior ao aprendizado e a assistência.

REFERÊNCIAS

ARQUIVOS Furosemida - Enfermagem Ilustrada. Disponível em: <https://enfermagemilustrada.com/tag/furosemida/#:~:text=Os%20Cuidados%20de%20E>

CONHECIMENTOS APLICADOS EM CAMPO DE ESTÁGIO NA ÁREA DA SAÚDE: experiências durante o processo de cuidado
Thesis Editora Científica 2024

nfermagem&text=Realizar%20balanço%20hídrico%20e%20peso,em%20potássio%20como%20a%20banana. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRUNNER, S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 14° ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2020.

Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023/ [NANDA Internacional]. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

MEDICAMENTOS psiquiátricos. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/medicamentos-psiQuiatricos/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

QUE Medicamento é Esse?: Bromoprida - Enfermagem Ilustrada. Disponível em: <https://enfermagemilustrada.com/que-medicamento-e-esse-bromoprida/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

QUE Medicamento é Esse?: Espironolactona - Enfermagem Ilustrada. Disponível em: <https://enfermagemilustrada.com/que-medicamento-e-esse-espironolactona/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CAPÍTULO 3

CÂNCER DE MAMA EM PERÍODO GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA *BREAST CANCER IN THE GESTATIONAL PERIOD: EXPERIENCE REPORT*

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos (BRASIL, 2022). Os tipos de células mais frequentemente afetadas são aquelas presentes nos lobos e ductos mamários, levando ao desenvolvimento dos tumores denominados carcinoma lobular e ductal, respectivamente (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Santos (2021) menciona que o câncer de mama é o tipo mais comum de câncer entre as mulheres em todo o mundo. A incidência varia consideravelmente entre países e regiões, sendo mais prevalente em países desenvolvidos. A taxa de incidência também pode variar de acordo com a faixa etária, com o risco aumentando com a idade.

Conforme isso, o câncer de mama durante a gestação ocorre em aproximadamente 0,05% a 0,1% dos casos, sendo a segunda que mais afeta a mulher no ciclo gravídico-puerperal e a principal causa de morte por câncer em mulheres. Contudo o número de casos vem em constante crescimento pois a cada dia que passa as mulheres estão engravidando com idade materna avançada (Estwood, 2019) (Amant, 2019).

Dessa forma, durante a gestação, o câncer de mama pode ter seus sintomas suprimidos pelos da gravidez, então a náusea, vômitos, aumento do volume uterino e das mamas, dor abdominal, além da limitação para uso de exames de imagem e alterações comuns em exames laboratoriais podem omitir a existência de um problema mais grave (Carvalho *et al.*, 2022).

Assim sendo, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, representando 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres (Iarc, 2020). Porém, o câncer de mama gestacional atinge 3 a cada 10 gestantes/puérperas (Antonielle, 1996). No ano de 2022, foram estimados cerca de 66.280 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2022).

Deste modo, o Nordeste ocupa a terceira posição no ranking de regiões do Brasil com maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama, porcentagem de 15,6%, ficando atrás apenas da região Sudeste (17,2%) e Centro-Oeste (16,8%), representando uma taxa modulada de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres, sendo 13.190 casos na região Nordeste, e 590 casos no estado do Piauí. (INCA, 2022).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever o processo de enfermagem ao paciente com câncer de mama durante período gestacional

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o caso clínico de um paciente com câncer de mama durante período gestacional;
- Elaborar um plano de cuidado com base na SAE ao paciente;
- Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente;
- Proporcionar um conforto ao paciente ao realizar o cuidado de enfermagem individualizado para o paciente e para os sintomas atuais;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem e relacionar as intervenções de enfermagem a partir dos diagnósticos encontrados em paciente com câncer de mama internada em uma maternidade de referência em Teresina;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA para o planejamento da assistência de enfermagem em pacientes com câncer de mama;
- Relacionar as intervenções de enfermagem, segundo a Nursing Interventions Classification (NIC) a partir dos diagnósticos encontrados em pacientes com câncer de mama durante a gestação.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso quantitativo, não experimental. O estudo foi realizado em uma maternidade pública de referência localizada em Teresina - Piauí, durante o mês de Junho de 2023. Os dados foram coletados por meio do prontuário da paciente e a realização do exame físico e anamnese na consulta de enfermagem.

Os dados foram analisados por meio da construção de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados de acordo com o NANDA, NIC e NOC, respectivamente, bem como a utilização de artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde. Por tratar-se de um estudo de caso elaborado para a discussão acadêmica da disciplina de Saúde da Mulher II, o estudo não precisou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4. REFERENCIAL TEMÁTICO

O câncer de mama associado à gestação é a neoplasia mais diagnosticada durante a gravidez, nos primeiros dois anos após a gestação ou em qualquer época da amamentação (LOIBL *et al*, 2006). Geralmente, o câncer de mama no período gestacional, apresenta-se como uma massa palpável e indolor ou, menos comumente, como descarga papilar hemorrágica (Van calsteren *et al*, 2010) (Eedarapalli *et al*, 2006). Dessa forma, estudos comprovam que a urbanização da população, as condições socioeconômicas e a modificação da dieta são fatores que influenciam no aumento da incidência no câncer de mama em mulheres (Tiezy, 2009).

Nesse sentido, Oliveira (2020) especifica que diversos fatores de risco estão associados ao câncer de mama. Alguns fatores são inevitáveis, como idade e histórico familiar de câncer de mama, enquanto outros são modificáveis, como obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal após a menopausa. Além disso, a exposição a certos hormônios, como estrogênio e progesterona, ao longo da vida, também pode aumentar o risco.

Outrossim, o crescimento de uma massa na mama pode ser indicativo de um câncer e os tipos mais comuns são o carcinoma ductal in situ é um tipo de câncer não invasivo que representa cerca de 20% dos casos de câncer de mama. Embora seja maligno, ele não se espalha para os tecidos mamários adjacentes nem para outros órgãos. Isso significa que as células cancerígenas permanecem confinadas aos ductos

mamários. Os pacientes diagnosticados neste estágio geralmente têm uma resposta muito positiva aos tratamentos. A cirurgia para remover o nódulo afetado é uma opção comum, e em alguns casos, é possível conservar a mama.

Por conseguinte, o carcinoma ductal invasivo ocorre quando o tumor se desenvolve dentro do ducto mamário e rompe suas paredes, disseminando-se para o tecido adiposo dos seios. Quando atinge esse estágio, há o risco de as células cancerígenas se espalharem para outras regiões do corpo, por meio do sistema linfático ou da circulação sanguínea. O carcinoma lobular invasivo, por sua vez, tem origem nos lóbulos mamários, glândulas responsáveis pela produção do leite. Embora seja menos comum que o carcinoma ductal invasivo, também pode se espalhar para outras áreas do corpo e é mais difícil de ser detectado nos exames de toque e mamografia. (Einstein, 2022)

Ainda mais, o câncer de mama triplo negativo é um dos tipos mais agressivos. Dessa maneira, as células dos tumores não possuem receptores de hormônios sexuais femininos, como o estrogênio e a progesterona, nem produzem uma proteína específica chamada HER2. Essas características dificultam o diagnóstico e o tratamento hormonal. O câncer de mama triplo negativo é invasivo e tem a capacidade de se espalhar rapidamente para outras partes do corpo. Além disso, apresenta uma alta taxa de recorrência após o tratamento, tendo como terapias mais recomendadas a cirurgia, a quimioterapia e a imunoterapia. Outro tipo de câncer de mama é o câncer de mama inflamatório. Este é um subtipo de carcinoma ductal invasivo, mas com características atípicas.

Embora seja raro, esse tipo de câncer causa sintomas visíveis, como a mama distendida, vermelhidão e inchaço na região. Esses sintomas são resultado da obstrução dos vasos linfáticos causada pelas células cancerígenas. Geralmente, o diagnóstico desse tipo de câncer ocorre quando ele já está em estágio avançado, tornando-o também um dos tipos mais agressivos e com maiores chances de reincidência. Os tratamentos disponíveis para o câncer de mama inflamatório incluem quimioterapia, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia (Einstein, 2022).

Assim também pode surgir, a Doença de Paget que é uma forma rara de câncer de mama que está associada aos carcinomas invasivos. Essa condição afeta a aréola e o mamilo e geralmente ocorre em apenas um seio. Alguns dos sintomas comuns incluem vermelhidão, coceira local, queimação, descamação e, em alguns casos, inversão do

mamilo. O tratamento para a Doença de Paget é semelhante ao do câncer de mama invasivo e pode envolver cirurgia, radioterapia e outros tratamentos específicos.

Ademais, o angiossarcoma é um tipo raro de câncer de mama que afeta as células dos vasos sanguíneos ou do sistema linfático. Pode apresentar sintomas como alterações na pele dos seios e nódulos, devido à sua rápida disseminação para outras áreas do corpo, a mastectomia, que é a remoção total da mama, é geralmente recomendada. No entanto, em alguns casos, os linfonodos axilares podem ser preservados (Einstein, 2022).

Por fim, o tumor filóide, considerado um tipo raro de câncer de mama. Diferentemente dos tipos anteriores, ele se desenvolve no estroma mamário, a região adiposa dos seios. A maioria dos casos de tumor filóide é benigna e requer apenas a remoção do tumor. No entanto, em casos raros em que o tumor é metastático, ou seja, se espalha para outras partes do corpo, a mastectomia é recomendada (Einstein, 2022).

Dessa forma, estudos comprovam que a urbanização da população, as condições socioeconômicas e a modificação da dieta são fatores que influenciam no aumento da incidência no câncer de mama em mulheres (Tiezy, 2009).

Durante a gestação, as alterações fisiológicas mais comuns que ocorrem nas mamas são o ingurgitamento mamário, hipertrofia e descarga papilar espontânea (Amant *et al.*, 2012). Fazendo com que, a taxa de mortalidade 40% maior nas pacientes com câncer de mama associado a gestação quando comparadas ao grupo controle de pacientes na mesma faixa etária com câncer de mama diagnosticado fora do período gravídico puerperal, causado pelo o atraso de pelo menos 2 meses no diagnóstico (Azim *et al.*, 2012).

Em vista disso, o diagnóstico de uma gestante é feito da maneira convencional utilizando exames de imagem (ultrassonografia da mama e mamografia) e biópsia. Por conseguinte, quando a comprovação do câncer é realizada, o tratamento deve ser o mais adequado para o tipo de tumor, o estágio da doença, a idade gestacional no momento do diagnóstico e o desejo da paciente e dos familiares (Amant *et al.*, 2012). Então o tratamento escolhido deve beneficiar a mãe e evitar evitar a prematuridade iatrogênica (Amant *et al.*, 2012). Dessa maneira, a equipe pode optar pela cirurgia, quimioterapia, radioterapia, anticorpos monoclonais e tamoxifeno.

