

FACULDADE BOA VIAGEM

MÔNICA DE MELO MACÊDO PAPALÉO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM
HOSPITAL GERAL**

RECIFE

2013

MÔNICA DE MELO MACÊDO PAPALÉO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM
HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada à faculdade boa viagem, como exigência para conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem em Nefrologia.

Orientadora: Profa. Ms. Maria da Penha Carlos de Sá

RECIFE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P213c Papaléo, Mônica de Melo Macêdo.

Caracterização dos pacientes portadores de insuficiência renal atendidos na emergência de um hospital geral / Mônica de Melo Macedo Papaléo. – Recife, 2013.

24 f.

Monografia (Especialização em enfermagem em nefrologia) – Centro de Consultoria Educacional. Faculdade Boa Viagem. Recife, 2013.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria da Penha Carlos de Sá

1. Enfermagem. 2.Nefrologia. 3.Emergência. Sá, Maria da Penha Carlos de. (orient.). II. Título.

616.16 CDU

616.6 CDD

MÔNICA DE MELO MACÊDO PAPALÉO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM
HOSPITAL GERAL**

Monografia para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem em Nefrologia.

Recife, ____ de _____ de 201__.

EXAMINADOR:

Nome: _____

Titulação: _____

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, assim como este título e tudo o que ele representa a meu filho, meu marido, meus pais, minha irmã, minhas cunhadas, meus sogros e a Dra Edna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir concluir este curso, organizando meus plantões e meus horários.

Agradeço a meu marido e a meu filho querido por terem compreendido minhas ausências e minha dificuldade em participar de todos os momentos importantes em família.

Aos meus pais e minha irmã pela ajuda que me deram cuidando do meu filho nas minhas ausências.

Aos meus sogros que também compartilharam de perto a construção desta vitória.

Ao enfermeiro Eduardo Gomes, pela ajuda.

A toda equipe da Clínica do Rim do Carpina, meus agradecimentos.

A minha cunhada, Dra. Rosa Maria Papaléo, pelo grande incentivo e ajuda ao longo desses meses.

A Dra Edna Cinicio, nefrologista e grande incentivadora, pela atenção em colaborar com a pesquisa e interesse em colaborar com a realização do curso.

Agradeço ao Hospital Otávio de Freitas, em particular as enfermeiras, Marta Júlia e Giselda Bezerra e Dr Antonio Barreto, por terem me facultado campo ideal ao desenvolvimento da pesquisa.

A grande colega Enfa. Marly Mota pelo exemplo de trabalho e dedicação aos doentes e à Enfermagem.

Agradeço a equipe da Multirim/HOF pela colaboração na pesquisa.

A profa. Enfa Adélia Monteiro na representação de todos os professores e colaboradores do Centro de Capacitação Educacional.

RESUMO

As nefropatias são causas frequentes de admissão e internamento nos serviços de saúde. O diagnóstico, escolha do método dialítico, preparo do paciente e acesso venoso adequado precoces são decisivos como intervenções eficientes, evitando desequilíbrios graves da homeostase. As unidades de saúde que prestam atendimento de urgência e emergência geral devem estar preparadas para atender esse público específico, com protocolos bem estabelecidos e recursos humanos e materiais adequados. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Emergência do Hospital Otávio de Freitas da Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco, com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes portadores de insuficiência renal atendidos em emergência. Foram coletados dados de 68 prontuários de pacientes atendidos em julho e agosto de 2012, escolhidos aleatoriamente. Os pacientes apresentaram média de idade de $59,45 \pm 19,42$ anos, predominância do sexo masculino (69,10%) e procedência da região metropolitana do Recife-PE (57,35%). A amostra apresentou as características principais: estado de hidratação sem alterações (63,24%), hipertensão de grau I (58,82%), oligúria (30,88%) e anúria (30,88%), diurese espontânea (70,59%), urina concentrada (32,35%) e hematúria (39,71%). Foram classificados com perda da função renal 2,9% e 16,18% com doença renal em estágio terminal. As queixas principais que motivaram os pacientes a buscar a emergência foram: dor abdominal (26,92%), dispnéia (15,38%), febre (15,38%), sonolência (15,38%) e disúria (12,82%). As hipóteses diagnósticas médicas a admissão dos pacientes principais foram: insuficiência renal aguda (23,08%), insuficiência renal crônica (46,15%), hipertensão arterial (15,38%). A maioria recebeu cateter central para hemodiálise com triplo lúmen, implantado principalmente em veia jugular interna direita (30,88%) e esquerda (11,76%), fossa ilíaca direita (25,0%) e esquerda (11,76%). As queixas que motivam os pacientes a procurarem a emergência podem ser diversas e inespecíficas em relação à patologia renal, mas a investigação após a admissão finda por indicar o grau de lesão e indicar a necessidade de tratamento dialítico. Muitos pacientes procuram a emergência e recebem diagnóstico de insuficiência renal, visto que não apresentavam previamente doença renal crônica conhecida. Um grupo significativo chega aos serviços de emergência já com perda da função renal ou em estágio terminal de doença e necessidade de transplante renal.

