

RELATO DE CASO: ABORDAGEM AO PACIENTE DPOC E SUAS COMORBIDADES

TRISSOLDI, Lediane Paula

SILVA, Diovanna Sala

PAULETTI, Marzeli

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, psoríase, hipertensão e obesidade. **Método:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. **Considerações finais:** o caso relatado e as publicações levantadas trazem a luz a discussão do estilo de vida do paciente e os cuidados de enfermagem, diante da complexidade que é a doença pulmonar obstrutiva crônica, além de sua associação às demais comorbidades que afetam diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

DESCRITORES: doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os campos de estágios são ambientes propícios à obtenção de conhecimentos teóricos e práticos, provindos do cotidiano da atuação da equipe de saúde, e da troca de experiências e informações com pacientes. A partir do estágio realizado em unidade de internação de uma instituição hospital da região do Extremo Oeste Catarinense, surgiu a oportunidade de relatar o caso clínico de um paciente em especial. O objetivo deste estudo é relatar a partir de revisão da literatura, a patologia central DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica -, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, psoríase, hipertensão e obesidade e seus impactos a nível sistêmico e na

qualidade de vida do paciente, bem como possíveis complicações decorrentes da deficiência da captação desse indivíduo pela atenção primária. Os métodos utilizados para desenvolvimento do relato, inclui informações obtidas através do prontuário do paciente, entrevista e avaliação do paciente, revisão de literatura.

Anamnese

P.T.R., paciente masculino, 52 anos de idade, branco, casado e tem dois filhos, agricultor, de religião católica, natural de Palma Sola – SC e residente no interior do mesmo em casa de alvenaria, com água potável, energia elétrica, saneamento básico inapropriado e coleta de lixo mensal, possui ensino médio incompleto, ex-tabagista à aproximadamente 4 anos e relata não fazer o uso de bebidas alcoólicas, nega alergias. Possui histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, obesidade, diabetes e hipertensão.

Exame físico

Bom estado geral, em repouso no leito, cabeceira elevada, calmo, lúcido, comunicativo, orientado em tempo e espaço, relata cefaléia intermitente, régua da dor 7, higiene corporal adequada, face hipercorada, pele corada e aquecida. Apresenta acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas, fotorreagentes, mucosa ocular hidratada e rosada. Acuidade auditiva preservada. Possui higiene oral adequada, mucosa oral rosada, hidratada e regular, dentição preservada. Altura: 1,67, Peso: 125 kg. Tórax simétrico, com expansão pulmonar diminuída, taquipneico, murmúrios vesiculares diminuídos. Saturação de O²: 94% em uso de oxigenioterapia, Frequência Cardíaca: 86 bcpm, Frequência Respiratória: 30 mrpm, HGT: 157 mg/dL. Abdome globoso, rígido, com queixas algicas a palpação na região ilíaca abdominal bilateral, com régua da dor 2, ruídos hidroaéreos presentes e durante a percussão apresenta som timpânico. Membros superiores com mobilidade preservada, perfusão periférica diminuída, mantém acesso venoso periférico flexível, nº 20, em dorso do membro esquerdo, mantendo-se salinizado. T: 36,6°C, pulso cheio forte e rítmico, Pressão Arterial: 130/80 mmHg. Membros inferiores com mobilidade preservada, perfusão periférica diminuída, edema, cianose periférica. Nutrição via oral presente, ingesta hídrica normal.

Eliminações vesicais e intestinais presentes espontaneamente.

EXAMES

Eritograma	Resultados	Valores referenciais
Hemácias / mm ³	4,41 milhões	4,5 – 5,9 milhões / mm ³
Hemoglobina	16,5 g/dL	13,5 – 17,5 g/dL
Hematócrito	50,4 %	41,0 – 53,0 %
VCM	114,3 fL	80,0 – 100 fL
HCM	37,4 pg	26,0 – 34,0 pg
CHCM	32,7%	31,0 – 36,0 %
RDW	12,7%	11,5 – 15,0%
Plaquetas	129.000 /mm ³	150.000 – 450.000/mm ³

Fonte: acervo do prontuário.

