

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SÍNDROME DE BRUGADA: relato de caso

Ionete de Oliveira.Rodrigues da Silva¹

Iza Cristina dos Santos²

Raquel de Mendonça Nepomuceno³

Lourdes Alexandrina de Castro Neves⁴

Janise de Almeida Dornellas de Assunção⁵

INTRODUÇÃO: Até o final da década de 1980, quando uma pessoa apresentava uma morte súbita, imediatamente suspeitava-se de infarto do miocárdio. Com o avanço das pesquisas genéticas, percebeu-se que muitos desses eventos eram provocados por anormalidades presentes no DNA do indivíduo. Com essa informação, novas doenças causadoras de morte súbita foram descobertas, dentre elas a Síndrome de Brugada. Em 1992, os irmãos Brugada descreveram uma nova síndrome clinicamente caracterizada pela ruptura no ritmo fisiológico cardíaco, afetando os ventrículos na área de fundo do coração, em consequência o coração torna-se incapaz de bombear corretamente o sangue por todo o organismo. Embora a doença geralmente seja hereditária, outros fatores como medicamentos, o uso de cocaína ou desequilíbrio eletrolítico podem promover o desenvolvimento da síndrome. **OBJETIVOS:** Conhecer as características fisiopatológicas da Síndrome de Brugada, relatar a ocorrência da Síndrome de Brugada em um indivíduo hospitalizado, identificar os diagnósticos de enfermagem prioritários para este paciente. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** O relato de caso é um dos tipos mais comuns de apresentação em congressos ou publicação em revistas. É uma importante fonte de informação com um valor central no descobrimento de novas doenças, tratamentos, efeitos inesperados, efeitos colaterais e para o ensino, constituem pedras angulares do progresso da medicina; praticamente todas as inovações terapêuticas se iniciam com o relato de evoluções clínicas de poucos pacientes. **RELATO DO CASO:** A Síndrome de Brugada é uma doença congênita, com transmissão familiar frequente, que apresenta um padrão eletrocardiográfico similar a um bloqueio de ramo direito associado a um supradesnivelamento de ponto J (**junção do QRS e segmento ST**), e segmento ST (concavidade superior), nas derivações V1, V2 e V3. O diagnóstico diferencial torna-se difícil porque essa anormalidade acontece à nível molecular e só pode ser detectada por meio da análise de várias informações. Muitas vezes, pacientes realizam exames como ecocardiograma, teste ergométrico e raios-X e o resultado não é suficiente para a detecção da síndrome. O paciente em risco deve apresentar mais de uma condição para que o diagnóstico seja suspeitado, são elas: histórico familiar de morte súbita de um indivíduo com menos de 45 anos ou alteração elétrica típica, desmaio ou respiração agônica noturna, arritmia grave já

¹ Mestranda em Avaliação Tecnológica em Saúde/INC, Enfermeira do Serviço Arritmologia

² Mestre em Enfermagem pela UNIRIO, Coord. De Enf. Educação Permanente.

³ Doutoranda em Enfermagem pela UERJ, Enfermeira do setor de Hemodinâmica/INC, Enfermeira da UTI do Hospital Samaritano/AMC

