

Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes com lesão renal aguda

Diagnosis, results, and nursing interventions for patients with acute renal injury

Mariana de Freitas Grassi¹

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua¹

Rodrigo Jensen¹

Cassiana Mendes Bertoncello Fontes¹

Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães²

Descritores

Diagnósticos de enfermagem; Processo de enfermagem; Lesão renal aguda; Diálise renal; Cuidados críticos

Keywords

Nursing diagnosis; Nursing process; Acute kidney injury; Renal dialysis; Critical care

Submetido

11 de Setembro de 2017

Aceito

24 de Outubro de 2017

Autor correspondente

Mariana de Freitas Grassi
Rua Nelo Cariola, 307,
18603-570, Botucatu, SP, Brasil.
mariana.grassi1@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700078>

Resumo

Objetivo: Identificar prevalência de diagnósticos (DE), resultados (RE) e intervenções de enfermagem (IE) em pacientes com lesão renal aguda (LRA) internados em unidade de terapia intensiva (UTI). Correlacionar DE, RE e IE identificados.

Métodos: Estudo transversal, conduzido em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de grande porte da cidade de São Paulo. Foram incluídos, numa amostra intencional, 98 pacientes com LRA em tratamento hemodialítico internados em UTI, maiores de 18 anos. Foi utilizado *software* SPSS v21.0 para estimação da prevalência, fixando a estimativa no intervalo de confiança (C) de 95% e erro amostral de 0,05. A coleta de dados foi realizada por meio da consulta de enfermagem, composta de entrevista estruturada, anamnese e exame físico dos pacientes, utilizando instrumento elaborado pelos pesquisadores. A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2016, e o instrumento de coleta de dados foi preenchido pela pesquisadora principal. A consulta de enfermagem teve duração de aproximadamente 30 minutos. Do total da amostra, 10% foi selecionada aleatoriamente e checada, com o propósito de avaliar a qualidade dos dados e valores atípicos. Foi também realizado teste piloto em dois pacientes, previamente, para verificar se as informações contidas no instrumento atingiriam os objetivos da pesquisa.

Resultados: Participaram 98 pacientes, predominantemente com idade ≥ 60 anos (33%), sexo masculino (60%) e classificados com lesão pré-renal (54%). DE prevalentes (100%): risco de infecção, risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, risco de perfusão renal ineficaz, risco de desequilíbrio eletrolítico, volume de líquidos excessivos e risco de volume de líquidos desequilibrados. RE prevalentes (100%): gravidade da infecção, acesso para hemodiálise, perfusão tissular: órgãos abdominais, equilíbrio hídrico, mobilidade, remoção de toxinas e função renal. IE prevalentes (100%): promoção contra infecção, controle de infecção, manutenção de acesso para diálise, controle hidroeletrólítico, controle de eliminação urinária, controle ácido-básico, controle de eletrólitos, controle de hipovolemia, controle hídrico, monitorização hídrica, fisioterapia respiratória, monitorização respiratória e posicionamento. Correlações foram significativas ($p < 0,001$) entre DE e IE e entre IE e RE.

Conclusão: Os principais DE, RE e IE foram relacionados à perda da função renal, origem das alterações na perfusão renal, volemia, distúrbios hidroeletrólíticos e risco para infecção. O número de DE atribuídos mostrou-se relacionado ao número de IE, assim como, das IE aos RE.

Abstract

Objective: To identify prevalence and correlate diagnosis, results, and nursing interventions in patients with acute renal injury (ARI) who were hospitalized in an intensive care unit (ICU).

Methods: This was a cross-sectional study including 98 patients older than 18 years old with ARI who were undergoing hemodialysis treatment in the ICU. The study was carried out in an ICU a large public hospital located in the city of São Paulo, Brazil. For statistics analysis we used the SPSS v21.0 to estimate prevalence, the 95% of confidence interval and sample error of 0.05. Data were collected from March to July 2016 using structured interviews, anamnesis and physical exam of patients using an instrument designed by this study researchers. The main instrument was completed by the principal researcher. Nursing consultation lasted for approximately 30 minutes. Of the total sample, 10% was selected and checked randomly in order to evaluate data quality and atypical values. Two patients previously did a pilot test to verify whether information in the instrument achieved the objective of the study.

