

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Mestrado Doutorado
PPgenf
Programa de Pós-graduação em Enfermagem UNIRIO

Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM
ALFREDO PINTO
E E A P
UNIRIO

Ministério da Educação

PESQUISA

PROFILE AND IDENTIFICATION OF NURSING DIAGNOSES OF NEWBORNS WITH CONGENITAL HEART DISEASE

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO NEONATO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

PERFIL Y LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMARÍA EN LOS RECIÉN NACIDOS CON UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Isabel Tomie Urakawa¹, Rika Miyahara Kobayashi²

ABSTRACT

Objective: To characterize the profile and the nursing diagnoses of newborns with congenital heart disease. **Method:** This is a descriptive, exploratory and retrospective study. We analyzed medical records of 46 neonates hospitalized from November 2000 to December 2008. **Results:** Mean age of 15.5 days, the most prevalent pathologies were septal defect (48%), patent ductus arteriosus (33%) and ventricular septal defect (30%). Prevalent nursing diagnoses were: risk of decreased cardiac output (91.3%) and peripheral arterial unsaturation (80.4%). **Conclusion:** Identifying the characteristics of newborns with congenital heart disease favors the provision of nursing care directed by the nursing diagnoses. **Descriptors:** Newborn, Congenital heart defects, Nursing diagnosis.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil e os diagnósticos de enfermagem do neonato com cardiopatia congênita. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo. Foram analisados 46 prontuários de neonatos internados no período de novembro de 2000 a dezembro de 2008. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino (61%), com idade média de 15,5 dias, as patologias mais prevalentes foram comunicação interatrial (48%), persistência do canal arterial (33%) e comunicação interventricular (30%). Os diagnósticos de enfermagem prevalentes foram: risco para diminuição do débito cardíaco (91,3%) e insaturação arterial periférica (80,4%). **Conclusão:** Conhecer as características do neonato com doença cardíaca congênita favorece a prestação da assistência de enfermagem direcionada pelos diagnósticos de enfermagem. **Descritores:** Recém-nascido, Cardiopatias congênitas, Diagnóstico de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil y los diagnósticos de enfermería en los recién nacidos con una cardiopatía congénita. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio y retrospectivo. Se analizaron los expedientes médicos de 46 recién nacidos hospitalizados desde noviembre de 2000 a diciembre 2008. **Resultados:** La mayoría eran hombres (61%), con edad media de 15,5 días, las patologías más prevalentes fueron defecto septal (48%), ductus arterioso persistente (33%) y el defecto septal ventricular (30%). Los diagnósticos de enfermería prevalentes fueron: riesgo de disminución del gasto cardíaco (91,3%) y la insaturación arterial periférica (80,4%). **Conclusión:** La identificación de las características de los recién nacidos con una cardiopatía congénita favorece la prestación de cuidados de enfermería dirigidos por los diagnósticos de enfermería. **Descriptor:** Defectos del recién nacido, Cardiopatías congénitas, Diagnóstico de enfermería.

¹ Enfermeira do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo IDPC. E-mail: isabel_tomie@yahoo.com.br. ² Enfermeira Pedagoga. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Diretora Técnica de Serviços de Saúde de Educação Continuada do IDPC. E-mail: rikam@ig.com.br. Artigo oriundo de um trabalho de conclusão de curso, do Programa de Especialização em Enfermagem Cardiovascular, apresentado em 2010.

INTRODUÇÃO

A importância da caracterização do perfil e identificação dos diagnósticos de enfermagem é justificada por dados estatísticos que mostram que os óbitos mais precoces são associados principalmente à presença de cardiopatia congênita (CC) complexa, o que representa uma média de 35% dos óbitos infantis, constituindo um importante tema dentro da mortalidade neonatal e infantil.¹

Com os recentes avanços ocorridos na assistência perinatal, tem sido possível diminuir a mortalidade neonatal decorrente de condições como prematuridade, asfixia e infecção. Com isto, vêm aumentando, proporcionalmente os óbitos decorrentes de malformações congênitas. Dentre as malformações congênitas, um terço é representado pelas CC, que são responsáveis por 50% do total de óbitos por malformações. A maioria dos óbitos decorrentes ocorre intra-útero ou no período neonatal.²

O período neonatal compreende os 28 primeiros dias de vida da criança.³ Este período torna-se crítico para o paciente com CC em virtude da gravidade de defeitos usualmente presentes e das mudanças fisiológicas da circulação fetal para a neonatal.⁴

