



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Dallé, Jessica; Lucena, Amália de Fátima

Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de
hemodiálise

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 4, 2012, pp. 504-510

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023889004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise*

Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis

Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes hospitalizados durante sesiones de hemodiálisis

Jessica Dallé¹, Amália de Fátima Lucena²

RESUMO

Objetivo: Estabelecer os diagnósticos de enfermagem (DEs) de acordo com a NANDA International em pacientes hospitalizados com insuficiência renal crônica (IRC), submetidos a hemodiálise, a partir de fatores de risco e sinais e sintomas descritos em evoluções de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com amostra de 98 pacientes adultos hospitalizados com IRC e em sessões de hemodiálise. Os dados foram coletados retrospectivamente em prontuários e analisados estatisticamente. **Resultados:** Foram identificados três DEs reais e quatro de risco: Volume de líquidos excessivo; Náusea; Dor aguda; Risco de infecção; Risco de glicemias instável; Risco de desequilíbrio eletrolítico e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos. **Conclusão:** Estes DEs permitiram conhecer melhor os pacientes durante a sessão hemodialítica e assim, poderão subsidiar o cuidado de enfermagem.

Descriptores: Diagnóstico de enfermagem; Diálise renal; Insuficiência renal crônica; Pacientes internados

ABSTRACT

Objective: To establish NANDA International nursing diagnoses (NDs) in hospitalized patients with chronic renal failure (CRF), undergoing hemodialysis, using risk factors and signs and symptoms described in nursing developments. **Methods:** This was a retrospective cohort study, with a sample of 98 hospitalized adult patients with CRF who were having hemodialysis. Data were collected retrospectively from medical records, and analyzed statistically. **Results:** We identified three actual and four risk NDs: *excess fluid volume, nausea, acute pain, risk for infection, risk for unstable blood glucose, risk for electrolyte imbalance, and risk for imbalanced fluid volume*. **Conclusion:** These NDs enabled improved knowledge of the patients during the hemodialysis session, and therefore may be useful for nursing care.

Keywords: Nursing diagnosis; Renal dialysis; Renal insufficiency, chronic; Inpatients

RESUMEN

Objetivo: Establecer los diagnósticos de enfermería (DEs) de acuerdo con la NANDA International en pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica (IRC), sometidos a hemodiálisis, a partir de factores de riesgo y señales y síntomas descritos en evoluciones de enfermería. **Métodos:** se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, realizado con una muestra de 98 pacientes adultos hospitalizados con IRC y en sesiones de hemodiálisis. Los datos fueron recolectados retrospectivamente en historias clínicas y analizados estadísticamente. **Resultados:** Se identificaron tres DEs reales y cuatro de riesgo: Volumen excesivo de líquidos; Náuseas; Dolor agudo; Riesgo de infección; Riesgo de glicemia inestable; Riesgo de desequilibrio electrolítico y Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos. **Conclusión:** Estos DEs permitieron conocer mejor a los pacientes durante la sesión hemodialítica pudiendo subsidiar el cuidado de enfermería.

Descriptores: Diagnósticos de enfermería; Diálisis renal; Insuficiencia renal crónica; Pacientes internos

* Estudo desenvolvido durante trabalho de conclusão de curso. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PE) é a metodologia utilizada para sistematizar e organizar a assistência de enfermagem, com vistas à otimização do cuidado e ao atendimento das necessidades do paciente, família e comunidade^(1,2).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) o PE é utilizado há mais de 30 anos em suas cinco etapas, que atualmente estão informatizadas: histórico de enfermagem, composto por anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem (DE), prescrição de cuidados, implementação e evolução de enfermagem. Os DEs têm como base o vocabulário da taxonomia diagnóstica da NANDA-International (NANDA-I)⁽³⁾ e os cuidados de enfermagem são norteados pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁴⁾, literatura da área e prática clínica das enfermeiras da instituição⁽⁵⁾.

Entretanto, mesmo com os diversos avanços no desenvolvimento do PE na instituição, existem algumas poucas unidades do hospital que ainda não o realizam em todas as suas etapas. Este é o caso da Unidade de Hemodiálise (HD), que não desenvolve o DE e a prescrição de enfermagem, apesar de realizar o histórico, as evoluções e avaliação de enfermagem. A etapa do DE pressupõe o julgamento dos dados coletados sobre a saúde dos pacientes, a fim de identificar as necessidades de cuidado adequadas a cada um e, a prescrição de enfermagem se constitui em um roteiro diário de cuidados aprazados para sua execução^(3,6).