Results: The 98 participants were aged ≥ 60 years (33%), men (60%), and classified as pre-renal injury (54%). Prevalent diagnosis was (100%) risk of infection, risk of inefficient gastrointestinal perfusion, risk of ineffective renal perfusion, risk of electrolyte imbalance, excessive fluid volume, and risk of imbalanced fluid volume. Results (100%) were: severity of infection, access for hemodialysis, tissue perfusion - abdominal organs, hydric balance, mobility, removal of toxins and renal function. Prevalent nursing interventions (100%) were: promotion against infection, control of infection, maintenance of access for dialysis, hydroelectrolytic control, urinary elimination control, acid-base control, electrolytic control, hypovolemia control, hydric control, hydric monitoring, respiratory physiotherapy, respiratory and positioning monitoring. Correlations were significant ($p < 0.001$) between diagnosis and nursing interventions and between nursing interventions and results.

Conclusion: Main diagnosis, results and nursing interventions related with loss of renal function originated from changes of renal perfusion, volemia, hydroelectrolytic dysfunctions, and risk of infection. The number of diagnosis showed to be correlated with number of nursing interventions and nursing interventions was correlated with results.

¹Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

²Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.



Introdução

A lesão renal aguda (LRA) em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) apresenta incidência que varia entre 25%⁽¹⁾ e 57%⁽²⁾ e mortalidade em torno de 60%.⁽³⁾ A LRA caracteriza-se por perda abrupta da função renal, com redução da taxa de filtração glomerular, gera acúmulo de produtos nitrogenados, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico.⁽⁴⁻⁶⁾

Na assistência ao portador de LRA o Processo de Enfermagem (PE) é uma importante ferramenta utilizada pelo enfermeiro para gerenciar cuidados, detalhado em fases, e registrado no prontuário do paciente. Contempla cinco fases: histórico de enfermagem/coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.⁽⁷⁾

Destaca-se que o diagnóstico de enfermagem é um processo cognitivo ao agrupamento da coleta e análise de dados, geração e avaliação de hipóteses. A acurácia deve permear a avaliação, as decisões e o processamento de informações que geram o diagnóstico. O diagnóstico apoia a comunicação e a decisão sobre os resultados esperados e as intervenções para atingi-los.⁽⁸⁾ Este estudo tem o objetivo de identificar a prevalência de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de pacientes com LRA em terapia hemodialítica internados em UTI. Propõe-se também correlacionar o número de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados.

Métodos

Estudo transversal, conduzido em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de grande porte da cidade de São Paulo. Foram incluídos, numa amostra intencional, 98 pacientes com LRA em tratamento hemodialítico internados em UTI, maiores de 18 anos. Foi utilizado *software* SPSS v21.0 para estimação da prevalência, fixando a estimativa no intervalo de confiança (IC) de 95% e erro amostral de 0,05. A coleta de dados foi realizada por meio da consulta de enfermagem, composta de entrevista estruturada, anamnese e exame físico dos

pacientes, utilizando instrumento elaborado pelos pesquisadores. As variáveis de interesse foram itens clínicos, sociodemográficos e diagnósticos (DE), resultados (RE) e intervenções de enfermagem (IE) que refletiam necessidades de cuidados dos pacientes com LRA.

A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2016, e o instrumento de coleta de dados foi preenchido pela pesquisadora principal. A consulta de enfermagem teve duração de aproximadamente 30 minutos. Os pacientes e/ou familiares participantes foram convidados a responder a entrevista após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O formulário foi composto por dados referentes à anamnese, exame físico, dados de exames complementares e dados do prontuário do paciente. Este foi aplicado uma única vez, no momento da internação do paciente na UTI, com o diagnóstico de LRA em tratamento dialítico. Após a coleta de dados, foram identificados os DE, RE e IE, utilizando as classificações NANDA *International* (NANDA-I),⁽⁹⁾ Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽¹⁰⁾ e Classificações dos Resultados de Enfermagem (NOC).⁽¹¹⁾

As variáveis clínicas, sociodemográficas, assim como, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram analisados de forma descritiva. Para a correlação entre o número de DE, número de RE e número de IE foi aplicado o teste de correlação linear por correlação de *Spearman*, por meio do *software* SPSS versão 21.0.

