

Teoría y Método

Processo de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico

Nursing process applied to a patient with marfan syndrome associated with aortic aneurysm

Proceso de enfermería aplicada a um paciente con el síndrome de marfan asociado a la aneurisma aórtica

Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes¹, Lucélia Maria Carla Paulo da Silva Duarte¹, Isadora Costa Andriola², Késsya Dantas Diniz³, Cícera Maria Braz da Silva⁴, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁴

¹ Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

² Estudante do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora assistente do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Dias Fernandes, M^a. I.; . da Silva Duarte L. M. C. P; Costa Andriola, I.; Dantas Diniz, K; Braz da Silva, C.M; Brandão de Carvalho Lira, A.L.(2012) *Processo de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico*. 16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.10>>

Correspondência: Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes. End.: Rua: Açai, nº 45, bairro: Nova Parnamirim. CEP: 59152-175. Telefone: (84)8778-5986/ (84)3208-1369. Parnamirim/RN/BR. E-mail: bebel_6@hotmail.com.

Recibido 11/11/2011/ Aceptado: 10/05/2012



ABSTRACT

It is a clinical case which aimed to trace diagnostics, interventions and results in a patient with Marfan Syndrome hospitalized in the intensive care unit after surgery for aneurysm of the aorta. This study was developed in a University Hospital located in Natal- Brazil,

in April 2011. Among the main nursing diagnoses identified, there are: Decreased Cardiac Output; Risk of Infection; Acute Pain; Risk of Unstable Blood Glucose, Impaired Skin Integrity and Anxiety. It was noticed that the application of the nursing process in this patient helped to define the specific field of the nursing work as well as to identify the main care, contributing to an improvement in quality of support.

Keywords: Nursing Process, Nursing Diagnosis, Nursing Care, Marfan Syndrome.

RESUMEN

Se trata del caso clínico que tuvo como objetivo describir diagnósticos, intervenciones y

resultados de enfermería en un paciente con el Síndrome de Marfan internado en la unidad de terapia intensiva en el posoperatorio de corrección de aneurisma de aorta. Fue desarrollado en el hospital Universitario, localizado en el municipio de Natal-Brasil, en abril de 2011. Entre los principales diagnósticos de enfermería identificados, se destacan: Débito Cardíaco Disminuido; Riesgo de Infección; Dolor Aguda; Riesgo de Glucemia Inestable; Integridad de la Piel Afectada y Ansiedad. Se percibió que la aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyó para delimitar el campo de actuación específico de la enfermería, así como identificar los cuidados prioritarios, contribuyendo para una mejoría en la calidad de la asistencia.

Palabras clave: Proceso de enfermería, Diagnóstico de Enfermería, Atención de Enfermería, Síndrome de Marfan.

RESUMO

Trata-se de um caso clínico que teve como objetivo traçar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em um paciente com Síndrome de Marfan internado na unidade de terapia intensiva no pós-operatório de correção de aneurisma de aorta. Foi desenvolvido em um Hospital Universitario, localizado no município de Natal-Brasil, em abril de 2011. Entre os principais diagnósticos de enfermagem identificados, destaca-se: Débito Cardíaco Diminuído; Risco de Infecção; Dor Aguda; Risco de Glicemia Instável; Integridade da Pele Prejudicada e Ansiedade. Percebeu-se que a aplicação do processo de enfermagem neste paciente contribuiu para delimitar o campo de atuação específico da enfermagem, bem como identificar os cuidados prioritários, contribuindo para uma melhoria na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Síndrome de Marfan.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Marfan (SMF) trata-se de uma doença autossômica dominante do tecido conjuntivo que possui uma ampla variabilidade clínica e que fortuitamente implica em manifestações clínicas envolvendo principalmente os sistemas músculo-esquelético, ocular e cardiovascular (Sallum, Chen & Perez, 2002).

