

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES EM UM PACIENTE COM FALÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS - ESTUDO DE CASO

Nursing diagnoses and interventions in a patient with multiple
organs failure – case study.

Anacira M. Gerelli¹

Maria Augusta Moraes Soares²

Miriam de Abreu Almeida³

RESUMO

*O presente trabalho objetiva identificar Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, em um paciente em estado crítico de saúde, que apresenta falência de múltiplos órgãos, internado na Unidade de Tratamento Intensivo de uma Instituição Hospitalar na cidade de Porto Alegre. A metodologia utilizada é o Estudo de Caso. Os Diagnósticos de Enfermagem encontrados estão descritos de acordo com a Taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). São eles: **Risco para Aspiração, Síndrome do Desuso, Diarréia, Risco para Infecção, Integridade Tissular Prejudicada**, tendo sido levantado também um Problema Colaborativo: **Hipoglicemia**. Para estes diagnósticos elaboramos 34 Intervenções de Enfermagem.*

UNITERMOS: *situação crítica de saúde, diagnóstico de enfermagem, taxonomia da NANDA*

1 INTRODUÇÃO

Em todas as áreas de atuação, o homem desenvolve suas atividades de forma organizada, seguindo um método para atingir seus propósitos. Na prática profissional da enfermeira a metodologia empregada para planejar os cuidados dos pacientes denomina-se Processo de Enfermagem. Este método é uma forma de sistematizar a prática de enfermagem, tornando-a mais personalizada e humanizada.

1 Enfermeira Assistencial do Complexo Hospitalar Santa Casa; Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente em Situação Crítica de Saúde - UFRGS

2 Enfermeira; Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem - IAHCS-PUCRS

3 Enfermeira; Prof^a Assistente da Escola de Enfermagem/UFRGS; Doutoranda em Educação - PUCRS

O Processo de Enfermagem está organizado em cinco etapas sequenciais e inter-relacionadas. A primeira delas é encontrada na literatura com a denominação de *histórico de enfermagem*, *investigação*, *coleta de dados* ou *avaliação inicial* e compreende a coleta de informações referentes ao cliente/família/comunidade, com o propósito de identificar necessidades, preocupações ou reações humanas do cliente. A segunda etapa consiste no *diagnóstico de enfermagem (DE)*, fase de julgamento clínico realizado frente aos dados coletados no histórico, e que propicia um foco central para as fases subsequentes. No *planejamento*, etapa seguinte, são estabelecidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no diagnóstico de enfermagem. Na etapa de *implementação*, o plano de cuidados é executado por membros da equipe de enfermagem, cliente ou por sua família, incluindo o registro em documentos adequados. Finalizando, a *avaliação* ou *evolução* configura-se como uma fase sempre em processo, e que determina o quanto as metas de cuidados foram alcançadas. (Stanton, Paul e Reeves, 1993; Iyer et al., 1993; Carpenito, 1997; Smeltzer e Bare, 1998; Alfaro-LeFevre, 2000)

A utilização do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas, pode fornecer, entre outras vantagens, uma linguagem comum para o exercício profissional, sistematizando as ações, minimizando erros e evitando perda de tempo (Doenges, Moorhouse e Burley, 1995).

A utilização das classificações diagnósticas tem-se desenvolvido de forma mais consistente nos últimos 40 anos. Na década de 70, vários expoentes da enfermagem sentiram a necessidade de desenvolver uma terminologia que descrevesse os problemas de saúde, diagnosticados e tratados por enfermeiras, e que fosse compatível com a informática. Esta necessidade estimulou a realização da Primeira Conferência Nacional sobre a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, em St. Louis no ano de 1973, que culminou com a oficialização da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) em 1982. (Farias et al., 1990; Iyer et al., 1993; Carpenito, 1997).

