

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES E PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Winnie Taise Pena Macedo¹; Brena Melo Figueiredo¹; Ronaldo de Sousa Moreira Baia²

¹Graduação, ²Mestrado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
winnietaise@gmail.com

Introdução: De acordo com (Robbins, 2010, p. 3087) diabetes mellitus não é uma simples doença, mas sim um grupo de distúrbios metabólicos que compartilha a característica subjacente comum de hiperglicemia. A hiperglicemia crônica e a desregulação metabólica concomitante pode estar associada a danos secundários em múltiplos sistemas de órgãos, especialmente rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos. O diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. No Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano verificada no período 2000-2011 (Malta, 2014, p. 599-608). No Brasil, o Diabetes é uma das principais causas de mortalidade, de hospitalização, e de amputação de membros inferiores; e representa 61% dos diagnósticos em pacientes renais crônicos submetidos à diálise. Entende-se que o que mais leva a essas situações seriam a falta de cuidado do próprio paciente, a falta de informação sobre a patologia, dieta inadequada e abandono do tratamento. Essas complicações levam a um aumento no número de internações hospitalares, o que submete o paciente ao risco de adquirir outras patologias, entre elas, a pneumonia. A pneumonia é uma reação inflamatória do pulmão a fatores que o agride, causada por vários microorganismos – os mais comuns, vírus e bactérias. Muitas vezes é provocada por causas desconhecidas ou por agentes nocivos inalados (Brasil, 2006). Segundo (Guimarães, 2006) a pneumonia hospitalar é a segunda causa mais comum de infecção nosocomial e apresenta elevada letalidade. Nas unidades de terapia intensiva (UTI) a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções mais comuns, e representa 86% dos casos de pneumonia hospitalar. Sua alta letalidade varia entre 33% e 71%. Entre 10% e 50% dos pacientes intubados que podem desenvolver pneumonia, tem risco aproximado de 1% a 3% por dia de intubação endotraqueal. **Objetivos:** Elaborar uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente portador de Diabetes Mellitus insulino dependente, internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), com complicações respiratórias, o qual foi diagnosticado com pneumonia por *Burkholderia cepacia*. **Descrição da Experiência:** O estudo trata-se de um relato de experiência de alunos do 6º semestre, durante a prática clínica na atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Foi realizado no período de 01 de fevereiro de 2016 até 04 de fevereiro de 2016 em um Hospital Universitário no setor de Centro de Terapia Intensiva em Belém/Pará. Neste período os alunos, através do acompanhamento do professor, planejavam e aplicavam a SAE aos pacientes internados na instituição. Durante acompanhamento, a assistência foi planejada visando às necessidades individuais do paciente. A coleta de dados ocorreu através do prontuário do paciente e exame físico, assim, identificamos os principais problemas relacionados à saúde e assim implementar os diagnósticos de enfermagem com suas possíveis intervenções e resultados. Foi utilizada como parâmetro para definições do diagnóstico de enfermagem a taxonomia II do North American Nursing Diagnoses Association- NANDA-2012-2014 e para as intervenções de enfermagem utilizou-se Classificação das intervenções de Enfermagem

– NIC (2008). **Resultados:** Tratava-se de C.P.C., sexo masculino, 70 anos, admitido dia 18/11/2015 na clínica médica do HUIBB com diagnóstico inicial de diabetes. Trabalhador aquaviário, residente no bairro do Barreiro, cidade de Belém – PA. Casa em área urbana, cedida, com energia elétrica, abastecida de água pública (COSANPA), sem condições adequadas de saneamento. Estava em 29º DCTI, IP miocardiopatia (FE 48%) + DM insulino dependente + pneumonia por Burkholderia cepacia + colelitíase + colangite com sepse + tuberculose pulmonar. Estava consciente, responsivo, porém raciocínio lentificado. Respirando espontaneamente ao ar ambiente. Monitorizado em múltiplos parâmetros. Afebril, taquicárdico, PA estável sem DVA, boa SatO₂. Apresenta-se hipocorado, edema em MMSS (+2/+4), abdome plano sem visceromegalias, UPP em região coccígea em grau II. SNG fixa gavando 48 ml/h, sem intercorrências. Está sem acesso venoso, aguardando punção de veia central ou veia jugular externa. AP: MV+ sem RA, AC: BCNF em 2T sem sopro. RHA+. Diurese espontânea através de uropen. Aguardava familiares para acompanhá-lo na alta do CTI para enfermaria. Foi montada uma tabela contendo os principais diagnósticos de Enfermagem: padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga da musculatura respiratória, hiperventilação, e síndrome da hipoventilação; perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a Diabetes mellitus, conhecimento deficiente da doença e conhecimento deficiente dos fatores agravantes da doença; volume de líquidos deficiente relacionado a falha dos mecanismos reguladores e perda ativa de volume de líquidos; integridade da pele prejudicada relacionada a extremos de idades, hipertermia, imobilização física, circulação prejudicada, déficit imunológico e mudanças no estado hídrico. Após os diagnósticos traçados, as principais intervenções foram respectivamente: aspirar boca e trato respiratório, observar a gasometria arterial, elevar a cabeceira da cama à 30°, manter macronebulização constante (MNC) e monitorar sinais vitais; manter as extremidades aquecidas através de ataduras e acolchoados, realizar mudança de decúbito a cada 2h e elevar as extremidades acima do coração; aferir e anotar o PCV, controle os níveis de Na⁺, K⁺, Cl⁻, e outros eletrólitos, controle da ingestão e eliminação de líquidos, monitorar sinais vitais, controle da hipovolemia e controle da dieta; curativo com SF+dersani da UPP II, na região sacra, realizar mudança de decúbito a cada 2h, hidratar e massagear a região 3 vezes ao dia, administração de medicamentos, e manter o indivíduo seco (sem fezes e urina). **Conclusão ou Considerações Finais:** O enfermeiro precisa conhecer para elaborar uma SAE de qualidade e aplica-la de maneira correta a fim de se obter um cuidado eficiente e humanizado. As intervenções apresentadas favorecem uma melhora significativa do paciente com cuidados qualificados em um mínimo de tempo e máxima eficiência, assim evitando possíveis sequelas, e também propiciam mais autonomia e segurança aos profissionais, pois facilita a compressão das ações necessárias que possibilitam promoção e recuperação da saúde do cliente. A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e o sucesso de sua implementação resultará em ganho tanto ao paciente quanto para o reconhecimento da categoria.

Referências:

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos da Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Guimarães MMQ, Rocco JR. Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital universitário [Internet]. J. bras. Pneumol. 2006 [Citado em: 05 maio 2016]; 32(4):339-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/jbpneu/v32n4/13.pdf>.

3. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.
4. Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patologia: Bases patológicas das doenças. 8. ed. . Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
5. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante CJ, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. serv. saúde. 2014; 23(4): 599-608.