

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM PNEUMONIA BACTERIANA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Brena Nayara Siqueira Matos¹; Felipe Cecim Rufino¹; Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes da Silva²

¹Graduação, ²Mestrado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
brenamatos0201@gmail.com

Introdução: A Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (TRUPPELL, 2009). A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. Oportuniza avanços na qualidade da assistência à saúde. É composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem, a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento e a avaliação de enfermagem (TRUPPELL, 2009). A pneumonia é caracterizada por infecção aguda do parênquima pulmonar causada por vírus, bactérias ou fungos. A patogenia está associada à aspiração de conteúdo orofaríngeo ou gástrico, inalação de aerossóis contaminados, translocação hematogênica de micro-organismos ou contaminação por contiguidade. A gravidade depende da quantidade de patógenos presentes, da virulência destes e da integridade das defesas do hospedeiro. (HANLEY, 2005). Pode ser definida como sinais e sintomas consistentes com infecção do trato respiratório baixo associado a um infiltrado na radiografia de tórax (DURRINGTON, 2008). A maior frequência de acometimento por pneumonia é observada nos extremos de idade, sendo a distribuição relativamente homogênea, no intervalo de cinco a sessenta anos de idade, em indivíduos previamente hígidos. A mortalidade por pneumonia se relaciona com a faixa etária e com a presença de co-morbidade, sendo maior nos extremos de idade, atingindo cerca de 20% nos que necessitam internação e 46% nos idosos com mais de oitenta anos (MANDELL, 1995). A Pneumonia hospitalar (nosocomial) definida como a pneumonia que ocorre em até 15 dias após a alta hospitalar ou após 48 horas de uma internação. E a Pneumonia comunitária é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48h da internação hospitalar (DURRINGTON, 2008). No Brasil, dados do DATASUS evidenciam a pneumonia como a maior causa de mortalidade dentre as doenças respiratórias e ocupa o 4º lugar de mortalidade geral, excluindo-se as causas externas. Estima-se a incidência mundial em 12 casos por 1000 habitantes/ano (PEREIRA, 2004). Em pacientes ambulatoriais, aproximadamente 80% dos adultos com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) são tratados ambulatorialmente, a taxa de mortalidade permanece baixa (1-5%), mas nos que requerem hospitalização, essa taxa aumenta significativamente, particularmente se o paciente necessita admissão em unidade de terapia intensiva (MANDELL, 1995). **Objetivos:** Estabelecer uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma paciente internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário João Barros Barreto (HUJBB), com diagnóstico de pneumonia bacteriana. **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 profundamente. O estudo