Uma grande variedade de anormalidades músculo-esqueléticas ocorre na SMF, incluindo dolicoestenomelia, aracnodactilia, escoliose, deformidades da parede torácica, como o pectus excavatum, estatura elevada, frouxidão ligamentar, mobilidade articular anormal e protusão acetabular. Nas alterações oftalmológicas, a mais freqüente é a ectopia do cristalino, que na maioria das vezes, é bilateral. Em relação às manifestações cardiovasculares, as mais comuns afetam a válvula mitral e a aorta ascendente. Podem ocorrer também manifestações no sistema nervoso central, como ectasia dural, meningocele lombar e sacral, distúrbio de aprendizado e hiperatividade (Barreto et al., 2002).

Alguns sinais clínicos são considerados os mais característicos da síndrome por apresentarem maior freqüência e especificidade, são eles: subluxação do cristalino, dilatação da aorta ascendente, dissecação da aorta e ectasia dural. Sendo a principal causa de morte prematura nos pacientes afetados pela síndrome a dilatação progressiva da raiz da aorta e da aorta ascendente, causando incompetência e dissecação aórtica. Muitas destas manifestações clínicas agravam-se na puberdade (Sallum et al., 2002; Barreto et al., 2002).

Estas alterações são decorrentes de mutações no gene responsável pela codificação da proteína chamada fibrilina-1, o principal componente das microfibrilas, envolvida na formação das fibras elásticas e na função de suporte em alguns tecidos (Barreto et al., 2002).

O diagnóstico clínico é baseado na história familiar e na observação dos achados característicos. Como 75% dos indivíduos têm um dos pais afetado, torna-se de suma importância o aconselhamento genético. Entretanto, a confirmação do diagnóstico médico pode ser dificultada devido à considerável variabilidade inter e intrafamiliar. Além disso, outros sinais e sintomas característicos da síndrome, como prolapso da válvula mitral ou escoliose, são comuns na população em geral ou podem acontecer em outras doenças do tecido conjuntivo (Barreto et al., 2002).

O tratamento cirúrgico é indicado eletivamente em pacientes com presença de aneurisma medindo de 5,5 a 6,0 cm de diâmetro, mesmo nos pacientes assintomáticos, devido ao grande risco de ruptura e dissecação, aumentando a necessidade de cirurgia de emergência (Barreto et al., 2002).

A fim de proporcionar um cuidado de qualidade e direcionado para as reais necessidades do paciente com Síndrome de Marfan, o presente estudo baseou-se na sistematização da assistência de enfermagem, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem (PE).

O PE é um instrumento metodológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem intervenção profissional (Garcia & Nóbrega, 2004). Além disso, o PE consiste em uma forma organizada de cuidar do paciente e segue alguns passos

previamente estabelecidos, como a coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação dos resultados. É um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, o qual se baseia num modelo assistencial e deve levar em conta a especialidade à que está sendo dirigido (Hermida, 2004).

Acreditando na importância do PE, na necessidade de se utilizar uma linguagem universal, tanto no ensino como na assistência e na relevância da construção de estudos de caso clínico para o aperfeiçoamento da prática reflexiva da enfermagem, surgiu a motivação para a realização deste estudo.

Portanto, o objetivo do estudo foi traçar os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, as intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC) e os resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) a um paciente com Síndrome de Marfan internado na unidade de terapia intensiva no pós-operatório de correção de aneurisma de aorta.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso clínico realizado em um Hospital Universitário localizado no município de Natal-Brasil. Tais estudos pretendem buscar bases científicas para seus problemas e necessidades, além de encontrar estratégias para resolver o problema identificado (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Os dados foram coletados na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital, no mês abril de 2011, por meio de um roteiro de entrevista, seguido por um roteiro de exame físico. O primeiro instrumento de coleta de dados foi construído e baseado em um roteiro presente em um estudo com pacientes transplantados renais (Lira, 2005). O segundo foi construído baseado no instrumento de exame físico ela-



borado pelos Grupos de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo-Brasil (Barros, 2002).

