

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LEILANE DA SILVA DIAS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SÍNDROME DE BUDD CHIARRI.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LEILANE DA SILVA DIAS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SINDROME DE BUDD CHIARRI.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Priscila Balderrama

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SÍNDROME DE BUDD CHIARRI** de autoria do aluno **LEILANE DA SILVA DIAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ms. Priscila Balderrama
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

"Os grandes homens são sonhadores. Veem mesmo com a suave neblina de um dia de primavera ou no céu avermelhado de uma longa tarde de inverno. Alguns deixam que estes grandes sonhos morram, mas outros os alimentam e os protegem, cuidam deles até levá-los ao calor do sol, que sempre chega para aqueles que esperam sinceramente que os sonhos se tornem realidades".

Woodrow Wilson

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	06
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	07
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
6 REFERÊNCIAS.....	15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SÍNDROME DE BUDD CHIARI.

RESUMO

Introdução: O trabalho assistencial com pacientes que possuem a Síndrome de Budd Chiari (BCS) constitui um elemento de fundamental importância. Devido à gravidade da doença e a observação cotidiana dos diversos aspectos da vida desses pacientes, surgiu a necessidade de realizar um estudo que relacionasse os principais diagnósticos de enfermagem, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes com BCS.

Objetivo: Fazer um levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem que acometem os pacientes com a Síndrome de Budd Chiari e influenciam na qualidade de vida desses pacientes, das respectivas ações/intervenções propostas para cada diagnóstico, bem como do plano de alta.

Método: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, a qual se constitui em uma síntese de estudos, incluindo uma busca de dados de maneira abrangente, analisando-se para este trabalho 15 artigos e 7 livros da área de saúde.

Resultado e Análise: Foram identificados 16 possíveis diagnósticos de enfermagem para o paciente com a Síndrome de Budd-Chiari, respectivas intervenções e plano de alta.

Considerações Finais: Este trabalho trouxe instrumentos para melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar para tratamento de pacientes com BCS, identificando-se aspectos relacionados à saúde física e emocional dos pacientes, a fim de oferecer-lhes um atendimento de enfermagem que proporcione melhor qualidade de vida. Percebe-se pelas informações dos autores, que a sistematização de enfermagem é de suma importância para o direcionamento da assistência aos pacientes, uma vez que facilitará o planejamento da atenção de forma integralizada.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho assistencial constitui um elemento de fundamental importância para o paciente e se apresenta como um dos principais desafios para melhorar a qualidade de vida (QV). A relação paciente - enfermeiros ganha novos contornos quando se trata de prestar uma assistência individualizada (CAR et al., 1998).

Além disso, constitui-se como um desafio para a equipe de saúde a proposição de uma terapêutica eficaz em longo prazo, porque requer a participação e cooperação do portador, o qual convive com a cronicidade e tem dificuldade em alterar seu estilo de vida (CAR et al., 1998). Essa concepção holística do homem é o fundamento básico que permeia toda a assistência de enfermagem, lembrando que o doente, seja em unidade de internação ou ambulatorial, é uma pessoa e, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o seu contexto de vida depois de ser acometido pela doença. O cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele e seu grupo familiar têm da doença e do significado que a experiência tem para eles (CAR et al., 1998). Neste contexto conceitua-se que qualidade de vida como a “sensação de bem-estar físico e de satisfação emocional, psíquica e social do indivíduo” (RIVEVERA et al., 1998).

A síndrome de Budd-Chiari (BCS) decorre da obstrução primária ou secundária da drenagem venosa do fígado e também possui várias etiologias. Suas manifestações clínicas podem ocorrer de maneira aguda ou crônica, mas as alterações nas provas das funções hepáticas são mais evidentes nos eventos agudos. Seu diagnóstico definitivo geralmente é feito por métodos de imagem associados à histologia do fígado (VALLA, 2002).

A severidade, a duração da doença e a resposta individual à terapêutica podem influenciar a qualidade de vida. No entanto, a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde também pode interferir na sua QV, pois das suas crenças e dos seus valores depende, em grande parte, a sua satisfação de viver (TRENTINI et al., 1990).

Portanto, a adesão ao tratamento e conseqüentemente a eficácia da assistência prestada, podem estar relacionadas à percepção individual que o paciente tem a respeito da doença (SOUSA, 1999).

