

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO ACOMETIDO POR ERISIPELA, PNEUMONIA, PÉ DIABÉTICO E ÚLCERA POR PRESSÃO

Laís do Espírito Santo Lima¹, Antonio Jorge Silva Correa Júnior¹, Jonas Melo de Matos Júnior¹, Paulo Cesar da Silva Moura¹, Ronaldo de Sousa Moreira Baia²

¹Acadêmicos de Enfermagem; ²Mestrando em Enfermagem

Introdução: A Enfermagem deve contribuir com estudos e práticas reflexivas no cuidado aos clientes de forma integral e individualizada, para tanto, o Processo de Enfermagem deve debruçar-se sobre um instrumento metodológico que lhe permita racionalizar o cuidado, e implementá-lo de maneira estratégica e prática. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é validada internacionalmente e acreditada por organismos como o Conselho de Enfermagem, no Brasil foi apresentada pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta na década de 1960. A assistência de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (CTI) visa promover a recuperação com intuito de reabilitar o paciente, os CTIs foram criados a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. A úlcera por pressão (UP) é uma lesão local de necrose celular que tende a se desenvolver quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície por prolongado período de tempo. Ela pode ser classificada em estágio I, II, III e IV. A erisipela é um processo infeccioso cutâneo, podendo atingir a gordura do tecido celular subcutâneo, causado por uma bactéria (Estreptococo) que se propaga pelos vasos linfáticos, sendo mais comum nos diabéticos, obesos e nos portadores de deficiência da circulação venosa dos membros, enquanto o pé diabético ocorre por alterações anatomopatológicas e neurológicas periféricas em pessoas acometidas pelo diabetes mellitus. Tais alterações constituem-se de neuropatia diabética, infecção e menor circulação sanguínea no local. Essas lesões geralmente apresentam contaminação por bactérias, sabendo que o diabetes provoca dificuldade na cicatrização, ocorre o risco do pé ser amputado. O pé diabético ocorre pela ação destrutiva do excesso de glicose no sangue. No nível vascular causa endurecimento das paredes dos vasos e oclusão, a circulação sanguínea diminui, provocando isquemia e trombose. O conceito de sepse abrange as situações nas quais se estabelece síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS, do inglês systemic inflammatory response syndrome) desencadeada por infecção suspeita ou confirmada. Do ponto de vista clínico, a apresentação da sepse se relaciona às múltiplas possibilidades de interação entre homem e microrganismos, distinguindo-se situações como: infecção, SIRS, sepse, sepse grave, choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. **Objetivos:** relatar a experiência na assistência ao idoso portador de diversas patologias, dentre elas: erisipela, úlcera por pressão e pneumonia recendo cuidados em Centro de Terapia Intensiva. **Descrição da experiência:** O estudo trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem do sexto semestre da Universidade Federal do Pará, dentro do campo de práticas clínicas da Atividade Curricular de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Ocorreu no período de 08 à 19 de setembro de 2014, em um hospital universitário de referência na região metropolitana de Belém. No período supracitado, os acadêmicos sob a supervisão de preceptor da atividade curricular executaram procedimentos relacionados às necessidades humanas básicas afetadas do paciente. O acompanhamento do paciente ocorreu diariamente durante todo o período de internação através de visitas clínicas de enfermagem, exame físico e banho no leito. No intercurso de um dos banhos no leito foi observada uma parada cardiorrespiratória seguida por uma reanimação cardiopulmonar efetuada pela equipe. **Resultado:** S.B.S., sexo