Para o desenvolvimento do estudo, foram aplicadas as seguintes etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem e planejamento das intervenções e dos resultados. As etapas de implementação e avaliação são indicadas como sugestão para futuros cuidados a pacientes com de Síndrome de Marfan.

A coleta de dados iniciou-se por meio da anamnese e do exame físico. Posteriormente, foram traçados os diagnósticos de enfermagem utilizando-se as etapas do raciocínio clínico e julgamento diagnóstico preconizada na literatura (Risner, 1986), a saber: primeira etapa envolvendo a análise (categorização dos achados, observando os dados divergentes ou lacunas) e a síntese dos dados (comparação dos achados com normas, conceitos e modelos encontrados na literatura e a realização da inferência diagnóstica); e por fim a segunda etapa envolvendo a construção redacional do diagnóstico segundo a NANDA-I (2010).

As teorias relatam que o raciocínio diagnóstico é dividido em um processo analítico e um não analítico. O analítico refere-se a um processo indutivo e dedutivo, sendo baseado na lógica e na crítica. A partir dele as informações são analisadas e interpretadas. No proces-

so não analítico utiliza-se a intuição para a interpretação das informações, não há, portanto, uma análise mais profunda (Gordon, 2000).

Após o estabelecimento dos diagnósticos, foram traçados os resultados esperados e as intervenções. Os resultados e as intervenções são traçados na etapa de planejamento do processo de enfermagem. Sendo os resultados de enfermagem utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e as intervenções como qualquer tratamento de cuidado direto, baseado no julgamento clínico e no conhecimento que a enfermeira executa em benefício de um cliente (Johnson, Maas & Moorhead, 2004; Dochterman & Bulechek, 2004).

Respeitando-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o paciente foi convidado a participar do estudo, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, informando-o sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, os riscos e benefícios e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

Apresentação do caso clínico

Paciente do sexo masculino, 18 anos, solteiro, moreno, sem filhos, católico e estudante. Internado devido à dor precordial, a qual foi atribuída pontuação 10 na escala visual numérica de intensidade da dor. Relatou que aos 12 anos de idade em uma consulta com o oftalmologista descobriu ser portador da síndrome de marfan, todavia, apesar do diagnóstico, nunca apresentou queixas sobre o problema. No entanto, há um mês evoluiu com precordialgia severa, sendo diagnosticada uma dissecação na aorta ascendente. Assim, foi encaminhado para um Hospital Universitário no município de Natal-Brasil para correção do aneurisma dissecado da aorta ascendente e troca da válvula mitral.

Após a cirurgia retornou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em pós-operatório de implante de prótese em válvula mitral, em narcose, normocárdico, normotenso, afebril e eupnéico, pele e mucosas hipocoradas, pele com solução de continuidade em região esternal devido à ferida operatória, com curativo limpo. Anictérico, acianótico, fászie atípica; tipo morfológico longilíneo; peso: 86 quilos, altura: 2 metros, índice de massa corporal: 43 Kg/m²; macrocefalia, sem abaulamentos ou depressões, couro cabeludo íntegro e livremente móvel; pupilas isocóricas e fotorreagentes, com acuidade visual prejudicada por miopia; nariz pontudo e alongado; ausência de halitose ou cáries, arcada dentária completa; acuidade auditiva preservada; linfonodos não palpáveis; pulsos carotídeos perceptíveis à inspeção.

Entubado para ventilação mecânica no modo SIMV (ventilação mandatória intermitente), peep (pressão positiva expiratória final) de 5, saturação de oxigênio de 97%; tórax carinado, com boa expansibilidade pulmonar, murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. À ausculta cardíaca, foco aórtico com click metálico e hiperfonético, ictus cordis visível à inspeção, palpável e propulsivo. Abdome plano e flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, porém hipoativos, sem visceromegalias. Membros superiores e inferiores alongados, livres de edema e veias varicosas, boa perfusão periférica e musculatura eutrófica. Presença de acesso venoso central em subclávia direita, sem sinais flogísticos, com curativo limpo; com dispositivo de Pressão Arterial Média (PAM) em artéria radial; dreno de mediastino ausente de drenagem; com sonda vesical de demora, com diurese em baixo débito. Intercorrência: apresentou taquicardia, arritmia e hipotensão no pós-operatório imediato.