Percebemos pela literatura que a gravidade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença, quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode acarretar, tais como: dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbação nas relações familiares e sociais, e outras (SOUSA,

1999). No entanto, o impacto individual de uma doença é modificado por muitos fatores, dentre eles: idade, sexo, raça e cultura; objetivos e experiências pessoais; relacionamentos interpessoais; saúde física e mental e expectativa de vida (DELLA COLETA, 1995).

A ideia de pesquisar sobre a qualidade de vida dos pacientes com Síndrome Budd Chiari surgiu com base na observação de tais indivíduos durante vivência profissional, devido a gravidade da doença e a observação cotidiana dos diversos aspectos da vida desses pacientes que podem influenciar no processo de adoecimento e na qualidade de vida.

Neste contexto, a pergunta que norteou o presente estudo de revisão foi: Como desenvolver uma assistência de enfermagem, que englobe diagnósticos e intervenções, voltada a QV de pacientes com a Síndrome Budd Chiari, em uma unidade hospitalar?

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 GERAL

Fazer um levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem que acometem os pacientes com a Síndrome de Budd Chiari e influenciam a qualidade de vida desses pacientes.

1.1.3 ESPECÍFICO

Fazer um levantamento das ações/intervenções propostas para cada diagnóstico, bem como de plano de alta, como estratégia para a assistência de enfermagem na qualidade de vida dos pacientes que possuem a Síndrome de Budd Chiari.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Síndrome de Budd-Chiari é um distúrbio raro, cujo quadro clínico foi descrito inicialmente por Budd em 1845 e as alterações histológicas por Chiari em 1899. É causada pela obstrução da saída venosa hepática envolvendo as veias hepáticas e o seguimento terminal da veia cava inferior (BLUM; ROSSLE; HAAG, 1995). A prevalência permanece amplamente desconhecida, mas as estimativas variam entre 1/50.000 e 1/100.000 (AMARAPURKAN, 2008).

A obstrução leva a congestão hepática e necrose isquêmica. A gravidade depende da velocidade de apresentação e da extensão da obstrução. As obstruções são geralmente causadas por trombose. Com o tempo, o trombo reorganiza-se para formar um tecido fibroso que leva ou a estenose localizada da veia trombótica ou a obliteração difusa, resultando na sua transformação em cordões fibrosos. As estenoses localizadas podem apresentar-se com a aparência de uma estrutura tipo membrana (ANDREOLH, 1998). A BCS secundária resulta da invasão do lúmen por um tumor ou da compressão da veia por uma lesão expansiva. As principais manifestações da BCS são ascites (que são frequentemente massivas e intratáveis) levando a subnutrição e insuficiência renal, hemorragia gastrointestinal por hipertensão portal, e insuficiência hepática resultando em encefalopatia e infecções graves (AURÉLIE; VALLA, 2008).

O aparecimento dos sintomas é frequentemente insidioso com desconforto em hipocôndrio direito e ascite progressiva causada pela hipertensão portal. No início, pode haver icterícia leve com disfunção hepática mínima. Nesse estágio precoce a síndrome pode mimetizar a pericardite constrictiva (AURÉLIE; VALLA, 2008).

Achados clínicos sugerem obstrução da veia cava e inclui edema de membros inferiores, episódios de embolia pulmonar e, algumas vezes, dilatação venosa superficial de membros inferiores, abdome e região lombar.

O fígado torna-se doloroso, o volume abdominal aumenta, a pele fica com uma coloração amarelada, há fortes dores abdominais e hemorragias. Algumas vezes os coágulos tornam-se muito grandes e podem atingir a veia que penetra no coração, levando a sintomas de problemas cardíacos (AURÉLIE; VALLA, 2008).

Normalmente, o diagnóstico pode ser estabelecido por meios não invasivos através de imagens das veias hepáticas e da veia cava inferior, tais como ultrassom Doppler, tomografia computadorizada e ressonância Magnética por Imagem (MRI), mas necessita de um

radiologista com experiência suficiente e com sensibilização para o potencial diagnóstico (AURÉLIE; VALLA, 2008). A partir de suspeita clínica é realizada a avaliação por imagem. A ultra-sonografia (US) mostra achados típicos, como incapacidade total ou parcial de visualização das veias supra-hepáticas, presença de material ecogênico intraluminal e indicação de estenose com dilatação proximal. Hepatomegalia está presente na maioria dos casos e ascite é invariavelmente observada. A presença e a direção do fluxo venoso hepático são determinadas pelos US com Doppler colorido. Confirmação histológica por biópsia hepática é requerida na maioria dos casos (BETTIO, 2002).