Nesta unidade são atendidos, dentre outros, pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC), que é uma síndrome metabólica decorrente da perda irreversível da função renal. A HD é uma terapia renal substitutiva que consiste na filtração e remoção de substâncias tóxicas e de água do organismo^(7,8).

Novas tecnologias e o maior conhecimento contribuíram para que a HD se tornasse, ao longo dos anos, um processo mais seguro e eficiente no que se refere às complicações ocorridas durante a sua realização. Porém, estas ainda se apresentam em 30% das sessões, devido às alterações no equilíbrio hidroeletrólítico dos pacientes⁽⁹⁻¹¹⁾.

As complicações mais frequentes na sessão hemodialítica são hipotensão e hipertensão arterial, cãibras, náuseas, vômitos, cefaléia, arritmias cardíacas, prurido, dores lombares e torácicas. As complicações menos comuns incluem síndrome do desequilíbrio da diálise, reações de hipersensibilidade, hipoxemia, hemorragias, convulsões, reações pirogênicas, hemólise e embolia gasosa^(12,13). Essas complicações podem ser casuais e/ou de fácil manejo, o que depende das condições clínicas do paciente. Todavia, elas podem ser até mesmo fatais, o que evidencia a necessidade de uma assistência de enfermagem atenta e precisa aos pacientes durante o processo dialítico⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, e sabendo-se da importância do PE como método de qualificação da assistência de enfermagem aos pacientes submetidos à HD e, por conseguinte, da necessidade de implementação das etapas de diagnóstico e prescrição de enfermagem na Unidade de HD do HCPA surgiu a motivação para o desenvolvimento deste estudo. O mesmo teve por objetivo estabelecer os DEs de acordo com a NANDA-I⁽³⁾ em pacientes hospitalizados portadores de IRC submetidos a sessões de HD, a partir dos fatores de risco e dos sinais e sintomas ocorridos durante este procedimento e descritos em evoluções de enfermagem. Como uma de suas principais finalidades, além de aprofundar o conhecimento sobre estes pacientes, está a de subsidiar, com os seus resultados, o desenvolvimento do PE em todas as suas etapas nesta unidade.

Os dados gerados na prática clínica (riscos, sinais e sintomas) se constituíram nas pistas e nas evidências, que foram analisadas pelo processo de pensamento crítico e de raciocínio diagnóstico, de forma a estabelecer os possíveis DEs dos pacientes nessa unidade⁽¹⁵⁾.

MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo realizado na Unidade de Hemodiálise do HCPA. A amostra compreendeu 98 prontuários de pacientes com IRC, selecionados de forma sistemática a partir de uma população de 378 pacientes. A amostra foi calculada com um intervalo de confiança de 95% e um erro absoluto de 10%.

Foram incluídos no estudo os pacientes adultos com diagnóstico de IRC, hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas do HCPA no período de janeiro a dezembro de 2008 e que realizaram sessões de HD. Foram excluídos os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico ambulatorial e os internados que não apresentaram evoluções de enfermagem em prontuários durante as sessões de HD.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários de forma retrospectiva, no mês de setembro de 2009. Para tanto, utilizou-se um instrumento que abrangeu itens de identificação e de dados clínicos como: nome, número de prontuário, sexo, idade, data da internação, data de alta, motivo de internação, comorbidades, transplante renal, número de sessões de HD semanais. Além disto, coletou-se dados referentes aos fatores de risco e sinais e sintomas descritos em um total de 294 evoluções de enfermagem, considerando-se as três últimas descritas, para, posteriormente, estabelecer os possíveis DEs com base na NANDA-I⁽³⁾, para cada paciente.

Os dados foram analisados, inicialmente, de acordo com a estatística descritiva com o auxílio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17, considerando-se um nível de significância de $p < 0,05$, e empregando medidas de ocorrência como as de tendência central (média, mediana) e as respectivas medidas de dispersão (desvio

padrão e percentis 25; 75). Para verificar a associação entre as variáveis se utilizou os testes T e Qui quadrado.

