

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CEFET-SC BIBLIOTECA

ESTUDO DE CASO: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

REL ENF
0069

CEFET - UE Joinville



1629

REL ENF

0069

Estudo de caso

JOAQUINA MARTINS SOARES

JOINVILLE
OUTUBRO/2002

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	03
1. ESTUDO DE CASO: I. R. C.....	04
1. 1 APRESENTAÇÃO	04
1. 2 ANAMNESE.....	04
1. 3 EXAME FÍSICO	05
2. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E SECUNDÁRIO.....	06
2. 1 CONCEITO DA DOENÇA: DIABETES MELITUS.....	06
2. 1. 1 FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA	06
2. 1. 2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	07
2. 1. 3 CUIDADOS BÁSICOS.....	07
2. 2 CONCEITO DA DOENÇA: I. R. C	08
2. 2.1 FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA	08
2. 2. 2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	08
2. 2. 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	09
2. 3 NEFROPATIA DIABÉTICA	09
3. HIPERTENSÃO ARTERIAL	09
3. 1 SINAIS E SINTOMAS	10
4. DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA... 11	11
4.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	11
5. O PERITÔNIO.....	12
6. ANATOMIA DO RIM	13
7. EXAMES REALIZADOS.....	13
7. 1 SOROLOGIAS.....	14
8. TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	14
8. 1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	15
8. 2 TRATAMENTO CLÍNICO.....	15
9. ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO	15
10. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	16
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS.....	21

INTRODUÇÃO

Durante a realização do curso técnico de enfermagem no período de 02 de abril de 2002 à 11 de outubro de 2002, oferecido pelo Centro Federal de Educação de Santa Catarina, ministraram-se aulas teóricas, na primeira fase do curso e na segunda fase, estágio nos setores do Hospital Regional Hans Dieter Schimidt.

Setores: Infectologia, cirúrgico, clínico, psiquiatria, unidade de terapia intensiva, centro de esterelização de materiais, centro cirúrgico e pronto socorro.

Fizemos também estágio de neonatologia, obstetrícia e cuidados ao recém nascido na Maternidade Darci Vargas e saúde pública no Posto de Saúde do Centro Social Urbano do Iririú. Em todas as fases os estágios foram intercalados com aulas teóricas.

Objetivos do estágio: Identificar as patologias, prestar assistência de enfermagem integral e específica ao cliente, prepará-lo desde o ponto de vista psicológico até o fisiológico, orientar para a recuperação, o auto-cuidado, a prevenção, a imunização e buscar reintegrá-lo à sociedade.

1. ESTUDO DE CASO: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA

1.1 APRESENTAÇÃO

Este estudo de caso foi realizado durante o estágio no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, visando acompanhar o tratamento e conhecer a patologia apresentada pelo paciente.

O paciente A.X.S., acometido de Insuficiência Renal Crônica devido à nefropatia diabética, internou-se nesta instituição no dia 14 de maio de 2002, para tratamento clínico e medicamentoso.

A realização deste estudo de caso foi possível através de dados obtidos no prontuário médico, através de informações fornecidas pelo paciente, por sua filha e por pesquisas bibliográficas.

1.2 ANAMNESE

O senhor A.X.Z., nascido no dia 15 de agosto de 1942, natural de Caçador, de religião Testemunha de Geová, aposentado, trabalhou 35 anos como operador de máquinas estudou até a quarta série. Reside em Santa Cecília com a família, esposa, três filhos e uma neta, em casa mista com saneamento básico, telefone e condução própria.

O paciente é portador de insuficiência renal crônica há seis meses, diabético não insulino dependente há dez anos, iniciou tratamento hemodialítico no dia 29 de março de 2002, em Mafra, onde fazia hemodiálise três vezes por semana, quatro horas por dia, por cateter duplo lúmen. Internou-se para implante de cateter de CAPD (Swan Neck) e confecção de fistula artério venosa (FAV) no dia 11 de abril de 2002.

No dia 25 de abril de 2002 seus familiares iniciaram treinamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua. O mesmo iniciou a CAPD em 30/04/02 com prescrição médica de quatro trocas ao dia.

Em 14 de maio de 2002, internou no HRHDS para investigação pois o mesmo apresentava queda do estado geral, emagrecido, hipocorado e com confusão mental. Recebeu alta hospitalar no dia 17 de maio de 2002, por solicitação da família devido as dificuldades, por estarem longe de casa, os

mesmos assinaram um termo de responsabilidade e foram orientados quanto aos riscos.

O paciente e seus familiares optaram pelo tratamento de CAPD devido à distância entre Santa Cecília e Mafra, para fazer hemodiálise e por motivos religiosos, pois o mesmo é Testemunha de Geová e não aceita transfusão sanguínea.

1.3 EXAME FÍSICO

Paciente de 60 anos, sexo masculino, hipertenso, diabético tipo II, insuficiência renal em programa de diálise peritoneal e dependência social. Apresenta-se com períodos de confusão mental, deambulando com desvio da marcha e auxílio dos familiares. Conforme informações da filha, paciente sofreu queda há 4 dias e evoluiu para desorientação e períodos de esquecimentos.

Ao exame físico:

Desorientado, colaborativo, emagrecido, hipocorado, eupneico, acianótico, anictérico, bons hábitos de higiene. Pele seca descamativa. Faz uso de prótese dentária inferior e superior. Acuidade visual diminuída (amaurose).

PA=120/60 mmHg

P=84bpm

T=36°C

Peso=65Kg

Altura=1,63m

Abdômen globoso, flácido, indolor à palpação, local de saída do cateter com boa fixação e sem sinais inflamatórios (cateter direito). Apresenta hábitos intestinais irregulares, com períodos de obstipação intestinal. Função renal residual ausente (anúrico). Possui fístula artério venosa (FAV) com bom frêmito. Não apresenta edema de MMII, com boa perfusão sanguínea e com pequenas lesões em ambos os pés.

2. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E SECUNDÁRIO

2.1 CONCEITO DA DOENÇA, DIABETES MELITUS

O diabetes melitus, abrange uma série de alterações crônicas ou de evolução prolongada, na qual estão afetadas as formas pelas quais o organismo utiliza os alimentos com o objetivo de reduzir a energia necessária para a vida. No diabetes existe fundamentalmente uma alteração do metabolismo dos carboidratos (açúcares e glicogênio), embora também esteja afetado o metabolismo das gorduras e das proteínas. Existem dois tipos de diabetes, o tipo I e o tipo II; existem também outras doenças, tais como intolerância à glicose, o diabetes na gravidez e o diabetes originados por doenças pancreáticas. Seja qual for o tipo de diabetes, é essencial que seja realizado um controle metabólico supervisionado pelo médico.

2.1.1 FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

No diabetes tipo I, a produção de insulina pelo pâncreas é deficiente ou nula. A ausência de insulina determina que o açúcar não possa entrar nas células para ser utilizado na produção de energia. Os tecidos orgânicos são ávidos pela glicose, a qual no diabetes passa a apresentar níveis sanguíneos perigosamente elevados, este tipo de diabetes inicia-se mais freqüentemente na juventude, embora possa aparecer também em adultos de idade avançada. Cerca de 10% dos pacientes diabéticos apresentam o diabetes tipo I e necessitam receber o tratamento com insulina.

No diabetes tipo II, ou não insulino-dependente, embora o pâncreas produza insulina, esta encontra-se em quantidade muito baixa ou então ela não é efetiva. Além disso, é possível que os receptores da insulina que controlam o transporte de açúcar para o interior das células não funcione adequadamente ou existam em número insuficiente. O diabetes tipo II costuma aparecer em indivíduos com mais de 40 anos. A maioria dos pacientes que apresentam o diabetes do tipo II recentemente diagnosticados costumam apresentar excesso de peso e podem controlar o diabetes através do emagrecimento ou através de uma dieta. Em certos casos, a fim de atingir o controle da glicose, pode ser necessário lançar mão de uma terapêutica farmacológica por via oral ou então utilizar insulina na forma injetável.