No primeiro dia do pós-operatório evoluiu com estado geral regular, consciente e orientado no tempo, no espaço e com relação a si próprio, algo ansioso, referindo dor torácica; eupnéico, saturação de oxigênio de 99%; com máscara de Venturi a 50%, tórax assimétrico, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios; ferida esternal limpa, dreno de mediastino com débito hemático e com bom volume; normocárdico, afebril, normotenso, em uso de drogas vasoativas; artéria radial aferindo PAM, sem sinais de sangramento; eliminações intestinais ausentes desde admissão; em dieta zero, controle de glicemia capilar; com sonda vesical de demora, urina concentrada e com baixo volume nas últimas 12 horas.

No segundo dia do pós-operatório, mantém quase os mesmos parâmetros, com algumas alterações. Ansiedade perdura, iniciada dieta, cuja aceitação se deu de forma parcial; apresentou hiperemia no local da inserção da PAM; diurese com baixo débito, estimulada com ampola de furosemida; em oxigênio ambiente, com boa saturação de oxigênio; mantém o acesso venoso central.

No terceiro dia do pós-operatório, apresentou-se consciente, orientado, ansioso, em oxigênio ambiente, ferida operatória limpa, dreno de mediastino sem débito, o qual foi retirado; aceitando dieta parcialmente; diurese com baixo débito; retirado sonda vesical de demora; evoluiu com alta para a enfermaria cardiológica.

Plano Assistencial

Com a coleta de dados realizada foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem individualizado e voltado para as reais necessidades desse paciente. Os diagnósticos de

enfermagem da NANDA (2010), as intervenções da NIC (Dochterman & Bulechek, 2004)

e os resultados da NOC (Johnson et al., 2004) encontrados estão contidos no quadro abaixo:

Quadro 1 – Plano de cuidados aplicado a um paciente com Síndrome de Marfan utilizando as terminologias padronizadas NANDA-I, NIC E NOC.

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Resultados
Débito cardíaco diminuído relacionado ao ritmo alterado e frequência cardíaca alterada, evidenciado por oligúria e bradicardia.	Controle de medicamentos e hidroeletrolítico; monitorização hídrica, dos sinais vitais e respiratória; prevenção de choque; redução da ansiedade e controle de arritmias.	Eficácia da bomba cardíaca e estabilidade circulatória.
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionado à cirurgia cardíaca.	Controle de choque; monitorização hídrica e dos sinais vitais; monitorização hemodinâmica invasiva; oxigenioterapia; testes laboratoriais; administração de medicamentos.	Perfusão tissular cardíaca garantida.
Risco de glicemia instável relacionado à ingestão alimentar.	Consultar a glicemia capilar pelo menos 2/2 ou 4/4 para avaliar o risco de hipoglicemia ou hiperglicemia.	Manter a glicemia estável.
Constipação relacionada à mudança no padrão intestinal, mudanças recentes do ambiente e tensão emocional, evidenciada por ausência de eliminações intestinais e ruídos intestinais hipoativos.	Controlar a nutrição e ingesta hídrica; estimular a deambulação; se necessário, administração de medicamentos laxativos.	Eliminação intestinal.
Ansiedade relacionada à ameaça de morte, evidenciada por sentimentos ansiogênicos, preocupação e medo de consequências inespecíficas.	Orientar o paciente sobre todos os procedimentos que serão realizados, deixando-o a par de tudo que irá acontecer com ele e apoio psicológico.	Controle da ansiedade.
Risco de infecção relacionado à exposição ambiental a patógenos e procedimentos invasivos.	Controle da nutrição; técnicas assépticas ao realizar procedimentos; cuidado com as lesões e drenagem fechadas; cuidados com o cateter.	Controle e detecção de riscos.
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, evidenciada por rompimento da superfície da pele e invasão de estruturas do corpo.	Cuidados com a pele; supervisão da pele; evolução da ferida; proteção contra infecção e nutrição adequada.	Cicatrização da ferida por primeira intenção.
Dor aguda relacionada a agentes lesivos, evidenciada por relato verbal de dor e evidência observada de dor.	Administração de analgésicos; aplicação de calor ou frio; promoção de conforto; redução da ansiedade; banho; melhora do sono; massagens; suporte emocional; toque terapêutico.	Controle da dor.