Do total da amostra, 10% foi selecionada aleatoriamente e checada, com o propósito de avaliar a qualidade dos dados e valores atípicos. Foi também realizado teste piloto em dois pacientes, previamente, para verificar se as informações contidas no instrumento atingiriam os objetivos da pesquisa.

Este estudo seguiu os preceitos éticos e legais preconizados pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.⁽¹²⁾ A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (CAAE) nº 53058316.0.0000.5411.

Resultados

Participaram do estudo 98 pacientes com LRA em tratamento hemodialítico hospitalizados em UTI. Na tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

Além do diagnóstico de LRA cada paciente possuía mais de um diagnóstico médico concomitante, motivo principal da internação, os principais diagnósticos médicos foram relacionados às doenças de trato gastrointestinal (35; 36%) e trato respiratório (27; 28%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes com lesão renal aguda em tratamento dialítico em unidade de terapia intensiva

Variáveis	n(%)	Mediana (Max-Min)
Faixa etária		
18-30 anos	8(8)	
31-40 anos	13(13)	
41-50 anos	20(20)	
51-60 anos	25(26)	
Acima de 60 anos	32(33)	
Idade (anos)		55(20-79)
Sexo		
Masculino	59(60)	
Feminino	39(40)	
Procedência		
São Paulo	58(59)	
Outros municípios	35(36)	
Outros estados	3(3)	
Outro país	1(1)	
Situação conjugal		
Casado	49(50)	
Solteiro	35(36)	
Divorciado	8(8)	
Viúvo	3(3)	

O choque séptico esteve presente em 38 pacientes (37%), o qual contribuiu para o surgimento, evolução e gravidade da LRA. A classificação da LRA pré-renal esteve presente em 53 (54%) pacientes, o que se relaciona com a hipovolemia e hipofluxo sanguíneo.

O início da terapia hemodialítica ocorreu nas primeiras 24 horas de admissão na UTI em 45 (46%) pacientes. A terapia hemodialítica contínua foi indicada para 66 (67%) pacientes, destas a hemofiltração venovenosa contínua ocorreu em 59 (60%) dos casos.

Quanto ao balanço hídrico, apresentava-se positivo em 52 (53%) pacientes, a diurese estava presente em 73 (75%) dos casos e o uso de diurético em 31 (32%) pacientes. O uso de sedação estava presente em 53 (54%) pacientes, todos totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem, e 60 (61%) em uso de droga vasoativa. Faziam uso de ventilação mecânica 66 (68%) pacientes.

Na avaliação dos pacientes de forma geral, foi possível notar a gravidade e instabilidade hemodinâmica, 57 (61%) pacientes evoluíram para óbito.

Os diagnósticos de enfermagem prevalentes, características definidoras, fatores de risco e relacionados elencados nestes pacientes estão descritos na tabela 2.

Na tabela 3 são vinculados aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Foi encontrado no estudo, por paciente, mediana de 15 (min 8 - max 22) DE, 3,7 (min 3 - max 4) RE e 40 (min 23 - max 46) IE. Na correlação entre os DE, RE e IE, as correlações foram significativas entre os DE e as IE ($r = 0,51$; $p < 0,001$) e entre as IE e os RE ($r = -0,34$; $p = 0,001$). Não houve correlação significativa entre os DE e os RE ($r = -0,18$; $p = 0,072$).

Discussão

Foram identificados nove DE, 13 RE e 27 IE prevalentes em pacientes portadores de LRA em tratamento dialítico em UTI, com a finalidade de contribuir ao raciocínio clínico dos profissionais e promover impacto positivo na assistência, prevenção e tratamento de pacientes com essa patologia.

