

Trabalho apresentado no 15º CBCENF

Título: APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM OSTEOMIELETTE: ESTUDO DE CASO

Relatoria: CAMILA CHAVES DA COSTA

Natasha Marques Frota

Autores: Joselany Áfio Caetano

Ana Kelve de Castro Damasceno

Modalidade: Pôster

Área: Ética e legislação em enfermagem

Tipo: Relato de experiência

Resumo:

INTRODUÇÃO: a osteomielite é uma inflação do tecido ósseo, a qual pode ser causada por uma extensão da infecção de tecidos moles; por uma contaminação óssea direta devido a cirurgia óssea, fratura ou lesão traumática ou por uma disseminação hematogênica a partir de outros sítios de infecção. No presente estudo de caso, não se enquadra a terceira forma de transmissão da doença, visto que, o paciente não apresenta sintomas de septicemia. Pacientes portadores de doenças crônicas, (diabetes, artrite reumatóide) estão mais susceptíveis a doença. Fato este que corresponde a um dos fatores de risco presente no paciente estudado, o qual possui hipertensão arterial sistêmica. **OBJETIVOS:** descrever a assistência de enfermagem a um paciente com osteomielite atendido em um hospital de referência de Fortaleza-ce. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso realizado no dia 24 de outubro de 2011 em um hospital de referência de Fortaleza-ce. O sujeito da pesquisa foi um paciente com diagnóstico médico de osteomielite. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento estruturado, o qual contém informações baseadas nas atividades de vida. Para a análise dos dados e construção do plano de cuidados utilizou-se NANDA, NIC e NOC. Foram respeitadas as normas da Resolução 196/96 no que se refere à pesquisa com seres humanos. **RESULTADOS:** inicialmente realizou-se a anamnese, a qual possibilitou a identificação dos reais problemas do paciente. Dentre os diagnósticos de enfermagem presentes, destacam-se: disposição para controle aumentado do regime terapêutico; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; disposição para sono melhorado; deambulação prejudicada; atividades de recreação deficientes; déficit no auto-cuidado para banho/vestir-se; disposição para conhecimento aumentado; disposição para religiosidade aumentada; disfunção sexual; risco de quedas e de desequilíbrio. Frente aos diagnósticos encontrados, desenvolveu-se o plano de cuidados com as devidas intervenções de enfermagem e os resultados esperados. **CONCLUSÃO:** conclui-se que o estabelecimento de um plano de cuidados faz-se fundamental na assistência de enfermagem, visto que possibilita a identificação dos problemas, facilitando o cuidado personalizado, humanizado, eficaz e voltado para o caso específico do paciente, evitando-se um cuidado universalizado.