O curso natural da doença é muito grave, sendo que menos de 10% dos doentes sobrevivem mais de 3 anos sem tratamento. Contudo, quando o diagnóstico é rapidamente realizado e o tratamento é rapidamente iniciado, a taxa de sobrevivência em 5 anos é de 90% (BETTIO, 2002).

Com base na associação entre qualidade de vida e doença, percebe-se, uma questão multifatorial, na qual existe a interferência de quatro grandes fatores. O físico, através da percepção do indivíduo sobre sua condição física; o psicológico, por meio da percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; o relacionamento social, de acordo com a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; e o do ambiente, por meio da percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (SEIDL; ZANNON; CMLC, 2004).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2005), a qualidade de vida abrange diversos aspectos tais bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal e profissional, satisfação das necessidades básicas e saúde. É um assunto de relevância para a sociedade em geral, na sociedade científica, especialmente no campo da saúde.

Observa-se que não existir um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um projeto colaborativo multicêntrico, e obtiveram três aspectos fundamentais referentes à construção da qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade que é a presença de dimensões positivas e negativas (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

No entanto, o impacto individual de uma doença é modificado por muitos fatores, dentre eles: idade, sexo, raça e cultura; objetivos e experiências pessoais; relacionamentos interpessoais; saúde física e mental e expectativa de vida.

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, a qual se constitui em uma síntese de estudos, incluindo uma busca de dados de maneira abrangente, com utilização de critérios de seleção explícitos, metodologia clara e sistematizada, bem como, uso de critérios uniformes de avaliação (CRUZ et al., 2004). Para tanto, realizou-se uma busca de artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Como descritores foram utilizados: “sistematização de enfermagem”, “equipe de enfermagem” e “diagnóstico de enfermagem”. Utilizou-se o modelo assistencial de Horta ao processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conjuntamente com a Taxonomia II dos Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010).

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2013. A bibliografia que serviu para a construção do estudo compreendeu publicações entre os anos de 1990 a 2008. Constituíram-se em critérios de inclusão: periódicos nacionais, escritos em português e disponíveis na íntegra. Para a análise dos dados realizou-se, primeiramente, a leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados. Após, para que fosse reconhecido o conteúdo de acordo com o modelo assistencial de Horta e o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conjuntamente com a Taxonomia II dos Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010), iniciou-se uma leitura aprofundada, buscando compreender os principais achados dos estudos.

Devido às dificuldades para encontrar artigos que tratassem do tema e contivessem no conteúdo diagnóstico de enfermagem, foi necessário, para complementação, ter uma busca em livros, onde contextualizaria os resultados e as análises do estudo, restando para a revisão de literatura, 15 artigos e 7 livros da área de saúde. Os dados foram caracterizados conforme a necessidade funcional do estudo.

A partir da análise dos textos encontrados e da vivência hospitalar como profissional, emergiram as seguintes categorias para desenvolver um modelo assistencial: diagnóstico de enfermagem; intervenções e plano de alta.

4. RESULTADO E ANÁLISE

O método aplicado à assistência de enfermagem consistiu-se como um plano sistematizado, que dinamizou as etapas que compõem o processo de enfermagem, promovendo um cuidado de qualidade, possibilitando ainda, um aprendizado nas diferentes situações com reflexão da prática do enfermeiro (HERMIDA; ARAUJO, 2006).

O enfoque assistencial multiprofissional ao paciente internado nas unidades nesse período envolve o ajuste do esquema imunossupressor, monitorização dos parâmetros da função hepática, renal, hematológica, bioquímica do sangue, o rastreamento rigoroso de possíveis sinais de infecção e o acompanhamento do estado emocional e afetivo do paciente bem como de suas condições sociais e econômicas para adequar-se ao novo ritmo de vida após a alta hospitalar. Nessa fase, o enfermeiro assistencial deve estar alerta para os diagnósticos e intervenções de enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados concernentes ao atendimento às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A educação em saúde, nesse período, deve ser então enfatizada, com abordagem multidisciplinar (HERMIDA; ARAUJO, 2006).

