

**O paciente portador de Nefropatia diabética internado em uma Unidade de Terapia Intensiva: Diagnósticos de Enfermagem.**

**The patient diabetic nephropathy carrier hospitalized in an ICU: Nursing Diagnoses.**

**El portador paciente diabético nefropatía hospitalizado en la UCI: Diagnósticos de enfermería.**

**Kassandra Sufia Nunes Caldas**

#### **RESUMO**

**Objetivos:** descrever os diagnósticos de enfermagem para um paciente internado em uma UTI portador nefropatia diabética realizando diálise três vezes por semana. **Métodos:** Estudo de caso desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento na cidade de São Luís-MA no mês de setembro de 2015 no setor identificado como “sala vermelha” onde pacientes graves permanecem internados até a sua transferência para um hospital de grande porte. É um caso clínico baseado em vivências teórico-práticas. O instrumento para coleta de dados foi o prontuário do paciente e registro avaliativos da autora deste trabalho a cada plantão. **Resultados:** Configuram-se seis diagnósticos de enfermagem: controle ineficaz do regime terapêutico ,risco de infecção, perfusão tissular periférica ineficaz, dor aguda, mobilidade física prejudicada e risco para integridade da pele prejudicada. **Conclusões:** O processo de enfermagem dividido em etapas colabora para um diagnóstico mais preciso e uma prescrição voltada diretamente para cada caso. A realização desse estudo mostrou a importância da assistência de enfermagem bem planejada, pois a mesma tem contribuição significativa na melhora do paciente como um todo. **Descritores:** DM, nefropatia, diagnósticos de enfermagem.

#### **ABSTRACT**

**Objectives:** describe the nursing diagnoses for inpatient in a carrier ICU diabetic nephropathy performing dialysis three times a week

**Methods:** Case study developed into an Emergency Unit in the city of Sao Luis, MA in September 2015 identified in the industry as “red room “where critically ill patients remain hospitalized until his transfer to a large hospital. It is a case based on theoretical and practical experiences. The instrument for data collection was the patient's chart and evaluative record of this work the author each shift. **Results:** Configure up six nursing diagnoses: ineffective management of therapeutic regimen, risk of infection, ineffective peripheral tissue perfusion, acute pain, impaired physical mobility and risk for impaired skin integrity.**Conclusions:** The nursing process divided into stages contributes to a more accurate diagnosis and a prescription geared directly to each case. The present study showed the importance of well-planned nursing care, because it has a significant contribution to the improvement of the patient as a whole. **Keywords:** DM, nephropathy, nursing diagnoses.

## RESUMEN

**Objetivos:** describir los diagnósticos de enfermería para pacientes hospitalizados en una nefropatía diabética UCI transportista ejecutor diálisis tres veces a la semana **Métodos:** Estudio de caso desarrollado en una Unidad de Emergencia en la ciudad de Sao Luis , MA en septiembre de 2015 en el sector identificado como “habitación roja” donde los pacientes críticamente enfermos permanecen hospitalizados hasta su traslado a un hospital grande . Es un caso sobre la base de experiencias teóricas y prácticas. El instrumento de recolección de datos fue gráfico y evaluativa registro de este del paciente funciona el autor de cada turno.**Resultados:** Configurar hasta seis diagnósticos de enfermería: la gestión ineficaz del régimen terapéutico , el riesgo de infección, ineficaces perfusión tisular periférica , dolor agudo, la movilidad física alterada y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea.**Conclusiones:** El proceso de enfermería dividido en etapas contribuye a un diagnóstico más preciso y una prescripción dirigida directamente a cada caso. El presente estudio demostró la importancia de los cuidados de enfermería bien planificada, ya que tiene una contribución significativa a la mejora de la paciente como un todo. **Descriptores:** DM, nefropatía, diagnósticos de enfermería

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é visto hoje como uma grande epidemia mundial levando os sistemas de saúde a encarar um grande desafio. Isso pode ser explicado pelo fato de um aumento populacional considerável onde a população adere estilos de vida prejudiciais à saúde entre os quais podemos citar: alimentação não saudável, tabagismo, etilismo, sedentarismo que pode levar a obesidade, fator de grande importância para o aumento da prevalência do diabetes<sup>(3)</sup>.

