

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA EDUCACIONAL DE SAÚDE DE JOINVILLE
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CEFET-SC BIBLIOTECA

RELATÓRIO CURRICULAR
Estudo de Caso: septicemia

REL ENF
0080

CEFET - UE Joinville



1640 REL ENF
Relatório curricular

0080

MARGARETE PINHEIRO FRANÇA

JOINVILLE
MARÇO DE 2003

*Dedico ao meu filho, William
com muito amor...*

Agradeço a Deus.

*A minha avó Ana, ao meu
marido Márcio, pelo incentivo,
aos meus pais, Gentil e
Honorina pelo apoio, e aos
colegas e mestres pela
compreensão e amizade.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
2 EMPRESA	07
2.1 HISTÓRICO	07
3 ESTUDO DE CASO – SEPTCEMIA	08
3.1 APRESENTAÇÃO	08
3.2 ANAMNESE	08
3.3 HISTÓRICO MÉDICO DO CLIENTE	08
3.4 EXAME FÍSICO	09
3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – SEPTCEMIA	09
3.6 CONCEITO	09
3.7 HISTÓRICO	10
3.8 INCIDÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA	10
3.9 ETIOLOGIA / FISIOPATOLOGIA	11
3.10 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	16
3.11 AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS SÃO:	17
3.12 EXAMES REALIZADOS	17
3.13 TRATAMENTO	17
3.13.1 antibioticoterapia	17
3.13.2 tratamento clínico	18
3.13.3 tratamento medicamentoso	18
3.14 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	18
3.15 ORIENTAÇÕES E EDUCAÇÃO	19
3.16 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
4 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXO 1 – Boletim de Atendimento de Urgência / Laudo Técnico e Justificativa da Internação	23
ANEXO 2 - Hemogramas	24
ANEXO 3 – Sequência Patogênica	25
ANEXO 4 – Laudo RX.....	26
ANEXO 5 – Exames do Líquor	27
ANEXO 6 – Hemocultura.....	28
ANEXO 7 – Urucultura	29
ANEXO 8 - Hemograma 2	30
ANEXO 9 - Prescrições Médica 1 – 2	31

INTRODUÇÃO

A saúde, suporte básico de todo o ser humano, às vezes leva as pessoas a procurar um forma convincente de aliviar suas dores. É exatamente nesse contexto que entra o Técnico em Enfermagem.

O Técnico em Enfermagem, sem dúvida nenhuma, detém ampla importância na recuperação e na ativação normal da vida dos seus clientes. É este que coordena minuciosamente as necessidades, e principalmente a busca da cura.

Visto que o cliente, de um modo geral, cria uma ligação com o profissional da saúde e vice-versa, analisando-se constantemente a conduta adotada no tratamento e na realização dos procedimentos técnicos necessários, aprendemos que ser um bom profissional não é somente executarmos bem nossa função, mas também olharmos o próximo com solidariedade.

O curso Técnico de Enfermagem, Gerência Educacional de Saúde de Joinville, é fornecido pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina, tem duração de dois anos. Detém um grupo de Enfermeiras docentes que se delinham na atuação teórica dentro das salas e na atuação prática que se dá nos campos de saúde em estágio.

O curso Técnico de Enfermagem tem 1.804 horas aula, sendo 738 horas de estágios trabalhados, nas instituições hospitalares e postos de saúde da rede municipal com supervisão direta das professoras Enfermeiras.

O Curso Técnico de Enfermagem iniciou-se no mês de agosto 2000 a dezembro, com teoria, iniciando estágio em 2001.

O estágio de Fundamentos foi iniciado em 08/02/2001 a 02/03/2001 no Hospital Regional Hans Dieter Schimidt, sob a supervisão da Professora Enfermeira Roni Regina Miquelluzzi e no período de 05/03/2001 a 23/03/2001 no PA 24 horas sob supervisão da Professora Enfermeira Janeth da Cunha Magenis, com os objetivos de aplicar a aprendizagem prática das técnicas estudadas no decorrer dos blocos teóricos, na assistência aos pacientes, de acordo com as suas necessidades e patologias diagnosticadas e a população em geral, sendo estas: curativos, verificação de sinais vitais (temperatura, pressão arterial, respiração e pulso); sondagem nasogástrica, sondagem vesical, higiene, mudança de decúbito, cuidados pós morte e aplicação de medicação.

O estágio de Clínica Médica, iniciou em 22/05/2001 a 05/06/2001 no Hospital Municipal São José setor de Emergência sob a supervisão da Professora Enfermeira Janeth da Cunha Magenis, e no período de 06/06/2001 a 19/06/2001 no Hospital Municipal São José setor ala "B" sob a supervisão da Professora Enfermeira Claudia Lopes de Oliveira, e no período de 27/06/2001 a 29/06/2001 no Hospital Dona Helena setor UTI, sob a supervisão da Professora Enfermeira Débora Rinaldi Nogueira, tendo como objetivos cuidados integrais aos clientes destas instituições como: higiene, mudança de decúbito, prioridades a clientes graves, aspiração traqueal, sondagem nasogástrica e vesical, aplicação de medicação, controle de sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), controle hidroeletrolítico, acompanhar procedimentos de emergência em parada cardiorespiratória, auxiliar em suturas, cuidado pós morte e encaminhar corpo para necrotério.

No período de 06/02/2002 a 15/02/2002 realizou-se estágio de Clínica Cirúrgica no Hospital Municipal São José no setor do JS, sob a supervisão das Professoras Enfermeiras Cléia Bet Baumgartem, Anna Geny Batalha Kipel e Janira Matias Barbosa, onde se desenvolveram todos os cuidados já citados em estágios anteriores de Fundamentos e Clínica Médica, com especial atenção aos clientes pós-cirúrgicos, prestando os cuidados e específicos a cada cirurgia e patologia, e orientando os cuidados pós-cirúrgicos. No período de 18/02/2002 a 26/02/2002 no Hospital Municipal São José setor ala "B", sob a supervisão da Professora Enfermeira Carmen Lorena Moralez, continuamos o estágio de Clínica Cirúrgica com os mesmos cuidados, agora com atenção aos clientes pré-cirúrgicos dando orientações e preparando o local com tricotomia quando necessário para cirurgia.

No período de 27/02/2002 a 06/03/2002 no setor Centro Cirúrgico do mesmo hospital, iniciamos o estágio sob a supervisão da Professora Enfermeira Márcia Bet Kohls, onde foram desenvolvidas atividades como Circulante e Instrumentadora, nas salas de cirúrgicas e cuidados aos clientes no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós- anestésica, também foram realizadas atividades no CAME como: lavagem, secagem e preparo de pacotes dos instrumentos para esterilização. Como Instrumentadora acompanhou-se cirurgia de laparotomia desenvolvendo a degermação das mãos, paramentação, calçar luvas estéreis, arrumação das mesas e distribuição dos instrumentos conforme sua seqüência, no ato cirúrgico, com auxílio da instrumentadora da instituição foi passado instrumentos (bisturi montado em seus cabos, bisturi elétrico, pinças, tesouras, pinças hemostáticas, compressas, gazes montados, aspirador, afastadores, fios e agulhas) acompanhando os estágios da cirurgia. Após a cirurgia foi encaminhado cliente para sala de recuperação e auxiliado arrumação da sala. Como circulante as atividades foram também desenvolvidas com auxílio da funcionária da instituição, organizado sala, conferido material e aparelhos necessários para cirurgia, auxiliado na paramentação dos Médicos e Instrumentadores e buscado material conforme solicitação. Na sala de recuperação pós- anestesia verificaram-se sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial) de 15/15 minutos na primeira hora, 30/30 minutos e 1/1 hora, realizado curativo em ferida operatória, auxiliado funcionária no banho dos clientes e transferência para outros setores.

O estágio de Neonatologia foi realizado no Hospital Dona Helena e Maternidade Darcy Vargas no período de 16/04/02 a 24/04/02, sob a supervisão da Professora e Enfermeira Ondina Machado. As atividades foram voltadas para orientação e auxílio da puérperas e cuidados aos Neonatos em UTI e berçário. Com as mães orientaram-se os cuidados com as mamas, ferida operatória quando cesárea, sutura da episiotomia, cuidado com o banho do neonato, a importância da amamentação e cuidado com coto umbilical.

O estágio de Pediatria foi desenvolvido no Hospital Regional Hans Dieter Schimdt, no período de 29/04/02 a 10/05/02, sob supervisão da Professora Enfermeira Janira Matias Barbosa. Prestaram-se cuidados a crianças tendo então que realizar cuidados integrais, higiene oral, banho, troca de fralda, alimentação, aplicação de medicação e recreação. Neste estágio foi escolhido o estudo de caso para relatório, sobre Septcemia.

No período de 13/05/02 a 22/05/02 estivemos em estágio de Obstetrícia no Hospital Dona Helena, sob a supervisão da Professora Enfermeira Juraci Maria Tischer. Neste período acompanhamos um parto normal apenas e foram orientadas as puérperas como no estágio de Neonatologia.

O estágio de Saúde Pública teve início em 18/06/02 a 25/06/02 no posto de saúde Bakita no Bairro Boa Vista, sob a supervisão da Professora Enfermeira Francismara Souza de Souza. Neste estágio as atividades foram: aplicação de vacinas (rubéola, sabin, tétano, triplice viral, hepatite, anti sarampo, e influenzae). Distribuição de medicamentos a pacientes do posto, realizado teste de HGT em pacientes que fazem acompanhamento, curativos, aplicação de medicamentos injetáveis, nebulização e buscativa. Também neste estágio foi realizado apresentação com fantoches na escola do bairro com temas de alimentação e doenças respiratórias.