O paciente é submetido a um plano de fisioterapia motora e respiratória, mediante demanda específica, e fica a cargo da psicologia o suporte emocional e psicoterápico para o paciente, na adaptação com o novo órgão e o preparo para reestruturação da vida sócio-familiar. Além disso, a paciente conta com assistência social quando não possui recursos para arcar com as despesas inerentes à sua nova condição de vida após a alta hospitalar.

Os fatores relacionados a essa síndrome, são descritos pela literatura e pelos diagnósticos segundo a NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010) atendendo às necessidades dos pacientes, visando um atendimento integralizado e humanizado. Destacam-se os seguintes diagnósticos e suas intervenções:

Como resultados, este estudo identificou 16 possíveis diagnósticos de enfermagem para o paciente com a Síndrome de Budd-Chiari, respectivas intervenções e plano de alta, descritos abaixo:

1. Dor aguda:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Dor aguda caracterizada por prováveis relatos verbais e sintomas da própria síndrome, expressão facial, distúrbios do sono, respostas autonômicas como alteração da pressão sanguínea e comportamento expressivo relacionado ao desconforto abdominal (NANDA, 2010).

Como conduta, identificou-se que o enfermeiro deve proporcionar um ambiente terapêutico, avaliar a intensidade e frequência da dor, manter o membro em uma posição confortável, conseqüentemente haverá alívio da dor e melhora da irrigação sanguínea. Além disso, deve oferecer apoio e compreensão, discutir sobre as alternativas de melhor posicionamento do membro, aplicar compressas frias, analgésicos quando necessário. É importante frisar que o paciente deve ser coparticipante de seus cuidados (NANDA, 2010).

2. Integridade da pele prejudicada:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Integridade da pele prejudicada caracterizada por destruição de camadas da mesma relacionada ao tempo acamado e a fadiga (NANDA, 2010).

Foi possível diagnosticar esta alteração, pois a pele oferece proteção quando íntegra, assim mantê-la nesta condição é fundamental, para que o organismo consiga impedir interferências externas (NANDA, 2010).

A integridade da pele prejudicada é um diagnóstico real tendo como característica definidora a invasão da estrutura do corpo, neste caso, o edema em membros, inchaço do abdome proporcionando a distensão da pele.

Em pacientes com esta síndrome que possuem na maioria das vezes disfunção hepática grave, como as que exigem transplante para sobrevivência do paciente, comumente aparecem às aranhas vasculares decorrentes da hipertensão portal, as hemorragias digestivas devidas à erosão da mucosa esofagogástrica, a ginecomastia em homens, prurido generalizado, icterícia, edema de extremidades, podendo evoluir para anasarca, e desnutrição seletiva por alterações metabólicas e de absorção (NANDA, 2010). Todas essas condições prejudicam o tecido cutâneo, subcutâneo e mucoso e são exacerbadas, pela pressão em proeminências ósseas, contato com secreção e excreções corporais, uso de imunossupressores e dificuldade de mobilidade física. Esta condição é apresentada por todos os pacientes, independente da causa da cirrose.

Como conduta, identificaram-se as seguintes intervenções: proporcionar condições de higiene corporal criteriosa e realizar curativa sendo a frequência definida de acordo com os agentes tópicos utilizados.

3. Risco para infecção:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco para infecção relacionado à presença de dispositivo venoso e internação hospitalar (NANDA, 2010).

Como intervenções, obteve-se que por este diagnóstico é importante observar o local de inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos; promover a troca do mesmo seguindo as recomendações da Comissão de Infecção Hospitalar local, atentando-se para as queixas do paciente. Para evitar a ação irritante dos antibióticos, é recomendável, diluir os mesmos, em um maior volume (50 a 100 ml) o que poderá diminuir a agressão aos vasos e outros efeitos indesejáveis quando administrados em bolus (JORGE; DANTAS, 2003). Observando adequadamente a maneira e os locais de utilização dos anticoagulantes e trombolíticos que dissolvem os coágulos existentes.