A taxonomia da NANDA é a mais difundida no nosso meio, embora existam outras propostas. Esta associação tem realizado conferências bienais em que os diagnósticos são amplamente discutidos, submetidos à revisão, aperfeiçoados e aprovados ou rejeitados, com o intuito de desenvolver este sistema de classificação. Na 13ª Conferência da NANDA, realizada em 1998, foram celebrados os 25 anos desta associação. Nesta ocasião foram revisados 37 DE e incluídos outros 21 na classificação, refletindo a diversidade da enfermagem à distintas populações e locais. (North American Nursing Diagnosis Association, 1999)

A definição de DE, aprovada em 1990 pela NANDA, consiste em “*um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas/processos de vida atuais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção de*

intervenções de enfermagem visando obter resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (Carpenito, 1998, p.13).

Carpenito ressalta que as enfermeiras são responsáveis por dois tipos de julgamentos clínicos, os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos (PC). Esses denominados como “Complicações Potenciais” que são “*complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar as mudanças de estado. As enfermeiras controlam os problemas colaborativos utilizando intervenções prescritas pelo médico e pela enfermagem para minimizar as eventuais complicações*”. Carpenito (1998, p.17).

As diferentes intervenções de enfermagem decorrem dos problemas colaborativos e dos tipos de DE, que podem ser vigentes, de risco e possíveis. Existem ainda os diagnósticos de saúde e as síndromes.

Os DE são vigentes quando os dados coletados junto à pessoa permitem evidenciar sinais e sintomas. A estrutura do enunciado destes, tal como proposto pela NANDA, compreende 3 partes: o *título* (refere-se ao nome dado à resposta do cliente ao seu problema de saúde ou processo de vida, descrição concisa do problema), o *fator relacionado* (fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou espirituais que estejam causando a reação vista no cliente ou contribuindo para ela) e as *características definidoras* (agrupamento de sinais e sintomas frequentemente associados com o diagnóstico, que permitam uma melhor discriminação entre as respostas do cliente). Para unirmos o título do DE ao fator relacionado usamos o termo *relacionado à*, e para unir este fator às características definidoras empregamos o termo *evidenciado por*. (Carpenito, 1997; Carpenito, 1998; Collier, McCash e Bartram, 1996; Alfaro-LeFevre, 2000).

Os diagnósticos “*de risco*” e os “*possíveis*” possuem apenas duas partes no seu enunciado. São considerados de risco quando o problema ainda não se estabeleceu, embora o indivíduo esteja vulnerável para tal. Neste caso, o enunciado possui apenas o título e o fator relacionado ou de risco, já que os sinais e sintomas ainda não estão presentes. Os possíveis diagnósticos de enfermagem descrevem um problema suspeito e para o qual são necessários dados adicionais a serem confirmados ou descartados (Carpenito, 1997, Alfaro-LeFevre, 2000).

Entendemos que os DE possíveis tem uma especial importância para a enfermagem, pois criam um espaço para aquelas situações em que não se consegue o grau de certeza necessário para afirmá-los. Entretanto, ao perceber ou obter dados indicativos, colocados na forma de um diagnóstico possível, estes podem oferecer informações para que outras enfermeiras dêem continuidade à coleta de dados com o intuito de confirmar ou refutar o diagnóstico sob dúvida.

Com o enunciado em uma única parte, encontramos os diagnósticos de saúde e as síndromes. Aqueles baseiam-se no reconhecimento de uma pessoa com um nível específico de saúde que deseja atingir um nível mais

elevado de funcionamento numa determinada área. As síndromes, por sua vez, estão associadas a um grupo de outros diagnósticos.

Gordon, citado por Cruz (1997), alerta que um diagnóstico deve ter um grau de incerteza tolerável para ser afirmado, o que significa trabalhar com a possibilidade de errar, de julgar mal e com o risco de perder o controle sobre aquilo que somos responsáveis. Por outro lado, ressalta que o DE oportuniza acertos, julgamentos corretos e adequados, concorrendo com o sentimento de segurança e orgulho pelo cuidado de enfermagem prestado.

