

**Trabalho 104 - 1/4**

**VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO PULMONAR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA ATUAÇÃO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Maria Selma Pacheco Peixoto

Ana Carolina Lici Monteiro

Denise Viana Rodrigues de Oliveira

Andrea Cotait Ayoub

Márcia Viana de Oliveira Klassen

**Introdução** : A idéia da elaboração de um protocolo assistencial para atender pacientes com diagnóstico de enfermagem de volume de líquidos excessivo pulmonar foi inspirada na preocupação de ter um roteiro das atividades de enfermagem para nortear, normatizar e proporcionar segurança e qualidade no desempenho das atividades de enfermagem principalmente em Sala de Emergência de um Pronto Socorro especializado em cardiologia. Um protocolo assistencial pode ser definido como um instrumento que padroniza e normatiza a linguagem técnica na condução das ações do enfermeiro, devendo conter todos os passos da assistência ao paciente como: levantamento de problemas, elaboração dos diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções de enfermagem, ou seja, as construções dos protocolos assistenciais são o reflexo da sistematização da assistência de enfermagem, além de conter o fluxograma de atendimento <sup>1</sup>. Os diagnósticos de Enfermagem fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Através da Resolução nº 272 do COFEN instituiu-se que a SAE deva ser aplicada nas Instituições de Saúde Brasileira, pública e privada. No Pronto Socorro da Instituição do estudo que tem como filosofia a integração entre a assistência, ensino e pesquisa, utiliza-se a SAE contemplando todas as etapas, incluindo Diagnósticos de Enfermagem, desde 1990. A SAE é um dos principais instrumentos que o enfermeiro dispõe para prestar assistência, sendo de real importância que o processo seja documentado e registrado, condizente com a Lei do Exercício Profissional. A realização da SAE é um processo dividido em fases: levantamento de problemas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e evolução de enfermagem. Sua realização desde que elaborada de acordo com o julgamento clínico e crítico do

**Trabalho 104 - 2/4**

enfermeiro aumenta a qualidade da assistência <sup>2</sup>. Para início da construção do protocolo, a partir do problema levantado, foi elencado o Diagnóstico de Enfermagem Volume de Líquido Excessivo Pulmonar que é definido como: retenção aumentada de líquidos isotônicos, sendo caracterizada por crepitação/estertores, terceira bulha cardíaca, dispnéia, ortopnéia, taquipnéia, tosse, congestão pulmonar, inquietação/agitação motora, ansiedade e sensação de morte iminente. Apresenta como fatores relacionados: comprometimento dos mecanismos reguladores secundário a: falência da bomba cardíaca resultante da perfusão tissular ineficaz, insuficiência valvar, insuficiência ventricular esquerda, hipertensão e falência renal <sup>3,4</sup>. **Objetivo:** Elaborar um protocolo de condutas de enfermagem para avaliação e tratamento do volume de líquidos excessivo pulmonar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo baseado na revisão da literatura e na experiência clínica das autoras. As buscas foram realizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), literatura internacional online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram selecionadas as palavras-chave: protocolo assistencial, volume de líquidos excessivo, edema agudo de pulmão e assistência de enfermagem. Além das bases de dados descritas, também, foi realizada uma busca ativa em livros texto nas seguintes bibliotecas: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Escola Paulista de Medicina (BIREME). O período usado para levantamento foi de 10 anos. Os resumos dos artigos foram lidos e selecionados, segundo a vinculação com o estudo, enquanto os livros foram separados e analisados seus índices remissivos. **Resultados** - Após a análise dos artigos selecionados teve início a construção do protocolo assistencial e de um fluxograma com as condutas de enfermagem norteadas pelas metas: eficácia da bomba cardíaca e equilíbrio hídrico. As intervenções propostas foram: **1- Monitorização e controle da função cardíaca e respiratória** onde as principais atividades foram: posicionamento do paciente sentado ou semi-sentado com as pernas pendentes se possível; monitorização cardíaca, pressão não invasiva e saturação de oxigênio; ausculta de bulhas cardíacas; avaliação de presença de estase jugular; obtenção de acesso venoso periférico; oxigenoterapia de acordo com a prescrição médica; administração de terapia medicamentosa de acordo com a prescrição médica. Os medicamentos mais citados foram: diuréticos que inibem a reabsorção de sódio nos túbulos proximais, distais e alça de Henle, como exemplo,

