



UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ESTÁGIO SUPERVISIONADO - II

“UMA CLIENTE COM INFECÇÃO VIRAL E INSUFICIENCIA RENAL NO CTI”

CARLA ARAUJO DE MELLO

NITEROI

Maio/2013



CARLA ARAUJO DE MELLO

“UMA CLIENTE COM INFECÇÃO VIRAL E INSUFICIENCIA RENAL NO CTI”

Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO, como parte dos requisitos para aprovação na matéria Estágio Supervisionado II.

Preceptora: GIULIANO

Niterói

2013

Sumário

1. INTRODUÇÃO-----	04
2. OBJETIVO-----	05
3. METODOLOGIA-----	06
4. DISCURSÃO DO CASO-----	06
5. EXAME FÍSICO -----	07
6. EXAMES SOLICITADOS -----	08
7. INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES-----	09
8. REFERENCIAL TEORICO -----	15
9. MEDICAÇÕES PRESCRITAS-----	30
10. FARMACOLOGIA-----	32
11. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM-----	58
12. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM-----	64
13. CONCLUSÃO-----	65
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	66
15. ANEXOS -----	68

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A motivação para realização desta pesquisa surgiu no período de Março 2013, durante a passagem desta equipe discente pelo 3º CTI do hospital Azevedo Lima de grande porte do Município de Niterói, sob orientação do Preceptor Giuliano. Este posto é um dos três campos do "Estágio Supervisionado de Enfermagem II", que está inserido no Programa Curricular do 8º período, do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO).

No campo de estágio já referido, prestamos assistência a uma cliente que não apresentava, de acordo com as previsões médicas, perspectiva de vida em longo prazo. Além disto, detectamos a existência de diversos problemas de saúde, que necessitariam de cuidados de enfermagem para serem resolvidos.

Considerado que a enfermagem não tem somente compromisso com a "preservação da vida", mas também com a manutenção da qualidade de vida, enquanto houver não importando por quanto tempo.

Por todos os motivos expostos anteriormente escolhemos a cliente para este estudo.

1.2 – OBJETIVO

Neste trabalho iremos fazer um estudo de caso uma paciente jovem com Meningite Infecciosa, Crise Convulsiva, Insuficiência renal e dependente químico (cocaína). O que nos motivou a escolher esta paciente foi a patologia que o mesmo apresenta, a Meningite Infecciosa, e suas sequelas neurológicas. Para se ter uma noção das consequências da Meningite. Como também aprofundar o conhecimento das patologias aqui estudadas, ter um melhor entendimento nas medicações prescritas, os cuidados que devem ser tomados dependendo de cada patologia, como: Mudança de decúbito, higienização, verificação dos SSVV, e orientar aos cuidadores como continuar esse cuidado. Desta forma, tem-se como objetivo geral a identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes nas literaturas de enfermagem relacionados às Meningite Infecciosa, Crise Convulsiva, Insuficiência renal .E suas possíveis intervenções a fim de ressaltar a importância da atuação do enfermeiro na assistência hospitalar prestada aos pacientes acometidos por essas patologias.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico de abordagem qualitativa, retrospectiva. Paciente internada no CTI do Hospital Estadual Azevedo Lima , no setor de Terapia Intensiva no CTI 03, 422.Os dados foram coletados do dia 06/04/2013 à 19/04/2013, no período vespertino.

Todos os aspectos éticos foram respeitados em relação a paciente e seu quadro clínico, sendo os dados recolhidos para a única função de conhecimento científico.

2. DISCUSSÃO DO CASO

2.1. Histórico de Enfermagem

Cliente, C.E.A.S. negro, 37 anos, casado ,católico,faxineiro,dependente químico (cocaína) .É brasileiro natural de São Gonçalo.

Proveniente do Hospital Estadual Alberto Torres, foi admitido na emergência na data de05/04/2013 as 15:00 com o diagnóstico de Meningite a esclarecer, febre alta 40°C, crise convulsiva, cefaleia intensa,insuficiência reanal aguda, com acesso venoso periférico com cateter jelco n°20. Realizou uma tomografia de crânio sem contraste com laudo normal, feita coleta de líquido para meningite e sugestivo para infecções virais, exames de sangue apresentou células

normais , glicose normal ,alta taxa de proteína,feito o teste rápido e deu negativo feita a medicação dipirona por via endovenosa e diazepam endovenoso e soro fisiológico a 0.9%.

Foi admitido no CTI as 16:30, sendo sedado instalado ventilação mecânica,cateter vesical nº18 ,puncionado acesso profundo em femoral direita ,dando inicio a antibioticoterapia com ceftriaxona de 12 em 12 horas, solicitada a colocação de fistula para fazer hemodiálise.

