UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE ENFERMAGEM

CARLA ARAUJO DE MELLO

Estudo de Caso:Hipertensão e Diabetes II

Niterói
2013

CARLA ARAUJO DE MELLO

Estudo de Caso:Hipertensão e Diabetes II

Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO, como parte dos requisitos para aprovação na matéria Estagio Supervisionado II.

Preceptora: Silvania

.

Niterói
2013

Estudo de Caso:Diabetes II e Hipertensão

INTRODUÇÃO:

O presente estudo foi baseado no caso de um morador do abrigo Cristo Redentor, que se localiza no município de São Gonçalo, dando entrada no abrigo no dia , período em que se desenvolveu a aplicação de teoria e prática de conhecimentos adquiridos durante o decorrer da disciplina. Bem como a elaboração de um plano assistencial a ser colocado em prática, diante da integridade do processo de enfermagem que será apresentado neste estudo de caso, com objetivo de enriquecer o trabalho, realizando pesquisas bibliográficas.

A cliente em questão encontrava-se acometida por Diabetes tipo II DM e hiper tenção arterial HAS, patologia que será apresentada no desenvolvimento do estudo.

1. OBJETIVOS

1.1 Geral

Proporcionar aprendizagem e gerar a implementação de uma satisfatória sistematização de enfermagem afim de melhorar o atendimento a paciente em questão e a outros que por ventura sofram com as mesmas patologias.

1.2. Específicos

Interagir a teoria à prática;Proporcionar atendimento humanizado;

Analisar o perfil do paciente, reconhecendo suas principais necessidades;Listar as principais intervenções de enfermagem;

Adequar o atendimento de enfermagem, para melhor atender a essas necessidades;

Promover o auto cuidado;Promover a melhoria dos sintomas;Prevenir as exacerbações recorrentes;Reduzir ao máximo o declínio funcional a curto e a longo prazo provocados pelas doenças crônicas.

2. METODOLOGIA

As técnicas da coleta de dados utilizados para o desenvolvimento do estudo foram de pesquisas bibliográficas. Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo (Silva, 2001).

Este estudo foi realizado pelas discentes do 8º período de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO em 2013 no município de Niterói – RJ.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1. ETIOLOGIA

3.1.2-DIABETES MELLITUS TIPO 2

O Diabete Mellitus é uma patologia caracterizada pela produção insuficiente de insulina pelo organismo, podendo levar o paciente ao óbito. A insulina é um hormônio polipeptídico produzido no Pâncreas, ao qual é atribuído propriedades regulatórias do metabolismo energético, principalmente ao que se refere à glicose.

Fisiopatologia

O Diabete Mellitus é tido como uma síndrome de comprometimento metabólico dos carboidratos, gorduras e das proteínas, causada pela deficiência da produção de insulina pelo pâncreas ou por redução da sensibilidade dos tecidos à insulina. O Diabete Mellitus do tipo II ou não insulino-dependente é
causada pela redução da sensibilidade dos tecidos alvo ao efeito metabólico da insulina, sendo descrita como resistência á insulina (GUYTON, 2002).

O Diabete Mellitus tipo II é responsável por cerca de 80 a 90% dos casos registrados da doença. Diz-se que o início da doença ocorre a partir dos 40 anos de idade, sendo mais frequente entre 50 e 60 anos, e desenvolve-se de forma gradual (GUYTON, 2002).

Associa-se o Diabete Mellitus do tipo II com o aumento da concentração plasmática de insulina, que ocorre como resposta de compensação das células betas do pâncreas, em decorrência à diminuição da utilização e armazenamento dos carboidratos e a consequente elevação da taxa de glicemia, tendo como consequência o desenvolvimento de hiperglicemia (GUYTON, 2002).