No período de 26/06/02 a 03/07/02 desenvolveram-se atividades de Saúde Pública no posto do Bairro Jarivatuba sob a supervisão da Professora Enfermeira Anna Geny Batalha Kipel, com as mesmas atividades, ficando apenas sem realizar a buscativa.

No período de 04/07/02 a 11/07/02, no posto de saúde Cesita no Bairro Itaum sob a supervisão da professora Enfermeira Janira Matias Barbosa encerramos o estágio de Saúde Pública.

O estágio de Administração foi realizado na Maternidade Darcy Vargas setor "A" no período de 16/08/02 a 30/08/02 sob a supervisão da Professora Enfermeira Anna Geny Batalha Kipel. Neste estágio apenas foram observados os procedimentos burocráticos da instituição, foram visitados os serviços de apoio: nutrição, banco de leite, serviço social, serviço de psicologia, ambulatório, lavanderia, almoxarifado, farmácia, setor de recursos humanos, internação, transporte e manutenção, a diretoria administrativa e executiva e a gerência de enfermagem. Também acompanhamos a Enfermeira, auxiliares de enfermagem, Técnicas em enfermagem e escriturária em suas atividades no setor, visitamos todos os ambientes do setor quartos, apartamentos, suítes, copa, rouparia, sala de curativo, expurgo e posto de enfermagem. Verificamos a estrutura física avaliando sua funcionalidade e praticidade. Durante o estágio foram feitos.

Finalizando, o estágio de Psiquiatria realizado no Hospital Regional Hans Dieter Schimidt ala "D", sob a supervisão da Professora Enfermeira Carmen Lorena Moralez no período de 02/09/02 a 09/09/02 teve como objetivo conhecer a realidade do hospital psiquiátrico; comunicar-se terapêuticamente com o sofredor psíquico; demonstrar interesse pelo sofredor; identificar necessidades humanas básicas afetadas; conhecer e observar os principais sofrimentos psíquicos e dependências químicas existentes na instituição; conhecer a equipe multiprofissional; participar dos grupos de Terapia Ocupacional e desenvolver atividades recreativas com jogos, desenhos, pinturas e diálogo com os sofredores. Também participamos de uma reunião com auxiliares de enfermagem, enfermeiro, psicóloga, terapeuta e médico onde foram discutidas formas de melhorar o convívio no local.

O Estudo de Caso, presente neste documento, tenta demonstrar a prática direta com um cliente em determinada patologia, isto é, com a finalidade de cada vez mais nos conscientizar da real função de um Técnico de Enfermagem na missão que nos aguarda.

2 A EMPRESA

2.1 HISTÓRICO

O Hospital Regional Hans Dieter Schimidt, esta situada na Rua Xavier Arp, s/n , no Bairro Boa Vista, Joinville - SC.

Em fins dos anos 70 alguns médicos radicados em Joinville vinham enfrentando problemas sérios com relação à capacidade hospitalar da cidade e antevendo uma situação muito pior para a década de 80.

Em 1980 os médicos Dr. José Aluísio Vieira, Dr. Amaro Joaquim Alves, Dr. Márcio Ocker, Dr. Luiz Carlos Fronza e Dr. Djama Starlin Jardim, com o apoio político do então governador Dr. Jorge Bornhausen formaram uma comissão pró-constituição do Hospital. O trabalho que a equipe entregou ao governador "O HOSPITAL COMO CENTRO DE IRRADIAÇÃO DE UMA POLITICA DE SAÚDE" era uma nova concepção em saúde e foi aceito.

Em um terreno de 65.000m² de propriedade da Indústria de Fundição Tupy, oferecido pelo Dr. Hans Dieter Schimidt, foi lançada a pedra fundamental em abril de 1981. A obra foi entregue em fevereiro de 1984 e inaugurado em 15 de março de 1984.

Sua missão é prestar assistência aos cidadãos, visando à recuperação, promoção e educação em saúde, através de planejamento, equipes interdisciplinares, procedimentos padronizados, ensino e pesquisa, atuando efetivamente no processo de melhoria da qualidade de vida.

O Hospital Regional de Joinville está dividido em unidades: Pacientes Externos, Emergência, Internação Cirúrgica, Clínica Médica masculina e feminina, Psiquiatria, Isolamento, Hospital Dia Aids, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. A unidade médica de atendimento Ambulatorial é de 4.121 paciente/mês, de Emergência é de 7.772 paciente/mês nas especialidades: Clínica Médica e Cirúrgica, Ortopedia, Pediatria e Odontologia. Possui 170 leitos ativados, destinados a clínica médica, com uma média de internação de 622 paciente/mês.

Serviços de apoio: - Agência Transfusional, Serviço de endoscopia, farmácia, serviço de radiologia, nutrição e dietética, serviço social, lavanderia, ambulatório, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, eletrocardiografia, comissão de controle de infecção hospitalar, departamento de estudos e treinamentos, laboratório de análises clínicas e tomografia.

Serviços prestados especializados: - clínica geral, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, ortopedia, ortopedia infantil, endocrinologia, angiologia, hematologia, nefrologia, ginecologia, urologia, gastroenterologia, gastroenterologia infantil, buco maxilo facial, geriatria, crânio bucal, neurologia, neurologia infantil, pediatria geral, dermatologia infantil, proctologia, oncologia, cardiologia, cardiologia infantil, pneumologia infantil, anesthesiologia e psiquiatria.

Especialidades cirúrgicas: Neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, cirurgia buco maxilo facial, cirurgia pediátrica, cirurgia ortopédica, cirurgia oftalmológica, cirurgia ginecológica, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, urologia e proctologia.

A clientela do Hospital Regional Hans Dieter Schimidt são das comunidades da Região Norte/Nordeste do Estado de Santa Catarina.

Atende clientes particulares, conveniados e do Sistema Único de Saúde (SUS).

ESTUDO DE CASO: SEPTCEMIA

3.1 APRESENTAÇÃO

O estudo de caso sobre Septicemia foi realizado durante o estágio de Pediatria no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, setor de pediatria no período de 29/04/02 a 10/05/02, tendo como Professora Supervisora Janira Matias Barbosa.

O objetivo deste estudo de caso é pesquisar, acompanhar o tratamento, conhecer a patologia e prestar assistência de enfermagem necessária ao bem-estar físico e psicológico do cliente, assegurando-lhe o seu restabelecimento.

Escolheu-se então Septicemia para estudo de Caso, um conjunto de manifestações patológicas devido à invasão por via sangüínea do organismo, por germes patogênicos provenientes de um foco infeccioso, comumente acomete pessoas hospitalizadas.

3.2 ANAMNESE

W. P. V., 07 anos, sexo masculino, natural de Foz do Iguaçu, estatura 1,10 m, peso 20 Kg, cor branca, religião católica, residente em Joinville, estudante cursando 1ª série, filho único.

No dia 04/05/02 no período da manhã apresentou quadro de picos febris variando de 38°C a 40°C, cefaléia, vômito e dores muscular, que após banho e medicação estabilizava. No final da tarde apresentou novamente o mesmo quadro clínico, não respondendo a medicação, então foi encaminhado ao Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Ao dar entrada foi verificada sua temperatura, apresentando 39,3°C, foi puncionado veia periférica e medicado conforme prescrição médica 1ml de Dipirona e 0,6 ml de Plasil, e após exames laboratoriais diagnosticou-se septicemia. **Ver anexo 1.**

3.3 HISTÓRICO MÉDICO DO CLIENTE

W. P. V. no primeiro e segundo ano, teve freqüentes quadros de otite média, aos três anos e 07 meses necessitou de cirurgia postectomia, tendo boa recuperação.

3.4 EXAME FÍSICO

O cliente apresentava uma boa higiene corporal, com pele e mucosa íntegras e cabelos bem lavados, unhas curtas e limpas.

Mantinha higiene oral diária, escovando os dentes após as refeições. Apresentava-se com bom nível de consciência e comunicativo. Nos primeiros dias ficou em repouso no leito conforme orientação médica, após liberação médica, deambulava moderadamente. Mantinha boa alimentação conforme dieta prescrita e boa hidratação. Eliminações vesicais e intestinais diárias normais.

3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: SEPTICEMIA

Através de exames laboratoriais (ANEXO) constatou-se número elevado dos leucócitos. Leucocitose é o aumento numérico de glóbulos brancos do sangue, em geral passageiro: acompanha as inflamações, estados febris e todas as manifestações de defesa do organismo. Granulações tóxicas nos neutrofilos. Neutrofilo são leucócitos granulares polimorfonuclear que se cora facilmente com corante neutro. Os neutrófilos são os leucócitos na circulação essenciais à fagocitose e proteólise em que bactérias, resíduos celulares e partículas sólidas são removidas e destruídas. E presença de Hipersegmentados.

3.6 CONCEITO

Septicemia pode ser considerada uma síndrome que decorre da resposta orgânica a uma infecção sistêmica originária de qualquer tipo de processo infeccioso. A bacteremia, que se define como a presença de bactérias no sangue, constitui uma condição predisponente, mas nem sempre suficiente, para a existência de septicemia, uma vez que os produtos tóxicos bacterianos podem levar a quadros semelhantes àqueles causados pelas bactérias íntegras. As bacteremias às vezes podem ser apenas transitórias, tal como ocorre em seguida a procedimentos invasivos (dentários, urinários, entre outros), onde o número de bactérias recuperadas em hemoculturas é pequeno; ocasionalmente, também podem ocorrer bacteremias transitórias e recorrentes provenientes de foco infeccioso localizado (pneumonias pneumocócicas, endocardite, pielonefrite aguda etc.). Em outras ocasiões, as bacteremias são prolongadas e pode dar origem a infecções generalizadas que evoluem para septicemia.