Para a análise dos dados referentes aos fatores de risco e sinais e sintomas coletados nas evoluções de enfermagem, realizou-se o agrupamento dos mesmos, tendo em vista o estabelecimento dos possíveis DEs para cada paciente⁽³⁾. Após, estes DEs foram apresentados em uma reunião com as enfermeiras da Unidade de HID do HCPA, todas especialistas e com experiência clínica na área, para obter o seu julgamento e consenso quanto aos DEs estabelecidos⁽¹⁶⁾. Considerou-se válido os DEs que obtiveram 100% de consenso.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA, Parecer nº 09-341, observando-se os princípios éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

A média da idade dos pacientes foi de 51 (± 14) anos, sendo a idade mínima de 17 e a máxima de 77 anos, com predominância do sexo masculino (n=66, 67,3%).

Entre os 98 pacientes estudados, 66 (67,3%) eram do sexo masculino, 43 (43,9%) transplantados renais e destes últimos, 29 (67,4%) masculinos. A média de idade foi de 44,58 ($\pm 12,9$) anos, enquanto que a média de idade dos demais foi de 55,95 ($\pm 12,0$) anos. O transplante renal e a menor média de idade apresentaram significância estatística (p=0,000).

Quanto à origem dos pacientes, 60 (61,2%) estavam internados em unidades cirúrgicas do hospital. O tempo mediano de internação foi de 17 dias; (10,7-30,2), com um mínimo de quatro e máximo de 88 dias de internação.

Os motivos de internação mais frequentes destes pacientes, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), foram outras doenças renais túbulo-intersticiais, o que incluiu os transplantes renais e/ou as suas complicações, nefropatias, doença renal policística, glomerulonefrite membranosa, pielonefrite crônica (Tabela 1).

Tabela 1. Motivos de internação de pacientes com IRC submetidos à HD no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 09/2009

Motivos de internação (n=98)	f	%
Outras doenças renais (transplante renal e complicações, nefropatia, doença renal policística, glomerulonefrite membranosa, pielonefrite crônica)	36	36,7
Infecções diversas (peritonite aguda, infecção em cateter ou cirurgia, osteomielite)	21	21,4
Doenças cardiovasculares	14	14,3
Doenças pulmonares	10	10,2
Neoplasias	6	6,1
Doenças como hérnias, amiloidose e fraturas	5	5,1
Doenças da tireóide	4	4,1
Encefalopatias	2	2,0
Total	98	100

Entre as comorbidades apresentadas pelos 98 pacientes, 55 (56,1%) se referiram à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 22 (22,4%) diabetes mellitus (DM). Estas duas comorbidades foram analisadas separadamente das outras, devido a sua alta prevalência.

Entre os 55 pacientes portadores de HAS, 34 (61,8%) eram homens, com idade média de 50,44 ($\pm 13,5$) anos. A associação entre HAS, sexo e idade não apresentou significância estatística (p= 0,187 e p= 0,669 respectivamente).

Dentre os 22 pacientes com DM, 17 (77,3%) eram do sexo masculino com idade média de 56,45 ($\pm 7,5$) anos. A associação de DM com idade apresentou significância estatística (p=0,003), sendo que os pacientes diabéticos eram mais idosos do que os não diabéticos. Entre os pacientes diabéticos, cinco (22,7%) apresentaram hipoglicemia durante a sessão de HD (p= 0,117).

Ainda em relação às comorbidades, 35 (35,7%) pacientes não apresentaram outras comorbidades além de HAS e/ou DM; 17 (17,3%) possuíam doenças cardiovasculares, 13 (13,3%) outras doenças renais, 10 (10,2%) neoplasias, 8 (8,2%) outras doenças (doenças oftalmológicas, hérnias e doenças hepáticas), 4 (4,1 %) doenças da tireóide e 3 (3,1%) doenças pulmonares.

Na segunda etapa do estudo, analisou-se um total de 294 evoluções de enfermagem realizadas durante a sessão de HD, sendo as três últimas evoluções do prontuário de cada paciente. Todavia, alguns deles tiveram diversas evoluções de enfermagem realizadas durante a sua internação, com uma mediana de 6 (3-9) evoluções por paciente, sendo o mínimo três e o máximo 30. Associando-se o tempo de internação com número de evoluções de enfermagem, encontrou-se significância com valor da correlação de Spearmans $r_s = 0,51$ (p<0,001), ou seja, quanto maior o tempo de internação, maior o número de evoluções.