Epidemiologia

Cerca de 90% dos pacientes com diabetes Mellitus possuem diabetes do Tipo 2. Estima-se que, ao nível mundial, cerca de 150 milhões de pessoas sofram deste tipo de diabetes. Nos próximos 20 anos, este número poderá duplicar. Este aumento verificar-se-á nos países desenvolvidos ou em países em vias de desenvolvimento, como a Índia e a China. No Brasil, onde a prevalência da diabetes é elevada, calcula-se que uma em cada três pessoas irão contrair a diabetes do Tipo 2.

Manifestações clinicas

O quadro clínico clássico da diabetes é caracterizado por poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Quando estes sintomas estão presentes não existem dúvidas, sendo o diagnóstico confirmado no momento com a presença de um valor de glicemia superior ou igual a 200 mg/dL. A diabetes tipo 2 pode, no entanto, apresentar-se com ausência dos sintomas clássicos e sem que se manifeste de uma forma aguda. A maioria das vezes, os doentes com diabetes tipo 2 permanecem assintomáticos durante um período longo, sendo o diagnóstico feito, habitualmente, em análises de rotina ou com o aparecimento já de complicações tardias da diabetes. Portanto, muitas pessoas com diabetes tipo 2 ignoram que têm a doença, outros descobrem que têm diabetes só quando fazem análises de rotina. Por isso, recomenda-se que todos os adultos devem fazer rastreio de rotina de diabetes a partir dos 45 anos ou mais cedo, se pertencerem a grupos de risco, como já referimos. Outros sintomas comuns associados com diabetes tipo 2 são: Fadiga; Urinar frequentemente (especialmente durante a noite); Sede não usual; Visão turva; Perda de peso; Infecções frequentes (especialmente infecções urinárias, furúnculos, e infecções por fungos); Disfunção eréctil (impotência); Cicatrização díficil ou lenta de feridas.

Tratamentos

Apesar de não existir cura para a diabetes, existem diversos modos de tratar e controlar bem a diabetes tipo 2. O objectivo fundamental de qualquer tratamento para a diabetes é controlar a glicose no sangue, para manter estes valores dentro dos limites do normal para minimizar o risco de complicações tardias. O tratamento da diabetes tipo 2 assenta na promoção de um estilo de vida saudável. Os seguintes componentes são a pedra angular do tratamento com sucesso da diabetes tipo 2: as modificações da dieta/alimentação saudável; o exercício físico; a monitorização ou pesquisa de glicemias capilares; a educação do diabético. Só após estas medidas não farmacológicas, se usa, se necessário: Medicação com antidiabéticos orais, de acordo com o estádio da diabetes e/ou insulina (quando indicado). Eventualmente, outras medicações dirigidas às complicações tardias da diabetes.

3.1.3- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas. Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, drogas, alimentos, fumo, álcool e café.

Epidemiologia

No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa. A maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão.

A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida (GUYTON, 2002).

.

O achado de hipertensão arterial é elevado nos obesos 20 a 40%, diabéticos 30 a 60%, negros 20 a 30% e idosos 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que, quando não tratada e controlada adequadamente, pode levar a complicações que podem atingir outros órgãos e sistemas.

Tratamento não farmacológico

São modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física.

Alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da PA. esta de proteínas entre outros, não possuem até o momento evidências de valor comprovado, que indiquem sua utilização. A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão, no entanto trata-se de importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada.

As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõe a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão(BRUNNER,2002)

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico se impõem quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial, nos pacientes com hipertensão em fase I e imediatamente após o diagnóstico nos pacientes com alto risco cardiovascular ou hipertensão em fase II, qualquer que

seja o subgrupo de risco. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido.

São drogas de primeira linha para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, todos com resultado benéfico comprovado em vários trabalhos na prevenção de complicações cardiovasculares: os diuréticos tiazidicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os betabloqueadores e os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores AT1.

De todas essas o diurético tiazidico tem demonstrado o melhor resultado no prognóstico cardiovascular, sendo também promotor de melhor resposta anti-hipertensiva em regimes com várias drogas. Assim, isoladamente ou em combinação é a melhor droga como primeira opção.

Complicações

No sistema nervoso central podem ocorrer infartos, hemorragia e encefalopatia hipertensiva.