Outros estudos recentes afirmam que a redução significativa do aparecimento de novos casos é possível desde que sejam implantadas medidas para melhorar a qualidade de vida como, por exemplo: a prática de atividades físicas, alimentação adequada e conseqüentemente redução do peso<sup>(3)</sup>.

Sua incidência é crescente, estudos mostram que no ano de 1995 sua prevalência atingia 4,0% da população mundial adulta e, poderá alcançar em 2025 cerca de 5,4% principalmente em países desenvolvidos atingindo grupos na faixa etária de 45-64 anos. Em 1980, no Brasil dados epidemiológicos apontavam que 8% da população entre 30 a 69 anos de idade que residiam em grandes capitais eram portadoras do diabetes<sup>(3)</sup>.

Tal patologia é conhecida como uma alteração no sistema metabólico tendo como principal característica a hiperglicemia que é o aumento de glicose no sangue. Isso ocorre por produção insuficiente de insulina pelo pâncreas ou em outras vezes por ação ineficaz da insulina<sup>(1-17)</sup>.

Entre as manifestações da hiperglicemia podemos citar: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva que associadas a outras complicações podem levar a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A forma crônica da hiperglicemia está ligada a disfunção e falência de alguns órgãos dentre eles: rins, olhos, vasos sanguíneos, nervos e coração<sup>(6-17)</sup>.

Segundo a OMS, em 1997, decorridos 15 anos de doença, aproximadamente 2% dos indivíduos estariam cegos e 10% com alguma deficiência visual grave, assim como; 30-45% terão algum grau de retinopatia e outros 20% nefropatia<sup>(3)</sup>.

Para realização do diagnóstico são avaliadas as alterações da glicose plasmática em jejum de 08h ou por teste oral de tolerância a glicose (TOTG) que deve ser realizado após 02h da sobrecarga oral de 75mg de glicose<sup>(6)</sup>.

Sua classificação se dá em duas categorias: Diabetes Mellitus tipo 01 e tipo 02. A primeira também conhecida por idiopática é caracterizada pela destruição autoimune das células beta do pâncreas. O Diabetes tipo 2, responsável por aproximadamente 90% dos casos é caracterizado por alterações na ação e secreção de insulina, não tem relação com a destruição das células do pâncreas e a maior parte dos portadores é obeso <sup>(6)</sup>.

Levando em consideração as informações apresentadas acima sobre as complicações do diabetes será abordada a nefropatia diabética e um caso clínico sobre o assunto em questão.

Caracterizada por ser uma complicação com maior incidência no diabetes mellitus tipo 01 a nefropatia diabética é uma alteração microvascular que tem sido a principal causa da Insuficiência Renal Crônica Terminal tanto nos EUA como no Brasil <sup>(5-15)</sup>.

Pode ser definida pelos níveis aumentados de albumina na urina de 24h(microalbuminúria) onde é reconhecida a primeira fase clínica da patologia a nefropatia incipiente. Em outros casos pode evoluir para proteinúria acompanhada de níveis aumentados da pressão arterial (segunda fase) e a terceira fase conhecida como nefropatia terminal ou também chamada insuficiência renal que ocorre após cinco a dez anos do processo inicial da doença <sup>(11)</sup>.

Pesquisas apontam que se não houver intervenções adequadas, 80% dos portadores de DM1 que apresentem microalbuminúria poderão evoluir para segunda fase da patologia apresentando hipertensão arterial. Sendo que, 50% dessa amostra poderão apresentar Insuficiência Renal Crônica de fase terminal em um período de dez anos, e os pacientes portadores de DM tipo 02 a nefropatia clínica pode a vim se desenvolver em 20 a 40% dos casos e destes, 20% podem apresentar IRC <sup>(2)</sup>.