Silva (2019) complementa que as tendências do câncer de mama têm mostrado um aumento global na incidência ao longo das últimas décadas. Isso pode ser explicado,

em parte, pela maior conscientização, melhores técnicas de diagnóstico e envelhecimento da população. No entanto, a mortalidade por câncer de mama tem diminuído em muitos países, devido a avanços no diagnóstico precoce, melhores opções de tratamento e acesso a cuidados de saúde.

5. RESULTADOS

5.1 Prescrição médica

INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML 10ML (1 AMPOLA A CRITÉRIO MÉDICO/VIA SUBCUTÂNEA).

OBS: CONFORME ESQUEMA:

150-200: 2UI

201-250: 4UI

251-300: 6UI

300-350: 8UI

>350: 10UI + CHAMAR PLANTONISTA.

ENOXAPARINA 60MG/0,6ML SERINGA PREENCHIDA (1 AMPOLA A CADA 12H/VIA SUBCUTÂNEA).

OBS: JUSTIFICATIVA: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA.

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMP (1 COMPRIMIDO AO DIA/VIA ORAL).

OBS: APÓS O ALMOÇO.

GLICOSE 50% 10ML AMP (4 AMPOLAS A CRITÉRIO MÉDICO/VIA ENDOVENOSA).

OBS: GLICOSE 50% - 4 AMP, EV, SE GLICEMIA < 70 MG/DL, MEDIR 20 MIN APÓS A ADMINISTRAÇÃO.

CARBONATO DE CÁLCIO 500MG COMP (1 COMPRIMIDO A CADA 12H/VIA ORAL).

SULFATO FERROSO 40MG DE FERRO ELEMENTAR DRÁGEA (1 DRÁGEA 3 VEZES AO DIA/VIA ORAL).

OBS: DAR 1 CP 30 MIN ANTES DE CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR.

DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP (1 AMPOLA A CADA 6H SE DOR OU FEBRE/VIA ENDOVENOSA).

TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML AMP (1 AMPOLA A CADA 8H/VIA ENDOVENOSA).

JUSTIFICATIVA: PACIENTE ONCOLÓGICA.

OBS: 1 AMP + 100ML SF0,9% EV LENTO.

BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP (1 AMPOLA A CADA 8H/VIA ENDOVENOSA).

OBS: 1 AMP + 100ML SF0,9% EV LENTO 8/8H.

INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML 10ML FA (1 FRASCO 3 VEZES AO DIA/VIA SUBCUTÂNEA).

OBS: 18 UI SC ÀS 06H

9 UI SC ÀS 12H

9 UI SC ÀS 22H

5.2 Histórico de enfermagem

F.C.S.L., sexo feminino, 37 anos, Gestante, G5P4VA0, reside em Batalha-PI, casada, dona de casa, mora com o marido e os filhos, referenciada de um hospital público de Teresina para tratamento de diabetes mellitus tipo II de difícil controle, faz uso de insulina regular e nph e suplementação com cálcio. Esteve internada neste serviço com quadro de TVP e derrame pleural bilateral em 13/04/23, sendo encaminhada ao hospital público em 24/04/23 para realização de histopatológico de mama direita, retornando em 28/04/23. Relatou que desde os 4 meses de gestação sente a mama direita "enpedrada", associado a hiperemia local e calor, nega descarga papilar, nega episódios febris. Ademais, sentiu aumento da lesão durante os 2 meses seguintes. fez acompanhamento na ubh, onde foi realizado US de mamas (10/03/23): diagnosticada com mastite aguda à direita, sendo a mesma tratada como tal: fez uso de ampicilina EV durante internação

pelo quadro, e em seguida cefalexina via oral (pós-alta), porém evoluindo sem melhora. Refere que no dia 13/04/23, possuía consulta no serviço ambulatorial da maternidade, por conta de quadro de DM2 prévia à gestação, para que pudesse ser iniciada a monitorização glicêmica. Porém, durante consulta, foram observadas alterações em mamas, estas apresentavam-se assimétricas, com mama d endurecida e com pele em aspecto de "casca de laranja", associado a linfonodo axilar ipsilateral palpável e fixo + região cervical direita com linfonodo palpável, aumentado, endurecido e presença de edema em região mandibular direita. ademais, refere que há 3 semanas, iniciou quadro de dor e edema de MSD. Paciente, apresentava-se, também, dispneica. Devido ao quadro, foi internada na Maternidade de referência em teresina, evoluindo no dia 20/04/23 com necessidade toracocentese diagnóstica e de alívio, por conta de derrame pleural bilateral com predominância a D, evoluindo após com pulmão D totalmente colapsado. Ademais, durante estadia na Maternidade, foi diagnosticada com trombose de VJI. Foi encaminhada ao hospital público para investigação de câncer de mama em que foi feito core biopsy (25/04/23) cujo resultado de histopatológico foi carcinoma lobular invasivo de mama com fragmentos G2 moderadamente diferenciado, sendo regulada de volta para maternidade e trazendo encaminhamento para consulta com oncologia em um hospital particular conveniado ao sus. Em avaliação oncológica, foi decidido iniciar quimioterapia o quanto antes, primeira dose mesmo sem cateter e durante resultado de imuno histoquímica: carcinoma mamário invasivo, subtipo triplo negativo. Primeira quimioterapia no dia 19/05/23. Nega outras comorbidades. Alérgica à paracetamol. Nega perdas de líquidos e sangramento. Na admissão: AO EXAME: Paciente em BEG, eupneica, normocorada, acianótica, anictérica. PA: 130X70 mmhg. TU: Fisiológico. DU: AUSENTE. BCF: 150 bpm. Dorso à esquerda. TV: EVITADO. DM TIPO II + TVP + NEOPLASIA DE MAMA.

5.3 Evoluções de enfermagem

02/06/2023

15:00h. Gestante, IG = 31s 6d, G5P4(N)A0, internada por DM tipo II prévia, TVP, neoplasia em mama, parotidite a direita, linfonodomegalia, PO de drenagem torácica e pleural. Consciente, orientada, fásica, com humor deprimido. Normocárdica e eupneica, AP = MV + e AC = BNF2TR. Possui AVP em MSE e dreno torácico a D com presença

de secreção serosanguinolenta. Apresenta edema ao lado direito da face, MSD e MMII. Relata aceitação da dieta por VO e sono satisfatório. Eliminações fisiológicas e presentes. Não relata queixas álgicas no momento. Acd. Enf. Neliza UESPI.

03/06/2023

09:00h. Paciente segue internada, evolui consciente, orientada, eupneica, acianótica, afebril, fásica, deambulando, abdome gravídico, MF +. Drenagem torácica com pouca secreção. Edema em MSD e MMII. Aceita dieta oferecida, sono e repouso satisfatórios, eliminações fisiológicas. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Enf. Maria Alves dos Santos Cardoso.

05/06/2023

08:05h. Paciente segue neste setor para tratamento clínico por DM II + TVP + neoplasia de mama D + parotidite D + linfonodomegalia + PO drenagem torácica e pleural + feto pélvico. IG = 32S. Consciente, orientada, fásica, calma, cooperativa, deprimida, alérgica a paracetamol, aguarda consulta dia 15/05/23, mamas assimétricas, deambulando sem auxílio, edema MMSD e MMII, abdome gravídico, MF + (SIC.), drena com pouca quantidade serosanguinolento, dieta VO para diabético aceita, eliminações fisiológicas. Sem queixas. Enf. Erismar de Macedo Ferreira.

5.4 Exames laboratoriais maternidade

-13/04/23: HEMOGRAMA

-14/04/23: TOXOPLASMOSE

-15/04/23: EAS + TOXOPLASMOSE + TESTE RÁPIDO SÍFILIS

-20/04/23: CITOBIOQUÍMICA DO LÍQUIDO PLEURAL

-21/04/23: HEMOGRAMA

-28/04/23: HEMOGRAMA + TESTE RÁPIDO SÍFILIS

-29/04/23: HEMOGRAMA

-06/05/23:HEMOGRAMA

-08/05/23: HEMOGRAMA

-11/05/23: HEMOGRAMA

- 19/05/23: HEMOGRAMA
- 25/05/23: HEMOGRAMA + TESTE RÁPIDO SÍFILIS + TESTE RÁPIDO HIV + EAS
- 01/06/23: HEMOGRAMA

5.5 Exames laboratoriais hospital

- 25/04/23: HEMOGRAMA + TOXOPLASMOSE
- 27/04/23: HISTOPATOLÓGICO
- 18/05/23: IMUNOHISTOQUÍMICA

5.6 Exames de imagem maternidade

- 10/03/23: US MAMÁRIA
- 02/03/23: MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL
- 31/03/23: ULTRASSONOGRAMA CERVICAL
- 13/04/23: ULTRASSONOGRAMA GESTACIONAL
- 14/04/23: ULTRASSONOGRAMA MAMÁRIA.
- 14/04/23: ULTRASSONOGRAMA CERVICAL
- 15/04/23: TOMOGRAFIA DE TÓRAX SEM CONTRASTE
- 17/04/23: ULTRASSONOGRAMA GESTACIONAL
- 17/04/23: ELETROCARDIOGRAMA.
- 20/04/23: ECOCARDIOGRAMA
- 24/04/23: ULTRASSONOGRAMA GESTACIONAL
- 09/05/23: ULTRASSONOGRAMA GESTACIONAL
- 10/05/23: DOPPLER FETAL
- 09/05/23: TOPOGRAFIA
- 15/05/23: ULTRASSONOGRAMA DOPPLER MSD
- 15/05/23: ULTRASSONOGRAMA DOPPLER CERVICAL
- 15/05/23: ULTRASSONOGRAMA PARTES MOLES REGIÃO SUBESCAPULAR
- 16/05/23: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX.
- 16/05/23: TOMOGRAFIA DE TÓRAX
- 16/05/23: TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL
- 18/05/23: ULTRASSONOGRAMA MAMA ESQUERDA
- 19/05/23: DOPPLER FETAL