As CC são anomalias resultantes de defeitos anatômicos no coração ou na rede circulatória, que comprometem sua função. São divididas em dois grupos que refletem a alteração fisiológica: acianóticos e/ou cianóticos.⁵

Nos acianóticos, a lesão não tem capacidade de produzir cianose, pois não há obstrução de sangue venoso na circulação sistêmica. São resultantes de obstrução ao ventrículo direito ou ao ventrículo esquerdo; regurgitação sanguínea ou desvio de sangue da esquerda para a direita (shunt). Já nos cianóticos a lesão tem capacidade de produzir cianose, pois o sangue não oxigenado entra na circulação

sistêmica. Podem apresentar hipofluxo ou hiperfluxo pulmonar.⁵ Normalmente as patologias que exigem intervenções terapêuticas rápidas, principalmente cirurgias de emergência, estão entre as cardiopatias cianóticas.⁶

Os sinais e sintomas dos defeitos cardíacos, para aproximadamente 99% de crianças com CC, manifestam-se no primeiro ano de vida, sendo que o diagnóstico é estabelecido com uma semana de vida em 40% dos pacientes e com um mês em 50%.⁷

No período neonatal apenas são diagnosticadas as CC de apresentação precoce, principalmente por sinais como cianose, insuficiência cardíaca (ICC), sopro ou arritmia, sendo usualmente as mais graves e as causas mais frequentes de emergência em cardiologia pediátrica.⁸

A cianose é a coloração azulada da pele e mucosas que se torna visível quando a concentração absoluta de hemoglobina no sangue atinge uma quantidade 3 g/dl. Seu grau depende da severidade da hipoxemia e do nível de hemoglobina. O diagnóstico diferencial principal é entre as cardiopatias congênitas cianogênicas e as pneumopatias que apresentam shunt intrapulmonar.⁹

Os sinais de ICC ocorrem quando o coração deixa de ser capaz de manter a demanda metabólica dos tecidos. Os principais sintomas e sinais de ICC no recém-nascido (RN) são taquipnéia e aumento do esforço respiratório, taquicardia, hepatomegalia, sudorese, dificuldade de sucção, sinais de choque ou colapso cardiovascular com a ocorrência de tempo de enchimento capilar aumentado, amplitude de pulsos diminuída e edema generalizado (hidropsia fetal).⁹

Os sopros cardíacos podem ser auscultados com frequência no RN. Cerca de 50% dos RN a termo têm sopro inocente durante a primeira semana de vida, sendo a prevalência destes sopros maior nos prematuros que no RN a termo. Sua presença pode ser indicativa de CC,

Urakawa IT, Kobayashi RM.

porém uma grande parte das CC que se apresentam no período neonatal não tem nenhum tipo de sopro.⁹

O reconhecimento precoce de defeitos cardíacos é importante devido à sua implicação no prognóstico em virtude da rápida deterioração clínica e da sua alta mortalidade.¹⁴ Estima-se que 90% desses RN se não tratados morrerão no primeiro ano de vida e que 25% a 35% morrerão ainda no primeiro mês de vida.⁶

As CC podem necessitar de um tratamento de emergência mesmo antes do diagnóstico anatômico e da cardiopatia, sendo que o tratamento correto, que pode ser clínico e/ou cirúrgico, é absolutamente necessário para a sobrevivência do neonato.⁹

A assistência de enfermagem muito pode contribuir para viabilizar a realização de diagnóstico e intervenção precoces o que leva à necessidade de explorar e adquirir novos conhecimentos, que possam contribuir para a diminuição dos agravos e da mortalidade neonatal.

Conhecer o perfil e os diagnósticos de enfermagem do neonato com cardiopatia congênita (CC) pode favorecer um melhor planejamento da assistência de enfermagem. A elaboração do plano assistencial pelo enfermeiro quando se conhece o perfil da população com a qual se trabalha, prove uma assistência adequada pela equipe de enfermagem.¹⁰

Para tanto é necessário que o enfermeiro saiba realizar uma boa avaliação e determine os problemas mais críticos propiciando condutas dirigidas e o estabelecimento de uma linguagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros.⁷

Planejar a assistência permite nortear as ações, tornando-a mais efetiva, pois diagnostica as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal e avalia os resultados e a qualidade da assistência.¹¹

Profile and identification...