Segundo as informações expostas no estudo realizado por control and complicacion Trial (dcct), pacientes com DM tipo 01 que realizavam controle glicêmico tiveram a redução de 39% da ocorrência de microalbuminúria 54% de proteinúria <sup>(18)</sup>. E em pacientes com diabetes mellitus tipo 02 o estudo realizado por kingdom prospectibe dia-betes study apontou que ao realizarem um controle

glicêmico eficaz a incidência de retinopatia, neuropatia e nefropatia foram reduzidas (19).

Cerca de 20 a 40% dos indivíduos portadores do DM sofre de nefropatia diabética uma complicação que afeta os rins de forma lenta e silenciosa e que, se não receber tratamento adequado poderá progredir para agravamento da função renal levando a necessidade de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante) motivo pelo qual podemos explicar a sua posição em relação à principal causa de diálise no mundo (4-16).

A terapia renal substitutiva é caracterizada por substituir a função renal em pacientes que por alguma complicação tiveram falência renal. O objetivo primordial é recuperar o equilíbrio hidro-eletrolítico retirando substâncias tóxicas, sais minerais e o excesso de água conseqüentemente há uma redução da sintomatologia e alterações em exames laboratoriais (13).

Para realização da hemodiálise os pacientes passam por um procedimento cirúrgico vascular onde ocorre a ligação de uma artéria a uma veia formando o que se conhece por fistula arteriovenosa, um vaso periférico mais resistente. No entanto, para se tornar apta a receber várias punções das agulhas calibrosas é necessário aproximadamente um mês e alguns pacientes mais graves não podem esperar para iniciar o processo sendo necessário, portanto optar pelo cateter de hemodiálise. Tal cateter é introduzido em veias de grande calibre, como: jugular interna, femoral ou subclávia (9).

O uso do cateter de hemodiálise pode vir a causar algumas complicações como: trombose venosa profunda e infecções que se não tratadas podem levar a sepse. Segundo pesquisas, complicações em acessos vasculares além de ser a maior causa de morbidade em pacientes dialíticos são também responsáveis pelos altos custos no tratamento de pacientes portadores de insuficiência renal em fase terminal (13).

A trombose venosa profunda é umas das piores conseqüências relacionadas ao uso prolongado do cateter, sendo que muitas vezes tem sintomatologia silenciosa. Outras causas da trombose podem ser citadas aqui, tais como:

canulações repetidas, infecções recorrentes e trauma durante a inserção do cateter (10).

Sua fisiopatologia pode ser explicada pela formação de um trombo na rede venosa, causando inflamação e conseqüentemente obstrução total ou parcial da circulação sanguínea que se não tratada pode levar a uma embolia pulmonar. Outra característica é que mesmo podendo lesionar qualquer vaso, ela acomete principalmente os dos membros inferiores<sup>(9)</sup>.

É caracterizada por alguns sintomas: hiperemia, edema, rubor, dor e rigidez da musculatura do membro atingido. Porém algumas vezes pode se dá de forma assintomática. Sua prevenção é baseada em terapia medicamentosa, com uso de anticoagulantes e mecânica com o uso contínuo de meias de compressão gradual (14).

Objetivando identificar e descrever os diagnósticos de enfermagem de acordo com Taxonomia II da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA), para um paciente internado em unidade de terapia intensiva portador de nefropatia diabética que realiza diálise três vezes por semana tendo evoluído com uma trombose venosa profunda na veia femoral onde estava implantado o cateter de hemodiálise daremos início ao estudo, análise e discussão do caso descrito a seguir.

## **2. MÉTODO**

Tal estudo de caso foi desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento na cidade de São Luís-MA no mês de outubro de 2015 no setor identificado como “sala vermelha” onde pacientes graves permanecem internados até a sua transferência para um hospital de grande porte.

É um caso clínico baseado em vivências teórico-práticas. O instrumento para coleta de dados foi o prontuário do paciente e registro avaliativos da autora deste trabalho a cada plantão.