No coração, pode ocorrer cardiopatia isquêmica (angina), insuficiência cardíaca, aumento do coração e, em alguns casos, morte súbita.

Nos pacientes com insuficiência renal crônica associada sempre ocorre nefroesclerose.

No sistema vascular, pode ocorrer entupimentos e obstruções das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica dos membros inferiores.

No sistema visual, há retinopatia que reduz muito a visão dos pacientes.

4.PROCESSO DE ENFERMAGEM

4.1LEVANTAMENTOS DE DADOS

ANAMNESE:

26 de Março de 2013, 09:30h

Identificação Nome: C. S.R. .Idade: 78 anos Sexo: feminino, negra,pensionista e solteira ,possui o ensino primário natural do município de Niterói,Possui HAS e DM há 10 anos,faz uso de Ácido Acetifico (infantil)100mg- 1cp no almoço, Atenolol 25mg,Captopril 25mg- ,Carbonato de Cálcio 500mg + Vitamina D,Cloridrato de Metformina 850,Plasil . Nega cirurgias prévias, menopausa aos 53 anos, não se recorda a ultima vez que realizou exame preventivo de câncer de colo de útero. Mãe cardiopata,faleceu há dez anos. O pai faleceu há mais de 30 anos, não sabe referir a causa. Tabagista há 53 anos, fuma 8 cigarros por dia. Refere ter parado de fumar há 1 mês. Nega etilismo.

Paciente católica gosta de ler a bíblia, recebe visitas diárias, sedentária, gosta de assistir novela e diz que sua vida social esta estagnada pois não sai sozinha, chora ao falar da solidão

Consegue dormir bem, boa higiene física e bucal,refere boca seca, durante esta entrevista demonstrou desinteresse faz varias pausa para alimentar se e relatou que suas eliminações gastrointestinais estão em dias . Também diz não conseguir se adaptar a dieta para DM e HAS apresentando descontrole das glicemias.

AO EXAME:

Crânio normocefálico, superfície íntegra; cabelos com boa higiene, ressecados e apresentando alopecia na região frontal; face normocorada, pele íntegra, ausência de nódulos e linfonodos palpáveis; pescoço com amplitude de movimentos reduzida e ausência de linfonodos palpáveis; pálpebras inferiores edemaciadas, conjuntivas normocorada com umidade aumentada (lacrimejamento), movimentos extraoculares diminuídos, pupilas isocóricas; cavidade nasal simétrica sem desvio de septo, pele íntegra; lábios normocorados, ausência de lesões, boca constantemente entreaberta, sialorreia, mucosa oral íntegra; dentes: Arcada superior edentada faz o uso de prótese e possui 03 dentes na arcada inferior em mal estado de conservação/higiene precária;língua saburrosa ouvido externo com boa higiene, ausência de nódulos palpáveis; exame do ouvido interno não foi realizado devido ausência de otoscópio. Na região do tórax cifose; respiração superficial; expansão torácica simétrica; exame das mamas não foi feito a pedido da paciente ;AP MVUA S/ RA, na região cardiovascular durante ausculta ausência de sopros nos focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral; foco mitral - AC RCR BNF = 2T sem sopros. No abdômen plano e simétrico; ausência de massas e peristalse visíveis; macicez durante percussão no flanco esquerdo; sons intestinais hiperativos.Na região geniturinário não foi realizado.

Marcha lenificada, movimentos ativos com amplitude reduzida; força muscular diminuída; MMSS S/edema , com preenchimento capilar normal; MMII S/edema, , com preenchimento capilar normal ; ausência de lesões nos membros; turgor normal; MMII pele ressequida .