2. 1. 2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os níveis elevados de glicose plasmática que estão presentes no diabetes podem danificar os pequenos e grandes vasos sanguíneos, bem como os nervos. O diabetes pode também enfraquecer a capacidade do organismo para enfrentar as infecções. Desta forma, é mais provável que os indivíduos que apresentam a doença passem a ter problemas oculares que condicionem a perda da visão, apresentem nefropatias, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial, circulação sanguínea insuficiente, formigamento das mãos e dos pés, problemas sexuais, amputações e infecções.

2. 1. 3 CUIDADOS BÁSICOS

- Controle de peso e da glicemia;
- Fazer exercícios regularmente;
- Manter as unhas aparadas, mas muito cuidado ao corta-las, pois qualquer infecção pode progredir para conseqüências graves e de risco;
- Não retirar cutículas;
- Fazer controle da saúde periodicamente, controlando a glicose no sangue e na urina;
- Não fumar;
- Fazer dieta, que restringe o açúcar e a gordura, mas deve ser nutritiva e rica em fibras;
- Estimular para participar de grupos de diabéticos;
- Usar os medicamentos, seja oral ou insulina, respeitando a orientação médica e da Enfermagem;
- Ficar atento aos sinais e sintomas da HIPOGLICEMIA e CETOACIDOSE (hiperglicemia) que são as complicações mais freqüentes.

2. 2 CONCEITO DA DOENÇA, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A insuficiência renal crônica é uma deterioração progressiva da função renal, a qual termina fatalmente em uremia (um excesso de uréia e outros produtos de desgastes nitrogenados no sangue)e suas complicações, a menos que a hemodiálise ou um transplante renal seja feito.

2. 2. 1 FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

A IRC pode ser causada por pielonefrite crônica, hipertensão não controlada, obstrução no trato urinário,infecções, hidronefrose, medicamentos, agentes tóxicos e ambientais (chumbo,cadmio, mercúrio cromo), tornando-se necessária a diálise ou transplante renal para manutenção da vida.

A medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo protéico, que normalmente são excretados pela urina, acumulam-se no sangue.Há desequilíbrio da bioquímica sanguínea e dos sistemas cardiovasculares, hematológico, gastrointestinal, neurológico e esquelético. Também são observadas alterações cutâneas e reprodutivas.

2. 2. 2 MANIFESTAÇÕES CLINICAS

Embora em certos casos o início da insuficiência renal seja súbito, na maioria dos pacientes ela começa com um ou mais sintomas deste grupo: letargia, cefaléia, sonolência, vômitos, agitação, alterações mentais e mau hálito etc.,que pode durar semanas. Se um tratamento intensivo for iniciado, a insuficiência renal pode desaparecer. Por outro lado, esses sintomas tornam-se mais evidentes, e outros aparecem se as anormalidades metabólicas da uremia afetarem virtualmente todo o sistema corpóreo. O paciente, gradual ou subitamente torna-se cada vez mais sonolento; sua respiração torna-se do tipo Kussmaul; o coma profundo se desenvolve, sempre com convulsões, as quais podem ser banais contrações musculares ou graves espasmos quase similares àqueles da epilepsia. Uma substância branca em forma de pó,"gelo urêmico", composto principalmente de uratos, aparece na pele. A menos que o tratamento seja bem sucedido, a morte logo sobrevém.

2. 2. 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Pesar diariamente o cliente antes e após a diálise;
- Controlar a ingesta hídrica (o cliente não pode receber mais líquidos do que elimina);
- Controlar a diurese;
- Controlar e orientar sobre a dieta (deve ser hipossódica e hipoproteica);
- Verificar sinais vitais antes, durante e depois da diálise;
- Observar e ajudar na movimentação do cliente, evitando quedas;
- Observar sangramento;
- Manter higiene corporal, hidratando a pele após o banho.

2. 3 NEFROPATIA DIABÉTICA

A nefropatia diabética, é basicamente caracterizada por hipertrofia renal e glomerular, proteinúria persistente, progressivo declínio do RFG e hipertensão. A angiotensina II contribui substancialmente para o gênese desta patologia, por promover vasoconstrição predominante da arteríola eferente e, conseqüentemente, hipertensão glomerular. Além dos efeitos hemodinâmicos, é crescente a evidência de sua participação na hipertrofia glomerular, proliferação mesangial e expansão da matriz extracelular, fatores que contribuem para a destruição progressiva dos glomérulos.

Além da nefropatia diabética, o sistema renina- angiotensina pode estar envolvido em outras nefropatias crônicas, também caracterizadas por hipertensão glomerular e proteinúria.

3. HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão é um dos fatores de risco aos problemas cardíacos, da mesma forma que ela pode ser causada por problemas cardiovasculares. Além destes, outras causas têm origens renais, endócrinas e metabólicas , mais a principal (que ocorre em 90% dos clientes) é desconhecida e está relacionada com a hereditariedade.

Considera-se que uma pessoa é hipertensa quando a pressão arterial, em repouso, está acima de 150 na máxima (cistólica) e de 90 na mínima (diastólica). Costuma parecer na quarta década da vida e tem como fatores pré disponentes a idade, raça (nos negros é mais severa), fumo, obesidade e diabetes.

3. 1 SINAIS E SINTOMAS

Os mais comuns são: dor de cabeça, tontura, zumbido, turvação na visão, fadiga. No entanto é bom ficar atento que há pessoas que não apresentam nenhum sintoma e assim não percebem a doença ou não acreditam, na sua existência.

Uma das complicações mais comuns é o acidente vascular cerebral (AVC) tanto isquêmico como hemorrágico. No isquêmico existe a obstrução de alguma artéria cerebral e no hemorrágico existe rompimento do vaso com sangramento.

A assistência de enfermagem para pessoa hipertensa, então, deve estar voltada para prevenção e para o tratamento.

Na prevenção há necessidade de:

- Controle da saúde, periodicamente;
- Controle do peso;
- Realização de exercícios físicos (sempre sob orientação);
- Diminuição do estresse;
- Abandono do fumo.

No tratamento:

- Dieta hipossódica (0,5 à 3 gramas de sal) restringindo também a gordura animal;
- Dormir de 6 a 8 horas por dia;
- Ter atividades de lazer;
- Usar o medicamento prescrito. Neste caso é muito importante a orientação pois o cliente quando se sente melhor abandona o medicamento anti hipertensivo. Acontece que ele depende do seu uso diário para manter o equilíbrio da pressão arterial, pois o retorno a uma crise hipertensiva traz auto risco de vida;
- Buscar o empenho do cliente no tratamento;
- Participar de grupos de hipertenso.

4. DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)

A diálise peritoneal ambulatorial contínua é uma terapia de diálise que consiste em eliminar do sangue todas as impurezas e excesso de água utilizando como filtro a membrana peritoneal.

A CAPD é um sistema fechado de bolsas plásticas flexíveis, descartáveis, unidas em “Y” chamado Sistema de Bolsa Ultrabag. Uma das bolsas contém a nova solução de diálise a ser infundida e a outra bolsa vazia é usada para drenagem da solução da cavidade peritoneal.

O tratamento da CAPD consiste na infusão do banho de diálise, na permanência de 4 a 6 horas dentro da cavidade peritoneal e na sua posterior drenagem. As etapas: infusão – permanência – drenagem, compreende um ciclo da CAPD. O procedimento de infusão e drenagem são realizados manualmente pelo paciente 4 vezes por dia, de acordo com a prescrição médica. Esta terapia permite ao paciente realizar normalmente suas atividades. Para realizar o procedimento de troca, é utilizado a força gravitacional para drenar e infundir a nova solução.

A CAPD é um procedimento manual que pode ser realizada em casa e/ou no local de trabalho. A grande maioria dos pacientes requer 4 trocas por dia, 7 dias da semana. A troca de bolsas é um procedimento simples e seguro, porém envolve cuidados especiais que serão ensinados ao paciente e família durante o período de treinamento.

- **Drenagem:** consiste na remoção do líquido da cavidade peritoneal por gravidade.
- **Infusão:** Consiste na introdução da nova solução de diálise na cavidade peritoneal, através do cateter.
- **Permanência:** É um período no qual a solução de diálise permanece dentro da cavidade peritoneal com uma duração média de 4 a 6 horas, de acordo com a prescrição médica.