O termo sepsis tem sido empregado como sinônimo de septicemia. A septicemia é uma condição médica definida pela evidência clínica de infecção, febre (ou hipotermia) e alterações funcionais em diversos órgãos e sistemas, como alterações do nível de consciência, oligúria, taquipnéia, hipoxemia, taquicardia, hipotensão, acidose láctica, coagulopatia, entre outras. A existência de um foco inicial também não é condição necessária à definição, uma vez que, em cerca de 30% dos casos, não há foco primário detectável.

3.7 HISTÓRICO

Há descrições de casos de septicemia desde o início do século. Com exceção de algumas poucas infecções causadas por bactérias Gram-negativas, como a peste (*Yersinia pestis*) ou febre tifóide (*Salmonella typhi*), as bactérias Gram-positivas predominaram como causa de septicemia, em sua grande maioria, até os anos 40. A partir da década de 50, começaram a surgir infecções hospitalares e superinfecções em decorrência do uso abusivo de penicilinas, tetraciclina e sulfas. Desde então, as bactérias Gram-negativas passaram a prevalecer. A síndrome séptica que encontramos atualmente é uma doença do progresso médico, relacionada a procedimentos clínicos e cirúrgicos invasivos, terapêutica imunossupressora e prolongamento da vida de pacientes com doenças degenerativas ou neoplásicas. As septicemias também estão cada vez mais relacionadas ao ambiente hospitalar e aos procedimentos agressivos realizados.

Desta forma, as septicemias podem ser classificadas atualmente em: a) de origem comunitária, geralmente ocasionada por bactérias Gram-positivas de baixa ou média virulência e de alta sensibilidade antibiótica; b) de origem hospitalar, causada por bactérias de alta virulência, multirresistentes aos antimicrobianos usuais, em sua maioria Gram-negativas.

3.8 INCIDÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA

A incidência de sépsis e choque séptico vem aumentando desde a década de 30 e Todas as evidências recentes sugerem que este crescimento continuará. As razões para o aumento da incidência são muitas: a utilização crescente de dispositivos invasivos, como cateteres intravasculares; o uso disseminado de agentes imunossupressores e citotóxicos para o câncer e para os transplantes; o aumento da longevidade de pacientes com câncer e diabetes, que estão predispostos a desenvolver sépsis; e o aumento de infecções causadas por microrganismos resistentes a antibióticos. O choque séptico é a causa mais comum de morte em unidades de tratamento intensivo (UTI) e a décima terceira causa mais comum de morte nos Estados Unidos. A incidência exata de choque séptico não é conhecida porque não é uma doença de notificação compulsória nos Estados Unidos; contudo, uma estimativa anual razoável para os Estados Unidos é de 300.000 a 500.000 casos de sépsis, 200.000 casos de choque séptico e 100.000 mortes causadas pela doença.

Em 1980, foram notificados, no Brasil, 6.052 óbitos decorrentes de septicemia por infecção hospitalar, superando a letalidade por sarampo, tétano, difteria, coqueluche, neurotuberculose e poliomielite, juntos. As bactérias mais freqüentemente observadas em culturas de sangue e outras secreções obtidas de pacientes com septicemias são as enterobactérias (*E. coli*, *Klebsiella* sp, *Enterobacter* sp, *Proteus* sp, etc.), os estafilococos (principalmente o *S. aureus*) e a *Pseudomonas aeruginosa*. Na população infantil tem importância o *Streptococcus agalactiae* do grupo B e o pneumococo no período neonatal.

O tipo de bactéria que causará septicemia está intimamente relacionado ao local do foco ou tipo de manipulação em locais onde há flora bacteriana normal. Septicemias de foco abdominal com peritonite são comumente causadas por bacilos Gram-negativos aeróbios (

E. coli e outros) associados a anaeróbios (*bacteroides fragilis*) assim como os que correm em pacientes neutropênicos são freqüentemente causadas por *P. aeruginosa*, com altos índices de mortalidade e morbidade.

A flora em indivíduos não-hospitalizados é sensível à maioria dos antibióticos, enquanto a flora adquirida em ambientes hospitalar tende a ter um padrão de resistência a vários agentes antimicrobianos. Esse padrão varia entre as instituições. A vigilância epidemiológica por um serviço de controle de infecção hospitalar é o único meio de detectar esses padrões de resistência.

As doenças de base imunossupressivas como câncer, doenças imunológicas congênitas, síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS), doenças auto-imunes como lúpus eritematoso sistêmico, doenças degenerativas de sistema nervoso central e algumas doenças infecciosas causadas por fungos. Como a blastomicose, predispõem ao aparecimento de bacteremia e septicemia pelos distúrbios que causam no sistema imune, quer sejam secundário à terapêutica, quer à própria moléstia. Outras condições, como alcoolismo, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica etc., predispõem à instalação de focos de infecção na pele, pulmões e a outros focos, levando à septicemia. Algumas situações graves, como choque hemorrágico, politraumatismo, grandes cirurgias e queimaduras extensas, também predispõem à invasão bacteriana e a septicemia.

3.9 ETIOLOGIA/ FISIOPATOLOGIA

O ser humano é habitado por uma flora bacteriana normal, vivendo em equilíbrio dinâmico com milhões de bactérias existentes na pele e na mucosa do trato gastrointestinal. Qualquer ruptura desse equilíbrio, tanto por mudança para uma virulenta quanto por déficit nos mecanismos normais de defesa, poderá permitir a invasão da corrente sanguínea, estabelecimento de focos de infecção e septicemia.

As bactérias presentes na superfície das mucosas aderem às células superficiais através de seus *pilli*, podendo invadir a submucosa a partir de rupturas da integridade nas junções celulares. Esse mecanismo é importante para o estabelecimento de infecções nos tratos urinários e gastrointestinal. Outros mecanismos de invasão bacteriana ocorrem na pele. As glândulas sebáceas e os ferimentos cutâneos são locais suscetíveis de serem invadidos por bactérias da flora cutânea, como os estafilococos e os estreptococos. Os alvéolos pulmonares também podem ser locais adequados para o estabelecimento de um foco infeccioso, como ocorre nas pneumonias hospitalares. Algumas septicemias podem se originar da invasão direta da corrente sanguínea por bactérias patogênicas injetadas em soluções intravenosas contaminadas.

O estabelecimento de um processo infeccioso depende da capacidade bacteriana de produzir resposta inflamatória e de se evadir das defesas orgânicas. São vários os mecanismos de virulência, além da aderência, já citada.

Após a invasão tecidual ou da corrente sanguínea, as bactérias (ou produtos tóxicos) são fagocitados pelos polimorfonucleares e pelos macrófagos, dando início à ativação do sistema imune à resposta inflamatória local e generalizada.

Os leucócitos polimorfonucleares constituem a primeira linha de defesa contra infecções bacterianas e fúngicas. O combate eficaz a essas infecções depende do número absoluto de polimorfonucleares, assim como de sua função adequada, que compreende quimioterapia, aderência, fagocitose e destruição intracelular de microrganismos.

Os macrófagos e os monócitos circulantes compõem o sistema de fagócitos mononucleares, que é o principal responsável pela fagocitose, reparo e apresentação de antígenos ao sistema imune, via linfócitos. Após sua ativação, essas células secretam substâncias que vão desencadear toda a resposta inflamatória.

Os microrganismos Gram-positivos e Gram-negativos, bem como os fungos, podem causar sépsis e choque séptico. Certos vírus e riquetsias provavelmente conseguem provocar uma síndrome semelhante. A probabilidade de choque séptico por bactérias Gram-negativas é maior do que por Gram-positivas. A percentagem de bacteremia no choque com cultura positiva para Gram-negativos é de aproximadamente 50%, enquanto para Gram-positivos é de 25%.

Qualquer foco de infecção pode resultar em choque ou em choque séptico. As causas frequentes de sépsis são pielonefrite, pneumonia, peritonite, colangite, celulite ou meningite. Muitas destas infecções são hospitalares, ocorrendo em pacientes internados por outros problemas clínicos. Nos pacientes com as defesas normais, identifica-se o foco infeccioso na maioria dos casos. No entanto, em pacientes neutropênicos, só se encontra o foco infeccioso em menos da metade dos pacientes sépticos, provavelmente porque infecções leves da pele ou dos intestinos, clinicamente inaparentes, podem alcançar a circulação na ausência de neutrófilos circulantes competentes.

Recentemente, esforços consideráveis foram dirigidos no sentido de identificação precoce do paciente séptico no curso clínico da doença, quando a eficácia do tratamento é mais provável. As definições incorporam as manifestações da resposta sistêmica à infecção (febre, taquicardia, taquipnéia e leucocitose) juntamente com evidências de disfunção de órgãos (cardiovascular, respiratório, renal, hepático, SNC, hematológico ou anormalidades metabólicas). As definições mais recentes usam o termo *síndrome da resposta inflamatória sistêmica* (SRIS), enfatizando que a sépsis é um exemplo de resposta inflamatória corporal que pode ser ativada não apenas por infecção, mas também por distúrbios não-infecciosos como traumatismo e pancreatite.