Palavras-chave: Enfermagem; Nefrologia; Emergência.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Idade, sexo, procedência e histórico de tratamento dialítico dos pacientes atendidos com insuficiência renal em emergência. Recife, 2012.	12
Tabela 2: Distribuição dos pacientes quanto ao estado de hidratação e pressão arterial na admissão. Recife, 2012.	12
Tabela 3: Distribuição dos pacientes quanto à eliminação urinária. Recife, 2012.	13
Tabela 4: Classificação dos pacientes em insuficiência renal atendidos em emergência. Recife-PE, 2012.	13
Tabela 5: Queixas principais que motivaram os pacientes em estudo a buscarem o serviço de emergência. Recife-PE, 2012	14
Tabela 6: Hipóteses diagnósticas a admissão dos pacientes atendidos em um serviço de emergência que apresentaram insuficiência renal. Recife-PE, 2012	15
Tabela 7: Distribuição dos pacientes quanto aos acessos vasculares utilizados para a terapia dialítica. Recife, 2012.	15

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo Geral	9
2.2	Objetivos Específicos	9
3	MATERIAL E MÉTODOS	10
3.1	Local do Estudo	10
3.2	Tipo de Estudo	10
3.3	População e Amostra	10
3.4	Coleta de Dados	11
3.5	Análise dos Dados	11
3.6	Aspectos Éticos	11
4	RESULTADOS	12
5	DISCUSSÃO	16
6	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	21
	ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA	22
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS	23

1 INTRODUÇÃO

As complicações das nefropatias são causas frequentes de atendimento nos serviços de emergência. São poucos os serviços de emergência especializada ou que possuem especialistas disponíveis para lidar com estas intercorrências. O tema é ainda pouco pesquisado pela enfermagem. (Carvalho et al, 2010; Pennafort, 2010)

Os motivos para a internação dos pacientes incluem causas renais e sistêmicas associadas, como hipertensão arterial, diabetes melitus, lúpus e infecções. (Oliveira, Alves, Bezerra, 2009) O número de novos casos estimado para a região nordeste em 2011 foi de 6001 pacientes e bem aumentando a taxa de incidência ao longo dos anos. (Sesso et col, 2012)

O impacto da instalação da doença em idosos é potencializado pelas comorbidades do envelhecimento ou é sua consequência. (Ribeiro, 2008) Um estudo realizado em um serviço de nefrologia do estado do Rio de Janeiro aponta que 26,6% das internações foram devidas às complicações pós-transplantes. (Oliveira, Alves, Bezerra, 2009; Araujo, Koepe, 2009) Outro estudo, ao acompanhar a evolução da insuficiência renal em unidades de terapia intensiva, referiu que a intervenção precoce para pacientes críticos estava associado a melhor desfecho. (Costa e Silva, 2007)

Os sinais e sintomas iniciais da Insuficiência Renal Aguda são inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. (Riella, 2003) Nas fases iniciais da IR, quando as manifestações clínicas e laboratoriais são mínimas ou ausentes, o diagnóstico pode ser sugerido pela associação de manifestações inespecíficas (fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria ou edema). Em consequência dos quadros de oligúria e anúria, as funções principais dos rins, ou seja, a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico e excreção dos produtos nitrogenados estão comprometidas, repercutindo em diversos órgãos e sistemas. (Riella, 2003; Costa e Silva, 2007)

Atualmente, em virtude das opções de tratamento dialítico contínuo e não-contínuo, a enfermagem especializada deve estar habilitada a cuidar de pacientes submetidos a tratamento dialítico. Contudo, no contexto do atendimento inicial, é importante que enfermeiros generalistas e emergencistas estejam aptos a reconhecer precocemente sinais sugestivos de IRA e tenham conhecimento sobre a abordagem terapêutica e a repercussão sistêmica e, sobremaneira, o manejo dos acessos vasculares.

