

**01 a 04 de outubro de 2018**

**Evento:** XIX Jornada de Extensão

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM LESÃO RENAL CRÔNICA<sup>1</sup>**

### **NURSING CARE OF CHRONIC KIDNEY LESION**

**Cleone Gabriela Valentini<sup>2</sup>, Luara Renner Bandeira<sup>3</sup>, Tainá Caroline Gonçalves De Souza<sup>4</sup>, Letícia Flores Trindade<sup>5</sup>, Eniva Miladi Fernandes Stumm<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Resumo expandido realizado durante o curso de enfermagem da Unijui

<sup>2</sup> Acadêmica do 5º semestre do curso de Enfermagem

<sup>3</sup> Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem Bolsista PIBEX-UNIJUI

<sup>4</sup> Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem Bolsista PIBEX-FAPERGS

<sup>5</sup> Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem Bolsista PIBIC-CNPq

<sup>6</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Docente da UNIJUI.

#### **INTRODUÇÃO**

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que busca identificar situações de saúde e doença, adotando ações de enfermagem que visem à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde do paciente (COFEN, 2002).

Deste modo cabe aos gestores de enfermagem a elaboração de um plano de ação para que a SAE possa ser colocada em prática, oferecendo subsídios para a implementação de um modelo assistencial nos hospitais brasileiros, como forma de facilitar a troca de informações entre enfermeiros das instituições como também nortear tomadas de decisões em diversas situações enquanto gerenciadores da equipe de enfermagem (SILVA et al, 2011).

A enfermagem nas lesões renais tem um relevante papel, ela é responsável pela maior parte da administração do tratamento, recuperação e acompanhamento também do paciente transplantado para prevenir e manejar complicações.

No escopo de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), é comum deparar-se com problemas sociais, psicológicos, fisiológicos, educacionais e patológicos por eles enfrentados em decorrência da doença, dessa maneira é necessário ao profissional que o atende vislumbrar possíveis melhorias, tanto nos cuidados de enfermagem, quanto na vida dos pacientes (COFEN, 2002).

O enfermeiro tem o papel imprescindível no que se refere às intervenções assistenciais, pois está à frente do planejamento e execução desses cuidados. Deste modo, é necessário que este profissional esteja atento às fragilidades e sentimentos dos pacientes como negação, frustração, depressão, entre outros, a fim de planejar, avaliar e realizar ações com vistas ao melhor enfrentamento da doença e adesão ao tratamento (SILVA et al, 2011).

Frente a isso, o objetivo do estudo é relatar a experiência vivenciada de uma acadêmica de enfermagem sobre a implementação da SAE ao paciente com IRC.

01 a 04 de outubro de 2018

**Evento:** XIX Jornada de Extensão

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido durante a componente curricular Enfermagem no Cuidado Adulto: Clínico, o qual objetiva a inserção dos estudantes na vivência hospitalar. A disciplina encontra-se subdividida em teórico e prático, perfazendo carga horária de 120 horas. As atividades foram realizadas durante o primeiro semestre de 2018.

O momento teórico desenvolveu-se em sala de aula, onde foram abordados conteúdos sobre principais patologias desencadeantes de internação, tratamento, cuidados de enfermagem e todos aspectos clínicos. Quanto ao momento prático, inicialmente houve a divisão dos alunos em pequenos grupos, de até cinco integrantes e posteriormente houve a inserção destes no campo de prática. A inserção no campo de prática durou 15 dias. O campo caracteriza-se por atender demanda de pacientes com multipatologias, sendo composto 25 leitos e pertence a um Hospital de porte IV, localizado na região noroeste do estado do Rio Grande Do Sul.

No final das atividades os acadêmicos foram desafiados a desenvolver a SAE com um paciente de seu interesse e apresentar aos demais colegas. A SAE foi instituída por Wanda de Aguiar Horta (1970), com objetivo de ampliar os cuidados de enfermagem, por meio do desenvolvimento de cinco etapas, que são elas: histórico de enfermagem (exame físico e entrevista), levantamento de problemas e diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação das ações e avaliação de enfermagem.

## **RESULTADOS**

Na primeira etapa, foi realizada a entrevista com familiar e a paciente. De acordo com a informações colhidas, a mesma estava internada para iniciar tratamento quimioterápico, é ex tabagista, tem histórico familiar de câncer, baixa aceitação do diagnóstico de câncer e IRC, sedentária, refere dor em nível 7 em escala de 0 a 10. Ademais, possui diagnóstico médico de Mieloma Múltiplo, problemas ósseos, múltiplas lesões de pele, hipertensão arterial sistêmica, alterações hematológicas, IRC o que condicionou a necessidade de realização de hemodiálise.

