

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
HABILIDADES E ATITUDES EM SAÚDE II

ESTUDO CLÍNICO

BEATRIZ ALMEIDA SANTOS
ROSIELI PEREIRA DOS SANTOS

TURMA: 05

Lagarto/SE

Abril 2015

BEATRIZ ALMEIDA SANTOS
ROSIELI PEREIRA DOS SANTOS

Estudo clínico, apresentado à Subunidade curricular Habilidades e Atitudes em Saúde II, Ciclo II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, como pré-requisito para Estação de APHAS. Orientação: Professora Dr^a Mariangela da Silva Nunes.

Lagarto/SE
Abril 2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. OBJETIVOS.....	05
2.1 OBJETIVO GERAL.....	05
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	05
3. IDENTIFICAÇÃO.....	06
4. MOTIVO DO INTERNAMENTO/QUEIXA PRINCIPAL.....	06
5. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL.....	06
6. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA.....	07
7. HISTÓRIA FAMILIAR.....	09
8. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL.....	09
9. REVISÃO DE LITERATURA DA PATOLOGIA APRESENTADA PELO PACIENTE.....	09
10. TRATAMENTO.....	15
10.1 PRESCRIÇÕES MÉDICAS.....	19
10.2 INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS.....	19
11. EXAMES.....	56
11.1 LABORATORIAIS.....	69
11.2 RADIOLÓGICOS DE IMAGEM.....	62
12. EXAME FÍSICO.....	62
13. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	63
14. DIAGNÓSTICOS E PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM.....	65
15. PLANO DE ALTA.....	70
16. CONCLUSÃO.....	72
17. REFERÊNCIAS.....	73
18. ANEXO A.....	75
19. ANEXO B.....	78
20. ANEXO C.....	81
21. ANEXO D.....	86

GLOSSÁRIO

ABD → Abdômen.

AG → Aparência Geral

ACV → Aparelho cardiovascular.

AR → Aparelho respiratório.

AVCH → Acidente vascular cerebral hemorrágico.

AVCI → Acidente vascular cerebral isquêmico.

BEG → Bom estado Geral.

BRNF → Bulhas rítmicas normofonéticas.

Dispneia → dificuldade de respirar.

Febril → Caracterizado pela febre, que tem febre.

Fibrilação → Atividade continua incoordenada, anormal, do miocárdio, do diafragma ou de outros músculos, caracterizada por uma sucessão rápida e irregular de contrações e relaxamentos.

GTT → Gastrostomia.

HAS → Hipertensão arterial sistêmica.

RHA → Ruídos hidro aéreos

SF → Soro fisiológico.

Taquicardia → Aceleração das pulsações cardíacas (FC > 110bpm)

TE → Técnico de enfermagem.

TQT → Traqueostomia.

Úlcera → Necrose gradual do tecido, com perda de substância.

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo observacional com desenho metodológico da Pesquisa Assistencial e teve como objetivo construir, uma assistência de enfermagem qualificada relacionada ao tratamento de lesões por pressão, envolvendo acadêmicos de enfermagem da UFS/Lagarto em estágio supervisionado. Aborda Também eixos temáticos sobre o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico e sequelas tais como a afasia, mobilidade prejudicada, comprometimento das vias aéreas e troca gasosa por pneumonia. Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica. A terapia tópica envolve limpeza, desbridamento, oclusão com curativos e/ou coberturas. As Lesões por pressão são uma importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente para pessoas com sensibilidade reduzida, imobilidade prolongada ou idade avançada.

O estudo clínico é uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde. A utilização das etapas do processo de enfermagem favoreceu o desenvolvimento de sistemas de classificação de enfermagem para os elementos da prática profissional: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Compreender o curso clínico do AVE hemorrágico.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender como a afasia, a imobilidade e a percepção sensorial diminuída afetam a qualidade de vida em pacientes hospitalizados.

3. Entender como a pneumonia se manifesta e suas possíveis causas. Determinar os cuidados de enfermagem prioritários na assistência de enfermagem.

4. Identificar as lesões por pressão em ambiente hospitalar e seu impacto para o cliente.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: L.J.A

Data de Nascimento: 08/04/1953

Idade: 61 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Naturalidade: Cícero Dantas/BA

Nacionalidade: Brasileiro

Procedência: Boquim/SE

Etnia: Negra

Religião: Católico

Escolaridade: Analfabeta

Profissão: Dona de Casa

Ocupação: Dona de Casa

Data de Admissão Hospitalar: 31/01/2015

Instituição de Internamento: Hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho
Daltro – Lagarto/SE

Unidade de Internamento: J

Leito: 01

Diagnóstico clínico

- Sequelas de AVE Hemorrágico.
- PNM (?).

4. MOTIVO DO INTERNAMENTO/ QUEIXA PRINCIPAL

A Sr^a L.J.A foi admitida no Hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro Lagarto/SE com evidência de sequelas de acidente vascular encefálico hemorrágico, após ter sofrido um trauma. Relata desuso de medicação anti-hipertensiva.

Segundo informações do acompanhante/irmão da paciente, “ela foi levada ao hospital após ter sofrido uma queda parando de falar e bateu a cabeça no paralelepipedo”. Apresentando afasia expressiva, imobilidade e dificuldade no padrão respiratório.

5. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Os relatos foram obtidos por meio da acompanhante, esposa do irmão da Sr^a L.J.A devido a afasia expressiva de L.J.A e impossibilidade de outro meio de comunicação com a mesma: “parou de tomar os remédios ai à pressão aumentou e caiu.” Foi diagnosticado Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico relacionado ao abandono do uso de medicação anti-hipertensiva e trauma subsequente.

Desde o ocorrido, em 06 de abril de 2014, a paciente apresentou afasia expressiva e perda da mobilidade. Encontra-se internada desde Agosto de 2014, em primeiro momento na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro Lagarto/SE, logo após transferida para a Ala Vermelha do Hospital Governador João Alves Filho, em Aracaju/SE.

Foi realizado cirurgia para colocação de sonda de gastrostomia (GTT). Corrido 1 mês e 3 semanas e a pedido da família retorna para o Hospital de Lagarto, e foi internada na UTI. Passado 5 meses na UTI foi reclassificada para a ala amarela e admitida em 31 de janeiro de 2015 na enfermaria médica Isolamento-01 devido ao seu quadro clínico instável, em 11 de março de 2015 foi remanejada para a enfermaria J leito 01.

6. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGUESSA

Segundo informações da acompanhante, aos 03 anos de idade a paciente foi acometida por Poliomielite e desenvolveu paralisia infantil. Apesar do evento, continuou a falar normalmente. A paralisia afetou o do braço direito e perna esquerda. Não relata história de cirurgia. Refere picos de pressão alta, tosse anterior ao internamento, não identificado o motivo, pois a paciente não procurava assistência médica.

7. HISTÓRIA FAMILIAR

Histórico de AVE em irmã mais velha. Não foram possíveis maiores informações em razão da família ser numerosa e dispersa.

8. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL

Solteira, 61 anos, analfabeta residente no município de poço verde em Sergipe antes do acidente morando sozinha, após o AVE foi morar com o irmão no município de Boquim/SE. Foi etilista durante toda sua vida tendo cessado o uso com 50 anos de idade e não possuía emprego, recebia auxílio por invalidez. Possui crença católica. Relato que engravidou 03 vezes, sendo que dois filhos nasceram mortos, outro chegou a nascer vivo, e com 01 ano e 06 meses faleceu.

11. REVISÃO DE LITERATURA

No adulto, as doenças cerebrovasculares causam muito mais incapacidade física do que qualquer outra patologia. Sua taxa de mortalidade alcança 20% em um mês e cerca de um

terço dos sobreviventes permanece dependente após 06 meses. Dessa forma, é enorme o seu impacto sobre a sociedade, tanto por perda de população economicamente ativa, quanto por custo do tratamento pela sociedade. ⁽¹²⁾

De acordo com a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, o AVE é a doença que mata mais os brasileiros, sendo a principal causa de incapacidades no mundo. Refere-se a uma anormalidade funcional do Sistema Nervoso Central (SNC) ou déficit neurológico, que ocorre quando o fluxo sanguíneo para o cérebro é interrompido. ⁽¹⁾

O AVE é uma doença crônica, sendo uma das principais causas de internações e mortalidade, o que gera na grande maioria dos pacientes, deficiência, seja parcial ou completa. Inúmeros fatores, modificáveis e não modificáveis, podem elevar o risco de AVC. ⁽⁷⁾

Tais fatores de risco compreendem idade avançada em média 55 anos de idade e sexo, os homens possuem maior incidência, raça, etnicidade, baixo nível sócio-econômico, história familiar de eventos cerebrovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), fibrilação atrial cardiopatias, hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, obesidade e sedentarismo. ⁽¹¹⁾

Existem dois principais tipos de Acidente Vascular eles podem ser isquêmico ou hemorrágico. Segundo Brunner ⁽⁹⁾, o AVE isquêmico, chamado também de ataque cerebral é uma perda da função resultante da ruptura do suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro. ⁽¹¹⁾ Em outras palavras, é resultante da obstrução ou diminuição do fluxo sanguíneo cerebral (FSC). O AVE Hemorrágico é menos frequente, e é caracterizado por hemorragia dentro do tecido cerebral, dos ventrículos ou dos espaços subaracnóides”.

O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) pode ser calculado através da seguinte fórmula: $FSC = \text{Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)} / \text{Resistência Cerebrovascular (RCV)}$, em que a PPC representa a pressão arterial média (PAM) menos a pressão intracraniana (PIC). ⁽¹²⁾

A autorregulação do FSC permite que o mesmo permaneça constante em situações de queda ou elevação da PPC através da vasodilatação ou vasoconstrição das arteríolas cerebrais respectivamente, dentro de determinados limites da PAM, situada entre 60 e 140 mmHg. ⁽¹²⁾

Quando a PAM ultrapassa 140mmHg, como em casos de encefalopatia hipertensiva, a autorregulação deixa de existir e o FSC sofre elevação, com subsequente quebra da barreira hemato-encefálica e edema cerebral. ⁽¹²⁾

O acidente vascular encefálico hemorrágico (AVE-H) apresenta elevada morbimortalidade: mais que 1/3 dos pacientes morrem em 30 dias e apenas 1/5 recupera independência funcional após 6 meses. ⁽¹²⁾

Estatísticas internacionais apontam os AVE-H como responsável por cerca de 10% de todos os AVE. Podem estar associados a fatores raciais, geográficos e socioeconômicos, estes últimos contribuindo para o controle inadequado de seu principal fator de risco, a hipertensão arterial sistêmica (HAS). ⁽³⁾

Os mecanismos do AVE-H são múltiplos. A HAS se destaca como o seu principal fator etiológico, sendo responsável pela maioria dos casos em adultos jovens, especial atenção deve ser dada às malformações vasculares (aneurismas, malformações arteriovenosas e angiomas cavernosos) e ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), ao passo que a HAS predomina como fator causal em pacientes entre 50 e 70 anos de idade. ⁽³⁾

De acordo com a etiologia do sangramento, a HIC pode ser classificada como primária (80–85% dos casos) ou secundária (15–25% dos casos). Denomina-se HIC primária quando esta resulta da ruptura de pequenos vasos cronicamente danificados pela HAS, ou está associada à angiopatia amilóide. ⁽¹⁾

Não obstante, a HIC é considerada secundária quando está relacionada à ruptura de aneurismas ou malformações arteriovenosas cerebrais, à anticoagulação oral, drogas antiplaquetárias, coagulopatias, cirrose hepática, neoplasias, vasculites, trauma, doença de Moya-Moya, trombose venosa cerebral, eclampsia, entre outras causas. ⁽⁹⁾

O período de sangramento na HIP hipertensiva pode ser breve e autolimitado, durando alguns minutos. No entanto, em mais que um terço dos pacientes, o volume do hematoma pode aumentar dramaticamente nas 3 horas iniciais, com consequente deterioração clínica e aumento da morbidade e mortalidade. ⁽⁷⁾

O efeito tóxico do sangue sobre o parênquima cerebral circunjacente ao hematoma, acrescido de fatores mecânicos compressivos, pode provocar sofrimento isquêmico ao redor

da HIP (área de penumbra isquêmica), com potenciais implicações terapêuticas, como a utilização de substâncias neuroprotetoras. ⁽¹⁰⁾

As características clínicas do AVCH, segundo sua localização em áreas podem ser: **PUTAMINAL** – Hemiparesia, hemianestesia, afasia global, paralisia do olhar conjugado horizontal contralateral (Foville superior) ⁽¹⁴⁾

TALÂMICA – Hemiparesia, hemianestesia, ocasionalmente afasia, paralisia do olhar conjugado vertical para cima, “skew deviation”(desvio não conjugado vertical do olhar), síndrome de Horner. ⁽¹⁴⁾

LOBAR -Hemiparesia e hemianestesia (fronto-parietal), afasia, paralisia do olhar conjugado horizontal contralateral (frontal), hemianopsia (occipital), convulsões. ⁽¹⁴⁾

CEREBELAR com a Tríade de OTT: ataxia, paralisia do olhar conjugado horizontal e paralisia facial periférica. ⁽¹⁴⁾

PONTINA - caracterizado dupla hemiparesia e hemianestesia, paralisia do olhar conjugado horizontal bilateral, pupilas puntiformes, “bobbing” ocular, postura descerebrada, instabilidade respiratória. ⁽¹⁴⁾

No tratamento do AVE-H, três aspectos devem ser considerados: cuidados gerais; tratamento da HIC e tratamento cirúrgico. Os Cuidados gerais: à admissão em serviços de emergência, o paciente deve ter seus sinais vitais avaliados e prontamente estabilizados. ⁽⁹⁾

Ênfase deve ser direcionada à proteção das vias aéreas em pacientes com alteração do sensorio: se o escore da GCS for igual ou menor que 8, intubação orotraqueal deve ser realizada de imediato. Nem sempre uma boa saturação de oxigênio é suficiente, pois a hipercapnia pode exacerbar a HIC. ⁽¹²⁾

A PA deve ser controlada agressivamente e, tanto a hipertensão quanto a hipotensão arterial devem ser evitadas. A exemplo do que se preconiza nas lesões cerebrais isquêmicas, recomenda-se combate rigoroso à hipertermia e à hiperglicemia. Se houver condições de se proceder à monitorização da PIC, a PPC deve ser mantida acima de 70 mmHg e a PIC abaixo de 20 mmHg. ⁽¹⁾

O uso de manitol (0,25 a 1 grama/kg em infusão rápida a cada 4 horas), assim como a hiperventilação (PaCO₂ entre 30 e 35 mmHg) e a analgesia aliada à sedação (morfina ou

alfentanil com midazolam ou propofol ou etomidato), podem ser utilizadas em casos de deterioração neurológica com risco de herniação iminente.

Encontra-se indicado o uso de corticosteróides somente nos casos que apresentem hemorragia intraventricular ou subaracnóide associadas. A sua utilização indiscriminada eleva a taxa de complicações sistêmicas e infecciosas. Caso as medidas acima não surtam efeito, pode-se utilizar coma barbitúrico induzido com drogas de curta ação, como o tiopental.

O tratamento cirúrgico na hemorragia cerebelar (craniectomia de fossa posterior), estará indicado se a hemorragia cerebelar tiver diâmetro maior que 3 cm, se houver hidrocefalia ou obliteração da cisterna quadrigêmea, ou naqueles pacientes que evoluem com deterioração clínica. Embora nos pequenos hematomas cerebelares o tratamento conservador seja suficiente para a grande maioria dos pacientes. ⁽¹⁾

Os déficits neurológicos irão depender do local da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e quantidade do fluxo sanguíneo colateral, podendo acometer as funções motoras, verbais, cognitivas, perceptivas, emocionais. ⁽⁹⁾. Tais complicação trazem transtornos para o indivíduo, com dependência de cuidados pessoais, moradia, vida social com algum nível de autonomia a depender do caso e problemas econômicos para o paciente e sua família.