⁴ Diretora de Enfermagem do Instituto Nacional de Cardiologia

⁵ Sub-diretora de Enfermagem do Instituto Nacional de Cardiologia

detectada anteriormente. Epidemiologicamente, é prevalente na população asiática, para cada nove homens uma mulher apresenta a síndrome, a média de idade é em torno dos 41 anos, os homens apresentam mais eventos de síncope e é rara em crianças, logo é predominante no sexo masculino. A Síndrome de Brugada é praticamente assintomática, embora de 17 a 42% os doentes cursem com desmaios. Os episódios de morte cardíaca súbita geralmente acontecem durante o sono ou em um momento de repouso. Riscos específicos em situações de emergência são conhecidos, como: síncope frequentemente em repouso, durante o sono ou em estados febris perturbações graves do ritmo ventricular: taquicardia ventricular polimórfica, fibrilação ventricular, morte súbita. Tratamentos frequentemente prescritos a longo prazo são: cardiodesfibrilador implantável (CDI), hidroquinidina (atualmente em investigação). Neste estudo o paciente L.L.F era do sexo masculino com 29 anos, realizou ECG num pré-operatório de cirurgia ortopédica, que evidenciou um padrão de BRD com supra de ST em precordiais D, a partir do qual suspeitou-se do diagnóstico de Síndrome de Brugada. A seguir, foi internado para realização de estudo eletrofisiológico para possível confirmação diagnóstica. Como história pregressa L.L.F. nega HAS, DM, tuberculose, hepatite, alergias, refere asma. Tabagista há 3 anos, 10 cigarros/dia, refere cirurgia em MIE após fratura exposta, em maio/09, tendo permanecido hospitalizado por 30 dias em hospital localizado na Tailândia. Refere que em casa fazia uso eventual de: Seretide®, Aerolin® spray, Ritalina® e Lexotan®. Em 23/07/2009 estava consciente, orientado no tempo e espaço, hiperativo, abdome globoso, indolor. Diurese e eliminação intestinal presentes. Membros inferiores livres de edemas. Queixava-se de azia e pirose. Com tosse produtiva. Procedimento médico: após realização do teste de ajmalina® foi observado piora do supra -ST. No EEF foi evidenciado presença de TV polimórfica com degeneração para FV, com reversão após o quinto choque. Desta forma teve o diagnóstico confirmado. Em 29/07/09 foi submetido ao implante de CDI (dispositivo que fornece choques elétricos diretamente ao músculo cardíaco) a fim de reverter arritmias letais: fibrilação ventricular e taquicardia ventricular. Transferido para enfermaria no dia seguinte e alta hospitalar após 72 horas. Na assistência de enfermagem foram identificados como problemas de enfermagem: tontura, mal estar, ansiedade. De acordo com a taxonomia da NANDA foram priorizados os seguintes diagnósticos de enfermagem: a) durante a internação ressalta-se o **Risco para débito cardíaco diminuído** relacionado a disfunção ventricular resultante da arritmia gerando as seguintes intervenções de enfermagem: precauções cardíacas com monitoração do ritmo cardíaco, dos níveis pressóricos, do nível de consciência e da diurese, gerenciamento do protocolo de emergência, controle de arritmias; b) no preparo para alta pós implante de DCI ressalta-se diagnóstico de **Ansiedade** relacionado ao estresse decorrente da internação/tratamento e enfrentamento da nova condição necessitando das seguintes intervenções de enfermagem: escutar ativamente o cliente, aumento da segurança, redução da ansiedade, e melhora do enfrentamento através da educação para o autocuidado. **CONCLUSÃO:** A Síndrome de Brugada é considerada uma patologia grave e com consequências fatais, todavia, sua identificação precoce possibilita o aumento na sobrevivência dos pacientes quando tratados com o cardioversor implantável. O desfibrilador automático implantável é a terapêutica mais efetiva para evitar a morte súbita, permitindo ao cliente a melhoria da qualidade de vida. Cabe ao enfermeiro preparar o paciente para o retorno às suas atividades de vida diária capacitando para o autocuidado.

REFERÊNCIAS:

1. MAIA, Ivan G. SOARES, Magda Wanderley, BOGHOSSIAN, Silvia H. SÁ, Roberto. Síndrome de Brugada. Observações Sobre a Evolução de um Caso. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 74, nº 5, 2000.
2. GUIMARÃES, Jorge Ilha. Diretriz de Interpretação de Eletrocardiograma de Repouso. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 80, suplemento II, 2003.
3. YOSHIDA, Winston Bonetti. Redação do relato de caso, acessado em 10/09/2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n2/v6n2a04.pdf>.
4. KIENLE, Gunver S., KIENE, Helmut, Como escrever um relato de caso Arte Médica Ampliada Ano XXXI n.2 Inverno 2011. [on line] Acessado em 20/09/2014. Disponível em <http://www.abmanacional.com.br/arquivo/aae76d6a6616e9828db3f643ee49a0a323efed20-31-2-relato-de-caso.pdf>
5. HALLAKE, José. Síndrome de Brugada. Revista da SOCERJ - Jul/Ago/Set 2004 [on line] Vol 17 Nº 3:171-6. Disponível em <http://www.rbconline.org.br/artigo/sindrome-de-brugada/>