Os pacientes incluídos nesta pesquisa apresentaram-se como criticamente graves e com instabilidade hemodinâmica, consequentemente com altas taxas de mortalidade, 61% dos casos. Esta taxa é congruente com as taxas encontradas nacional e internacionalmente.⁽¹³⁻¹⁶⁾

Após traçados o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com LRA em tratamento dialítico em UTI, foram identificados os DE prevalentes; ocorreram em 100% destes: risco de infecção, risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, risco de

Tabela 2. Diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores de risco e relacionados de pacientes com lesão renal aguda em tratamento dialítico em unidade de terapia intensiva

Diagnóstico de Enfermagem	(%)	Características definidoras	(%)	Fatores de risco/fatores relacionados	(%)
Risco de infecção	100	-	-	Procedimento invasivo	100
				Resposta inflamatória suprimida	100
				Diminuição de Hemoglobina	97
				Integridade da pele prejudicada	56
				Desnutrição	38
				Obesidade	6
Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	100	-	-	Doença renal	100
				Doença gastrointestinal	36
				Função hepática prejudicada	34
				Diabetes melitus	15
Risco de perfusão renal ineficaz	100	-	-	Doença renal	100
				Exposição á nefrotoxinas	93
				Hipertensão arterial	28
				Diabetes melitus	15
				Trauma	15
				Queimaduras	1
Volume de líquidos excessivo	100	Hemoglobina e hematócrito diminuído	97	Mecanismo regulador comprometido	100
				Desequilíbrio eletrolítico	62
				Oligúria	67
				Ruídos respiratórios adventícios	59
				Edema	52
				Ingesta maior que eliminação	52
Risco de desequilíbrio eletrolítico	100	-	-	Disfunção renal	100
				Mecanismo regulador comprometido	100
				Volume de líquidos excessivos	100
				Vômito	16
				Diarréia	8
Risco de volume de líquidos desequilibrados	100	-	-	Regime de tratamento	100
				Sepse	37
				Trauma	15
				Queimaduras	1
Troca de gases prejudicada	61	pH arterial anormal	67	Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão	100
				Cianose	40
				Taquicardia	38
				Padrão respiratório anormal	27
				Gases sanguíneos arteriais anormais	10
				Hipercapnia/hipoxemia	10
Risco de sangramento	61	-	-	Regime de tratamento	62
				Função hepática prejudicada	47
				Trauma	13
Integridade da pele prejudicada	60	Alteração na integridade da pele	100	Fator mecânico	100
				Alteração no volume de líquidos	100
				Circulação prejudicada	44
				Nutrição inadequada	42
				Hipotermia	17
				Hipertemia	5

perfusão renal ineficaz, volume de líquidos excessivos, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de volume de líquidos desequilibrados. Estes resultados assemelham-se a outro estudo brasileiro, realizado por técnica *Delphi*, que identificaram cinco diagnósticos principais: débito cardíaco diminuído, perfusão tissular ineficaz: renal, volume de líquidos deficiente, volume excessivo de líquidos e risco para infecção.⁽¹⁷⁾

Outro estudo realizado com pacientes em Terapia de Reposição Renal Contínua (CRRT) identificou em 100% dos casos os DE: perfusão renal ineficaz, volume de líquidos excessivos, proteção ineficaz, débito cardíaco diminuído, risco de integridade da pele prejudicada, risco de infecção e termorregulação ineficaz.⁽¹⁸⁾

Em estudo prévio que traçou o perfil diagnóstico de pacientes com doença renal crônica em he-

Tabela 3. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de pacientes com lesão renal aguda em tratamento dialítico em unidade de terapia intensiva