O enunciado de um DE, conforme explicitado anteriormente, é em realidade o resultado do processo diagnóstico. Anteriormente à sua construção redacional e documentação devem ser seguidos alguns passos. Neste sentido, Iyer et al. (1993) indicam o processamento dos dados coletados, que é composto pela classificação dos dados, interpretação e confirmação. A classificação envolve o agrupamento das informações coletadas em categorias específicas, de acordo com um modelo teórico. Na interpretação, os dados categorizados são comparados com padrões ou normas existentes, reconhecidos padrões ou tendências e realizadas inferências a partir de uma situação. Por fim, a confirmação do DE identificado, seja com o próprio paciente, com familiares, com algum membro da equipe de saúde ou através de consulta à bibliografia, contribui para minimizar a possibilidade de erro no julgamento clínico.

As intervenções são direcionadas aos fatores relacionados e ao título dos diagnósticos, tornando-as individualizadas, pois os cuidados sofrem interferência de fatores como idade, raça, cultura, bem como experiências prévias, dando um caráter peculiar às situações (Faro, 1995).

Acreditamos que as intervenções de enfermagem baseadas em diagnósticos individualizam o cuidado, sendo também uma forma sistematizada de documentar as ações e avaliar as respostas dos pacientes frente às mesmas.

Foi assim que, partindo da experiência e da necessidade sentida por uma das autoras, que é enfermeira assistencial em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de documentar, de forma sistematizada, as ações implementadas em cada turno de trabalho, surgiu a motivação para este trabalho. Unimos então a experiência prática e didática das autoras objetivando elaborar diagnósticos e intervenções de enfermagem a um paciente em situação crítica de saúde, afim de avaliar as dificuldades e os benefícios. Desta forma, planejar e documentar os cuidados.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho, é um estudo de caso realizado com um paciente internado na UTI de um hospital de Porto Alegre, em setembro de 1997, que faleceu 20 dias após sua internação. O estudo de caso, segundo Triviños (1987, p.133) é um tipo de pesquisa qualitativa que tem como objetivo “uma

unidade que se analisa profundamente". Trata-se de um estudo descritivo, de método qualitativo, realizado com um paciente em situação crítica de saúde, que em consequência de um choque séptico apresentava falência de múltiplos órgãos, também conhecida como Síndrome da Insuficiência Orgânica de Múltiplos Sistemas (IOMS).

Os dados foram coletados no prontuário do paciente após terem sido realizados alguns procedimentos de urgência, como a entubação endotraqueal e ventilação mecânica, tendo em vista que o paciente apresentava insuficiência respiratória no momento da sua chegada na unidade.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um histórico de enfermagem adaptado a partir do formulário proposto por Carpenito (1998), cujos dados investigados seguem os onze "padrões funcionais de saúde" introduzidos por Gordon (in: Cruz, 1997), que são: padrão de percepção e manutenção da saúde, nutricional metabólico, de eliminação, de atividade e exercício, de sono e repouso, perceptual cognitivo, de autopercepção e autoconceito, de participação e relacionamento, sexual e reprodutivo, de tolerância ao estresse, de crenças e valores.

Os DE e o problema colaborativo foram elaborados de forma didática a partir do histórico e de acordo com a Taxonomia proposta pela NANDA. As Intervenções procederam primeiramente das prescrições de enfermagem e ações comuns ao dia a dia da UTI onde encontrava-se o paciente, e acrescidas de algumas intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC), que é uma classificação em construção pelo Iowa Intervention Project, descrito em McCloskey et al. (1996).

A seguir apresentamos o histórico de enfermagem do paciente em estudo.

3 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

J.C.T., 78 anos, masculino, branco, casado, militar aposentado, natural de Santiago e residente na Grande Porto Alegre. Foi admitido na UTI às 21h, proveniente da Sala de Recuperação em pós-operatório (PO) imediato de exploração da ferida operatória (FO) decorrente de By Pass Fêmur poplíteo em membro inferior direito (MID) realizado há 27 dias. Apresentava as seguintes patologias prévias à internação: Diabetes Mellitus tipo II, Vasculopatia Periférica Severa, Gangrena Seca do segundo artelho no MID, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) antero-septal há 2 anos com consequente Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Angina e Fibrilação Atrial Crônica (ACFA).