A sépsis é grave e tem um prognóstico mais sombrio quando está associada à disfunção de órgãos, hipoperfusão acidose láctica, oligúria ou alteração do nível de consciência, ou hipotensão (choque séptico). O choque séptico é definido como hipotensão induzida por sépsis, persistindo a despeito da reposição de líquidos, associada a anormalidades de hipoperfusão ou disfunção de órgãos. Na prática clínica, muitos destes pacientes estão recebendo agentes vasopressores e/ou inotrópicos e não estão mais hipotensos quando manifestam anormalidades de hipoperfusão ou disfunção de órgãos, mas ainda devem ser considerados como estando em choque sépticos.

Em resumo das etapas patogênicas que levam ao choque séptico, os microrganismos proliferam em um nicho infeccioso, depois invadem a circulação, resultando em hemoculturas positivas, ou podem crescer no local e liberar inúmeras substâncias na circulação. Elas consistem em componentes estruturais do microrganismo como antígenos de ácido teicóico dos estafilococos ou endotoxinas de microrganismos Gram-negativos ou exotoxinas sintetizadas e liberadas pelo microrganismo. Estes produtos derivados do

microrganismo conseguem estimular o hospedeiro a liberar um grande número de mediadores endógenos, a partir de proteínas plasmáticas precursoras ou das células – manóцитos/macrófagos, células endoteliais, neutrófilos e outros.

Os mediadores endógenos conseguem provocar profundos efeitos fisiológicos na vasculatura e órgãos. Alguns desses efeitos originam-se diretamente da lesão induzida pelo mediador no órgão-alvo. No entanto, parte da disfunção do órgão deve-se provavelmente a anormalidades na vasculatura, resultando em anormalidades do fluxo sanguíneo sistêmico e regional. Apesar de certos mediadores serem certamente mais importantes que outros na gênese da sépsis, provavelmente a interação de dúzias de mediadores, do microrganismo e do hospedeiro, estimulando e inibindo um a o outro, é responsável pela patogênese do choque séptico.

Aproximadamente 50% dos pacientes com hipotensão secundária a sépsis admitidos em uma unidade de tratamento intensivo sobreviverão. Outros 50% desenvolverão hipotensão refratária ou (FMO) falência de múltiplos órgãos e morrerão de choque séptico progressivo. Precocemente e durante o curso da doença na maioria destes pacientes, a avaliação cardiovascular revela resistência vascular periférica baixa e débito cardíaco elevado – a resposta hiperdinâmica da sépsis. Apesar desse débito cardíaco, elevado, o desempenho cardíaco é anormal, com diminuição da fração de ejeção ventricular e ventrículos dilatados. Em aproximadamente 20% dos pacientes, a diminuição progressiva do desempenho cardíaco resulta em anormalidades de baixo débito cardíaco. Entre os que não sobrevivem, as disfunções sistêmicas de órgãos evolui para falência de múltiplos órgãos, manifestada por disfunção miocárdica ainda maior, síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA), insuficiência renal aguda, insuficiência hepática e coagulação intravascular disseminada (CID). A morte resulta da hipotensão progressiva ou insuficiência completa de um ou mais órgãos. A

Mediadores Derivados de Microrganismos. Várias moléculas conseguem desencadear o processo que leva ao choque séptico **ver anexo 3**. Certos microrganismos sintetizam e liberam exotoxinas que conseguem ativar a cascata. Entre os exemplos incluem-se a toxina produzida pela *Pseudomonas aeruginosa* e a TSST-1 produzida pelos estafilococos. Mais frequentemente, os componentes estruturais do microrganismo iniciam a seqüência. Os polissacarídeos da superfície da *Candida albicans*, o antígeno de ácido teicóico dos estafilococos e a cápsula de polissacarídeos do *Streptococcus pneumoniae*, todos podem desencadear sépsis.

Contudo, a endotoxina o lipopolissacarídeo (LPS) característico associado à membrana da célula dos microrganismos Gram-negativos representa o exemplo clássico de um iniciador da cascata da patogenia do choque séptico. A molécula de oligossacarídeos que são diferentes antigênica e estruturalmente, uma camada de oligossacarídeos internos que tem semelhança entre as bactérias Gram-negativas mais comuns e um núcleo de lipídio a que é próprio de cada espécie bacteriana. O lipídio A é responsável por muitas propriedades tóxicas das endotoxinas e isto levou à síntese de análogos inativos e inibidores de moléculas do lipídio A

Assim, a endotoxina é um mediador importante em muitos, apesar de não em todos, pacientes com choque séptico; no entanto, a determinação plasmática de endotoxina circulante não tem valor prognóstico suficientemente confiável para ser usada clinicamente.

Citocinas. Os monócitos/macrófagos desempenham um papel importante na resposta corporal à infecção ou a endotoxina. A endotoxina pode estimular os monócitos a produzirem o fator de necrose tumoral (FNT), e outras citocinas. O plasma contém uma proteína, a proteína ligadora do LPS, ou LBP, que pode ligar-se ao lipídio da endotoxina. Quando se forma o complexo com a LBP, o LPS pode ligar-se ao receptor CD14, e em concentrações muito baixas daquelas necessárias para a estimulação pelo LPS isoladamente, e estimular os monócitos a produzirem citocinas.

As citocinas são polipeptídios de 15 a 30 quilodáltons (kDA) que tem profundos efeitos fisiológicos e imunorreguladores. Evidências consideráveis sugerem que as citocinas podem fortalecer o mecanismo de defesa do hospedeiro, isto é, estimula a célula progenitora dos linfócitos, aumenta o processo oxidativo dos neutrófilos, mas também pode produzir efeitos deletérios.

Células endoteliais e Neutrófilos. Alguns mediadores, incluindo o LPS e o FNT, conseguem induzir as células endoteliais a expressarem receptores de adesão (selectinas) e também podem ativar neutrófilos para expressar receptores para estes receptores. Os neutrófilos devem aderir à superfície da célula endotelial para aderência, marginação e migração de neutrófilos para o tecido do foco inflamatório. O bloqueio do processo de aderência com anticorpos monoclonais previne a lesão tissular e melhoram a sobrevivência em certos modelos animais de choque séptico.

Óxido Nítrico. Em resposta ao LPS, FNT e outros mediadores, as células endoteliais e os macrófagos podem liberar um potente agente vasodilatador, o fator relaxante derivado do endotélio, que foi recentemente identificado como óxido nítrico. Esta molécula causa relaxamento da célula muscular lisa e vasodilatação potente. A inibição da produção do óxido nítrico, com inibidores competitivos da óxido nítrico sintetase, resulta em aumento da pressão de animais com choque por endotoxinas. Isso sugere que o óxido nítrico é parcialmente responsável pela hipotensão associada a sépsis. Embora a inibição do óxido nítrico restaure a pressão sanguínea, esta inibição pode reduzir o fluxo sanguíneo tissular. Mais estudos são necessários para definir o potencial benéfico ou deletério da inibição do óxido nítrico na sépsis.

Complemento, Cininas e sistema de Coagulação. A endotoxina consegue ativar a cascata do complemento, geralmente pela via alternativa. Isto resulta na liberação de anafilatoxinas C3 e C5a, que podem induzir vasodilatação, aumentar a permeabilidade vascular e agregação plaquetária e ativação e agregação de neutrófilos. Estes mediadores derivados do complemento podem ser responsáveis, em parte, pelas anormalidades microvasculares associadas ao choque séptico. Mais ainda, a endotoxina pode provocar a liberação de bradicinina via ativação do fator XII (fator de Hageman), calicreína e cininogênio. A bradicinina é um potente agente vasodilatador e hipotensor. A ativação do fator XII pelo LPS também leva à ativação da via da coagulação intrínseca e através da liberação de fator tissular pelos macrófagos e pela célula endotelial extrínseca. Isto pode resultar em consumo de fatores da coagulação.

Metabólitos do Ácido Araquidônico. Diferentes metabólitos da cascata do ácido araquidônico são conhecidos como causadores de vasodilatação (prostaciclina), vasoconstrição (tromboxano), agregação plaquetária ou ativação de neutrófilos. Em animais experimentais, a inibição da ciclo-oxigenase ou da tromboxano sintetase protegeu

contra o choque causado pela endotoxina. Várias citocinas conseguem causar a liberação destes metabólitos do ácido araquidônico da célula endotelial ou dos leucócitos.

Todos os mediadores envolvidos na geração de resposta inflamatória acabam por levar os dois fenômenos fundamentais: lesão do endotélio capilar e vasodilatação. A principal consequência da lesão endotelial é o extravasamento de líquidos do intravascular para o interstício, fenômeno conhecido como *Leakage syndrome*, com o papel fundamental na gênese da hipovolemia.

Os substratos anatomopatológicos dessas alterações vasculares manifestar-se-ão em todos os órgãos; maior perfusão determina maior gravidade das lesões. Portanto, órgãos bastante perfundidos, como os pulmões, rins, fígado e cérebro, sofrerão lesões mais intensas. Nos pulmões ocorrem edema e congestão, focos de hemorragia, infiltrados inflamatórios com polimorfonucleares e mononucleares, formando um exsudato que se acompanha de fibrose e proliferação de cálculos alveolares. Muitos vasos apresentam microtromboses, êmbolos gordurosos e sinais de diátese hemorrágica. Os rins também ficam edemaciados e congestionados, podendo apresentar microtromboses, hemorragias glomerulares, exsudato inflamatório e necrose tubular; raramente ocorre necrose glomerular. O fígado fica congestionado, com alterações degenerativas de hepatócitos, que podem evoluir para necrose zonal ou centrolobular. Essa inespecífica ou reacional se acompanha de estase biliar. No cérebro, observam-se congestão e hemorragias petequiais, trombos de fibrina, alterações degenerativas de neurônios podendo chegar até a necrose. Em outros órgãos, as principais alterações são congestão, edema e hemorragias, com evolução para necrose dependendo da gravidade das lesões. Essas alterações patológicas suportam o conceito de lesões endoteliais causadas por substâncias tóxicas como endotoxina e mediadores humorais do hospedeiro.