Diagnóstico de Enfermagem	(%)	Resultados de Enfermagem	(%)	Intervenções de Enfermagem	(%)
Risco de infecção	100	Gravidade da Infecção	100	Promoção contra infecção	100
				Controle de infecção	100
Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	100	Acesso para hemodiálise	100	Manutenção de acesso para diálise	100
		Perfusão tissular: órgãos abdominais	100	Controle hidroeletrólítico	100
Risco de perfusão renal ineficaz	100	Função gastrointestinal	69	Controle de eliminação urinária	100
		Função renal	100	Controle ácido-básico	100
Volume de líquidos excessivo	100			Terapia por hemofiltração	66
				Terapia por hemodiálise	35
		Remoção de toxinas	100	Controle de eliminação urinária	100
		Equilíbrio eletrolítico	71	Controle de eletrólitos	100
Risco de desequilíbrio eletrolítico	100	Equilíbrio hídrico	100	Controle hidroeletrólítico	100
				Controle de hipervolemia	100
				Controle hídrico	100
				Monitorização hídrica	100
Risco de volume de líquidos desequilibrados	100	Equilíbrio eletrolítico e ácido-base	83	Controle ácido-básico	100
				Controle de eletrólitos	100
Troca de gases prejudicada	61	Gravidade da sobrecarga hídrica	69	Controle hídrico	100
				Controle de hipervolemia	100
Risco de sangramento	61	Estado respiratório	64	Fisioterapia respiratória	100
				Monitorização respiratória	100
Integridade da pele prejudicada	60	Coagulação sanguínea	98	Redução do sangramento	61
				Precaução contra sangramentos	61
Integridade da pele prejudicada	60	Cicatrização de feridas	67	Administração de hemoderivados	56
				Posicionamento	100
				Cuidado com lesões	64
				Prevenção de úlceras por pressão	38
				Supervisão da pele	38

modiálise, foram identificados alguns DE que se assemelham à presente pesquisa como: risco de infecção, risco de desequilíbrio eletrolítico e volume de líquidos excessivos. Entretanto, foram divergentes os DE: risco de trauma vascular, risco de função hepática prejudicada, risco de glicemia instável, dor aguda, insônia e ansiedade.⁽¹⁹⁾

O DE volume de líquidos excessivos é frequente em pacientes em tratamento dialítico, tanto crônicos ou agudos, as características definidoras foram estudadas e averiguadas em estudo brasileiro, algumas são semelhantes aos achados desta pesquisa, como por exemplo: desequilíbrio eletrolítico, ruídos pulmonares adventícios, edema e ingestão maior que a eliminação.⁽²⁰⁾

Em outro estudo que identificou DE em pacientes portadores de cateter de curta permanência para hemodiálise foram encontrados oito principais DE: risco de perfusão renal ineficaz, mobilidade física prejudicada, risco de síndrome por estresse por mudança, risco de infecção, integridade

da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, proteção ineficaz e risco de trauma vascular.⁽²¹⁾

O PE é considerado um instrumento que torna possível a prática de enfermagem com julgamento clínico ao aplicar habilidades críticas, metacognitivas e pensamento crítico.⁽²²⁾ Para a enfermagem, o PE possui vários significados, dentre eles, autonomia, valorização e reconhecimento profissional. Além de contribuir para a qualidade da assistência, trabalho em equipe e respaldo legal.⁽²³⁾

Com base nos achados, é possível afirmar que a população estudada apresenta inúmeras particularidades, que demandam alta carga de trabalho de enfermagem, destaca-se a importância do PE estruturado para contribuir à qualidade da assistência e individualizar o cuidado. Este, realizado com conhecimento técnico-científico e habilidades, é capaz de empoderar a equipe de enfermagem e promover a autonomia e reconhecimento profissional.

Os principais RE encontrados nos pacientes com LRA em terapia dialítica em UTI foram: gravidade da infecção, acesso para hemodiálise, perfusão de órgãos abdominais, função gastrointestinal, equilíbrio hídrico, remoção de toxinas, função renal, equilíbrio eletrolítico, equilíbrio eletrolítico e ácido-básico, gravidade da sobrecarga hídrica, estado respiratório, coagulação sanguínea e cicatrização de feridas. Estes estão fortemente associados à diminuição da função renal e às inúmeras alterações fisiológicas. Não foram encontrados artigos de comparação, que analisaram RE na população estudada.