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil e identificar os diagnósticos de Enfermagem do Neonato com CC.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa. Foram levantados 62 (100%) prontuários de RN com CC admitidos na unidade de enfermagem pediátrica ou unidade de terapia intensiva do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), no período de novembro de 2000 a dezembro de 2008. Dentre estes, 46 (74%) prontuários foram encontrados e os 16 (36%) restantes não foram coletados após três tentativas de solicitação, pois não se encontravam disponíveis.

A coleta foi realizada no primeiro trimestre de 2009, por meio de um formulário estruturado em quatro partes, distribuídas em perfil do RN ao nascimento; características maternas, para verificar as condições de gravidez consideradas relevantes no ato da admissão; características do neonato na admissão e identificação dos diagnósticos de enfermagem na admissão (Anexo 1). Para tanto foi utilizado os dados constantes no histórico de enfermagem e admissão médica referente ao primeiro atendimento dentro do IDPC.

O projeto foi encaminhado à chefia da Divisão de Enfermagem, Enfermagem Pediátrica e Divisão Clínica para solicitação de autorização para realização do estudo e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do IDPC sob protocolo nº3764.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Serão apresentados os dados de perfil do RN ao nascimento; características maternas; dados admissionais e diagnósticos de enfermagem.

Perfil do RN ao nascimento

Dos 46 prontuários de RN com CC coletados, 28 (60,9%) eram do sexo masculino e 18 (39,1%) eram do sexo feminino. A idade variou de 4 a 28 dias, sendo a média 15,5 dias.

Quanto à modalidade do parto, 18 (39,1%) foram normais, 10 (21,8%) cesáreas, e 18 (39,1%) não tinham o dado respondido.

Em relação à idade gestacional, 17 (37%) tinham entre 38 e 42 semanas e 16 (43,8%) com peso entre 2500 e 4000g. Obteve-se como resultados que 19 (41,3%) obtiveram escore APGAR entre 7 e 10 no primeiro minuto e 21 (45,7%) entre 7 e 10 nos cinco minutos seguintes. Vale salientar que muitos dos prontuários não continham essa informação. As intercorrências presentes em 3 (6,5%) dos nascimentos foram desconforto respiratório e/ou cianose.

As patologias ao nascimento foram 17 CC, sendo algumas delas associadas, conforme podemos observar na tabela 1.

Tabela 1: Número e porcentagem das patologias presentes nos RN do IDPC no período de novembro de 2000 a dezembro de 2008.

Patologia	Nº	%
Comunicação Intra Atrial (CIA)	22	20,95
Persistência do Canal Atrial (PCA)	15	14,3
Comunicação Intra Ventricular (CIV)	14	13,3
Coartação da aorta (CoAo)	9	8,57
DextroTransposição de Grandes Artérias (DTGA)	7	6,68
Estenose Pulmonar Valvar (EPV)	6	5,71
Ventrículo Único (VU)	5	4,77
Dupla via de Saída Ventrículo Direito (DVSVD)	4	3,81
Forame Oval Persistente (FOP)	4	3,81
Atresia Pulmonar (AP)	4	3,81
Tetralogia de Fallot (T4F)	3	2,86
Estenose Aórtica (EAo)	3	2,86
Defeito do Septo Átrio Ventricular Total (DSAVt)	3	2,86
Atresia Tricúspide (AT)	3	2,86
Levo Transposição de Grandes Artérias (LTGA)	2	1,9
Dupla Via de Saída Ventrículo Esquerdo (DVSVE)	1	0,95
Total	105	100,0

A CC mais prevalente foi a CIA tendo 22(20,95%) casos, PCA com 15 (14,3%) e CIV com 14 (13,3%).

Características Maternas

Embora os dados sejam enriquecedores, somente em 8 prontuários havia dados referentes à mãe, destes 7 realizaram o pré-natal variando de 5 a 9 consultas; 6 relataram ocorrência de infecção do trato urinário. A idade materna variou de 26 a 32 anos; o número de gestações variou de 2 a 7 gestações, sendo que uma apresentou dois abortos.

Dados admissionais

Os motivos de internação foram cianose para 23 (50%); presença de sopro em 14 (30,4%); cansaço 11 (23,9) e dispneia em 3 (6,5%).