5.7 Exames de imagem hospital

-26/04/23: ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL

5.8 Diagnósticos (nanda), intervenções (nic) e resultados esperados (noc) de enfermagem

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
Risco de embolia pulmonar relacionado à trombose venosa.	Realizar avaliação contínua dos sinais vitais, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigênio, e relatar alterações. Avaliar a presença de inchaço, calor, dor ou vermelhidão nas extremidades inferiores, que podem indicar trombose venosa profunda. Promover a mobilização precoce e incentivar a paciente a fazer exercícios de perna e movimentos de tornozelo para prevenir o repouso prolongado e melhorar a circulação sanguínea.	Ausência de falta de ar súbita. Ausência de dor torácica aguda. Saturação de oxigênio dentro da faixa alvo. Ausência de sinais de trombose venosa profunda, como inchaço, calor, dor ou vermelhidão nas extremidades inferiores. Ausência de sinais de embolia pulmonar, como dispneia súbita, taquicardia ou hipotensão.
Risco de infecção relacionado à parotidite	Realizar avaliação contínua dos sinais vitais, especialmente a temperatura, para identificar qualquer indício de febre, que pode ser um sinal de infecção. Observar a aparência da parótida e áreas circundantes, procurando por sinais de inflamação, vermelhidão, calor ou edema. Instruir a paciente sobre a importância da higiene oral adequada, incluindo escovação dos dentes, uso de fio dental e enxaguante bucal, pelo menos duas vezes ao dia.	A paciente não apresentará aumento da dor, calor, vermelhidão ou inchaço na região das glândulas parótidas. A paciente não apresentará febre ou calafrios. A paciente não desenvolverá abscessos ou formação de cistos nas glândulas parótidas. A paciente não terá disseminação da infecção para outras áreas adjacentes. A paciente realizará a higiene oral adequada, incluindo a escovação regular dos dentes, língua e gengivas.
Controle glicêmico ineficaz relacionado à diabetes mellitus tipo 2.	Realizar monitoramento regular dos níveis de glicose no sangue, seja por meio de testes capilares ou dispositivos de monitoramento contínuo de glicose, e registrar os resultados para avaliação e ajuste do plano de tratamento. Monitorar sinais e sintomas de complicações agudas ou crônicas relacionadas à diabetes, como poliúria, polidipsia, fadiga, perda de peso inexplicada, visão turva,	Manter os níveis de glicose no sangue dentro da faixa-alvo determinada pelo médico. Evitar hiperglicemia e hipoglicemia. Prevenir ou minimizar o risco de complicações agudas e crônicas associadas à diabetes mellitus tipo 2, como cetoacidose diabética, hipoglicemia grave, retinopatia, neuropatia, nefropatia e doenças cardiovasculares. Manter a saúde vascular, renal, ocular e

	<p>feridas de cicatrização lenta ou alterações neurológicas, e relatar quaisquer preocupações ao médico. Oferecer apoio emocional à paciente, ajudando-a a lidar com os desafios emocionais e psicossociais associados ao controle glicêmico ineficaz.</p>	<p>neurológica. Melhorar os marcadores metabólicos, como os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade), triglicerídeos e pressão arterial, para reduzir o risco de complicações cardiovasculares.</p>
<p>Risco de infecção relacionado à cirurgia e procedimentos invasivos</p>	<p>Realizar avaliação contínua dos sinais de infecção, como febre, calafrios, vermelhidão, dor, drenagem purulenta, inchaço e sensibilidade no local cirúrgico ou em outros sítios invadidos. Monitorar os resultados de exames laboratoriais, como hemograma completo e cultura de feridas, para identificar sinais precoces de infecção. Inspeccionar e cuidar de maneira adequada dos dispositivos invasivos, como cateteres intravenosos, tubos de drenagem e sondas, para reduzir o risco de entrada de microrganismos.</p>	<p>Ausência de febre, calafrios, vermelhidão, inchaço, drenagem purulenta ou outros sinais e sintomas de infecção. Ausência de alterações nos exames laboratoriais indicativos de infecção, como aumento do número de leucócitos ou taxa de sedimentação de eritrócitos (VHS). Ausência de deiscência (abertura) da incisão cirúrgica. Ausência de sinais de infecção localizada, como vermelhidão, inchaço, calor, dor ou drenagem purulenta. Incisão cirúrgica cicatrizada de forma adequada, com tecidos granulados e ausência de áreas necróticas.</p>
<p>Ansiedade relacionada ao diagnóstico de câncer de mama e múltiplas complicações</p>	<p>Estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a paciente, fornecendo um ambiente seguro para que ela possa expressar suas preocupações e medos. Ensinar e incentivar a paciente a praticar técnicas de relaxamento, como respiração profunda, meditação, visualização ou exercícios de alongamento. Colaborar com a equipe interdisciplinar para desenvolver um plano de cuidados individualizado que aborde a saúde mental da paciente, incluindo a identificação e o manejo de sintomas de ansiedade.</p>	<p>Expressa níveis de ansiedade reduzidos e capacidade de lidar com o estresse associado ao diagnóstico de câncer de mama e suas complicações. Demonstra estratégias eficazes de enfrentamento para lidar com a ansiedade, como relaxamento, respiração profunda ou técnicas de distração. Relata sensação de calma e bem-estar emocional. Demonstra compreensão das informações fornecidas sobre o diagnóstico de câncer de mama e suas complicações. Colabora com a equipe de saúde na implementação do plano de cuidados e segue as recomendações fornecidas.</p>

<p>Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico relacionado ao edema em membros inferiores e braço direito</p>	<p>Verificar os níveis séricos de eletrólitos, como sódio, potássio e cálcio, conforme indicado pelo médico. Auxiliar a paciente na elevação adequada das pernas e do braço afetados, para facilitar o retorno venoso e reduzir o edema. Orientar a paciente sobre a importância de relatar qualquer sintoma de desequilíbrio hidroeletrólítico, como fraqueza, fadiga, sede excessiva ou alterações na micção.</p>	<p>Manutenção dos níveis séricos de eletrólitos dentro da faixa normal. Ausência de sintomas de desequilíbrio hidroeletrólítico, como sede excessiva, fraqueza muscular, câibras, confusão mental ou palpitações. Ausência de edema exacerbado nos membros inferiores e braço direito. Diurese adequada, com volume e frequência urinária dentro dos limites esperados. Ausência de retenção urinária ou oligúria.</p>
<p>Risco de sangramento relacionado ao pós-operatório de drenagem torácica e biópsia pleural.</p>	<p>Verificar o local da incisão cirúrgica quanto a sinais de sangramento ativo, como sangramento excessivo, hematoma ou saturação de curativos. Monitorar os exames laboratoriais, especialmente os níveis de hemoglobina e hematócrito, para detectar qualquer alteração que possa indicar sangramento. Explicar a importância de seguir as orientações médicas quanto ao repouso e atividades restritas para minimizar o risco de sangramento.</p>	<p>Ausência de sangramento ativo ou excessivo no local da incisão cirúrgica. Ausência de sinais de sangramento interno, como tontura, fraqueza ou fadiga excessiva. A frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura da paciente estarão dentro dos limites considerados normais e estáveis. A incisão cirúrgica estará cicatrizando adequadamente, sem evidências de hematoma ou sangramento sob a pele. A paciente seguirá as orientações sobre evitar atividades extenuantes e tomará medidas para evitar quedas e lesões que possam resultar em sangramento.</p>

Fonte: Autoria própria, 2023.

6. CONCLUSÃO

Este estudo de caso destacou a complexidade do câncer de mama durante a gravidez e a importância do manejo adequado. A detecção do câncer de mama nesse período apresenta desafios únicos devido às alterações fisiológicas da mama e às preocupações com a segurança fetal. É fundamental que as mulheres grávidas sejam encorajadas a realizar exames de triagem e que os profissionais de saúde estejam cientes das mudanças normais e capazes de diferenciar achados benignos de suspeitos. O tratamento deve ser individualizado, levando em consideração o estágio do câncer, a idade gestacional e os riscos para a mãe e o feto. A abordagem multidisciplinar e personalizada é crucial para alcançar os melhores resultados para as mulheres com câncer de mama durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- AMANT, F. et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. **Ann Oncol**, v. 30, p. 1601-1612, 2019. DOI: 10.1093/annonc/mdz228.
- AMANT, F. et al. Breast Cancer in Pregnancy. **Lancet**, v. 379, n. 9815, p. 570-579, 2012.
- ANTONELLI, N. M. et al. Cancer in pregnancy: a review of the literature: part I. **Obstet Gynecol Surv**, v. 51, n. 2, p. 125-134, 1996.
- AZIM JR, H. A. et al. Prognosis of pregnancy-associated breast cancer: a meta-analysis of 30 studies. **Cancer Treat Rev**, v. 38, n. 7, p. 834-842, 2012.
- CARVALHO, C. M. et al. Aspectos clínicos do câncer durante o período gestacional: desafios diagnósticos e terapêuticos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 10, p. 582-588, 2022.
- EASTWOOD-WILSHERE, N. et al. Cancer in pregnancy. **Asia Pac J Clin Oncol**, v. 15, n. 6, p. 296-308, 2019. DOI: 10.1111/ajco.13235.
- EEDARAPALLI, P.; JAIN, S. Breast Cancer in pregnancy. **J Obstet Gynaecol**, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2006.
- LOIBL, S. et al. Breast Carcinoma during pregnancy. **International recommendations from an expert meeting**. **Cancer**, v. 106, n. 2, p. 237-246, 2006.
- SANTOS, Tainá Bastos dos et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 471-482, 2022.
- OLIVEIRA, Ana Luiza Ramos et al. Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 3, 2020.
- SILVA, E. H. C. C. Tendências de incidência e mortalidade por câncer de mama em Fortaleza. 2019. 59 f. **Dissertação (Mestrado em Farmacologia Clínica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2019.
- RODRIGUES, J.D., et al. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, OUT. 2015.
- VAN CALSTEREN, K. et al. Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. **J Clin Oncol**, v. 28, n. 4, p. 683-689, 2010. DOI: 10.1200/JCO.2009.23.2801.
- INCA. DADOS E NÚMEROS SOBRE CÂNCER DE MAMA: Relatório anual 2022. Rio de Janeiro: [s. n.], 2022. 33 p. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_site_cancer_mama_setembro2022.pdf. Acesso em: 1 jul. 2023.

CAPÍTULO 4

GESTANTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CRÔNICA E DIABETES MELLITUS GESTACIONAL *PREGNANT WOMAN WITH CHRONIC SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS*

1. INTRODUÇÃO

1.1. Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica

A hipertensão arterial é definida como uma condição clínica quando o nível de pressão, particularmente da pressão arterial mínima, apresenta permanentemente elevação, está diretamente relacionada ao aumento da pressão mínima, quando os pequenos ramos arteriais nos órgãos e tecidos estão contraídos, obstruídos ou lesados, dificultando a passagem do sangue e, portanto, impedindo a nutrição adequada dos tecidos. O aumento da resistência periférica e o estado de hipertensão arterial podem ocorrer sem uma causa conhecida (hipertensão arterial primária ou idiopática) ou acontecer devido a uma doença que pode causar hipertensão arterial, como a doença renal crônica, estenose das artérias renais, tumores da glândula adrenal, entre outras condições (hipertensão arterial secundária) (Gorostidi *et al.*, 2022).

A hipertensão arterial é causada por uma combinação de fatores genéticos e ambientais, dos quais a hereditariedade constitui 30 a 50%, resultando na maioria dos casos poligênica, enquanto fatores ambientais induzem modificações epigenéticas. A manutenção da pressão arterial normal é resultado do equilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Isso pode ser afetado por alterações nos sistemas renal, hormonal, cardiovascular e neurológico, que podem aumentar o débito cardíaco, a resistência ou ambos, causando hipertensão (Gopar-nieto *et al.*, 2022).

A maioria dos casos de hipertensão não tem uma causa específica, sendo chamada de hipertensão primária. Nesses casos estão envolvidos fatores genéticos e individuais, portanto a história familiar é fator de risco importante para desenvolvimento da hipertensão, mas os fatores ambientais e de estilo de vida também

devem ser considerados. O sedentarismo, excesso de consumo de sal, obesidade, consumo excessivo de álcool, diabetes e tabagismo são os responsáveis por aumentar a chance de aparecimento da hipertensão ou do seu descontrole (Rosas-peralta; Borrayo-sánchez, 2018).