A análise das três últimas evoluções de enfermagem dos pacientes estudados identificou a presença de 14 diferentes sinais e sintomas ocorridos durante a realização das sessões de HD, sendo a hipotensão e a hipertensão os mais frequentes (Tabela 2).

Alguns sinais e sintomas foram descritos nas três evoluções de enfermagem de um mesmo caso, sendo que a hipotensão e a hipertensão aparecem novamente como os predominantes (Tabela 3).

Além dos sinais e sintomas, também foi possível identificar fatores de risco que tornam estes pacientes mais vulneráveis para alguns DEs. Dentre esses, a instabilidade dos níveis tensionais, do volume de líquidos, dos eletrólitos e da glicemia. Associado a isto, o procedimento invasivo da hemodiálise, que embora essencial para a manutenção da vida dos pacientes, é também um importante fator de risco a ser considerado pelo enfermeiro no momento de realizar o processo de raciocínio diagnóstico.

Assim, uma vez identificados os sinais e sintomas, bem como os fatores de risco a que estavam expostos

estes pacientes, utilizou-se os mesmos como base para o estabelecimento dos possíveis DEs reais e de risco conforme descritos pela NANDA-I⁽³⁾. Após, estes DEs

foram apresentados às enfermeiras da Unidade de Hemodiálise, para obter o seu julgamento e consenso quanto a aplicabilidade dos mesmos (Quadro 1).

Tabela 2. Sinais e sintomas identificados nas evoluções de enfermagem de pacientes em sessões de HD internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ RS, 09/2009

Sinal e sintoma (SS)	Evolução 1		Evolução 2		Evolução 3		Total (n=98)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipotensão	34	34,7	30	30,6	31	31,6	95	96,9
Hipertensão	28	28,6	25	25,5	28	28,6	81	82,7
Mucosas descoradas	19	19,4	15	15,3	17	17,3	51	52,0
Edema	13	13,3	13	13,3	15	15,3	41	41,9
Dor lombar	5	5,1	5	5,1	8	8,2	18	18,4
Hipoglicemia	5	5,1	5	5,1	4	4,1	14	14,3
Náuseas	2	2,0	4	4,1	4	4,1	10	10,2
Secreção em cateter	2	2,0	3	3,1	5	5,1	10	10,2
Calafrios	3	3,1	2	2,0	1	1,0	6	6,1
Hiperglycemia	2	2,0	1	1,0	1	1,0	4	4,0
Taquicardia	1	1,0	1	1,0	3	3,1	5	5,1
Taquipneia	2	2,0	1	1,0	2	2,0	5	5,0
Câibras	-	-	1	1,0	1	1,0	2	2,0
Hematoma em fistula arteriovenosa	-	-	1	1,0	1	1,0	2	2,0

Tabela 3. Sinais e sintomas presentes nas três evoluções de enfermagem referentes às sessões de HD de pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 09/2009

Sinal e sintoma (SS)	Número de pacientes com descrição do SS nas três evoluções	% (n=98)
Hipotensão	48	49,0
Hipertensão	45	45,9
Mucosas descoradas	38	38,8
Edema	24	24,5
Dor lombar	13	13,3
Hipoglicemia	11	11,2
Náuseas	10	10,2
Secreção em cateter	8	8,2
Calafrios	6	6,1
Hiperglycemia	4	4,1
Taquicardia	3	3,1
Taquipneia	3	3,1

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem reais e de risco para pacientes submetidos a sessões de hemodiálise internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS, 09/2009

Diagnósticos de Enfermagem Reais	Diagnósticos de Enfermagem de Risco
Volume de líquidos excessivo	Risco para infecção
Náusea	Risco para glicemia instável
Dor aguda	Risco de desequilíbrio eletrolítico
	Risco de desequilíbrio de volume de líquidos

DISCUSSÃO

Os dados estatísticos do Censo de Diálise de 2008, da Sociedade Brasileira de Nefrologia, relatam que a maioria (43,7%) dos pacientes em diálise no Brasil está na faixa etária entre 40 e 59 anos e são do sexo masculino (57%)⁽⁹⁾, corroborando, portanto, os dados encontrados neste estudo.

Dentre os 98 pacientes da amostra, 43 (43,9%) eram transplantados renais, o que explica o predomínio dos pacientes procedentes de unidades cirúrgicas do HCPA, onde uma delas que é referência no cuidado de pacientes submetidos a transplantes sólidos como os renais.

