

Stephanie Marson, Isabel Cristina Echer

INTRODUÇÃO

A enfermeira deve primar pela recuperação do paciente e para isto, necessita de conhecimentos que deem subsídios para que possa estabelecer diagnósticos de enfermagem (DE) acurados e a partir deles realizar um plano de cuidados apropriado.

OBJETIVO

Identificar os DE e cuidados de enfermagem prescritos para pacientes transplantados renais.



MÉTODO

Estudo transversal com uma amostra de 165 pacientes os quais realizaram o transplante entre janeiro de 2007 a janeiro de 2009. Os dados foram obtidos a partir do prontuário eletrônico e analisados por meio de estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 165 pacientes, dos quais 106 (64%) eram homens, 89 (54%) casados, 124 (80,5%) ativos profissionalmente, 104 (64%) estudaram o ensino fundamental e 111 (68%) com enxerto proveniente de doador cadáver. Foram identificados 50 diferentes tipos de DE, uma média de 7,97 ($\pm 2,77$) por paciente e 250 cuidados de enfermagem. A seguir é apresentado os seis DE mais frequentes com os principais cuidados de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem

Cuidado de Enfermagem

Risco de Infecção

Implementar cuidados com administração de medicamentos
Implementar cuidados na punção venosa
Implementar cuidados com soroterapia
Avaliar aspecto da ferida operatória
Implementar cuidados com a sonda vesical de demora

Alteração da Eliminação Urinária

Medir diurese
Registrar aspecto e frequência das eliminações
Verificar o peso do paciente
Implementar cuidados com a sonda vesical
Realizar balanço hídrico total

Proteção Ineficaz

Implementar cuidados com a administração de medicamentos
Orientar para o autocuidado
Verificar sinais vitais
Observar sinais de infecção
Orientar pacientes e familiares sobre prevenção de infecção

Déficit no Autocuidado

Auxiliar no banho de chuveiro
Realizar banho de leito
Estimular o autocuidado
Manter períneo limpo e seco
Levar paciente ao chuveiro

Integridade Tissular Prejudicada

Manter colchão piramidal
Avaliar aspecto da ferida operatória
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar
Preservar membro com fistula arteriovenosa
Observar pertuito em locais de inserção de cateter

Dor Aguda

Comunicar sinais de dor
Administrar analgesia após avaliação
Registrar a dor como 5 sinal vital
Avaliar a eficácia da analgesia
Avaliar a dor utilizando escala de intensidade

CONCLUSÃO

Os DE e cuidados prescritos são os indicados pela literatura e a identificação dos principais DE e cuidados de enfermagem possibilita qualificar a assistência.

REFERÊNCIAS

Bulechek GM, McCloskey JC Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010
Herdman, T.H. (Ed.) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

* Apoio Financeiro



Contato: tephie_marson@hotmail.com