Tabela 1. Hemograma completo. Realizado dia 25/03/2019 às 10:57 horas. No eritograma, houve uma quantidade baixa de plaquetas, sendo indicador de trombocitopenia, o VCM encontra-se elevado indicando hemácias macrocíticas, ou seja, hemácias grandes, acompanhadas a elevação do HCM que apontam anemia denominada hipercrômica.

Leucograma	Resultado	Valores referenciais
Leucócitos	7.700 / mm ³	3500 – 10000 / mm ³
Basófilos	0% - 0 / mm ³	0 – 100 / mm ³
Eosinófilos	3% 231 / mm ³	50 – 500 / mm ³
Neutrófilos bastonetes	0% - 0 / mm ³	0 – 840 / mm ³
Neutrófilos segmentados	55% - 4.235/mm ³	1700 – 8000 / mm ³
Monócitos	12% - 924 / mm ³	300 – 900 / mm ³
Linfócitos	30% - 2.310 / mm ³	900 – 2900 / mm ³
Metamielócitos	0% - 0 / mm ³	
Mielócitos	0% - 0 / mm ³	
Plasmócitos	0% - 0 / mm ³	

FONTE: Acervo do prontuário.

Tabela 2. Leucograma. No resultado de leucograma observa-se o aumento dos monócitos e conseqüentemente uma alteração nos leucócitos, os quais indicam que o organismo do paciente está em processo infeccioso relacionado com sua patologia. Fonte: acervo do prontuário.

A gasometria arterial é realizada no intuito de observar em pacientes o potencial dos seus pulmões em mover O² dos alvéolos para o sangue. Neste caso, ocorreu alteração na maioria dos resultados pelo fato do paciente ter doença pulmonar obstrutiva crônica.

RELATO DE CASO

Material analisado	Resultados	Valores referenciais
PH	7,42	7,35 a 7,45
PCO ²	50 mmHg	35 a 45 mmHg
PO ²	71 mmHg	83 a 108 mmHg
HCO ³	30 mmol/dL	21 a 28 mmol/L
SO ²	95	95 a 99
B.E.	6,4 mmol/L	

Tabela 3. Gasometria arterial (PH, PCO², AS, O², EXCESSO BAS). Realizado dia 26/03/2019 às 15:33 horas. Fonte: acervo do prontuário.

Peso	125	kg		Índice de massa corporal	44,8	kg/m ²	(<25)
Altura	167	cm		Superfície corporal	2,29	m ²	
Aorta (seios de Valsalva)	33	mm	(<35)	Massa do ventrículo esquerdo	163,6	g	(67-162)
(Indexada)	14	mm/m ²	(13-19)	Fração de encurtamento sistólico	43,1	%	(27 a 46)
Ventrículo direto (4C)	35	mm	(até 41)	Fração de ejeção (Simpson bip.)	74	%	(54-74)
VE-Diâmetro diastólico	51	mm	(38-52)	Volume diastólico final VE	123,8	ml	(46-106)
VE-Diâmetro sistólico	29	mm	(22-35)	Volume sistólico final VE	32,2	ml	(14-42)
Septo interventricular	9	mm	(06-09)	Volume diastólico final VE indexado	54,2	ml/m ²	(29-51)
Parede infeto-lateral	9	mm	(06-09)	Volume sistólico final anexado	14,1	ml/m ²	(8-24)
Volume AE (Área comp.)	52	ml	(22-52)	Volume do AE indexado	22,75	ml/m ²	(<34)
Espessura relativa VE	0,35	cm	(<0,42)	Índice de massa do VE	71,6	g/m ²	(<115%)

Tabela 4. Ecocardiograma transtorácico. Realizado 26/03/2019. Fonte: acervo do prontuário.

Valva Mitral

Morfologia normal.

Regurgitação de grau mínimo (fisiológico).

Valva Aórtica

Com 3 cúspides de morfologia normal.

