

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ENDOCARDITE INFECCIOSA: ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

**TEIXEIRA, Melise dos Santos<sup>1</sup>; MARURI, Anaí Roiani Silva<sup>2</sup>;  
RODRIGUES, Juliana Baptista<sup>3</sup>;  
Universidade Federal de Pelotas**

ROTH, Juliana Martino<sup>4</sup>.  
Universidade Federal de Pelotas

<sup>1</sup>Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 6º semestre.  
[meliseteixeira@hotmail.com](mailto:meliseteixeira@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 6º semestre.  
[hanay\\_maruri@hotmail.com](mailto:hanay_maruri@hotmail.com)

<sup>3</sup>Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 6º semestre.  
[rodrigues.b\\_juliana@yahoo.com.br](mailto:rodrigues.b_juliana@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Mestre em Saúde e Comportamento. Enfermeira da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas  
[juroth33@hotmail.com](mailto:juroth33@hotmail.com)

### **1 INTRODUÇÃO**

Potencialmente grave ao indivíduo acometido, a endocardite infecciosa (EI) resulta da colonização de microorganismos no endotélio cardiovascular previamente anormal ou danificado (DUNCAN, 2004). Esta colonização é causada através da invasão direta do endocárdio por um micróbio (p.ex, estreptococos, enterococos, pneumococos, estafilococos). Em geral, a infecção causa deformidade dos folhetos valvulares, mas ela pode afetar outras estruturas cardíacas como as cordas tendíneas. Outros microorganismos etiológicos incluem os fungos e rickettsias. Os pacientes em risco mais elevado para EI são aqueles com próteses valvulares cardíacas, uma história de endocardite, más formações congênitas cianóticas complexas e shunts sistêmicos ou pulmonares ou ainda por condutos que foram construídos por meio cirúrgicos, enxertos de veia safena, enxertos de artéria mamária interprolapso da válvula mitral e aqueles que possuem prótese de válvulas cardíacas (SMELTZER, 2005). Segundo a Sociedade Européia de Cardiologia, o diagnóstico é baseado em situações que levam a uma elevada suspeita clínica de EI, com indicação urgente de avaliação ecocardiográfica e possível admissão hospitalar ou que direcionam a uma baixa suspeita clínica. As condições que conduzem ao diagnóstico de EI são: 1- evidência de uma nova lesão valvar (sinal de regurgitação); 2- evento(s) embólico(s) de origem desconhecida (especialmente infarto cerebral ou renal); 3- sepse de origem desconhecida; 4- hematúria, glomerulonefrite e suspeita de infarto renal; 5- febre associada: à presença de prótese cardíaca ou outra predisposição elevada para EI, a uma nova arritmia ventricular ou distúrbio da condução, à primeira manifestação de insuficiência cardíaca congestiva, à hemocultura positiva (se o microorganismo identificado for típico para valva nativa ou prótese valvar), pequenos nódulos dolorosos (nódulos de Osler) podem estar presentes na polpa dos dedos das mãos ou dos pés, pode haver ainda manifestações oftálmicas onde se percebe hemorragias com centros pálidos (máculas de Roth) no fundo dos olhos são provocados por êmbolos na camada de fibras nervosas do olho, infiltrados pulmonares multifocais ou com rápida evolução