Em relação ao exame físico de admissão, o peso médio foi 3025g sendo o mínimo 1100g e o máximo 4030g; em relação à altura, a média foi 48 cm, sendo a mínima 44 cm e a máxima 54,5 cm. Os sinais e sintomas presentes na admissão foram cianose 15 (32,6%); dispnéia 10 (21,7%); icterícia 7 (15,2%); anemia 1 (2,2%) e também 1 (2,2%) sendo sudorese e baixo peso pondoestatural.

Em relação aos sinais vitais, a pressão arterial (PA) sistólica variou de 60 a 122 mmHg; pressão diastólica entre 21 e 80 mmHg; frequência cardíaca(FC) entre 120 e 180bpm; temperatura entre 35 e 39,1°C; frequência respiratória entre 20 e 280irm; saturação de oxigênio entre 69 e 99%.

A conduta médica foi tratamento clínico para 17 (37%) pacientes e cirúrgico para 29(63%).

Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos mais prevalentes foram risco para infecção; risco para diminuição do débito cardíaco; risco para alteração no padrão urinário; risco para alteração no padrão intestinal; risco para alteração da integridade tissular da pele em região perineal e glútea; déficit no auto-

Urakawa IT, Kobayashi RM.

cuidado- banho/ higiene oral/alimentação/segurança; rompimento parcial no vínculo familiar e déficit do conhecimento da criança (4 a 12 anos) e do acompanhante sobre doença e tratamento estando presente em 91,3% dos RN e o diagnóstico insaturação artéria periférica esteve presente em 80,4%. Na unidade de terapia intensiva, os diagnósticos prevalentes foram alto risco para infecção; integridade da pele prejudicada; risco para alteração da temperatura; risco para alteração no volume de líquidos; risco para alteração na FC, PA e ritmo cardíaco (RC); risco para alteração no padrão respiratório; limpeza ineficaz de vias aéreas superiores; risco para prejuízo na integridade da pele e risco para inapetência estando presentes em 8,7% dos RN. Foram também identificados os diagnósticos de enfermagem específicos de excesso de volume de líquidos (2,2%); risco para aspiração (2,2%) e risco para alteração no metabolismo de glicose (6,5%).

O excesso de volume de líquidos foi caracterizado pela presença de edema relacionado à falha de bomba cardíaca; no risco para aspiração foi relacionado à tosse ineficaz, dificuldade de ingerir alimentos de forma segura caracterizado à idade e presença de sonda enteral e o risco na alteração no metabolismo de glicose relacionou-se à dieta enteral e metabolismo imaturo do RN.

A CIA ocorre numa prevalência de 5 a 10% entre todas as cardiopatias congênitas, predominando no sexo feminino, com uma proporção de 2:1. Os defeitos do septo atrial apresentam uma grande variabilidade de apresentação devido aos diferentes mecanismos de falha do desenvolvimento embrionário.¹²

Na CIV, defeito cardíaco congênito mais comum, correspondendo a cerca de 20% de todas CC, ocorre grande variabilidade de sintomas, relacionados ao tamanho do defeito e à magnitude do “shunt” esquerda-direita. Nos pequenos casos (menores que 4mm), existe a possibilidade de

Profile and identification...

fechamento espontâneo, mais comumente observado durante o primeiro ano de vida.¹³

Em relação à PCA, é uma doença de grande prevalência na população de RN prematuro. Um canal arterial patente está presente aproximadamente em todos prematuros com menos de 27 semanas de idade gestacional.

Quando ocorre no RN a termo, a PCA não costuma trazer muita repercussão clínica no período neonatal, sendo que estas crianças vão apresentar sinais de ICC após primeiro mês de vida.⁹

Os 45 (98,8%) neonatos não possuíam síndrome associada e em apenas 1 (2,2%) estava presente a Síndrome de Edwards e conforme literatura, em 8 a 12% dos casos, as anomalias cromossômicas numéricas e estruturais dão origem a síndromes com CC.¹⁴

A história pré-natal e a saúde da mãe permite detectar fatores teratogênicos como drogas, substâncias tóxicas (álcool), medicamentos (lítio, antiepiléticos, ácido retinóico), doenças maternas (diabetes, lúpus, fenilcetonúria, epilepsia) e infecções intra-uterinas (rubéola, citomegalovírus) relacionados com a aparição de CC.