As nefropatias são causas frequentes de admissão e internamento nos serviços de saúde. O diagnóstico, escolha do método dialítico, preparo do paciente e acesso venoso adequado precoces são decisivos como intervenções eficientes, evitando descompensações graves da homeostase. As unidades de saúde que prestam atendimento de urgência e emergência geral devem estar preparadas para atender esse público específico, com protocolos bem estabelecidos e recursos humanos e materiais adequados. Para tal, é necessário conhecer quem é esse público para dimensionar e otimizar melhor o atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os indivíduos atendidos em uma emergência diagnosticados portadores de insuficiência renal.

2.2 Objetivos Específicos

- Citar as características sócio-demográficas;
- Identificar principais patologias associadas;
- Identificar os principais sinais e sintomas no momentos da admissão.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, de abordagem quantitativa. (Hulley et col, 2008)

3.2 Local do Estudo

O estudo apresentado foi realizado no Serviço de Emergência do Hospital Otávio de Freitas da Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco.

A emergência do hospital funciona com atendimento nas clínicas de traumato-ortopedia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria. O hospital está localizado no bairro de Tejipió, Zona Oeste do Recife-PE, atendendo prioritariamente a população dos bairros de Jardim São Paulo, Totó, Sancho, do Curado, Cavaleiro. Além destes bairros, são atendidos pacientes de outros municípios da Região Metropolitana do Recife, como Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho.

O atendimento médio mensal da emergência é de cerca de 8 mil pacientes. O serviço funciona 24h, desde 2007, com Acolhimento com Classificação de Risco realizado por enfermeiros habilitados. O serviço de urologia possui duas enfermeiras destinadas à hemodiálise na emergência, com seis leitos cada. Para o internamento, os pacientes nefropatas são admitidos em outra enfermaria com 16 leitos. O atendimento é de responsabilidade de uma clínica especializada terceirizada.

3.3 População e Amostra

Foram coletados dados de 78 prontuários de pacientes atendidos em julho e agosto de 2012, escolhidos aleatoriamente. Dentre esses, 10 foram excluídos por apresentarem diagnóstico de IRC em tratamento dialítico prévio.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados dos prontuários, após a anuência do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Otávio de Freitas (ANEXO A), apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital.

Não foram incluídos prontuários cuja falta de preenchimento de dados ou preenchimento incorreto dificultassem a análise. Para orientar a coleta dos dados, foi elaborado pela autora um instrumento próprio adequado a fonte de dados e ao objetivo da pesquisa, contendo dados sócio-econômicos e clínicos epidemiológicos (referentes a desidratação, pressão arterial, diurese, acesso venoso, histórico de tratamento dialítico e indicadores laboratoriais nada função renal na admissão). (ANEXO B) A partir dos dados coletados, os níveis pressóricos foram estratificados conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. (SBC, SBH, SBN, 2010) A função renal foi avaliada segundo o critério da *Acute Dialysis Quality Initiative* (ADQI) que desenvolveu, em 2002, o acrônimo RIFLE que define três graduações de gravidade de disfunção renal – Risco (classe R), Injúria (classe I) e Falência (classe F) baseadas na mudança da creatinina sérica e diurese – e duas classes de evolução (Perda – classe L – e Estágio Final – classe E). (Bellomo et col, 2004).

3.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com recursos de epidemiologia descritiva (frequência absoluta, frequência relativa) através do software estatístico Epi-info e apresentados em gráficos e tabelas.

3.6 Aspectos Éticos

A elaboração do projeto de pesquisa, bem como toda sua execução, foi pautada nos princípios bioéticos e nas orientações da Resolução CONEP nº196/96. A etapa de coleta de dados se ocorreu apenas após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas.