Na alteração motora, pode caracterizá-la pela limitação da força muscular, destacando a hemiplegia e a hemiparesia, como as principais, além de disfagia, ataxia. A hemiplegia, refere-se a paralisia de uma lado do corpo, e a hemiparesia a fraqueza de uma lado do corpo. ⁽¹¹⁾

Essas limitações reduzem a qualidade de vida, pelo fato de restringir as atividades diárias, a participação social do indivíduo como um ser completo. Alterações musculoesqueléticas que incapacitem a deambulação em alguns pacientes são fatores preponderantes no paciente acamado e afetam a integridade da pele, causando por exemplo lesões cutâneas por decúbito prolongado.

A ataxia é descrita como a perda do controle muscular durante movimentos voluntários, como andar e pegar objetos. Alterações verbais são evidenciadas por perda da comunicação e linguagem, como a afasia, disartria e apraxia, a afasia é a perda completa da fala podendo ser expressiva, receptiva ou global. ⁽¹¹⁾

A disartria é a dificuldade na fala, causado pela paralisia dos músculos responsáveis pela produção da fala e a apraxia é a incapacidade de realizar uma ação previamente aprendida. Essas alterações dificultam a comunicação normal entre o paciente e os profissionais, familiares e a sociedade. ^(1,3)

Alterações em determinado hemisfério podem levar a déficits na percepção e comunicação é observada muitas vezes, por perda da memória em curto e longo prazo, dificuldade em se concentrar, capacidade de julgamento alterado. Bem como, alterações perceptivas, dificultando a capacidade de interpretação de sensações. ⁽⁹⁾

A prevenção para o AVC deve ser feita por meio do controle dos fatores de risco, reduzir a pressão arterial, controlar a diabetes, reduzir níveis de colesterol e triglicérides, controlar doenças cardíacas, parar de fumar, realizar atividade física regular. Medicamentos que reduzem a formação de coágulos também são prescritas, como a aspirina, clopidogrel ou anticoagulante oral, de acordo com os fatores de risco do paciente. ⁽¹⁾

O diagnóstico de AVC depende fundamentalmente de uma anamnese acurada, obtida do próprio paciente ou de seus familiares e acompanhantes. Os exames básicos, aplicáveis a todo paciente admitido na fase aguda do AVCI, compreendem hemograma, ureia, creatinina, glicemia, eletrólitos, coagulograma, radiografia do tórax, eletrocardiograma (ECG) e Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste. ⁽¹²⁾

A TC de crânio pode ser normal em até 60% dos casos de AVCI, quando realizada nas primeiras horas de instalação do quadro. Pode revelar, também nessa fase, alterações isquêmicas sutis, tais como a perda da diferenciação córtico-subcortical a nível da ínsula, discreto apagamento dos sulcos corticais, a perda da definição dos limites do núcleo lentiforme, e hiperdensidade na topografia da artéria cerebral média (trombo intraluminal). ⁽¹⁾

A paciente L.J.A também apresentou quadro de pneumonia sendo desconhecido sua causa, abaixo esclarecemos a fisiopatologia da pneumonia, fatores agravantes e tipos de pneumonias como também a forma de prevenção para o bem estar e melhora de sua condição de saúde.

A pneumonia é uma inflamação do parênquima pulmonar causada por diversos microrganismos, incluindo bactérias, fungos e vírus. A pneumonia é o termo mais geral que descreve um processo inflamatório no tecido pulmonar, capaz de predispor ou de colocar o paciente em risco para invasão microbiana. ⁽¹¹⁾

Ela pode ser classificada em pneumonia adquirida na comunidade (PAC), pneumonia adquirida no hospital (PAH), pneumonia no hospedeiro imunocomprometido e pneumonia por aspiração. Uma vez que elas podem ocorrer em diferentes ambientes. ⁽¹¹⁾

A PAC, pode ser causado por agentes epidemiológicos que exigem hospitalização, tais como *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *Legionella*, *Pseudomonas aeruginosa* e outros bastonetes gram negativos. O *S. pneumoniae* (pneumococo) constitui a causa mais comum de PAC em indivíduos em menos de 60 anos de idade com comorbidade. Esse microrganismo reside naturalmente no trato respiratório superior e pode provocar infecções invasivas disseminadas. ⁽⁴⁾

A PAH conhecida também como pneumonia hospitalar ou nosocomial, é definida com o início de sintomas de pneumonia dentro de mais de 48 h após a admissão de pacientes sem nenhuma evidencia de infecção no momento da internação. ⁽¹¹⁾

Ela é responsável por aproximadamente 15% das infecções hospitalares e constitui a principal causa de morte em pacientes com essa infecção. A pneumonia associada ao ventilador (PAV) é considerada como um tipo de pneumonia hospitalar associada à intubação endotraqueal e ventilação mecânica. ⁽⁴⁾

Os microrganismos comuns responsáveis pela PAH incluem espécies de *Enterobacter*, *Escherichia coli*, *H. influenzae*, espécie de *Klebsiella*, *Proteus*, *Serratia marcescens*, *P. aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* sensível ou resistente a metilina e *S. pneumoniae*. ⁽⁴⁾

A administração excessiva e o uso inapropriado de agentes microbianos constituem fatores de risco importantes para a emergência desses patógenos resistentes. O número de pessoas em contato com pacientes afetados é reduzido ao mínimo, e devem-se tomar precauções apropriadas quando são transportados dentro da instituição hospitalar. ⁽⁶⁾

As pneumonias causadas por *Klebsiella* e outros microrganismos gram-negativos caracterizam-se pela destruição da estrutura pulmonar e paredes alveolares. É comum a ocorrência de derrame pleural, febre alta e taquicardia. ⁽¹²⁾ Em associação com o quadro clínico da paciente não foram identificados na bacterioscopia o tipo de agente infeccioso causador.

A Pneumonia do Hospedeiro Imunocomprometido Inclui a pneumonia por *Pneumocystis* (PPC), a pneumonia fungica e a pneumonia por *Mycobacterium tuberculosis*.

Essa pneumonia ocorre com o uso de corticosteroides ou outros agentes imunossupressores, quimioterapia, depleção nutricional, uso de agentes antimicrobianos de amplo espectro. (12)

A pneumonia por Aspiração refere-se às consequências pulmonares decorrentes da entrada de substâncias endógenas ou exógenas nas vias respiratórias inferiores. A forma mais comum é a pneumonia bacteriana relacionado à aspiração de bactérias que normalmente residem na via aérea superiore. (5)

Outras substâncias, além das bactérias, podem ser aspiradas para o pulmão, como o conteúdo gástrico, conteúdos químicos exógenos ou gases irritantes. A pneumonia origina-se da flora normal presente nos pacientes cuja resistência foi alterada, ou a partir da aspiração da flora presente na orofaringe; com frequência, os pacientes apresentam doenças subjacentes, aguda ou crônica, que compromete as defesas do hospedeiro. (6)

A pneumonia afeta tanto a ventilação quanto a difusão. Pode ocorrer uma reação inflamatória nos alvéolos, produzindo um exsudato que interfere na difusão do oxigênio e dióxido de carbono. O broncoespasmo também ocorre em pacientes com doença reativa das vias respiratórias. (11)

Alguns fatores de risco incluem viagem ou exposição a determinados ambientes e residência em uma instituição de cuidados prolongados. Ocorre pneumonia em pacientes com outros distúrbios adjacentes, como insuficiência cardíaca, diabetes, alcoolismo, DPOC, e AIDS. Outras associações incluem causas de epidemias, como exemplo a H. Influenza, entre outros. (5)

A pneumonia varia nos seus sinais e sintomas, dependendo do tipo, da etiologia, de causas subjacentes. O paciente pode apresentar calafrios de início súbito, febre crescente e dor torácica, agravamento pela respiração profunda. Ortopneia (falta de ar quando deitado), o apetite é insatisfatório, sudorese e cansaço com facilidade. O diagnóstico é estabelecido com base na anamnese, exame físico, radiografia de tórax, hemocultura, e exame de escarro. (12)

A prevenção é feita pela vacina antipneumocócica proporciona uma prevenção específica. Além de existir estratégias para a prevenção da PAH: educação e participação da equipe na prevenção de infecções, vigilância de infecção e microbiológica, prevenção de transmissão de microrganismos, modificação do risco do hospedeiro para infecção. (6)

O tratamento consiste na administração de antibióticos apropriados, conforme determinado pelo resultado da coloração do Gram. Contudo, os antibióticos são ineficazes nas infecções virais, portanto a sua terapia é de suporte, como a hidratação, podem ser usados antipiréticos, medicamentos antitussígenos, anti-histamínicos, descongestionantes nasais, entre outros. ⁽⁴⁾

Segundo o American National Pressure Ulcer Panel (NPUAP) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), a úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, secundárias a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinação com cisalhamento. ^{1,2}

As úlceras por pressão são uma importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente para pessoas com sensibilidade reduzida, imobilidade prolongada ou idade avançada. ³ A úlcera por pressão ocorre em virtude de mudanças degenerativas da pele e/ou tecido subcutâneo expostos às forças de pressão e cisalhamento.

A pressão sobre a proeminência óssea prejudica a circulação sanguínea favorecendo a morte celular e o conseqüente aparecimento da úlcera. O cisalhamento é fenômeno de deformação da pele que ocorre quando as forças que agem sobre ela provocam um deslocamento em planos diferentes. Pessoas com sensibilidade diminuída, imobilidade prolongada, ou acamadas com idade avançada são mais susceptíveis para aquisição de úlceras por pressão. ²

Os locais de maior risco das úlceras são as regiões mentoniana, occipital, escapular, cotovelo, sacral, ísqueo, trocanter, crista ilíaca, joelho, maléolo e calcâneo. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos para prevenção e tratamento das úlceras por pressão, essa complicação ainda representa uma importante causa de morbidade em hospitais, instituições de longa permanência e na assistência domiciliar dos susceptíveis.

12. TRATAMENTO

12.1 PRESCRIÇÕES MÉDICAS

Concentrado de Hemácias

1ª INFUSÃO (22-02-2015, hora 15:10.): Número da bolsa: 0128150207005. Validade 13-03-2015.

2ª INFUSÃO (22-02-2015, hora 15:10.): Número da bolsa:0128150209001.Validade 15-03-2015.

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE E DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIO
-------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------------	----------------

03-03-2015	Dietapra Constipante Oligomérica kcal/dia	HAS 2255,33	Vasão 80 ml	GTT	8:00
03-03-2015	Fowler 45°				SOS
03-03-2015	O2 úmido sob CN		3-5 L/min ACM	NASAL	8:00-17:00
03-03-2015	SF 0,9% 500ml KCL 19,1% 10 ml/frasco		500 mL – 07 gts/min	EV	24h
03-03-2015	Omeprazol		40 mg	EV	8:00
03-03-2015	Dipirona		2:18 MI (se dor ou Tax \geq 37,8 °C)	EV	6/6 h
03-03-2015	Clexane		40 mg	SC	8:00
03-03-2015	Bromoprida		10 mg (se náuseas e	EV	8/8h – SOS

		vômitos)		
03-03-2015	Enalapril	10 mg, oral comprimido	GTT	12/12 h
	AAS	100 mg	GTT	8:00
	KCL 6% solução oral	20 ml	GTT	8/8h
03-03-2015	NBZ	Atrovent 20 gts+ SF 0,9% 5 ml		6/6h
	NBZ	SF 0,9%, 5 ml + Fluimicil 1/2	EV	12/12 h
	Glicemia Capilar e ACM	-	-	6/6h
	Insulina Regular conforme glicemia capilar	-	-	-
03-03-2015	Glicose 25%	4 amp (se HGT < 70 mg/dl)	Em bolus	-
	Medidas anti-úlceras de pressão	-	-	ATENÇÃO
	Cuidados gerais+ sinais vitais.	-	-	12-18-24

Data	Medicamento	Dose e Dosagem	Via de administração	Horário
11-03-2015	Dieta pra HAS-constipação oligomérica.	50 ml	GTT	8:00 AM
	Fowler 45°			SOS
	SF 0,9% 500 ml KCL 19,15%	10 ml frasco 7 gts/min	EV	24:00

	O2 úmido sob CN	3-5 L/min ACM	NASAL	8:00-17:00
	O2 úmido sob MV a 50%	6l/min	NASAL	SOS
	Clexane	40 mg 1x dia	SC	20:00
	Omeprazol	40 mg 1x dia	EV	18:00
	Bromoprida	10 mg 8/8h	EV	SOS
	Enalapril	10 mg 1 cm/ dia	GTT	08:00
	AAS	100 mg 1 cm 12/12 h	GTT	12:00
	Dipirona	2:18 T°C >37,8	EV	8/8h
	KCL* 6% sol. oral	20 ml 8/8	GTT	08-16-24
	NBZ com SF 0,9% e Fluimicil*	5ml+1/2 ampola 12/12h	NASAL	*EM FALTA
11/03/2015	NBZ	Atrovent 20 gts+ SF 0,9% 5 ml		6/6h
11/03/2015	Insulina Regular conforme glicemia capilar	-	-	-
11-03-2015	Glicose 25%	4 amp (se HGT < 70 mg mg/dl)	Em bolus	-
	Medidas anti-úlceras de pressão	-	-	SOS
	Cuidados gerais+ sinais vitais.	-	-	12-18-24
11-03-2015	Limpeza de TQT			SOS
11-03-2015	Curativo com Alginato de cálcio em Úlcera Sacral			ATENÇÃO
11-03-2015	Paracetamol	35 gts	GTT	21:108/8h e SOS

Data	Medicamento	Dose e Dosagem	Via de administração	Horário
------	-------------	----------------	----------------------	---------

18/03/2015	Dieta pra HAS- constipação oligomérica.		GTT	8:00
	Fowler 45°			SOS
18/03/2015	O2 úmido sob CN	3-5 L/min ACM	NASAL	8:00-17:00
	O2 úmido sob MV a 50%	6l/min	NASAL	SOS
18/03/2015	SF 0,9% 500ml KCL 19,1% 10 ml/frasco	500 mL - 07 gts/min	EV	24h
18/03/2015	Clexane	40 mg 1x dia	SC	20:00
18/03/2015	Omeprazol	40 mg 1x dia	EV	18:00
18/03/2015	Bromoprida	10 mg 8/8h	EV	SOS
18/03/2015	Enalapril	10 mg 1 cm/ dia	GTT	08:00
18/03/2015	AAS	100 mg 1 cm 12/12 h	GTT	12:00
18/03/2015	Dipirona	2:18 T°C >37,8	EV	SOS 18-24
18/03/2015	KCL* 6% sol. oral	20 ml 8/8	GTT	8-16-24
18/03/2015	NBZ com SF 0,9% e Fluimicil*	5ml+1/2 ampola 12/12h	NASAL	10-22
18/03/2015	NBZ	Atrovent 20 gts+ SF 0,9% 5 ml		12-18-24
18/03/2015	Insulina Regular conforme glicemia capilar	-	-	-
18/03/2015	Glicose 25%	4 amp (se HGT < 70 mg mg/dl)	Em bolus	11-17-23
18/03/2015	Medidas anti- úlceras de pressão	-	-	2/2h

18/03/2015	Cuidados gerais+ sinais vitais.	-	-	12-18-24
18/03/2015	Limpeza de TQT			SOS
18/03/2015	Curativo com Alginato de cálcio em Úlcera Sacral			ATENÇÃO
18/03/2015	Paracetamol	40 gts	GTT	21:108/8h e SOS
18/03/2015	Hidrocortizona	50mg	EV	8-14-20-2 6/6h

12.2 INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS

DIPIRONA ⁽²⁾

Nome genérico: Dipirona Sódica, Metamizol.

Medicamento referência: Novalgina

Nome comercial: Algirona, analgex, Anador, Dorflex, Apracur.

Apresentação:

Comprimido- 320 mg, Comprimido-500mg ,Gotas – 400mg/ml, Gotas-500mg/ml.

Injetável-500mg/ml; 800mg/2ml; 2.000mg/5ml; 1.000mg/2ml ;2.500mg/5ml.

Solução oral- 50mg/ml

Via de administração: VO, IM, EV OU SC

Grupo farmacológico: Analgésico e Antipirético

O mecanismo de ação dos analgésicos baseia-se, geralmente, na inibição da síntese de prostaglandinas, responsáveis pela dor leve e moderada, pela vasodilatação local e pelo aumento da permeabilidade vascular. ⁽¹⁰⁾

A dipirona é um analgésico indicado no controle da dor de intensidade leve à moderada. Sua atividade analgésica, apesar de não ser completamente elucidada, é atribuída à depressão direta da atividade nociceptora; consegue diminuir o estado de hiperalgesia persistente por meio do bloqueio da entrada de cálcio e da diminuição dos níveis de AMP cíclico (AMPc) nas terminações nervosas. ⁽¹⁰⁾

FARMACODINÂMICA

A dipirona monoidratada é um derivado pirazolônico não-narcótico com efeitos analgésico e antipirético.

O seu mecanismo de ação não se encontra completamente investigado. Alguns dados indicam que a Dipirona monoidratada e seu principal metabólito (4-N-metilaminoantipirina) possuem mecanismo de ação central e periférico combinados. ⁽¹⁰⁾

FARMACOCINÉTICA

A farmacocinética da Dipirona monoidratada e de seus metabólitos não está completamente investigada, porém as seguintes informações podem ser fornecidas.

Após administração oral, a Dipirona monoidratada é completamente hidrolisada em sua porção ativa, 4-N-metilaminoantipirina (MAA). A biodisponibilidade absoluta do MAA é de aproximadamente 90%, sendo um pouco maior após administração oral quando comparada à administração intravenosa. A farmacocinética do MAA não é extensivamente alterada quando a Dipirona monoidratada é administrada concomitantemente a alimentos. ⁽¹⁰⁾

Após administração intravenosa, a meia-vida plasmática é de aproximadamente 14 minutos para a Dipirona monoidratada. Aproximadamente 96% e 6% da dose radiomarcada administrada por via intravenosa foram excretadas na urina e fezes, respectivamente.

Após administração oral de dose única de 1 g de Dipirona monoidratada, o clearance renal foi de $5 \text{ mL} \pm 2 \text{ mL/min}$ para MAA, $38 \text{ mL} \pm 13 \text{ mL/min}$ para AA, $61 \text{ mL} \pm 8 \text{ mL/min}$ para AAA, e $49 \text{ mL} \pm 5 \text{ mL/min}$ para FAA. As meias-vidas plasmáticas correspondentes foram de $2,7 \pm 0,5$ horas para MAA, $3,7 \pm 1,3$ horas para AA, $9,5 \pm 1,5$ horas para AAA, e $11,2 \pm 1,5$ horas para FAA. ⁽¹³⁾

Em idosos, a exposição (AUC) aumenta 2 a 3 vezes. Em pacientes com cirrose hepática, após administração oral de dose única, a meia-vida de MAA e FAA aumentou 3 vezes (10 horas), enquanto para AA e AAA este aumento não foi tão marcante.

Pacientes com insuficiência renal não foram extensivamente estudados até o momento. Os dados disponíveis indicam que a eliminação de alguns metabólitos (AAA e FAA) é reduzida. ⁽¹⁾

Uso Oral

Adultos e adolescentes maiores de 15 anos: 500mg a 750mg por dose, até quatro doses por dia.

Uso injetável

Adultos e adolescentes maiores de 15 anos: de 500mg a 750 mgpor dose, até 4 doses ao dia, para administrar por via intramuscular ou intravenosa lenta (1ml/minuto)

CONTRAINDICAÇÕES

- Asma
- Deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase;
- Crianças menores de 3 meses de idade ou com menos de 5 kg de peso;
- Crianças menores de 3 anos (o supositório);
- Durante a gravidez;
- Hipersensibilidade a derivados de pirazolônicos;
- Infecção respiratória crônica;
- Porfíria;
- Reação alérgica a drogas;
- Lactentes; problema sanguíneo
- Diabéticos (solução oral).

Efeitos adversos:

- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Diarreia
- Rash
- Urina de coloração avermelhada
- Broncoespasmo
- Reações anafiláticas
- Neutropenia
- Anemia
- Agranulocitose
- Depressão medular
- Trombocitopenia
- Proteinúria
- Síndrome nefrótica
- IRA
- Hemorragia do TGI
- Síndrome de Stevens-Johnson.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Informar ao paciente a ação do medicamento, os efeitos colaterais mais comuns e a importância da colaboração durante o tratamento.

Orientar o paciente a seguir o tratamento medicamentoso conforme recomendado e não ingeri-lo por longo período ou sem consentimento do médico.

Recomendar a importância dos hábitos saudáveis quanto a dieta alimentar adequada, consumo regular de líquidos e prática de atividades físicas, bem como o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

Informar ao paciente que a medicação pode causar tonturas e comprometer atividades que requeiram estado de alerta.

Investigar o uso de outros medicamentos, como clorpromazina ou ciclosporina, e possíveis interações medicamentosas.

Foi necessário o uso de Dipirona para a paciente L.J.A para controlar a dor e reduzir a febre por seu efeito analgésico e antipirético.

PARACETAMOL

Nome genérico: paracetamol

Forma farmacêutica: Solução oral em frasco com 15mL, contendo 200mg/mL de paracetamol.

APRESENTAÇÕES

200mg/mL 15mL – Caixa contendo 200 frascos USO ADULTO E PEDIÁTRICO

USO ORAL COMPOSIÇÃO: Cada mL (15 gotas) de solução oral contém: Paracetamol 200mg Veículo q.s.p. 1mL. ⁽¹⁾

INDICAÇÕES

Adultos, para a redução da febre e o alívio temporário de dores leves a moderadas, tais como: dores associadas a resfriados comuns, dor de cabeça, dor no corpo, dor de dente, dor nas costas, dores musculares, dores leves associadas a artrites e dismenorreia. Em bebês e crianças é indicado para a redução da febre e para o alívio temporário de dores leves a moderadas, tais como: dores associadas a gripes e resfriados comuns, dor de cabeça, dor de dente, dor de garganta. ⁽¹⁾

FARMACODINÂMICA

O paracetamol é um analgésico e antitérmico clinicamente comprovado, que promove analgesia pela elevação do limiar da dor e antipirese através de ação no centro hipotalâmico

que regula a temperatura. Seu efeito tem início 15 a 30 minutos após a administração oral e permanece por um período de 4 a 6 horas. ⁽¹³⁾

O paracetamol é um analgésico de ação central, não pertencente aos grupos dos opiáceos e salicilatos. Absorção: o paracetamol de liberação imediata é rápido e quase completamente absorvido no trato gastrointestinal, principalmente no intestino delgado. A absorção ocorre por transporte passivo. A biodisponibilidade relativa varia de 85% a 98%. Em indivíduos adultos as concentrações plasmáticas máximas ocorrem dentro de uma hora após a ingestão e variam de 7,7 a 17,6mcg/mL para uma dose única de 1000mg. ⁽¹³⁾

As concentrações plasmáticas máximas no estado de equilíbrio após administração de doses de 1000mg a cada 6 horas, variam de 7,9 a 27,0mcg/mL. Efeito dos alimentos: embora as concentrações de pico sejam atrasadas quando o paracetamol é administrado com alimentos, a extensão da absorção não é afetada. O paracetamol pode ser administrado independentemente das refeições. ⁽¹³⁾

Distribuição: o paracetamol parece ser amplamente distribuído aos tecidos orgânicos, exceto ao tecido gorduroso. Seu volume de distribuição aparente é de 0,7 a 1 litro/kg em crianças e adultos. Uma proporção relativamente pequena (10% a 25%) do paracetamol se liga às proteínas plasmáticas. ⁽¹³⁾

Metabolismo: o paracetamol é metabolizado principalmente no fígado e envolve três principais vias: conjugação com glucoronídeo, conjugação com sulfato e oxidação através da via enzimática do sistema citocromo P450.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Conservado em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C).

Proteger da luz e umidade. Aspectos físicos: plástico gotejador contendo 15mL.

Características organolépticas: cor amarela, odor característico.

Prazo de validade: 24 meses a partir da data de fabricação impressa na embalagem.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Foi necessário o uso de Paracetamol para a paciente L.J.A para controlar a dor e reduzir a febre por seu efeito analgésico e antipirético.

BROMOPRIDA ⁽¹⁾

Nome referencia: Digesan

Nome comercial: Plamet, Pangest, Priedecil

APRESENTAÇÃO

- Comprimido – 10 mg e 20 mg.
- Gotas - 4 mg/ml e 8 mg/ml.
- Injetável – 10 mg/2ml
- Solução oral – 1 mg/ml

Grupo farmacológico: Antitérmico

FARMACODINÂMICA

A bromoprida apresenta ação normalizadora da motricidade do estômago, duodeno e jejuno, reconduzindo o tônus e a peristalse aos padrões fisiológicos em todos os casos em que estejam alterados. Normaliza também o esvaziamento incompleto ou tardio das vias biliares e possui ação antiemética completa, atuando a nível central e periférico. ⁽¹³⁾

FARMACOCINÉTICA

A farmacocinética da bromoprida foi investigada em indivíduos normais humanos. A disponibilidade sistêmica de soluções orais de 20 mg foi de 54%. A formulação de bromoprida na forma oral sólida apresentou absorção retardada, mas não afetou o grau de biodisponibilidade do medicamento. ⁽¹³⁾

Após administração oral, a bromoprida atinge rapidamente o pico plasmático, aproximadamente após 1 hora da administração. A meia-vida plasmática fica em torno de 4,9 horas. Outros estudos avaliaram a farmacocinética e a disponibilidade absoluta da bromoprida em várias concentrações e preparações (solução injetável, supositórios para adultos, gotas e cápsulas). A análise química foi feita para todos os estudos com métodos de HPLC praticamente idênticos, de modo que os resultados dos vários estudos foram comparados. ⁽¹⁾

INDICAÇÕES ⁽¹³⁾

Náuseas e Vômito.

Posologia

Uso oral:

- Tomar o medicamento com um copo com água.
- Não partir e nem mastigar a apresentação Retard.
- Apresentação Retard não pe indicada para crianças.
- Adultos: 30 a 60 mg por dia, divididos em três tomadas. No caso de apresentação Retard, a dose é administrada em 1 ou 2 vezes ao dia.

Uso injetável:

Via intramuscular ou intravenosa.

Via intravenosa: puro ou diluído em solução de glicose ou de cloreto de sódio para injeção. Adultos : 10 a 20 mg por dia.

CONTRAINDICAÇÕES ⁽¹⁾

- Gravidez e amamentação: não usar.
- Freocromocitoma; injetável em recém-nascidos.
- Via intravenosa para criança está contraindicada. Efeitos e reações adversas ⁽¹⁾
- Calafrio.
- Contração muscular.
- Dor de cabeça.
- Fraqueza.
- Sonolência.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Por via intravenosa, diluir em solução de glicose ou de cloreto de sódio.

Informar ao paciente quanto a ação do medicamento, efeitos colaterais mais ou comuns e a importância da colaboração durante o tratamento.

Investigar o uso de outros medicamentos, como neurolépticos, e possíveis interações medicamentosas.

Orientar que em caso de qualquer reação adversa ou intolerante procura assistência médica.

Informar ao paciente sobre as possíveis reações adversas.

Foi necessário o uso de Bromoprida para normalizar a motricidade gástrica da paciente L.J.A que durante o internamento persistiu com quadro de diarreia.

OMEPRAZOL ⁽¹⁾

Nome genérico: OMEPRAZOL

Nome comercial: Elprazol, Losix, Uniprazol, Oprazom, Gastrium, Estomepe, Gaspirem;

Apresentação

- Cápsula – 10 mg
- Cápsula – 20 mg
- Cápsula – 40 MG
- Infusão- 40 mg/10ml

Vias de administração: VO e EV

Grupo farmacológico

• antiulceroso; inibidor da bomba de prótons (H⁺/K⁺ATPase na superfície secretora da célula parietal)

FARMACODINÂMICA

O omeprazol é um inibidor da secreção ácida gástrica, cujo mecanismo de ação envolve a inibição específica da bomba de ácido gástrico na célula parietal. Age rapidamente e produz um controle reversível da secreção de ácido gástrico com uma única dose diária. ⁽¹³⁾

O omeprazol é uma base fraca, concentrada e convertida à sua forma ativa no meio ácido dos canalículos intracelulares da célula parietal, onde inibe a enzima ATPase H⁺/K⁺ dependente (bomba de prótons). Esse efeito sobre a última etapa no processo de formação de ácido gástrico depende da dose e promove uma inibição eficaz sobre a secreção ácida basal e a estimulada, independente do secretagogo usado. ⁽¹³⁾

O omeprazol não exerce nenhuma ação sobre os receptores de acetilcolina ou de histamina nem possui outras ações farmacodinâmicas de significado clínico, além das que exerce sobre a secreção ácida. ⁽¹⁾

FARMACOCINÉTICA

A absorção ocorre no intestino delgado, completando-se em 3 a 6 horas. A biodisponibilidade do omeprazol depois de uma dose oral única de 20mg é aproximadamente de 35%. Depois de doses diárias únicas repetidas, a biodisponibilidade aumenta para 60%. A ingestão de alimentos não modifica a biodisponibilidade. ⁽¹³⁾

A ligação do omeprazol às proteínas plasmáticas é de 95%. Eliminação e metabolismo: a média da fase terminal da curva de concentração plasmática-tempo de omeprazol é de 40 minutos. O omeprazol é completamente metabolizado, especialmente no fígado. ⁽¹³⁾

INDICAÇÃO

- Esofagite de refluxo;
- Síndrome de Zollinger-Ellison;
- Úlcera duodenal;
- Úlcera do estômago;

POSOLOGIA



Uso oral:

- Dose superior a 80 mg ao dia devem ser divididas em 2 tomadas, sempre 1 hora antes das refeições.

- Não mastigar ou partir as cápsulas para ingerir.
- Procurar tomar a medicação sempre à mesma hora todos os dias.

➤ Adultos

- Úlcera esofagite: 20 mg. 1 vez ao dia, antes do café da manhã.
- Úlcera duodenal: tomar o produto durante 2 semanas, podendo continuar por mais de duas semanas se houver necessidade.

- Esofagite de refluxo: tomar o produto durante quatro semanas, podendo continuar por mais 4 semanas se houver necessidade.

- Importante: pacientes pouco responsivo podem ter a dose diária inicial aumentada para 40mg em dose única e duração do tratamento dobrada (4 semanas para úlcera duodenal e 8 semanas para úlcera gástrica e esofagite de refluxo). A dose de manutenção é de 20 mg ao dia (úlcera do estômago) e 10 mg ao dia (úlcera duodenal e esofagite de refluxo).

- Síndrome de Zollinger-Ellison: iniciar 60 mg ao dia, em dose única, antes do café da manhã, pelo tempo que foi clinicamente necessário.

- Prevenção da doença ulcerosa péptica e da esofagite de refluxo: 10 mg ao dia, antes do café da manhã.

➤ Uso injetável

- Via intravenosa, em situações que impossibilitem a administração via oral.
- ATENÇÃO: Siga as instruções do fabricante para o preparo da solução intravenosa.
- Adulto: 40mg por via intravenosa proporcionará uma redução de cerca de 90% de acidez gástrica durante 24 horas.

Contraindicação:

- Câncer de estômago;
- Crianças
- Lactentes

EFEITOS E REAÇÕES ADVERSAS

- Agitação;
- Alteração do paladar;
- Alucinações;
- Angioedema;

- Ginecomastia;
- Coceira;
- Confusão mental;
- Constipação intestinal;
- Icterícia;
- Depressão;
- Diarreia (10 a 40%);
- Dor abdominal (7 a 20%);
- Dor articular;
- Dor de cabeça;
- Dor muscular;
- Erupção cutânea;
- Estreitamento dos brônquios;
- Febre;
- Fraqueza muscular;
- Gases;
- Hepatite;
- Hipersensibilidade a luz;
- Insônia;
- Náusea;
- Parestesia;
- Perda de sensibilidade nos dedos dos pés ou das mãos;
- Queda de cabelos;
- Sonolência;
- Sudorese;
- Vertigem;
- Vômito;
- Angiodema;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Orientar ao paciente sobre a necessidade de seguir o tratamento medicamentoso conforme recomendado e não interrompê-lo sem consentimento do médico, mesmo com melhora.

Considerar a administração por, no máximo, 8 semanas..

Em pacientes com disfunção hepática ou renal, redobrar o cuidado quanto a dose e efeitos adversos, principalmente a diarreia.

Orientar sobre as possíveis manifestações (efeitos adversos).

Orientar que o medicamento não deve ser utilizado concomitantemente com álcool.

Investigar o uso de outros medicamentos e possíveis interações medicamentosas.

Foi necessário o uso de omeprazol para normalizar a motricidade gástrica da paciente L.J.A, que durante o internamento persistiu com quadro de diarreia.

BROMETO DE IPRATRÓPIO ⁽¹³⁾

Nome genérico: Brometo de Ipratrópio

Nome comercial: Atrovent, Ares, Iprabon, Bromovent

APRESENTAÇÃO

- Solução para inalação 0,025%
- Aerossol dosificador 0,02 mg/dose (nasal)
- Aerossol dosificador 0,02 mg/dose (bucal)

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Inalação
- Bucal
- Nasal

Grupo farmacológico

- Broncodilator; anticolinérgico inalatório.

FARMACODINÂMICA

ATROVENT tem como princípio ativo o brometo de ipratrópio, que é um composto de amônio quaternário com propriedades anticolinérgicas (parassimpaticolíticas). Em estudos

pré-clínicos, parece inibir os reflexos mediados pelo vago por antagonismo do receptor da acetilcolina, o neurotransmissor liberado pelo nervo vago. ⁽¹⁾

Agentes anticolinérgicos previnem o aumento da concentração intracelular de cálcio provocado pela interação da acetilcolina com o receptor muscarínico no músculo liso dos brônquios. A liberação de cálcio é mediada pelo sistema de segundo mensageiro que consiste em IP3 (inositol trifosfato) e DAG (diacilglicerol). A broncodilatação observada após a inalação de ATROVENT N (brometo de ipratrópio) é devido primariamente a sua ação local e específica para o pulmão, não apresentando natureza sistêmica. ⁽¹⁾

FARMACOCINÉTICA

O efeito terapêutico de ATROVENT é produzido por ação local nas vias aéreas. A broncodilatação e a farmacocinética sistêmica não correm em paralelo. O efeito inicia-se dentro de poucos minutos após a inalação. Em pacientes asmáticos, cerca de 50% do efeito broncodilatador do brometo de ipratrópio surge em torno de 3 minutos e 80% de seu efeito em até 30 minutos após sua inalação. ⁽¹³⁾

Após inalação, 10 a 30% da dose deposita-se nos pulmões, dependendo da formulação e da técnica de inalação. A maior parte da dose é deglutida e passa para o trato gastrointestinal. A porção da dose depositada nos pulmões atinge rapidamente a circulação (dentro de minutos).

⁽¹³⁾

A excreção renal cumulativa (0-24 horas), do composto inalterado é de aproximadamente 46% de uma dose administrada por via endovenosa, abaixo de 1 % de uma dose oral e cerca de 3-13% de uma dose inalada. ⁽¹³⁾

INDICAÇÕES ⁽¹⁾

- Broncoespasmo em paciente asmático;
- Bronquite crônica;
- Rinite crônica;
- Rinite vasomotora;

POSOLOGIA ⁽¹⁾

Uso bucal:

➤ Adultos e crianças maiores de 5 anos de idade:

- Aerossol dosificador bucal
- 2 doses de aerossol, 3 a 4 vezes ao dia, observando intervalos regulares de 4 horas entre as doses.

Uso nasal:

➤ Adultos e crianças maiores de 12 anos de idade:

- Aerossol dosificador nasal
- 2 a 3 pulverizações em cada narina, 3 vezes ao dia.

Uso inalatório:

- Uso hospitalar.

CONTRAINDICAÇÃO ⁽¹³⁾

- Hipersensibilidade conhecida às substâncias atropínicas ou a um dos componentes do aerossol;
- Rinite infecciosa aguda (aerossol nasal).
- Crises respiratórias agudas, uma vez que o broncodilatador tem ação lenta.

EFEITOS E REAÇÕES ADVERSAS ⁽¹³⁾

- Ansiedade;
- Cárie dentária;
- Cólicas;
- Doença periodontal;
- Dor de cabeça
- Náusea;
- Nervosismo;
- Boca e nariz secos;
- Tonturas;
- Tosse;
- Vômito.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Informar ao paciente ou familiar quanto à ação do medicamento e a importância da colaboração durante o tratamento.

Evitar a medicação durante a gestação ou lactação e, se for necessária, solicitar observação de possíveis quadros de irritabilidade da criança.

Orientar o paciente a procurar o médico diante de quaisquer reações adversas ou caso não haja melhora dos sintomas iniciais.

Informar que o uso de tabaco pode interferir na ação do medicamento e prejudicar o tratamento.

Orientar a suspensão de álcool e tabaco.

Foi necessário a utilização de brometo de Ipatropil para aliviar os sintomas de dispneia e PNM da paciente J.L.A induzindo ação local nas vias aéreas e broncodilatação. O efeito inicia-se dentro de poucos minutos após a inalação.

ENALAPRIL ⁽¹³⁾

Nome genérico: Enalapril

Nome comercial: Aténs, Enalabal, Enaprotec, Eupressin, Neolapril, Pressel, Vasopril.

APRESENTAÇÃO

- Comprimido – 5 mg;
- Comprimido - 10 mg;
- Comprimido – 20 mg;
- Comprimido – 2,5 mg
- Disco - 10 mg;
- Disco - 20 mg;
- Injetável – 1 mg/ml

VIA DE ADMINISTRAÇÃO ⁽¹⁾

- Uso oral

- Uso injetável

GRUPO FARMACOLÓGICO

- Anti-hipertensivo;
- Vasodilatador;

FARMACODINÂMICA

A administração do maleato de enalapril a pacientes hipertensos resulta na redução da pressão arterial tanto na posição supina como de pé sem aumento significativo da frequência cardíaca. Hipotensão sintomática postural não é frequente. Em alguns pacientes, a redução ideal da pressão arterial pode requerer várias semanas de tratamento. A retirada abrupta de maleato de enalapril não foi associada ao rápido aumento da pressão arterial. ⁽¹⁾

A inibição efetiva da atividade da ECA usualmente ocorre 2 a 4 horas depois da administração oral de uma única dose de enalapril. O início da atividade anti-hipertensiva geralmente foi observado em uma hora e as reduções máximas, 4 a 6 horas após a administração. A duração do efeito é relacionada à dose. ⁽¹⁾

FARMACOCINÉTICA

o maleato de enalapril oral é rapidamente absorvido e as concentrações máximas plasmáticas de enalapril ocorrem em uma hora. Com base na recuperação na urina, a taxa de absorção do maleato de enalapril oral é de aproximadamente 60%. Após a absorção, o enalapril oral é rápida e extensivamente hidrolisado a enalaprilato, um potente inibidor da enzima conversora de angiotensina. ⁽¹⁾

As concentrações máximas plasmáticas do enalaprilato ocorrem 3 a 4 horas depois de uma dose oral de maleato de enalapril. A excreção do enalapril é principalmente renal. Os principais componentes na urina são: enalaprilato, que contribui com 40% da dose, e enalapril intacto. Exceto pela conversão a enalaprilato, não há evidência de metabolismo significativo do enalapril. ⁽¹³⁾

O perfil de concentração sérica do enalaprilato exibe uma fase terminal prolongada, aparentemente associado à ligação com a ECA. Em indivíduos com função renal normal, as concentrações séricas em estado de equilíbrio do enalaprilato foram atingidas por volta do

quarto dia da administração do maleato de enalapril. A meia-vida efetiva para acúmulo do enalaprilato após múltiplas doses de maleato de enalapril oral é de 11 horas. A absorção do maleato de enalapril oral não é influenciada pela presença de alimentos no trato gastrointestinal. ⁽¹³⁾

INDICAÇÃO:

- Hipertensão arterial;
- Insuficiência cardíaca congestiva;

POSOLOGIA

Uso oral



Adultos:

- Hipertensão: descontinuar o tratamento com diuréticos 2 a 3 dias antes de iniciar o produto, para reduzir o risco de hipotensão.
- Início: 5 mg, em dose única diária; ajustar a dose após 1 a 2 semanas, de acordo com a resposta clínica.
- Manutenção: 10 a 40 mg, em dose única diária ou divididos em duas doses iguais.
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Início : 2,5 mg, 1 ou 2 vezes ao dia; ajustar a dose gradualmente de acordo com a resposta clínica, após dias ou semanas.
- Manutenção: 5 a 40 mg, em dose única diária ou divididos em duas doses iguais.
- Hipertensão: 1,25 mg a cada 6 horas.



Idosos:

- Podem exigir doses menores e devem ser rigorosamente acompanhados.



Crianças:

- Segurança e eficácia não estabelecida.

CONTRAINDICAÇÃO:

Estenose bilateral da artéria renal e angioedema, gestação no 2º e 3º trimestres.

EFEITOS E REAÇÕES ADVERSAS

- Colestase hepática (com coceira, sensibilidade abdominal, icterícia);

- Diarreia;
- Dor de cabeça;
- Fadiga;
- Perda do paladar;
- Náusea;
- Hepatotoxicidade;
- Hiperproteinúria;
- Tonturas ou desmaio por queda de pressão;
- Erupção cutânea;
- Febre;
- Insuficiência renal reversível;
- Dor nas articulações;
- Angiodema;
- Dor no peito;
- Hipopotassemia;
- Leucopenia ou agranulocitose;
- Pancreatite;
- Tosse seca persistente;

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Observar constantemente a pressão arterial e frequência cardíaca.

Orientar o paciente a não utilizar este medicamento com diuréticos ou outras medicações que produzem hipotensão.

Nos pacientes com doenças hepáticas, pancreáticas ou em idosos, a atenção quanto a dose e efeitos adversos deverá ser aumentada.

Foi utilizado Enalapril durante o período de internamento para controlar o quadro de hipertensão arterial sistêmica apresentado pela paciente, para redução da pressão arterial.

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ⁽¹⁾

Nome genérico: Ácido acetilsalicílico

Nome comercial: AAS, AAS Infantil, Alidor, Bufferidn, CAAS, Cardio AAS, Melhoral Infantil, Somalgin e Somalgin Cardio.

APRESENTAÇÃO

- Comprimido – 85 mg
- Comprimido - 100 mg
- Comprimido -325 mg
- Comprimido – 500 mg

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Oral

GRUPO FARMACOLÓGICO

- Analgésico;
- Anti-inflamatório não esteróide;
- Antitérmico;
- Antiagregante plaquetário;

FARMACODINÂMICA

Os anti-inflamatórios não esteroides, de um modo geral, inibem a atividade da enzima ciclo-oxigenase (COX), levando a uma diminuição da síntese de prostaglandinas. Parte da ação anti-inflamatória é justificada por essa diminuição das prostaglandinas nos tecidos inflamados; a ação analgésica também, se deve, em parte, a essa diminuição da atividade das prostaglandinas e por sua ação central possivelmente hipotalâmica; ⁽¹³⁾

A ação antitérmica, por ação central no hipotalâmico de regulação de calor; a ação antirreumática, por mecanismo anti-inflamatórios e analgésicos (não há estimulação do eixo-hipofise-suprarrenal nem ação corretora da huporuricemia); a ação antiagregante plaquetária, pela inibição da enzima (prostaglandina ciclo-oxigenase) nas plaquetas impedindo assim a formação do tromboxano A₂ (agente agregante). A ação antiagregante plaquetária é irreversível, persistindo pelo tempo de vida das plaquetas expostas. ⁽¹³⁾

FARMACOCINÉTICA:

Após a administração oral, o ácido acetilsalicílico é rápida e completamente absorvido no trato gastrointestinal. Durante e após a absorção, o ácido acetilsalicílico é convertido a ácido salicílico, seu principal metabólito ativo. Os níveis plasmáticos máximos do ácido acetilsalicílico são atingidos após 10 a 20 minutos e os do ácido salicílico após 0,3 a 2 horas.

Tanto o ácido acetilsalicílico quanto o ácido salicílico ligam-se extensivamente às proteínas plasmáticas e são rapidamente distribuídos por todo o organismo. O ácido salicílico passa para o leite materno e atravessa a placenta. O ácido salicílico é eliminado predominantemente por metabolismo hepático. ⁽¹⁾

Seus metabólitos são o ácido salicílico, o glicuronídeo salicílico fenólico, o glicuronídeo salicilacílico, o ácido gentísico e o ácido gentisúrico. A cinética da eliminação do ácido salicílico é dose-dependente, uma vez que o metabolismo é limitado pela capacidade das enzimas hepáticas. A meia-vida de eliminação varia de 2 a 3 horas após doses baixas até cerca de 15 horas com doses altas. O ácido salicílico e seus metabólitos são excretados principalmente por via renal. ⁽¹⁾

INDICAÇÕES ⁽¹⁾

- Dor;
- Febre;
- Inflamação;
- Profilaxia de IAM e AVE;
- Artrite reumatoide;
- Osteoartrite ;
- Gota e febre e reumática;
- Procedimentos de revascularização e todas as apresentações de cardiopatia isquêmica;
- Trombose vascular periférica;
- Fibrilação atrial;
- Próteses valvares cardíacas;

USO ORAL

• Com alimento, para diminuir a irritação do estômago. Tomar a medicação com água, não deitar nos 30 minutos após a tomada (para diminuir o risco de irritação gastrointestinal).



Adultos:

- Analgésico, antitérmico: 325 mg a 650 mg, a cada 4 ou 6 horas, enquanto necessário.
- Antirreumático: 3,5 a 5,5 gao dia, em dises divididas.
- Antiagregante plaquetário: 80^a 325 mg ao dia(dose não está bem definida).



(*) Idosos: são mais propensos à toxicidade pelo produto. Usar doses menores.



Crianças:

- Analgésico, antitérmico: 10 a 15 mg por Kg de peso por dose a cada 4 a 6 horas, enquanto necessário.
- Antirreumático: 80 a 100 mg por Kg de peso ao dia em doses divididas.

CONTRAINDICAÇÃO ⁽¹⁾

- Discrasias sanguíneas;
- Úlcera péptica ativa;
- Suspeita de dengue;
- Crianças com asma;
- Rinite e pólipos nasais;
- Gestação no 3º trimestre.

EFEITOS E REAÇÕES ADVERSAS ⁽¹³⁾

- Alterações no sangue;
- Erupção cutânea;
- Estreitamento dos brônquios;
- Irritação gastrointestinal (do no estômago, má-digestão, azia, náusea e vômito);
- Problema renal;
- Rinite;
- Sangramenti gengival;
- Síndrome de Reye (doença grave do fígado e cérebro);
- Urticária.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Orientar ao familiar sobre os possíveis efeitos e reações adversas.

Ingerir o medicamento com água após refeições, evitar deitar –se após a ingestão do medicamento.

Monitorar possíveis efeitos colaterais, reações adversas ou efeitos secundários.

Aumentar a atenção quanto a dose e os efeitos adversos em pacientes com doenças renais, idosos ou história de sangramento ou alergia a medicamentos similares.

Investigar o uso de outros medicamentos e possíveis interações medicamentosas.

Orientar o paciente procurar assistência médica em caso de qualquer reações adversas significativas, intolerantes ou primeiros sinais de sangramento.

Suspender o uso do medicamento no mínimo 5 dias antes de qualquer procedimento cirúrgico, salvo quando indicado pelo médico.

o Acido acetil salicílico foi utilizado para controle da dor por ser analgésico e antirreumático e antiagregante plaquetário, conforme evidenciado nos exames laboratoriais a paciente apresentou valores inferiores no hemograma.

BROMIDRATO DE FENOTEROL

APRESENTAÇÕES ⁽¹³⁾

Berotec® Solução (gotas) Solução de 5mg/ml: frasco com 20 ml

USO ORAL OU INALATÓRIO BEROTEC Solução aerossol (HFA) Solução aerossol de 100 mcg/dose: frascos com 10 ml (200 doses) acompanhado de bocal INALAÇÃO ORAL
USO ADULTO E PEDIÁTRICO COMPOSIÇÃO BEROTEC Solução (gotas): Cada ml (20 gotas) contém 5,0 mg de bromidrato de fenoterol (0,25 mg/gota), correspondentes à 3,95 mg de fenoterol.

INDICAÇÕES ⁽¹⁾

É indicado para o tratamento sintomático da crise aguda de asma e outras enfermidades com constrição reversível das vias aéreas, por exemplo, bronquite obstrutiva crônica. Deve-se considerar a adoção de um tratamento anti-inflamatório concomitante para pacientes com

crise de asma e pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que respondam ao tratamento com esteroides. BEROTEC também é indicado para a profilaxia da asma induzida por exercício. ⁽¹³⁾

FARMACODINÂMICA

É um broncodilatador eficaz para uso em asma aguda e em outras condições com constrição reversível das vias aéreas tais como bronquite obstrutiva crônica com ou sem enfisema pulmonar. Após a administração oral de BEROTEC age dentro de poucos minutos, com uma duração de ação de até 8 horas. Já através da administração de BEROTEC por inalação, a broncodilatação ocorre dentro de poucos minutos e dura de 3 a 5 horas. ⁽¹⁾

Tem como princípio ativo o bromidrato de fenoterol, que é um agente simpaticomimético de ação direta, estimulando seletivamente os receptores beta2 em doses terapêuticas. A estimulação dos receptores beta1 ocorre em dose mais alta (por exemplo, como administrado em tocolise). ⁽¹⁾

A ocupação de um receptor beta2 ativa a adenilciclase por meio de uma proteína estimulante Gs. O aumento do AMPcíclico (adenosina-monofosfato) ativa a proteína quinase A e esta, então, fosforila as proteínas-alvo nas células da musculatura lisa. Em resposta a isso, ocorre a fosforilação da quinase da cadeia leve da miosina, inibição da hidrólise da fosfoinositida e a abertura dos canais largos de condutância de potássio-cálcio ativados. ⁽¹⁾

Existem algumas evidências de que o canal máximo de K⁺ possa ser ativado diretamente via proteína Gs. BEROTEC relaxa a musculatura lisa brônquica e vascular e previne contra estímulos broncoconstritores tais como, histamina, metacolina, ar frio e exposição a alérgenos (fase precoce). Após administração aguda, a liberação de mediadores broncoconstritores e pró-inflamatórios dos mastócitos é inibida. Além disso, demonstrou-se um aumento no clearance mucociliar após a administração de doses de fenoterol (0,6 mg). ⁽¹⁾

EFEITOS ADVERSOS

Os efeitos beta-adrenérgicos no coração, tais como aumento do ritmo cardíaco e da contratilidade, são causados pelos efeitos vasculares do fenoterol, pela estimulação do receptor beta2 cardíaco e, em doses supraterapêuticas, pelo estímulo do receptor beta1. Tal como com outros agentes beta-adrenérgicos, foi relatado prolongamento do intervalo QTc.

Para aerossóis dosimetrados contendo fenoterol, estes acontecimentos foram discretos e observados em doses superiores às recomendadas. No entanto, a exposição sistêmica após a administração do fármaco com nebulizadores (como solução para inalação) pode ser maior do que com doses recomendadas dos aerossóis. O significado clínico ainda não foi estabelecido.

(13)

Tremor é o efeito dos beta-agonistas mais frequentemente observado. Diferentemente dos efeitos na musculatura lisa brônquica, os efeitos sistêmicos dos beta-agonistas no músculo esquelético estão sujeitos ao desenvolvimento de tolerância. (13)

FARMACOCINÉTICA

A farmacocinética do fenoterol foi estudada após doses intravenosas, inalatórias e orais. O efeito terapêutico de BEROTEC é produzido por ação local nas vias aéreas. Dessa forma, a concentração plasmática da droga não é necessariamente correlacionada com um efeito broncodilatador. (13)

Absorção: Após inalação cerca de 10-30% do fármaco liberado pela preparação aerossol alcançam o trato respiratório inferior, dependendo do método de inalação e do sistema utilizado. O restante é depositado no trato respiratório superior e boca sendo posteriormente engolido. (13)

A biodisponibilidade absoluta do fenoterol após a inalação de BEROTEC aerossol é de 18,7%. A absorção a partir do pulmão segue um curso bifásico. Trinta por cento (30%) da dose de bromidrato de fenoterol é rapidamente absorvida, com uma meia-vida de 11 minutos, e 70% é absorvida, vagarosamente, com meia-vida de 120 minutos. A concentração plasmática máxima (C_{max}) de 45,3 pg/ml em pacientes com asma brônquica foi observada em 15 minutos após inalação única de 100 mcg de fenoterol pelo aerossol contendo CFC. (1)

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Pode ser potencializado por beta-adrenérgicos (como fumarato de formoterol e salbutamol), anticolinérgicos (como tiotrópio, ipratrópio), e derivados da xantina. A administração concomitante de outros betamiméticos, anticolinérgicos de absorção sistêmica e derivados da xantina (como teofilina) pode aumentar os efeitos colaterais. (1)

A administração simultânea de beta-bloqueadores pode causar uma redução potencialmente grave na broncodilatação. Agonistas beta-adrenérgicos devem ser administrados com cautela a pacientes sob tratamento com inibidores da MAO (monoamino oxidase, como moclobemida e tranilcipromina) ou antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina, imipramina), uma vez que a ação dos agonistas beta-adrenérgicos pode ser potencializada. ⁽¹¹⁾

A inalação de anestésicos halogenados tais como halotano, tricloroetileno e enflurano pode aumentar a susceptibilidade aos efeitos cardiovasculares dos beta-agonistas.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ⁽¹³⁾

Mantenha em temperatura ambiente (15 °C a 30 °C).

O frasco do aerossol está sob pressão e não deve de maneira alguma ser aberto à força, perfurado nem exposto a temperaturas acima de 50°C. O prazo de validade de BEROTEC solução (gotas) e aerossol (HFA) é de 36 meses a partir da data de fabricação.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem. Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

BEROTEC solução (gotas) é um líquido claro, de incolor à quase incolor, isento de partículas.

BEROTEC aerossol com HFA se apresenta em um frasco de aço inox e apresenta odor de álcool.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

POSOLOGIA

Solução (gotas) 1 ml = 20 gotas; 1 gota = 0,25 mg de bromidrato de fenoterol As doses devem ser adaptadas às necessidades individuais do paciente; os pacientes deverão ser mantidos sob supervisão médica durante o tratamento. ⁽¹⁾

O frasco de BEROTEC solução (gotas) vem acompanhado de um moderno gotejador, de fácil manuseio: basta colocar o frasco em posição vertical e deixar gotejar a quantidade desejada. Para usar rompa o lacre da tampa, vire o frasco e mantenha-o na posição vertical. Para começar o gotejamento, bata levemente com o dedo no fundo do frasco e deixar gotejar a quantidade desejada. ⁽¹⁾

BEROTEC solução (gotas) pode ser administrado por via oral ou diluído para inalação. Como tratamento sintomático da crise aguda de asma e outras enfermidades com estreitamento reversível das vias aéreas, por exemplo, bronquite crônica, se a opção de tratamento por inalação não puder ser considerada. ⁽¹⁾

– Adultos (incluindo idosos) e adolescentes acima de 12 anos: 10 a 20 gotas (2,5 a 5 mg), 3 vezes ao dia.

– Crianças de 6 a 12 anos: 10 gotas (2,5 mg), 3 vezes ao dia. – Crianças de 1 a 6 anos: 5 a 10 gotas (1,25 a 2,5 mg), 3 vezes ao dia.

– Crianças de até 1 ano: 3 a 7 gotas (0,75 a 1,75 mg), 2 a 3 vezes ao dia. Preferencialmente, tomar BEROTEC solução (gotas) via oral antes das refeições.

Para inalação Como no tratamento sintomático da crise de asma aguda e outras condições com constrição reversível das vias aéreas tais como bronquite obstrutiva crônica e profilaxia da asma induzida por exercício. a) Crises agudas de asma e outras condições com constrição reversível das vias aéreas ⁽¹³⁾

– Adultos (incluindo idosos) e adolescentes acima de 12 anos de idade: na maioria dos casos, 0,1 ml (2 gotas = 0,5 mg) é suficiente para o alívio imediato dos sintomas. Em casos graves em tratamento hospitalar, doses mais altas, de até 0,25 ml (5 gotas = 1,25 mg), podem ser necessárias. Nestes casos doses totais diárias de até 0,4 ml (8 gotas, 2 mg) podem ser administradas sob supervisão médica. ⁽¹³⁾

– Crianças de 6 a 12 anos: 0,05-0,1 ml (1 a 2 gotas = 0,25 a 0,5 mg) é suficiente, em muitos casos, para o alívio imediato dos sintomas. Em casos graves, até 0,2 ml (4 gotas = 1 mg) podem ser necessários, podendo-se chegar até 0,3 ml (6 gotas = 1,5 mg) em casos particularmente graves, a ser administrado sob supervisão médica. b) Profilaxia da asma induzida por exercício

– Adultos (incluindo idosos) e adolescentes acima de 12 anos de idade: 0,1 ml (2 gotas = 0,5 mg) por administração, antes do exercício.

– Crianças de 6 a 12 anos: 0,1 ml (2 gotas = 0,5 mg) por administração, antes do exercício. c) Crianças menores de 6 anos (< 22 kg) Como a informação existente para este grupo etário é limitada, recomenda-se 50 mcg de bromidrato de fenoterol por Kg de peso corporal por dose, e não mais que 0,1 ml (2 gotas) por dose, até 3 vezes ao dia, a ser administrado unicamente sob supervisão médica. ⁽¹³⁾

REAÇÕES ADVERSAS ⁽¹³⁾

Quando administrado por inalação, BEROTEC pode provocar sinais de irritação local.

- Reação comum (> 1/100 e < 1/10): tremor, tosse.
- Reação incomum (> 1/1.000 e < 1/100): hipocalcemia, agitação, arritmia, broncoespasmo paradoxal, náuseas, vômitos, prurido.
- Reação com frequência desconhecida: hipersensibilidade, nervosismo, cefaleia, tonturas, isquemia miocárdica, taquicardia, palpitações, irritação da garganta, hiperidrose, reações cutâneas, erupção cutânea, urticária, câibra muscular, mialgia, fraqueza muscular, aumento da pressão arterial sistólica, diminuição da pressão arterial diastólica.

O Bromidrato de Fenoterol foi utilizado para a paciente no período de internação para o tratamento da PNM e dispneia apresentada e por seu efeito descongestionante e broncodilatador imediato, associado ao bromidrato de ipatropil.

CLEXANE® ⁽¹⁾

Enoxaparina sódica

APRESENTAÇÕES

Solução injetável 20 mg/0,2 mL: embalagem com 2 e 10 seringas pré-enchidas com sistema de segurança.

- Solução injetável 40 mg/0,4 mL: embalagem com 2 e 10 seringas pré-enchidas com sistema de segurança.

- Solução injetável 60 mg/0,6 mL: embalagem com 2 seringas pré-enchidas graduadas com sistema de segurança.

- Solução injetável 80 mg/0,8 mL: embalagem com 2 seringas pré-enchidas graduadas com sistema de segurança.

- Solução injetável 100 mg/1,0 mL: embalagem com 2 seringas pré-enchidas graduadas com sistema de segurança.

USO SUBCUTÂNEO OU INTRAVENOSO (a via de administração varia de acordo com a indicação do produto). USO ADULTO.

1. INDICAÇÕES ⁽¹⁾

- Tratamento da trombose venosa profunda com ou sem embolismo pulmonar;

- Tratamento da angina instável e infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, administrado concomitantemente ao ácido acetilsalicílico;

- Tratamento de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, incluindo pacientes a serem tratados clinicamente ou com subsequente intervenção coronariana percutânea;

- Profilaxia do tromboembolismo venoso, em particular aqueles associados à cirurgia ortopédica ou à cirurgia geral;

- Profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes acamados devido a doenças agudas incluindo insuficiência cardíaca, falência respiratória, infecções severas e doenças reumáticas;

- Prevenção da formação de trombo na circulação extracorpórea durante a hemodiálise.

FARMACODINAMICA

Além da sua atividade anti-Xa/IIa, as propriedades antitrombótica e anti-inflamatória da enoxaparina foram identificadas em indivíduos saudáveis e em pacientes, bem como em modelos não clínicos.

Estes incluem inibição ATIII-dependente de outros fatores de coagulação, como fator VIIa, indução da liberação do inibidor da Via do Fator Tecidual endógeno, assim como uma

liberação reduzida de fator de von Willebrand do endotélio vascular para a circulação sanguínea. Estes fatores são conhecidos por contribuir para o efeito antitrombótico global da enoxaparina.

FARMACOCINÉTICA

Os parâmetros farmacocinéticos da enoxaparina sódica foram estudados principalmente com relação ao tempo da atividade plasmática anti-Xa e também com relação à atividade anti-IIa, nos intervalos de dose recomendados após administrações subcutâneas únicas e repetidas e após administração intravenosa única. ⁽¹³⁾

A determinação quantitativa das atividades farmacocinéticas anti-Xa e anti-IIa foi realizada por métodos amidolíticos validados com substratos específicos e com a enoxaparina padrão calibrada contra o padrão internacional para heparinas de baixo peso molecular (NIBSC). ⁽¹³⁾

Biodisponibilidade e Absorção A biodisponibilidade absoluta da enoxaparina sódica após administração subcutânea, baseada na atividade antiXa, é próxima de 100%. Os volumes de injeção e concentração de doses no intervalo de 100–200 mg/mL não afetam os parâmetros farmacocinéticos em voluntários saudáveis. ⁽¹³⁾

A máxima atividade anti-Xa plasmática média é observada 3 a 5 horas após administração subcutânea alcançando, aproximadamente, 0,2; 0,4; 1,0 e 1,3 UI anti-Xa/mL após administração subcutânea de doses únicas de 20 mg, 40 mg, 1 mg e 1,5 mg/kg, respectivamente. ⁽¹³⁾

Um bolus intravenoso de 30 mg seguido imediatamente por uma dose subcutânea de 1 mg/kg a cada 12 horas forneceu um pico inicial de níveis de fator anti-Xa igual a 1,16 UI/mL (n = 16) e uma exposição média correspondente a 88% dos níveis do estado de equilíbrio. O estado de equilíbrio é alcançado no segundo dia de tratamento. ⁽¹³⁾

A farmacocinética da enoxaparina parece ser linear nos intervalos de dose recomendados. A variabilidade intra e interpacientes é baixa. Após repetidas administrações subcutâneas de 40 mg, uma vez ao dia, e de 1,5 mg/kg uma vez ao dia, em voluntários saudáveis, o estado de equilíbrio é alcançado no 2º dia, com uma taxa de exposição média aproximadamente 15% maior do que após a administração de dose única. ⁽¹³⁾

O nível de atividade da enoxaparina no estado de equilíbrio é bem previsível pela farmacocinética de dose única. Após administrações subcutâneas repetidas de 1 mg/kg, num regime de 2 vezes ao dia, o estado de equilíbrio é alcançado entre o 3º e o 4º dia, com uma exposição média aproximadamente 65% maior do que após administração de dose única, e as concentrações máxima e mínima médias de aproximadamente 1,2 e 0,52 UI/mL, respectivamente. Baseada na farmacocinética da enoxaparina sódica, esta diferença no estado de equilíbrio é esperada e está dentro do intervalo terapêutico. (13)

CONTRAINDICAÇÕES (1)

- Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;

- Hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente.

ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES (13)

Não administrar CLEXANE por via intramuscular. Hemorragia Assim como com outros anticoagulantes, pode ocorrer sangramento em qualquer local (vide item “9. Reações Adversas”). Se ocorrer sangramento, a origem da hemorragia deve ser investigada e tratamento apropriado deve ser instituído. (1)

Deve ser utilizado com cautela em condições com alto risco de hemorragia, tais como: - alterações na hemostasia; - histórico de úlcera péptica; - acidente vascular cerebral isquêmico recente; - hipertensão arterial severa não controlada; - retinopatia diabética; - neurocirurgia ou cirurgia oftálmica recente; - uso concomitante de medicamentos que afetem a hemostasia.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Recomenda-se a interrupção do uso de medicamentos que afetam a hemostasia antes do início do tratamento com CLEXANE, a menos que seu uso seja estritamente indicado. Tais medicamentos incluem: salicilatos sistêmicos, ácido acetilsalicílico e outros AINEs, incluindo o cetorolaco; dextrana 40, ticlopidina e clopidogrel; glicocorticoides sistêmicos; agentes trombolíticos e anticoagulantes; outros agentes antiplaquetários, incluindo os antagonistas de glicoproteína IIb/IIIa. (1)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM (13)

A seringa pré-enchida (20mg/0,2mL e 40mg/0,4mL). Para evitar a perda da medicação, não pressione o êmbolo para expelir qualquer bolha de ar antes de administrar a injeção.

A injeção deve ser administrada por injeção subcutânea profunda, no tecido subcutâneo da parede abdominal, com o paciente deitado ou sentado em posição confortável, alternando entre os lados esquerdo e direito a cada aplicação.

A agulha deve ser introduzida perpendicularmente na espessura de uma prega cutânea feita entre os dedos polegar e indicador. A prega deve ser mantida durante todo o período da injeção.

Orientar não esfregar o local da injeção após a administração.

O Clexane foi utilizado no período de internamento como profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes acamados devido a doenças agudas incluindo insuficiência cardíaca, falência respiratória, infecções severas e doenças reumáticas; E pelo quadro de seqüela de AVC-E.

HIDROCORTISONA

Corticosteróide. Antiinflamatório esteróide. Imunossupressor.

Adultos: 15 a 240mg/dia. Doses pediátricas: insuficiência adrenocortical IM, 0,56 mg/kg/dia. Outras indicações: IM, 0,66 a 4mg/kg a cada 12 ou 24 horas. Adultos: injeção intra-articular, 5 a 75mg a cada 2 ou 3 semanas. ⁽¹⁾

FARMACODINAMICA

Difunde-se através das membranas celulares e forma complexos com receptores citoplasmáticos específicos; estes complexos penetram no núcleo da célula, unem-se ao DNA (cromatina) e estimulam a transcrição do mRNA e a posterior síntese de várias enzimas, que são as responsáveis, em última instância, pelos efeitos corticosteróides sistêmicos. ⁽¹³⁾

Por via oral, absorve-se de forma rápida e quase completamente, e por via parenteral (IV-IM) o começo da ação é rápido, obtendo-se o efeito máximo em 1 hora. Sua união às proteínas é muito alta. A maior parte do fármaco metaboliza-se principalmente no fígado a metabólitos inativos. Elimina-se por metabolismo, seguido de excreção renal de seus metabólitos ativos. ⁽¹³⁾

INDICAÇÃO

Insuficiência adrenocortical aguda ou primária crônica, síndrome adrenogenital, doenças alérgicas, doenças do colágeno, anemia hemolítica adquirida, anemia hipoplástica congênita, trombocitopenia secundária em adultos, doenças reumáticas, doenças oftálmicas, tratamento do choque. ⁽¹⁾

Doenças respiratórias, neoplásicas (manejo paliativo de leucemias e linfomas em adultos, e de leucemia aguda na infância), estados edematosos, doenças gastrintestinais (para ajudar o paciente a superar períodos críticos em colite ulcerativa e enterite regional), triquinose com compromisso do miocárdio. ⁽¹⁾

POSOLOGIA

Adultos comprimidos/suspensão oral: 20 a 240mg/dia em dose única ou dividida em várias ingestões. Doses pediátricas insuficiência adrenocortical: 0,56mg/kg/dia ou 15 a 20mg/m²/dia. Em crianças, a dose é determinada mais em função da gravidade do estado e da resposta do paciente do que pela idade ou peso corporal. ⁽¹³⁾

INTERAÇÕES

O uso simultâneo com paracetamol aumenta a formação de um metabólito hepatotóxico deste, portanto aumenta o risco de hepatotoxicidade. O uso com analgésicos não-esteróides (AINE) pode aumentar o risco de úlcera ou hemorragia gastrintestinal. A anfotericina-B com corticóides pode provocar hipocalemia grave. O risco de edema pode aumentar com o uso simultâneo de andrógenos ou esteróides anabólicos. ⁽¹¹⁾

O uso de outros imunopressores com doses imunopressoras de corticóides pode aumentar o risco de infecção e a possibilidade de desenvolvimento de linfomas e outros distúrbios linfoproliferativos. Podem acelerar o metabolismo da mexiletina com diminuição de sua concentração no plasma. ⁽¹⁾

CONTRA-INDICAÇÕES

Para injeção intra-articular: anterior à artroplastina articular, transtornos da coagulação sangüínea, fratura intra-ocular, articulação instável. Infecção fúngica sistêmica. Hipersensibilidade aos componentes. Para todas as indicações deve-se avaliar a relação risco-benefício em presença de AIDS, cardiopatia, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão,

diabetes mellitus, glaucoma de ângulo aberto, disfunção hepática, miastenia gravis, hipertireoidismo, osteoporose, lúpus eritematoso, TBC ativa, disfunção renal severa. ⁽¹³⁾

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Controlar peso diário. O aumento de peso em pacientes que fazem uso de corticoides pode ser indicio de edema, devido a retenção de sódio e agua;

Controle frequente de pressão arterial, pois os pacientes submetidos a terapia com corticoides estão propensos a apresentar hipertensão;

Observar sinais e sintomas de hipernatremia: cefaleia, hipertensão arterial, edema, oligúria ou anúria;

Vigilância quanto a líquidos ingeridos e eliminados. Estabelecer controle hídrico, conforme a orientação médica;

O hidrocortisona foi utilizado durante a internação por sua ação supressora, corticosteroide e Antiinflamatório esteroide atuando para a redução da infecção bacteriana que produziu PNM.

FLUIMUCIL®

Acetilcisteína

APRESENTAÇÃO ⁽¹⁾

Solução nasal. Frasco de 20 mL + válvula “pump” micronebulizadora.

USO NASAL USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 2 ANOS

COMPOSIÇÃO

Cada 1 mL de solução nasal contém: acetilcisteína 11,50 mg, Excipientes: ditiotreitól, cloreto de sódio, edetato dissódico, ácido clorídrico, hidróxido de sódio, cloreto de benzalcônio, fosfato de sódio, aroma de menta, álcool etílico, água purificada 1 mL Cada 20 jatos (nebulizações) equivalem a 1 mL. ⁽¹⁾

INDICAÇÕES

Este medicamento é indicado nos processos congestivos e/ou obstrutivos das cavidades nasais e paranasais. Rinites, principalmente com exsudatos mucopurulentos e de

resolução lenta, e rinites crônicas. Reações flogísticas após intervenções cirúrgicas nas cavidades nasais e paranasais. ⁽¹⁾

FARMACODINÂMICA

O princípio ativo do Flui mucil® é a acetilcisteína, que exerce intensa ação mucolítico-fluidificante das secreções mucosas e mucopurulentas, despolimerizando os complexos mucoproteicos e os ácidos nucléicos que dão viscosidade ao escarro e às outras, além de melhorar a depuração mucociliar. ⁽¹³⁾

Estas atividades tornam Flui mucil® particularmente adequado para o tratamento das afecções agudas e crônicas do aparelho respiratório caracterizadas por secreções mucosas e mucopurulentas densas e viscosas. ⁽¹³⁾

Além disso, a acetilcisteína exerce ação antioxidante direta, sendo dotada de um grupo tiol livre (-SH) nucleofílico em condições de interagir diretamente com os grupos eletrofílicos dos radicais oxidantes. A estrutura da sua molécula lhe permite, além disso, atravessar facilmente as membranas celulares. No interior da célula, a acetilcisteína é desacetilada, ficando assim disponível a L-cisteína, aminoácido indispensável para a síntese da glutathione (GSH). ⁽¹³⁾

O GSH é um tripeptídeo extremamente reativo que se encontra difundido por igual nos diversos tecidos dos organismos animais e é essencial para a manutenção da capacidade funcional e da integridade da morfologia celular, pois é o mecanismo mais importante de defesa intracelular contra os radicais oxidantes (tanto exógenos como endógenos) e contra numerosas substâncias citotóxicas. ⁽¹³⁾

FARMACOCINÉTICA

Absorção é completamente absorvida após administração oral. Devido ao metabolismo na parede intestinal e o efeito de primeira passagem, a biodisponibilidade da acetilcisteína ingerida oralmente é muito baixa (cerca de 10%). Não foram referidas diferenças entre as várias formas farmacêuticas. ⁽¹⁾

Em pacientes com diferentes doenças respiratórias ou cardíacas, a concentração máxima no plasma é obtida entre uma e três horas após a administração e, os níveis permaneceram elevados por um período de 24 horas.

Distribuição é distribuída na forma não metabolizada (20%) e metabolizada - ativa (80%) e, pode ser encontrada principalmente no fígado, rins, pulmões e secreções brônquicas. O volume de distribuição da acetilcisteína varia de 0,33 a 0,47 L/kg. A ligação às proteínas é de cerca de 50% após 4 horas da administração da dose e cai para 20% em 12 horas. - Metabolismo A acetilcisteína passa por um metabolismo rápido e extensivo na parede intestinal e fígado após a administração oral. ⁽¹⁾

- Excreção O composto resultante, cisteína, é considerado o metabólito ativo. Após essa fase de transformação, a acetilcisteína e a cisteína compartilham a mesma via metabólica. O clearance renal pode representar cerca de 30% do clearance total do organismo. Após a administração oral a meia vida terminal de acetilcisteína. ⁽¹³⁾

CONTRAINDICAÇÕES

Este medicamento é contraindicado para pacientes com histórico de hipersensibilidade conhecida a acetilcisteína e/ou demais componentes de sua formulação. Categoria B: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. Este medicamento é contraindicado para uso por crianças menores de 2 anos. ⁽¹⁾

ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

A presença de odor sulfúreo (enxofre) não indica alteração no medicamento, pois é característico do princípio ativo contido no mesmo. A administração de acetilcisteína, principalmente no início do tratamento, pode fluidificar a secreção brônquica e aumentar seu volume. Se efetivamente o paciente não conseguir expectorar, pode ser realizada a drenagem postural e/ou outras medidas para drenagem de secreção.

Uso em idosos Devem-se seguir as orientações gerais descritas para o medicamento, salvo em situações especiais. Uso pediátrico Devem-se seguir as orientações gerais descritas para o medicamento, salvo em situações especiais. Este medicamento é contraindicado para uso por crianças menores de 2 anos. ⁽¹¹⁾

Pacientes portadores de asma brônquica Devem ser rigorosamente controlados durante o tratamento; se ocorrer broncoespasmo, suspender o tratamento imediatamente e consultar seu médico. Fluimucil® não interfere na habilidade de dirigir e operar máquinas enquanto estiver fazendo uso do medicamento. ⁽¹³⁾

Gravidez e lactação Há escassez de dados clínicos sobre mulheres expostas à acetilcisteína durante a gravidez. Estudos com animais não sugerem nenhum efeito nocivo, direto ou indireto, sobre a gravidez, desenvolvimento embriônico-fetal, nascimento ou desenvolvimento pós-natal. ⁽¹³⁾

Não há estudos que demonstrem a presença de acetilcisteína no leite materno, não sendo aconselhado o seu uso durante a amamentação. O medicamento só deve ser usado durante a gravidez e lactação depois da avaliação de risco-benefício. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. ⁽¹³⁾

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Em geral, Fluimucil® nasal pode ser administrado junto com outros medicamentos vasoconstritores comumente utilizados. Houve aumento da absorção de medicamentos peptídicos como a calcitonina por via nasal, quando administrados concomitantemente com acetilcisteína também por via nasal em animais. ⁽¹⁾

Interações com exames laboratoriais a acetilcisteína pode interferir no método de ensaio colorimétrico de mensuração do salicilato e interferir também no teste de cetona na urina. Interações com alimentos Por ser de uso nasal não há interferência entre Fluimucil® nasal e alimentos. ⁽¹³⁾

O fluimucil foi utilizado no período de internamento pelo seu princípio ativo do que exerce intensa ação mucolítico-fluidificante das secreções mucosas e mucopurulentas, despolimerizando os complexos mucoprotéicos. Por a paciente apresentar intensa secreção devido a PNM.

ALGINATO DE CÁLCIO

É uma fibra de não-tecido, impregnada de alginato de cálcio e sódio, extraídas de alga marinha laminaria contendo ácido algínico como seu princípio ativo. É indicado para feridas superficiais, com perda parcial de tecido (placa) ou lesões cavitárias, profundas, altamente exsudativas, com ou sem infecção, como feridas exsudativas ou com sangramento; feridas agudas ou crônicas; colonizadas ou infectadas. ⁽¹⁵⁾

AÇÃO

Quando entra em contato com o exsudato ou sangue o alginato forma um gel fibroso, hidrofílico, hemostático e rico em cálcio que interage com os íons de sódio da ferida absorvendo o excesso de exsudato e/ou sangue e mantendo o meio úmido. (15)

BENEFÍCIOS

São quimiotoxícos para macrófagos e fibroblastos auxilia o desbridamento autolítico; hemostático (promove agregação plaquetária): biocompatível e biodegradável diminui o exsudato e o odor da ferida (por ser bacteriostático)

Pode ser usado em feridas cavitárias, tunelizantes, com ou sem infecção. Requer cobertura secundária: deve-se lavar a lesão com soro fisiológico 0,9% e promover o desbridamento. Deve-se modelar a placa ou fita, preenchendo as cavidades e ocluir com cobertura secundária, selecionada conforme o volume de exsudato. (15)

Obs: O Alginato de cálcio foi indicado no período de internamento para cicatrização de UPP sacral grau 03, extraído de alga marinha laminaria contendo ácido algínico como seu princípio ativo.

EXAMES

13.1 Laboratoriais

Exames Laboratoriais 11/02/2015

HEMOCULTURA	Negativa para pseudomonas sp. Não houve crescimento bacteriano após 7 dias de incubação.
UROCULTURA	1ª amostra negativa.

TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS 09-02-2015		
EXAME: SECREÇÃO SACRAL/PSEUDOMONAS.SP		
SENSÍVEL	INTERMEDIÁRIO	RESISTENTE
AMICACINA		AMPICILINA
GENTAMINA		CEFOXILINA
ERTAPENEM		CEFAXILINA
IMIPENEM		CEFRIAXONA

MEROPENEM		NORFLOXACINA
		CELFAXIDINA
		CIPROFLOXACINA
		SULFA. TRIMETROPIM
		TAZO/PIPERACILINA
		AMOXACILINA-ÁC CLAVULANICO

TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIOTICOS 09-02-2015		
EXAME: CULTURA DE SECREÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA		
SENSIVEL	INTERMEDIARIO	RESISTENTE
GENTAMICINA		AMIPICILINA LAVOFLAXINA
CEFEPINTE		CEFOXITINA
CELFAXIDINA		SULFA/TIMETROPRIM
CIPROFLOXACINA		
TAZO PIPERACILINA		
POLIMIXINA		
IMIPENEM		
MEROPENEM		

Exames do dia 06/02/2015 21:03

HEMOGRANA COMPLETO	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITRÓCITOS	3,9	3,9 a 5,3 milhões/mm ³
PLAQUETAS	182.000	150 a 400.000 mm ³
HEMOGLOBINA	8,9	12 a 16 g/dl
HEMATOCRITO	30,1	36 a 48%
VOL. GLOBULAR MEDIO	78	80 a 100 fl

HEMOGLO. GLOB. MEDIA	24	27 a 33 pg
CONC. HEMO. GL. MEDIA	31	32 a 36 g/dL
RDW	13,8	11 a 14.5%

LEUCOGRAMA	RESULTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA
LEUCÓCITOS	15.500 mm ³	3600 a 11000 mm ³
Basófilo	0,0	0-2
Eosinófilo	0,0	1-4
Metamielocitos	0,0	0-1
Bastões	3,0	2-5
Segmentado	60,0	36-66
Linfócitos	10,0	22-44
Monócitos	2,0	3-10

BIOQUÍMICA	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
CÁLCIO	9,2	Adulto:6,8 a 11,0 mg/Dl
CREATININA	0,50	Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL
MAGNÉSIO	2,00	Mulheres: 1,90 a 2,60 mg/dL

Exames dia 21/02/2015

HEMOGRAMA COMPLETO	REUSLTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITRÓCITOS	2,7	3,9 a 5,3 milhões/mm ³
PLAQUETAS	120.000	150 a 400.000 mm ³
HEMOGLOBINA	6,7	12 a 16 g/dl

HEMATOCRITO	21,0	36 a 48%
VOL. GLOBULAR MEDIO	20	80 a 100 fl
HEMOGLO. GLOB. MEDIA	25	27 a 33 pg
CONC. HEMO. GL. MEDIA	32	32 a 36 g/dL
RDW	14,7	11 a 14.5%

LUCOGRAMA	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
LEUCÓCITOS	15.500	3600 a 11000 mm ³
Basófilo	0,0	0-2
Eosinófilo	0,0	1-4
Metamielocitos	0,0	0-1
Bastões	6,0	2-5
Segmentado	60,0	36-66
Linfócitos	21,0	22-44
Monócitos	9,0	3-10

Exames 18-03-2015 as 21:32.

ERITROGRAMA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Hemoglobina	8,5	12 a 16 g/dl
Eritrócitos	3,1	3,9 a 5,3 milhões/mm ³
Hematócrito	26,2	41 a 54%
PLAQUETAS	150.000/mm ³	140 a 400.000 mm ³

VCM: 85	85	20 a 96 %
Hemoglobina Media	27	27-33 %
RDW	16,2	11,0 a 14,5%

LEUCOGRAMA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Leucócito	10.800	3.600-11.000
Basófilo	0,0	0-2
Eosinófilo	2,0	1-4
Metamielocitos	0,0	0-1
Bastões	10,0	2-5
Segmentados	58	36-66
Linfocitos	24	22-44
Monocitos	6	3-10

BIOQUIMICA			VALOR DE REFERENCIA
CÁLCIO	METODO ÍON SELETIVO	8,8 mg/Dl	ADULTO 8,8-11mg/Dl
CLORO	METODO COLORIMETRICO	105,00 mol/L	95- 105 mol/l
CREATININA	METODO CINÉTICO, SORO	0,60 mg/dL	0,60-1,10 mg/dL
LDH(DESIDROGENASE LÁTICA)	METODO LAB TEST SORO	704 U/L	ATÉ 480 U/L

Exames laboratoriais 26/02 as 21:13.

HEMOGRAMA COMPLETO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITO	3,6	3,9 a 5,3

		milhões/mm ³
PLAQUETAS	175.000/mm ³	150 a 400.000 mm ³
HEMOGLOBINA	9,5	12 a 16 g/dl
HEMATOCRITO	30,5	36 a 48%
VOL. GLOBULAR MEDIO	85	80 a 100 fl
HEMOGLO. GLOB. MEDIA	26	27 a 33 pg
CONC. HEMO. GL. MEDIA	31	32 a 36 g/dL
RDW	16,7	11 a 14.5%
OBS: ANISOCITOSE		

LEUCOGRAMA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
LEUCÓCITOS	3900	3600 a 11000 mm ³
Basófilo	0	0-2
Eosinófilo	2	1-4
Metamielocitos	0	0-1
Bastões	2	2-5
Segmentado	65	36-66
Linfócitos	27	22-44
Monócitos	4	3-10

BIOQUIMICA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
CREATININA	0,40	M 0,60 a 1,10 mg/dL
MAGNESIO	2,50	1,90-2,50 mg/dL
POTASSIO	2,9	3,6 a 5,5 mol/l
SÓDIO	139	136 a 144 mmol/l
UREIA	22	17-43 mg/dl

EXAMES 28-02-2015 hora 22:38

HEMOGRAMA COMPLETO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITO	3,4	3,9 a 5,3 milhões/mm ³
PLAQUETAS	165.000/mm ³	140 a 400.000 mm ³
HEMOGLOBINA	9,2	12 a 16 g/dl
HEMATOCRITO	28	36 a 48%
VOL. GLOBULAR MEDIO	82	80 a 100 fl
HEMOGLO. GLOB. MEDIA	27	27 a 33 pg
CONC. HEMO. GI. MEDIA	33	32 a 36 g/dL
RDW	16	11 a 14.5%
OBS: ANISOCITOSE		

LEUCOGRAMA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
LEUCÓCITOS	3100	3600 a 11000 mm ³
Basófilo	0	0-2
Eosinófilo	2	1-4
Metamielocitos	0	0-1
Bastões	3	2-5
Segmentado	65	36-66
Linfócitos	25	22-44
Monócitos	5	3-10

13.2 RADIOLÓGICOS DE IMAGEM

Durante o período de internamento, a paciente não realizou exames radiológicos. 28-01-2015 Encaminhada para UPA com antecedente de AVC hemorrágico em uso de traqueostomia e GTT. Queixa de secreção traqueobrônquica. PA: 130x30 mmhg T Ax: 40,3°C

14. EXAME FÍSICO

1º dia de acompanhamento – 03/03/2015

IG: Apática, acianótica, anictérica, febril (T^a Ax: 37,4.), corada.

AC: BCNF em 3T e Taquicardia. FC= 85 bpm. PA: 130x90mmhg.

AR: MV + em AHT com roncos discretos.

Abd: Globoso, ausência de RHA +.

Ext: MMSE ++/+++ MMID ++/++++.

SNC: Glasgow 8 (AO: 4/ RV: 1/ RM: 3).

2º dia de acompanhamento –11/03/2015

IG: BEG, acianótica, anictérica, febril (T^a Ax: 37,8 °C), corada.

AC: BCNF em 2T. FC= 62 bpm. PA: 140x80mmhg.

AR: MV + em AHT com roncos discretos.

Abd: Globoso, sem RHA +.

Ext: Edema +/+++++ E MIE ++/++++

SNC: Glasgow 11(AO: 4/ RV: 1/ RM: 6).

3º dia de acompanhamento – 18/03/2015

IG: Agitada, acianótica, anictérica, febril, corada.

AC: BCNF em 2T. FC= bpm.

AR: MV + em AHT com roncos.

Abd: Globoso, sem RHA +.

Ext: Edema +/+++++ E MIE ++/++++

SNC: Glasgow 9 (AO: 4/ RV: 1/ RM:4).

13- Evolução de Enfermagem

1º DIA DE ACOMPANHAMENTO 06/02/2015 - Evolução I

Encontra-se no leito Fowler 45°, apresentando facie apática, anictérica, acianótica, normocorada, não verbaliza, em uso de oxigenoterapia e soroterapia em jugular externa D , TGG e TT e dieta enteral vazão de 50 ml/h. SSVV T^a Ax.: 36,8°C , PA: 100X60 mmHg, Pulso radial: 70 bpm, R:21 irpm. Realizado exame físico, observou-se crânio normocefalico, couro cabeludo integro, sobrancelhas simétricas, pupilas não fotorreagentes, anisocóricas (D>E) (8/3), nariz integro, cavidade bucal com déficit de higiene, língua saburrosa de coloração esbranquiçada, sialorréica, desvio labial à direita, dentição incompleta; mobilidade

da traqueia preservada. Ao exame físico cardiorrespiratório apresentou toráx normolineo, abdome globoso ausência de RHA, não relata dor a palpação. Ausculta cardíaca com presença de bulha em 3T e taquicardia, presença de sopros, ausculta pulmonar apresentou roncos, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, leito ungueal com fissura em MMI, integridade da pele prejudicada com lesões por UP em região sacral, trocanterica, calcânea e maleolar. Edema em MMSD +++/++++ e MMID ++/++++ e MMIE +++/++++ MMIE, hematoma MMSD e MMSE relacionado a punção , apresenta hiperflexão palmar na mão esquerda sequela de AVE e parestesia ao estímulo do reflexo plantar. Ao exame neurológico obteve Glasgow 8 (AO 4/ RV 1/ RM 3).-----

2º DIA DE ACOMPANHAMENTO 11/03/2015 Evolução II

Encontra-se no leito em fowler 30°, agitada, normocorada, acianótica. Não verbaliza em uso de GTT e TT, soroterapia em MMSD região metacarpianas e nebulização nasal com mascara de ventura O2 4ml. Ao exame físico apresentou crânio normocefalico, cabeça com inclinação lateral para direita, facie patológica, superfície do couro cabeludo integra. Olhos com secreção amarelada, pupilas anisocoricas (D>E) (8/3) não fotorreagentes, acuidade visual reduzida realizado teste dos pares de nervos cranianos. Acuidade auditiva preservada obedecendo a alguns comandos como abrir a boca. Nariz com presença de secreção amarelada. Cavidade bucal com déficit de higiene e presença de saburro esbranquiçado na língua, dentição incompleta. Mobilidade traqueal preservada, integridade da pele prejudicada com presença de UP em região sacral grau 3, com tecido de granulação, úmida, exsudato sanguinolento com odor fétido. Bordas regulares; UP em região trocantérica, grau 03 com tecido de granulação e esfacelo (fibrina), exsudato serosanguinolento; UP em região trocantérica direito grau 02 com tecido de granulação e UP em MMIE grau 02 com tecido de granulação, e UP em MMIS grau 02 no calcâneo com esfacelo. Presença de flebite na mão direita relacionado a punção. Tórax normolineo, abdômen globoso e ausência de RHA- na ausculta cardiorrespiratória apresentou taquicardia presença de bulhas normofonéticas em 2T e roncos. Edema em MSD +/-++++ e em MID ++/+++++. SSVV: Tax.: 37,8°C , PA: 140X80 mmHg, Pulso: 62 bpm. SNC: Glasgow 11(AO: 4/ RV: 1/ RM: 6).-----

3º DIA DE ACOMPANHAMENTO 18/04/2015 Evolução III

Encontra-se no leito em Fowler 45° em uso de dieta enteral vasão 50 ml, GTT e soroterapia em MMID. Expressão fisionômica de desanimo, crânio normocefalico, superfície

do couro cabeludo integro, olhos simétricos e brilhantes com secreção amarelada. Nariz com secreção amarelada. Pupilas não fotorreagentes e olhos simétricos, anisocoria (D>E) (8/3). Cavidade bucal com déficit de higiene, língua saburrosa com secreção branco-esverdeada. Ao exame físico apresentou ruídos adventícios em base pulmonar e sialorreia foi realizado aspiração das vias aéreas através da traqueostomia ao exame físico cardíaco apresentou-se taquicárdica com bulhas em 2T. Foi realizado banho no leito e higiene oral completa. Feito curativo oclusivo com micropore em região Sacral UP grau 03 com tecido de granulação e esfacelo usado AGE e colagenase. Na retirada do curativo observou-se secreção amarelada em gase. Realizado curativo oclusivo com micropore em região trocanterica D, UP grau dois com grande área de esfacelo amarelado aprofundando, usado colagenase e em área de granulação posto AGE cobertura primária com gases e secundaria com gaze algodoad. Realizado curativo oclusivo com atadura em MMID e MMIE usado AGE em tecido de granulação. Realizado troca do curativo da traqueostomia e troca do cordão. Promoveu-se a hidratação corporal com AGE. Realizado limpeza da endocanula traqueal com SF 0,9%. SSVV: hipertermia TAx: 40,2. P.A:130x100mmhg, Pulso radial 79bpm e FR: 34 irpm. SNC: Glasgow 9 (AO: 4/ RV: 1/ RM: 4).-----

13. DIAGNÓSTICOS E PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM ⁽⁷⁾

a) **D.E: Integridade da pele prejudicada** relacionada à imobilidade no leito e fatores mecânicos (pressão, atrito e cisalhamento) evidenciada por rompimento da superfície da pele.

Domínio 11: Segurança/Proteção; Classe 2: Lesão física; pág. 494 – NANDA 2012-2014

RE: Observará diminuição do grau da lesão e inicio de cicatrização das feridas em até 20 dias.

Prescrição	Horário	Executor
Realizar curativos de UP sacral	Duas vezes ao dia	8:00-17 h
Realizar curativos de UP trocantérica e calcâneo.	Uma vez ao dia	8:00 h
Utilizar as coberturas das feridas.	ATENÇÃO	ENFERMEIRO

Avaliar o tamanho da lesão e aspecto da secreção.	ATENÇÃO	ENFERMEIRO
Promover hidratação corporal com AGE após banho.	Após banho e SNS	Téc. E=Enfermagem

D.E: Hipertermia relacionado à infecção pulmonar evidenciado por temperatura axilar maior que 39°C e pele quente ao toque. Domínio 11: Segurança/proteção ; Classe 6: Termorregulação; pág. : 538; NANDA: 2012-2014. RE: Paciente apresentará temperatura regular (T.Ax<37° C) em até 7 horas.

Prescrição	Horário	Executor
Monitorar os SSVV de 3/3 horas	08h-11h-14h-17h-20h-23h-02h-05h.	Técnico de Enfermagem
Realizar compressas de água fria nas regiões das artérias temporais, carótidas sempre houver de temperatura corporal acima de 37°C.	ATENÇÃO	Técnico de Enfermagem

b) **D.E: Risco de infecção** relacionado a procedimentos invasivos (aspiração, gastrostomia e traqueostomia).

c) Domínio 11: Segurança/Proteção; Classe 1 : Infecção; pág. 485 ; NANDA: 2012-2014

RE: Paciente não apresentará infecções relacionadas a procedimentos invasivos de aspiração, gastrostomia e traqueostomia durante o internamento.

Prescrição	Horário	Executor
Realizar sempre a higienização das mãos antes e depois de qualquer procedimento e administração de medicamento;	ATENÇÃO	Técnico de enfermagem

Realizar curativo de traqueostomia e limpeza da endocanula.	10- 16 e a noite SNS.	Enfermeiro
Orientar a importância da hidratação corporal com AGE após o banho para manter a íntegra a pele.	SNS	Enfermeiro
Avaliar a pele diariamente para sinais de ruptura, irritação, escoriação, para presença de drenagem ou extravasamento gástrico.	Durante o banho e informar ao enfermeiro.	Técnico de Enfermagem

d) **D.E: Risco de aspiração** relacionada à presença de traqueostomia.

Domínio 11: Segurança/Proteção; Classe 02: Lesão física; pág. 489; NANDA: 2012-2014.

RE: O paciente apresentará risco diminuído para infecção por aspiração inadequada durante o internamento.

Prescrição	Horário	Executor
Realizar aspiração com técnica estéril	ATENÇÃO	Enfermeiro
Realizar ausculta pulmonar quatro vezes ao dia bilateralmente	8:00-11:00-14:00-17:00.	Técnico/Enfermeiro
Realizar aspiração em presença de secreção;	SNS	Enfermeiro
Administrar nebulização via	De acordo com prescrição médica.	Técnico de Enfermagem.

traqueostomia.		
----------------	--	--

e) **D.E: Déficit no autocuidado** (banho, higiene corporal e íntima) , relacionado a prejuízos cognitivos, musculoesquelético e neuromusculares devido à sequelas de AVE hemorrágico, evidenciado por higiene corporal inadequada, odor e língua saburrosa.

Domínio 4: Atividade/repouso; Classe 5: Autocuidado; pág : 310,311; NANDA: 2012-2014.

RE: Será observado melhora na higiene da paciente durante internamento em até 12 horas.

Prescrição	Horário	Executor
Orientar a equipe de Enfermagem sobre a necessidade de higiene da paciente.	ATENÇÃO	Enfermeiro
Realizar banho no leito completo diariamente.	Uma vez ao dia.	Técnico de enfermagem.
Realizar higiene oral diariamente.	8:00-14:00-20:00.	Técnico de enfermagem.
Avaliar a fralda da paciente e se necessário trocar.	9-12-15-18-21-24-03-06h.	Técnico de Enfermagem.

f) **D.E Diarreia** relacionado à presença de processo infeccioso e fórmula, vazão da alimentação enteral por GTT evidenciado por eliminação de fezes líquidas e não formadas.

Domínio 03: Eliminação e troca; Classe 02: Função gastrointestinal. Página: 264. NANDA 2012-2014.

R.E: Diminuir a ocorrência de diarreia em até 72 horas.

Prescrição	Horário	Executor
Comunicar o serviço	ATENÇÃO	Enfermeiro

de nutrição e dietética sobre a necessidade da revisão da Dieta, incluindo vazão e kcal.		
Realizar higiene da sonda GTT e curativo diariamente.	Ao realizar o banho.	Técnico de enfermagem.
Observar fralda da paciente e se necessário trocar. Anotar aspecto das fezes, cor e odor.	9-12-15-18-21-24-03-06h.	Técnico de Enfermagem.

g) **D.E: Padrão respiratório ineficaz** relacionado à dispneia evidenciado por uso de traqueostomia e necessidade de aspiração das vias aéreas.

Domínio 04: atividade e repouso; classe Respostas Cardiovasculares e pulmonares. Pagina 294. NANDA 2012-2014.

R.E: O paciente apresentará melhora no padrão respiratório em até 30 minutos.

Prescrição	Horário	Executor
Administrar O2 úmido 3-5 L/min e avaliar sinais de hipóxia (dispneia, cianose labial e de extremidades) e comunicar ao médico de imediato.	9:00-17:00-24:00 h	Técnico de enfermagem/ enfermeiro.
Observar SP0 ₂ e comunicar ao enfermeiro se SP0 ₂ <90%	8:00-10:00-12:00-14:00-16:00-18:00-20:00-22:00-24:00-2:00-4:00-6:00	Técnico de enfermagem.
Realizar aspiração de vias aéreas quando houver secreções e presença de diminuição de fluxo no traqueóstomo.	Antes e após o banho SNS.	Enfermeiro.
Limpeza da endocânula pode ser	Antes e após o banho	Enfermeiro.

um cuidado específico deste diagnóstico	SNS.	
---	------	--

h) **D.E Dor crônica** relacionado a sequelas do AVE (atrofia muscular, imobilidade, afasia expressiva) UP desenvolvidas durante o período prolongado de internação evidenciado por expressão fácil de dor e T.Ax: 40°C.

Domínio 12: Conforto; Classe 1: Conforto físico. Pagina 548. NANDA 2012-2014. R.E: Alívio da dor crônica durante o internamento.

Prescrição	Horário	Executor
Avaliar a dor com a Escala de fácies.	ATENÇÃO	Técnico de enfermagem
Verificar os SSVV	8:00-10:00-12:00-14:00-16:00-18:00-20:00-22:00-24:00-2:00-4:00-6:00	Técnico de Enfermagem.
Orientar ao acompanhante a importância da hidratação corporal com AGE após o banho para manter a pele íntegra.	SNS	Enfermeiro
Avaliar a pele diariamente para sinais de ruptura, irritação, escoriação.	Durante o banho e informar ao enfermeiro.	Técnico de Enfermagem

14. PLANO DE ALTA

A paciente cursou com óbito no dia 26/03/2013 às 19h30min.

A alta hospitalar pode gerar nos familiares e pacientes inseguranças, medo e ansiedade, podendo trazer como consequência, a descontinuidade no tratamento iniciado no ambiente intra-hospitalar e uma possível re-hospitalização.

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde e ativo na prestação de cuidados diretos e indiretos, torna-se um elo de transmissão de informações em todo período de hospitalização, incluindo o momento da alta hospitalar.

O enfermeiro tem a responsabilidade ética no processo de ensino ao paciente, passar as informações, reflexões e discussão aberta sobre a verdadeira situação do seu estado de saúde, reforçando a participação da família ou do cuidador principal. Durante as orientações ao paciente a presença da família é fundamental.

O plano de alta hospitalar é uma etapa extremamente importante a todo paciente que se encontra internado, deve ser iniciado a partir do momento que o paciente é admitido; o plano de alta assegura um cuidado continuado com o objetivo de evitar as reinternações e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente mesmo fora do ambiente hospitalar.

Inclui informações precisas ao paciente e familiar, cuidador sobre cuidados, de como fazer e porque fazer determinado cuidado para assim proporcionar uma melhor reabilitação e proporcionar bem-estar digno, isso deve ser levado em conta não só a pacientes que realmente tem um bom prognóstico, mas a todos os indivíduos. O plano de alta bem elaborado proporciona um cuidado humanizado. Para melhor compreensão e execução deste, o plano de alta deve ser feito por escrito, não de forma mecânica, e explicar ao cuidador/familiar sobre como deverá ser feito, o porque deverá ser feito e quais benefícios deste.

Orientar sobre a importância da administração dos medicamentos nos devidos horários prescritos pelo médico.

Orientar sobre cada medicamento para que serve, o horário, a via de administração e as doses.

Orientar que é necessário que o cuidador sempre ao administrar medicamento lave as mãos.

Explicar devidamente sobre a importância de uma boa higiene.

Orientar sobre como deveria ser realizado o banho, a importância de realizar movimentos circulares para promover a circulação, durante a internação durante os momentos do banho no leito começar a se comunicar com o cuidador/familiar, com o objetivo de ensiná-lo sobre como deve ser realizado o banho.

Orientar que todos os dias ao realizar o banho da paciente, fazer movimentos nas articulações, para evitar o desuso e melhorar a circulação sanguínea.

Ensinar como deve ser feita a higiene bucal e importância.

Explicar e orientar que é importante manter a pele da paciente sempre limpa, hidratada, evitar umidade, pois isso ajudará a manter as úlceras de pressão sem pioras e evitará que surjam outras. Hidratar com óleo ou creme hidratante.

Orientar o uso de almofadas abaixo nas proeminências ósseas para diminuir risco de novas úlceras e atrito.

Orientar sobre a alimentação, que deve ser pastosa para que possa passar pela sonda sem intercorrências. E que a sonda deverá ser lavada antes e após a administração da alimentação e medicamentos com 20 ml de água, para prevenir que ela entupa.

Orientar a família sobre a necessidade de manter o ambiente domiciliar limpo, arejado, confortável, isso proporcionará um melhor bem-estar a paciente já debilitada.

Indicar e referenciar uma UBS, e incentivar que o cuidador procure cuidados e está em contato com a UBS mais próxima do domicílio, isso ajudará numa melhor cobertura com profissionais adequados.

Orientar que será necessário que o cuidador entre em contato com o enfermeiro da área, presente na UBS para que este esteja realizando os curativos das úlceras que a paciente apresenta.

Explicar sobre a importância de utilizar as coberturas das feridas adequadamente, talvez na UBS não possua todos, e que se possível e for do alcance da família, que compre AGE, colagenase que são essenciais dependendo do estado que a ferida irá se encontrar. (Observação: O enfermeiro da área irá orientar sobre as coberturas).

Pessoas com fatores de risco para úlceras por pressão devem ser avaliadas sistematicamente quanto à integridade da pele e os cuidados devem estabelecidos através de um plano assistencial pautado nas necessidades individuais. Os seguintes itens devem ser sistematicamente observados:

- Avaliar diariamente o aparecimento de áreas avermelhadas sobre proeminências ósseas que, quando pressionadas, não se tornam esbranquiçadas
- Observar o aparecimento de bolhas, depressões ou feridas na pele.

Documentar todas as alterações observadas

- Instituir terapêutica apropriada imediatamente ao sinal de qualquer lesão tecidual
- Reposicionar o cliente acamado com mobilidade reduzida, no mínimo a cada 2 horas para aliviar a pressão
- Utilizar uma programação sistematizada de mudança de posicionamento
- Orientar e garantir a mobilização do cadeirante em posição sentada a cada 1 hora
- Utilizar itens que possam ajudar a reduzir a pressão, como travesseiros e colchões para redução de pressão, acolchoamento de espuma, e outros
- Garantir um plano nutricional com a quantidade necessária de calorias, proteínas, vitaminas e minerais
- Fornecer e incentivar a ingestão

diária adequada de líquidos para hidratação. • Incentivar e auxiliar na estruturação de atividades físicas • Manter a pele limpa, seca e hidratada • Prevenir dermatites associadas à incontinência evitando o contato com urina e fezes, higienizando após eliminações e utilizando cremes de barreira, se necessário • NÃO massagear áreas com sinais de ulceração • Não utilizar almofadas em forma de anel, pois não garantem o princípio de distribuição da pressão.

Salientar que é necessário que o cuidado esteja alerta sobre a urina e as dejeções da paciente. Que fique atento a fralda , que caso precise troque a fralda e realize higiene íntima, para evitar possíveis infecções nesta área, e evitar maior contaminação da úlcera sacral que a paciente apresenta.

15. CONCLUSÃO

A presença do enfermeiro é de fundamental importância para o atendimento hospitalar, pois com a criação do vínculo-paciente-cuidador e do embasamento teórico-científico permite um melhor plano assistencial voltado para as reais necessidades do paciente através da sistematização da assistência de enfermagem.

Esse estudo de caso nos possibilitou maior gama de conhecimentos e experiências vivenciadas no ambiente hospitalar para atuação profissional como enfermeiras vivenciando a realidade e de como prestar uma assistência eficaz.

16. REFERÊNCIAS

- 1.** ALMEIDA SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. Ver. Neurocienc 2012. p. 481-482.
- 2.** BARROS E, MACHADO A, et al. Medicamentos de A a Z. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 3.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- 4.** GUIMARÃES MQ, ROCCO, JR. Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em um Hospital Universitário. Rev. Bras Pneumol. 2006 p. 339-46.
- 5.** LOPES FM, LÓPEZ MF. Impacto do sistema de aspiração aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev. Bras Ter Intensiva. 2009. P. 80-88.
- 6.** CARRILLHO MC, GIRON CM, MEDEIROS EA, SARIDAKI HO, BELEI R, BONAMETI AM, MATSUO, et al. T Pneumonia em UTI: Incidência, Etiologia e Mortalidade em Hospital Universitário. Volume 16 - Número 4 - Outubro/Dezembro 2004.
- 7.** NANDA. Diagnóstico de enfermagem NANDA: Definições e Classificação. NANDA Internacional. Porto Alegre: Artmed; 2012-2014.
- 8.** POMBO NMC; Almeida CP; Rodrigues NLJ. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

- 9.** PONTES-NETO OM, OLIVEIRA –FILHO J, MARTINS SCO, FREITAS GR, PIERRI A, MORO CHC, et al e Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia. Rev Neuropsiquiatria 2009; p. 940-950.

- 10.** QUEIROZ TP, SANTOS PL, ESTEVES JC, STELLIN GM, SHIMUZI AS, JUNIOR WB, et al .Dipirona versus paracetamol no controle da dor pós-operatória. Rev. odontol. UNESP [online]. 2013, vol.42, n.2, pp. 78-82. ISSN 1807-2577. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000200002>>.

- 11.** SMELTZER SC, BARE BG, HINKLE JL,CHEEVER KH. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 11ª ed. Vol 01 e 02. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2008.

- 12.** SOUZA SEM. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. USP. 2009.

- 13.** VIANA LD, SILVA SE. Guia de Medicamentos e Cuidados de Enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

- 14.** YAMAMOTO FI. Doenças Cerebrovasculares. Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. USP.

ANEXO A

Fotos do acompanhamento no cuidado com T.E e segunda avaliação do exame físico

data 06/03/2015,



1-UPP GRAU 02 COM TECIDO CICATRICAL EM REGIÃO DORSAL.



**3- UPP EM REGIÃO SACRAL
IRRIGADA COM SF 0,9%.**



2- UPP GRAU 04, REGIÃO SACRAL, SENDO REMOVIDO CURATIVO PRIMÁRIO. GRANDE AREA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO, BORDAS IRREGULARES COM AREA DE NECROSE.



- 4. UPP EM REGIÃO SACRAL, GRAU 04 COM TECIDO DE GRANULAÇÃO, BORDAS IRREGULARES E AREA DE NECROSE NA BORDA, SANGUINOLENTA.**



- 5. UPP EM REGIÃO SACRAL GRAU 04 COM EXPOSIÇÃO DA AREA DE NECROSE PROXIMO A BORDA, GRANDE AREA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO E BORDAS IRREGULARES.**



6 e 7- UPP EM REGIÃO TROCANTERICA GRAU 03 COM ESFACELO TECIDO DE GRANULAÇÃO E BORDAS GROSSAS E IRREGULARES ESCURECIDAS E UPP EM 01 GRAU COM TECIDO DE CICATRIZAÇÃO.



ANEXO B

FOTOS DE CUIDADO PRESTADO SUPERVISIONADO EM 11/03/2015



- 1- UPP EM REGIÃO SACRAL GRAU 04 COM COBERTURA PRIMARIA ADERIDA, BORDA IRREGULAR E ESCURECIDA E TECIDO DE GRANULAÇÃO.



- 2- UPP GRAU02 EM REGIÃO CALCANEA MMID COM TECIDO CICATRICAL E ESFACELO, BORDAS ESCURECIDAS.



3- UPP GRAU 02 COM TECIDO CICATRICAL E ESFACELO EM MMID EM REGIÃO CALCANEA.



4- UPP EM REGIÃO MALOLAR EM MMIE COM BORDAS IRREGULARES ENEGRECIDA E TECIDO DE GRANULAÇÃO.



5-UPP GRAU 03 EM REGIÃO TROCANTERICA COM ESFACELO, BORDA IRRGULAR E ENEGRECIDA E TECIDO DE GRANULAÇÃO. UPP GRAU 01 EM PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO AO REDOR.

ANEXO C
ACOMPANHAMENTO SUPERVISIONADO COM PROFESSOR NO DIA 18/03/2015



**1- UPP GRAU 02 EM REGIÃO
MALEOLAR EM MIE
CARACTERIZADA
POR TECIDO DE GRANULAÇÃO
BORDAS ENEGRECIDAS
E IRREGULARES.**

2-



**UPP EM REGIÃO CALCANEA MID
COM TECIDO CICATRICAL
E ESFACELO BORDA REGULAR.**

3 E 6 -UPP EM REGIÃO CALCANEA MMD GRAU 02 COM TECIDO CICATRICIAL E ESFACELO BORDA REGULAR.



7-UPP EM REGIÃO SACRAL GRAU 04 COM TECIDO DE GRANULAÇÃO, ESFACELO E BORDA IRREGULAR.



8-UPP EM REGIÃO SACRAL GRAU 04 SENDO REMOVIDO O CURATICO PRIMARIO.



9E 10-UPP EM REGIÃO TROCANTERICA GRAU 03 COM ESFACELO, TECIDO DE GRANULÃO E BORDA IRREGULAR.



ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

EU, José Batista de Andrade autorizo as Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Beatriz Almeida Santos e Rosieli Perreira dos Santos, a documentarem o caso clínico da Sr^a Lúzia de Jesus Andrade e usarem fotografias.

Objetivo do estudo:

Realizar um estudo clínico a respeito da patologia, na disciplina de Habilidades e Atitudes em Saúde II. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome não será divulgado. As imagens e informações serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em permitir o uso da fotografia.

Sr.(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o nome do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desconfortos, riscos e benefícios:

Não existirá risco e desconforto para você que autorizar a utilização das imagens no caso clínico. Participando deste estudo, estarei ajudando a fundamentar uma metodologia para um melhor entendimento/assistência para a implantação e efetivação dos cuidados ao paciente com este mesmo tipo de patologia.

Fui informado (a) de que a pesquisa não trará nenhum risco para a minha saúde e que minha identidade não será revelada.

Assim, EU fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e aceitei autorizar o uso das imagens. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão em participar, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Assinatura do responsável pelo sujeito da pesquisa

Rosieli Perreira dos Santos, Beatriz Almeida Santos,

Assinatura do pesquisador:

Professora Responsável:

Mariângela Da Silva Nunes

Lagarto, 03 de03..... de ...2015