As IE prevalentes neste estudo foram: promoção contra infecção, controle da infecção, manutenção de acesso para diálise, controle hídrico, controle ácido-básico, controle de eliminação urinária, controle de hipovolemia, terapia por hemofiltração, terapia por hemodiálise, fisioterapia respiratória, controle de eletrólitos, controle hidroeletrólítico, monitorização de eletrólitos, monitorização hídrica, monitorização respiratória, redução de sangramento, precaução contra sangramento, administração de hemoderivados, posicionamento, cuidado com lesões, prevenção de úlceras por pressão e supervisão da pele.

Dentre as inúmeras ações de enfermagem a estes pacientes destacam-se três pontos fundamentais. O primeiro, cuidados com o cateter: realizar o curativo, monitorar sangramentos e hematomas, observar presença de sinais flogísticos, heparinizar vias após o uso, utilizar o cateter exclusivamente para a CRRT e ocluir extensões. O segundo, cuidados com o circuito: preparar o equipamento realizar o autoteste completamente, verificar conexões da extensão ao cateter, verificar se não há clampeamento das vias, monitorar a cada hora parâmetros do equipamento e realizar a troca do circuito a cada 72 horas. O terceiro, cuidados com o paciente: verificar nível de consciência, monitorização hemodinâmica, controle de exames laboratoriais e realização de mudança de decúbito com a finalidade de evitar lesões por pressão.⁽²⁴⁾

Uma revisão de literatura aponta algumas intervenções de enfermagem para prevenção e tratamento da LRA em UTI que corroboram com a presente pesquisa: prevenção de choque, regulação hemodinâmica, controle hidroeletrólítico, controle

ácido-básico e controle de infecção, controle da hipovolemia, controles cardíacos, precauções contra embolias e monitorização respiratória.⁽²⁵⁾

A prevenção da LRA inclui alguns pontos chave como identificação de fatores de riscos para desenvolvimento da LRA, como patologias crônicas prévias, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, arteriosclerose coronariana, acidose, exposição nefrotóxica, sepse, ventilação mecânica e anemia. Realização do diagnóstico precoce a partir da dosagem de creatinina sérica e urinária.⁽²⁶⁾

Após o diagnóstico a prioridade é a manutenção volêmica e correção da depleção de volume, porém é necessária atenção para não causar balanço hídrico positivo, pois se associa a alta mortalidade. Monitorizar débito urinário e balanço hídrico rigoroso, monitorização hemodinâmica e de oxigenação. Atentar para medicações nefrotóxicas e corrigir a dose para pacientes com função renal alterada.⁽²⁶⁾

A indicação de terapia de substituição renal inclui fatores como hipovolemia, alteração eletrolítica e ácido-básico. A modalidade depende de condições socioeconômicas da instituição, país e sistema de saúde, além de equipamentos médicos e equipe especializada e/ou treinada.⁽²⁶⁾

Quanto ao conhecimento da enfermagem para a detecção precoce da LRA vem sendo estudado, pois se espera competente atuação na prevenção e no tratamento. Conclui-se que tanto os enfermeiros que atuam nas unidades de internação, terapia intensiva e emergência, em instituições privadas e públicas, não possuem conhecimento satisfatório para executar a avaliação e as medidas que garantam condições para prevenção, diagnóstico e sinais e sintomas da LRA. Estes resultados demonstram que é fundamental a implementação de ações em espaços de educação continuada e a necessidade de treinamentos para capacitação e desenvolvimento destas habilidades.⁽²⁷⁾

Há resultados que demonstram a insegurança dos profissionais da saúde ao diagnosticar e tratar a LRA. O déficit de conhecimento acerca deste assunto reitera a necessidade de ações que subsidiem as ações médicas e de enfermagem.⁽²⁸⁾

Outro estudo aponta que o treinamento da equipe de enfermagem sobre a LRA promoveu conhecimento e gerenciamento da LRA, evidencia alto impacto após três meses da intervenção educacional.⁽²⁹⁾