,SSVV: PA:170x80mmHg FC: 72bpm FR:27irpm T: 36,7ºc. HGT: 84mg/dl

5-Queixa Principal (QP):

“Pressão alta”

6. Medicações Prescritas:

- Plasil - SOS
- Ácido Acetifico (infantil)100mg- 1cp no almoço
- Cloridrato de Metformina 850 – 1 cp. almoço, almoço, jantar
- Captopril 25mg- 2 cp. 14-22-06
- Atenolol 25mg – 1 cp. ao dia
- Carbonato de Cálcio 500mg + Vitamina D-1 cp. no almoço

- **Plasil-(metoclopramida) SOS**

Age antagonizando a dopamina, hormônio que freia a liberação de acetilcolina nas terminações nervosas. Deste modo, com a dopamina bloqueada, ocorre uma maior motilidade e esvaziamento gástrico. A metoclopramida age antagonizando a serotonina, em casos como o da Síndrome serotoninérgica.

A metoclopramida é indicada na profilaxia de vômitos e náuseas na quimioterapia e gastroparesia diabética.

Vias de administração: IM, EV rápido.

Reações adversas: sonolência, depressão mental, sintomas extrapiramidais, vertigem, inquietação, insônia, fadiga, torpor, Cefaléia, erupção da pele, náusea, ginecomastia, galactorréia

- **Cuidados de enfermagem**

  - Instrua o paciente a tomar a medicação exatamente conforme recomendado e a não interromper o tratamento, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance melhora.

- Informar ao paciente as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante da ocorrência de qualquer uma delas, o médico deverá ser comunicado imediatamente.

- Durante a terapia observar se o paciente apresenta reações extrapiramidais, e diante dessas reações, comunicar imediatamente ao médico.

- Pode causar tontura ou sonolência Infundir lentamente além de 2-3min; diluir em soro glicosado 5% ou fisiológico 0,9% e infundir em 15 minutos

- **ASS infantil 100mg(1cp no almoço)**

Ácido acetilsalicílico 100 mg. Excipiente q.s.p. 1 comp. Contém: vanilina, sacarina1 sódica, lactose monoidratada, dióxido de silício, amido de milho, corante amarelo nº5, corante amarelo nº6.

- **Indicações**

AS é indicado para o alívio de dores de intensidade leve a moderada, como, por exemplo, dor de cabeça, dor de dente, dor de garganta, dor muscular, dor nas articulações, dor nas costas, dor menstrual e dor derivada da artrite. AAS também é indicado para o alívio sintomático da dor e da febre durante gripe ou resfriados.AAS pode ser utilizado também como inibidor da agregação plaquetária, contribuindo, dessa maneira, para a redução de acidentes vasculares trombo embólicos, em pacientes com problemas cardíacos, recém operados ou com história prévia de problemas cardíacos.

Contra- indicações

AAS está contra- indicado em todos os pacientes com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico e a outros antiinflamatórios não esteróides. AAS não deve ser empregado em pacientes predispostos a dispepsias ou sabidamente portadores de alguma lesão da mucosa gástrica. Seu emprego deve ser evitado nos pacientes portadores de lesão hepática grave, em hemofílicos e naqueles que estejam fazendo uso de anticoagulantes. A administração deve ser cautelosa nos pacientes com função renal comprometida, particularmente nas crianças, e sempre que o paciente estiver desidratado. O AAS somente deverá ser empregado durante a gravidez sob orientação médica.

Advertências

Crianças ou adolescentes não devem usar este medicamento para catapora ou sintomas gripais antes que um médico seja consultado sobre a Síndrome de Reye, uma rara, mas grave doença associada a este medicamento.

Interações medicamentosas

Alguns efeitos do ácido acetilsalicílico no trato gastrintestinal podem ser potencializados pelo álcool. Pode ser aumentada a atividade dos anticoagulantes cumarínicos e a atividade hipoglicemiante das sulfoniluréias. Os anticoagulantes podem acentuar o efeito hemorrágico do ácido acetilsalicílico sobre a mucosa gástrica. O ácido acetilsalicílico diminui o efeito de agentes uricosúricos como a probenecida e a sulfinpirazona. Barbitúricos e outros sedativos podem mascarar os sintomas respiratórios da superdosagem com ácido acetilsalicílico e tem sido relatado aumento da toxicidade daqueles. A atividade do metotrexato pode estar marcadamente acentuada e sua toxicidade aumentada.