Para prevenir o sistema circulatório dos malefícios da doença é preciso ter uma vida saudável; boa alimentação, restringindo o sal; manter bom peso; evitar vida ociosa, sem atividade física; controlar o stress, excesso de trabalho, ansiedade e preocupações. Os medicamentos devem ser tomados regularmente e nunca interrompidos. Importante também que todos os medicamentos novos sejam informados ao seu cardiologista, para avaliação de possíveis interações medicamentosas ou eventuais contraindicações para o uso (Torres *et al.*, 2022).

A hipertensão crônica está presente antes da gestação ou é diagnosticada até a vigésima semana em gestantes que desconheciam valores anteriores de sua pressão arterial, perdurando além da sexta semana pós-parto. Apresenta pior prognóstico e mais risco de evoluir para pré-eclâmpsia (Wannmacher, 2004). É definida por pressão arterial (PA) sistólica $\geq 140/90$ mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, em pelo menos duas medidas (Rodrigues, 2016).

As complicações da hipertensão na gestação são principalmente abortamento, parto prematuro, restrição do crescimento fetal, descolamento da placenta, sofrimento fetal e afecções em órgãos vitais após o nascimento. A situação mais grave, no entanto, é quando a doença evolui para pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome hemólise, elevação de enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas (HELLP), que são síndromes de elevado risco para a vida materna (Sousa, 2019).

Conforme Sousa (2019), possíveis fatores associados à hipertensão arterial são: gestantes com mais idades, antecedentes familiares de hipertensão, preexistência de hipertensão, gestações tardias, diabetes, obesidade e frequente consumo de alimentos processados/ultraprocessados (Sousa, 2019).

Consoante Sousa (2019), os resultados de seu artigo evidenciaram gestantes mais velhas comparadas às de outros estudos, já que 62,3% das gestantes tinham entre 18 e 35 anos, e 37,7% tinham entre 36 a 45 anos. Tais números apontaram para gestações tardias corroborando informações do Ministério da Saúde, que apontam estas idades como fator de risco materno (Sousa, 2019).

De acordo com o artigo de Sousa (2019), 78,1% das gestantes disseram ter antecedente familiar de hipertensão, e este achado foi o dado clínico mais incidente da presente pesquisa. Em estudo no Hospital Universitário de Maceió, Alagoas (AL), 54,6% das gestantes com hipertensão tinham histórico familiar da doença, e foi maior a incidência em mulheres cujo parentesco de HAS era mais próximo (pai e mãe). Isto reforça que esta condição é fator importante para classificar a gestação como de alto risco. (Sousa, 2019).

É importante salientar que a HAS se associa com outras doenças. Encontramos 31,6% de associações nas gestantes, sendo esta comorbidade o diabetes em 50% dos casos. O diabetes também se associa à obesidade e à idade tardia, dois importantes fatores de risco. Estes dados foram confirmados em outros estudos sobre diabetes (Sousa, 2019).

A escolha dos alimentos que consumiram predominantemente durante a gestação resultou em 47,5% de alimentos processados/ultraprocessados (refrigerantes, doces, salgadinhos industrializados, massas, embutidos e temperos artificiais). Estudos evidenciam que a nutrição inadequada pode estar associada ao surgimento da hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso e obesidade, trazendo outros riscos e malefícios para o organismo, e dificultando o tratamento (Sousa, 2019).

1.2. Diabetes Mellitus Gestacional

A Diabetes mellitus, o mais frequente distúrbio que envolve o metabolismo de carboidratos (açúcares), caracterizado pelo aumento da taxa de glicose no sangue, a chamada hiperglicemia. É uma doença grave pois, se mal controlada, pode ocasionar problemas vasculares nos olhos, nos nervos, nos rins e no coração. Estas consequências, porém, podem ser reduzidas com um controle sistemático da doença, feito principalmente por meio da manutenção das taxas de glicose no sangue dentro de certos limites, assim como do rastreamento das complicações crônicas, sempre sob orientação médica (Darenskaya; Kolesnikova; Kolesnikov, 2021).

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma doença metabólica caracterizada pela intolerância à glicose que se inicia durante a gestação, em gestantes com glicemia normal antes da gestação. Alguns hormônios produzidos pela placenta diminuem a efetividade da insulina em reduzir a glicose do sangue, visando aumentar a oferta de nutrientes para o feto. Por isso as gestantes precisam produzir mais insulina que o

habitual para controlar seus níveis de açúcar no sangue. Algumas mulheres, por fatores individuais, podem não conseguir atingir o equilíbrio entre a necessidade de insulina e seus níveis de glicemia, podendo se tornar diabéticas durante a gestação (Moon; Jang, 2022).

A gravidez é um momento bastante delicado na vida de uma mulher e envolve modificações no corpo e alterações psicológicas. Diante desse momento delicado, é importante que a mulher conheça bem as mudanças que irão ocorrer em seu corpo durante esses meses e tenha acompanhamento especializado. As mulheres diagnosticadas com diabetes no início da gravidez recebem o diagnóstico de diabetes não gestacional evidente (glicose: jejum ≥ 126 mg/dl, espontâneo ≥ 200 mg/dl ou hba 1c $\geq 6,5\%$ antes das 20 semanas de gestação). A DMG é diagnosticada por um teste oral de tolerância à glicose (ogtt) ou aumento da glicemia de jejum (≥ 92 mg/dl) (Kautzky-willer *et al.*, 2023).

A abordagem terapêutica de todas as gestantes com diabetes inclui necessariamente orientação nutricional adequada e individualizada e atividade física, na ausência de contraindicações obstétricas. Além da abordagem nutricional e de estímulo a mudanças no estilo de vida, a terapia farmacológica está sempre indicada para gestantes com DM1 e DM2 pré-gestacional. É importante destacar que, em razão da dinâmica das mudanças fisiológicas ao longo da gestação, que têm impacto sobre o metabolismo materno, ajustes na terapia farmacológica, tanto na gestante com DMG quanto nas gestantes com DM pré-gestacional, devem ser realizados, no mínimo a cada 15 dias até a 30ª semana de idade gestacional e semanalmente após a 30ª semana (Fernandes; Bezerra, 2020).

Conforme dados do artigo de Costa (2022), evidenciou-se prevalência entre mulheres com faixa etária entre 15 –35 anos, de raça brancas, com histórico familiar de diabetes mellitus e obesas (Costa, 2022). No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional (DMG) em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6%, hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez (Valladares, 2008).

Qualquer mulher pode desenvolver diabetes gestacional, porém, existe aumento de risco nos casos de obesidade, história familiar de diabetes, história anterior de parto com nascimento de bebê com peso maior de quatro quilos, natimorto ou com defeito

congênito. Também existe aumento do risco quando há excesso de líquido amniótico (polidrâmnio) e para mulheres com mais de 25 anos de idade (Marganha, 2003). As mulheres em alto risco de Diabetes gestacional podem necessitar de triagem precocemente na gravidez, incluindo aquelas com obesidade marcante. Diabetes em parentes de primeiro grau, história prévia de intolerância à glicose ou macrosomia em gravidez anterior (Backonja *et al.*, 1998).

Há outros pré requisitos para um provável Diabetes gestacional, como idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gestação atual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura e crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual (Reichetel *et al.*, 2002). O DM e suas complicações estão entre as principais causas de morte na maioria dos países, de modo que 1 a cada 12 mortes no mundo pode ser atribuída ao DM. O Brasil é o quarto país com maiores taxas de DM na população adulta, com um total de 14,3 milhões de pessoas entre 20-79 anos (Sanar, 2019).

Apesar da prevalência de DMG variar a depender dos critérios diagnósticos e da população estudada, muitos estudos mostram um aumento nas últimas décadas de mulheres com diagnóstico de diabetes na idade fértil e durante o ciclo gravídico-puerperal (Sanar, 2019). A prevalência média mundial de DMG é de 16,2% estimando-se que, na atualidade, 1 em cada 6 nascimentos ocorra em mulheres com alguma forma de hiperglicemia durante a gestação, sendo 84% dos casos decorrentes de DMG (Sanar, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver o processo de enfermagem à paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica e Diabetes Mellitus Gestacional.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o caso clínico de um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Gestacional;
- Elaborar um plano de cuidado com base na SAE ao paciente;

- Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou o método de estudo de caso único, de natureza representativa. Para fundamentação teórica sobre o tema, buscou-se nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, PubMed e Google Acadêmico artigos em texto completo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Gestacional, e foram aproveitados 15 artigos na elaboração do estudo.

O estudo foi realizado na Maternidade Dona Evangelina Rosa, Ala A, em Teresina – Piauí, a partir de levantamento e análise do prontuário da paciente portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Gestacional, bem como realização posterior de anamnese e exame físico à beira do leito da mesma, além do processo de enfermagem, sob supervisão do professor de estágio curricular.

A partir da verificação do problema central e problemas secundários relacionados à saúde da paciente, iniciou-se a coleta de dados. Em seguida, estes dados foram analisados simultaneamente à Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), bem como os resultados esperados (NOC) e as intervenções relacionadas (NIC).

4. REFERENCIAL TEMÁTICO

Segundo Sousa (2019), os principais fatores de riscos epidemiológicos de HAS são consumo excessivo de sódio, antecedentes familiares, de etnia, diabetes, obesidade, hipotireoidismo, tensão, ingestão de álcool, dieta alimentar desregrada, sedentarismo, psicológicos, dislipidemia, tabagismo e fatores socioeconômicos, socioambientais e cultural. Quando em gestantes, a prevalência da HAS é igualmente elevada, considerando as preexistentes e aquelas que desenvolvem a afecção na gestação. Ainda, gestantes com mais idade, preexistência de hipertensão, gestações tardias, diabetes, obesidade e consumo frequente de alimentos processados/ultraprocessados (SOUSA, 2019).

Além disso, são diversos os fatores que podem predispor à diabetes mellitus gestacional. Segundo Barbosa R. apud Marganha (2003), qualquer mulher pode desenvolver diabetes gestacional, porém, existe aumento de risco nos casos de

obesidade, história familiar de diabetes, história anterior de parto com nascimento de bebê com peso maior de quatro quilos, natimorto ou com defeito congênito. Também existe aumento do risco quando há excesso de líquido amniótico (polidrâmnio) e para mulheres com mais de 25 anos de idade (BARBOSA apud MARGANHA, 2003).

Ainda, conforme Barbosa R. apud Reichetel *et. al* (2002), há outros pré-requisitos para um provável Diabetes Mellitus Gestacional. Além da idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gestação atual, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, tem também a deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura e hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual (BARBOSA R. apud REICHETEL *et al*, 2002).

A gestante de diagnóstico positivo tem risco de 17% a 63% de desenvolver diabetes dentro de cinco a dezesseis anos após a gravidez, se houver ganho de peso e gravidezes adicionais aumentam o risco (BARBOSA apud ROBERTSON, 1998).