No exame físico, realizou-se a mensuração dos sinais vitais, medidas antropométricas, avaliação do sistema neurológico, segmentos de pescoço e cabeça, hábitos alimentares, oxigenação, regulação vascular, regulação abdominal, urinária e intestinal com ausência de anormalidades. Na integridade da pele apresentava-se pálida, desidratada, com ressecamento cutâneo e cicatriz cirúrgica de apendicectomia em fossa ilíaca esquerda, e quanto a questões musculoesqueléticas, apresenta hipotonia, fratura de T8 e edema de membros inferiores (grau II).

Os dados obtidos ofereceram subsídios para o levantamento de problemas, sendo estes: desidratação, risco de lesão por pressão, dor, mobilidade física prejudicada, fadiga, risco de infecção, risco de queda, déficit do autocuidado para o banho, e anorexia. Após o levantamento de problemas, realizou-se os diagnósticos de enfermagem, estes são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1. Dados diagnósticos de enfermagem.

01 a 04 de outubro de 2018

**Evento:** XIX Jornada de Extensão

| DIANÓSTICOS:                                                                                                                                         | METAS:                                                                             | PLANO ASSISTENCIAL:                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Volume de líquidos deficiente, relacionado há mecanismo regulador comprometido, evidenciado por pele seca.                                           | Manter o volume de líquidos em um nível fisiológico, aumentar hidratação corporal. | Monitorar débito urinário, sinais vitais, mucosas úmidas e turgor cutâneo; garantir ingestão de no mínimo 1.500 ml. de líquidos por via oral a cada 24 horas, monitorar balanço hídrico.                   |
| Risco de ulcera por pressão evidenciada por redução da mobilidade.                                                                                   | Aumentar mobilidade física, levantar-se da cama sem auxílio em sete dias.          | Avaliar grau de incapacidade, estimular exercício físico no leito com fisioterapeuta, mudança de decúbito em 2/2hs.                                                                                        |
| Dor crônica, relacionado a lesão na medula espinal, evidenciado por autor relato de intensidade usado escala padronização de dor. (Escala numérica). | Diminuição da dor em 3 dias                                                        | Cuidar horários de medicações analgésicos, prestar conforto e tranquilidade ao cliente, manter paciente em posição mais confortável, avaliar efeitos da dor no desempenho de atividades normais.           |
| Mobilidade física prejudicada relacionada à dor evidenciada por redução nas habilidades motoras grossas.                                             | Melhora de deambulação em 10 dias.                                                 | Realizações de exercícios de deambulação até a medida de tolerância, proporcionar medidas de segurança e conforto.                                                                                         |
| Fadiga caracterizada por condição fisiológica (doença), evidenciada por sonolência.                                                                  | Diminuição de cansaço e aumento de energia física.                                 | Rever prescrição/uso de fármacos com profissional médico, orientar métodos para conservar energia, auxiliar paciente em suas atividades de autocuidado, proporcionar ambiente mais confortável.            |
| Risco de infecção evidenciado por diminuição de hemoglobina.                                                                                         | Prevenir infecção oportunista                                                      | Estimular a alimentação adequada e ingestão de líquidos, evitar procedimentos invasivos, orientar paciente e familiar sobre a higienização de mãos.                                                        |
| Risco de quedas evidenciadas por uso de dispositivos de auxiliares. (andador)                                                                        | Estimular o aumento do equilíbrio físico.                                          | Uso de pulseira de risco de queda (cor laranja), orientar cuidador sobre manter grade da cama elevada, orientar cliente e cuidador a eliminar fatores de risco (calçado escorregadio, piso, tapetes, etc). |
| Déficit no autocuidado para o banho caracterizado por fraqueza, evidenciado por capacidade prejudicada de lavar o corpo.                             | Tomar banho de chuveiro em 7 dias.                                                 | Colaborar no programa de reabilitação para ampliar capacidades, estimular autonomia.                                                                                                                       |
| Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionado a ingestão alimentar insuficiente, evidenciado por aversão ao alimento. | Aumentar a ingestão de alimentação via oral                                        | Estimular alimentação saudável, evitar alimentos que provoquem desconfortos gastrointestinais, conferir se há interação medicamentosa.                                                                     |