Uma equipe de enfermagem com treinamento para atuar com pacientes com LRA em CRRT em UTI está associado à diminuição da mortalidade destes pacientes, pois estes enfermeiros estão capacitados para solucionar problemas do equipamento, há melhor gerenciamento da terapia, consequentemente melhor efeitos clínicos. Há evidências que uma equipe treinada diminui o tempo de hospitalização, há diminuição das interrupções do circuito extracorpóreo, menor número de trocas indevidas do filtro, consequentemente há aumento da dose de diálise oferecida de acordo com a prescrição médica.⁽³⁰⁾

Identificou-se que o aumento do número de DE está correlacionado com o aumento das IE, entretanto o aumento das IE está correlacionado à diminuição dos RE. Ou seja, ao modo que aumenta o número de DE por paciente irá aumentar as IE; entretanto, ao modo que aumenta o número de IE por paciente, se reduz o número de resultados. Faz-se necessário estudos futuros que investiguem estas relações encontradas, considerando a plausibilidade destes achados. Destaca-se que é frequente RE que gerem múltiplas intervenções, assim como, RE que gerem intervenções específicas. Estes resultados refletem na alta carga de trabalho de enfermagem, assim como, no alto custo hospitalar de assistência.

Conclusão

Conclui-se que o perfil dos pacientes com LRA em tratamento dialítico em UTI é do sexo masculino (60%), com idade superior a 60 anos (33%), com diagnóstico médico primário relacionado à patologia do trato gastrointestinal (36%) e sepse esteve presente em 37% dos casos. O tipo de lesão renal mais frequente foi a pré-renal em 54% dos pacientes, sendo necessária a terapia de substituição renal no primeiro dia de admissão na UTI (46%), a modalidade prevalente foi a terapia contínua (67%).

Estes pacientes apresentavam gravidade hemodinâmica, todos totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem, 68% em ventilação mecânica, 61% em uso de drogas vasoativas e 54% sedados. Apresentavam alta taxa de mortalidade em 61% dos pacientes. Os principais DE, RE e IE estavam relacionados à perda da função renal e alterações na perfusão renal, na volemia, nos distúrbios hidroeletrólíticos e, consequentemente, expunham o paciente a procedimentos invasivos e a alto risco para infecção. Os DE presentes em 100% dos pacientes foram: Risco de infecção, Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de desequilíbrio eletrólítico, Volume de líquidos excessivos e Risco de volume de líquidos desequilibrados. Os RE presentes em 100% dos pacientes foram: gravidade da infecção, acesso para hemodiálise, perfusão tissular: órgãos abdominais, equilíbrio hídrico, mobilidade, remoção de toxinas e função renal. As IE presentes em 100% dos pacientes foram: promoção contra infecção, controle de infecção, manutenção de acesso para diálise, controle hidroeletrólítico, controle de eliminação urinária, controle ácido-básico, controle de eletrólitos, controle de hipervolemia, controle hídrico, monitorização hídrica, fisioterapia respiratória, monitorização respiratória e posicionamento. Visto a escassez do tema, tanto na literatura nacional quanto internacional, esta pesquisa mostra-se com importância à literatura, pois promove a ampliação do tema do PE a esta população e comprova a alta demanda de cuidados de enfermagem. Sugere-se a realização de pesquisas relacionadas ao tema, que investiguem não somente a prevalência dos DE, bem como a associação entre tempo de enfermagem e o valor agregado para as instituições hospitalares. Propõe-se também a realização de novos estudos com avaliação de acurácia diagnóstica.