A idade média dos receptores em transplantes renais é de 40 anos, com maioria do sexo masculino^(18,19), dados também semelhantes aos encontrados por esta investigação, que apresentou uma média de idade de 44,58 ($\pm 12,9$) anos e o predomínio (67,4%) do sexo masculino entre os transplantados.

Quanto aos motivos que determinaram a internação destes pacientes portadores de IRC, depois dos problemas de ordem renal que contabilizou 36 (36,7%) pacientes, as infecções se constituíram no principal motivo de internação (21,4%). Isto é explicado pelo fato dos mesmos serem, geralmente, imunodeprimidos, portadores de comorbidades e expostos a procedimentos invasivos como os acessos venosos para HD, o que os torna mais suscetíveis às infecções. Diante deste resultado, ressalta-se a importância do trabalho da equipe de enfermagem na Unidade de HD, acompanhando o tratamento dialítico, prevenindo, tratando e orientando estes pacientes quanto às possíveis infecções e demais complicações que podem decorrer do tratamento^(20,21). Neste sentido, reforça-se a importância de uma boa coleta de informações do paciente, com vistas a um DE preciso e, consequentemente, intervenções adequadas ao caso para que se obtenham os melhores resultados possíveis.

A IRC é uma doença associada a muitas comorbidades, sendo estas determinantes de sobrevida e morbidade nos pacientes em HD⁽²²⁾. Neste estudo se encontrou como comorbidades prevalentes a HAS e a DM, seguidas pelas doenças cardiovasculares, o que é corroborado por outros estudos^(23,24).

Entre os pacientes estudados, 55 (56,1%) deles apresentaram HAS, o que evidencia a alta prevalência desta doença em doentes renais. A HAS é tanto uma das principais causas como também uma importante consequência da doença renal. No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de HAS, sendo que 35% tem idade igual ou superior a 40 anos, o que demonstra a gravidade deste problema de saúde, visto as suas consequências⁽²⁵⁾.

Outra comorbidade importante entre os pacientes estudados foi o DM que atingiu 22 (22,4%) pacientes. No Brasil, o DM representa 62,1% dos diagnósticos

primários em pacientes submetidos à HD, e um dos seus indicativos de maior risco é idade superior a 45 anos⁽²⁶⁾.

Apesar da associação de DM e hipoglicemia não ter sido significativa estatisticamente, deve-se considerá-la como um fator de alerta durante a realização da HD, visto a existência de um percentual grande de pacientes diabéticos submetidos a este tratamento. Além disto, o uso de dialisato sem glicose pode induzir perdas de até 30 gramas de glicose por sessão de diálise, o que pode ocasionar a hipoglicemia⁽¹¹⁾. Dessa forma, considerou-se que o DE Risco para glicemia instável pode ser aplicado nestes pacientes.

Dentre os 14 sinais e sintomas encontrados neste estudo, 10 estão descritos na literatura: hipotensão, hipertensão, cãibras, náuseas, dores, calafrios, hiperglicemia, taquicardia, secreção em cateter e hematoma em Fístula arteriovenosa. A hipotensão também é descrita como a complicação mais freqüente durante esta terapêutica, o que corrabora o achado deste estudo. Os demais sinais e sintomas encontrados na investigação (edema, mucosas descoradas, taquipnéia e hipoglicemia) não são descritos nos estudos como complicações da HD⁽¹¹⁻¹⁴⁾, todavia, estes podem ser decorrentes da própria IRC e das comorbidades associadas⁽²³⁾.

Os pacientes com IRC podem se apresentar edemaciados, com ganho excessivo de peso no período interdialítico, hipertensos e com taquipnéia, decorrente da congestão pulmonar e da insuficiência cardíaca, causadas pela sobrecarga hídrica e síndrome urêmica^(11,14,27), o que aponta para o DE Volume de líquidos excessivo.

Também são frequentes nestes pacientes as queixas de dores e de náuseas durante o processo dialítico, tendo como causas diversos fatores. Dentre eles as alterações hidroelectrolíticas, a hipotensão e a síndrome do desequilíbrio. Estes sinais e sintomas levaram ao estabelecimento dos DEs de Dor Aguda e Náusea⁽²⁷⁾.