4.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Participar da avaliação clínica;
- Participar da decisão da terapia dialítica (parecer de enfermagem);
- Visita domiciliar aos pacientes (quando indicado), com preenchimento de formulário próprio (condições sócio-econômicas e de moradia);

- Treinamento teórico-prático sobre a técnica, identificando habilidades e limitações;
- Acompanhamento na sala cirúrgica do implante de cateter (SN)
- Acompanhamento do período de “break-in” (período em que a cavidade permanece em desuso para permitir cicatrização adequada do cateter);
- Abertura do sistema;
- Troca de equipo de transferência;
- Avaliações periódicas, junto com o médico responsável;
- Coleta de informações para manutenção do banco de dados do serviço;
- Primeiro atendimento às urgências e emergências;
- Participação na análise periódica da evolução dos pacientes;
- Controle de estoque e materiais de CAPD (interno);
- Preencher registro e pedido de material de implante e de uso contínuo junto ao fornecedor;
- Em situações excepcionais, proceder a troca de bolsas com o paciente internado. Responsabilidade da família;
- Reciclagem (retreinamento) periódico dos pacientes;
- Treinamento do pessoal de enfermagem do hospital.

5. O PERITÔNIO

O peritônio é uma delgada membrana que forra a cavidade abdominal e todos os órgãos nela contidos. O peritônio cuja área total é de 1-2 m², é um tecido conjuntivo que contém vasos sanguíneos, inclusive uma extensa rede de capilares, além de vasos linfáticos e nervos.

Estudando-se a membrana peritoneal ao microscópio, podem distinguir-se três camadas principais entre a corrente sanguínea e a cavidade peritoneal. Cada uma destas camadas constitui uma barreira ao transporte de líquidos e solutos. A primeira barreira é a parede capilar, formada por uma camada simples de células endoteliais. A superfície do peritônio imediatamente adjacente à cavidade abdominal é formada por células mesoteliais. Entre os capilares e as células mesoteliais encontramos o interstício, um tecido conjuntivo esponjoso.

A principal barreira ao transporte de líquido e solutos é a parede capilar. O transporte transcapilar é, pois, o fator limitativo à velocidade do transporte peritoneal.

- Albumina
- Triglicerídios

7.1 SOROLOGIAS

- Anti – HBs Ag (N)
- Hbs Ag (N)
- Anti HCV (N)
- HIV (N)
- PPD 0 (zero)

8. TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os cateteres podem ser implantados através de técnica cirúrgica convencional ou vídeolaparoscopia ou, através da utilização de trocarte específico (Quinton) para cateteres de silicone.

Independente do método empregado para o implante, este será sempre realizado em Centro Cirúrgico.

No primeiro implante, normalmente a preferência recai sobre o lado direito, o que faz com que a porção intraperitoneal do cateter, acompanhe o sentido do peritálismo intestinal, ajudando a evitar, assim, a translocação do mesmo.

Para o implante cirúrgico são necessários os seguintes materiais:

- 1 bolsa aquecida de CAPD ou solução de DPI a 1,5%;
- 1 equipo intermediário de CAPD;
- 1 equipo de soro convencional, sem respiro;
- 1 pré-kit;
- 1 cateter “Swan-Neck Missouri” para o lado especificado;
- 1 conector de titânio;
- 1 “clamp” para bolsa.

Após a locação do cateter na cavidade peritoneal e a tunelização, o cirurgião conecta o titânio e o equipo intermediário, procedendo-se a testes de infusão e drenagem por duas vezes, com volume de aproximadamente 1.000 ml, para verificar possíveis extravasamentos e lavagem da cavidade. Se não houver problema, a pele é suturada com fio monofilamento e feito curativo oclusivo total, com imobilização do cateter.

Os curativos oclusivos, realizados com algumas camadas de gaze estéril e a fixação do cateter, devem ser assim mantidos sem trocas por sete dias, a menos que o sangramento seja importante ou existam sinais de infecção.

8.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Manter o paciente em decúbito horizontal por pelo menos 6 horas;
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica;
- Verificar sinais vitais;
- Higiene e conforto.

8.2 TRATAMENTO CLÍNICO

Havendo evolução clínica normal, o paciente pode ter alta no dia seguinte, sendo orientado a manter-se em repouso por setenta e duas horas e evitar esforço para evacuar ou tossir.

O paciente deverá retornar no 10º dias pós-implante, para retirada dos pontos e abertura do sistema, já em regime ambulatorial.

O paciente será reavaliado pelo médico e enfermeira, conforme cronograma abaixo:

- 1º mês - Semanalmente
- 2º mês – Quinzenalmente
- 3º mês em diante – Mensalmente

9. ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

- Deve ser direcionado especialmente para os cuidados relativos ao cateter, com intuito de evitar infecção de orifício de saída e/ou de túnel, bem como os cuidados diários para deixa-lo limpo;
- Os cuidados que devem ser tomados ao realizar as trocas com relação ao ambiente e superfície;
- Ensinar o paciente a aferir seu pulso, temperatura e pressão arterial;
- Orientar para medir o volume drenado das bolsas e da diurese;

- Dicas de como gerenciar o volume total de líquidos permitidos;
- Dicas de como dissimular a sede;
- Como deve ser medido o sal, que pode ser adicionado à dieta (usar a tampa de caneta Bic como medida);
- Orientar quanto a necessidade de manter-se bem alimentado, a importância das verduras na dieta e sua contribuição na absorção e trânsito intestinal;
- Orientar quanto as intercorrências e urgências que podem ocorrer como: dores, febre, tontura, cansaço e dispnéia, obstipação intestinal, falta de apetite demora na infusão, drenagem insuficiente ou inexistente, retenção de volume, hiperemia e/ou drenagem de pus pelo orifício de saída;
- Apresentar ao paciente o esquema para atendê-lo em situações de urgência e emergência, no horário comercial e durante à noite, fins de semana e feriados. Dar ao paciente os números de telefone para contato com o centro.

10. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Hemax (eritropoetina humana recombinante)

Indicações:

- Anemia por insuficiência renal crônica em pacientes pré e sob diálise.
- Anemia associada ao câncer e quimioterapia(mielossupressora ou nefrotóxica)
- Anemia dor portador de AIDS e submetido ao tratamento com zidovudina (AZT)
- Uso da eritropoetina humana recombinante em procedimentos pré e perioperatórios.
- Doenças crônico-degenerativas, como por exemplo,artrite reumatóide.

Captopril

Indicações:

- Tratamento da hipertensão
- Insuficiência cardíaca congestiva em associação com diuréticos e digitálicos
- É indicado para o tratamento da nefropatia diabética . Nestes pacientes, captopril previne a progressão da doença renal e reduz sequelas clínicas associadas (diálise, transplante e morte.)

Daonil (glibenclamida)

Indicações:

-Diabetes melitus não insulino dependente tipoII.

-Precauções: controle periódico dos níveis de glicose no sangue e na urina.

Sinais de hiperglicemia (sede de severa, secura na boca, pele seca e diurese freqüente)e de hipoglicemia (fome intensa, sudorese, tremor, agitação, irritabilidade, cefaléia, distúrbio do sono, depressão do humor e distúrbio neurológico transitório, exemplo: alteração da fala, visão e sensação de paralisia).

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes tipo II costuma aparecer em indivíduos com mais de 40 anos, em grande maioria, recentemente diagnosticados, os pacientes apresentam excesso de peso e podem controlar o diabetes através do emagrecimento e através de uma dieta. Para controlar a glicose pode ser necessária uma terapêutica farmacológica. É provável que os portadores de diabetes apresentem nefropatias e outras, pelo elevado nível glicose plasmática. A nefropatia diabética pode levar a insuficiência renal crônica, que é uma hipertrofia renal e glomerular. Infelizmente a IRC não tem cura e a chance de sobrevivência do indivíduo portador da mesma, é optar por algum tipo de diálise que ele se adapte, ou o transplante.

Como em todos os casos relacionados a doenças é necessário acompanhamento médico, cumprimento das prescrições médicas, participação e orientação da equipe de enfermagem e todo apoio possível da família. Tomando alguns cuidados, é possível que o cliente possa levar uma vida normal e tão satisfatória quanto possível.