Os pacientes com septicemia apresentam um quadro hemodinâmico hiperdinâmico, com índice cardíaco alto, resistência vascular sistêmica baixa, frequência cardíaca alta, trabalho cardíaco elevado, diferença arteriovenosa de oxigênio baixa e relação ventilação-perfusão diminuída, com aumento do shunt arteriovenoso pulmonar. Esse estado hiperdinâmico se mantém por várias horas ou dias antes da ocorrência de hipotensão e choque séptico franco. A hipotensão acontece, na maioria das vezes, quando há hipovolemia, por perda exacerbada pela respiração, febre, vômitos, diarreia, associada à falta de ingestão ou pouca hidratação. O extravasamento de líquidos do intravascular para o interstício e terceiro espaço reduz o volume sanguíneo circulante, cooperando para piorar a hipovolemia. Após 48 horas de choque, há dilatação de ambos os ventrículos cardíacos, com queda na fração de ejeção e alterações na relação pressão-volume, sugerindo uma complacência cardíaca aumentada. O volume sistólico é mantido e o índice cardíaco se eleva com a taquicardia. Essas alterações cardíacas revertem em 10 dias nos pacientes que sobrevivem à fase aguda. A capacidade dos ventrículos de se dilatarem pode ser uma resposta adaptativa à situação hiperdinâmica, e a falta dessa dilatação pode resultar de edema cardíaco com redução da complacência, com consequente redução na capacidade de responder à queda da resistência vascular sistêmica, sendo seguida por hipotensão e choque. Há evidências experimentais que sugerem a participação de uma ou várias substâncias depressoras da função miocárdica na gênese desses fenômenos. Pacientes sépticos sem evidências de instabilidade cardiovascular têm alterações cardíacas similares àquelas encontradas em pacientes em choque, só que com grau mais leve. Nos casos mais

graves, a disfunção miocárdica com índice cardíaco baixo os óbitos ocorrem por múltiplas falências orgânicas associadas a alterações profundas da vasculatura periférica e hipotensão refratária.

3.10 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A sépsis e o choque séptico produzem três categoria de manifestações clínicas. Primeiro, o paciente geralmente tem sintomas e sinais relacionados com o foco infeccioso primário. Ser for pneumonia, o paciente geralmente tem tosse produtiva e dispnéia; se o foco é uma infecção urinária, espera-se por dor no flanco e disúria. Uma anamnese cuidadosa, o exame físico e uma investigação laboratorial dirigida revelará o foco infeccioso provável na maioria dos pacientes. Contudo, pacientes idosos, debilitados e imunossuprimidos podem não apresentar um sinal clínico de localização do foco. Em alguns pacientes, especialmente aqueles com neutropenia grave, não se identifica nenhum foco. Segundo, como já discutido, os pacientes geralmente têm um ou mais sinais de resposta inflamatória sistêmica. A febre é a característica mais comum e freqüentemente se acompanha de calafrios. Uma proporção significativa de pacientes, talvez 15% estará hipotérmica ($<36,5^{\circ}$ ou $97,6^{\circ}\text{F}$) ou normotérmica, especialmente os idosos, os debilitados ou os imunossuprimidos. Os pacientes idosos podem apresentar alcalose respiratória induzida por taquipnéia e alterações do nível de consciência como os únicos sinais de sépsis. Terceiro, os pacientes sépticos podem desenvolver evidências de choque, como hipotensão, acidemia láctica e disfunção progressiva de órgãos.

O diagnóstico de sépsis é confirmado pelo isolamento de microrganismos patogênico em cultura do sangue e do foco provável de infecção. As hemoculturas são positivas em apenas 40 a 60% dos pacientes com manifestações clínicas de choque séptico, provavelmente devido à natureza intermitente da bacteremia e à alta incidência devido à prévia de antibióticos. A coloração pelo Gram de um abscesso, empiema ou outros focos normalmente estéreis pode fornecer dados diagnósticos precoces valiosos.

3.11 AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS SÃO:

- a) Cefaléia
- b) Febre
- c) Calafrios
- d) Vômitos
- e) Dores musculares

3.12 EXAMES REALIZADOS

Ao dar entrada no pronto socorro e durante sua permanência no Hospital Regional Hans Dieter Schimidt, foi solicitado exame de hemograma completo + VHS **ver anexo 2** RX tórax **ver anexo 4** Licor completo **ver anexo 5** Hemocultura **ver anexo 6** e Urucultura **ver anexo 7**. Três dias antes de sua alta hospitalar também foi solicitado hemograma **ver anexo 8**.

3.13 TRATAMENTO

A pedra fundamental do tratamento das septicemias ainda é a antibioticoterapia. A drenagem cirúrgica de abscessos, o debridamento de focos de necrose, a remoção de corpos estranhos e a desobstrução de vísceras, associados ao tratamento das doenças de base, devem sempre acompanhar a antibioticoterapia.

A reversão dessas condições, por si só, pode debelar uma bacteremia, assim como acontece com a remoção de cateteres intravasculares contaminados. Concomitantemente à remoção de causas predisponentes e a antibioticoterapia, deve-se instituir medidas de suporte vital, que se iniciam com a monitorização dos parâmetros vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, ritmo urinário e pressão venosa central.

3.13.1 ANTIBIOTICOTERAPIA

É necessário saber se a infecção foi adquirida na comunidade ou dentro do hospital, saber se há foco identificável, pois, dependendo da localização, haverá variação do tipo de microorganismo envolvidas, nos locais onde há flora, como na pele e mucosas, é importante saber se houve ou não lesão local que justifique invasão bacteriana. As doenças de base e os tratamentos e manipulações realizadas, procedimentos feitos em locais com flora normal ou hospitalar podem propiciar a invasão bacteriana por lesão local, como no caso das cistoscopias ou dos cateterismos venosos.

Os antibióticos devem ser administrados de preferência por via endovenosa, pois assim os picos séricos serão mais altos, garantindo melhor penetração tissular. Os aminoglicosídeos não

devem ser misturados, no mesmo frasco com os beta-lactâmicos, pois formam precipitados inativos. A infusão de um aminoglicosídeo logo após a infusão de um beta-lactâmico não acarreta inativação.

A antibioticoterapia deve ser mantida por tempo prolongado, em geral não inferior a 10 dias às vezes até mais tempo. Quando a antibioticoterapia empírica é apropriada para os microrganismos causadores de septicemia, observa-se uma redução da taxa de letalidade à metade, mesmo nos casos mais graves.

Apesar da antibioticoterapia e das medidas de suporte vital, as septicemias continuam sendo uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, principalmente em imunossuprimidos e politraumatizados.

3.13.2 TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico constitui em:

- a) Dieta livre
- b) Controle dos sinais vitais
- c) Controle das eliminações vesicais e intestinais
- d) Aplicação de calor lombar
- e) Repouso de 48h no leito

3.13.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ver anexo 9

O tratamento medicamentoso constitui em:

- a) Dipirona 1ml SN (se necessário) (antitérmico e analgésico), é indicado para controle da temperatura e dor.
- b) Plasil 0,6 ml SN (se necessário) (metoclopramida) antiemético, é indicado para náuseas e vômitos.
- c) Soro Glicosado 5% 500ml 6/6h para rehidratação e reposição de eletrólitos, Cl N 10% 5ml, KCl 19,1 4 ml, e também para manutenção de veias periféricas.
- d) Unasyn 750mg IV 6/6h (Sulbactam Sódico / Amplicilina Sódica) é antibiótico indicado para o tratamento de infecções.

3.14 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem é os cuidados prestados ao cliente, e tem como objetivo fazer com que sua recuperação seja mais rápida.

- a) Lavaram-se as mãos a cada procedimento realizado, com o objetivo de evitar infecções
- b) Observou-se estado geral do cliente, para detectar qualquer alteração
- c) Foi realizado controle de SSVV (sinais vitais), anotando e comunicando ao médico qualquer alteração

- d) Manteve-se o cliente em repouso no leito por 48h devido à punção lombar
- e) Aplicou-se calor em região lombar, local da punção para coleta do Licor, com objetivo de aliviar algia local
- f) Auxiliado na higiene oral e banho
- g) Manteve-se cuidados com a fluidoterapia: frasco de medicação com rótulo identificando medicamento, dose, gotejamento, tempo de infusão, data, hora e assinatura.
- h) Administrou-se com responsabilidade, respeitando horário, dose, local e tempo dos medicamentos.
- i) Cuidados com a punção venosa, para evitar e detectar flebite (inflamação do vaso sanguíneo)obstrução com sangue coagulado e soroma (extravasamento do soro fora da luz da veia), bem como a salinização adequada com soro fisiológico e a troca da punção venosa a cada 48h
- j) Monitorou-se a aceitação da ingesta alimentar e hídrica
- k) Controlaram-se eliminações vesicais e intestinais, quantidade, cor e aspecto verificando o funcionamento do sistema renal e intestinal

3.15 ORIENTAÇÕES E EDUCAÇÃO

A orientação e educação têm como objetivo esclarecer dúvidas do cliente e da família, para que obtenham o conhecimento correto sobre a patologia, assim podendo detectar qualquer alteração fisiológica e para que sua recuperação seja tranqüila e mais rápida.