Reações adversas / Efeitos colaterais

O ácido acetilsalicílico pode provocar irritação da mucosa gástrica e sangramento digestivo, sobretudo em dose alta e tratamento prolongado. Embora pouco comuns, podem ocorrer casos de hipersensibilidade manifestada por broncoespasmo, asma, rinite, urticária e outras manifestações cutâneas. O uso prolongado do ácido acetilsalicílico em altas doses tem sido associado com diminuição da função renal.

- **Posologia**

Crianças até 1 ano de idade, a critério médico; de 1 ano a 2 anos, 1/2 a 1 comprimido; de 3 a 5 anos, 1 a 2 comprimidos, de 6 a 9 anos, 2 a 3 comprimidos; de 10 a 12 anos, 4 a 5 comprimidos. Estas doses podem ser repetidas até 3 vezes ao dia, podendo variar segundo orientação médica. O comprimido INFANTIL (100 mg de ácido acetilsalicílico) deve ser colocado na boca e deixado dissolver.

– Informações

AAS é um produto que possui em sua fórmula uma substância chamada ácido acetilsalicílico. Esta substância tem a propriedade de baixar a febre (antitérmico), aliviar a dor (analgésico) e reduzir a inflamação (antiinflamatório). Por isso, é utilizado para alívio dos sintomas de várias doenças como gripes, resfriados e outros tipos de infecções.

- ✓ **Metformina 850 MG (café,almoço e jantar)**

Indicações: A principal indicação para a metformina é o diabetes mellitus tipo 2, principalmente em pessoas obesas e quando acompanhado de resistência à insulina.

A metformina reduz a ocorrência de todas as complicações do diabetes, sendo que é o único antidiabético oral comprovadamente capaz de prevenir suas complicações cardiovasculares, e parece ter a melhor relação risco-benefício dentre todos os antidiabéticos, mesmo os de desenvolvimento mais recente. Ao contrário das sulfoniluréias, a outra classe de medicamentos mais utilizada contra o diabetes, a metformina por si só é incapaz de provocar hipoglicemia, pois não aumenta ou estimula a secreção de insulina (embora raríssimos casos de hipoglicemia após exercício físico intenso tenham sido relatados); portanto, é às vezes considerada um "normoglicemiante".

A metformina não causa aumento de peso, e pode mesmo provocar discreto emagrecimento. Também reduz os níveis de ácidos graxos livres, e pode reduzir discretamente os níveis de LDL e triglicérides.

A metformina também está indicada e é eficaz no tratamento da síndrome do ovário policístico (SOP), na qual a resistência à insulina é um fator fundamental.

O National Institute for Health and Clinical Excellence, agência governamental do Reino Unido, recomenda que mulheres com síndrome do ovário policístico e índice de massa corpórea (IMC) acima de 25 recebam metformina quando outros tratamentos não surtirem efeito.

Vem sendo estudado o uso da metformina na doença hepática gordurosa não alcoólica(DHGNA) e esteato-hepatite não alcoólica (EENA ou EHNA) e na puberdade precoce, três doenças que também envolvem resistência à insulina. Entretanto, a metformina ainda não foi aprovada para tais usos, e um estudo piloto demonstrou que seu benefício na DHGNA pode ser apenas passageiro.

Interações medicamentosas :

A cimetidina (utilizada no tratamento da úlcera péptica) aumenta a concentração de metformina no sangue, pois torna a remoção de metformina pelos rins mais lenta. Tanto a metformina como a cimetidina (principalmente a forma catiônica, ou positivamente carregada, desta) são excretadas pelos rins do mesmo modo, e podem competir pelos mesmos mecanismos celulares de transporte.

Um pequeno estudo duplo-cego demonstrou que o antibiótico cefalexina também aumenta a concentração de metformina, de modo semelhante; teoricamente, muitos fármacos catiônicos (como a digoxina, a morfina, o quinino e a vancomicina) podem produzir o mesmo efeito.