DISCUSSÕES

A partir do levantamento de dados traçou-se oito diagnósticos de enfermagem, a saber: débito cardíaco diminuído e risco de perfusão tissular cardíaca diminuída pertencentes ao domínio 4- atividade/repouso. Risco de infecção e integridade da pele prejudicada inseridos no domínio 11- segurança. Risco de glicemia instável presente no domínio 2- nutrição. Constipação no domínio 3- eliminação e troca. Ansiedade no domínio 9- enfrentamento/tolerância ao estresse e dor aguda no domínio 12- conforto (NANDA-I, 2010).

Para Carvalho et al. (2009) a fase do levantamento de dados é necessária e objetiva identificar os problemas de saúde ou reações humanas encontradas no paciente. É a partir dela que o enfermeiro traça os diagnósticos de enfermagem. A identificação fidedigna do diagnóstico também é importante, pois é a partir dele que o planejamento dos cuidados a serem prestados são estipulados e o estabelecimento de metas a serem alcançadas são pensadas, com vistas a corrigir, minimizar ou prevenir os eventuais problemas de saúde.

O diagnóstico débito cardíaco diminuído é definido como sendo “a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais” (NANDA-I, 2010, p. 162). Tal diagnóstico é esperado em pacientes com problemas cardíacos devido ao comprometimento dos mecanismos reguladores presente nestes pacientes (Bachion, Robazzi, Carvalho y Veiga, 1995). Além disso, a diminuição do débito cardíaco sempre é uma ameaça para o paciente que se submete à cirurgia cardíaca (Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever, 2009).

O diagnóstico supracitado foi evidenciado pelo paciente em questão quando o mesmo apresentou oligúria, arritmia, taquicardia e hi-

potensão no pós-operatório imediato. A função renal está intimamente relacionada com a função cardíaca, pois um débito urinário inferior a 30 ml/h pode indicar uma diminuição no débito cardíaco. Já as arritmias podem desenvolver-se quando a perfusão do coração é ruim. A taquicardia é uma forma que organismo encontra de compensar a hipotensão. A frequência cardíaca eleva-se para que a quantidade de sangue por minuto que chega ao corpo seja maior (Smeltzer et al., 2009).

Dessa forma, o ideal seria um cuidado pós-operatório focalizado na manutenção da estabilidade hemodinâmica, do estado neurológico, respiratório, renal e hidroeletrólítico. Os profissionais de enfermagem deverão utilizar todo o arsenal de equipamentos disponíveis no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, como o cateter de Swan-Ganz, o qual monitoriza o débito cardíaco; os eletrodos do eletrocardiograma para monitorizar o ritmo e a frequência cardíaca; oxímetro de pulso para medir a saturação de oxigênio arterial; avaliação da coloração e temperatura da pele, coloração dos lábios e enchimento capilar dos leitos ungueais; presença de drenos mediastinais para monitorizar drenagens sanguíneas; monitorização da pressão arterial média; avaliação de pulsos periféricos; e sonda vesical de demora para estimar a diurese (Smeltzer et al., 2009).

O diagnóstico risco de perfusão tissular cardíaco diminuído é definido como sendo o “risco de redução na circulação cardíaca” (NANDA-I, 2010, p.166). No presente estudo está relacionado ao fato do paciente ter realizado uma cirurgia cardíaca com esternotomia e implante de válvula cardíaca.