Ao ingressar na UTI, o Sr. J. encontrava-se agitado, dispnéico, apresentando tiragens intercostais e supraesternal, Saturação de O₂ de 88% e HGT de 40mg/dl. Estava recebendo soroterapia e antibioticoterapia por cateter colocado em subclávia direita, alimentação por sonda nasointestinal (SNE) e as seguintes medicações: AAS 100mg 1x/dia, Ranitidina 1 amp

de 8/8 hs, Petidina 30 mg até de 3/3 hs, se necessário, Heparina SC 5000 UI de 12/12h, Vancomicina 500 mg de 8/8 hs e SG 5% endovenoso contínuo. O paciente foi entubado logo após a sua admissão, colocado em Ventilação Mecânica e instalada uma sonda vesical de demora em sistema fechado de coleta.

Padrão de Manutenção de Saúde : o Sr. J. parou de fumar sem data informada, não constando referências no seu prontuário quanto ao uso de álcool ou drogas.

Padrão de Atividade-Exercício: paciente totalmente dependente para comer/beber/banhar-se/uso de comadre/mobilidade no leito/transfêrencia; estando impossibilitado de deambular.

Padrão Nutricional-Metabólico: paciente recebendo dieta fracionada com 1800 Kcal/dia por SNE, 70ml/h, tendo emagrecido aproximadamente 7 kg nos últimos 3 meses.

Padrão de Eliminação: paciente apresentando diarreia, fezes líquidas e sem cheiro. Mantendo cateter vesical de demora (sonda Folley nº 16) com presença de urina acastanhada, sem depósitos.

Padrão Cognitivo-Perceptual: tem história de surdez, não sendo possível a coleta de outros dados relativo ao problema e às condições de visão.

Padrão de Relacionamento/Valor-Crença: militar aposentado, católico e vive com a esposa. Os familiares parecem muito esperançosos por uma possível melhora, embora tenham sido informados, pela equipe médica, quanto a um prognóstico reservado.

Exame físico:

Sr. J. media 1,70cm e pesava 70 Kg. Após 6 horas da sua admissão no setor o paciente permanecia sedado, apresentando pupilas isocóricas e fotorreagentes, apirético, com temperatura axilar de 36°C. Sua frequência cardíaca era de 120 bpm, com batimentos irregulares, pulso pedioso esquerdo forte e direito fraco, P.A. 110X60 mmHg. Em Ventilação Mecânica com FO² 60%, FR 14mpm e Sat O² 95%. Apresentava pele pálida, fria, cianose de extremidades, e turgor diminuído. Mucosa oral hipocorada e língua saburrosa. Presença de prótese dentária total na arcada superior e inferior. Com presença de cateter venoso em subclávia direita e hematomas nos MsSs no local de punção venosa anterior. Abdômen normotenso apresentando ruídos aéreos. Paciente com inatividade músculo-esquelética resultante de sedação. Apresenta FO na coxa direita com deiscência de sutura e Gangrena Seca no 2º artelho do MID. Com edema nos MsIs e mantendo-os envoltos em algodão laminado e ataduras.

4 RESULTADOS

O diagnóstico médico deste paciente foi de IOMS. Conforme Victorino, Läger e Menna Barreto (1993), esta síndrome surgiu como consequência-

das técnicas de suporte cada vez mais sofisticadas empregadas a pacientes críticos, sendo considerada uma doença da modernidade. As altas taxas de mortalidade, que podem chegar a 75% dos casos, e o alto custo financeiro do tratamento, com tempo médio de internação de 21 dias, tornam esta síndrome um desafio para os profissionais.

Com base nos dados obtidos através do histórico identificamos cinco Diagnósticos de Enfermagem e um Problema Colaborativo.

Para cada DE foram elaboradas as Intervenções que nos pareceram adequadas. Embora algumas Intervenções sejam cabíveis para mais de um diagnóstico, optamos por não repeti-las.

Os DE e as Intervenções encontradas foram os seguintes:

Diagnóstico de Enfermagem - Integridade Tissular Prejudicada *relacionada* à diminuição de sangue e nutrientes para os tecidos, secundário a Diabete Mellitus e a Cirurgia *evidenciado por* deiscência de sutura da incisão cirúrgica e necrose do segundo artelho do membro inferior direito (MID).