A furosemida, um diurético, interage com a metformina; a concentração e a meia-vida da furosemida são reduzidas, enquanto a concentração de metformina aumenta, sem alteração de sua remoção do organismo.

Contra indicações:

O uso de metformina está contra indicado em pessoas com qualquer doença que possa aumentar o risco de acidose láctica, como diminuição da função renal, doenças do fígado, e estados associados à hipóxia (doenças pulmonares, sepse, infarto do miocárdio). Há muito tempo a insuficiência cardíaca tem sido considerada uma contra indicação à metformina, mas uma revisão sistemática publicada em 2007 demonstrou que a metformina é o único antidiabético oral não prejudicial a pessoas com insuficiência cardíaca.

Recomenda-se a suspensão temporária do uso da metformina antes de qualquer exame radiológico (como tomografia ou angiografia) no qual se utilize contraste iodado, pois o meio de contraste pode provocar um comprometimento temporário da função renal, causando um acúmulo de metformina no organismo e indiretamente levando à acidose láctica.
No Brasil, recomenda-se que a metformina seja interrompida dois dias antes do exame, embora isso nem sempre seja possível (por exemplo, quando o exame

precisa ser realizado em caráter emergencial). Também se recomenda que o uso de metformina seja retomado após não menos de 48 horas, e contanto que a função dos rins esteja normal.

- Cuidados de enfermagem

- A medicação não deve ser usada durante o trabalho de parto, e a lactação. A medicação deverá ser suspensa pelo menos um mês antes da data prevista do parto.
- Informar que a medicação pode causar gosto metálico na boca.
- Recomendar ao paciente a prática diária de exercícios para evitar hipoglicemia.
- Durante a terapia monitorar a glicose na urina e no sangue.

Avaliar a presença de dificuldades respiratória, fraqueza, dor muscular, sonolência e desconforto gastrointestinal. E se houver comunicar imediatamente ao médico

- ✓ **Captopril,25mg (14hs,22hs e 06hs)**

INIBIDORES DA ECA E ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA

Também excelentes drogas para o controle da pressão. São indicados principalmente em jovens, pessoas com doença cardiovascular, insuficiente renais crônicos e proteinúrias.
Funcionam mal em negros. Podem elevar o potássio sanguíneo e causar alergias em alguns doentes.

Indicação:

Hipertensão arterial; insuficiência cardíaca congestiva (tratamento adjunto com diuréticos e digitálicos).

Como anti-hipertensivo, inibe competitivamente a ECA (Enzima Conversora da Angiotensina), diminuindo assim a conversão da angiotensina I em angiotensia II que é um potente vasoconstritor. A queda da angiotensina II leva a um aumento na atividade da renina plasmática (PRA) e a uma

diminuição da secreção da aldosterona levando a um pequeno aumento de potássio e sódio e a uma maior eliminação de líquidos; inibidores da ECA reduzem a resistência arterial periférica e podem ser mais efetivos em hipertensão com renina alta.

Como vasodilatador na insuficiência cardíaca congestiva, diminui a resistência vascular periférica e a pressão intravascular pulmonar, aumentando o débito cardíaco e a tolerância aos exercícios. Absorção: gastrintestinal (75%); alimentos reduzem a absorção em 30 a 55%. Ação - início: 15 a 60 minutos; duração: 6 a 12 horas. Biotransformação: no fígado. Eliminação: urina (mais de 95% em 24 horas); não metabolizado (40 a 50%); metabolizado: restante.

- ✓ **Atenolol,25mg (1cp ao dia)**

BETA-BLOQUEADORES

São inferiores aos anteriores, mas devem ser primeira escolha nos doentes com doença cardiovascular, arritmias cardíacas, enxaqueca , hipertireoidismo e pessoas ansiosas com tremores das mãos. Não deve ser usado em asmáticos e pessoas com batimento cardíaco abaixo de 60 por minuto.Mais de 90% dos pacientes hipertensos devem tomar 1 ou mais dos remédios descritos acima.

