

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM PNEUMONIA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Jacqueline dos Santos Negrão¹; Renan Aviz do Nascimento¹; William Vieira Medeiros¹; Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes da Silva²

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

Introdução: O termo pneumonia inclui qualquer condição inflamatória pulmonar em que alguns ou todos os alvéolos são preenchidos com líquido e hemácias. Constitui-se como uma infecção do parênquima pulmonar causada por agentes etiológicos como vírus, fungos e principalmente, bactérias. A infecção resulta do desequilíbrio entre os mecanismos imunitários e o patógeno¹. Os indivíduos sob terapia intensiva constituem, um grupo de risco para a pneumonia por aspiração, visto que, nestes indivíduos, o reflexo da tosse, a capacidade de expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes. Basicamente na literatura são encontrados duas formas de pneumonias adquiridas, sendo elas: pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar². A pneumonia é uma das infecções do trato respiratório inferior. Há um processo inflamatório que é a resposta do hospedeiro ao agente agressor. O quadro clínico é semelhante, independente do agente etiológico – tosse, febre e dificuldade respiratória. De acordo com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a taxa de hospitalização por gripe e pneumonia em idosos foi de 12,5 por 1.000 habitantes. Os dados de hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram que a pneumonia é a terceira causa de internações entre indivíduos com 65 anos de idade ou mais, representando 6,8% do total de internações hospitalares do SUS³. Dessa forma a Sistematização da Assistência de Enfermagem representa um processo primordial na qualidade do atendimento e recuperação do paciente, onde o enfermeiro poderá aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, além de guiar as ações de enfermagem na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional. **Objetivos:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pará na elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem à uma paciente com diagnóstico de Pneumonia. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência uma categoria de pesquisa cujo objeto, é uma unidade que se avalia profundamente⁴. O estudo foi realizado no período de 02 a 26 de agosto de 2016 em um Hospital Universitário no Centro de Terapia Intensiva em Belém/Pará. O estudo de caso foi direcionado a paciente M.J.V do sexo feminino, 64 anos, diagnosticada com Pneumonia, admitida na UTI do HUIBB no dia 24 de julho de 2016, até a presente data. A coleta de dados ocorreu através do prontuário da paciente seguida de exame físico completo dos acadêmicos de enfermagem obtendo os seguintes dados: Paciente, obesa, ID: Pneumonia e IRA, retornou da sala de operação às 15:15 horas em Pós Operatório Imediato de traqueostomia, encontra-se sedada (Ransay 6), FC: 56 batimentos por minuto (bradicárdica), PA: 112x58 mmhg (normotensa), SatO₂: 95%, em ventilação mecânica na modalidade assistido/controlada à pressão, PPEP: 10, FR: 13 respirações por minuto (bradipneica). Pupilas isocóricas e mióticas, SNE para drenagem, traqueostomia fixada com sutura e nastro. Com intracath em VSCD, cateter de diálise em VSCE. AC: BCNF em 2T sem sopros cardíacos. AP: MV + sem presença de ruídos adventícios. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico á percussão. Em anasarca. Mantendo anúria. A entrevista não foi possível, devido ao estado de inconsciência da paciente. Os dados coletados serviram como base para elaboração da assistência de enfermagem sistematizada. **Resultados:** Após análise dos dados coletados, os seguintes problemas

foram encontrados: Obesidade, anasarca, anúria, insuficiência renal crônica, ventilação mecânica invasiva, dieta por sonda nasoenteral baixo nível de consciência, traqueostomia. Relacionados aos problemas detectados, encontramos os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções: 1) Obesidade relacionada a estilo de vida sedentário e comportamentos alimentares inadequados, evidenciados por IMC >30 kg/m². Intervenções: manter grades do leito elevada, realizar banho no leito, realizar massagem de conforto após o banho, secar dobras de pele após banho, manter pele higienizada, realizar mudança de decúbito, fazer uso de colchão piramidal. 2) Volume de líquidos excessivo relacionado a mecanismo regulador comprometido (IRC), evidenciado por anasarca e anúria. Intervenções: realizar balanço hídrico de 2 em 2 horas, controlar infusão de volume, verificar SSVV de 2 em 2 horas, proteger proeminências ósseas com acolchoado. 3) Eliminação urinária prejudicada relacionada à insuficiência renal crônica, evidenciado por anúria. Intervenções: controlar infusão de volume, realizar balanço hídrico de 2 em 2 horas 4) Ventilação, espontânea prejudicada relacionada à pneumonia e alteração no metabolismo, evidenciado por ventilação mecânica invasiva. Intervenções: Trocar o circuito do respirador sempre que observar sujidades ou caso esteja danificado, manter cabeceira elevada à 30°, realizar curativo de traqueostomia, fixando-a com nastro após banho, aspirar traqueostomia e se necessário, retirar água condensada do circuito do respirador, repor água do umidificador sempre que estiver a baixo da quantidade padrão. 5) Risco de aspiração relacionado a vias aéreas artificiais, alimentação por SNE, nível de consciência reduzido e traqueostomia. Intervenções: Aspirar traqueostomia de forma asséptica sempre que estiver secretiva, controlar o gotejamento da dieta administrada por SNE, verificar posicionamento da SNE antes e após a administração da dieta e/ou medicação através do teste da ausculta, lavar sonda após administração da dieta, Lavar sonda antes e depois da administração de medicamentos. 6) Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos. Intervenções: Lavar as mãos antes e após contato com o paciente, realizar procedimentos de forma asséptica, trocar equipo macro de 3 em 3 dias, realizar curativo do intracath de forma asséptica com clorexidina alcoólica.

Conclusão/Considerações Finais: A pneumonia é uma patologia frequente em centros de terapia intensiva e que dependendo do agente etiológico leva a pessoa acometida a um grau de debilidade intensa. Sendo assim, é necessário que o enfermeiro conheça a gravidade desta doença de maneira a elaborar uma SAE de qualidade para assim prestar um cuidado eficiente e humanizado. Através do planejamento e implementação do processo de enfermagem por meio dos diagnósticos e intervenções focadas nas necessidades individualizadas do paciente, é possível oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade, eficaz e completa. Observa-se que pacientes internados em centros de terapia intensiva necessitam de extrema atenção por parte da equipe multiprofissional e principalmente da equipe de enfermagem, pois ele se torna dependente para a realização das necessidades humanas básicas que na maioria das vezes encontram-se alteradas, neste contexto a enfermagem possui papel primordial na manutenção ou melhora do estado geral e na prevenção de futuros agravos.

Referências Bibliográficas:

1. HALL J. E; GUYTON A.C. Tratado de Fisiologia Médica / Jhon E. Hall. – 12.ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2011.
2. BARBOSA, J. C. S.; LOBATO, P. S.; MENEZES, S. A. F. Revista Odontol UNESP. v.4, n.39, p. 201-206, 2010.

3. GOMES, J. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. Revista J pneumol. v.2, n.27, p. 97-114, 2001.
4. TRIVIÑOS, A.N.S. – Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 157p.
5. HERDMAN T.H. KAMITSURU S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Artmed. P. 468.10 ed. Porto Alegre. 2015.