01 a 04 de outubro de 2018

**Evento:** XIX Jornada de Extensão

## DISCUSSÃO

A IRC é uma síndrome metabólica decorrente de uma perda progressiva, geralmente lenta, da capacidade excretória renal, e pode ser avaliada clinicamente pela medida do “clearance” de creatinina em urina de 24 horas, gradativamente, a função renal diminui e o paciente evolui para a Insuficiência renal crônica, apresentando a falência de múltiplos órgãos, ocasionando sequelas como: impotência e insuficiência cardíaca. Diante Mediante a isso, torna-se necessário e fundamental que o enfermeiro tenha um cuidado essencial aos portadores de IRC, principalmente no que se refere ao estímulo ao autocuidado à saúde, para facilitar a cooperação e adesão do paciente ao tratamento, além de estimulá-lo a superar as mudanças cotidianas e favorecer seu bem-estar (DRAIBE; AJZEN, 2013). A terapia renal mais utilizada é a hemodiálise, porém, está traz grandes repercussões à vida do indivíduo.

De acordo com a literatura, o paciente que realiza hemodiálise convive com um tratamento doloroso e de longa duração, que provoca impactos negativos em sua vida, que interferem nos hábitos de vida, na alimentação, ingesta hídrica e privação social. Essa situação desencadeia sentimentos como dúvidas, insegurança, medo, angústia e sofrimento (COSTA, 2011).

Fato que também é evidenciado no estudo de Silva et al, (2011), onde pacientes submetidos à diálise demonstram palavras negativas, medo da dependência econômica e da mudança visual de si próprio. Contudo, a hemodiálise representa um método que beneficia a qualidade de vida destes pacientes, e permite a espera pelo transplante renal.

Diante da complexidade do quadro clínico desses pacientes, é importante que o enfermeiro consiga identificar e tratar os fenômenos decorrentes da terapia hemodialítica, por meio da implantação de métodos estratégicos de assistência que visam o cuidado integral a saúde (LEMES, BACHION, 2015).

Dentre os cuidados de enfermagem incluem-se a monitoração dos sinais vitais a cada trinta minutos, monitorar o peso do paciente antes e depois da diálise, examinar vias de acesso para hemodiálise e monitorar sinais flogísticos, adotar medidas para controle de infecções, proporcionar suporte emocional, avaliar dor e administrar analgésicos prescritos, e realizar massagens visando o relaxamento do paciente (FREITAS, MENDONÇA, 2016).

Ademais, em relação aos problemas encontrados estes vão ao encontro de Frazão et al, (2014), que aponta que os pacientes com IRC apresentam déficit de auto cuidado, dor, mobilidade prejudicada, padrão do sono prejudicado, risco de infecção, etc.

Neste sentido, diante das principais complicações que ocorrem durante o procedimento dialítico, a monitorização, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção, por parte do profissional enfermeiro, tornam-se cruciais para a garantia de um procedimento seguro e eficiente ao paciente (TERRA et al., 2010). Pois, é relevante a elaboração de plano de cuidados ao paciente em hemodiálise.

## CONCLUSÃO

Os pacientes com diagnóstico de IRC e seus familiares passam por modificação em sua vida, nos aspectos psicossociais, econômico e biológico, deste modo, cabe ressaltar a importância do profissional enfermeiro neste processo, pois é ele que acompanha e realiza intervenções que visam a qualidade de vida destes pacientes.

**01 a 04 de outubro de 2018**

**Evento:** XIX Jornada de Extensão

**Palavras-chave:** Doença renal crônica; Enfermagem; Atenção Hospitalar; Hemodiálise.

**Keywords:** *Chronic kidney disease; Nursing; Hospital Attention; Hemodialysis.*

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. **Considera a sistematização da assistência de enfermagem - SAE nas instituições de saúde brasileiras.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em . Acesso em 10 Junho 2018.

COSTA, P. B.; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. **Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE.** Fisioterapia movimento, v. 23, n. 3, p. 461-471, 2010.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. **Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário.** Caderno de saúde coletivo, v.19, n.2, p. 9-232, 2011.

Draibe AS, Ajzen H. **Insuficiência Renal Crônica (IRC).** In: Ajzen H; Schor N editores. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP: Nefrologia. São Paulo: Manole; 2005. Cap.15

FREITAS, R. L. S; MENDONÇA, A. E. O. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Renal Crônico em Hemodiálise.** Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, v. 14, n. 2, 2016. ISSN: 2237.

Lemes MMDD. **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem à pessoas em tratamento hemodialítico: validação de consenso por especialistas.** Goiânia, Goiás. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2015.

SILVA, A. S. et al., Percepção e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-44. set./out. 2011.