

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Vanessa Marinho Teixeira<sup>1</sup>; Sara Melissa Lago Sousa<sup>1</sup>; Esleane Vilela Vasconcelos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação, <sup>2</sup>Mestrado  
Universidade Federal do Pará (Ufpa)  
vanessamarinhot@gmail.com

**Introdução:** A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor destinado ao atendimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevida, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados específicos com qualidade, por meio de mecanismos e tecnologias avançadas, além de recursos humanos especializados, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física<sup>1</sup>. Em UTIs, por se deparar constantemente com pacientes graves e em instabilidade hemodinâmica. A equipe de enfermagem precisa estar preparada para o atendimento, direcionando as ações e as condutas de forma individualizada e sistematizada. Nesse cenário, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), torna-se o instrumento que direciona os cuidados e leva à promoção de práticas individualizadas, impulsionando a equipe a prestar uma assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica, e competente<sup>2</sup>. O enfermeiro intensivista deve dispor de competências e conhecimento para desenvolver o processo de enfermagem, que se revela um instrumento fundamental para a SAE, essencial para a elaboração do plano de cuidados. O processo de enfermagem nas UTIs deve ser uma abordagem diferenciada para a solução de problemas, visando a satisfação das necessidades e do cuidado do paciente crítico<sup>2</sup>. **Objetivos:** Elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva para o tratamento de Insuficiência Respiratória Aguda, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Insuficiência Respiratória Crônica. Assim como, descrever as complicações ocorridas a paciente e analisar a atuação do enfermeiro no contexto da Unidade de Terapia intensiva. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência feito por acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará a uma paciente com IRC, IRpA, e ICC realizado no período de 01 a 23 de fevereiro de 2016 durante aulas práticas no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), localizado na cidade de Belém, no estado do Pará. O levantamento de dados ocorreu pela busca ativa através de dados do prontuário do paciente, informações colhidas, e levantamento de informações em literaturas. Com a identificação dos problemas de enfermagem, foi possível traçar uma Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado nas diretrizes da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Resultados:** Trata-se de A.A.N., 60 anos, feminino, procedente do município de Barcarena-PA, viúva, católica, reside com o filho e dois netos em casa própria com renda familiar de dois salários mínimos. Admitida no HUJBB no dia 22.11.2015 para o tratamento de cirrose hepática alcoólica em caráter de urgência. Transferida para o CTI no dia 22.01.2016 com quadro de insuficiência respiratória aguda (IRpA), insuficiência renal crônica (IRC) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Pela manhã submeteu-se a troca de cateter Shilley (CDL para HD) do VJE para VSCE, após o procedimento ficou em repouso no leito 5, para aguardar hemodiálise. As 14h00min, evoluiu com insuficiência respiratória e queda da saturação sendo imediatamente entubada, e colocada em VM Assistida Controlada/PCV= 15 cmH<sub>2</sub>O, PEEP= 6cmH<sub>2</sub>O, Fr= 14/14 rpm, Sens.= 3l/min, FiO<sub>2</sub>= 80%. Evoluiu com

hipotensão severa com 92x62 mmHg, sendo instalado Noradrenalina 10ml/h e resultado satisfatório. Monitorizada em múltiplos parâmetros, hipotérmica, SatO<sub>2</sub>=100%. Apresenta-se com palidez cutânea e mucosa +3/+4, edemaciada e mal distribuída +2/+4, hiperemia em tórax anterior e MMSE, abdômen globoso e flácido sem visceromegalia, extremidades frias, AP: MV +, diminuição em base com roncos difusos, BCNF em 2T, sem sopro, RHA diminuído, instalado sedação 10ml/h em CDL em VSCD. CD: instalado SNG, sem intercorrências e a manteve aberta. Glicemia digital (383 mg/dl). Sem correção, devido orientação da enfermeira nefrologista e médico residente. Aquecimento das extremidades com algodão ortopédico + atadura de crepe. Foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado à respiração espontânea prejudicada, caracterizado por inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada, tendo como intervenções de enfermagem o cuidado com as vias aéreas artificiais e realização de aspiração das vias aéreas e resultado esperado, a permeabilidade das vias aéreas: vias traqueobrônquicas abertas e desobstruídas para a troca de ar e conforto respiratório do paciente. Outro diagnóstico encontrado foi o volume de líquido excessivo relacionado à existência de edemas, caracterizado por retenção aumentada de líquidos isotônicos. A intervenção de enfermagem para este diagnóstico é a monitorização e controle hidroeletrolítico, balanço hídrico rigoroso, supervisão de pele e monitoração de sinais vitais para a obtenção de reversão do quadro de edema. Diagnóstico de integridade da pele prejudicada relacionada à presença de úlceras por pressão, caracterizado por epiderme e/ou derme alterada, sendo os cuidados com úlcera por pressão, curativos, proteção contra infecções as intervenções de enfermagem para ter como resultado esperado a cicatrização de úlcera e controle de infecção. Também foi identificado o diagnóstico de risco para infecção relacionado à presença de traqueostomia e acessos centrais (CDL e DVA), caracterizado por risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. Observar acúmulos de secreções, supervisão da pele, cuidados específicos de enfermagem como curativos e aspirações são as intervenções a serem feitas e os resultados esperados são o controle de riscos para infecções, integridade tissular da pele e permeabilidade de vias aéreas. **Conclusão/ Considerações Finais:** O presente estudo nos possibilitou conhecermos a atuação do enfermeiro ao paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva, a qual apresentava complicações decorrentes de Insuficiência Respiratória Aguda, Insuficiência Renal Crônica e Insuficiência Cardíaca Congestiva. Revelando assim, a importância de elaborar um plano de cuidado individualizado para atender a especificidade de cada paciente. A identificação dos diagnósticos de enfermagem é uma etapa do Processo de Enfermagem que norteia o profissional no planejamento de uma assistência de qualidade, tendo como meta, a recuperação do paciente. E, para a obtenção desta, o enfermeiro deve realizar todas as etapas deste processo, pois a Sistematização da Assistência de Enfermagem dentro do Centro de Terapia Intensiva requer um cuidado mais aprimorado, em decorrência da situação em o paciente se encontra. Além do mais, o enfermeiro ainda precisa lidar com a questão emocional, tanto dos pacientes, como dos familiares, pois um Centro de Terapia Intensiva representa um cenário de sofrimento em ambas as partes. Mas, sendo um profissional, necessita saber atuar nessas situações de extrema fragilidade de pacientes e grande risco de morte.

## Referências:

1. Silveira RE, Contim D. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. J. res: fundam. care. online 2015. jan./mar. Disponível em:. Acesso em: 11 fev 2016.

2. Viana RAPP, Whitaker IY et al. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre. Artmed, 2011.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2012/2014. Philadelphia: Nanda; 2013.