O ambiente hospitalar predispõe ao risco de infecção, devido à diversidade de agentes infecciosos e aos procedimentos invasivos. Os dispositivos utilizados por tempo prolongado tais como os cateteres (no caso os endovenosos), podem ser porta de entrada para os microorganismos, assim como as falhas na técnica de inserção dos mesmos e a falta de controle do tempo de permanência, estes são fatores que contribuem para a infecção. Ressaltando que o próprio cateter trata-se de um corpo estranho que também pode levar as alterações locais (POTTER; PERRY, 1999).

4. Risco para constipação:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco para constipação relacionado à mudança de ambiente, de padrões habituais de alimentação e uso de antidepressivos.

Como conduta, os estudos levantaram que o enfermeiro, ao realizar o exame físico, deve atentar-se para as questões relacionadas ao funcionamento do trânsito intestinal, certificando-se da presença dos ruídos hidroaéreos, tendo também como referencial a eliminação de flatos, frequência e características das evacuações. Com estes dados poderá avaliar e aplicar seus conhecimentos para preservar ou melhorar a função intestinal e quando houver necessidade, solicitar avaliação do profissional da área. Além de monitorizar a ingesta alimentar e as eliminações diariamente.

Dentre as causas que podem desencadear a constipação intestinal encontra-se a hospitalização, tendo como fatores a imobilização no leito, a restrição hídrica e efeitos colaterais de alguns medicamentos (HIKEY, 1999).

A ansiedade é o sentimento de intranquilidade e apreensão que surge em resposta a uma ameaça inespecífica. A ansiedade se diferencia do medo apenas pela ausência de ameaça. Na prática clínica, ambos os sentimentos podem coexistir e produzem a mesma

resposta simpática, como alteração da frequência cardíaca, dilatação das pupilas, sudorese, tremores e secura na boca.

5. Risco para baixa autoestima situacional:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco para baixa autoestima situacional relacionado à mudança do papel social (internação) e alteração física (NANDA, 2010).

Como conduta, os estudos apontam que a importância de intensificar a comunicação estimulando a verbalização de seus sentimentos, envolvê-la nas tomadas de decisões para combater a ambivalência e a procrastinação associadas à baixa autoestima; promover momentos de lazer como leitura, vídeos, jogos, banho de sol e interação com outros pacientes.

6. Troca de gases prejudicada:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Troca de gases prejudicada caracterizada pelo excesso ou déficit na oxigenação e/ ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar, devido à dispnéia produzida pela compressão diafragmática do abdome distendido e da deformidade da parede torácica, cor da pele anormal pálida, escurecida (NANDA, 2010).

Como conduta, ajudar ao paciente o tempo de expiração e diminuir o aprisionamento ar e com isso, o paciente irá respirar de forma mais eficiente e efetiva.

7. Eliminação urinária prejudicada:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Eliminação urinária prejudicada caracterizada por disfunção na eliminação de urina, em que a dificuldade / demora para iniciar a micção é vista (NANDA, 2010).

Como conduta é necessário o controle hídrico e uma observação contínua dos profissionais para com os pacientes.

8. Perfusão tissular ineficaz:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Perfusão tissular ineficaz caracterizado pela observação da presença de edema, principalmente em membros inferior e superiores e a icterícia (NANDA, 2010).

Como conduta é necessário manter um cuidado circulatório rigoroso para a prevenção de insuficiência venosa.

09. Risco de função hepática prejudicada:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco de função hepática prejudicada, caracterizado pela própria doença que agride a função hepática e por medicamentos hepatotóxicos em uso (NANDA, 2010)

Como conduta observar e monitorar os exames laboratoriais, para minimizar os efeitos dos medicamentos hepatotóxicos.

10. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais caracterizadas pela ingestão insuficientes de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas. Manifestado por tônus muscular insatisfatório, causado por fatores biológicos e capacidade prejudicada de absorver alimentos (NANDA, 2010).

Como conduta é necessário uma assistência no autocuidado com a alimentação, monitorização de líquidos, monitorização nutricional, terapia nutricional e o controle do peso diariamente.

11. Volume de líquidos excessivo:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Volume de líquidos excessivo caracterizado pela retenção aumentada de líquido isotônico, manifestado por pressão venosa central aumentada, relacionado aos mecanismos reguladores comprometidos (NANDA, 2010).