(EI do coração direito), a um abscesso periférico (renal, esplênico, espinhal) de origem desconhecida, ou à recente intervenção diagnóstica e/ou terapêutica predisponente que pode resultar em significativa bacteremia (GUTIERREZ, 2004). A microbiologia da endocardite de valva protética é diferente. Infecções precoces (isto é, aquelas que ocorrem nos primeiros dois meses após a implantação valvar) são comumente causadas por estafilococos, tanto coagulase - positiva quanto negativa, gran negativo e fungos. A endocardite de valva protética tardia lembra a endocardite de valva natural, com a maioria das infecções causadas pelo estreptococo, embora o estafilococo coagulase – negativa ainda causa uma proporção significativa de casos (TIERNEY, 2001). A incidência da EI permaneceu equilibrada em aproximadamente 4,2 casos por 100.000 pacientes no período de 1950 até a metade dos anos de 1980. Depois, a incidência aumentou, atribuída, em parte, ao abuso aumentado de drogas intravenosas/injetáveis. Em 1998 um total de 2.212 mortes foi atribuído à endocardite infecciosa (American Heart Association, 2001; SMELTEZER, 2005). O paciente portador de EI necessita de cuidados voltados para suas necessidades, onde a enfermagem deve percebê-lo como um ser único e não apenas como um conjunto de sinais e sintomas. O mesmo deve ser orientado quanto a mudanças nos hábitos de vida, entender suas limitações e ser motivado a dar continuidade ao tratamento através de um plano de alta com cuidados previamente elaborados pela equipe de enfermagem. O objetivo do trabalho é apresentar o estudo de caso clínico desenvolvido com um paciente portador de endocardite infecciosa.

## **2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)**

Este trabalho é um estudo de caso de paciente portador de Endocardite Infecciosa, na modalidade de caso clínico (GALDEANO, 2003). Realizado durante o estágio curricular do componente Unidade do Cuidado de Enfermagem IV: adulto e família em um hospital do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, durante o segundo semestre do ano 2010. O paciente autorizou o estudo, divulgação de informações, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha por este estudo foi a diversidade de sinais e sintomas da patologia que o paciente apresentava, sendo uma patologia relativamente rara, nos provocando à investigação de sua origem com a anamnese, realização do exame físico e a elaboração dos cuidados de enfermagem individualizados e sua implementação.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

M.B.F, 29 anos,caucasiano, masculino, casado, mecânico industrial, ex-usuário de crack há dois anos e três meses, tabagista, etilista. História de malformação congênita cardíaca. Aos 20 anos de idade, em outubro de 2001, foi internado para um implante de bioprótese valvular aórtica. Seguiu terapia farmacológica (AAS, enalapril e atenolol), mas interrompeu após um ano de implante. Realizava exames de controle periodicamente e, segundo avaliação médica, seria necessária a substituição valvular, mas o mesmo se negou. Paciente procurou o Pronto Socorro apresentando febre associada a dispnéia e sudorese noturna e dor precordial, quando por exames foi constatado dupla lesão de grau importante, endocardite infecciosa na prótese, insuficiência cardíaca esquerda descompensada necessitando de cuidados intensivos, sendo então encaminhado para Unidade de tratamento intensivo de um hospital em Pelotas, permanecendo

pelo período de oito a 20 de setembro e após transferido para Unidade cardiológica de tratamento intensivo. Ao exame físico apresentou níveis pressóricos normais, taquisfigmia, taquipnéia, febril; cavidade oral apresentando cáries e falhas dentárias, cicatriz torácica na região esternal devido a procedimento cirúrgico antecedente, peito em quilha, expansibilidade torácica aumentada, ausculta pulmonar com presença de ruídos adventícios estertores creptantes, oxigenoterapia por óculos nasal à 3 l/min. A ausculta cardíaca com bulhas em dois tempos normofonéticas com presença de sopro. Ao hemograma a contagem de hemoglobina 12 g/dl demonstra valor abaixo do valor de referência. O ecocardiograma mostrou ventrículo esquerdo com volume aumentado e hipertrofia concêntrica discreta das paredes do ventrículo esquerdo. Função sistólica global preservada em repouso. Sugere função diastólica de padrão preservado e Regurgitação valvar mitral discreta. Bioprótese valvar em posição aórtica com disfunção, dupla lesão de grau importante, crescimento importante do átrio esquerdo, hipertensão arterial pulmonar secundária discreta, não se identificam evidências de processo infeccioso intra cardíaco até o limite de resolução de 2mm. Hemocultura Staphylococcus sp coagulase negativa. Glicemia, sódio, potássio, creatinina e uréia séricos dentro dos parâmetros normais, pesquisa anti HIV 1 e 2 não reagente, Tempo de Protrombina 12,5 segundos estando acima do valor de referência. Através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), foi elaborado um plano de cuidados baseado nos sinais e sintomas apresentados pelo cliente através da anamnese, exame físico, diagnósticos e planos de cuidados de enfermagem, como também um plano de alta.