- a) Orientado familiares a respeito do tratamento, diminuindo a ansiedade e promovendo a colaboração dos mesmos no tratamento e recuperação do cliente.
- b) Orientou-se quando a dosagem e pontualidade no horário do medicamento
- c) Estimulado a ingesta hídrica e dieta balanceada para um bom quadro nutricional
- d) Orientado retorno ao médico para reavaliação de exames
- e) Na presença de alguma manifestação clínica do quadro anterior a internação, orientou-se o retorno ao serviço Médico com urgência

3.16 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio de Pediatria ocorreu em Maio de 2002, onde o cliente apresentou sintomas aparentando um simples resfriado devido às mudanças de temperatura nesta estação, ao dar entrada no Pronto Socorro, foi observado que a equipe de saúde nesta instituição tem uma grande dificuldade em prioridade, durante os dois anos de Curso Técnico de Enfermagem as Professoras sempre nos orientaram quanto às prioridades no atendimento, por se tratar de um quadro de hipertermia em criança o atendimento é sempre preferencial, e isso não ocorreu sem prévia reclamação ou imposição dos pais.

Durante a permanência do cliente na instituição, teve-se ainda algumas dificuldades com a Professora em estágio, pois em alguns momentos tivemos discordância em ponto de vista ético, clínico e humano. Não só por ser um setor de Pediatria, mas o profissional de saúde ao realizar uma técnica ou procedimento não aplica apenas o seu conhecimento teórico, mas realiza com amor, porque não é só o físico a doença ou simplesmente uma pessoa que estamos tratando, trata-se de um ser humano e como tal precisa ser tratado com no mínimo humanização.

Agradeço a Instituição que sempre disponibilizou material para a realização deste Estudo de Caso e a equipe do setor por nos auxiliar quando solicitados.

Durante a caminhada de dois anos, não só foi adquirido conhecimento teórico e técnico, mais um crescimento como pessoa, na primeira entrevista com a Psicóloga que falou dos objetivos da Escola em fazer o aluno um profissional que faz a diferença no mercado de trabalho.

Durante o Curso muitos foram os exemplos e palavras citadas, fazendo-nos pensar e reavaliar nossa postura como profissional da saúde; estar ao lado de pessoas que em momentos difíceis nos depositam toda confiança. Depois de alguns estágios observamos o real significado de palavras como: empatia, responsabilidade, senso crítico, ética e a paixão a profissão, pois cada uma delas nos foram cobradas em algumas situações.

Deixamos de ser egoístas, pois o bom profissional não é aquele que executa bem sua função técnica, mais sim aquele que faz com dedicação e carinho, sem se preocupar com recompensa, apenas no bem-estar do próximo.

Graças a todos que caminharam conosco, em especial as Professoras, que são às vezes não só Enfermeira ou Mestres, são amigas e nos capacitam para um trabalho honroso e profícuo.

O Estudo de Caso que foi realizado em Pediatria serviu para aprofundar o conhecimento sobre a patologia, é através de pesquisas e buscas sobre o quadro clínico e tratamento de patologias que seremos capazes de prestar cuidados aos clientes de forma eficaz e segura, tornando-nos um profissional que faz a diferença na sociedade.

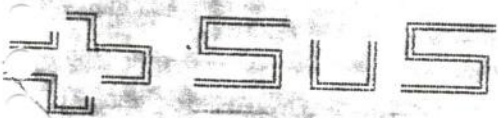
Joinville, 23 de Março de 2003

Margarete Pinheiro França

REFERÊNCIAS

- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÓRIAS, Veranese, ricardo 8ª Edição: 1991 Guanabara Koogan
- CECIL/ TRATADO DA MEDICINA INTERNS, Bennett e Plum 20ª Edição vol 1 1997 Guanabara Koogan
- DEF. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, 29ª Edição 2000/01: EPUC
- VALENTIN, Lairton Joinville seus Médicos e sua História, Florianópolis: UFSC, 1997
- DICIONÁRIO MÉDICO ANDREI, L. Manuila / A Manuila / M. Nicoulin, 1997 Organização André Editora Ltda.

Anexo 1
Boletim de Atendimento de Urgência
Laudo Técnico e Justificativa da Internação



SISTEMA UNICO DE SAUDE

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt nao se responsabiliza por furtos de objetos pessoais de pacientes ou acompanhantes nas dependencias internas ou externas deste hospital, incluindo veiculos, motos, bicicletas e outros.

ANEXO

20kg 393C

MOLETIM ATENDIMENTO URGENCIA
UNIDADE: HOSPITAL REG. HANS DIETER SCHMIDT
TEL: 107888.2

Paciente.....: ~~LEONEL ALORRALDE FERNANDES~~
Data Nascimento....: 05/01/1995 Sexo...: Masculino
Endereco.....: ~~AV. SPAN BERTOLDO ANTONIO DA SILVA~~ Idade.: 7 Ano(s)
Município.....: IRIRIU / JOINVILLE / SC Espec.: PEDIATRIA
Pai(mãe).....: LEONEL ALORRALDE FERNANDES Auxiliar Enf.:

Motivo Atendimento.: FEBRE E VOMITO
Data Atendimento....: 04/05/2002 Horario Atendimento: 21:47

Anamnese.: *afébril febre e vômitos de início pela madrugada anterior.*
- Com vom. - Ausc. norm. - atenuad.
- otom. vom. - Nusec usu. - Nusec usu.

Indicação Encaminhamento
 Prescrita -Cancelado -Internado -Cirurgia
 Aplicada -Liberado -Obito

CRM	Procedimento	CID
657	07011016	R.50 P

Prescrição/Medicamentos	Horario
<i>Bauro</i>	
<i>- Dipirona - (1ml) 2x</i>	
<i>- Plasil - 0,6ml</i>	
	<i>27/5</i>

Exames Realizados

Exame/Procedimento	Cod.Proced.
<i>Rx TORAX</i>	

Materiais:

<i>Solu picorax 0,9 ml</i>	<i>23,80</i>
<i>eln. 207. 7,ml</i>	<i>45</i>
<i>eln. 151. 4ml</i>	<i>=</i>

SINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[Signature]

SINATURA E CARIMBO DO MEDICO

[Signature]
Dra. Célia de Albuquerque Lina...
Pediatra - CRM 6519
Fone: 433-1560

Ende: 107888.2 - ~~107888.2~~
Endo: SUS
Espec.: 05/01/1995 Sexo: Masculino
Idade.: 7 Anos

Paciente: 107888.2 - ~~107888.2~~
Convênio: SUS
Dt. Nasc.: 05/01/1995 Sexo: Masculino
Idade.: 7 Anos

Exames Laboratoriais:

Hemograma completo + VHS.

[Signature]
Dra. Célia de Albuquerque Lina...
Pediatra - CRM 6519
Fone: 433-1560

Exames Laboratoriais:

*Cultura completa - negativa
Hem / Bioquim.
Ausc + M*

[Signature]
Dra. Célia de Albuquerque Lina...
Pediatra - CRM 6519
Fone: 433-1560

Instituto Nacional Seguridade Social - INSS
Secretaria de Medicina Social
Laudo Medico para Emissao de AIH

07/05 (10)

Unidade: Hospital Regional Hans Dieter

REGIONAL.....: 13 COMPETENCIA...: 03/2002
MUNICIPIO.....: 89200000-JOINVILLE
NRD. AIH.....: 260686353-4
COD.IBGE.....: 420910
ORG.EMISSOR...: 9050188

ANEXO 01

Paci

Nome: ~~ANTONIO PHILIPPE VIEIRA~~

Endereco: R. SERVIDAO BERTOLDO ANTONIO DA SILVA;33

Bairro/Município: IRIRIU - JOINVILLE-SC

CEP: 89224010 Data Nas.: 05/01/1995 Sexo: Masculino

Minimo.: dia(s)

CPF-Médico Sol.: 03451986153 Proced.Sol.: 74300261 Car.Int. 5

dt.Emissao: 5/1/02 CPF-Médico Respons.: 03451986153 Ass: L

Preencher em Caso de Acidente

Causa Externa

CGC-Seguradora

Nr.Bilhete-Serie

Laudo Tecnico e Justificativa da Internacao

Principais Sinais e Sintomas Clinicos

crises de apneia / hipoxia
menor q 30.000 mm.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
Secretaria da Saúde - Controle e Avaliação
Dra. Vera Sonia Alves Grudner
CRM 1862 - CPE 45.189.779-87
MÉDICA AUTORIZADORA

Indicadores que justificam a Internacao

hi e med.

Principais Resultados de Provas Diagnosticas

sem com. Ausente.