CONCLUSÃO

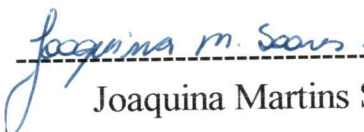
No curso como um todo, atingiram-se os objetivos. Bem ministrado, a facilitadora sempre esclareceu nossas dúvidas e, além das explicações e pesquisas, realizou dinâmicas que ajudaram muito no aprendizado, fazendo com que as aulas ficassem mais agradáveis.

No campo de estágio a nossa facilitadora sempre atenta buscou situações em que pudéssemos pôr em prática as técnicas aprendidas.

Procurou-se tirar o máximo de proveito neste curso, tivemos oportunidades de realizar técnicas, orientações e identificar problemas relacionados à saúde.

A nossa equipe sempre esteve bem entrosada, com certeza, após o término do Curso Técnico de Enfermagem, estaremos aptos para realizar nosso trabalho com segurança e ética profissional.

Joinville, 01 de Outubro de 2002.



Joaquina Martins Soares

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WASHINGTON, **MANUAL DE TERAPÊUTICA CLÍNICA**. 29ª Edição.
Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

BRUNNER, Suddarth, **ENFERMAGEM MÉDICOCIRÚRGICA**. 3ª
Edição. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.

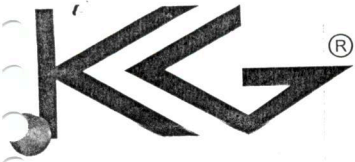
REIBNITZ, Kenya S., PRADO, Marta Lenise, **CONTEXTUALIZANDO O
AUXILIAR DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO ADULTO E
AO IDOSO**. 2ª Edição. Série: Auxiliar de Enfermagem Área 4. Florianópolis:
Editora Odorizzi. 1997.

Gambro, Renal Products, **GAMBRO BASICS**, Gambro do Brasil Ltda, São
Paulo.

José Luis Bevilacqua, Dr., Enio Marcio Maia Guerra, Dr., **PROTOCOLO
PARA DPAC**, 2ª Edição, Baxter Hospitalar Ltda, 2001.

Site: www.baxter.com.br

ANEXOS



Laboratório
ANÁLISES CLÍNICAS

ISO
9002

ATENDIMENTO 24 h
COLETA DOMICILIAR
HORA MARCADA
SAC 0800 474114

pg. 1

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

CRF DO KG n.º 923

C.O.I.H.

Sr. : A X S

Idade: 60 Anos

Dr(a) .: OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 03/09/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : CENTRO TRAT DOENÇAS RENAI/HEMO 295

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia : 014005813 (D3-001554) 04/09

HEMATOCRITO

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

RESULTADO: 28,00 %



Valores Referenciais:
(* Homens : 39 a 53%
Mulheres: 35 a 47%
Crianças: 16 dias a 02 anos: 32 a 40%
Crianças: 03 anos a 10 anos: 34 a 43%

HEMOGLOBINA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Cianometahemoglobina

RESULTADO: 9,30 g/dl



Valores Referenciais:
(* Homens : 14 a 18 g/dl
Mulheres: 12 a 16 g/dl
Crianças: 04 dias a 2 anos: 10 a 13 g/dl
Crianças: 3 anos a 10 anos: 11 a 15 g/dl

CREATININA

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao ATRONR 200

RESULTADO: 9,80 mg/dL



Valores Referenciais:
Homens : 0.7 a 1.4 mg/dl
Mulheres: 0,6 a 1,2 mg/dL

UREIA PRF-DTAI-TSF

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 87,00 mg/dL



Valores Referenciais:
De 15 a 50 mg/dL

Sandra M.C. da Silva
CRF-3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. REALIZAMOS O EXAME T3 LIVRE DIARIAMENTE. ATENDEMOS AOS SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS.



Laboratório

ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 h
COLETA DOMICILIAR
HORA MARCADA
SAC 0800 474114

CPF DO KG n.º 923

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Dr. : A X S

Idade: 60 Anos

Dr(a) : OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 03/09/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : CENTRO TRAT DOENCAS RENAI/HEMO 295

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia : 014005813 (D3-001554) 04/09

TGP - TRANSAMINASE PIRUVICA (ALT)

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE

RESULTADO: 12,00 U/L



Valores Referenciais:
Adultos: 10 a 35 U/L
Recem nascidos: 07 a 40 U/L

Observacao

POTASSIO

Material: SORO

Metodo: Fotometria Chama

RESULTADO: 4,70 mEq/L



Valores Referenciais: 3,5 a 5,5 mEq/L

GLICOSE

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 462,00 mg/dL



Valores Referenciais: 70 a 110 mg/dL

CAI CTO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 8,40 mg/dL



Valores Referenciais: 8,5 a 10,5 mg/dL

Sandra M. C. da Silva

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. REALIZAMOS O EXAME T3 LIVRE DIARIAMENTE. ATENDEMOS AOS SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS.



LABORATÓRIO

ANÁLISES CLÍNICAS



Pg. 1
ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Sr. : A X S

Idade: 59 Anos

Dr(a) : OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 22/07/2002

Local Coleta: KG - FUND PRO RIM

Local de Entrega: KG - FUND PRO RIM

Convenio : CENTRO TRAT DOENCAS RENAI/HEMO 295

Sequencia : 014005088 (D3-001339) 23/07

HEMATOCRITO

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

RESULTADO: 32,70 %



Valores Referenciais:

- (*) Homens : 39 a 53%
- Mulheres: 35 a 47%
- Crianças: 16 dias a 02 anos: 32 a 40%
- Crianças: 03 anos a 10 anos: 34 a 43%

HEMOGLOBINA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Cianometahemoglobina

RESULTADO: 10,80 g/dl



Valores Referenciais:

- (*) Homens : 14 a 18 g/dl
- Mulheres: 12 a 16 g/dl
- Crianças: 04 dias a 2 anos: 10 a 13 g/dl
- Crianças: 3 anos a 10 anos: 11 a 15 g/dl

UREIA PRE-DIALISE

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 82,10 mg/dL



Valores Referenciais:

De 15 a 50 mg/dL

CREATININA

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 12,60 mg/dL



Valores Referenciais:

- Homens : 0.7 a 1.4 mg/dl
- Mulheres: 0,6 a 1,2 mg/dL

Sandra M. da Silva
CRF: 5138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



Atendimento 24 HORAS^{Pg. 2}
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Nome: **A X S**

Idade: 59 Anos

(a) : OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 22/07/2002

Local Coleta: KG - FUND PRO RIM

Local de Entrega: KG - FUND PRO RIM

Endereço : CENTRO TRAT DOENCAS RENAI/HEMO 295

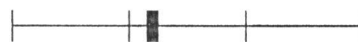
Sequencia : 014005088 (D3-001339) 23/07

ASPARTATO DE AMONÍACO - TRANSAMINASE PIRUVICA (ALT)

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE

RESULTADO: **15,00** U/L



Observacao

Valores Referenciais:
Adultos: 10 a 35 U/L
Recem nascidos: 07 a 40 U/L

POTASSIO

Material: SORO

Metodo: Fotometria Chama

RESULTADO: **4,40** mEq/L



Valores Referenciais: 3,5 a 5,5 mEq/L

GLICOSE

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: **192,00** mg/dL



Valores Referenciais: 70 a 110 mg/dL

CALCIO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: **8,80** mg/dL



Valores Referenciais: 8,5 a 10,5 mg/dL

Sandra M. C. da Silva
CRF: 3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS³
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Nome: A X S
Paciente: OLIVIA ANDRADE BARROS

Idade: 59 Anos
Data: 22/07/2002

Local Coleta: KG - FUND PRO RIM
Convênio: CENTRO TRAT DOENCAS RENAIIS/HEMO 295

Local de Entrega: KG - FUND PRO RIM
Sequencia: 014005088 (D3-001339) 23/07

FOSFORO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 2,90 mg/dl



Valores Referenciais:

Crianças: 3,0 a 7,0 mg/dl

(*) Adultos: 2,5 a 4,8 mg/dl

Sandra M. C. da Silva
CRV: 3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS^{pg. 1}
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

C.C.I.H.