#### Trabalho 104 - 3/4

furosemida com dose de 40 mg EV; opiáceos pelo efeito vasodilatador, que diminui o retorno venoso e melhora o trabalho cardíaco reduzindo a ansiedade e a taquipnéia, por exemplo, sulfato de morfina na dose de 2 a 5mg/EV; vasodilatadores por diminuir o trabalho ventricular esquerdo, a resistência vasoperiférica e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, tais como nitrato na dose de 5 mg SL e nitroglicerina na dose de 0,4 a 0,5 ug/ kg/min; Suporte inotrópico, uso de dopamina na dose de 5 a 10 ug/kg/min para a pressão arterial maior que 100 mmHg; suporte ventilatório não invasivo de acordo com solicitação médica (Pressão positiva contínua) com a monitorização e verificação da frequência respiratória, ritmo respiratório, profundidade e esforço das respirações; anotar movimentos do tórax, observando simetria; monitorizar padrão respiratório, palpar expansibilidade pulmonar, monitorar saturação de oxigênio, auscultar sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída e presença de ruídos adventícios: crepitações deve-se observar presença de dispnéia, dispnéia paroxística noturna, ortopnéia. **2- Controle de líquidos:** avaliar estado de hidratação através da avaliação das mucosas, do turgor da pele e eliminação, medir débito urinário, restringir e distribuir ingestá hídrica nas 24 horas (característica individual e nível de hidratação) e fazer o balanço hídrico, Verificar peso em jejum, medir circunferência abdominal, medir circunferência maleolar direita e esquerda, avaliar resultados laboratoriais (Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio e Hematócrito), avaliar raio-X de tórax; **3- promover a adesão extra-hospitalar:** elaborar plano de alta contendo orientações acerca da dieta, restrição hídrica, terapia medicamentosa, estresse e mudanças no estilo de vida <sup>4,5</sup>. O fluxograma descreve o atendimento do paciente desde sua chegada, até sua alta. O primeiro atendimento inicia-se na classificação de risco, onde o enfermeiro realiza a avaliação clínica, elabora o diagnóstico em discussão e encaminha o paciente para o atendimento na sala de emergência. Após estabilizar hemodinamicamente o paciente deve ser encaminhado para sala de observação no pronto socorro, setor de unidade de terapia intensiva - UTI ou enfermária de acordo com o nível de complexidade assistencial ou gravidade, ou ainda pode receber alta hospitalar. Em caso de instabilidade hemodinâmica, o paciente permanece na sala de emergência. **Conclusão:** Acredita-se que o protocolo assistencial norteado por um fluxograma de atendimento permite que o enfermeiro e sua equipe de enfermagem desempenhem suas atividades com segurança, destreza e qualidade no atendimento dos pacientes com o diagnóstico de

**Trabalho 104 - 4/4**

enfermagem volume de líquidos excessivo pulmonar em situação de emergência em unidade de Pronto Socorro.

**Referências:**

1 Salviano MEM, Silva M.F.S. Diretrizes sobre a criação, a implantação, a implementação e avaliação dos protocolos da enfermagem do HC-UFMG. 2001. Bibliomed. Disponível em:

<http://boasaude.uol.com.br/realce/showdoc.cfm?libdocid=1224&ReturnCatID=1804>>, (14 jun 2010)

2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272 de 27 de agosto de 2002.

3. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional. Trad. de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

4 Guimarães HCQC, Boery RNS, Barros ALBL. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: volume de líquidos excessivo. Acta Paul Enferm. 2005; 18 (2): 197-2002.

5 Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2008.

**Palavras-chave:** protocolo, assistência de enfermagem e volume de líquidos excessivo.

**Área temática:** Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção a Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.