Para o estabelecimento de DEs de risco, sabe-se que não se consideram sinais e sintomas, mas sim fatores de risco. Estes puderam ser identificados nas evoluções de enfermagem, bem como nos motivos de internação e comorbidades, que indicavam pistas ou se constituíam nos próprios fatores de risco para um determinado DE.

Uma dessas situações foi a identificação da possibilidade de hipoglicemia, visto a existência de diversos pacientes com DM, o que levou a apontar o DE *Risco para glicemia instável*; a presença de hipotensão, edema e cãibras, e ou a possibilidade destes, também foram fatores considerados ao se elencar os DEs *Risco de desequilíbrio eletrolítico* e *Risco de desequilíbrio de volume de líquidos* como possíveis para estes pacientes; e por fim, a presença constante de procedimentos invasivos para a realização da HD que determinou o estabelecimento do DE *Risco para infecção*^(3,27).

Em estudos sobre DEs em pacientes com IRC em HD e pacientes transplantados renais, os mais prevalentes

foram: Risco de infecção, Perfusion tissular ineficaz: renal, Intolerância à atividade, Padrão de sono perturbado e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos^(28,29).

De maneira similar, os DEs Risco de infecção e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos também foram identificados neste estudo. Além disto, verificou-se, que dentre os principais motivos de internação apresentados pelos pacientes analisados, as infecções se constituem em um dos mais prevalentes, o que aponta para o DE Risco de infecção.

O DE Perfusion tissular ineficaz: renal, não foi estabelecido porque nesta investigação, usou-se como referência a edição da NANDA-I (2010)⁽³⁾, onde este DE não consta mais.

Já os DEs Intolerância à atividade e Padrão de sono perturbado não foram encontrados na presente pesquisa, pois aqui se estudou pacientes no trans HD, diferentemente dos outros estudos. Possivelmente, se analisássemos estes mesmos pacientes na sua vida cotidiana estes dois DEs poderiam ser encontrados.

Finalizando-se, considera-se que os resultados encontrados nesta pesquisa são elementos importantes na avaliação do paciente com IRC em processo dialítico e que o seu conhecimento pode favorecer o enfermeiro a obter maior acurácia no estabelecimento de DEs. Os dados também se constituem em fatores importantes a serem observados pelo enfermeiro para que possa realizar uma boa evolução de enfermagem, instrumento de registro e de comunicação da situação clínica do paciente, que favorece a qualidade do cuidado e documenta a assistência prestada⁽³⁰⁾. Além disto, essas evidências clínicas se constituem na base para a identificação de DEs precisos, o que permite a implementação de intervenções que levam a resultados positivos em saúde.

CONCLUSÃO

Os 98 pacientes estudados se constituíram na maioria de homens e com idade média de 51 anos, o que aponta para uma população adulta, porém relativamente jovem, quando se pensa na expectativa de vida atual da população brasileira que fica em torno dos 70 anos no sul do país. As principais causas de internação foram as doenças renais

túbulo-intersticiais e as comorbidades mais frequentes a HAS e o DM.

Encontrou-se 14 diferentes sinais e sintomas e cinco importantes fatores de risco durante as sessões de HD, conforme descrito nas 294 evoluções de enfermagem analisadas. O sinal predominante foi a hipotensão, que é corroborado pela literatura como o mais frequentemente descrito nas complicações ocorridas durante este tratamento, o que, portanto, demanda atenção constante da enfermagem no controle da pressão arterial.

A partir dos sinais, sintomas e fatores de risco descritos foram estabelecidos seis DEs possíveis de serem identificados no trans HD de pacientes com IRC: Volume de líquidos excessivo; Náusea; Dor aguda; Risco para infecção; Risco para glicemia instável; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Risco de desequilíbrio de volume de líquidos.

Dentre as implicações para a prática de enfermagem, pensa-se que este conjunto de DEs, que representa a prática clínica da enfermagem na Unidade de HD, pode subsidiar o planejamento de intervenções direcionadas às necessidades reais ou potenciais desses pacientes, possibilitando a qualificação da assistência com cuidados mais precisos e eficientes, tanto na área da prevenção como no tratamento das complicações deste tratamento. O estabelecimento do DE é uma atribuição exclusiva do enfermeiro e a sua execução, além de proporcionar melhores condições de planejamento e qualificação do cuidado ofertado, melhora a comunicação entre os enfermeiros e entre os mesmos e a equipe multiprofissional, o que contribui para o desenvolvimento da profissão.