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

: A X S

Idade: 59 Anos

(a) .: OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 22/07/2002

Coleta: KG - FUND PRO RIM
Centro : CENTRO TRAT DOENCAS RENAI/HEMO 295

Local de Entrega: KG - FUND PRO RIM
Sequencia : 014005088 (D3-001339) 23/07

ANTICORPOS ANTI HIV I E II

Material: SORO

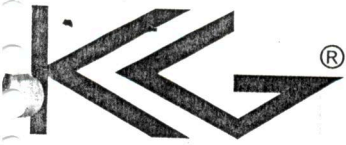
Método: Enzimaimunoensaio Wiener - Automacao LABOTRCH

Concentração: 0,062
Off: 0,250
ESTADO.....: **Negativo**
e.....: 0,248

Valores Referenciais:
Negativo: Índice inferior a 0,80
Zona Cinza: Índice de 0,81 a 1,20
Positivo: Índice acima 1,21

Sandra M. C. da Silva
CRF: 3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS
HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO
ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO

ANÁLISES CLÍNICAS



Pg. 1
ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Sr. : A X S Idade: 59 Anos
P(r)a.: HERCILIO ALEXANDRE DA LUZ FILHO Data : 13/06/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : CENTRO TRAT DOENÇAS RENAI/HEMO 295 Sequencia : 014004458 (D3-001165) 14/06

HEMATOCRITO

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

RESULTADO: 35,50 %

Valores Referenciais:
(* Homens : 39 a 53%
Mulheres: 35 a 47%
Crianças: 16 dias a 02 anos: 32 a 40%
Crianças: 03 anos a 10 anos: 34 a 43%

HEMOGLOBINA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Cianometahemoglobina

RESULTADO: 11,40 g/dl

Valores Referenciais:
(* Homens : 14 a 18 g/dl
Mulheres: 12 a 16 g/dl
Crianças: 04 dias a 2 anos: 10 a 13 g/dl
Crianças: 3 anos a 10 anos: 11 a 15 g/dl

UREIA PRE-DIALISE

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 180,20 mg/dL

Valores Referenciais:
De 15 a 50 mg/dL

CREATININA

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 11,52 mg/dL

Valores Referenciais:
Homens : 0.7 a 1.4 mg/dl
Mulheres: 0,6 a 1,2 mg/dL

Sandra M. da Silva
C.R.C. 1130

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO

ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Pr.: A X S

Idade: 59 Anos

Dr(a): HERCILIO ALEXANDRE DA LUZ FILHO

Data: 13/06/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio: CENTRO TRAT DOENCAS RENAIIS/HEMO 295

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia: 014004458 (D3-001165) 14/06

FOSFORO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 6,00 mg/dl



Valores Referenciais:
Crianças: 3,0 a 7,0 mg/dl
(*) Adultos: 2,5 a 4,8 mg/dl

Sandra M. C. da Silva
CRF 3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



Pg. 2
ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114



RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Nome: ALEXANDRE S Idade: 59 Anos
Paciente: HERCILIO ALEXANDRE DA LUZ FILHO Data: 13/06/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio: CENTRO TRAT DOENCAS RENAI/HEMO 295 Sequencia: 014004458 (D3-001165) 14/06

TGP - TRANSAMINASE PIRUVICA (ALT)

Material: SORO Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE

RESULTADO: 45,30 U/L

Observacao: Valores Referenciais:
Adultos: 10 a 35 U/L
Recem nascidos: 07 a 40 U/L

POTASSIO

Material: SORO Metodo: Fotometria Chama

RESULTADO: 3,20 mEq/L

Valores Referenciais: 3,5 a 5,5 mEq/L

GLICOSE

Material: SORO Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 309,00 mg/dL

Valores Referenciais: 70 a 110 mg/dL

CALCIO

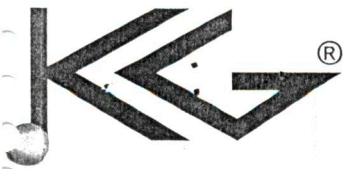
Material: SORO Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 9,00 mg/dL

Valores Referenciais: 8,5 a 10,5 mg/dL

Sandra M. O. da Silva
RFB-3138

ESTAMOS DOSANDO HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C SEM INTERFERENCIA DAS HEMOGLOBINAS ANOMALAS. CONQUISTAMOS EM ABRIL O CERTIFICADO ISO 9002 NO KG LABORATORIO DO HOSPITAL REGIONAL.



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS^{Pg. 1}
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Sr. : A X S

Idade: 59 Anos

Dr(a) .:

Data : 14/05/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : HEMODIALISE DIVERSOS

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia : 014003933 (D3-001002) 18/05

HEMOGRAMA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Automacao MICROS 60 - ABX

LEUCOGRAMA

	%	/mm3	Valores Referenciais (adulto)	
			%	/mm3
Leucocitos		12.200		4.000 a 11.000
Neutrofilos	0	0	0	0
Linfocitos	0	0	0 a 1	0 a 110
Bastões	1	122	1 a 5	40 a 550
Segmentados	79	9.638	53 a 76	2.120 a 8.360
Linfocitos	12	1.464	20 a 40	800 a 4.400
Monocitos	5	610	4 a 11	160 a 1.210
Eosinofilos	3	366	2 a 8	80 a 880
Basofilos	0	0	0 a 1	0 a 110

ERITROGRAMA

Hemácias	3,21	milhoes/mm3	4,0 a 5,7
Hemoglobina	9,40	g/dL	11,4 a 18,0
Hematocrito	26,80	%	35,0 a 52,0
Volume globular medio	83,5	fL	81,5 a 97,0
Hemoglobina globular media	29,3	pg	26,5 a 31,0
Conc hemoglobina globular media:	35,1	g/dL	31,5 a 36,0
Indice de Anisocitose (RDW) ...:	12,70		11,6 a 14,8

PLAQUETAS

Contagem de Plaquetas	293.000	/mm3	140.000 a 400.000 /mm3
Morfologia	Normal		
Observacao			

CREATININA

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

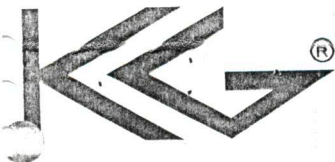
RESULTADO: 14,14 mg/dL



Valores Referenciais:

(*) Adultos : 0,6 a 1,4 mg/dL
Crianças: 0,4 a 1,0 mg/dL

Sandra M. C. da Silva
CRF: 3168



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS^{Pg. 2}
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

C.C.I.H.

Sr. : A X S

Idade: 59 Anos

Dr(a) .:

Data : 14/05/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : HEMODIALISE DIVERSOS

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia : 014003933 (D3-001002) 18/05

UREIA PRE-DIALISE

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 145,60 mg/dL



Valores Referenciais:
De 15 a 50 mg/dL

TGP - TRANSAMINASE PIRUVICA (ALT)

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 11,00 U/L



Valores Referenciais: Ate 50,0 U/L

PROTEINAS TOTAIS E FRACOES

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao TARGA 3000

Proteinas Totais: 6,14 g/dL
Albumina: 3,76 g/dL
Globulinas: 2,38 g/dL
Relacao A/G: 1,58
Observacao: XXXXXXXXXX

Valores Referenciais:
6,0 a 8,0 g/dL
3,5 a 5,5 g/dL
1,5 a 3,5 g/dL
1,2 a 2,2

OTASSIO

Material: SORO

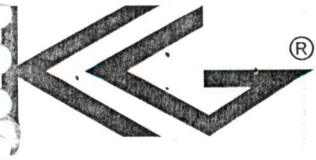
Metodo: Fotometria Chama

RESULTADO: 4,10 mEq/L



Valores Referenciais: 3,5 a 5,5 mEq/L

Sandra M.C. da Silva
CRF: 3138



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Sr. : A X S

Idade: 59 Anos

Dr(a) .:

Data : 14/05/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRRHDS
Convenio : HEMODIALISE DIVERSOS

Local de Entrega: HEMODIALISE - HRRHDS
Sequencia : 014003933 (D3-001002) 18/05

FOSFATASE ALCALINA

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao COBAS MIRA PLUS

RESULTADO: 236,05 U/L



Valores Referenciais:

- 1 a 09 anos: < 350 U/L
- 10 a 14 anos: < 275 U/L em homens U/L
< 280 U/L em mulheres U/L
- 15 a 19 anos: < 155 U/L em homens U/L
< 150 U/L em mulheres U/L
- 20 a 50 anos: 53 a 128 U/L em homens U/L
42 a 98 U/L em mulheres U/L
- > de 50 anos: 56 a 119 U/L em homens U/L
53 a 141 U/L em mulheres U/L

CALCIO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 12,80 mg/dL



Valores Referenciais: 8,5 a 10,5 mg/dL

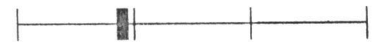
Observacao: Resultado repetido e confirmado.