Como conduta é necessário monitorização hídrica, monitorização hemodinâmica invasiva e controle hídrico eletrolítico.

12. Motilidade gastrointestinal disfuncional:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Motilidade gastrointestinal caracterizada pela atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal, manifestado pela distensão abdominal e dor abdominal, relacionado a intolerância alimentar (NANDA, 2010).

Como conduta, é necessário um controle nutricional e fisioterápico para o melhoramento da motilidade gastrintestinais.

13. Privação de sono:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Privação do sono caracterizado pelo período prolongado de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa) manifestado por ansiedade, cansaço, confusão

aguda, sensibilidade aumentada à dor e mal-estar, relacionado a hipersonolência do sistema nervoso central idiopática (NANDA, 2010).

Como conduta o profissional deverá intervir, mantendo um controle do ambiente adequado com musicoterapia, promovendo a redução da ansiedade e o posicionamento adequado do paciente no leito, avaliar e administrar medicações (ansiolíticos e analgésicos) conforme a prescrição médica quando necessário.

14. Mobilidade física prejudicada:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Mobilidade física prejudicada caracterizada pela limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades. Manifestado por dispneia ao esforço, mudança da marcha, relacionado a diminuição da massa muscular, dor e metabolismo celular alterado (NANDA, 2010).

Como conduta, o profissional deverá propor o auto cuidado para o banho, alimentação e higiene para estes pacientes, promovendo o exercício físico e o treinamento para o fortalecimento.

15. Risco de sangramento:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco de sangramento relacionado a função hepática prejudicada pela própria síndrome em estudo (NANDA, 2010).

A conduta é identificar os riscos, administração de medicamentos ou suspensão de anticoagulantes conforme prescrição médica, reposição sanguínea após a análise de exames laboratoriais, repouso contínuo, avaliação do nível de consciência.

16. Risco de confusão aguda:

A descrição desse diagnóstico foi encontrada da seguinte maneira: Risco de confusão relacionada a anormalidades metabólicas, como: uréia e creatinina aumentada, desequilíbrios eletrolíticos e hemoglobina diminuída, iniciando uma Encefalopatia Hepática (NANDA, 2010).

Como conduta é necessário intervir com uma monitorização dos sinais vitais, monitorização neurológica, controle de alucinações, delírios, promoção da perfusão cerebral, redução da ansiedade, promovendo a melhora do sono, controle da hiper e hipoglicemia e do ambiente, controle de convulsões, prevenção de quedas e controle de ácidos básicos.

Observando sobre a qualidade de vida percebe-se que os pacientes com a síndrome de Budd Chiari apresentaram dor de enchimento vesical e distensão abdominal; aumento da sensibilidade perineal, desorientação; e que a qualidade de vida foi significativamente pior nos aspectos, percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitação das atividades da vida diária, relações sociais, sono e disposição.

Em relação ao plano de alta, os estudos indicam que o processo para preparar a alta hospitalar precoce e a possível necessidade de cuidado de acompanhamento no lar, o planejamento de alta com a internação do paciente. Os planos de cuidados são definidos como documentos redigidos á mão, abordando o problema as metas e as intervenções. Os planos de cuidados são um método de comunicação de um cliente para a enfermeira que presta esses cuidados (NANDA, 2010).

O processo envolve a identificação das necessidades do paciente e a criação de um plano completo para atendê-las. A comunicação e a cooperação do paciente e da família (JORGE; DANTAS, 2003). Seguem as orientações para alta identificadas:

1. Verificar as prescrições escritas e outras instruções médicas para a alta.
2. Se informar sobre a existência ou não de novas ordens médicas que precisam ser executadas.
3. Revisar as instruções de alta e finalizar o ensino da saúde.
4. Orientação da família e o paciente sobre a importância da continuação do tratamento medicamentoso.
5. Orientar a necessidade de não consumir bebidas alcoólicas.
6. Orientar sobre a dieta e ingestão de líquido.
7. Orientar a família sob o diagnóstico encontrado e os cuidados devidos.
8. Documentar a alta e registrar data, horário, condição no momento de alta, resumo das instruções da alta, meio de transporte, identidade das pessoas que acompanharam o paciente.
9. Entregar o resultado dos exames e receitas, fazendo orientações quanto ao uso de medicações e retorno para revisões.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de revisão narrativa de literatura trouxe instrumentos para melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar para tratamento de pacientes com Síndrome de Budd Chiari, identificando-se aspectos relacionados a saúde física e emocional, a fim de oferecer um atendimento de enfermagem que proporcione melhor qualidade de vida.

Com isso, percebe-se pelas informações dos autores, que a sistematização de enfermagem é de suma importância para o direcionamento da assistência aos pacientes. O processo de enfermagem possibilitará uma maior interação com a paciente e o conhecimento das implicações diante da Síndrome de Budd Chiari, o que facilitará o planejamento da assistência de forma integralizada.

Foi um importante meio para instrumentalizar a prática assistencial, uma vez que direcionará o cuidado individualizado, proporcionando maior conhecimento para atendimento das necessidades dos pacientes, assim como, da avaliação da evolução dos casos. Conseqüentemente, trouxe argumentos importantes para a adequação do plano assistencial, baseando-se em dados científicos.

Esta revisão veio despertar para discussão das questões sobre a qualidade de vida dos pacientes com a BCS, na medida em que dá visibilidade à realidade vivida pelos profissionais de enfermagem que trabalham na área hospitalar. Vale salientar mais uma vez, a importância da utilização da sistematização de enfermagem para minimizar os agravos à saúde dos pacientes com a referida síndrome. É importante mobilizar os profissionais para que a organização do trabalho propicie a humanização do serviço de modo a oferecer aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

6 REFERENCIAS

- AMARAPURKAR, D. Changing spectrum of Budd-Chiari syndrome in India with special reference to non-surgical treatment. **World Journal of Gastroenterology**, v.14, n. 2, p. 278–285, 2008.
- ANDREOLII. **Cecil Medicina Interna Básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1998.
- AURÉLIE, P.; VALLA, D. **Budd-Chiari Syndrome**. *Seminars In Liver Disease*, v.28, n. 3, p. 207-232, 2008.
- BLUM, U.; ROSSLE, M.; HAAG, K. Budd-Chiarisindrome: technical, hemodynamic, and clinical results of treatment with transjugular intrahepaticportosystemic shunt. **Radiology**; 197:805–11. 1995.
- BETTIO, J. Tratamento da síndrome de Budd-Chiari Por meio da Colocação de dicas e de "stent" venoso supra-hepático. **Radiologia Brasileira**, v. 35, n. 6, p. 323-327, 2002.
- CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: excel Books, 2004.
- CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; MION, D.; GIORGI, D.M.A. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. **Rev Paul Enfermagem**, v. 8, n 2, p.4-7, 1998.
- DELLA COLETA, M.F. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular. **[dissertação]**. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1995.
- FEIJÃO, A.R.; CARVALHO, M.F.; CARMO, F.T. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas. **Online Braz J Nurs**; v.5, n.2, p.1-10; 2006.
- HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**; v. 59, n. 5, p. 675-9; 2006.
- HICKEY, J.V. **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
- JORGE, A.S.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu; 2003.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Qualidade de vida - aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**. jan./jun; v.1, n.1, p.13-15; 2007.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.5, n.1, p.7-18; 2000.

NANDA, **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 2009-2011/ Nanda Internacional; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Administração de medicamentos. In: Porter PA, Perry AG. **Fundamentos de enfermagem**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 721-96.

RIVERA, A.J.B.; ROLDÁN, F.L.T.; CASANOVA, L.I.S.; BELTRAN, M.M. Efecto de una intervencion educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. **Salud Pública de México**, v.40, n.6, p.503-9; 1998.

SOUSA, A.L.L. Prevalência da Hipertensão Arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo - SP (1989-1990). [**dissertação**]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**; v.20, n 2, p. 580-588; 2004.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.; MARTINS, C.R.; ANTÔNIO, M.C.; TOMAZ, C.E.; DUARTE, R. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Rev Gaúch Enfermagem**, v.11, n.2, p.20-7; 1990.

VALLA, DC. **Hepatic vein thrombosis (Budd-Chiari syndrome)**. Semin Liver Dis; v.22, n.5, p.14; 2002.