foi realizado no período de 05 a 23 de agosto de 2016 em um Hospital Universitário no Centro de Terapia Intensiva em Belém/Pará. Direcionado a paciente I.M.A do sexo feminino, 25 anos, diagnosticada com Pneumonia bacteriana, admitida na UTI no dia 14 de julho de 2016. A coleta de dados ocorreu através do prontuário, entrevista e exame físico completo da paciente pelos acadêmicos de enfermagem do sexto semestre, com obtenção dos seguintes dados: Paciente consciente e orientada, Glasgow(15), pupilas isocóricas, pele e mucosas hipocoradas. Traqueostomizada em ventilação mecânica na modalidade suporte (FiO₂ 30%; PEEP 9cmH₂O; respiração 36 rpm; FC 94bpm; SO₂ 95%; PA 120x83 mmHg; temperatura: 38°C. Sem gânglios infartados em região cervical. Tórax simétrico, AP: MV+ com roncosp bilaterais; AC: BCNF em 2t +. Abdome tenso e doloroso a palpação sem ruídos hidroaéreas. Refere fadiga aos pequenos esforços e desconforto, com o ambiente. MMSS e MMII edemaciados, acesso venoso periférico em mão esquerda recebendo hidratação venosa (120ml/h). Diurese presente (1100ml no momento) aspecto colúrico e evacuações presentes. **Resultados:** Os resultados obtidos a partir da coleta de dados, entrevista e exame físico da paciente foram a identificação de cinco principais diagnósticos de enfermagem: padrão respiratório ineficaz; risco de infecção; hipertermia; fadiga e conforto prejudicado. Os sinais que conduziram a identificação do diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz foram a dispnéia relacionada a secreções excessivas e espessas, fadiga e dor. As intervenções utilizadas foram monitorar padrão respiratório por meio da expansividade torácica e uso de musculatura acessória; posicionar oxímetro de pulso de forma adequada; fornecer suporte de oxigênio por pressão positiva (ambu); estimular a tosse; aspirar traqueostomia; registrar quantidade e aspecto das secreções; manter cabeceira elevada a 30° ou 40°. Os resultados esperados é a melhora na troca alveolar de dióxido de carbono e oxigênio para manter as concentrações de gases no sangue arterial. O diagnóstico de risco de infecção, o qual é a vulnerabilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde, é considerado um diagnóstico de risco, no qual os procedimentos invasivos representam os fatores de risco. As intervenções de enfermagem foram a detecção de risco, cuidados com sondas, cuidados com o TOT, realizar técnica asséptica nos procedimentos invasivos e controle do processo infeccioso. Os resultados esperados são manter via aérea artificial permeável livre de focos de infecção e procedimentos invasivos com técnicas asséptica. O diagnóstico de hipertermia definido como temperatura corporal elevada acima da variação diurna normal devido a falha na termorregulação relacionada a sepse. As características identificadas para este diagnóstico foram temperaturas elevadas fora do parâmetro normal, pele quente ao toque, as intervenções foram verificar temperatura corporal e; monitorar sinais vitais de 2/2h; administrar antitérmico de acordo com a prescrição médica e estimular a ingesta. Os resultados esperados é a regulação da temperatura corporal. O diagnóstico fadiga definido como a sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual está relacionado a condição fisiológica(doença), evidenciado pelo cansaço e capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física. As intervenções foram, monitorar sinais vitais de 2/2H; avaliar necessidades energéticas por meio do peso e atividade física no leito; avaliar esforço respiratório ao esforço físico e avaliar presença de dor. Os resultados de enfermagem com as devidas condutas são capacidade de sustentar atividades habituais, disponibilidade de nutrientes e oxigênio para oferecimento de energia as células, e a redução de ansiedade provocada pela doença. O conforto prejudicado definido como percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural, e/ou social, relacionado ao regime de tratamento e sintomas relacionados a doença, é evidenciado pela alteração no padrão de sono, ansiedade, medo, desconforto

com a situação. Proporcionar conforto é ter as seguintes intervenções, melhorar sono por meio de um ambiente calmo, agradável e seguro; proporcionar posição confortável do paciente no leito; proporcionar apoio espiritual através da presença de entes religiosos; explicar e realizar procedimentos de forma humanizada e proporcionar via aérea artificial com fluxo de O₂ de acordo com as necessidades do paciente. Os resultados de enfermagem são alcançados pela percepção positiva do ambiente em que é tratado, medicamentos e procedimentos no local de atendimento por tempo prolongado, conforto físico, psicossocial e segurança do paciente. **Conclusão/Considerações Finais:** A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um instrumento essencial no cuidado ao paciente crítico. Sendo assim, este trabalho demonstra a importância de uma assistência de enfermagem de qualidade capaz de otimizar o tratamento terapêutico e a recuperação do paciente.

Referências:

1. TRUPPELL T C, Meier MJ, Calixto II CR, Peruzzo III AS, Karla Cr, Crozeta II K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 221-7.
2. HANLEY ME, WELSH CH. Medicina pulmonar: diagnóstico e tratamento. McGraw-Hill Interamericana do Brasil. Rio de Janeiro, 2005
3. DURRINGTON H, SUMMERS C. Recent changes in community-acquired pneumonia in adults. BMJ 2008;336;1429-33.
4. MANDELL LA. Community acquired pneumonia. Etiology, epidemiology and treatment. Chest 108: 35S-42S, 1995.
5. PEREIRA CAC, et al. Diretrizes para pneumonias adquiridas na comunidade em adultos imunocompetentes. J Bras Pneumol 2004;30(supl 4):S1-S24.