4 RESULTADOS

Os pacientes apresentaram média de idade de $59,45 \pm 19,42$ anos, predominância do sexo masculino (69,10%) e procedência da região metropolitana do Recife-PE (57,35%). (tabela 1)

Tabela 1: Idade, sexo, procedência e histórico de tratamento dialítico dos pacientes atendidos com insuficiência renal em emergência. Recife, 2012

	n=68	%
Idade		
35 50 anos	21	30,88
50 65	22	32,35
65 80	18	26,47
> 80	7	10,29
Sexo		
Masculino	47	69,10
Feminino	21	30,90
Procedência		
Capital	5	7,35
RMR	39	57,35
Interior	24	35,29

Dentre a amostra, 63,24% apresentaram estado de hidratação sem alterações, sendo que apenas um paciente apresentou edema. Quanto aos níveis pressóricos, 58,82% apresentava hipertensão de grau I na admissão, 20,59% hipertensão de grau II e apenas um paciente com hipertensão de grau III. Foram classificados como hipotensos à admissão 13,24% da amostra. (tabela 2)

Tabela 2: Distribuição dos pacientes quanto ao estado de hidratação e pressão arterial na admissão. Recife, 2012

Hidratação	n=68	%
Hidratado	43	63,24
Desidratado	24	35,29
Edema	1	1,47
Nível pressórico na admissão		
Hipotensão	9	13,24
Normal	3	4,41
Limítrofe	2	2,94
Hipertensão Grau I	40	58,82
Hipertensão Grau II	14	20,59
Hipertensão Grau III	1	1,47

Quanto à eliminação urinária, 30,88% apresentava oligúria, 30,88% anúria, e apenas 1,47%, poliúria, sendo a maioria com diurese espontânea (70,59%) sem uso de fraldas ou dispositivo urinário. A urina apresentava aspecto concentrado em 32,35% dos casos e hematuria em 39,71%. (tabela 3)

Tabela 3: Distribuição dos pacientes quanto à eliminação urinária. Recife, 2012

Padrão	n=78	%
Anúria	21	30,88
Oligúria	21	30,88
Disúria	23	33,82
Poliúria	1	1,47
Sem registro	2	2,94
Via		
Espontânea	48	70,59
Sonda Vesical de Demora	11	16,18
Dispositivo urinário	3	4,41
Fralda	4	5,88
Citostomia	2	2,94
Aspecto		
Normal	18	26,47
Concentrado	22	32,35
Hematuria	27	39,71
Colúria	1	1,47

Quanto ao estadiamento da insuficiência renal considerando o volume de diurese e a dosagem sérica de creatina dos pacientes, 22,06% foram classificados como em lesão renal, 39,71% em falência renal. Dos pacientes, apenas 2,94% apresentavam perda da função renal e 16,18% com doença renal em estágio terminal. (tabela 4)

Tabela 4: Classificação dos pacientes em insuficiência renal atendidos em emergência . Recife-PE, 2012.

	n=68	%
Risco de disfunção renal	13	19,12
Lesão renal	15	22,06
Falência da função renal	27	39,71
Perda da função renal	2	2,94
Doença renal em estágio terminal	11	16,18

As queixas principais que motivaram os pacientes a buscar a emergência foram: dor abdominal (26,92%), dispnéia (15,38%), febre (15,38%), sonolência (15,38%) e disúria (12,825). (tabela 5)

Tabela 5: Queixas principais que motivaram os pacientes em estudo a buscarem o serviço de emergência. Recife-PE, 2012

Queixa Principal*	<i>f</i>	%
Anúria	4	5,13
Calafrio	1	1,28
Cefaleia	2	2,56
Crise hipertensiva	3	3,85
Desorientação	4	5,13
Diarreia	2	2,56
Dispneia	12	15,38
Disúria	10	12,82
Dor abdominal	21	26,92
Dor em flanco	3	3,85
Dor epigástrica	2	2,56
Dor em hipocôndrio	1	1,28
Dor lombar	1	1,28
Dor torácica	2	2,56
Edema	2	2,56
Febre	10	15,38
Hipotensão	1	1,28
Inapetencia	3	3,85
Naúsea	5	6,41
Oligúria	3	3,85
Rebaixamento do nível de consciência	2	2,56
Sonolência	11	15,38
Tontura	1	1,28
Tosse	5	6,41
Vômito	9	11,54

*Respostas Múltiplas

As hipóteses diagnósticas médica a admissão dos pacientes principais foram: insuficiência renal aguda (23,08%), insuficiência renal crônica (46,15%), hipertensão arterial (15,38%), infecção do trato respiratória (10,26%) e urinária (10,26%). (tabela 6)

Tabela 6: Hipóteses diagnósticas a admissão dos pacientes atendidos em um serviço de emergência que apresentaram insuficiência renal. Recife-PE, 2012.