Colaborações

Grassi MF, Dell'Acqua MCQ, Jensen R, Fontes CMB e Guimarães HCQCP declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Siew ED, Parr SK, Abdel-Kader K, Eden SK, Peterson JF, Bansal N, et al. Predictors of recurrent AKI. *J Am Soc Nephrol*. 2016; 27(4):1190-200.
- Hoste EAJ, Bagshaw SM, Bellomo R, Cely CM, Colman R, Cruz DN, et al. Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Med*. 2015; 41(8):1411-23.
- Druml W, Lenz K, Laggner AN. Our paper 20 years later: from acute renal failure to acute kidney injury--the metamorphosis of a syndrome. *Intensive Care Med*. 2015; 41(11):1941-9.
- Villa G, Ricci Z, Ronco C. Renal replacement therapy. *Crit Care Clin*. 2015; 31(4):839-48.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney Int Suppl*. 2012; 2(1):1-138.
- Joannidis M, Metnitz PG. Epidemiology and natural history of acute renal failure in the ICU. *Crit Care Clin*. 2005; 21(2):239-49.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.
- Barros AL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MC, Lopes MH, Gengo e Silva RC. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ [NANDA Internacional]. 10a ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. NOC: classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. Tradução de Alcir Fernandes, Carla Pecegheiro do Amaral, Eliseanne Nopper. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC: classificação das intervenções de enfermagem. Tradução de Denise Costa Rodrigues. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- Srisawat N, Sileanu FE, Murugan R, Bellomod R, Calzavacca P, Cartin-Cebra R, et al. Variation in risk and mortality of acute kidney injury in critically ill patients: a multicenter study. *Am J Nephrol*. 2015; 41(1):81-8.
- Boltansky A, Bassa C, Melani S, Sepúlveda A, Maldonado I, Postigo J, et al. Incidencia de la injuria renal aguda en unidad de paciente crítico y su mortalidad a 30 días y un año. *Rev Méd Chile*. 2015; 143(9):1114-20.
- Costa e Silva VT, Costalonga EC, Oliveira APL, Hung J, Caires RA, Hajjar LA, et al. Evaluation of intermittent hemodialysis in critically ill cancer patients with acute kidney injury using single-pass batch equipment. *Plos One*. 2016; 11(3):e0149706.
- Druml W, Lenz K, Laggner AN. Our paper 20 years later: from acute renal failure to acute kidney injury--the metamorphosis of a syndrome. *Intensive Care Med*. 2015; 41(11):1941-9.
- Souza GR, Avelar MC. Nursing Diagnosis in care of patients with Renal Insufficiency Acute: Delphi Technique. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2008; 8(1). [citado 2016 Jun 29]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2059/443>>.
- Souza RC, Faria FP. [Nursing diagnosis in a patient undergoing continuous renal replacement therapy]. *Rev Nurs*. 2012; 15(170):1. Portuguese.
- Guimarães GL, Goveia VR, Mendoza IY, Souza KV, Guimarães MO, Matos SS. Contribuição da teoria de horta para crítica dos diagnósticos de enfermagem no paciente em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(2):554-61.
- Fernandes MI, Medeiros AB, Macedo BM, Vitorino AB, Lopes MV, Lira AL. Prevalência do diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo em pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):446-53.
- Mendonça NN, Dutra MG, Funghetto SS, Stival MM, Lima LR. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hemodialíticos em uso do cateter duplo lúmen. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2013; 3(2):632-44.
- González-Castilloa MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm Univ*. 2016; 13(2):124-9.
- Trindade LR, Silveira A, Ferreira AM, Ferreira GL. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(2): 267-77.
- Basurto AP, Torres NF, Barrientos GM, Mejía AL. Terapias de reemplazo renal lentas continuas. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2010; 18(3):87-90.
- Santos ES, Marinho CM. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Rev Enferm Ref*. 2013; serIII(9):181-9.
- Macedo E, Mehta RL. Preventing acute kidney injury. *Crit Care Clin*. 2015; 31(4):773-84.
- Nascimento RA, Assunção MS, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):399-404.
- Evans R, Rudd P, Hemmila U, Dobbie H, Dreyer G. Deficiencies in education and experience in the management of acute kidney injury among Malawian healthcare workers. *Malawi Med J*. 2015; 27(3):101-3.
- Kirwan CJ, Wright K, Banda P, Chick A, Mtekatoka M, Banda E, et al. A nurse-led intervention improves detection and management of AKI in Malawi. *J Renal Care*. 2106; 42(4):196-204
- Kee YK, Kim EJ, Park KS, Han SG, Han IM, Yoon CY, et al. The effect of specialized continuous renal replacement therapy team in acute kidney injury patients treatment. *Yonsei Med J*. 2015; 56(3):658-65.