FOSFORO

Material: SORO

Metodo: Colorimetrico - Automacao AIRONE 200

RESULTADO: 2,40 mg/dl



Valores Referenciais:

- Crianças: 3,0 a 7,0 mg/dl
- (*) Adultos : 2,5 a 4,8 mg/dl

C.C.I.H.

Sandra M. C. da Silva
CRF 3138



RESPONSÁVEIS TÉCNICOS OMAR AMIN GHANEM CRF 451
 OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Gr. : A X S Idade: 59 Anos
Dr(a) .: Data : 14/05/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : HEMODIALISE DIVERSOS Sequencia : 014003933 (D3-001002) 18/05

FERRO

Material: SORO Metodo: Ferene S - Automacao TARGA 3000

RESULTADO: 120,30 mcg/dL

Valores Referenciais:
(*): Homem : 56 a 167 mcg/dL
Mulher: 49 a 150 mcg/dL

INDICE DE SATURACAO DA TRANSFERRINA

Material: SORO Metodo: Ferrozine - Automacao TARGA 3000

RESULTADO: 28,40 %

Valores Referenciais: 20 a 50%

FERRITINA

Material: SORO Metodo: Ensaio por Quimioluminescencia - Automacao IMMULITE 2000

RESULTADO: 504,00 ng/mL

Valores Referenciais:
Crianças:Neo-nato: 25 a 200 ng/mL
1º mes : 200 a 600 ng/mL
2º ao 5º mes : 50 a 200 ng/mL
6º ao 12º mes : 10 a 140 ng/mL
1 a 15 anos : 10 a 140 ng/mL
(*): Homens : 18 a 370 ng/mL
Mulheres : 9 a 120 ng/mL

Sandra M. C. da Silva
CRF-1138

C.C.I.H.

Sr. :A. X. E

Idade: 59 Anos

Dr(a).: OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 15/05/2002

Local Coleta: KG-REGIONAL INTERNADOS
Convenio : INTERNADOS HOSPITAL REGIONAL

Local de Entrega: SETOR B
Sequencia : 004380786 (C3-002582) Cad. 15/05/2002 08
Prontuário : 154807 Imo. 20/05/2002 09

ANTICORPOS ANTI HIV I E II

Material: SORO

Metodo: Enzimaimunoensaio Wiener - Automacao LABOTECH

Absorbancia: 0,063
Cut Off: 0,250
RESULTADO.....: Negativo
Indice.....: 0,252

Valores Referenciais:
Negativo : Indice inferior a 0.80
Zona Cinza: Indice de 0.81 a 1.20
Positivo : Indice acima 1.21

ANTICORPOS ANTI HIV I E II

Material: soro

Metodo: Enzimaimunoensaio Biochen - Automacao LABOTECH

Absorbancia: 0,087
Cut Off: 0,410
RESULTADO.....: Negativo
Indice.....: 0,21

Valores Referenciais:
Negativo: Indice inferior a 0.80
Zona Cinza: Indice de 0.81 a 1.20
Positivo: Indice acima 1.21

REACAO DE MANTOUX (PPD)

Material: TUBERCULINA

Metodo: Intradermo Reacao

RESULTADO: 0 mm

Valores Referenciais:
Nao Reator : 0 a 4 mm
Reator Fraco: 5 a 9 mm
Reator Forte: > que 10 mm

Patricia B. Minghi
01/05/02

Sr. : A. X. E

Idade: 59 Anos

Dr(a).: OLIVIA ANDRADE BARROS

Data : 15/05/2002

Local Coleta: KG-REGIONAL INTERNADOS

Local de Entrega: SETOR B

Convenio : INTERNADOS HOSPITAL REGIONAL

Sequencia : 004380786 (C3-002582) Cad. 15/05/2002 08:31

Prontuário : 154807

Imp. 20/05/2002 09:11

GRUPO SANGUINEO - FATOR RH

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Grupo Sanguineo: "0"Fator Rh: Positivo**TGO - TRANSAMINASE OXALACETICA (AST)**

Material: SORO

Metodo: Enzimatico - Automacao CDBAS NIRA PLUS

RESULTADO: 13,00 U/L



Valores Referenciais: 5 a 34 U/L

HORMONIO PARATIROIIDEANO (PTH-INTACTO)

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Ensaio por Quimioluminescencia - Automacao IMMULITE

RESULTADO: 5,30 pg/ml



Valores Referenciais:

Cordao Umbilical: Ate 3,0 pg/ml

De 1 a 17 anos : 12,0 a 95,0 pg/ml

Adultos : 9,5 a 75,0 pg/ml

De 71 a 94 anos : 4,7 a 114,0 pg/ml

HEPATITE C

Material: SORO

Metodo: Enzimaimunoensaio - Automacao LABOTECH

Absorbancia.....: 0,020

Cut Off.....: 0,280

RESULTADO.....: Negativo.

Indice.....: 0,071

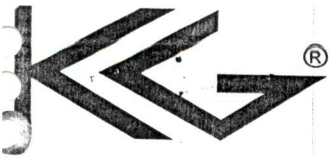
Valores Referenciais:

Negativo : Indice inferior a 0,80

Zona Cinza: Indice de 0,81 a 1,20

Positivo : Indice acima de 1,21

M. Misoghi



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



Pg. 5
ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR
SAC - 0800 474114

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

CLAPD

Sr. : A X S Idade: 59 Anos
Dr(a) : Data : 14/05/2002

Local Coleta: HEMODIALISE - HRHDS
Convenio : HEMODIALISE DIVERSOS
Local de Entrega: HEMODIALISE - HRHDS
Sequencia : 014003933 (D3-001002) 18/05

HEPATITE B-HBS AG/ANTIGENO SUPERFICIE

Material: SORO Metodo: Enzimaimunoensaio - Automacao LABOTECH

Absorbancia.....:	0,054	Valores Referenciais:
Cut Off.....:	0,200	Negativo : Indice inferior a 0,80
RESULTADO.....:	Negativo	Zona Cinza: Indice de 0,81 a 1,20
Indice.....:	0,27	Positivo : Indice acima de 1,21

Interpretacao do quadro sorologico

HBsAg	anti-HBs	anti-HBcIgG	anti-HBcIgM	HBeAg	anti-HBe	
+	-	-	-	-	-	Fase Incubacao
+	-	+	+	+	-	Fase Aguda
+	-	+	-	+	-	Fase Aguda Final ou Hep. Cronica
+	-	+	-	-	+	Fase Aguda Final ou Hep. Cronica
-	-	+	-	-	-	Fase Aguda Final ou Hep. Cronica
-	-	+	+	-	-	Fase Convalescente Inicio
-	+	+	-	-	-	Infeccao Antiga
-	+	+	-	-	+	Imune Infeccao Passada Recente
-	+	-	-	-	-	Imune Infeccao Passada
-	-	-	-	-	-	Imune Resposta Vacinal
-	-	-	-	-	-	Susceptivel