Hipótese Diagnóstica*	<i>f</i>	%
IRA	18	23,08
IRC	36	46,15
Colecistite	1	1,28
Colelitíase	1	1,28
Diabetes	3	3,85
Hipertensão arterial sistêmica	12	15,38
Insuficiência cardíaca	3	3,85
Infecção do trato respiratório	8	10,26
Infecção do trato urinário	8	10,26
Nefrolíase	4	5,13
Obstrução Intestinal	1	1,28
Trauma	8	10,26
Uremia	2	2,56
Outros	12	15,38

*Respostas Múltiplas

Após a admissão e diagnóstico médico com indicação de terapia renal substitutiva, para início do tratamento, a maioria recebeu cateter central para hemodiálise com triplo lúmen, implantado principalmente em veia jugular interna direita (30,88%) e esquerda (17,65%), fossa ilíaca direita (25,0%) e esquerda (11,76%). (tabela 7)

Tabela 7: Distribuição dos pacientes quanto aos acessos vasculares utilizados para a terapia dialítica. Recife, 2012

Tipo de cateter	n=68	%
Central	4	5,88
Central p/ HD 2 lúmen	1	1,30
Central p/ HD 3 lúmen	63	80,70

Local de implantação do cateter		
Fossa ilíaca direita	17	25,00
Fossa ilíaca esquerda	8	11,76
Membro superior direito	2	2,94
Membro superior esquerda	1	1,47
Veia jugular interna direita	21	30,88
Veia jugular interna esquerda	12	17,65
Veia subclávia direita	4	5,88
Veia subclávia esquerda	2	2,94
Sem registro	1	1,47

5 DISCUSSÃO

A média de idade apresentada pelos pacientes em estudo e a prevalência maior do sexo masculino corroboram com outros estudos. (Santos, 2009; Júnior et al, 2006; Balbi et al, 2005; Pinto et al, 2009; Silvester, Bellomo, Cole, 2001) A distribuição das idades não apresentou diferença significativa entre idosos e adultos. A maioria dos pacientes apresentavam no momento da admissão o primeiro quadro indicativo de lesão renal ou desconheciam a insuficiência crônica.

Os níveis pressóricos e o estado de hidratação corroboram com os achados em outras publicações. (Ribeiro et al, 2008; Pinto et al, 2009; Silvester, Bellomo, Cole, 2001; Júnior et al, 2006) Um estudo realizado com pacientes de terapia intensiva apresentou 68,6% de causas pré-renais para pacientes sem indicação de terapia dialítica, sendo a principal a hipertensão arterial. (Bernardina, 2008) A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco modificáveis para várias doenças, impulsionando o grupo das doenças cardiovasculares como principal causa de morte no país. (SBC, SBH, SBN, 2010) Em 2011, a hipertensão foi tida como principal doença de base para os pacientes em tratamento dialítico no país (35,1%), seguida pela diabetes (28,4%). (Sesso et col., 2012)

A oligúria e a anúria, apesar de não terem sido as principais queixas referidas pelos pacientes, teve elevada incidência na amostra, como apresentado por outras pesquisas. (Júnior et al, 2006) O volume de diurese é o primeiro critério para avaliação da função renal, sendo importante para o estadiamento independente da taxonomia adotada e devendo ser controlada com rigor. (Bellomo et col, 2004) Apesar de não ter sido avaliada estatisticamente, as queixas principais mais apresentadas podem ser relacionadas clinicamente a alteração do equilíbrio hidro-eletrolítico, mais especificamente aos níveis de sódio e potássio e alteração do pH do sangue em função do acúmulo de excretas nitrogenadas. (Riella, 2003)