Os antecedentes de abortos espontâneos recorrentes, principalmente no primeiro trimestre, constituem um dado valioso que orientará se as anomalias estruturais como causa de CC em síndromes mais complexas.¹⁴

O exame clínico cardiológico apurado é ainda elemento valioso como bem enfatizado na publicação recente, podendo fornecer informações cruciais para o diagnóstico.¹⁵

Como regra geral, deve-se pensar na correção do defeito no momento adequado para cada caso em particular, dependendo do grau de repercussão clínica e da magnitude do defeito.¹⁰

Embora a maioria das condutas médicas tenham sido cirúrgicas, é recomendável que os procedimentos sejam feitos no período neonatal tardio, aguardando a adaptação orgânica da

Urakawa IT, Kobayashi RM.

criança à vida extra-uterina. Vale ressaltar que o restabelecimento ainda no período neonatal, da função cardiovascular por meio de intervenção cirúrgica, promove efeitos benéficos na maturação de órgãos como pulmões, o cérebro e o próprio coração.¹⁵

Conforme caracterização levantada, verificou-se a necessidade de intervenções de enfermagem que garantissem a segurança, qualidade e individualização do cuidado de enfermagem ao neonato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado dos neonatos foi de serem de termo, adequado para idade gestacional, do sexo masculino, e nascidos de parto normal, com diagnóstico de CC acianóticas e os diagnósticos de enfermagem de risco para alteração no volume de líquidos, risco para alteração na FC, PA e RC, risco para alteração no padrão respiratório, limpeza ineficaz de vias aéreas superiores e excesso de volume de líquidos com a ocorrência concomitante destes, confirmam o comprometimento cardiorrespiratório provocado pela CC.

Frente aos resultados obtidos neste estudo, verifica-se a importância do diagnóstico precoce ainda intrauterino, para minimizar complicações nesse período e para que já na fase neonatal, a assistência de enfermagem possa ser direcionada para a clínica e prevenção de agravos e sequelas das CC à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. Paulucci RS, Nascimento LFC. Mortalidade neonatal em Taubaté: um estudo caso-controle. Rev Paul Ped. 2007; 25(4):358-363.
2. Castilha E. Documento final: XXI Reunion Anual do Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas. UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil, 1990.
3. Bueno M, Bussotti EA, Sakita NK, Barbosa SMM. Reflexões sobre cuidados paliativos no período neonatal. Prática Hospitalar 2007; 9(50):87-89.
4. Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Razão de chance para diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatias congênita. Invest Educ Enferm. 2007; 25(1):30-38.
5. Jansen D, Silva KVPT, Novello R, Guimarães TCF, Silva VG. Assistência de enfermagem à criança portadora de cardiopatia. Rev SOCERJ. 2000; 13(1): 22-29.
6. Gentil RC, Reis MCF, Saiki J, Samezime CMH. Perfil de crianças com cardiopatia congênita que utilizaram o serviço de remoção aeromédica. Acta Paul Enf. 2003; 16(3): 51-61.
7. Bruns RF, Moron AF, Murta, CGV, Gonçalves LFA, Zamith MM. O papel da translucência nugal no rastreamento de cardiopatias congênitas. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(3):307-314.
8. Silva CMC, Gomes LFG. Reconhecimento clínico das cardiopatias congênitas. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 2002; 12(5):717-723.
9. Knobel E, Laselva CR, Júnior DFM. Terapia intensiva em pediatria e neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2005. cap.14 ;p. 167-190.
10. Jatene MB, Oliveira PM, Moysés RA. Cirurgia no primeiro ano de vida. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 2007; 17(2):167-176.
11. Nina RVAH, Gama MEA, Santos AM, Nina VJS, Neto JAF, Mendes VGG et al. O escore de risco ajustado pra cirurgia em cardiopatias congênitas (RACHS-1) pode ser aplicado em nosso meio?. Rev. Bras Cir Cardiovascular. 2007; 22(4):425-431.
12. Bueno M, Kimura AF. Perfil de recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca em hospital privado do Município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):112-119.

Urakawa IT, Kobayashi RM.

13. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3):261-265.
14. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. In: Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 1991. p.195-200.
15. Granzotti JÁ, Manso PH, Conti LS. Quando suspeitar de cardiopatia congênita no recém-nascido. Medicina, Ribeirão Preto Abr/Jun.2002; 35:192-197.

Recebido em: 13/03/2012

Aprovado em: 17/10/2012