HEPATITE B-ANTI HBS/ANTIC SUPERFICIE

Material: SORO Metodo: Ensaio por Quimioluminescencia - Automacao IMMULITE

RESULTADO: 3,00 mUI/mL
Valores Referenciais:
Negativo: Ate 10,0 mUI/mL

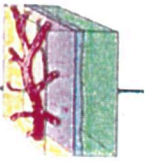
HEPATITE C

Material: SORO Metodo: Enzimaimunoensaio - Automacao LABOTECH

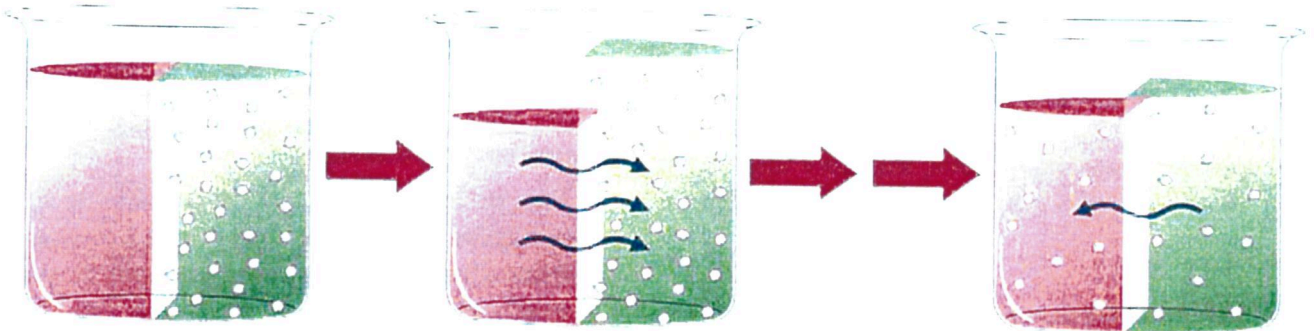
Absorbancia.....:	0,045	Valores Referenciais:
Cut Off.....:	0,280	Negativo : Indice inferior a 0,80
RESULTADO.....:	Negativo	Zona Cinza: Indice de 0,81 a 1,20
Indice.....:	0,16	Positivo : Indice acima de 1,21

C.C.I.H.

Sandra M. G. de Silva
CRF: 34381



DIÁLISE PERITONIAL / Remoção de Líquido



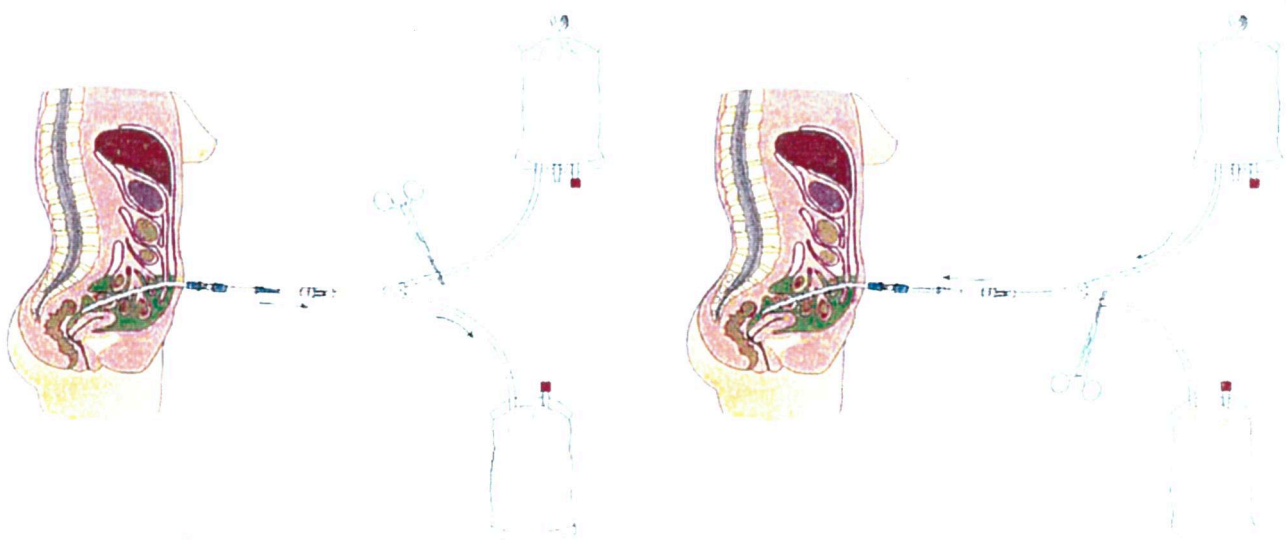
O excesso de líquido é removido do sangue por meio de ultrafiltração.

Uma alta concentração de glicose no dialisante cria um gradiente de pressão osmótica, provocando assim ultrafiltração.

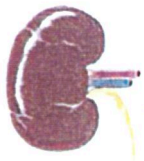
À medida que a glicose passa para o sangue e é consumida, o gradiente osmótico vai-se extinguindo. O resultado é uma passagem de líquido, de volta para o sangue.



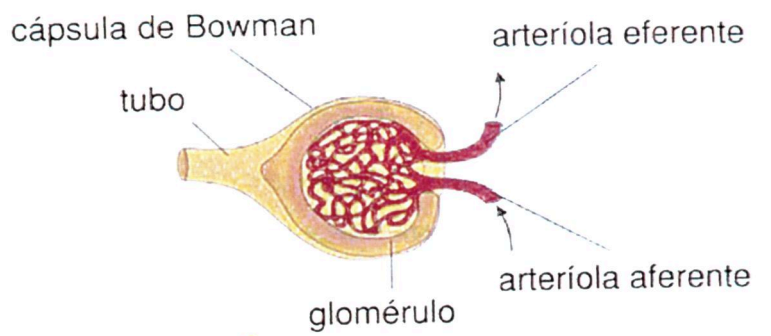
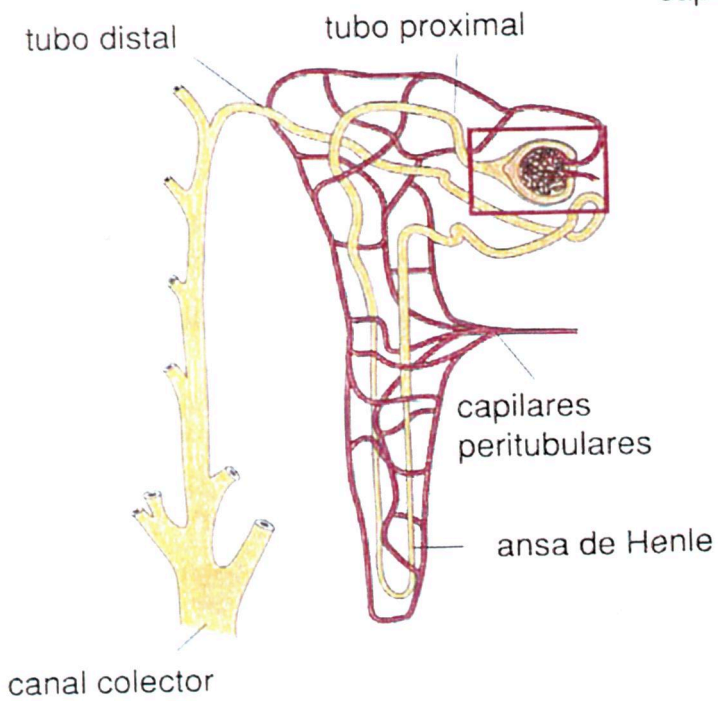
Quanto mais alta a concentração de glicose, tanto maior o volume de líquido removido inicialmente. Com o tempo, o paciente pode ganhar líquido em vez de perdê-lo.



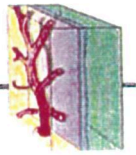
Quando se usa o sistema de bolsas duplas, o processo de troca é muito simples. Só é necessário fazer uma ligação. Durante a fase de drenagem, mantém-se fechado com um grampo o tubo da bolsa que contém a solução esterilizada, ao mesmo tempo que o líquido usado drena do abdômen para a bolsa de drenagem. Deste modo, tanto os tubos como as conexões são limpos pelo fluxo de líquido que drena para fora do abdômen, antes de se deixar entrar a solução fresca.