O mesmo é de suma importância para a equipe de enfermagem, pois com ele é possível identificar o seu papel no momento da efetivação do diagnóstico e

assistência prestada ao paciente. Deve ser levado em consideração que é a enfermagem que presta cuidados de forma integral aos pacientes que vão desde; o banho no leito, administração de medicações, diagnóstico e prescrição de enfermagem.

### **3. DESCRIÇÃO DE CASO**

M.J. S, 65 anos, masculino, pardo, aposentado, natural de São Luís, ensino médio completo e crenças não avaliadas. Paciente refere quadro súbito de dor em membro inferior direito (MID), de forte intensidade associado a edema unilateral do mesmo lado há quatro noites (+3/+4) com sinais de empastamento, astenia, dificuldade em deambular e pico febril após diálise. O mesmo realiza hemodiálise por cateter de duplo lúmen (CDL) em veia femoral direita e apresenta fístula arterio venosa em membro superior direito (MSD). Foi retirado CDL e, no entanto, o mesmo não apresentou melhora clínica e foi encaminhado ao serviço de saúde de uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO- UPA pelo s médico nefrologista da sua unidade de tratamento. Foi admitido na sala vermelha dessa mesma unidade onde após avaliação médica e realização de exames foi dado o seguinte diagnóstico: trombose venosa profunda, Renal dialítico(nefropatia diabética) com trombose em femoral onde esta implantado o cateter de hemodiálise.

Nega etilismo/tabagismo/uso de drogas assim como alergias/IAM ou cirurgias prévias. Afirma DRC dialítico por nefropatia diabética/DM. (dialisando três vezes por semana). Mora com a esposa tem dois filhos (25 anos e 30 anos), o pai era tabagista (aproximadamente 20anos) e hipertenso. Desconhece história de câncer, diabetes mellitus (DM), AVC e cardiopatias. Aposentado tem bom relacionamento com a família, reside em casa própria com a esposa e um filho. Nega hipertensão, etilismo e tabagismo. Afirma DM, assim como diálise por nefropatia diabética. Não realizava atividades físicas.

Ao exame físico: paciente com estado geral regular, orientado, lúcido, contactuante, emagrecido, no momento afebril, eupnéico com suporte de O2 por cateter nasal tipo óculos (3l/min.), normotenso, normocárdico, hipocorado, acinótico, anictérico, pele íntegra com eritema em MID associado a edema. Rcr em 2t, bnf, SS,

murmúrios vesiculares diminuídos em base de HTE. Abdome plano e flácido, indolor a palpação, sem VMG, RHA+. Edema em MID (+3/4+). Dieta oral prejudicada, afirma inapetência. Oligoanúrico, eliminações intestinais ausentes há +-3dias.

PA: 150x80mmhg; FC: 86bpm; FR: 14irpm; Tax: 36°C e dor: 6.

## 4. RESULTADOS

Considerando as informações buscadas na literatura juntamente com o caso clínico abordado foi possível identificar que de certa forma houve um descuido talvez do paciente e seus familiares e até mesmo dos profissionais de saúde, onde podemos observar a progressão da patologia do paciente que teve início com o DM evoluindo para nefropatia diabética o que conseqüentemente trouxe outras complicações durante o tratamento.

Tendo em vista o objetivo principal do estudo realizado serão abordados 06 possíveis diagnósticos de enfermagem para o caso clínico exposto acima. Os mesmos vão abordar o início da patologia que é o DM onde será apontado um possível diagnóstico para a doença de base assim como outros que irão abordar desde a progressão para nefropatia diabética levando a hemodiálise e a trombose venosa que se formou na veia femoral onde se encontrava o cateter de diálise.

Com o diagnóstico de enfermagem da NANDA (2012) é possível relacionar as causas e os efeitos das alterações fisiológicas apresentadas pelo paciente, contribuindo no estabelecimento de metas, decisões de condutas da enfermagem e avaliação da assistência prestada.

Entre os possíveis diagnósticos serão citados alguns considerados de grande importância para melhorar assistência ao paciente.