Doentes com hiperplasia benigna da próstata devem usar uma outra classe chamada de Bloqueadores alfa como o Prazosin e o Doxazosin. São drogas de 2º linha que não devem ser prescritas em outros grupos.

Algumas pessoas têm hipertensão de difícil controle e, às vezes, precisam de 4,5 ou 6 drogas anti-hipertensivas. Neste caso existem alternativas como hidralazina, metildopa, clonidina e minoxidil, drogas potentes, utilizadas nos casos mais graves.

- ✓ **- Carbonato de Cálcio + Vitamina D**

Comprimido 1.250 mg (equivalente a 500 mg Ca^{++}).

INDICAÇÕES

- •Tratamento e prevenção da deficiência de cálcio.
- •Tratamento da hiperfosfatemia em pacientes com insuficiência renal avançada ou associada a hiperparatireoidismo.

CONTRA-INDICAÇÕES

- •Hipercalcemia.
- •Cálculo renal.
- •Hipofosfatemia.
- •Hipercalciúria.

PRECAUÇÕES

- • Em pacientes com acloridria ou hipocloridria (comum em idosos), a absorção de Carbonato de Cálcio pode estar reduzida, melhorando com a administração junto às refeições.
- •Podem ocorrer hipercalcemia e hipercalciúria em pacientes com hipoparatireoidismo que fazem reposição por períodos prolongados, junto com altas doses de vitamina D.
- •Cautela em pacientes com insuficiência renal (ver apêndice D), sarcoidose, história de nefrolitíase.
- •Categoria de risco na gravidez (FDA): C (ver apêndice A).

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

- •Observação: 400 mg de cálcio elementar = 1 g de Carbonato de Cálcio = 20 mEq/g de cálcio = 40% Cálcio.

Tratamento e Prevenção da Deficiência de Cálcio

- •1-2 g/dia, por via oral, fracionados em 3 vezes ao dia, junto às refeições.

ASPECTOS FARMACOCINÉTICOS

- •Absorvido no intestino delgado, dependendo da presença de vitamina D, pH no lúmen, idade, dose, presença ou ausência de alimentos.
- •Excreção: renal (20%) e fecal (80%).

EFEITOS ADVERSOS

- •Hipercalcemia, hipofosfatemia.
- •Cefaleia.
- •Constipação, efeito laxativo, rebote ácido, náusea, vômitos, dor abdominal, flatulência, anorexia, xerostomia, síndrome do leite alcalino.
- •Calculose urinária.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- •Aumenta efeitos de: diuréticos tiazídicos (hipercalcemia e síndrome do leite alcalino), digoxina (toxicidade).
- •A administração de sais de cálcio com poliestirenossulfonatos em pacientes com deficiência renal pode reduzir a capacidade de ligar potássio e resultar em alcalose metabólica.
- •Diminui a absorção de ferro.

*O*RIENTAÇÕES AOS PACIENTES

- •Estimular a prática de exercícios físicos, pela importância na construção e manutenção da massa óssea e prevenção da osteoporose.
- •Explicar que adequadas quantidades de vitamina D ou exposição solar auxiliam na absorção de cálcio.
- •Orientar para deixar intervalo de 1 a 2 horas para ingestão de outros medicamentos.
- • Orientar para evitar uso concomitante a alimentos ricos em fibras, álcool, fumo ou cafeína.

- Cuidados de enfermagem

- ✓ Pode causar constipação,recomende-se do paciente em aumentar o volume da dieta na ingestão de líquidos.
- ✓ Monitorar periodicamente as concentrações de cálcio ,cloro ,sódio,potássio.
- ✓ Orientar-se para alimentar se com alimentos ricos em vitaminas .
- ✓ Informar ao paciente as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante da ocorrência de qualquer uma delas, o médico deverá ser comunicado imediatamente.

7-Diagnostico de Enfermagem

I- Risco de glicemia instável caracterizado pela dificuldade de adesão a dieta.