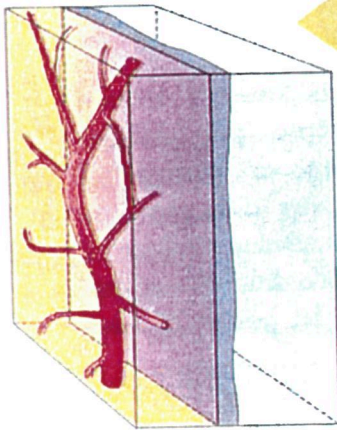
FUNÇÃO RENAL / O néfron



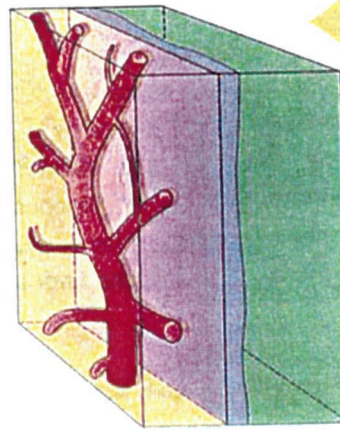
O néfron é aparentemente uma estrutura complicada, mas consiste basicamente numa arteríola aferente, um glomérulo, uma arteríola eferente e um capilar peritubular, no seu aspecto sanguíneo. A parte urinária é constituída por uma cápsula de Bowman, um sistema tubular e um canal colector.



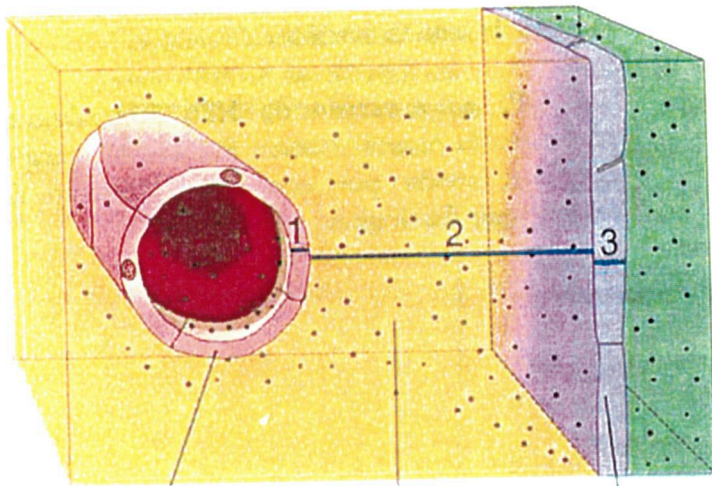
DIÁLISE PERITONIAL/ O Peritônio



O peritônio contém numerosos vasos sanguíneos. Em condições normais, há apenas perfusão de um pequeno número de capilares.



Quando o dialisante de DP é instilado, abrem-se mais vasos e aumenta o débito de sangue no peritônio.



A membrana peritoneal inclui três barreiras principais ao transporte:

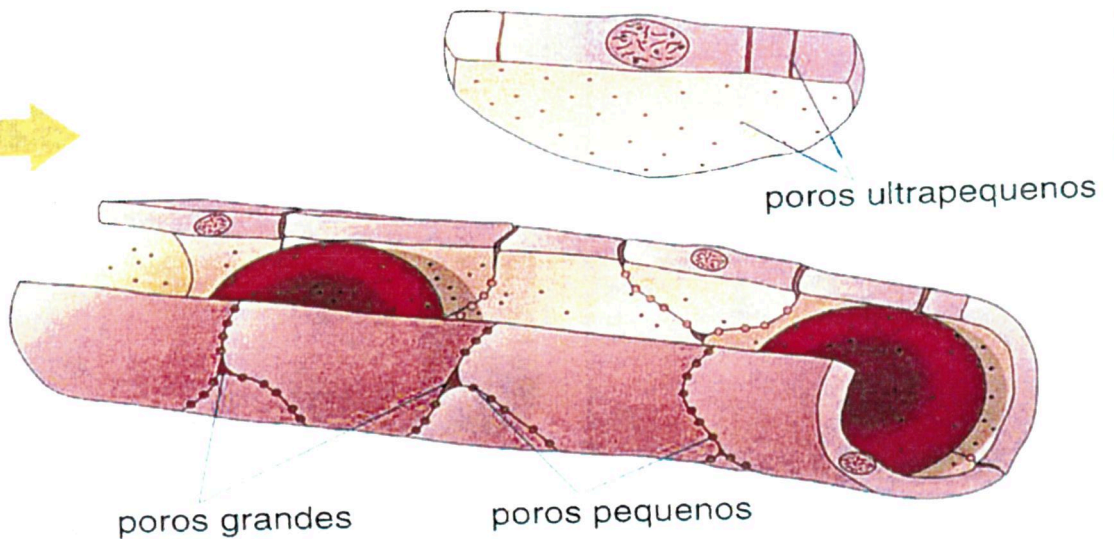
1. a parede capilar
2. o interstício
3. o mesotélio

a parede capilar

o interstício

o mesotélio

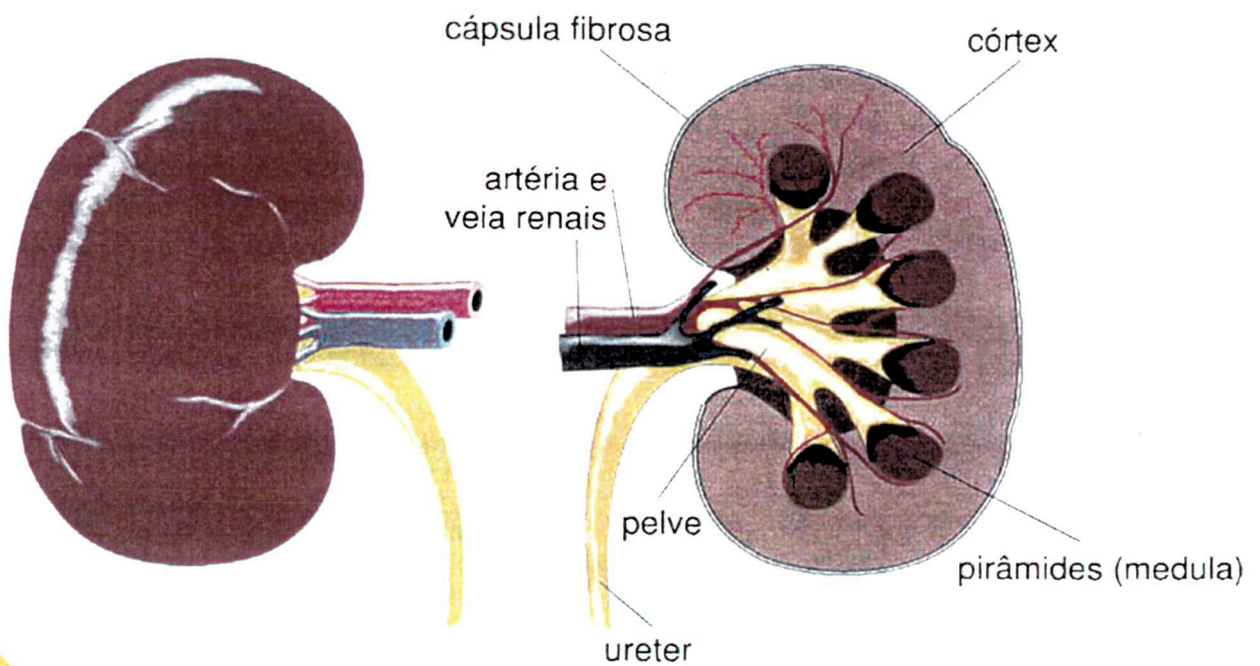
A parede capilar é o principal obstáculo ao transporte. O transporte faz-se através de três diferentes tipos de poros: poros grandes, poros pequenos e poros ultrapequenos.



poros grandes

poros pequenos

poros ultrapequenos



O rim está envolvido numa delgada cápsula fibrosa. Imediatamente abaixo fica situado o córtex renal, que é formado principalmente por néfrons. A porção interior do rim, a medula ou as pirâmides, contém os canais coletores. Dos canais coletores a urina corre para a pelve, uma ampla cavidade central do rim, cuja drenagem é feita pelo ureter.