Intervenções:

- Realizar trocas de curativos da FO e do artelho 3x/dia ou sempre que sujo ou molhado, observando técnica asséptica.

- Comunicar aspecto das lesões.

Integridade Tissular Prejudicada é o “estado em que o indivíduo apresenta ou corre o risco de dano ao tecido tegumentar, córneo ou mucoso”. (Carpenito, 1998, p.240)

Este é considerado um diagnóstico real, descrito em três partes. As características definidoras, ou seja, os sinais que nos levaram a identificar este diagnóstico foram a deiscência de sutura e a necrose de artelho evidenciadas no paciente.

Os fatores causais são fisiopatológicos e relacionados ao tratamento.

Quanto à intervenção relacionada a realização de curativos, é importante lembrar que a autonomia da enfermeira poderá variar de acordo com a instituição, e a escolha de medicamentos a serem usados nos ferimentos poderá decorrer de prescrição médica. Entretanto, o tipo de curativo, a quantidade de trocas e a observação quanto a evolução da ferida é função independente da enfermeira.

Diagnóstico de Enfermagem - Diarréia possivelmente *relacionada* à alimentação por sonda e/ou estresse *evidenciada por* fezes líquidas.

Intervenções:

- Observar a administração da dieta na sonda nasoentérica, mantendo o gotejo em 45 gotas/min e a temperatura em aproximadamente 37°C.

- Administrar a dieta líquida, de forma ininterrupta, conforme rotina da unidade.

- Observar e comunicar sinais de desidratação.

- Solicitar avaliação nutricional.

- Realizar higiene corporal e do leito sempre que necessário.
- Conversar com outros profissionais para estabelecer o(s) fatores etiológicos.
- Avaliar e anotar a frequência das evacuações, observando o aspecto das fezes.

Diarréia, conforme Doenges e Moorhouse (1999, p.168) é o “*estado em que o indivíduo experimenta uma mudança nos hábitos intestinais normais, caracterizada pela passagem freqüente de fezes líquidas, não formadas e soltas*”.

Suscitou-nos dúvida a classificação deste diagnóstico como “possível” ou “real”, pois o problema definido pelo título é existente no momento, bem como as características definidoras. Decidimos, portanto, colocar os Fatores Relacionados sob a forma de possibilidades, embora não tenhamos encontrado este tipo de enunciado nas bibliografias consultadas, já que no momento da identificação do DE não tivemos condições de confirmar a etiologia da diarréia. As intervenções implementadas, contudo, solucionaram o problema.

Diagnóstico de Enfermagem - Risco para Aspiração *relacionado* à depressão dos reflexos da laringe e da glote secundário à sedação e à presença de SNE.

Intervenções:

- Realizar testes para comprovação da localização da sonda antes de instalar a alimentação.
- Controlar o gotejo da dieta.
- Observar a temperatura adequada da dieta.
- Manter a cabeceira elevada a 30° ou 45° durante a administração da dieta.

Risco para Aspiração, segundo Carpenito (1998, p.183) é o “*estado em que o indivíduo corre o risco de penetração de secreções, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas*”.

O que nos levou a elaboração deste Diagnóstico, foi o fato de que o paciente apresentava-se sedado e portanto com depressão de reflexos e com sonda nasointestinal, situações que podem levar à aspiração, sendo consideradas “fatores relacionados”.

Por tratar-se de um diagnóstico de risco não apresenta características definidoras, conforme explanação anterior.

As intervenções foram descritas conforme a rotina da UTI, sendo aquelas encontradas em McCloskey et al.(1996) adaptadas para a linguagem do setor. Exemplificando, para esses autores a recomendação é de que a cabeceira seja mantida elevada em 90°, após 30 a 45 min da administração da dieta. No entanto, na UTI onde encontrava-se o paciente, a cabeceira é mantida a 30° ou 45° em tempo integral, caso não haja recomendação contrária.