Diagnostico Inicial.....: S. pectus

Procedimento Solicitado...: Lumbago 74300261

SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE - JOINVILLE
07/05/2002
RECEBIDO

Indicadas [] 11-Cirurgica [] 12-Obstetrica [] 13-Médica [] 14-Fisiopneu
[] 15-Psiquiatria [] 17-Pediatria [] 19-Outras

Medico Solicitante. (Examinador)

Assinatura: 5 F 02

Assinatura: Dra. Célia de Albuquerque Lima
Pediatra - CRM 6519
Fone: 433-1560

CRM 6519

Anexo 2
Hemograma



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

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Idade: 7 Anos

Dr(a):

Data: 04/05/2002

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

Local de Entrega: PS. INFANTIL.
Sequencia: 004378954 (CI-002871) Cad. 04/05/2002 23:49
Prontuário: 107888 Imp. 05/05/2002 00:12

HEMOGRAMA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Automacao ABX MICROS 60

LEUCOGRAMA

	%	mm ³	Valores Referenciais (adulto)
Leucocitos		30.900	4.000 a 11.000
Mielocitos	0	0	0
Metamielocitos	0	0	0 a 1
Bastoes	5	1.545	0 a 110
Segmentados	84	25.956	1 a 5
Linfocitos	9	2.781	40 a 550
Monocitos	2	618	53 a 76
Eosinofilos	0	0	20 a 40
Basofilos	0	0	800 a 4.400
			4 a 11
			160 a 1.210
			2 a 8
			80 a 880
			0 a 1
			0 a 110

ERITROGRAMA

Hemacias	4,17	milhoes/mm ³	4,0 a 5,7
Hemoglobina	11,40	g/dl	11,4 a 16,0
Hematocrito	32,80	%	35,0 a 52,0
Volume globular medio	78,7	fl	81,5 a 97,0
Hemoglobina globular media	27,3	pg	26,5 a 31,0
Conc hemoglobina globular media:	34,8	g/dl	31,5 a 36,0
Indice de Anisocitose (RDW)	13,00		11,6 a 14,8

PLAQUETAS

Contagem de Plaquetas	229.000	/mm ³	140.000 a 400.000 /mm ³
-----------------------------	---------	------------------	------------------------------------

Morfologia

Granulacoes toxicas nos neutrofilos.
Presenca de hipersegmentados.
Nao foram observados eosinofilos no esfregaco.

Edemar Cesar
CRF: 1746



LABORATÓRIO
ANÁLISES CLÍNICAS



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

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~MILTON FELIPE VIEIRA~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).:

Data : 04/05/2002

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

Local de Entrega: PS. INFANTIL.
Sequencia : 004378954 (E1-002871) Cad. 04/05/2002 23:49
Prontuário : 107888 Imp. 05/05/2002 01:45

VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA Método: Westergreen

RESULTADO: 52 mm

Edemar Cesar C.R.
CRF: 1746
(Handwritten signature)

KG LABORATÓRIO - 30 ANOS SEMPRE COM VOCÊ
QUALQUER TESTE E/OU EXAME LABORATORIAL DEPENDE DA ANÁLISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLÍNICOS DO CLIENTE.
EM CASO DE DÚVIDA, SOLICITAMOS AO MÉDICO CONTATAR OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS 0800 474114

Anexo 3
Seqüência Patogênica

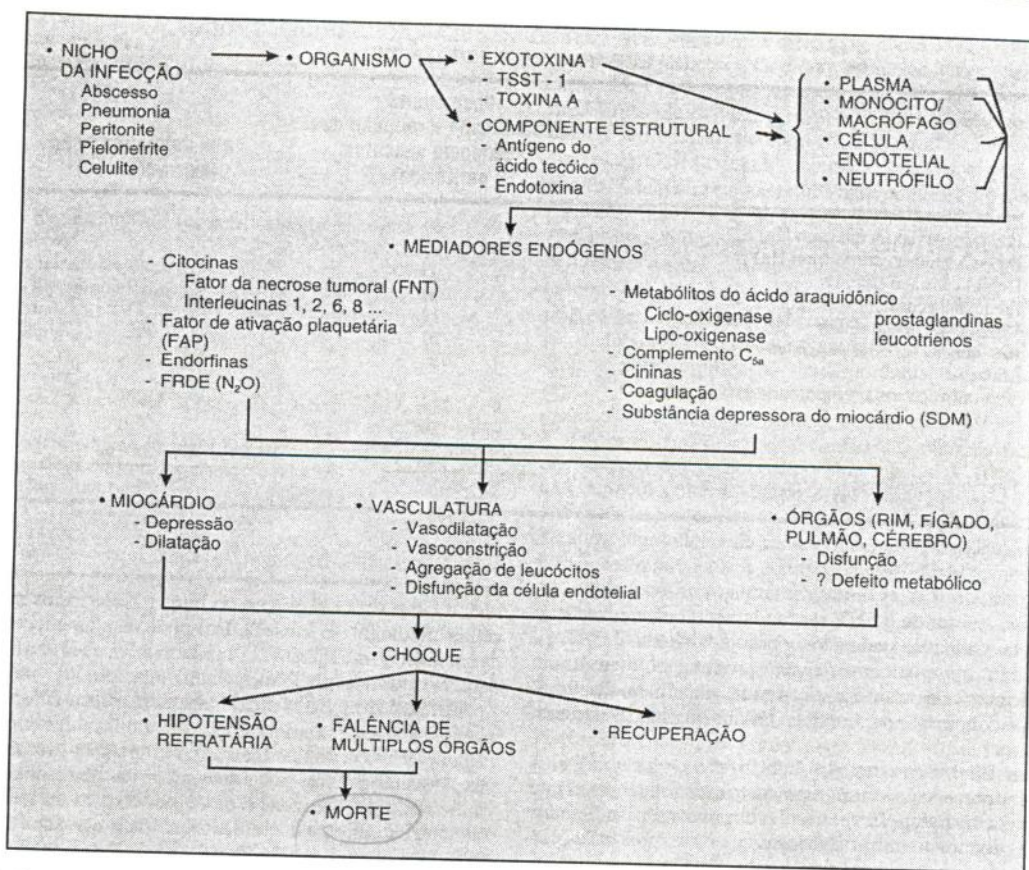


Fig. 70.2 A seqüência patogenética dos eventos no choque séptico. (Usada com permissão de Parrillo JE: Mechanisms of disease: Pathogenetic mechanisms of septic shock. N Engl J Med 328:1471, 1993. Direitos da Massachusetts Medical Society.)

Anexo 4
Laudo RX

Data: Qui 09/05/02 Hora: 11:17

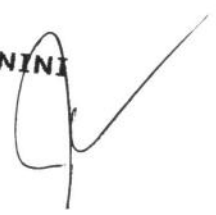
ANEXO 03

Paciente...: 49686 - ~~MILITAN PHILIPPE VIEIRA~~
 origem....: <Paciente Internado>
 Data Solicitação...: 05/05/2002 Data de Laudo.: 09/05/2002 Sexo.: Masculino
 Convenio.....: 1 - S.U.S
 Matrícula.....:
 Medico Solicitante: 4 - NAO INFORMADO
 Reservacao.....:
 Nr.Filme:
 Guia:

ame: 21-003-06-8 - TORAX: P.A.

TRANSPARENCIA PLEURO PULMONAR NORMAL.
 DIAFRAGMA SEM ALTERACOES.
 VESIGULAS COSTO FRENICAS LIVRES.

Medico: 4302-JOSE FRANCISCO JANNINI



Anexo 5
Exame do Liquor



Laboratório

ANÁLISES CLÍNICAS



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

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA~~

Idade: 7 Anos

Dr(a): CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data: 05/05/2002

Local Coleta: KB-REGIONAL INTERNADOS
Convenio: PS INTERNADOS HOSPITAL REGIONAL

Local de Entrega: PS. INFANTIL,
Sequencia: 004379005 (D1-002884) Cad. 05/05/2002 01:21
Prontuario: 107886 Imp. 05/05/2002 01:53

CONTAGEM ESPECIFICA NO LIQUOR

Material: LIQUOR

-Polimorfonucleares 0,00 %
-mononucleares 100,00 %

ANEXO 04

CARACTERES FISICOS NO LIQUOR

Material: LIQUOR

CARACTERES GERAIS

Aspecto..... Limpido
Cor..... Incolor apos centrifugacao.
Coagulo..... Ausente.

CONTAGEM GLOBAL NO LIQUOR

Material: LIQUOR

RESULTADO 1 /mm³

CLORETOS NO LIQUOR

Material: LIQUOR

RESULTADO 97,00 mEq/l

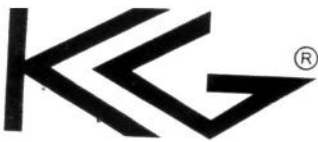
GLICOSE NO LIQUOR

Material: LIQUOR

RESULTADO 54,00 mg/dl

Cesar Correa
CRF: 1740

QUALQUER TESTE E/OU EXAME LABORATORIAL DEPENDE DA ANALISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLINICOS DO CLIENTE.
EM CASO DE DUVIDA, SOLICITAMOS AO MEDICO CONTATAR OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS 474114



Laboratório

ANÁLISES CLÍNICAS



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

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~MELISSA BRUNO DE ALBUQUERQUE~~

Idade: 7 Anos

Dr(a): CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data: 05/05/2002

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

Local de Entrega: PS. INFANTIL.
Sequencia: 004379005 (C1-002864) Cad. 05/05/2002 01:21
Prontuario: 107888 Imp. 05/05/2002 01:53

PROTEINAS NO LIQUOR

Material: LIQUOR

RESULTADO 19,00 mg/dl

EXAME BACTERIOSCOPICO

Material: LIQUOR

Metodo: Coloracao de Gram Nicolle

RESULTADO..... Nao foram observados microorganismos coraveis pelo Gram.


Cesar Correa
CRF: 1740

QUALQUER TESTE E/OU EXAME LABORATORIAL DEPENDE DA ANALISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLINICOS DO CLIENTE.
EM CASO DE DUVIDA, SOLICITAMOS AO MEDICO CONTATAR OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS. SAC - 0800 474114



Laboratório
ANÁLISES CLÍNICAS



ATENDIMENTO 24 HORAS
HORA MARCADA
COLETA DOMICILIAR Pg. 3
SAC - 0800 474114

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

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. : ~~WILLIAM FELIPE VIEIRA~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).: CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data : 05/05/2002

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

Local de Entrega: PS. INFANTIL.
Sequencia : 004379005 (01-002884) Cad. 05/05/2002 01:21
Prontuário : 107888 Imp. 05/05/2002 01:54

REACAO DE VDRL NO LIQUOR
Material: LIQUOR
Metodo: Floculacao em lamina

V.D.R.L. Qualitativo.....: Negativo.
V.D.R.L. Quantitativo.....: Negativo.