5. RESULTADOS

5.1 Histórico de enfermagem

Paciente 41 anos, sexo feminino, G2P1CA0, IG(DUM): 24s2d, procedente de Campo Maior - PI, casada, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica e Diabetes Mellitus Gestacional em uso de insulino terapia, encaminhada para realização de USG gestacional. Segue consciente, orientada, bom estado geral, fásica, responsiva ao diálogo, eupneica em ar ambiente, afebril, pele íntegra, normocorada, hidratada. Deambula sem auxílio. Crânio e couro cabeludo sem alterações. Pupilas isocóricas e fotorreativas. Nariz sem deformidades. Seios paranasais indolores à palpação. Cavidade oral sem alterações. AP: MV+. AC: BNF2TRR. Nega queixas algícas e perdas vaginais, mamas sem alterações, abdome gravídico, dieta por via oral com boa aceitação. MMSS e MMII íntegros e livres de edemas. Eliminações fisiológicas presentes e fisiológicas, sono e repouso satisfatório.

5.2 Prescrição médica

HIDRALAZINA 20MG EV

METILDOPA 500MG 08/08HS

INSULINA HUMANA REGULAR SC

INSULINA HUMANA NPH SC

5.3 Solicitação de exames

Exames laboratoriais:

(29/05/2023): HB 13,8 / HT 39,4 / LEUCO 12.200(BO) / PLAQ 226.000 / BT 0,42 / TGO 18 / UR 21 / CR 0,7 / LDH 675

USG Morfológica: Feto único, longitudinal, cefálico, dorso à esquerda, placenta de inserção ant/lateral esquerda. Restrição de crescimento fetal, apresenta meningocele, osso nasal ausente, defeito do septo atrio-ventricular (DSAV), pé torto bilateral. Os achados são sugestivos de alterações cromossômicas.

5.4 Tratamento

MEDICAMENTOSO:

- HIDRALAZINA 20MG EV
- METILDOPA 500MG 08/08HS
- INSULINA HUMANA REGULAR SC
- INSULINA HUMANA NPH SC
- SULFATO FERROSO

RESTRICÇÃO NUTRICIONAL:

- Dieta hipossódica.

5.5 Evolução / prescrição de enfermagem

30/05/2023 14:30 G2P1CA0. Gestante segue internada 2 DIH em BEG para tratamento de HAS + DMG + Malformações fetais. Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo, eupneica em ar ambiente, afebril. BCF: 153bpm. Sono e repouso satisfatório, dieta VO com boa aceitação. Eliminações fisiológicas presentes e normais. Sem queixas no momento, segue aos cuidados da equipe.

31/05/2023 1:30 G2P1CA0. Gestante segue internada 3 DIH em BEG para tratamento de HAS + DMG + Malformações fetais. Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo, eupneica em ar ambiente, afebril. BCF: 146bpm. Sono e repouso satisfatório, dieta VO com boa aceitação. Eliminações fisiológicas e presentes. Sem queixas no momento.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Diabetes Mellitus Gestacional.	Risco de nível de glicose no sangue instável relacionado à diabetes mellitus.	Verificar glicemia capilar em jejum antes das refeições e 2h após cada refeição. Aplicar insulina conforme prescrição médica.
Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica.	Risco de pressão arterial instável relacionado à hipertensão arterial.	Verificar Sinais Vitais de 6/6h. Dieta branda e hipossódica. Oferecer/Aplicar medicação de acordo com prescrição médica.
Malformação fetal.	Risco para síndrome pós-trauma relacionado à percepção do evento como traumático.	Oferecer apoio psicológico.

Fonte: Autoria própria, 2023.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou, em formação acadêmica, fazer associações da paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica e Diabetes Mellitus Gestacional às intervenções de enfermagem mais adequadas à mesma, de forma pragmática e indo de acordo com a literatura. Esse aprendizado possibilitou, também, aprofundar técnicas relacionadas ao processo de enfermagem, um dos pilares da atuação do profissional enfermeiro.

Além disso, por se tratar de uma doença crônica, não só os cuidados prestados durante períodos de crises em internação, mas também as orientações relacionadas ao cuidado cotidiano à HAS e DMG foram importantes para sistematizar o manejo de pacientes com a mesma doença ou com patologias semelhantes. Sendo assim, além de permitir conhecer processos patológicos crônicos, o estudo serviu de base para fundamentar o acompanhamento a pacientes com estes acometimentos, seja em ambientes hospitalares, seja em outros serviços de saúde – como Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento.

Vale pontuar, por fim, que a avaliação adequada pelos profissionais de saúde é de extrema importância para medidas terapêuticas apropriadas. Portanto, ter o conhecimento da existência da patologia e possibilitar a análise das condições clínicas para sistematizar as intervenções proporcionando um tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA R. Prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional. Disponível em: <<https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/AC03/BARBOSA-Raquel-Teles-Mata.pdf>>. Acesso em 29 de jun. de 2023.
- BRUNNER, S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.4v.
- COSTA, L. et al. Diabetes Mellitus Gestacional: perfil epidemiológico de maternidade de alto risco. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 2022.
- DARENKAYA, M. A.; KOLESNIKOVA, L. I.; KOLESNIKOV, S. I. Oxidative Stress: Pathogenetic Role in Diabetes Mellitus and Its Complications and Therapeutic Approaches to Correction. **Bulletin of Experimental Biology and Medicine**, v. 171, n. 2, p. 179–189, 26 maio 2021.
- FERNANDES, C. N.; BEZERRA, M. M. M. O Diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento / The Managemental Diabetes Mellitus: Cause And Treatment. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 49, p. 127–139, 28 fev. 2020.
- GOPAR-NIETO, R. et al. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. **Archivos de Cardiología de México**, v. 91, n. 4, 28 mar. 2022.
- GOROSTIDI, M. et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). **Hipertensión y Riesgo Vascular**, v. 39, n. 4, p. 174–194, out. 2022.
- KAUTZKY-WILLER, A. et al. Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2023). **Wiener klinische Wochenschrift**, v. 135, n. S1, p. 115–128, 20 jan. 2023.
- MAIA, Jéssica Costa *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com cirrose hepática em um serviço hospitalar de emergência. *HU Rev.*, [s. l.], v. 48, p. 1-8, 2022.
- MOON, J. H.; JANG, H. C. Gestational Diabetes Mellitus: Diagnostic Approaches and Maternal-Offspring Complications. **Diabetes & Metabolism Journal**, v. 46, n. 1, p. 3–14, 31 jan. 2022.
- OROZCO TORRES, J. A. et al. Hypertension Diagnosis with Backpropagation Neural Networks for Sustainability in Public Health. **Sensors**, v. 22, n. 14, p. 5272, 14 jul. 2022.
- PEREIRA, José Leonardo Faustini *et al.* Suporte ventilatório e tempo de hospitalização após transplante hepático em cirróticos com síndrome hepatopulmonar. *Einstein*, [s. l.], n. 3, ed. 15, p. 326, 2017.
- RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Hipertensão crônica: muito a aprender. **Braz. J. Nephrol.** , v. 38, n. 2, pág. 143-144, junho de 2016.

ROSAS-PERALTA, M.; BORRAYO-SÁNCHEZ, G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. **Gaceta Médica de México**, v. 154, n. 6, 24 out. 2018.

SANAR. Diabetes Mellitus Gestacional: definição, epidemiologia e mais. 21 de jul de 2019. Disponível em:<<https://www.sanarmed.com/diabetes-mellitus-gestacional>>. Acesso em 29 de jun de 2023.

SILVEIRA, Laise Rodrigues *et al.* Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil. *GED gastroenterol. endosc. dig.* [s. l.], v. 35, n. 2, p. 41-51, 2016.

SOUSA, M.G. de et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2019.

SOUSA, Marilda Gonçalves de et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 18, 2019.

SOUZA, Ana Carolina Mendes *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com cirrose hepática atendidos ambulatorialmente em hospital de referência do oeste do Paraná. *FAG Journal of Health.*, [s. l.], p. 59-64, 2021.

WANNMACHER, Lenita. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. **Uso racional dos medicamentos: temas selecionados**, v. 1, p. 1-6, 2004.

CAPÍTULO 5

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: EXPERIENCE REPORT*

1. INTRODUÇÃO

O Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida podendo está associada a predisposição genética, fatores hormonais e ambientais como luz ultravioleta. É uma patologia inflamatória crônica que afeta todos os sistemas do corpo. Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, o Lúpus é classificado basicamente em dois principais tipos, a ser: cutâneo, com manifestação apenas na pele, incluindo manchas avermelhadas, principalmente em áreas expostas à luz solar; e o sistêmico (LES) que acomete um ou mais órgãos internos (JÚNIOR et al., 2020).

Como uma doença multissistêmica, o LES apresenta uma heterogeneidade de manifestações clínicas com períodos de acentuação e remissão. O quadro clínico inclui a presença de manifestações monocutâneas, dentre as quais eritema malr e fotossensibilidade, além de úlceras orais, comprometimento renal, cardíaco, neurológicos, musculoesquelético e hematológico. Com frequência, observam-se, também, manifestações imunológicas, como a presença de anticorpos antinucleares (ANA) no sangue (MACEDO et al., 2020).

Além disso, o LES se configura como uma doença de distribuição universal cuja ocorrência vem aumentando nas últimas décadas, o que pode ser justificado pelos avanços em testes diagnósticos que permitem maior prematuridade na identificação da doença e pelo aumento da sobrevida devido ao tratamento iniciado precocemente na maioria dos casos (JÚNIOR et al., 2020). No Brasil, estima-se uma incidência de LES por volta de 8,7 casos para cada 100.000 pessoas/ano, sendo que a mortalidade é cerca de 3 a 5 vezes maior do que a da população geral (MACEDO et al., 2020).

O diagnóstico da patologia de LES é realizado com base nas manifestações clínicas e nos exames laboratoriais ao sangue e à urina. É um processo desafiador uma

vez que esta doença apresenta variabilidade de expressão e muitas vezes os sinais e sintomas assemelham-se a outras doenças (MALÚ, 2022).

A mortalidade dos pacientes com LES está relacionada à atividade inflamatória da doença, ao risco de infecções graves decorrentes da imunossupressão e ao início tardio do tratamento farmacológico, cujos principais medicamentos são antimaláricos e glicocorticoides, que podem ser complementados com anti-inflamatórios não esteroidais, micofenolato de mofetila, talidomida, glicocorticoides, metotrexato, ciclofosfamida, azatioprina, imunoglobulina intravenosa, retinoides, danazol, clofazamina, rituximabe e anticoagulantes (ANTUNES et al., 2022).

O LES costuma ser riquíssima em achados clínicos, manifestando-se de forma diferente em cada indivíduo. Sabe-se, contudo, que sua múltipla e recorrente sintomatologia tem influência na vida do paciente sob diferentes formas, interferindo diretamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Dessa forma é de grande importância que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos relacionados ao tema e identifiquem, de forma mais rápida, os pacientes com LES, de modo a possibilitar o tratamento mais adequado, proporcionando uma melhora na qualidade de vida desses portadores (REIS, 2020).