Intervenções de enfermagem:

- Colher informações que detectam as dificuldades da cliente em aderir a dieta.
- Orientar a paciente da importância de seguir a dieta ,controlando a ingestão de açucares e massas
- Observar atentamente os sinais de hipoglicemia(pele fria e pegajosa) e de hiperglicemia.

Resultado esperado -

- Observar atentamente os sinais de hipoglicemia(pele fria e pegajosa) e de hiperglicemia com o objetivo de manter o paciente estável. Em até 1 semana.
- Conversar sobre o plano dietético, limitando a ingesta de açúcar, gordura, sal, comendo carboidratos complexos, especialmente aqueles ricos em fibras e como lidar com as refeições fora de casa.

2-Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais caracterizado por perda de peso relacionado a não aceitação da dieta.

Intervenção de enfermagem:

- estabelecer um padrão dietético com ingesta adequada para repor/manter um peso adequado.

- Fornecer refeições menores e lanches suplementares, conforme apropriado.

Resultado esperado -

- Manter dieta para DM e HAS, fracionando as mesmas.
- Orientar quanto a necessidade de realização de glicemia capilar.
- Se necessário entrar com alimentação suplementar.

3-interação social prejudicada caracterizada por choro fácil relacionado a relato de solidão.

Intervenção de enfermagem:

- Incentivar atividades no convívio de outras pessoas(se necessário encaminhar para psicólogo ou atividades em grupo
- Proporcionar entendimento sobre a limitação.
- Promover meios de reintegração social
- Interagir juntamente com familiares para diminuir a sensação de solidão

Resultado esperado -

- Orientar quanto a necessidade de realização da consulta com a psicologa para uma melhora em até 3 meses .

- Ativar o serviço social ,para que a família venha para o convívio da paciente, isto em até 1 semana.

8- Evolução

Dia 26/03/13

Cliente lúcida verbalizando, interagindo com o examinador acianótica, anictérica, eupneica em ar ambiente hidratada,hipertensa,afebril grau de dependência 1hipocorado +2/.4,abertura ocular espontânea pupilas foto reagente,isocoria.AC RCR BNT 2t sem sopros, AP MUVA /SA sem ruídos adventícios e, ABD globoso, flácido, indolor a apalpação profunda em hipocondrio D . refere melhora na aceitação da dieta, eliminações fisiológicas sem alterações, MMII sem edemas, boa perfusão periférica.

9-Considerações finais

O estudo mostrou a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da decisão do paciente em engajar-se no autocuidado a fim de proporcionar uma melhora no padrão de resposta do doente à doença. Principalmente levando-se em consideração que as patologias da cliente são crônicas e incuráveis, isso torna o papel do enfermeiro e a correta aplicação da sistematização ainda mais importantes pois contribui para a melhora da cliente visando sim; sua patologia; mas não se atendo somente a ela.

Acredito que se possa concluir após este processo que foi satisfatória a resposta da cliente após as implementações de enfermagem. O que só ressalta ainda mais a importância de fazê-la.

10- Bibliografia

1. BORGES JL, Serro-Azul JB. Manual de Cardiogeriatria I, 2002; 75-85

2. BRUNNER & SUDDART Tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 9° Ed. Guanabara koogan; Rio de Janeiro: 2002.FISCHBACH. Francês

3. CARPENITTO, L. J. Diagnósticos de Enfermagem Aplicação à PráticaClínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

4. FONTINELE. J Klinger.Manual de enfermagem e exames laboratoriais e diagnósticos. 6°ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro: 2002.

5. GUYTON, A. C.Tratado de fisiologia médica. 10. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan

6. PETRELLA RJ. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines.Can Fam Physician 2009;

7. PORTO, C. C. Exame Clínico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

8. SMELTZER SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002

9. SHOJI VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo2000; 10:7-14.

10. VARGAS CM, Ingram DD, Gillum RF. Incidence of hypertension and educational attainment. Am J Epidemiol 2000; 152:272-8.