O diagnóstico risco de glicemia instável é definido como sendo “o risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos pa-

râmetros normais” (NANDA-I, 2010, p. 103). Está relacionado à ingestão alimentar e foi traçado devido ao paciente apresentar-se em dieta zero no pós-operatório imediato e por não aceitar bem a dieta fornecida posteriormente. Dessa forma, o esquema de aferição de glicemia capilar foi fornecido como um dos cuidados prestados no seu internamento.

A regulação da glicemia está atrelada aos mecanismos endócrinos do organismo, bem como, aos momentos de estresse, doença e dieta zero. Dessa forma, os pacientes que possuem problemas endócrinos, especificamente, problemas com a produção de insulina ou glucagon, deverão ser monitorizados constantemente. Àqueles que são submetidos a cirurgias de grande porte ou precisam permanecer em dieta zero por um tempo indeterminado também devem ter sua glicose monitorizada hermeticamente (Smeltzer et al., 2009).

O diagnóstico constipação é definido pela NANDA-I (2010, p. 125) como “uma diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas”. O diagnóstico foi estabelecido com base nas características: ausência de eliminações intestinais desde o dia do internamento e ruídos intestinais hipoativos. Estando relacionadas à mudança no padrão intestinal, mudanças recentes do ambiente e tensão emocional. Para Fortes, Silva y Lopes (2006) a constipação está comumente presente em pacientes restritos ao leito e que não podem caminhar livremente, o que acarreta a diminuição da atividade e mobilidade do peristaltismo intestinal.

O diagnóstico de enfermagem ansiedade é definido como um “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo”

(NANDA, 2010, p. 264). Esse diagnóstico baseou-se na expressão de sentimentos ansiosos pelo paciente a partir da verbalização de apreensão à situação vivida e medo frente aos exames propostos para elucidação dos diagnósticos médicos.

Na relação paciente-enfermeiro é importante que a comunicação seja efetiva para que ambos possam compartilhar os seus sentimentos, conhecimentos, apreensões e dúvidas a respeito do tratamento, exames e procedimento a que será submetido. Em pesquisa realizada sobre a comunicação terapêutica entre enfermeiro e paciente no ambiente hospitalar, o item usar jargão profissional, foi o que mais apareceu. Em decorrência disso, o paciente, muitas vezes, não compreende a mensagem emitida pelo profissional, já que é uma linguagem essencialmente técnica. Sendo o jargão profissional considerado uma barreira na comunicação de ambos, podendo gerar sentimentos como o medo e a ansiedade. Portanto, o enfermeiro deve saber quando, como e onde utilizar tais termos (Negreiros, Fernandes, Costa & Silva, 2009).

O diagnóstico de enfermagem risco de infecção é definido como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA, 2010, p. 329). A ocorrência do referido diagnóstico é justificada neste paciente devido a este ser alvo de procedimentos invasivos, além de estar exposto a ambiente rico em patógenos (Bachion et al., 1995).

É função da enfermagem promover um ambiente limpo e seguro, detectar sinais precoces de infecção, realizar procedimentos invasivos utilizando técnica asséptica, realizar higiene meticulosa das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (Smeltzer et al., 2009). Tais atividades auxiliam na prevenção da infecção e por isso são relevantes nas

ações diárias do enfermeiro e, especialmente, em pacientes em pós-operatório.

O diagnóstico integridade da pele prejudicada é definido como “epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA, 2010, p. 333). Estabeleceu-se esse diagnóstico devido à presença de ferida operatória em região médio esternal. As ações de enfermagem na restauração da integridade da pele a partir da execução de atividades que ajudem a promover uma boa cicatrização são muito importantes.

O diagnóstico dor aguda é definido pela NANDA-I (2010, p. 375) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”.