Durante o processo de hospitalização, o cliente acometido pelo Lúpus necessita de uma equipe multiprofissional, podendo ser constituída, em sua maioria, por: nutricionistas, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. À equipe de enfermagem cabe a responsabilidade de, por meio da sistematização da assistência, planejar, implementar e avaliar os cuidados em consonância com as necessidades do cliente, detectando precocemente sinais e sintomas de complicações, além de contribuir para seu bem estar (SANTOS et al., 2019).

Diante desse contexto, é essencial ressaltar que o LES causa diferentes mudanças no dia-a-dia das pessoas, como a limitação física, diminuição da qualidade de vida, distúrbio da autoimagem, angústias, dentre outros fatores que podem induzir para o surgimento de distúrbios psíquicos como a ansiedade e depressão. Deste modo, é importante entender como são assistidas às pessoas com LES de forma a se prevenir ou diminuir o risco de possíveis consequências negativas a saúde. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o enfermeiro desempenha um papel fundamental dentro desse cenário, visto que está presente desde a admissão do paciente na rede hospitalar e prossegue no acompanhamento do mesmo, assistindo-o em suas necessidades, e auxiliando o paciente

na busca por uma melhor qualidade de vida (JANSEN et al apud SANTOS; SILVA; LOPES, 2016).

Outrossim, de acordo com Jansen et al. 2020, é válido ressaltar que a SAE facilita a rotina dos cuidados de enfermagem, uma vez que por meio dela é possível estabelecer metas de modo que avalie e melhore as intervenções para prestar assistência ao paciente, além de proporcionar ao enfermeiro, a organização do processo de trabalho.

O presente estudou proporcionou o aprimoramento do conhecimento em relação a patologia e os cuidados de enfermagem voltados para o paciente portador de LES, visto que foram efetuados diagnósticos de enfermagem e por conseguinte intervenções de enfermagem visando promover uma assistência de enfermagem qualificada a fim de amenizar os danos ao paciente causados por essa patologia e melhorar sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Desenvolver o processo de enfermagem ao paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico - LES.

2.2 Específicos

Descrever o caso clínico de um paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES);

Elaborar um plano de cuidado com base na SAE ao paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES);

Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa realizado por discente de enfermagem durante a disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II em um hospital público de Teresina – PI , durante dezembro de 2022 a janeiro de 2023.

4. RESULTADOS

4.1 Histórico de enfermagem

K.P.L, sexo feminino, 33 anos, reside em Oeiras – PI, alimenta-se via oral, face com presença de áreas hipercromicas em região frontal, abdome semi-globoso, flácido e indolor a palpação, extremidades normoperfundidas, edemas de MMII (+/++++), pulso cheio e rítmico, diurese espontânea, evacuações presentes, sono e repouso prejudicado relacionada a ansiedade ao tratamento, deambula sem auxílio, higiene satisfatória. PA: 110x80mmHg, Sat O₂: 98%, T: 35,7 °C, AC: BNF2TRR, AP: MV+, FR: 12 rpm e FC: 83 bpm. Admitida em 12/11/2022 para tratamento de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), portadora de LES há 22 anos, relata que aos 11 anos de idade iniciou o quadro de Rash Malar associado a poliartralgia, transtorno depressivo há 3 anos. Nega alergias medicamentosa e comorbidades, nega tabagismo e etilismo. HF: filha com LES (falecida há 1 ano devido complicações da doença). ESCALA DE FUGULIN – score de pontos: 17 (cuidados mínimos). ESCALA DE JOHN HOPKINS – score de pontos: 05 (baixo risco)

4.2 Evolução de enfermagem

Evolução 1

Paciente 33 anos, encontra-se no 5 DIH para tratamento de LES. Apresenta-se consiente, orientada e receptiva ao diálogo, porém ansiosa ao tempo de internação, normocorada, deambulando sem auxílio, com SSVV normais no período. AC: BNF2TRR. AP: MV+. Abdome semi-globoso, flácido e indolor a palpação. Possui curativo oclusivo na região dorsal sem sinais flogísticos. Relata aceitação parcial da dieta oferecida. Evidencia diurese presente e concentrada, relata ausência de evacuações há 2 dias. Edema em MMII (+/++++). Sono e repouso prejudicado relacionado a ansiedade quanto a internação hospitalar. Sem AVP. Realizou BX agora. Sem queixa de dor no momento.

Evolução 2

Paciente 33 anos, encontra-se no 7 DIH para tratamento de LES. Apresenta-se, consiente, orientada, receptiva ao diálogo, normocorada, deambulando sem auxílio, com SSVV normais no período. AC: BNF2TRR. AP: MV+. Abdome semi-globoso, flácido e indolor a palpação. Relata boa aceitação da dieta oferecida. Evidencia diurese

presente e concentrada. Evacuações ausente há 2 dias. Edema em MMII (+/++++). Sono e repouso satisfatório. AVP em MSD. Realizou pulsoterapia. Sem queixa de dor no momento.

4.3 Diagnósticos de enfermagem

Ansiedade relacionada a ameaça da condição atual caracterizada por preocupações expressas e desejo de receber alta da internação hospitalar.

Estar disponível para ouvir e conversar com a paciente;

Estabelecer uma relação terapêutica transmitindo empatia e respeito incondicional positivo;

Fornecer informações exatas sobre a sua situação, ajudando a paciente a reconhecer o que é real;

RESULTADO ESPERADO

Paciente expressará que tem consciência dos sentimentos de ansiedade e parecerá estar relaxada, relatando que a ansiedade foi atenuada a um nível suportável.

1. Risco de integridade de pele prejudicado relacionada à alteração no metabolismo, circulação prejudicada e imunodeficiência.
 - Orientar quanto ao uso de proteção durante exposição solar;
 - Orientar quanto ao uso de sabonetes alcalinos sobre a pele;
 - Observar o grau de edema.

RESULTADO ESPERADO

Apresenta alívio de desconforto do eritema;

Utiliza sabonete que não ressecam a pele;

Apresenta diminuição do edema.

MEDICAMENTOS EM USO/MEDICAMENTOS EM USO

- Dipirona Sódica 500 mg – 1 comp 5/5h via oral;

Indicado se dor e/ou febre. Observar sinais de hipotensão, sonolência, fadiga e cefaléia.

- Bromoprida 10 mg – 1 comp 8/8h via oral;

Indicado se náuseas e/ou vômitos. Monitorar efeitos adversos como inquietação, sonolência e fadiga.

- Glicose 50% + AMP 10 ml – 4 ampolas (ACM) endovenosa;

Indicado se glicemia > 70 mg/dl. Observar sinais de hiperglicemia, como visão turva, dormência, fraqueza.

- Prednisona 200 mg – 1 comp manhã via oral;

Indicado no tratamento anti-inflamatório. Observar sinais de hipertensão arterial, fraqueza muscular, ganho de peso e atentar para a forma de administração e a dosagem.

- Valproato de Sódio 250 mg – 2 comp 12/12 via oral;

Indicado para epilepsia. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar náusea, vômitos, diarreia, sonolência, cefaléia e tremores.

- Ácido Fólico 5 mg – 1 com 1x/dia via oral;

Indicado para suplementação vitamínica. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar náusea, vômitos, distensão abdominal, prurido e flatulência.

- Clonazepam 0,5 mg – 2 comp (ACM) via oral;

Indicado se ansiedade e insônia. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de lentidão, sonolência, cefaléia, hipotonia muscular e tonturas.

- Enalapril Maleato 5 mg – 1 12/12 via oral;

Indicado para hipertensão arterial. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de tontura, fraqueza muscular, cefaléia e cansaço.

- Amplictil 100 mg – 1 comp noite via oral;

Indicado para ansiedade e depressão. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de sonolência, hipotensão, retenção urinária e boca seca.

- Fluoxetina 20 mg – 1 comp manhã via oral;

Indicado para depressão e ansiedade. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de ansiedade, sonolência, diarreia, fraqueza geral, cefaléia e náuseas.

- Vitamina D 7000 UI – 1 comp (ACM) via oral;

Indicado para hipovitaminose D. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de lesão e insuficiência renal, náusea, fraqueza, desidratação e hipercalemia.

- Osteonutri 800 mg + 400 UI – 1 comp 1x/dia via oral.

Indicado para profilaxia de osteoporose. Atentar para a forma de administração e a dosagem. Observar sinais de poliúria, cefaléia, fadiga, vômitos, perda de apetite, fraqueza e hipertensão arterial.

- PULSOTERAPIA

- Soro Fisiológico 0,9% 500 ml – 1 frasco 30 min antes da pulsoterapia endovenosa;
- Soro Fisiológico 0,9% 500 ml – 1 frasco após a pulsoterapia endovenosa;
- Ciclosfomida 1000 mg – 1 frasco (ACM) endovenosa;
- Furosemida 20 mg/2 ml – 1 ml (ACM) endovenosa;
- Cloridrato de Ondansetrona 2 mg/4ml – 1 ampola (ACM) endovenosa.

- Os cuidados de enfermagem ao paciente com pulsoterapia são: preparo da medicação, assim como a sua administração e a dosagem, verificação de SSVV, controle da glicemia capilar, avaliação do nível de consciência e controle de infusão medicamentosa.

- PLANO/ORIENTAÇÕES DE ALTA

- Orientar ao paciente evitar exposição solar prolongada, utilizar filtros solar e roupas protetoras em caso de exposição solar;
- Orientar alimentação com teores calóricos reduzidos e teores proteicos moderados, como forma de prevenção e/ou tratamento do excesso de peso, visto que faz uso de corticoides e uso prolongado desse fármaco predispõe o ganho de peso.
- Orientar restrição de etilismo e tabagismo.
- Orientar a respeitar as limitações que possam ocorrer durante as crises devido as dores nas articulações.
- Orientar a realização de atividade física regular, preferencialmente aeróbica, ajuda no controle da PAS e da glicose e contribui para o fortalecimento do ossos.
- Orientar paciente a permanecer com o tratamento farmacológico de acordo com prescrição médica;
- Orientar paciente não fazer interação medicamentosa sem prescrição médica.

- Orientar paciente a buscar apoio psicológico, visto que, apresentava-se ansiosa em relação a patologia e tratamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio o LES é uma patologia de etiologia desconhecida e que acomete diversos sistemas do corpo, sendo assim impossibilitando que o paciente permaneça com os mesmo hábitos e estilo de vida. Em virtude disso, é de suma importância que o profissional de saúde disponha de conhecimento e habilidades para o manejo clínico do paciente portador de LES. Diante do exposto, vale salientar que é necessário que o profissional de enfermagem disponha de uma assistência qualificada a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Nesse contexto, urge salientar a relevância desse presente estudo para agregar conhecimento no âmbito profissional, visto que, por meio dele foi possível aprimorar os conhecimentos e obter experiência sobre a doença, levando em consideração sua manifestação clínica, prevalência, etiologia, tratamento farmacológico e os cuidados de enfermagem, uma vez que, foram realizados diagnósticos e intervenções de enfermagem com fito de amenizar os danos que essa patologia causa ao paciente e por conseguinte oferecer ao paciente melhor condição de vida de modo que se adapte a restrições necessárias ao paciente portador de LES.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maronne Quadros *et al.* Tratamento farmacoterapêutico em mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico em uma clínica de Montes Claros-MG. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. 1-9, 2022.