Quanto aos acessos vasculares, outro estudo, avaliando 23 clínicas distribuídas em sete estados brasileiros, revelou que para os pacientes com insuficiência renal crônica, as fístulas arterio-venosas eram a escolha para 93,4%. (Linardi et al., 2012) No entanto, devido ao caráter emergencial da necessidade de tratamento versus ao prazo necessário a maturação da fístula, os cateteres foram preteridos em 97,4% do casos. Este estudo apontou que no nordeste do país, 47% dos cateteres foram implantados em veia jugular interna e 33% em veia subclávia. (Linardi et al., 2012) A amostra teve acessos implantados, em ordem de incidência, nas veias jugulares, veias femorais e veias subclávias, contudo, outros autores apontam que as veias subclávias são preferidas em virtude da maior facilidade na colocação do cateter.

(Hakim, Himmelfarb, 1998; Grothe et al, 2010; Linardi et al., 2012) Estudos mostram que o risco de infecção aumenta significativamente em cateter venoso central inserido em veia jugular interna em relação à inserção em veia subclávia que, por sua vez, está associada a risco maior de complicações não infecciosas (pneumotórax, hemotórax, trombose venosa). (Grothe et al, 2010; Riella, 2003)

6 CONCLUSÃO

É útil a compreensão das manifestações da lesão renal pelo enfermeiro emergencista, em especial aos que realizam triagem, acolhimento e classificação de risco. As queixas que motivam os pacientes a procurarem a emergência podem ser diversas e inespecíficas em relação à patologia renal, mas a investigação após a admissão finda por indicar o grau de lesão e indicar a necessidade de tratamento dialítico. Muitos pacientes procuram a emergência e recebem diagnóstico de insuficiência renal, visto que não apresentavam previamente doença renal crônica conhecida. Um grupo significativo chega aos serviços de emergência já com perda da função renal ou em estágio terminal de doença e necessidade de transplante renal.

No tocante a assistência prestada, os serviços de saúde com atendimento de emergência devem reconhecer a necessidade de oferecer o tratamento dialítico com presteza, buscando melhorar o prognóstico. Os estabelecimentos de saúde devem organizar-se em rede para ofertar, no sistema de referência e contra-referência, a atenção necessária e cada unidade deve garantir o suprimento de cateteres e materiais de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Sílvia Teresa Carvalho de; KOEPPE, Giselle Barcellos Oliveira. Setor de nefrologia: uma parceria entre ensino e service. **Acta paul. enferm.** vol.22, n.spe1, pp. 572-576, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/26.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2012.
- BALBI, A.L. ET AL. Mortalidade e prognóstico específico em pacientes com insuficiência renal aguda. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(6): 318-22
- BELLOMO ET COL. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Critical Care* 2004, 8:R204-R212
- BERNARDINA, L.D. ET AL. Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2008;21:174-8.
- CARVALHO, Glória Maria Custódio de et al. Estudos brasileiros sobre nefrologia nas teses e dissertações de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p.1052-1053, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600028&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600028>>. Acesso em: 21 jul. 2012.
- GROTHER, C. ET AL. Incidência de infecção da corrente sanguínea nos pacientes submetidos à hemodiálise por cateter venoso central. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan-fev 2010; 18(1)
- HAKIM, R.; HIMMELFARB, J. Hemodialysis access failure: a call to action. *Kidney Int*, 1998, 54(4):1029-1040.
- HULLEY ET COL. *Delineando a Pesquisa Clínica - Uma Abordagem Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Artmed, 2008, 3ed., 384p.
- JÚNIOR, G.B.S; DAHER, E.F.; MOTA, R.M.S.; MENEZES, F.A. Risk factors for death among critically ill patients with acute renal failure. *Sao Paulo Med J*. 2006;124(5):257-63.
- LINARDI ET AL. Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. *Rev. Col. Bras. Cir.*. 2003; 3
- OLIVEIRA, Fernanda Celedonio de; ALVES, Maria Dalva Santos e BEZERRA, Aline Pontes. Co-morbidades e mortalidade de pacientes com doença renal: atendimento terceirizado de nefrologia. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, vol.22, n.spe1, pp. 476-480, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2012.
- PENNAFORT, Viviane Peixoto Dos Santos et al. Produção do conhecimento científico de Enfermagem em Nefrologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 63, p.830-

836, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672010000500022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Hospital Otávio de Freitas**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-otavio-de-freitas/>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

PINTO, P.S. ET AL. Insuficiência renal aguda nefrotóxica: prevalência, evolução clínica e desfecho. *J Bras Nefrol* 2009;31(3):183-189

RIBEIRO, Daniele Favaro. **O cuidador do idoso com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal ambulatorial contínua**. 2008. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RIBEIRO, R.C.H.M. ET AL. Pacientes vítimas de politrauma com insuficiência renal aguda na Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm* 2008;21:216-20.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, E.R. Lesão renal aguda em terapia intensiva avaliada pelo RIFLE. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(4):359-368.