Edemar Cesar Correa
CRE: 1740

QUALQUER TESTE E/OU EXAME LABORATORIAL DEPENDE DA ANÁLISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLÍNICOS DO CLIENTE.
EM CASO DE DÚVIDA, SOLICITAMOS AO MÉDICO CONTATAR OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS 0800 474114

Anexo 6
Hemocultura



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

Alta Pg. 1

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. : ~~OMAR AMIN GHANEM FILHO~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).: CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data : 05/05/2002

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

Local de Entrega: PEDIATRIA
Sequencia : 004379009 (CI-002887) Cad. 05/05/2002 04:12
Prontuário : 107888 Imp. 15/05/2002 11:55

HEMOCULTURA

Material: SANGUE TOTAL

Metodo: Automacao - AUTOSCAN 4

Data: 05/05/2002

RESULTADO: Ausencia de cresc. de bacterias patogenicas apos 10 dias de incubacao.

com
Patricio D. Magalhães

QUALQUER TESTE E/OU EXAME LABORATORIAL DEPENDE DA ANÁLISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLÍNICOS DO CLIENTE.
EM CASO DE DÚVIDA, SOLICITAMOS AO MÉDICO CONTATAR OS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS.

KG LABORATORIO, 30 ANOS SEMPRE COM VOCE.

Anexo 7
Urocultura



Laboratório

ANÁLISES CLÍNICAS



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

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

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. : ~~WILLIAN PHELIPPE VIEIRA~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).: CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data : 05/05/2002

Local Coleta: K6-REGIONAL INTERNADOS
Convenio : INTERNADOS HOSPITAL REGIONAL

Local de Entrega: PEDIATRIA
Sequencia : 004379010 (CI-002888) Cad. 05/05/2002 04:13
Prontuário : 107888 Imp. 07/05/2002 11:57

CULTURA AUTOMATIZADA

Material: URINA SIMPLES

Metodo: Automacao - AUTOSCAN 4

RESULTADO: Ausencia de crescimento de microorganismos patogenicos,
apos 24 e/ou 48 horas de incubacao a 35º C.

M
Tca B. Misaghi
CRF: 3251

Anexo 8
Hemograma 2



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

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~ANTONIO PHELIPE 2012008~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).: CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data : 05/05/2002

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

Local de Entrega: PEDIATRIA
Sequencia : 004379026 (C7-002078) Cad. 05/05/2002 09:23
Prontuário : 49686 Imp. 05/05/2002 11:53

HEMOGRAMA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Automacao ABX MICROS 60

LEUCOGRAMA

	%	/mm ³	Valores Referenciais (adulto)	
			%	/mm ³
Leucocitos		21.000		4.000 a 11.000
Mielocitos	0	0	0	0
Metamielocitos	0	0	0 a 1	0 a 110
Bastos	6	1.260	1 a 5	40 a 550
Segmentados	8	1.680	53 a 76	2.120 a 8.360
Linfocitos	7	1.470	20 a 40	800 a 4.400
Monocitos	5	1.050	4 a 11	160 a 1.210
Eosinofilos	1	210	2 a 8	80 a 880
Basofilos	0	0	0 a 1	0 a 110

ERITROGRAMA

Hemacias	4,37	milhoes/mm ³	4,0 a 5,7
Hemoglobina	12,00	g/dl	11,4 a 16,0
Hematocrito	34,30	%	35,0 a 52,0
Volume globular medio	78,5	fl	81,5 a 97,0
Hemoglobina globular media	27,5	pg	26,5 a 31,0
Conc hemoglobina globular media:	35,0	g/dl	31,5 a 36,0
Indice de Anisocitose (RDW) ...:	13,70		11,6 a 14,8

PLAQUETAS

Contagem de Plaquetas

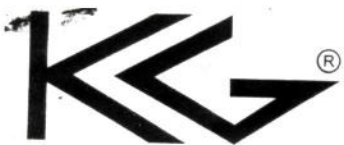
234.000 /mm³

140.000 a 400.000 /mm³

Morfologia

Normal.

Placa



RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

OMAR AMIN GHANEM CRF 451
OMAR AMIN GHANEM FILHO CRF 3744

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. ~~WILSON FELIPE VIEIRA~~ 07

Idade: 7 Anos

Dr(a): CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data: 07/05/2002

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

Local de Entrega: PEDIATRIA
Sequencia: 004379471 (C8-001396) Cad. 07/05/2002 23:13
Prontuário: 107888 Imp. 08/05/2002 00:49

HEMOGRAMA

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Automacao ABX PENTRA 60

LEUCOGRAMA

	%	/mm ³	Valores Referenciais (adulto)	
			%	/mm ³
Leucocitos		11.000		4.000 a 11.000
Mielocitos	0	0	0	0
Metamielocitos	0	0	0 a 1	0 a 110
Bastos	3	330	1 a 5	40 a 550
Segmentados	49	5.390	53 a 76	2.120 a 8.360
Linfocitos	40	4.400	20 a 40	800 a 4.400
Monocitos	6	660	4 a 11	160 a 1.210
Eosinofilos	2	220	2 a 8	80 a 880
Basofilos	0	0	0 a 1	0 a 110

ERITROGRAMA

Hemacias	4,01	milhoes/mm ³	4,0 a 5,7
Hemoglobina	10,80	g/dl	11,4 a 18,0
Hematocrito	32,10	%	35,0 a 52,0
Volume globular medio	80,0	fl	81,5 a 97,0
Hemoglobina globular media	26,9	pg	26,5 a 31,0
Conc hemoglobina globular media:	33,6	g/dl	31,5 a 36,0
Indice de Anisocitose (RDW)	12,50		11,6 a 14,8

FLAQUETAS

Contagem de Plaquetas

265.000 /mm³

140.000 a 400.000 /mm³

Morfologia

Presenca de microcitos.

VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Metodo: Westergreen

RESULTADO

118 mm

Paulo Régis Berço
CRF 4073



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

Rua Max Colin, 813 (esquina com Rua Blumenau) CEP: 89204-040 Joinville - SC Fone: (0xx47) 433-3777

Sr. : ~~MILLIAN PHELIPPE VIEIRA~~

Idade: 7 Anos

Dr(a).: CELIA DE ALBUQUERQUE LIMA

Data : 07/05/2002

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

Local de Entrega: PEDIATRIA
Sequencia : 004379471 (C8-001396) Cad. 07/05/2002 23:13
Prontuário : 107888 Imp. 08/05/2002 00:49

CONTAGEM DE RETICULOCITOS

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA Metodo: Azul de Crezil Brilhante

Contagem de Reticulocitos: 1,82 %
Contagem de Reticulocitos: 0 /mm³

Valores Referenciais:
Adultos: 0,5 a 2,0%
Recem Nascidos: ate 7,0%

DESIDROGENASE LACTICA

Material: SORO Metodo: Enzimatico - Automacao COBAS MIRA PLUS

RESULTADO: 128,00 U/L



Valores Referenciais: 114 a 240 U/L

Paulo Régis Berto
CRF 4071

Anexo 9
Prescrições Médica 1/2



84
2020
C8

INTERNAÇÃO

PACIENTE: ~~XXXXXXXXXX~~
 CONVÊNIO: ~~XXXXXXXXXX~~
 MÉDICO: Lucie
 LOCALIZAÇÃO: _____
 DATA: 5/11/02
 IDADE: _____
 ANTIBIÓTICO: SIM NÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS							FARMÁCIA	CÓDIGO
	10	12	14	16	18	20	22		
0 Dipirona - 1ml 500								388	96.105
0 Planit 96mg									8.880
0 Dro picosoro 5%, 500									
0 eni wif. - 5ml									
0 ARK 15.12 - 4ml									
0 nicot 150									
UMA caixa 750mg w 616c.									
0 Dets 100mg									
0 Muni 400mg									

Dr. Celso de Albuquerque Lima
Pediatra - CRM 6519
Fone: 433-1560

ANDRÉA ROSA REIS

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS
HEMOGRAMA + TPA
 DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS
 Dr. Celso de Albuquerque Lima
 Pediatra - CRM 6519
 Fone: 433-1560
 ASSINATURA: [Signature]

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS
UROCULCIMA + TSA
 DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS
 Dr. Celso de Albuquerque Lima
 Pediatra - CRM 6519
 Fone: 433-1560
 ASSINATURA: [Signature]

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS
HEMOGRAMA COMPLETO
 DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS
 Dr. Celso de Albuquerque Lima
 Pediatra - CRM 6519
 Fone: 433-1560
 ASSINATURA: [Signature]



INTERNAÇÃO

PACIENTE 	RG	IDADE
CONVENIO	LOCALIZAÇÃO	ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MÉDICO D. C.	DATA 10/05/20	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS													FARMÁCIA				
	Q	CÓDIGO																
Dijona - 1ml / 200 ug	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Chosyn. 750mg. sus. 06	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amoxicilina	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						
Amox. sus.	10	12	14	16	18	20	22	00	02	04	06	08						

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS

DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS

ASSINATURA

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS

DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS

ASSINATURA

ANÁLISES CLÍNICAS EXAMES GRÁFICOS

DIAG. PROVÁVEL E/OU DADOS CLÍNICOS

ASSINATURA