JANSEN, Raphaella Castro *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com complicações decorrentes do Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 6098-6112, May/Jun 2020.

JÚNIOR, Helder Castro Sampaio *et al.* Avaliação dos sintomas, complicações, tratamento e efeitos colaterais medicamentosos sobre a qualidade de vida de portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): revisão de literatura. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10303-10318, jul./aug. 2020.

MACEDO, Rafaela Melo *et al.* Lúpus Eritematoso Sistêmico: relação entre os diferentes tratamentos e evolução clínica. **Rev Med**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 573-580, nov.-dez 2020.

MALÚ, Neima Cristina Lima. DIAGNÓSTICO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. **INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**, p. 1-56, Setembro 2022.

REIS, Thamires Soares dos. A enfermagem no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico: a modernização da terapia. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 6710-6726, Jun. 2020.

SANTOS, Sarah Cristianny Dantas dos *et al.* Principais cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de experiência. **Revista Pró-univerSUS**, v. 10, n. 2, p. 39-47, Jul/Dez 2019.

CAPÍTULO 6

HEPATITE AUTOIMUNE: RELATO DE EXPERIÊNCIA *AUTOIMMUNE HEPATITIS: EXPERIENCE REPORT*

1. INTRODUÇÃO

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença hepática inflamatória crônica que afeta predominantemente mulheres, mas pode ocorrer em todas as idades e raças. A causa exata da HAI é desconhecida, embora se suponha que a perda de tolerância a antígenos hepáticos seja o principal mecanismo fisiopatológico, desencadeado por fatores ambientais em indivíduos com certa suscetibilidade genética (Pape *et al.*, 2019). É uma doença de etiologia desconhecida, que não tratada pode evoluir para cirrose hepática e insuficiência hepática, com risco pequeno, mas significativo, de desenvolvimento de carcinoma hepatocelular. Entretanto, de acordo com a hipótese patogênica dominante, a HAI se desenvolve em indivíduos geneticamente suscetíveis pela interação com vários fatores ambientais. Portanto, o fígado é atacado por mecanismos de “mimetismo molecular” e é promovido pela regulação negativa das células T reguladoras (DONG Y, et al., 2018; COVELLI, et al., 2021).

O papel das interações gene-ambiente também foi previsto em doenças autoimunes. Infecções virais, dieta, exposição solar, estresse, bem como infecções por patógenos, vacinações, baixos níveis de vitamina D, microbiota alterada, exposição a hormônios sexuais e administração de drogas são fatores ambientais candidatos na predisposição de um indivíduo à HAI (HIGUCHI, et al., 2021).

A HAI continua sendo um grande desafio diagnóstico e terapêutico, principalmente por ser uma doença muito heterogênea. O diagnóstico imediato e oportuno é crucial, pois, se não tratada, tem uma alta taxa de mortalidade. O diagnóstico de HAI é exigente e, em particular, a detecção de HAI “aguda recém-formada” é ainda mais desafiadora. Geralmente se manifesta como uma doença crônica com um início insidioso de sintomas de doença hepática crônica, e os pacientes podem ocasionalmente ser diagnosticados após a descoberta acidental de teste de função hepática anormal. A

apresentação aguda da doença é geralmente mais comum em crianças, e um início sutil da doença é observado com mais frequência em adultos (PAPE et al.,2019).

Não existe um único teste patognomônico para HAI, e o diagnóstico é baseado apenas em vários achados clínicos, sorológicos, bioquímicos e histológicos indicativos. Portanto, a biópsia hepática é considerada um elemento crítico no diagnóstico diferencial de doença hepática e pode ser considerada um fator independente para distinguir a HAI de outras doenças hepáticas. Além disso, a histologia hepática não é apenas um pré-requisito para a aplicação do escore AIH simplificado, mas também é fundamental tanto no diagnóstico inicial quanto no acompanhamento a longo prazo, pois permite o estadiamento da doença, o monitoramento da terapia e a avaliação de inflamação e fibrose (Sucher *et al.*, 2019).

O objetivo do tratamento na HAI é alcançar a remissão bioquímica e histológica completa e prevenir a progressão da fibrose hepática. A remissão bioquímica completa está associada à normalização dos níveis séricos de alanina aminotransferase e IgG. Considerando que o aumento da mortalidade é observado em pacientes com HAI com cirrose em comparação com aqueles sem cirrose, regressão histológica da fibrose, bem como um melhor resultado a longo prazo serão alcançados pela remissão bioquímica completa (Tanaka, 2020).

O tratamento imunossupressor com corticosteróides costuma ter um bom efeito e é o fármaco mais importante para induzir a remissão. A Azatioprina, com ou sem corticosteróides, é a principal droga para manter a remissão. As diretrizes da American Association for the Study of the Liver Disease recomendam monoterapia com Prednisona (60 mg/dia) ou uma combinação de Prednisona (30 mg/dia) e Azatioprina. A Azatioprina é idealmente introduzida de 2 a 4 semanas após o início do tratamento com esteróides, a fim de prevenir uma possível hepatotoxicidade. Para minimizar os efeitos colaterais, a Azatioprina é iniciada na dose de 50 mg/dia, que pode ser aumentada para 1-2 mg/kg/dia, dependendo da resposta individual ao tratamento (Tanaka, 2020; Pape *et al.*, 2019).

Nesse sentido, apesar de sua raridade, a hepatite autoimune é potencialmente fatal quando não tratada. Dessa forma, torna-se essencial o seu estudo a fim de propiciar um diagnóstico e tratamento adequados ao paciente. O objetivo do estudo foi analisar as características da Hepatite Autoimune.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver o processo de enfermagem ao paciente com Hepatite Autoimune.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o caso clínico de um paciente com Hepatite Autoimune;
- Elaborar um plano de cuidado com base na SAE ao paciente;
- Implementar a sistemática de ações de enfermagem nos cuidados com o paciente.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou o método de estudo de caso único, de natureza representativa. Para fundamentação teórica sobre o tema, buscou-se nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, PubMed e Google Acadêmico artigos em texto completo sobre Hepatite autoimune, e foram aproveitados 8 artigos na elaboração do estudo.

O estudo foi realizado na Clínica Médica do Hospital Getúlio Vargas, em Teresina – Piauí, a partir de levantamento e análise do prontuário da paciente portadora de HAI, bem como realização posterior de anamnese e exame físico à beira do leito da mesma, além do processo de enfermagem, sob supervisão da professora de estágio curricular.

A partir da verificação do problema central e problemas secundários relacionados à saúde da paciente, iniciou-se a coleta de dados. Em seguida, estes dados foram analisados simultaneamente à Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), bem como os resultados esperados (NOC) e as intervenções relacionadas (NIC)

4. RESULTADOS

4.1 Histórico de Enfermagem

a) Anamnese

L.F.S., 20 anos, diagnosticada com Hepatite Autoimune em 2022. Natural do interior do Piauí, solteira, estudante. Acompanhada, com quadro de Hepatopatia Autoimune AE e Varizes Esofágicas, Internada devido sangramento transvaginal; Dor Abdominal região Hipogástrica. Nega alergias e comorbidades. Sendo assim, foi encaminhada à internação no Hospital Getúlio Vargas para melhor acompanhamento e realização de exames. Faz uso de medicamento para HAI, Prednisona 40 mg.

b) Exame Físico

Consciente, orientada, ECG: 15. Bom estado geral, fásica, eupneica sem aporte de O₂. Pele íntegra, normocorada, hidratada. Deambula sem auxílio. Crânio e couro cabeludo sem alterações. Pupilas isocóricas e fotorreativas. Nariz sem deformidades. Seios paranasais indolores à palpação. Cavidade oral sem alterações. AP: MV+. AC: BNF2TT. Abdome plano e flácido. MMSS e MMII íntegros e livres de edema.

- Escala de Fugulin: 10 (Cuidados Mínimos)

- Estado mental: orientada no tempo e espaço (1)
- Oxigenação: não depende de oxigênio (1)
- SSVV: controle em intervalos de 06 horas (2)
- Motilidade: movimenta todos os segmentos corporais (1)
- Deambulação: ambulante (1)
- Alimentação: autossuficiente (1)
- Cuidado corporal: autossuficiente (1)
- Eliminação: autossuficiente (1)
- Terapêutica: IM ou VO (1)

c) Evoluções de Enfermagem

07/12/2022

15h00. Segue em 2º DIH por Hepatite Autoimune, em BEG, consciente, orientada e fásica. Eupneica sem aporte de O₂. Normotensa, normosfígmica. AP: MV+. AC: BNF2T Abdome plano e flácido. MMSS e MMII íntegros e livres de edema. Sem AVP. Dieta livre, VO em boa aceitação. Diurese espontânea sem alterações. Eliminações

intestinais presentes e normais. Sem demais queixas. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional. Acd. Enf. Uespi – Paulo Victor Cavalcante. **2/12/2022**

16h00. Segue em 7º DIH por Hepatite Autoimune, em BEG, consciente, orientada, fásica. Eupneica sem aporte de O2. AP: MV+ . AC: BNF2TT. Abdome plano, flácido. MMSS e MMII íntegros e livres de edema. Sem AVP. Sem AVP. Dieta livre, VO em boa aceitação. Diurese espontânea sem alterações. Eliminações intestinais presentes e normais. Sono e repouso satisfatórios. Refere desejo em receber alta o quanto antes. Sem demais queixas. Solicitado US Doppler de abd inferior e EDA. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional. Acd. Enf. Uespi – Paulo Victor Cavalcante.

14/12/2022

16h00. Segue em 9º DIH por Hepatite Autoimune, em BEG, consciente, orientada, fásica. Eupneica sem aporte de O2. AP: MV+ . AC: BNF2TT. Abdome plano, flácido. MMSS e MMII íntegros e livres de edema. Sem AVP. Dieta livre, VO em boa aceitação. Diurese espontânea sem alterações. Eliminações intestinais presentes e normais. Sono e repouso satisfatórios. Refere desejo em receber alta o quanto antes. Aguarda resultado US Doppler abd e parecer ginecológico. Sem demais queixas. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional. Acd. Enf. Uespi – Paulo Victor Cavalcante.

d) Exames Realizados

(06/12/2022) – Hemograma

(08/12/2022) – US ABD INF; Exame de aspecto normal.

(08/12/2022) – EDA; Cordões varicosos de fino calibre (em formação), nao havendo indicação e nem possibilidade de ligaduras elasticas.

(14/12/2022) – US Doppler abd; Sinais de Hepatopatia Crônica.

4.2.1 Diagnósticos (NANDA), Resultados Esperados (NOC) e Intervenções (NIC) de Enfermagem

DE (NANDA): Dor aguda relacionada a agente de lesão biológico, evidenciada por relato verbal de dor.