SESSO, R.C.C. ET COL. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *J. Bras. Nefrol.* [periódico na Internet]. 2012 Set [citado 2013 Jan 22] ; 34(3): 272-277. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300009&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120009>.

SILVA, Verônica Torres Costa e. **Insuficiência renal aguda em unidade de tratamento intensivo: perfil epidemiológico e validação de índices prognósticos**. 2007. 130 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Faculdade Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVESTER, W.; BELLOMO, R.; COLE, L. Epidemiology, management, and outcome of severe acute renal failure of critical illness in Australia. *Crit Care Med*. 2001; 29(10):19105.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [periódico na Internet]. 2010 [citado 2013 Jan 22]; 95(1): I-III. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

CARTA DE ANUÊNCIA


Ilmo. Sr. Dr. Antonio Barreto
Diretor do HOF

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL ATENDIDOS EM UMA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL**. A metodologia, descrita no projeto em anexo, utilizará de dados de prontuário, sem envolvimento direto de pacientes ou profissionais.

Salientamos que a coleta de dados se iniciará após essa anuência e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição e que os mesmos servirão apenas para fins de pesquisa e estudo com divulgação nos meios de pesquisa.

Recife, 08 de fevereiro de 2012.

Mônica de Melo M. Papaléo
Enfermeira
COREN-PE 81928

Solicitante: Enfa. Mônica de Melo Macedo Papaléo
Serviço de Emergência
COREN 81928 Concordamos com a solicitação Concordamos com a solicitação

Antonio Barreto
CPF 071258234-49
-PE-PE

Dr. Antonio Barreto
Diretor do Hospital Otávio de Freitas

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA

DADOS SÓCIO-ECONOMICOS		
Paciente (iniciais):		
Sexo: () M () F	Idade:	Registro – Prontuário:
Procedência: () Capital () RMR () Interior		
DADOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS		
Queixa principal:		
Hipótese diagnóstica:		
Exame Físico dirigido:		
Hidratação: () hidratado () desidratado () anasarca () edema (local: _____)		
PA: () hipotenso () normal () limítrofe () hiper.Grau I () hiper.Grau II () hiper. Grau III		
Diurese:		
• Padrão de eliminação: () oligúria () anúria () disúria () poliúria		
• Via: () espontânea () SVD () disp. Urinário () fralda () cistostomia		
• Aspecto: () normal () concentrado () hematúria () piúria () colúria		
Acesso venoso na admissão:		
• () periférico () central () FAV		
• () central p/ HD 2 lúmen () central p/ HD 3 lúmen		
• () totalmente implantado () outro:		
• Local: _____		
Acesso venoso implantado na emergência/internamento:		
• () periférico () central () FAV		
• () central p/ hd 2 lúmen () central p/ HD 3 lúmen		
• () totalmente implantado () outro:		
• Local: _____		
Em tratamento dialítico prévio? () sim () não		
Se sim:		
• Quanto tempo? _____ Qual?		
• () diálise peritoneal: _____		
• () hemodiálise: _____		
Exames Laboratoriais – na admissão:		
• Na ⁺ :		K ⁺ :
• Ureia:		Creatinina:
• Glicemia:		

ANEXO C - DECLARAÇÃO

Eu, **Mônica de Melo Macêdo Papaléo**, portadora do documento de identidade **RG 4113125, CPFn°96178000472**, aluna regularmente matriculada no curso de **Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Nefrologia**, do programa de *Lato Sensu* da FBV – FACULDADE BOA VIAGEM, sob o n° **EN112318** declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: **“CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL”**, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Recife, _____ / _____ de 2013.

Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo
funcionário da Secretaria da Pós-
Graduação *Lato Sensu*