Outra implicação à prática de enfermagem advinda dos resultados deste estudo é a sua contribuição à implementação do PE na Unidade de HD do HCPA, além do auxílio na atualização do sistema informatizado de prescrição de enfermagem deste hospital, qualificando assim, cada vez mais, a assistência prestada pela enfermagem.

Como limitação do estudo, cita-se o número amostral, que resultou em um erro de 10% em função do pouco tempo que se teve para a coleta e análise de dados, uma vez que esta investigação é decorrente de um trabalho de conclusão de curso de graduação, que é realizado durante um semestre letivo. Assim, sugere-se novos estudos onde estes DEs possam ser aplicados na prática clínica e submetidos a novas análises.

REFERÊNCIAS

1. Gerelli AM, Soares MA, Almeida MA. Diagnóstico de enfermagem e intervenções em um paciente com falência de múltiplos órgãos: estudo de caso. *Rev Gaúch Enferm*. 1999; 20(2):131-42.
2. Dell'Acqua MC, Miyadahira AM. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(2):185-91.
3. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. NANDA Internacional. Garcez RM, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. Lucena AF, de Barros AL. Nursing diagnoses in a Brazilian intensive care unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006;17(3):139-46.
6. Braga CG, da Cruz DA. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):240-4.

7. Rodrigues TA, Botti NC. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):528-30.
8. Matos EF, Lopes A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):569-71.
9. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Junior JE, Lugon J. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. *J Bras Nefrol.* 2008;30(4):233-8.
10. Thomé FS, Gonçaves LF, Manfro RC, Barros E. Doença renal crônica. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçaves LF. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.381-404.
11. Castro MC. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2001;23(2):108-13.
12. Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodialise: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(6):719-22.
13. Fava SM, Oliveira AA, Vitor EM, Damasceno DD, Libânia SI. Complicações mais freqüentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(2):145-50.
14. da Silva GL, Thomé EG. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):33-9.
15. Lunney M, editor. *Critical thinking to achieve positive health outcomes: nursing case studies and analyses.* 2nd ed. Iowa: Wiley-Blackwell; 2009.
16. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.* 1987; 16(6 Pt 1): 625-9.
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, (DF); 1996 Out 10 [citado 2009 Mar 29]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm
18. Pereira AF, Galante NZ, Park SI, Piveta VM, Silva Júnior HT, Pestana JO. Fatores de risco para deiscência de ferida cirúrgica em receptores de transplante renal. *J Bras Nefrol.* 2008;30(3):200-4.
19. Harada KM, Sampaio EL, Freitas TV, Felipe CR, Park SI, Machado PG, et al. Fatores de risco associados à perda do enxerto e óbito após o transplante renal. *J Bras Nefrol.* 2008;30(3):213-20.
20. Marques AB, Pereira D, Ribeiro RC. Motivos e freqüência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(2):67-72.
21. Breitsameter G, Thomé EG, Silveira DT. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(4):543-50.
22. Morsch C, Gonçalves LF, Barros E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(5):296-300.
23. Barbosa DA, Gunji CK, Bittencourt AR, Belasco AG, Diccini S, Vattimo F, et al. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):304-9.
24. Ribeiro RC, Oliveira GA, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, Lima LC, et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(No Espec):207-11.
25. Bortolotto LA. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Rev Bras Hipertens.* 2008;15(3):152-5.
26. Takaoka HH, Tecchio GT, Fukuda PE, Riella MC, do Nascimento MM. Perfil de pacientes diabéticos em diálise. *J Bras Nefrol.* 2009;31(2):100-4.
27. da Silva ER, Lucena AF, editores. *Diagnósticos de enfermagem com base em sintomas.* Porto Alegre: Artmed; 2011.
28. Lata AG, Albuquerque JG, de Carvalho LA, Lira AL. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(No Espec):160-3.
29. da Silva MS, Teixeira JB, Carvalho SM, Nóbrega MF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2012 Maio 10];11(2): [cerca de 8p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a11.htm>
30. Matsuda LM, da Silva DM, Évora YD, Coimbra JA. Anotações/ registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletrônica Enferm.* 2006 [citado 2012 Maio 10];8(3): [cerca de 6p]. Disponível em : http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm