

Escola Técnica Federal de Santa Catarina
Unidade de Educação em saúde de Joinville
Curso Técnico de Enfermagem

27 NOV 2002 0 2 5 4

Relatório de Estágio Curricular

REL ENF
0065

CEFET-SC BIBLIOTECA

CEFET - UE Joinville



1625

REL ENF

0065

Relatório de estágio curricular

Carla Fernanda de Barros
Mafra
Outubro de 2002



TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A **EMPRESA FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF 80.485.212/0001- 45**, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada pelo, **Sr. Ênio Miguel de Souza**, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) **ESTAGIÁRIO(A) Carla Fernanda de Barros**, matriculado(a) na 2ª, 3ª e 4ª fase do Curso Técnico de Enfermagem cód (59) e a **ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais, **Valéria Magalhães Rodrigues**, na qualidade de **Coordenadora do Serviço de Integração Escola- Empresa, SIE-E**, acertam o seguinte, na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/1977 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82.

Art. 1º - O(A) ESTAGIÁRIO(A) desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

Art. 2º - A ETF/SC analisará programa de atividades elaborado pela Empresa, a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO(A), em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

Art.3º - O Estágio será de 756 (Setecentas e cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
288 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	09/07/2001 a 08/11/2001
198 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	21/01/2002 à 31/05/2002
270 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	08/07/2002 à 30/10/2002

Parágrafo 1º - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

Parágrafo 2º - Tanto a EMPRESA, a ESCOLA ou o (a) ESTAGIÁRIO(A) poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o Estágio, mediante comunicação por escrito.

Art. 4º - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como Supervisor interno de Estágio o(a) Sr(a). Roni Regina Miquelluzzi, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO(A).

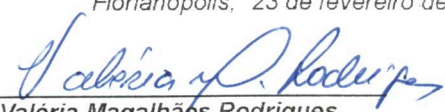
Art. 5º - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

Art. 6º - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7º - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o(a) ESTAGIÁRIO(A) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice nº 36728 da Companhia **Sul América Seguros.**

Art. 8º - Fica firmado o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.


EMPRESA
Assinatura e Carimbo

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2001.

Valéria Magalhães Rodrigues
Coordenadora do SIE-E/ETF-SC


ESTAGIÁRIO


Testemunha



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a) Carla Fernanda de Barros **Matrícula:** 0117062-0 **Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.**
Supervisor na Empresa: Roni Regina Miquelluzzi **COREN:** 54068

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	09/07/2001 a 07/08/2001 01/10/2001 a 08/11/2001	<ul style="list-style-type: none">Fundamentos de EnfermagemClínica Médica – UTI e Emergência	288 h
2. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	21/01/2002 a 13/02/2002 15/04/2002 a 31/05/2002	<ul style="list-style-type: none">Clínica Cirúrgica – CME – C. CirúrgicoMaterno Infantil	198 h
3. Maternidade Dona Catarina Kuss Ambulatórios da Rede Municipal Hospital São Vicente Hospital Rio Negro	15/04/2002 a 31/05/2002 08/07/2002 a 31/07/2002 21/10/2002 a 30/10/2002 07/10/2002 a 16/10/2002	<ul style="list-style-type: none">Materno InfantilSaúde PúblicaAdministraçãoPsiquiatria	270 h

Carla Fernanda de Barros

Estagiário(a)
Assinatura

Roni Regina Miquelluzzi
Supervisor na Empresa
Assinatura

[Assinatura]
Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo
ROSANE APARECIDA DO PRADO
GERENTE EDUCACIONAL DE
FORMAÇÃO E-ETFSO

Dedicatória

A vocês, que em todo este caminho, estiveram ao meu lado, guiando-me com muito carinho e amor, dando-me fé e esperança, fazendo-me acreditar em mim mesma.

Agora que consegui, penso saber bastante, mas não aprendi algo ainda, tão eficiente que possa substituir um “Muito Obrigado”.

“Dedico toda minha conquista a meus familiares e amigos”.

Agradecimento

Agradeço aos meus colegas do hospital Vicente de Paulo por toda a força, confiança e paciência em mim depositada em todo este tempo de dedicação e trabalho, em busca da vitória que hoje eu conquisto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. A EMPRESA	6
3. ESTUDO DE CASO	7
3.1 Anamnese	8
3.2 Dados e identificação do cliente	8
3.3 Diagnóstico - Principal e secundario	9
3.4 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	10
3.5 Hemotórax e Pneumotórax	13
3.6Pneumotórax Hipertensivo	14
3.7 Principais sinais e sintomas do Pneumotórax	15
3.8 Enfisema subcutâneo	16
3.9 Tratamento clinico do Pneumotórax.....	17
3.10Tratamento Farmacológico do pneumotórax.....	18
3.11 Assistência de enfermagem quando ao pneumotórax.....	20
3.12 CONCLUSÃO	21
4. REFERENCIAS	22

INTRODUÇÃO

Ao ingressar em um curso técnico, tem-se como principal objetivo adquirir uma atividade especializada, com destreza e conteúdo para vencer as mais custosas exigências do mercado atual.

Além de uma completa formação prática e teórica, é necessário ao novo profissional a apresentação de todo o conteúdo desde o início até a conclusão do curso.

No ano de 2001 de 9 de julho a 7 de agosto realizou-se o estágio de Fundamentos II na associação de Caridade São Vicente de Paulo e Maternidade Dona Katarina Kuss ambas na cidade de Mafra com a supervisão das enfermeiras Diva Krausuk e Elis Caus. Foram realizadas os procedimentos básicos de enfermagem. De 1 de outubro a 8 de novembro na associação de Caridade São Vicente de Paulo aconteceu o estágio de Clínica Médica II com as supervisoras Diva Krausuk e Graciele de Matia. Foram administrados procedimentos nos setores de enfermagem, UTI hemodiálise e radiologia também iniciando o estudo de caso para o presente relatório.

Já no ano do 2002 em 21 de janeiro iniciou o estágio de Centro e Clínica cirúrgica na Associação de Caridade São Vicente de Paulo com a supervisão das enfermeiras Diva Krusuk, Ondina Machado e Débora Rinaldi. Realizaram-se cuidados e estudos “pré, trans e pós-operatório.” Entre 15 de abril e 31 de maio, na Associação de Caridade São Vicente de Paulo e Maternidade Katarina Kuss e Unidade Sanitária de Mafra, foi realizado o estágio de Obstetrícia, Neo-natologia e Pediatria, com a supervisão das enfermeiras Andréa Nassif e Denise Dallagnol em que foram realizados procedimentos específicos na área.

Entre 08 a 31 de julho de 2002 em Unidades de Saúde da região com as supervisoras Denise Dallagnol e Sílvia Dias concluiu-se o estágio de Saúde Pública com procedimentos básicos e trabalho com a comunidade.

Em 25, 26 e 27 de setembro com a supervisão da enfermeira Rosemari na cidade de Porto União realizou-se o estágio de Psiquiatria onde se realizavam cuidados e procedimentos básicos aos pacientes com distúrbios mentais.

A parte de Administração Hospitalar ocorreu na Associação de Caridade São Vicente de Paulo com a supervisão da enfermeira Graciele de Matia, em que foram praticadas teorias dadas em sala de aula.

Em 11 de outubro do presente ano, concluiu-se o Curso de Técnico em Enfermagem, realizado em Mafra, iniciado em 17 de fevereiro do ano de 2001.

O Estudo de Caso constante nesse relatório foi realizado durante o estágio de Clínica Médica no Hospital São Vicente de Paulo com o objetivo de relacionar as manifestações clínicas apresentadas pelo cliente, diagnóstico e cuidados de enfermagem com pesquisas bibliográficas.

HISTÓRICO DA EMPRESA: HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Em 1936 foi realizada uma primeira reunião com representantes da comunidade Mafrense com a idealização do Hospital São Vicente de Paulo.

Depois disso em 21 de fevereiro de 1943, nova reunião deu início à “campanha Pró-Hospitalar de Mafra”, culminando com a instituição da Associação de Caridade São Vicente de Paula. Assim ficou também instituída a primeira diretoria. Naquela mesma reunião, foi eleita a comissão responsável pela elaboração dos estatutos da Associação, cujo anteprojeto foi apresentado na reunião no dia 14 de março daquele ano e devidamente publicado no diário oficial em maio de 1943.

Em reunião aos 16 de maio de 1943, autorizava-se então a confecção da planta do edifício.

O terreno adquirido localizava-se na então denominada fazenda São Miguel, compreendendo no local onde hoje se situa a praça Barão do Rio Branco, ao lado de uma das principais avenidas da cidade.

Em 28 de novembro ainda em 1943 lançava-se então a pedra fundamental que marcaria o início da construção Hospital, contando com a presença de autoridades locais e estaduais.

Desde a inauguração do Hospital São Vicente de Paulo, a preocupação com a excelência no atendimento e a conseqüente aquisição de máquinas e equipamentos de última geração, aliado a qualificação de seu capital humano, vem sendo prioritária para a administração.

Hoje já são 50 anos de excelência no atendimento, de parceria entre Associação São Vicente de Paulo, diretoria do hospital, funcionários, colaboradores, comunidade e empresariado local.

Em área construída de 648655 metros quadrados, conta atualmente com, 86 leitos disponíveis dos quais 6 são da UTI, com 115 funcionários e corpo clínico de 65 profissionais da medicina. O São Vicente de Paulo tem faturamento bruto mensal estimado em R\$ 100 mil.

O serviço terceirizado: laboratório, hemodiálise, tomografia, fisioterapia, endoscopia, ultra-sonografia.

Recentemente houve a inauguração do novo centro cirúrgico com 5 salas de cirurgia e demais dependências.

ESTUDO DE CASO

3.1 Anamnese:

Internou-se nessa unidade de saúde acompanhada pela filha, de cadeira de rodas, paciente com 70 anos, obesa, com quadro de Dispneia e Cianose.

Durante a noite apresentou regressão no estado geral e foi transferida para a UTI, onde foi administrado O₂, com cateter nasal em 5 litros/mim, foi diagnosticado através dos exames radiológicos “Pneumotórax” então, realizou-se dreno pleural em região torácica.

Após 2 dias, recebeu alta da UTI, ainda com dispneia, dor no peito, tosse. Permanecia com O₂ em 2 litros/mim e drenagem pleural. Durante a noite teve aumento de dispneia e cianose com início de edemas em região da face e pescoço diagnosticado como enfisema subcutâneo, o qual teve aumento nos dias seguintes, também progredindo a dispneia, cianose com náuseas, vômitos e astenia geral. Na manhã seguinte após prescrição, realizou-se um novo raioX o qual acusou um deslocamento no dreno pleural em região torácica. Imediatamente foi realizada uma nova drenagem agora em região intercostal.

Nos dias seguintes, observou-se uma boa evolução da paciente na dispneia e enfisemas, a tosse ficou menos intensa e com expectoração em grande quantidade de secreção serosanguinolenta. Passados alguns dias, paciente deambulou com auxílio e aceitou bem a dieta. As eliminações estiveram presentes em quantidade considerada normal. O tratamento seguiu com uso de antibióticos, broncodilatadores, analgésicos, diuréticos e inalações, também utilizou-se soroterapia.

Após alguns dias a paciente apresentava-se com dispneia moderada, tosse com pouca expectoração, leve algia em região precordial, deambulava, e com exames diagnosticou-se ausência de pneumotórax.

Recebeu alta Hospitalar, com orientação sobre uso de antibióticos e broncodilatadores para tratar em domicílio por V.O. Saiu deambulada acompanhada por familiares.

3.2 Dados e identificação do cliente

Natural da cidade de Papanduva, reside em Mafra desde o início da adolescência. Iniciou aos 18 anos, ainda solteira o uso do tabaco. Dois anos depois casou e foi morar em sua casa própria no bairro Vila Nova nesta cidade.

Nos seguintes anos teve 5 gestações, entre elas 2 abortos e 3 partos normais. Há 10 anos iniciou a dispnéia, tosse, respiração estertorosa.

Procurou serviço público de saúde e em consulta com médico.

Clínico-geral foi diagnosticado DPOC-Bronquite Crônica – os cuidados nunca foram rigorosos, o uso do tabaco sempre foi contínuo. As internações hospitalares passaram ser mais freqüentes conforme a idade avançava. No ano de 1998 no mesmo local, do presente estudo, através da orientação do ginecologista realizou-se perineoplastia. A recuperação foi breve. Ainda nesse ano diagnosticou-se pela primeira vez, Pneumotórax Hipertensivo. Foram cinco dias de internação hospitalar com tratamento clínico e farmacológico.

Desde então foram mais duas internações com quadro de dispnéia, tosse, respiração ruidosa. Hoje com 70 anos ainda fumante, deu entrada ao estabelecimento conforme apresentação para tratamento do caso aqui relatado.

Dispende

3.3 Diagnóstico

O Diagnóstico Principal é DPOC - Bronquite Crônica.

O diagnóstico Secundário é Pneumotórax.

3.4 Conceito de Doença

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma classificação ampla que inclui um grupo de patologias associadas a obstrução crônica do fluxo aéreo que entra ou deixa os pulmões.

A obstrução da via aérea causa resistência aumentada ao fluxo. Então incluídos a bronquite crônica, o enfisema e a asma. Basicamente a pessoa com DPOC apresenta (1) excessiva secreção do muco no interior das vias aéreas não devida a causas específicas (bronquite). (2) aumento do tamanho dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais com a perda das paredes alveolares e da capacidade elástica dos pulmões (enfisema) e (3) estreitamento dos brônquios que varia de intensidade (asma). Como resultado, há um subsequente dano à dinâmica das vias aéreas – obstrução de fluxo aéreo. Há frequentemente uma superposição destas condições.

Alguns estudos apóiam a tese que a DPOC é uma doença de interação genética e ambiental; o fumo de cigarros e a poluição do ar podem contribuir para seu desenvolvimento.

Este é um aspecto patológico que pode levar de 20 a 35 anos para se manifestar. Ela parece começar bem cedo na vida e progredir lentamente muitos anos antes do início dos sintomas clínicos e prejuízo da função pulmonar.

Bronquite Crônica - Conceito

A bronquite crônica é caracterizada pela excessiva secreção mucosa, tosse e dispnéia associadas a infecções recorrentes do trato respiratório inferior e frequentemente a reduzida capacidade de ventilar os pulmões.

Fisiopatologia:

O maior problema do paciente é a produção protraída e abundante de exsudato inflamatório que enche e obstrui os bronquíolos e é responsável por tosse persistente e produtiva e dispnéia. Esta irritação constante leva à hipertrofia das glândulas produtoras de muco, hiperplasia das células e produção aumentada de muco levando o tamponamento e estruturamento brônquicos. Os alvéolos adjacentes aos bronquíolos podem ser lesados e fibrosados. Maior estreitamento brônquico se sucede produzido por estas alterações fibróticas das vias aéreas como o tempo, alterações irreversíveis podem ocorrer com resultante enfisema ou bronquiectasia.

Uma grande gama de infecções virais, bacterianas e por micoplasma pode produzir episódios de bronquite. Esta é encontrada em pessoas que fumam exageradamente ou que são expostas aos poluentes do ar. Fatores hereditários também representam um papel no seu desenvolvimento.

Exacerbações da bronquite crônica são mais propensas a ocorrer durante os meses de inverno. A inalação de ar frio produz broncoespasmo em pessoas sensíveis. A bronquite progressiva, quase invariavelmente, resulta em doença pulmonar obstrutiva crônica.

Pela natureza incapacitante da bronquite, todo esforço deve ser dirigido à prevenção. Uma importante medida é evitar os irritantes respiratórios, particularmente o fumo de cigarro. Pessoas propensas a infecções respiratórias devem ser imunizadas contra agentes virais comuns com vacinas contra gripe e para *Streptococcus pneumoniae*.

Todas as pessoas com infecção respiratória alta devem receber o tratamento apropriado, incluindo antibióticos baseados em culturas e testes de sensibilidade ao primeiro sinal de escarro purulento.

Os principais objetivos do tratamento são manter a permeabilidade das vias aéreas periféricas e facilitar a remoção dos exsudatos brônquicos.

Alterações no padrão de escarro (natureza, cor, quantidade, viscosidade) e da tosse são sinais importantes que devem ser observados. As infecções bacterianas recidivantes são tratadas com antibioticoterapia que é direcionada pelos testes de sensibilidade.

Para facilitar a remoção de exsudatos brônquicos, são administrados broncodilatadores para aliviar o broncoespasmo e reduzir a obstrução das vias aéreas; assim a distribuição dos gases e a ventilação alveolar são melhoradas. A drenagem postural e a percussão torácica após este tratamento geralmente são

úteis. Quando o broncoesparmo é agudo à água (tomada por via oral ao parenteral) é uma parte importante da terapia, já que a hidratação adequada ajuda o paciente a expectorar infecções. Corticóides podem ser pesados quando o paciente não responde a medidas mais conservadoras.

Em alguns casos, nos quais há bronquiectasias subjacentes, a drenagem postural é importante. O paciente deve parar de fumar já que este habito causa broncoconstrição, paraliza a atividade ciliar e inativação do surfactante. Os fumantes também são mais susceptíveis a infecção brônquica. Basicamente o tratamento médico, o manejo de enfermagem e a educação do paciente são semelhantes aos dos pacientes com enfisema pulmonar.

3.5 Hemotórax e Pneumotórax: Conceito e Fisiopatologia

Geralmente as lesões torácicas graves são acompanhadas de coleção de sangue na cavidade pleural (hemotórax) como resultado de lesão de vasos intercostais, laceração dos pulmões ou de escapamento de ar de um pulmão lesado para cavidade pleural (Pneumotórax), freqüentemente são encontrados sangue e ar na cavidade torácica.

O pulmão deste lado do tórax é comprimido, o que interfere na função normal.

A seriedade do problema depende da quantidade e da velocidade do sangramento torácico. A aspiração com agulha (toracomtense) e a drenagem torácica com tubo do sangue o ar permite a descompressão da cavidade pleural para que o pulmão seja capaz de expandir e novamente realizar sua função na respiração.

3.6 Pneumotórax Hipertensivo: Conceito/Fisiopatologia

Em alguns pacientes o ar pode ser preso na cavidade através de uma laceração no pulmão ou um pequeno orifício na parede torácica.

Neste caso, o ar entra na cavidade torácica em cada inspiração, mas fica preso; Ele não consegue sair através do pequeno orifício na parede torácica ou da via cutânea lacerada.

Uma pressão desenvolvida no interior da cavidade pleural, o que produz um colapso no pulmão e pode mesmo empurrar o coração e até mesmo os vasos para o lado não afetando o tórax. Isto não só interfere na respiração, mas também prejudica a função circulatória, porque a pressão intratorácica aumentada compromete o retorno venoso ao coração levando a diminuição do débito cardíaco e ao prejuízo circulação periférica. O quadro clínico é de dispnéia, agitação, hipotensão e cianose.

O alívio desde “pneumotórax hipertensivo” deve ser encarado como uma medida de urgência.

3.7 Principais sinais e sintomas do Pneumotórax

Os primeiros sinais e sintomas do Pneumotórax são:

- a) Tosse produtiva sem expectoração
- b) Dispnéia
- c) Cianose
- d) Dor torácica
- e) Agitação
- f) Hipotensão

3.8 Enfisema subcutâneo

Quando pulmão ou veias aéreas são lesados, o ar pode entrar nos planos teciduais e deslocar-se por uma distancia sob a pele, como ate o pescoço, o tórax etc. os tecidos dão uma sensação de instalar quando palpados e o ar subcutâneo produz uma aparência alarmante da face, do pescoço, do subcutâneo por si não é complicação séria. O ar subcutâneo é absorvido quando o extravasamento é tratado ou cessa espontaneamente. Em casos graves, quando há enfisema subcutâneo disseminado, uma traqueostomia é indicada para assegurar e permeabilidade da área.

3.9 Tratamento clínico do Pneumotórax: Descopressão de ar na cavidade pleural

A toracocentese imediata é realizada para aliviar a pressão do interior do tórax. Quando pulmão se expande e não há vazamento contínuo do pulmão. Não é necessário posterior drenagem. Quando o pulmão ainda está vazando, o que evidenciado pela reacumulação de ar durante a toracocentese então uma saída permanente de ar deve ser providenciada pela drenagem com tubo torácico de grande calibre em selo d'água.

Em uma situação de emergência um pneumotórax hipertensivo pode rapidamente ser transformado em pneumotórax simples pela inserção de uma agulha de grosso calibre no espaço pleural, o que alivia a pressão, permitindo a saída do ar intratorácico para o exterior. Um tubo torácico pode então ser inserido e conectado a um aspirador para remover o ar e o líquido remanescentes e reexpandir o pulmão.

Repouso no leito é recomendado para gastar menos energia e manter o descanso, controle da dispnéia.

A Fisioterapia Respiratória também é necessária.

3.10 Tratamento Farmacológico

Foram ministrados:

a) Soroterapia

Solução de glicose em S % 1.000 ml/dia

b) Anti úlceras / antiácidos

Antak / Ranitidina 50 mg Ev 3x dia. O principio ativo do Antak, a ranitidina, é um antagonista H_2 da histamina, de rápido inicio de ação. Seu efeito inibitório sobre a secreção basal ou estimulada de ácido gástrico se faz tanto através da redução de volume da secreção como de seu conteúdo em acido e pepsena.

- Indicações: Antak injetável está indicado no tratamento de ulceras duodenais, esofagite de refluxo e estados hipersecretores patológicos, sempre que recomendado a administração parenteral, bem como nas seguintes condições das quais é necessário reduzir a secreção gástrica e a produção de acido.


- Precauções: em pacientes idosos- em ensaios clínicos, as taxas de cicatrização de úlcera em pacientes com 65 anos ou mais não se mostraram diferentes das observadas em pacientes mais jovens. Alem disso, não houve diferença na incidência de efeitos adversos.

c) Broncodilatadores

- Bricanyl: Terbutalina 1 ml Ev 3x/ dia

- Indicações: Asma Brônquica, bronquite crônica, enfisema e outra pneumopatias que apresentam broncoespasmo.

- Precauções: bricanyl deve ser usado com cuidado devido a risco de hiperglicemia recomenda-se realizar testes adicionais, de glicose sanguínea em pacientes diabéticos

 - Berotec: Fenoterol 6 gts em inalação VN 4x/ dia

- Indicações: tratamento sintomático de crises agudas de asma. Tratamento sintomático de asma brônquica e outras enfermidades com constrição reversível das vias respiratórias, como bronquite obstrutiva crônica, enfisemas.

- Precauções ao uso prolongado: Deve ser evitado usando apenas aos momentos de exacerbação dos sintomas. Principalmente em casos de uso continuo, os pacientes deviam ser reavaliados para a administração do

tratamento antiinflamatório, a fim de controlar a inflamação das vias respiratórias e prevenir as danos de longo prazo.

e) - Atrovent: Brometo de Ipratropio 20 gts inalação/ 4x dia

- Indicações: Atrovent solução para inalação é indicado para o tratamento de exacerbação aguda da bronquite crônica. Também é indicado para o tratamento da crise aguda de bronspasmos em paciente asmático, devendo ser usado em combinação com uma medicação beta-2-agonista.

- Precauções: Atrovent solução para inalação contém como conservante o cloreto de benzaconio. Em casos isolados esse conservante pode causar broncoconstrição.

3.11 Assistência de enfermagem quando ao pneumotórax

- a) Repouso no leito: esforço físico excessivo pode aumentar a dispnéia, deslocar o cateter (em caso do paciente estar com cateter torácico)
- b) Alimentação adequada CPM: em casos de paciente hipertenso, hipotenso, portador de diabetes... É importante a orientação da enfermagem, contribuindo assim o bem estar do paciente.
- c) Controle de sinais vitais: verificar PA, P, T e MR pelo menos em 6/6h.
- d) Observação quando a expectoração (quantidade, aspecto...) tosse, dispnéia, dores, cianose..
- e) Se o paciente estiver recebendo oxigenioterapia; observar se o lugar do cateter está correto, se a quantidade de oxigênio recebida está de acordo com a necessidade do paciente, troca diária de água destilada presente na umidificador.
- f) Cuidados quanto à soroterapia.
Posição e conforto do paciente
Cuidados rigorosos quanto às técnicas assépticas
Manutenção de numeras de gotas prescritas
Qualquer tipo de queixa devera ser observada
Observar se o lugar do cateter está correto (notando presença de flebite, soroma, ardência, rubor no local...)

3.12 CONCLUSÃO

Em tempos de poluição do ar, água, de agrotóxicos e fácil acesso a drogas, nosso organismo está cada vez mais exposto a agentes destruidores do ambiente, assim sendo, aparecem problemas de saúde, patologias ligadas ao sistema respiratório, cardiovascular, nervoso central e dermatológicos que são os mais comuns registrados.

A DPOC principalmente em regiões de climas mais baixos torna-se uma grande vilã nas causas de internações, complicações e óbitos, sendo que uma das principais causas deste problema é o uso do cigarro em fumantes passivos ou não.

Muitos pneumopatas tabagistas, iniciaram o vício muito cedo sendo que alguns anos após foi diagnosticado a patologia e apresentou progressão com o passar dos anos.

Hoje é bem esclarecido aos fumantes os males que a droga traz à saúde, mas estatísticas mostram que estão cada vez usando mais e com menos idade.

Foi dentro do estágio de Clínica Médica que tivemos plenas oportunidades, para visão e realização de cuidados intensivos ao cliente, podendo assim, relacionar as teorias, com os sinais e sintomas apresentados, estudar a fisiopatologia, e descobrir a assistência adequada para cada um.

Data

Assinatura

REFERENCIAS

BRUNNER, Sabatik e . **Enfermagem médico cirúrgica**: volume 2, 1983.

Rever no
Manual como
fazer referencias.