Os pacientes que se submetem a uma cirurgia cardíaca experimentam dor causada pela interrupção dos nervos intercostais ao longo do trajeto da incisão e pela irritação da pleura devido aos drenos torácicos. Dessa forma, é essencial observar e ouvir o paciente para perceber os indícios verbais e não verbais de dor, bem como registrar com exatidão a natureza, tipo, localização e duração da dor (Smeltzer et al., 2009).

CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar as necessidades de cuidados de um paciente com Síndrome de Marfan, identificando para tanto os seguintes diagnósticos de enfermagem: Débito cardíaco diminuído; Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída; Risco de glicemia instável; Constipação; Ansiedade; Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; e Dor aguda. A identificação destes diagnósticos de enfermagem permitiu a elaboração de um plano de

cuidados que possibilitou o planejamento de uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo.

O uso da NANDA-I, NIC e NOC para o estabelecimento de diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem constituiu-se um avanço na profissão, uniformiza a linguagem entre os enfermeiros e contribui na recuperação da saúde do paciente (Carvalho et al., 2009).

Portanto, a partir da elaboração do estudo, conclui-se que com a aplicação de tal metodologia pode-se ajudar a evitar ou minorar os potenciais problemas de saúde de um paciente portador da Síndrome de Marfan no pós-operatório, de forma que o impacto da sua recuperação seja menor e menos traumatizante.

Além disso, destaca-se a relevância da construção e utilização de casos clínicos visando à atualização e discussão da metodologia do PE, possibilitando o desenvolvimento de uma prática reflexiva que seja capaz de romper com os velhos modelos de assistência baseados na fragmentação e disjunção dos saberes, além de fornecer uma discussão dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções.

REFERÊNCIAS

- Bachion, M.M., Robazzi, M.L.C.C., Carvalho, E.C. & Veiga, E.V. (1995) Clientela com alterações cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 3(2), 83-92.
- Barreto, M.M et al. (2002) Síndrome de Marfan. Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS).
- Barros, A.L.B.L. (2002) Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. *Artmed*, Porto Alegre.
- Carvalho, Z.M.F. et al. (2009) Esclerose múltipla: conhecer para melhor cuidar. *Cultura de los Cuidados*. 26, 95-105.

- Dochterman, J.M. & Bulechek, G.M. (2004) *Classificación das Intervenciones de Enfermagem (NIC)*. (4ª ed.) Artmed, São Paulo.
- Fortes, A.N., Silva, V.M. & Lopes, M.V.O. (2006) Problemas de adaptación fisiológica em personas con angina. *Cultura de los Cuidados*. 19, 87-92.
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A. & Zago, M.M.F. (2003) Guía de instrucción para la elaboración de un estudio de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11(3), 371-75.
- Garcia, T.R. & Nóbrega, M.M.L. (2004) Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos, I. (Org.). *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo, 37-63.
- Gordon, M. (2000) Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 7, 128-38.
- Hermida, P.M.V. (2004) Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 57(6), 733-37.
- Johnson, M., maas, M. & Moorhead, S. (2004) *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (2ª ed.) Artmed, Porto Alegre.
- Lira, A.L.B.C. (2005) *Diagnósticos de enfermagem em clientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE*. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Negreiros, P.L., Fernandes, M.O., Costa, K.N.F.M. & Silva, G.R.F. (2009) Caracterização da comunicação entre enfermeiros e pacientes de um hospital do Ceará, Brasil. *Cultura de los Cuidados*. 26, 87-94.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2010) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011*. Artmed, Porto Alegre.
- Risner, P.B. (1986) *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: Griffith, K.& Cristensen, P.J. *Nursing Process: application of theories frameworks and models*. (2ªed.) Mosby, Saint Louis.
- Sallum, J.M.F., Chen, J. & Perez, A.B.A. (2002) Anomalias oculares e características genéticas na síndrome de marfan. *Arq Bras Oftalmol*. 65, 623-28.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, K.H. (2009) *Brunner & Suddarth- Tratado de enfermagem medico-cirúrgica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

