

SINAIS E SINTOMAS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários

Graziella Badin ALITI^a, Joelza Celesilvia Chisté LINHARES^b,
Graciele Fernanda da Costa LINCH^c, Karen Brasil RUSCHEL^d, Eneida Rejane RABELO^e

RESUMO

Objetivou-se identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca (IC) descompensada visando inferir os diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários. Estudo transversal realizado em um hospital universitário. Os dados foram coletados por enfermeiras treinadas em IC e registrados em uma ficha contendo itens de identificação, variáveis demográficas e clínicas. Foram incluídos 303 pacientes, a maioria dos pacientes encontrava-se em unidades de emergência (95,7%), com classe funcional III (65,7%). Os sinais e sintomas identificados no momento da admissão hospitalar foram dispnéia (91,4%), dispnéia paroxística noturna (87,5%), cansaço (67,3%), edema (63,7%), ortopnéia (55,4%) e distensão da veia jugular (28,7%). A partir dos sinais e sintomas levantados, que se constituíram no conjunto de pistas relevantes e consistentes como indicador para um DE, foi possível inferir que Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram os diagnósticos prioritários para a população estudada.

Descritores: Sinais e sintomas. Insuficiência cardíaca. Diagnóstico de enfermagem.

RESUMEN

Identificar las señales y síntomas de pacientes admitidos por insuficiencia cardiaca (IC) descompensada objetivando inferir los diagnósticos de enfermería (DE) prioritarios. Estudio transversal realizado en un hospital universitario. Los datos fueron recolectados por enfermeras entrenadas en IC y registrados en una ficha conteniendo ítems de identificación, variables demográficas y clínicas. Fueron incluidos 303 pacientes, la mayoría de los pacientes se encontraba en unidades de emergencia (95,7%), con la clase funcional III (65,7%). Las señales y síntomas identificados en el momento de la admisión hospitalario fueron dipnea (91,4%), dipnea paroxística nocturna (87,5%), cansancio (67,3%), edema (63,7%), ortopnea (55,4%) y distensión de vena yugular (28,7%). A partir de las señales y síntomas agrupados, que se constituyeron en el conjunto de pistas relevantes y consistentes como indicador para un DE, fue posible inferir que Débito Cardíaco Disminuido y Volumen de Líquidos Excesivo fueron los diagnósticos prioritarios para la población estudiada.

Descritores: Signos y síntomas. Insuficiencia cardíaca. Diagnóstico de enfermería.

Título: Señales y síntomas de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada: inferencia de los diagnósticos de enfermería prioritarios.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the signs and symptoms of patients admitted for decompensated heart failure (HF) in order to infer the priority nursing diagnoses (ND). This is a cross-sectional study undertaken in a university hospital. The data were collected by nurses trained to deal with HF and registered in a file containing identification items, and demographic and clinical variables. We included 303 patients. Most patients were in emergency departments (95.7%) with functional class III (65.7%). The signs and symptoms identified at the time of admission were dyspnea (91.4%), paroxysmal nocturnal dyspnea (87.5%), fatigue (67.3%), edema (63.7%), orthopnea (55.4%) and jugular vein distention (28.7%). From the signs and symptoms raised, that became the set of relevant clues and consistent as an indicator for ND, we conclude that Decreased Cardiac Output and Fluid Volume Excess diagnoses were the priorities for this population.

Descriptors: Signs and symptoms. Heart failure. Nursing diagnosis.

Title: Signs and symptoms in patients with decompensated heart failure: inference of priority nursing diagnoses.

^a Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Mestre em Enfermagem, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares da UFRGS, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa que está associada a readmissões hospitalares, baixa qualidade de vida, risco de mortalidade precoce e altos custos para o sistema de saúde⁽¹⁾.

Recentemente, vem se consolidando a tendência de substituição de parâmetros invasivos (como, por exemplo, o uso do cateter de termodiluição) por sinais clínicos identificáveis à beira do leito, para definição do perfil clínico/hemodinâmico do paciente. Por meio do exame clínico, pesquisadores propuseram a definição do estado hemodinâmico de pacientes com IC descompensada embasada na vasodilatação maximizada, classificadas em quatro quadrantes⁽²⁾. Para definição do perfil clínico/hemodinâmico do paciente, deve-se considerar a presença ou ausência de elevação das pressões de enchimento (sinais e sintomas congestivos) e evidências clínicas de perfusão periférica comprometida (sinais e sintomas de baixo débito cardíaco)⁽³⁾. O exame clínico é fundamental para estimar o grau de congestão dos pacientes.

As manifestações clínicas mais comumente apresentadas por pacientes descompensados estão relacionadas, principalmente, a quadros congestivos, com um percentual de 80,7% nos pacientes admitidos em unidade de emergência⁽⁴⁾. Dentro do contexto de identificação de estados congestivos, um estudo objetivou comparar a avaliação clínica de congestão realizada por uma enfermeira e por cardiologista. Os resultados desse estudo indicaram que enfermeiros treinados podem detectar as manifestações da IC descompensada e avaliar o perfil hemodinâmico durante a realização do exame clínico diário, à beira do leito, apresentando um desempenho similar ao do médico cardiologista⁽⁵⁾.

O conjunto de sinais e sintomas identificados a partir da avaliação clínica se constitui nas características definidoras que asseguram a presença de um determinado diagnóstico de enfermagem^(6,7). Dentro da taxonomia da NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem é definido uma decisão clínica sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde e processos vitais reais ou potenciais⁽⁸⁾.

A aplicação do Processo de Enfermagem (PE), em todas as suas etapas, se constitui em ferramenta essencial na prática clínica do enfermeiro⁽⁹⁾. O treinamento e o desenvolvimento de habilidades na avaliação clínica em cenário de prática pro-

ximam o PE da prática baseada em evidências. A aplicação do PE aliado à utilização de uma linguagem padronizada favorece a organização do pensamento crítico e raciocínio diagnóstico⁽⁶⁾. Para a formulação do Diagnóstico de Enfermagem (DE), o conhecimento das "pistas" também chamadas de sinais e sintomas ou características definidoras que, se relevantes, guiam a geração de hipóteses diagnósticas e auxiliam para eleger o diagnóstico prioritário⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca descompensada, visando inferir os possíveis diagnósticos de enfermagem prioritários para estes pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital universitário na cidade de Porto Alegre e de referência no atendimento de pacientes admitidos com IC descompensada.

A população do estudo constitui-se de pacientes admitidos por IC descompensada internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios; com diagnóstico de insuficiência cardíaca, em classe funcional III e IV, conforme classificação da *New York Heart Association* (NYHA)⁽¹¹⁾; de qualquer etiologia; com fração de ejeção $\leq 45\%$; idade ≥ 18 anos; de ambos os sexos e que concordaram participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A amostragem deu-se por conveniência, sendo incluídos todos os pacientes que atenderam os critérios descritos acima, no período da coleta de dados.

Excluíram-se pacientes com IC após infarto agudo do miocárdio nos três meses prévios à internação; com IC secundária a um quadro de sepse; submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio nos 30 dias prévios à internação e com sequelas cognitivas.

A coleta de dados foi realizada de setembro de 2006 a dezembro de 2008 por enfermeiras com experiência no atendimento a pacientes com IC que aplicaram um instrumento de coleta de dados, seguindo o manual de orientações para o preenchimento. Dentre as características avaliadas, salienta-se idade, sexo, renda, escolaridade, cor, classe funcional e etiologia da insuficiência cardíaca, assim como fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Foram questionados os motivos da internação, o

número de vezes que internou, se realiza tratamento específico. Por fim, as enfermeiras avaliaram os principais sinais e sintomas apresentados no momento da admissão hospitalar.

Na avaliação da classe funcional, segundo a NYHA⁽¹¹⁾, foi considerado classe III a presença de doença cardíaca com limitação funcional marcada, confortável ao repouso porém com fadiga, palpitações, dispnéia ou angina aos mínimos esforços e classe IV presença de doença cardíaca que impossibilita a realização de qualquer atividade física, causando piora dos sintomas e que podem também estar presentes em repouso. O dado da fração de ejeção foi obtido por ecocardiograma ou cintilografia miocárdica dos últimos 2 anos da internação atual.

A aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida está protocolada sob número 06-032.

Para análises estatísticas foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. As variáveis categóricas são expressas com o número absoluto e percentuais; as contínuas como média e desvio padrão ou mediana e percentis.

O raciocínio clínico e julgamento diagnóstico para inferir DEs a partir dos sinais e sintomas identificados foi realizado com base na experiência clínica e prática no atendimento de pacientes com IC das pesquisadoras, e também na experiência da utilização de linguagem padronizada da NANDA-I. Além disso, considera-se que os DEs são inter-

pretações científicas dos dados levantados, realizados por enfermeiras e que podem ser utilizados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Incluíram-se no estudo 303 pacientes, destes 290 (95,7%) encontravam-se em unidades de emergência. A falta de adesão foi a principal causa de descompensação. As características sociodemográficas e clínicas dos pacientes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes estudados. Porto Alegre, RS, 2009.

Variável	n=303
Idade, anos*	63 ± 13
Sexo, masculino†	166 (61,4)
Renda familiar (1 SM)†	107 (35,5)
Escolaridade, anos*	5 (2-8)
Cor, branca†	231 (76,0)
Etiologia, isquêmica†	103 (34,0)
Classe Funcional III†	199 (65,7)
Fração Ejeção do VE (%)*	28,6 ± 8,5
MD - falta de adesão†	209 (69,0)

* Variáveis contínuas apresentadas como média ± desvio-padrão ou mediana (percentis 25-75).

† Variáveis categóricas expressas como n (%).

Legenda: SM: salário mínimo; VE: ventrículo esquerdo; MD: motivo da descompensação.

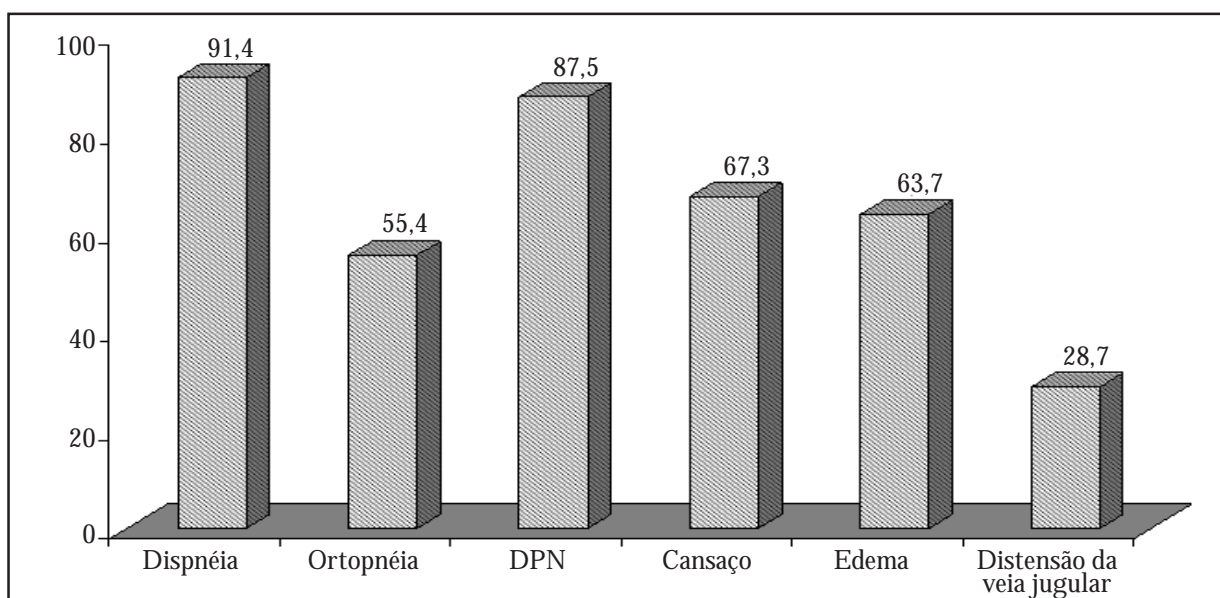


Figura 1 – Principais sinais e sintomas apresentados no momento da admissão hospitalar, em percentual (%). Porto Alegre, RS, 2009.

A maioria dos pacientes, 69,0% esteve internada por IC descompensada no último ano, destes, 32,0% internaram pelo menos três vezes e 13,5% internaram mais do que cinco vezes. Sendo que 86,1% realizaram ou realizam tratamento para tal problema.

Os principais sinais e sintomas identificados no momento da internação foram dispnéia, cansaço, edema de membros inferiores, Dispnéia Paroxística Noturna (DPN), ortopnéia e distensão da

veia jugular, conforme frequências totais descritas na Figura 1.

A partir do levantamento das características definidoras foi possível identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem na população estudada (Quadro 1): Débito Cardíaco Diminuído, Volume de Líquidos Excessivo e Padrão Respiratório Ineficaz.

Características Definidoras	Diagnóstico de Enfermagem		
	Débito Cardíaco Diminuído	Volume de Líquidos Excessivo	Padrão Respiratório Ineficaz
Dispnéia	X	X	X
Ortopnéia	X	X	X
Dispnéia Paroxística Noturna	X		
Cansaço			
Edema	X	X	
Distensão da veia jugular	X	X	
Fração de Ejeção Diminuída	X		

Quadro 1 – Relação das características definidoras com os Diagnósticos de Enfermagem identificados, Porto Alegre, RS, 2009.

O conjunto de características definidoras apresentadas no Quadro 1 caracterizam os principais problemas de enfermagem na população estudada.

DISCUSSÃO

A partir do julgamento clínico realizado pelas enfermeiras do estudo associado a prevalência das características definidoras foi possível priorizar os DEs Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo para os pacientes estudados. Os principais sinais e sintomas identificados foram Dispnéia, DPN, Ortopnéia, Cansaço, Distensão de Veia Jugular e Edema, o que levou aos DEs Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo como prioritários para pacientes admitidos por IC descompensada.

As características relacionadas à idade média e ao predomínio do sexo masculino se aproximam de outros estudos^(12,13), porém a idade está abaixo dos 65 anos, observada como predisponente para o aparecimento da doença.

Nesse estudo foram identificados pacientes com baixo grau de escolaridade e baixa renda familiar. Tais características sociodemográficas são conhecidas como fatores de risco e/ou agravantes tanto para o desenvolvimento de insuficiência

cardíaca quanto para a readmissão hospitalar⁽¹⁴⁾. A maioria dos pacientes afirmou não residir sozinho, o que pode ser considerado um aspecto positivo. Salienta-se ainda que o suporte social inadequado seja considerado um fator que contribui para re-internações hospitalares⁽¹²⁾.

Um estudo que comparou o perfil dos pacientes internados em hospital público e privado por descompensação da IC identificou predomínio de negros no sistema público (65%) e de não-negros na rede privada (80%)⁽¹⁵⁾. Dado que difere do presente estudo, o que pode estar relacionado à diversidade social do Brasil.

Dentre as possíveis etiologias da IC, cerca de um terço dos pacientes apresentaram IC de etiologia isquêmica. O mesmo foi evidenciado em outros estudos nos quais as frequências também variaram entre 23 a 37%^(4,12).

A Dispnéia e a DPN foram os sinais/sintomas prevalentes na avaliação entre os achados do exame clínico, sabe-se que a DPN apresenta um melhor desempenho no diagnóstico⁽²⁾, assim como outras manifestações clínicas tais como a distensão da veia jugular que, no presente estudo, apresentou menor prevalência.

O sintoma de Cansaço predominou em 67,3% da amostra estudada. Cansaço é uma característi-

ca definidora no DE denominado Fadiga. A fadiga na IC é fator associado a limitações para a manutenção de um estilo de vida desejável de autonomia e independência e está presente em 69 a 88% dos pacientes⁽¹⁵⁾.

Recentemente, foram desenvolvidos estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem na IC descompensada, validando as características definidoras principais como dispnéia, ortopnéia, edema, refluxo hepatojugular, DPN, congestão pulmonar, Pressão Venosa Central (PVC) elevada e as secundárias como, ganho de peso, hepatomegalia, distensão da veia jugular, crepitações, oligúria, hemoglobina e hematócrito diminuído^(16,17). Baseado nessa validação clínica, cinco sinais e sintomas identificados no presente estudo encaixam-se no grupo de características definidoras principais (dispnéia, edema, DPN, ortopnéia) e secundárias (distensão da veia jugular), possibilitando a interpretação de que estas “pistas” sejam relevantes e consistentes para inferir que o diagnóstico de enfermagem prioritário para os pacientes admitidos com IC descompensada seja Volume de Líquidos Excessivo.

Da mesma forma, o referido estudo validou as características definidoras para o DE Débito Cardíaco Diminuído, sendo as maiores: fadiga, dispnéia, edema, ortopnéia, DPN, pressão venosa central elevada, fração de ejeção diminuída, e secundárias: distensão da veia jugular, palpitações, crepitações, oligúria, tosse, pele fria e pegajosa, mudanças na cor da pele. Para este DE, identificou-se no presente estudo quatro características definidoras semelhantes: FE diminuída, dispnéia, DPN, ortopnéia, edema, distensão da veia jugular.

Sinais e sintomas apresentados pelos pacientes desse estudo constituem os indícios (características definidoras), e evidências clínicas do paciente com alterações no sistema cardiovascular, especificamente, da insuficiência cardíaca descompensada. Dessa maneira, no presente estudo, utilizando-se do julgamento clínico pode-se identificar com maior acurácia os possíveis DEs para a população estudada.

CONCLUSÕES

Nesse cenário, por meio do exame clínico e sua interpretação identificou-se os sinais e sintomas de pacientes admitidos por IC descompensada e a partir de então inferir os DEs prioritários para

a população estudada. O PE realizado de acordo com suas etapas determina o estabelecimento do DE que é considerado o norteador para a escolha das intervenções mais adequadas para alcançar os resultados esperados a cada indivíduo no contexto do cuidado.

Diante dessas constatações, esses dados devem ser utilizados com cautela, uma vez foram obtidos em uma única instituição. Entretanto, os diagnósticos de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram inferidos de acordo com os sinais e sintomas identificados nessa população, o que reforça a escolha desses DE como prioritários na assistência de pacientes com IC descompensada.

REFERÊNCIAS

- 1 Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur J Heart Fail.* 2005;7: 351-61.
- 2 Stevenson LW, Perloff JK. The limited reliability of physical signs for estimating hemodynamics in chronic heart failure. *JAMA.* 1989;261(6):884-8.
- 3 Rabelo ER, Aliti G, Domingues FB, Moraes MAP, Souza EM, Azzolin K. Insuficiência cardíaca descompensada. In: Martini JG, Felli VEA, Leite MMJ, organizadoras. Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto: ciclo 3: módulo 4. Porto Alegre; 2009. v. 1. p. 91-121.
- 4 Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol PS, Seguro LPBC, Ferreira SMA, et al. Insuficiência cardíaca descompensada na Unidade de Emergência de Hospital Especializado em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(6):433-40.
- 5 Sauer J, Rabelo ER, Castro RA, Goldraich L, Rohde LE, Clausell N, et al. Nurses' performance in classifying heart failure patients based on physical exam: comparison with cardiologist's physical exam and levels of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide. *J Clin Nurs.* 2010;19(23/24):3381-9.
- 6 Lunney M, organizador. Pensamento crítico para o alcance dos resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 7 Guimarães HCQCP, Barros ALBL, Gutierrez MGR. Identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem excesso de volume de líqui-

- dos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000;8(2):68-73.
- 8 North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 9 Garcia TR, Nóbrega MM. Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Souza SROS, Machado WCA, Cupello AJ. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 37-63.
- 10 Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enferm USP. 2009;43:1088-97.
- 11 Goldman L, Hashimoto B, Cook EF, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. Circulation. 1981;64(6):1227-34.
- 12 Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. Arq Bras Cardiol. 2006;87(3):352-8.
- 13 Barretto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca: índices ainda alarmantes. Arq Bras Cardiol. 2008;91(5):335-41.
- 14 Philbin FE, Dec GW, Jenkins PL, DiSalvo TG. Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. Am J Cardiol. 2001;87:1367-71.
- 15 Fini A, Cruz DALM. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(4):557-65.
- 16 Barth QCM, Aliti G, Rabelo ER. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. Int J Nurs Terminol and Clasific. 2010;21(4):156-65.
- 17 Barth QCM, Aliti G, Linhares JC, Rabelo ER. Excess fluid volume: clinical validation in patients with decompensated heart failure. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(3):540-7.

Endereço da autora / Dirección del autor /

Author's address:

Eneida Rejane Rabelo
Escola de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963, Rio Branco
90620-110, Porto Alegre, RS
E-mail: eneidarabelo@gmail.com

Recebido em: 10/02/2011

Aprovado em: 25/07/2011