masculino, 63 anos, quarto dia, Diabetes Mellitus + Erisipela + Insuficiência Renal Aguda + Sepsis + Pneumonia. Sob sedação contínua, RAMSAY 6, intubado sob ventilação mecânica, PEEP 7, FiO₂ 50%, sensibilidade 3l/min, saturação não detectável pelo o aparelho, Frequência Respiratória = 15 rpm, Ventilação por pressão controlada 19 cm³/H₂O. Monitorizado em múltiplos parâmetros: afebril, normocárdico, Temperatura: 36,9 C, Pressão arterial de 117/58 mmHg. Ictérico 2/4, edemaciado e mal distribuído ¾, abdômen globoso e flácido, curativo na perna direita limpo externamente e pele descamativa. Movimentos vesiculares positivos bilateralmente diminuídos em base, com presença de ronco em terço médio esquerdo e ápice direito, BCNF 2T sem sopro, ruídos hidroaéreos presentes em terço médio do pulmão esquerdo. Recebe Noradrenalina (25 ml/h), Dormonid (15 ml/h), Fentanil (5 ml/h) em Veia Jugular Interna Direita através de Cateter de Duplo Lumen, Sonda Nasogástrica fixa para Gavage, cateter para hemodiálise em sub-clávia esquerda. Retirada sonda vesical de demora e aspirado traqueo brônquica com presença de secreção esverdeada de aspecto turvo. Em vista do que foi observado no idoso foram agrupados em uma tabela conforme a taxonomia do Manual de Enfermagem Carpenito 13^a Edição (2011), diagnósticos de Enfermagem como: débito cardíaco diminuído, relacionado ao estado de inatividade física do paciente evidenciado pela cianose; Risco de Aspiração favorecido pela presença de secreção esverdeada de aspecto turvo em TOT e vias aéreas; Risco de choque definido pela sepsis e infecção proporcionada pela lesão no pé diabético; Resposta ao desmame ventilatório disfuncional, evidenciado pela relativa incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, que interrompe e prolonga o processo de desmame; Perfusão Tissular Periférica Prejudicada relacionado à diabetes, evidenciado pela palidez, cianose, hiperemia reativa, edema, modificação na função motora, unhas duras e grossas; Risco de Desequilíbrio Eletrolítico relativo a mecanismos reguladores prejudicados à efeitos do tratamento, como a medicação; Risco de Função Respiratória Ineficaz Favorecida pela resposta disfuncional ao desmame, existência de secreções excessivas e espessas relacionadas a imobilidade e ao efeito sedativo. Foram estipuladas as seguintes intervenções: Controle da hipovolemia, monitoração hídrica, regulação hemodinâmica e reposição rápida de líquidos, para débito cardíaco; Deve-se investigar a posição da língua garantindo que não esteja ocluindo as vias aéreas, manter a cabeceira elevada, verificar se a sonda de alimentação não se deslocou para cima desde a sua inserção, relacionada ao Risco de Aspiração; Promover cuidados com o local da ferida ou incisão, administração de medicamentos, uso tópico, de acordo com as intervenções do Risco de choque; Monitorar o equilíbrio ácido-básico, evitar acidose e alcalose respiratória, controle das vias aéreas, oxigenoterapia e posicionamento com ênfase em resolver possíveis problemas da Resposta ao desmame ventilatório; Manter a extremidade em posição pendente e mantê-la aquecida para Perfusão Tissular Periférica; Controlar e minimizar episódios de desequilíbrio, usando dados laboratoriais e normas. Identificar os desequilíbrios aos quais o cliente está vulnerável como a cetoacidose diabética, em conformidade ao Risco de desequilíbrio eletrolítico; Auscultar o campo pulmonar a cada hora, deve-se também aumentar frequência de ausculta se houver alteração nos sons respiratórios relacionado ao Risco de Função Respiratória Ineficaz. **Conclusão:** A assistência de Enfermagem ao paciente no CTI requer a compreensão de que o ato de cuidar perpassa também o cuidar para a morte. Nesse sentido, a experiência proporcionou uma visão diferenciada no que tange ao cuidado humanizado, ético, holístico e seguro do paciente. Pois, nesse ambiente, o cliente encontra-se, muitas vezes, sedado ou comatoso, no qual o profissional deve estar atento para verificar regularmente

os sinais vitais e realizar o exame físico. Ademais, independente do estado neurológico, os cuidados para serem executados não devem ser negligenciados.

Referências:

ALCANTARA, C.; ALCANTARA, V.C.S. **Cicatrização de lesões causadas por erisipela em um paciente diabético**. Comunicação em Saúde Pública. v. 20, n. 2, p. 173-184. 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/cicatrizacao_lesoes.pdf> Acesso em 1 de outubro de 2014> Acesso em 2 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: Protocolo **Para Prevenção de Úlcera por Pressão** Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. 09 de Julho de 2013. p. 20. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>> Acesso em 1 de outubro de 2014.

CARPENITO LJ. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 13^a Edição. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.