Regurgitação de grau mínimo (fisiológico).

Valva Tricúspide

Morfologia normal. Refluxo de grau mínimo, com gradiente pressórico VD-AD=20 mmHg, permitindo estimar a pressão sistólica da artéria pulmonar em aproximadamente 25 mgHg.

Valva Pulmonar

Morfologia normal.

Átrio Direito

Volume normal.

Veia Cava Inferior

Diâmetro normal, com variação fásica respiratória preservada.

Átrio Esquerdo

Volume normal.

Septo Interatrial

Aspecto íntegro ao estudo transtorácico.

Ventrículo Direito

Diâmetros normais.

Espessuras parietais normais.

Função sistólica preservada.

Ventrículo Esquerdo

Dimensões normais.

Espessura normal das paredes.

Função contrátil global e segmentar preservada

Disfunção diastólica do ventrículo esquerdo de grau leve (padrão relaxamento alterado).

Septo Interventricular

Movimentação e espessura normais.

Pericárdio

Normal.

Aorta Torácica

Dimensões normais das porções visualizadas.

CONCLUSÃO:

- Parâmetros de função sistólica ventricular esquerda, normais em repouso.
- Disfunção diastólica do ventrículo esquerdo de grau leve (padrão relaxamento alterado). Janela ecocardiográfica limitada.

RAIO-X DE TÓRAX



Figura 1. Raio-X de tórax. Observa-se uma cardiomegalia e grande número de alvéolos comprometidos, caracterizado por anos de tabagismo e um diagnóstico médico de pneumonia. Fonte: acervo do prontuário.



Figura 2. Percebe-se que as regiões esbranquiçadas são áreas com comprometimento que podem aumentar a gravidade dos sinais/sintomas da sua dispneia. Fonte: acervo do prontuário.

TOMOGRAFIA DE TÓRAX



Figura 3. Realizado dia 26/03/2019 às 17:30 horas. Após um dia da realização do Raio-X e tratamento medicamentoso contínuo, percebe-se uma leve diminuição do processo de cardiomegalia e melhora da região comprometida conforme descrito no Raio-X. Fonte: acervo do prontuário.

DISCUSSÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma síndrome não reversível caracterizada pela limitação do fluxo de oxigênio (SMELTZER, 2008). Seus mecanismos fisiopatológicos são de natureza obstrutiva e amplamente expiratórios, onde a limitação e aprisionamento do mesmo, corrobora na elevação dos volumes pulmonares em atividade e reduz as reservas volumétricas inspiradas (DE SOUZA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a limitação de ar costuma ocorrer de forma progressiva, associada a uma inflamação pulmonar relacionada a partículas e gases. Pelo processo inflamatório o organismo tenta reparar através da constrição das vias aéreas periféricas. Ao decorrer do tempo, esse processo de lesão e recuperação forma um tecido cicatricial e estreitamento da via aérea. A obstrução também pode ocorrer pela destruição do parênquima pulmonar (SMELTZER, 2008).

Denota-se assim, a associação da DPOC com as mais diversas comorbidades, onde destaca-se a insuficiência cardíaca crônica (ICC), a qual tem maior preponderância na morbidade e mortalidade (DE SOUZA *et al.*, 2016).

A insuficiência cardíaca crônica ocorre quando o músculo cardíaco não consegue bombear sangue o suficiente para atender as necessidades do organismo. A dificuldade em bombear o sangue costuma ocorrer no ventrículo esquerdo, mas também pode ocorrer no ventrículo direito. Pode ser classificada como aguda ou crônica; esquerda ou direita; e sistólica ou diastólica. As causas incluem alguns distúrbios cardiovasculares: cardiopatia aterosclerótica, infarto agudo do miocárdio, hipertensão, cardiopatia de origem reumática, cardiopatia congênita, cardiopatia isquêmica, miocardiopatia e arritmias (SPRINGHOUSE, 2006).