Diagnóstico de Enfermagem - Risco para Infecção (Respiratória) *relacionada à presença de tubo endotraqueal, à imobilidade física, à sedação, ao estresse, à maior vulnerabilidade decorrente da idade e comprometimento das defesas secundário a falência de múltiplos órgãos.*

Intervenções:

- Lavar as mãos antes de realizar qualquer procedimento com o paciente.
- Orientar para que os familiares que estiverem com algum quadro infeccioso não permaneçam próximo ao paciente.
- Aspirar secreções endotraqueal e orofaríngea de 2/2 horas ou sempre que houver necessidade.
- Auscultar campos pulmonares a cada 8 horas.
- Alterar posição do Tubo Orotraqueal (TOT) 3x/dia.
- Medir a pressão do balonete do tubo 1x/ dia, mantendo de 20 a 30 mmHg.
- Administrar a terapia antimicrobiana nos horários prescritos.
- Realizar higiene oral de 2/2 horas.
- Lubrificar os lábios com vaselina 3x/dia.

Risco para Infecção é o “estado em que o indivíduo corre o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita) de fontes externas, endógenas ou exógenas”. (Carpenito, 1998, p.175).

Este diagnóstico pode ser questionado em um primeiro momento, se pensarmos que o paciente já encontrava-se com um quadro de sepse, entretanto, não tínhamos um quadro de infecção respiratória instalado no momento do exame físico, embora o paciente apresentasse alto risco para tal, devido a quantidade de agentes causais.

Diagnóstico de Enfermagem - Síndrome do Desuso

Intervenções:

- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas, registrando a posição, observando e informando sinais de inflamação da pele a cada troca de posição
- Manter colchão piramidal no leito.
- Aplicar TCM (Triglicerídeo de Cadeia Média) nas proeminências ósseas 3x/dia.
- Manter o alinhamento da posição corporal.
- Manter barreira na planta dos pés afim de evitar “pé equino”.
- Manter rolo na palma das mãos.
- Orientar os familiares quanto a possibilidade e importância de realizarem exercícios passivos.
- Realizar massagens de estímulo circulatório durante o banho.

Síndrome do Desuso é um diagnóstico que pode ser descrito somente

como título, não havendo necessidade de especificar os fatores relacionados, pois o título já contém a etiologia do diagnóstico, neste caso o Desuso. Onze diagnósticos da NANDA, estão agrupados sob o rótulo Síndrome do Desuso.

Para Carpenito (1998, p.107) a Síndrome do Desuso é o “*estado em que o indivíduo está em risco de deterioração dos sistemas orgânicos ou de alteração no funcionamento, resultante de inatividade músculo-esquelética prescrita ou inevitável*”.

Complicação Potencial - Hipoglicemia

Intervenções:

- Administrar Glicose conforme prescrição médica.
- Realizar HGT e comunicar alterações.
- Observar e comunicar sinais e sintomas de hipoglicemia.

Hipoglicemia é uma complicação aguda do Diabetes que ocorre quando a glicose sangüínea cai abaixo de 50 a 60mg/dl. Pode ter como causas, pouca alimentação, atividade física excessiva ou um pico de insulina NPH. Tem como sintomatologia suor, tremores, taquicardia, palpitação, nervosismo e fome. A medida que o nível de glicose cai, pode aparecer incapacidade de concentração, cefaléia, tontura, alterações emocionais, visão dupla e sonolência, podendo evoluir para convulsões e perda de consciência (Smeltzer e Bare, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso realizado com um paciente em estado crítico de saúde, apresentando falência de múltiplos órgãos, permitiu-nos identificar os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Risco para Aspiração, Síndrome do Desuso, Diarréia, Risco para Infecção, Integridade Tissular Prejudicada e o Problema Colaborativo: Hipoglicemia. Para os mesmos elaboramos 34 Intervenções. Evidenciamos que a identificação de diagnósticos e a adequação das ações aos mesmos facilita a sistematização dos cuidados prestados ao paciente.

Constatamos que a utilização de um instrumento que propicie a obtenção de informações fidedignas e pertinentes ao paciente é imprescindível para a elaboração dos DE, minimizando assim a chance de erros de avaliação e de ações infrutíferas, que não só prejudicam o paciente, como desgastam e desmotivam a equipe de enfermagem.