- **Diagnósticos**

1. **Controle ineficaz do regime terapêutico**, relacionado ao conhecimento insuficiente, caracterizado pela dificuldade verbalizada com a regulação/integração de um ou mais regimes prescritos para o tratamento da doença e de seus efeitos ou para a prevenção de complicações.



Como resultado esperado o paciente deve relatar a sua conscientização sobre a importância de praticar ações saudáveis e necessárias para recuperação da patologia e prevenir novas intercorrências ou complicações.

Com intuito de reverter o diagnóstico citado acima podemos estabelecer as seguintes intervenções: discutir e explicar o processo da doença assim como sua evolução e complicações de uma forma que seja compreendida pelo paciente e seus familiares; explicar a importância de seguir o que foi orientado pela equipe médica; orientar quanto à importância de verificar a glicemia diariamente assim como cuidados com alimentação e realização de exames periódicos; orientar tanto o paciente como seus familiares a frequentar palestras oferecidas em unidades básicas de saúde para grupos de portadores de diabetes.

2. **Risco de infecção** relacionado à doença crônica e procedimento invasivo, risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

O resultado esperado é prevenir a infecção. Para isso podemos estabelecer as intervenções: observar condições do cateter diariamente; Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia); - higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento; realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações.

3. **Perfusão tissular periférica ineficaz** relacionada à diminuição do fluxo sanguíneo venoso evidenciado por dor, rubor, calor e edema em membro inferior direito.

O resultado esperado é melhorar a perfusão tissular periférica restabelecendo o fluxo sanguíneo venoso adequado.

Para alcançar o resultado esperado fazem-se necessárias as seguintes intervenções de enfermagem: orientar e estimular a paciente na adoção de condutas que melhoram o retorno venoso como elevação do membro inferior acometido e a

deambulação, assim como administrar medicações conforme prescrição médica.

4. **Dor aguda** relacionada à diminuição do fluxo sanguíneo venoso em membro inferior direito evidenciada por dor, rubor, calor e edema no MID.

É esperado para esse diagnóstico a diminuição da dor e dos demais sintomas: calor, rubor e edema em MID.

As intervenções a serem seguidas são: administrar os analgésicos para alívio da dor em membro inferior direito, conforme prescrição médica; orientar e estimular a paciente na adoção de condutas que melhoram o retorno venoso como elevação do membro inferior acometido e a deambulação; fazer a escala de dor para controle.

5. **Mobilidade física prejudicada** relacionada à dor e desconforto em membro inferior direito evidenciada por limitação na amplitude dos movimentos.

Como resultado esperado é necessário à melhora da mobilidade física alcançando a evolução crescente e contínua na deambulação e redução da dor e MID.

Para alcançar o resultado faz se necessário o seguimento das seguintes intervenções: administração de analgésicos para alívio da dor, conforme prescrição médica; e estimulação gradual e progressiva da deambulação.

6. **Risco para integridade da pele prejudicada** relacionado às alterações na circulação, alterações no estado nutricional e diminuição da mobilidade física.

Como resultado para o diagnóstico citado acima a equipe deve promover a integridade da pele com ações preventivas que se baseiam nas intervenções a seguir; orientar e estimular o paciente na adoção de condutas que melhorem o retorno venoso como, por exemplo, a elevação do MID e deambulação, fazer um parecer solicitando a presença do nutricionista para elaborar uma dieta adequada ao estado geral do paciente.

## 5. DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem foi fundamentada por meio da identificação de diagnósticos segundo NANDA. Onde foi possível estabelecer metas, assim como definir intervenções para implementação dos cuidados necessários ao paciente de forma individualizada e de acordo com os problemas apresentados.