Durante um estudo desenvolvido em Framingham em relação aos casos de insuficiência cardíaca, conclui-se que 90% dos mesmos estão associados e agravados etiologicamente pela hipertensão arterial (BARRETTO, 2001).

Com isso, a hipertensão é conceituada como o aumento intervalado ou contínuo da pressão arterial diastólica ou sistólica. É um dos fatores para o AVC, insuficiência renal e problemas cardíacos. O diagnóstico precoce juntamente ao tratamento antes do surgimento de complicações proporciona maior qualidade de vida ao paciente já que o aumento significativo da pressão pode levar ao óbito. Dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento pode-se citar o histórico familiar, sexo, estresse, obesidade, diabetes, má alimentação,

tabagismo e sedentarismo (SPRINGHOUSE, 2006).

Diante disso, o diabetes mellitus - que se caracteriza por uma disfunção metabólica - causa hiperglicemia crônica devido a insuficiência ou ausência de secreção de insulina, o que requer tratamento para o resto da vida. Além de aumentar o risco de doenças cardiovasculares também é a maior causa de amputações de membros inferiores, doenças renais e problemas visuais (BATISTA, 2017).

Tendo como morbidade primária, a obesidade é considerada uma epidemia global pelo devido aumento de casos e que caracteriza-se por um índice de camada adiposa acima dos valores estabelecidos, ou seja, maior que 20% do peso total para os homens e 30% para as mulheres (BARRETO; NEGRÃO, 2010). Sendo assim, pode-se afirmar que em razão da condição clínica do paciente a obesidade vem de múltiplos fatores: predisposição genética associada ao alto consumo de alimentos industrializados calóricos com elevado teor de sódio, gordura e carboidratos e ao estilo de vida sedentário (BARRETO; NEGRÃO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e publicações levantadas trazem a luz a discussão do estilo de vida dos pacientes que se encontram no cotidiano hospitalar na região do Extremo Oeste Catarinense. Levando em conta a idade do paciente escolhido para o presente estudo e trabalho de relato de experiência, evidencia-se a necessidade da equipe multidisciplinar e a falha no atendimento da atenção primária em detectar este paciente de risco e com múltiplas comorbidades.

O trabalho em questão busca realçar uma imagem muito comum da população brasileira: doenças cardiovasculares diretamente relacionados a fatores de risco mutáveis somado a condições intrínsecas de saúde que não são tratadas inicialmente e evoluem para quadros mais graves e de difícil controle.

Como atendimento inicial este paciente deveria ser captado pela unidade básica de saúde para o controle da pressão arterial, diabetes mellitus e peso, além de um acolhimento de qualidade em busca de problemas psicológicos em potencial que poderiam agravar o estado de saúde do mesmo. Comorbidades de base que afetam diretamente o sistema respiratório e circulatório do indivíduo o que levou o mesmo a passar diretamente pela primeira porta de entrada do sistema de saúde e necessitar de uma atenção

de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

DE SOUZA, Aline Soares et al. Influência da insuficiência cardíaca nos volumes pulmonares de repouso em pacientes com DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 4, p. 273-278, 2016.

BARRETTO, Antonio Carlos Pereira. **Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca**. Rev Bras Hipertens, v. 8, n. 3, p. 339-43, 2001.

BARRETTO, Antônio Carlos Pereira; NEGRÃO, Carlos Eduardo; **Cardiologia do exercício: o atleta ao cardiopata**. 3 ed. São Paulo: Manole, 2010. 752 p.

BATISTA, Fábio. **Uma abordagem multidisciplinar sobre pé diabético**. 2 ed. São Paulo: Andreoli, 2017. 432 p.

LACY, C. F. et al. **Medicamentos Lexi-Comp Manole**. São Paulo: Manole Ltda. 2009. 1433 p.

SMELTZER, Suzanne C, et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. 2 v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 2396 p.

SPRINGHOUSE, Corporation; **Série incrivelmente fácil: Enfermagem cardiovascular**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 304 p.

E-mail: lediane.tri@gmail.com;
mzl_marze@hotmail.com

diovannasala@gmail.com;