Resultados de Enfermagem (NOC)

Paciente terá melhora no controle de sintomas, de substancialmente comprometido para não comprometido, em até 24 horas.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida (sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho no trabalho e responsabilidades).

Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor.

Utilizar um método apropriado de avaliação que permita o monitoramento de alterações na dor.

Administrar medicamentos prescritos.

DE (NANDA): Nutrição desequilibrada, ingesta menor que as necessidades corporais, relacionada com distensão e desconforto abdominais.

Resultados de Enfermagem (NOC)

Apresentará melhora do estado nutricional, indicada pelo aumento de peso (sem retenção hídrica).

O paciente obtém melhora do apetite.

Explicar justificativas para as modificações nutricionais.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Avaliar o aporte e o estado nutricional por meio da entrevista e do diário da dieta, das pesagens diárias e dos dados laboratoriais.

Ajudar o paciente a identificar alimentos com baixo teor de sódio.

Elevar a cabeceira do leito durante as refeições.

DE (NANDA): Riaco de sangramento relacionado a função hepática prejudicada.

Resultados de Enfermagem (NOC)

Não apresentar nenhum episódio de sangramento e hemorragia.

Paciente com ausência de sinais de sangramento do trato gastrointestinal.

Níveis de hematócrito e hemoglobina dentro dos limites aceitáveis.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Examinar o paciente à procura de sinais de sangramento ou hemorragia gastrointestinal.

Se ocorrer sangramento.

Monitorar sinais vitais 6/6 ou com mais frequência dependendo da acuidade.

Evitar atividade que aumente a pressão intra-abdominal (esforço para defecar, mudança de decúbito)

DE (NANDA): Volume de líquido excessivo relacionado com ascite e formação de edema.

Resultados de Enfermagem (NOC)

Uma dieta com baixo teor de sódio e dentro da restrição hídrica prescrita.

O paciente apresentará aumento do débito urinário.

Apresentará diminuição da circunferência abdominal.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Restringir o aporte de sódio e de líquido, quando prescrito.

Avaliar o equilíbrio hídrico a cada 1 a 8 horas, dependendo da resposta às intervenções e gravidade do paciente.

Medir e registrar diariamente a circunferência abdominal e o peso.

DE: Integridade da pele prejudicada, relacionada com prurido devido a icterícia e edema.

Resultados de Enfermagem (NOC)

Apresentar pele íntegra, sem rubor escoriação ou cupura.

Não exibir escoriações da pele em consequência de arranhadura.

Apresentar diminuição do edema; turgor cutâneo normal.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Avaliar o grau de desconforto relacionado com o prurido e o edema.

Observar e registrar o grau de icterícia e a extensão do edema.

Manter as unhas dos dedos curtas e lisas, evitar escoriações da pele.

4.3 Medicamentos em uso

- **PREDNISONA 20 MG VO -1 COMP**; 1x/dia - Corticosteroide.

Efeitos terapêuticos: supressão da inflamação e modificação da resposta imune normal.

Cuidados de Enfermagem

Explicar à paciente que o medicamento não deve ser suspenso subitamente ou sem o conhecimento do médico.

Informar as possíveis transformações em sua imagem corporal, como também as reações adversas mais frequentes (aumento de peso, edema nas extremidades, dor de garganta, fezes escuras e fraqueza muscular), devendo comunicar o médico se necessário.

Orientar evitar o consumo de álcool e uso concomitante de outros AINEs

(Ibuprofeno, diclofenaco, nimesulida, ácido mefenâmico, cetoprofeno, entre outros).

Estimular dieta rica em proteínas, cálcio e potássio e reduzir ingestão de sódio e carboidratos.

Orientar a tomar a medicação antes das 9h da manhã, após o desjejum.

- **DIPIRONA SÓDICA 500MG VO -1COMP**, Se dor ou febre; 6/6h

Analgésico e antitérmico.

Cuidados de Enfermagem

Atentar para os 13 certos da administração de medicamentos.

Vigiar efeitos adversos.

Avaliar eficácia terapêutica.

- **OMEPRAZOL 20 MG VO - 1 CÁPSULA**, 1x/dia, em jejum

Inibidor da bomba de prótons; anti-úlceras péptica.

Mecanismo de ação: produz inibição inespecífica da enzima H⁺K⁺-ATPase (bomba de prótons) nas células parietais, ocasionando na inibição da etapa final da formação de ácido no estômago.

Previne irritação gástrica causada por medicamentos diários.

Cuidados de Enfermagem

Atentar para a forma de apresentação, a dosagem e a via de administração prescritas pelo médico.

Atentar para sinais e sintomas dos efeitos colaterais.

- **CLONAZEPAM 0,5MG VO 1 COMP** Noite

Clonazepam pertence ao grupo dos benzodiazepínicos e é um remédio ansiolítico, atuando no sistema nervoso central e tendo um poder sedativo.

Indicado para tratamentos de distúrbios de ansiedade como síndrome do pânico, ansiedade generalizada e ansiedade social.

Atentar para a forma de apresentação, a dosagem e a via de administração prescritas pelo médico.

Orientar pacientes sobre risco de queda decorrente de hipotensão e visão turva.

Atentar para sinais e sintomas dos efeitos colaterais

4.4 Plano/orientações de alta

- Cuidado Continuado, manter acompanhamento regular em unidades de saúde para avaliar eficácia do tratamento.
- Elaborar diário de saúde para registro de sintomas.
- Realizar acompanhamento nutricional.
- Reconhecer sinais de agravamento das condições clínicas da HAI (Cansaço excessivo, Perda de apetite, Dor muscular, Dor abdominal constante, enjoos e vômitos, Pele e olhos amarelados) e buscar serviço ambulatorial.
- Iniciar/manter alimentação pobre em sódio e gorduras e rica em carnes magras, fibras, verduras, legumes e frutas; alimentos ricos em vitamina C, D.
- Fica proibido o consumo de álcool e ingestão de alimentos gordurosos e muito processados, como embutidos e salgadinhos.
- Remédios que freiam o sistema imune dão resultado aos pacientes com hepatite autoimune, como os corticoides e os imunossupressores.
- Seguir a indicação dos horários para tomar a medicação.
- Identificar efeitos colaterais e citá-los em consultas de acompanhamento.
- Esclarecer dúvidas quanto a dosagem e periodicidade do tratamento.
- Não abandonar o tratamento, em hipótese alguma, sem orientação médica.
- Conservar os medicamentos em local apropriado, evitado calor/umidade.
- Verificar prazo de validade dos medicamentos.
- Realizar alongamentos e/ou caminhadas de acordo com seus limites.
- Realizar atividades que lhe proporcionem prazer.

- Fazer pausas entre exercícios e descontinuar atividade em caso de fadiga ou dor intensa.
- Buscar apoio psicológico em centros ou clínicas.
- Estabelecer eficácia de enfrentamento à HAI e ao tratamento imposto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou, em minha formação acadêmica, fazer associações da paciente com Hepatite Autoimune às intervenções de enfermagem mais adequadas à mesma, de forma pragmática e indo de acordo com a literatura. Esse aprendizado possibilitou, também, aprofundar técnicas relacionadas ao processo de enfermagem, um dos pilares da atuação do enfermeiro. Além disso, por se tratar de uma doença crônica, não só os cuidados prestados durante períodos de crises em internação, mas também as orientações relacionadas ao cuidado cotidiano à HAI foram importantes para sistematizar o manejo de pacientes com a mesma doença ou com patologias semelhantes. Sendo assim, além de permitir conhecer processos patológicos crônicos raros, o estudo serviu de base para fundamentar o acompanhamento a pacientes com estes acometimentos, seja em ambientes hospitalares, seja em outros serviços de saúde – como Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento.

Vale pontuar, por fim, que a avaliação adequada pelos profissionais de saúde é de extrema importância para medidas terapêuticas apropriadas. Portanto, ter o conhecimento da existência de uma doença rara e possibilitar a análise de condições clínicas para sistematizar as intervenções proporcionando um tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

COVELLI C, et al. Pathology of autoimmune hepatitis. **Pathologica**, v. 113, n., p. 185-193, 2021.

DONG Y, et al. Ultrasound findings in autoimmune hepatitis. **World J Gastroenterol**, v. 24, n. 15, p. 1583-1590, 2018.

HIGUCHI T, et al. Genetic risk factors for autoimmune hepatitis: implications for phenotypic heterogeneity and biomarkers for drug response. **Hum Genomics**, v. 15, n. 1, p. 6, 2021.

KOMORI, A. Recent updates on the management of autoimmune hepatitis. **Clinical and Molecular Hepatology**, v. 27, n. 1, p. 58–69, 2021.

LOHSE, A. W. *et al.* Second-line and third-line therapy for autoimmune hepatitis: A position statement from the European Reference Network on Hepatological Diseases and the International Autoimmune Hepatitis Group. **Journal of Hepatology**, v. 73, n. 6, 2020.

PAPE S, Schramm C, Gevers TJ. Clinical management of autoimmune hepatitis. **United European Gastroenterol J**, v. 7, n. 9, p. 1156-1163, 2019.

SUCHER, E. *et al.* Autoimmune Hepatitis—Immunologically Triggered Liver Pathogenesis—Diagnostic and Therapeutic Strategies. **Journal of Immunology Research**, p. 1–19, 2019.

SIRBE, C. *et al.* Pathogenesis of Autoimmune Hepatitis-Cellular and Molecular Mechanisms. **Int J Mol Sci**, v. 22, n. 24, p. 13578, 2021.

AGRADECIMENTOS

Gratidão, primeiramente, à Deus pela provisão contínua. Gratidão, também, às inúmeras oportunidades acadêmicas concedidas por familiares, professores e toda a rede de apoio envolvida ao longo da jornada rumo à formação profissional. Somos gratos.

ORGANIZADORES

Vitória Fernanda Fernandes Nascimento ¹
Álvaro Matheus Costa Santana ²
Iglesia Tolentino Bezerra ³
Yasmim Lorrany Lopes Dias ⁴
Andressa Nunes de Oliveira ⁵
Francisca Juliana Gomes da Costa ⁶
Paulo Victor Ibiapino Cavalcante ⁷
Neliza De Fatima Ferreira Do Nascimento Assuncao⁸
Vyrna Rebeca de Carvalho Alves ⁹
Irlanna Thamirys Barbosa Silva¹⁰
Lísia Andrade Probo ¹¹
Rebeca Lima Cortez Abreu ¹²

¹ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-9700-7599>.
E-mail: vitoriaffnascimento@live.com

² Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0003-1683-7438>

³ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-5868-2129>

⁴ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-1800-6944>

⁵ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0004-7462-3603>

⁶ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0000-9219-3695>

⁷ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-0071-3555>

⁸ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0003-6555-6608>

⁹ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-3051-223X>

¹⁰ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-8775-5834>

¹¹ Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-3993-5615>

¹² Enfermagem. Universidade Estadual do Piauí. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-6027-7966>



ISBN 978-659825372-1



9

786598

253721

thesis editora
científica