Foram identificados os problemas e as necessidades do paciente o que proporcionou subsídios para a elaboração do cuidado através do levantamento dos diagnósticos de enfermagem seguidos de minuciosa avaliação, sendo assim prestado ao mesmo um cuidado individualizado. Neste período foi utilizada uma linguagem informal, para que o paciente entendesse os motivos dos cuidados propostos a fim de amenizar a sintomatologia da doença, prevenção de complicações potenciais, continuidade do cuidado após alta hospitalar o auxiliando à adaptação aos novos hábitos de vida. Os principais diagnósticos de Enfermagem levantados e suas respectivas intervenções foram: 1- Dor aguda relacionada a infecção do endocárdio evidenciada por agitação, ansiedade e mudanças no padrão de sono. 1.1 - Explicar as causas da dor, procedimentos, exames e tempo de duração da dor. Auxiliar o paciente a descobrir a melhor posição para alívio da dor. 2 - Troca de gases prejudicada relacionada ao edema pulmonar evidenciado por dispnéia aos esforços. 2.1- Encorajar o paciente a exercícios de respiração profunda cinco por hora a fim de evitar acúmulo de secreções. 3 - Intolerância a atividade relacionada à doença valvular evidenciada pelo débito cardíaco diminuído e a oxigenação insuficiente para as atividades da vida diária, secundária à isquemia do tecido cardíaco. 3.1 – Orientar repouso e elevar a cabeceira do leito à 45°. 4 - Síndrome do estresse por mudança relacionado à alteração do estado de saúde física e por antecipação de permanência prolongada no ambiente hospitalar evidenciado por ansiedade, afeto triste, mudança nos padrões de sono. 4.1 - Promover conforto ao paciente de modo que este se sinta seguro e à vontade durante a internação hospitalar; 4.2 - Incentivar o paciente a manter seus vínculos afetivos. 4.3 - Permitir que o mesmo determine-se como julgar melhor. 5 - Risco de controle ineficaz do regime terapêutico. 5.1 - Informar sobre etiologia, prevenção, profilaxia antibiótica e sinais e sintomas de complicações. Para que o cuidado seja eficaz e que seu sentido seja compreendido pelo paciente. 6 - Risco de infecção relacionada a doença periodontal , acesso venoso periférico e permanência

prolongada no hospital. 6.1 - Orientar o paciente a realizar uma minuciosa escovação dental, buscar tratamento odontológico freqüentemente, manter técnicas assépticas no manuseio do acesso venoso periférico. Orientar o paciente que solicite a todos os visitantes e familiares que realizem a lavagem das mãos antes e após contato com ele. Observar sinais de infecção tais como: febre, urina turva, secreção purulenta, avisar a equipe se ocorrerem (CARPENITO-MOYET, 2008). Não foi possível entregar o plano de alta de forma impressa, para continuidade do cuidado terapêutico, devido ao óbito do paciente.

#### **4 CONCLUSÃO**

Apesar do paciente se mostrar desmotivado quanto ao tratamento que não evoluiu para o controle da infecção o mesmo aderiu aos cuidados de enfermagem propostos. A prática da SAE nos proporcionou reorganizar o processo de trabalho e alcançar a integralidade do cuidado, com ênfase nas necessidades do paciente e na produção de um cuidado pautado pelo acolhimento, escuta e vínculo.

#### **5 REFERÊNCIAS**

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 1. ed., Porto Alegre. Artmed, 2008.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GALDEANO, L. E, R.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino- americana de Enfermagem**. V.11, n. 3, p. 371-375, maio-junho, 2003.

GUTIERREZ, P.; CALDERARO, D. ; CARAMELLI, B. ; Endocardite infecciosa. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V. 50, n. 2. São Paulo, janeiro, 2004.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. V.1, 2 e 3.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G et al Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. V.2.

TIERNEY, L.M., MCPHEE, S.J. et al. **Diagnóstico e Tratamento 2001**. São Paulo: Atheneu, 2001.