Entre os diagnósticos encontrados para o caso descrito temos; risco para integridade da pele prejudicada onde é possível fazer uma correlação ao fato do paciente não está deambulando, assim como pelo fato de sua alimentação prejudicada facilitar o aparecimento de lesões na pele. Sua mobilidade física prejudicada pela dor ao deambular dificultando uma amplitude maior dos movimentos e conseqüentemente diminuindo o retorno venoso alterando dessa forma a perfusão tissular o que nos leva a um novo diagnóstico; perfusão tissular periférica ineficaz, sendo, portanto necessário destacar a estimulação da deambulação como intervenção de grande importância para os três diagnósticos, pois tem contribuição significativa para melhora da mobilidade física, prevenção da integridade da pele e facilita o retorno venoso melhorando a perfusão tissular e conseqüentemente diminuindo a dor.

Em relação ao diagnóstico para risco de infecção que foi relacionado ao uso do cateter para hemodiálise é importante destacar os cuidados de enfermagem que vão desde a monitorização dos sinais vitais, observação de sinais de infecção e técnica correta durante a realização de curativos e administração de medicações.

Estudos mostram que o crescente número de reinternações de pacientes com cateter de hemodiálise pode ser explicado pelo alto número de infecções que é a segunda causa da morte de pacientes que realizam tal processo<sup>(7)</sup>.

Sobre a dor aguda é necessário que haja controle da dor para promoção do bem estar do paciente, sendo de suma importância administração de medicações no horário certo, elevação do membro inferior afetado e aplicação da escala de dor que mostrou melhora significativa das condições emocionais e físicas do paciente.

Durante a realização das intervenções de enfermagem, o enfermeiro tem como responsabilidade explicar ao paciente a importância da sua colaboração para alcançar os resultados esperados no planejamento. No entanto, é necessário que o

mesmo forneça explicações de como o paciente poderá contribuir para melhor resultado das intervenções.

O enfermeiro deve estar ciente da importância das implementações das ações de enfermagem para que assim possa prestar assistência adequada para seu paciente. Assim como aplicar seu conhecimento teórico e prático para alcançar a eficácia do seu atendimento e dessa forma melhorar o estado geral do seu paciente.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a busca de informações e dados no prontuário do paciente foi possível fazer um estudo sobre o seu estado geral, assim como identificar e descrever alguns possíveis diagnósticos de enfermagem para seu caso.

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados com base no NANDA a partir de problemas identificados no estado de geral de saúde do paciente. A assistência de enfermagem é guiada por esses diagnósticos que são estabelecidos após as seguintes etapas: coleta de dados, anamnese e exame físico, diagnósticos, planejamento, intervenções e avaliação dos resultados <sup>(12)</sup>.

É importante destacar que a elaboração do plano de cuidados pelo enfermeiro vai permitir a implementação das intervenções de enfermagem atingindo desta forma suas metas e conseqüentemente a diminuição ou até mesmo resolução dos diagnósticos listados.

Para traçar esse plano de cuidados, no entanto é necessário que o enfermeiro conheça a situação do paciente como um todo, e não só seus problemas de saúde, assim como as condições estruturais e físicas do seu local de trabalho. É importante também que saiba do seu cliente sua situação social, emocional e física, sua relação com a família para que possa elaborar uma prescrição de enfermagem adequada, que tenha condições de ser aplicada alcançando suas metas.

O processo de enfermagem dividido em etapas colabora para um diagnóstico mais preciso e uma prescrição voltada diretamente para cada caso. A realização desse estudo mostrou a importância da assistência de enfermagem bem planejada, pois a mesma tem contribuição significativa na melhora do paciente como um todo.

## REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care 29 (Suppl 1) S-43- S48, 2006.
2. American Diabetes Association: **Nephropathy in Diabetes**. Diabetes Care 27(S1): S79-83, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº16: **Diabetes Mellitus**. Brasília-DF 2006.  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus)>: Acessado em set de 2015.
4. BOHLKE M, Colla T.G, Silveira C.A, Barcellos F.C. **Análise de sobrevida do diabético em Centro Brasileiro de Diálise**. J Bras Nefrol 2002 mar; 24(1): 7-11.
5. GROSS J.L, Azevedo M.J, Silveiro S.P, Canani L.H, Caramori M.L, Zelmanovitz T. **Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment**. Diabetes Care. 2005; 28:164-76.
6. GROSS J.L, SILVEIRO S.P, CAMARGO J.L, REICHEL T.A, AZEVEDO M.J. **Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico**. Arq Bras Endocrinol Metab vol. 46 nº 1 Fevereiro 2002.<<http://scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>: Acessado em set de 2015.
7. LIANGOS O, Gul A, Madias NE, Jaber BL. **Long-term management of the tunneled venous catheter**. Semin Dial. 2006; 19:158-64
8. MAGALHÃES, C.R.R. **Complicações Infeciosas e Medidas Preventivas em Hemodiálise e Diálise Peritoneal**.  
[http://www.aeciherj.org.br/publicacoes/CristianeMRosa\\_Complicacoes-Infeciosas-Medidas-Preventivas-em-Hemodialise-e-Dialise\\_%20Peritoneal-abr2013.pdf](http://www.aeciherj.org.br/publicacoes/CristianeMRosa_Complicacoes-Infeciosas-Medidas-Preventivas-em-Hemodialise-e-Dialise_%20Peritoneal-abr2013.pdf);  
Acessado em outubro de 2015.
9. MAFFEI, F.H.A. **Trombose venosa profunda dos membros inferiores: incidência, patologia, fisiopatologia e diagnóstico**. In: Maffei FHA, Lastoria S,

Yoshida WB, Rollo HA. **Doenças vasculares periféricas**. 3ª ed. São Paulo: Medsi; 2002. p. 1363-86

10. MOURA F.J. V; Araújo A.C; Falcão A.P. C; Benjamin G.B. P; Miranda F.J.R. **Incidência de trombose venosa profunda secundária ao implante de cateter para hemodiálise: avaliação pela ultrassonografia com Doppler**. J Vasc Br 2005, Vol. 4, N°2.<<http://www.jvascbr.com.br/05-04-02/05-04-02-176/05-04-02-176.pdf>>: Acessado em set de 2015.

11. MURISSI M; Murussi N; Campagnolo N; Pinho S.S. **Deteção precoce da Nefropatia diabética**. Arq Bras Endocrinol Metab vol.52 no. 3 São Paulo Apr. 2008.< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000300004&script=sci_arttext)>: Acessado em outubro de 2015.

12. North American Nursing Diagnosis Associations. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

13. PIETRO, R.A.P.V. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas Baseadas em Evidências**. Editora Atheneu, São Paulo, 2011; PP 451-460.

14. PICCINATO C.E; CHERRI J; MORYA T. **Trombose venosa profunda**. Medicina (Ribeirão Preto); 28(4): out-dez, 1995.

15. PINTO F.M, Anção M.S, M & Ferreira S.R.G: **Contribuição da Nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica na Grande São Paulo**. J Bras Nefrol 19:256-63,1997

16. Secretaria de Estado de Saúde / RJ. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: O que você deve saber sobre Nefropatia Diabética**. Rio de Janeiro-RJ, 2013. < <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8279-cartilha-nefropatia-diabetica-2013/file.html>>: Acessado em set de 2015.

17. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2**. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44(4suppl. 1):S8-S35

18. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group: **Effect of intensive therapy on the development and progression of diabetic nephropathy in the diabetes control and complications trial.** *Kidney International*, Vol 47 (1995), p.

17031720. <http://columbiamedicine.org/education/r/Renal/Oupatient%20and%20Prevention/DM-1/DCCT.pdf>. Acessado em set de 2015.

19. UK Prospective Diabetes Study Group: **Intensive bloodglucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33).** *Lancet* 352:837-53,1998.

## ANEXO

### Normas revista Acta Paulista de enfermagem

#### **Apresentação dos Originais**

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

**Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo**, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

**Nome do (s) autor (es)** - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

**Referência do artigo** - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

**Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

**Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e



o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

**Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O ítem conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem seqüenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

**Agradecimentos:** Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico [www.icmje.org](http://www.icmje.org) O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