Além dos dados fornecidos pelos familiares e daqueles já existentes no prontuário, anteriores à sua admissão na UTI, buscamos respaldo bibliográfico, o que nos levou a reciclar e atualizar nosso conhecimento.

Este trabalho vem reforçar nossa crença de que ações de enfermagem, consequentes de um processo sistemático e documentado, exige, entre outros atributos, conhecimento e competência profissional.

ABSTRACT

This study tries to identify Nursing Diagnoses and Interventions. It was done with a patient who was in critical health condition: multiple organs failure, in an Intensive Care Unit of a general hospital in Porto Alegre. The Case Study was the methodology used. Nursing Diagnoses is described mostly using NANDA Taxonomy. They are: Risk for Aspiration, Disuse Syndrome, Diarrhea, Risk for Infection, Impaired Tissue Integrity; and a Collaborative Problem was identified: Hypoglycemia. We have elaborated 34 Nursing Interventions for those diagnoses.

KEY WORDS: *critical health condition, Nursing Diagnoses, NANDA Taxonomy*

RESUMEN

El presente trabajo tiene el propósito de identificar Diagnósticos y Intervenciones de enfermería, para un paciente en estado crítico de salud, apresentando fallencia de múltiplos órganos y que esta internado en una Unidad del Cuidados Intensivos de un hospital de la ciudad de Porto Alegre. La metodología utilizada es el Estudio de Caso. Los Diagnósticos de Enfermería encontrados estan descriptos de acuerdo con la Taxonomia de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Estes diagnósticos son: Riesgo para Aspiración, Síndrome del desuso, Diarrea, Riesgo de Infección, Integridad Tisular Prejudicada, y también descubierto un Problema Colaborativo: Hipoglicemia. Para los mismos elaboramos 34 Intervenciones de Enfermería.

DESCRIPTORES: *situación crítica de salud, diagnóstico de enfermería, taxonomia de la NANDA*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- 2 CARPENITO, L.J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 3 _____. *Manual dos diagnósticos de enfermagem*. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- 4 COLLIER, I.; McCASH, K.; BARTRAM, J. *Writing nursing diagnoses: a critical thinking approach*. St. Louis: Mosby, 1996.
- 5 CRUZ, D.A.L.M.D. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. In: ANTUNES, M.J.; SILVA, M.T.N. (orgs). *O uso do diagnóstico na prática de enfermagem*. Brasília: ABEn, 1997, p.51-58.

- 6 DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. *Diagnóstico e intervenções em enfermagem*. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- 7 DOENGES, M.; MOORHOUSE, M.; BURLEY, J. *Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for diagnostic reasoning*. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1995.
- 8 FARIAS et al. *Diagnóstico de enfermagem – uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Santa Marta, 1990.
- 9 FARO, A.C.M. *Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular*. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1996.
- 10 IYER, P. et al. *Processo e diagnóstico de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 11 McCLOSKEY, J.C. et al. *Nursing interventions classification (NIC)*. 2.ed. St. Louis: Mosby-Yer Book, Inc., 1996.
- 12 NANDA. *Nursing Diagnosis: Definitions & classification, 1999-2000*. Philadelphia, USA: North American Nursing Diagnosis Association, 1999.
- 13 SMELTZER, S.; BARE, B. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.1, p.22-33: Reflexão crítica e o processo de enfermagem.
- 14 _____. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.2, p.873- 916: Avaliação e cuidados aos pacientes com Diabetes Mellitus.
- 15 STANTON, M., PAUL, C.; REEVES, J. Um resumo geral do processo de enfermagem In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, cap. 2, p.24-37.
- 16 TRIVINHO, A.N.S. *Introdução a pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987. p.116-170: Pesquisa qualitativa.
- 17 VICTORINO, J.A.; IÄGER, L.A.; MENNA BARRETO, S. Insuficiência orgânica de múltiplos órgãos. In: MENNA BARRETO, S. *Rotinas em terapia intensiva*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, cap.28, p.186-197.

Endereço da autora: Miriam de Abreu Almeida
Author's address: Rua São Manoel, 963
Porto Alegre - RS
CEP: 90620-110