2.2. Exame Físico

06/04/2013, as 10:00 SSVV= PA:185X96mmHg, FC: 86bpm, FR:19ipm, T:38,6°C. PAM: 125mmHg; PVC: 12mmHg,HGT :98.Paciente sedado , com prótese ventilatória com pressão controlada,Ramsey 6 ,pupilas fotoragentes isocoria ,conjuntiva hipocorada +2/+4 cavidade nasal integra s/desvio de septo nasal com presença de sujidade,cavidade oral língua saburrosa ,lábios ressecados ,presença de gânglios infartados na região submandibular.MMSS íntegros edemaciados ,+3/+4, pulsos palpáveis,unhas quebradiças com sujidade,tórax simétrico AP MVUA com presença de roncos em ápice Direito e terço médio Direito ,AC RCR em 2 tempos ,abdômen globoso ,flácido ,pouca presença dos R H Á,sem viceromegalias, MMII com edema +2/+4, panturrilhas livres pulsos palpáveis,acesso profundo em femoral direita com certofix duo ,sem presença de sinais flogísticos curativo limpo e seco ,fistula arterio venosa em femoral esquerda ,genitália integra .

2.3 - EXAMES SOLICITADOS:

- ◆ Hemograma completo
- ◆ Teste Rápido
- ◆ Tc de Crânio

2.3.1 EXAMES LABORATORIAIS

Os dados analisados a seguir constam cronologicamente nos últimos 2 dias de exames realizados pela paciente.

VALORES DE REFERÊNCIA					
	05/04/2013	06/04/2013	19/04/2013	FEMININO	Masculino
Hemoglobina					
Hematócrito					
Leucócitos					
Bastões					
Plaquetas					
Sódio					
Potássio					
Magnésio					
Cálcio					

Glicose					
Creatina					
Uréia					
Albumina					

2.3.1 INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS

NÍVEIS BAIXOS DE HEMOGLOBINA

A anemia, uma condição em que a concentração de hemoglobina é menor que a normal, reflete a presença de menos eritrócitos que o normal da circulação; afirmam ainda que a anemia pode ser classificada conforme a deficiência nos eritrócitos seja causada por um defeito em sua produção, por sua destruição ou por sua perda (sangramentos). O estado cardíaco deve ser cuidadosamente avaliado; pois quando a hemoglobina está baixa, o coração tenta compensar bombeando mais rápido e com mais força, em um esforço para liberar mais sangue para o tecido hipóxico (SMELTZER e BARE, 2002).

NÍVEIS ALTOS DE LEUCÓCITOS E SEGMENTADOS

Desvio à esquerda é caracterizado pelo aumento do número de bastões acima de $5/\text{mm}^3$, ou presença de formas mais imaturas como mielócitos e metamielócitos em consequência de um quadro grave de infecção (Vallada, 1999). A leucocitose é o aumento no número de glóbulos brancos, por volume de sangue circulante. É causada, na maioria das vezes, por início de combates a infecções ou por descontrole em divisões celulares (PAGANA e PAGANA, 2001).

NÍVEIS ALTOS DE SÓDIO

A hipernatremia é o nível sérico de sódio acima do normal. Com a perda de água, há uma maior concentração de sódio dentro das células, deixando-as túrgidas. A administração de alimentos enterais hipertônicos sem suplementos de água adequados leva à hipernatremia, assim como a diarreia aquosa (Smeltzer e Bare, 2002).

Uma das funções mais importantes da bomba de sódio e potássio é a manutenção do volume celular. Ela representa perda real de íons sódio uma vez que a cada dois íons potássio que entram na célula saem três íons sódio. Além disso, a membrana é menos permeável ao sódio que ao potássio, o que dificulta a entrada de íons sódio na célula. Se esse mecanismo não existisse, o citoplasma da célula ficaria muito concentrado, o que aumentaria o acúmulo de água por osmose e isso poderia fazer com que a célula explodisse (GUYTON, 2006).

NÍVEIS BAIXOS DE POTÁSSIO

Sua carência nos humanos pode causar: acne, prisão de ventre, depressão, cansaço, problemas de crescimento, insônia, fraqueza muscular, nervosismo, dificuldades respiratórias, retenção de sal e batimentos cardíacos fracos. (DeFrongo; Golberg e Cooke, 1977).

A hipocalcemia pode ser resultante de várias anomalias, como a excreção excessiva do potássio pela urina ou fezes, ou ainda por vômitos, de menor ingestão ou ainda de desvio de tal elemento nos processos celulares. Também inclui-se entre as causas o aumento da renina e a hiperglicemia (GUYTON, 2006).

NÍVEIS ALTOS DE POTÁSSIO

A hipercalemia ocorre principalmente em pacientes com a função renal prejudicada. Embora não seja tão comum quanto à hipocalcemia, a hipercalemia é mais perigosa, pois a parada cardíaca está mais frequentemente associada a níveis elevados de potássio (SMELTZER e BARE, 2002). As manifestações clínicas da hipercalemia estão relacionadas principalmente ao coração e aos

músculos. Arritmias, bloqueio cardíaco, bradicardia, condução e contração reduzidas, fraqueza muscular, paralisia, parestesia, reflexos hipoativos e anormalidades ao eletrocardiograma; tais como ondas T apiculadas difusas, prolongamento do intervalo PR, ampliação do complexo QRS, ondas P reduzidas e ondas padrão em sino são manifestações comuns (SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, 2008).

NÍVEIS ALTOS DE MAGNÉSIO

Um nível sérico elevado de magnésio é raro, pois os rins são eficientes na excreção deste. A hipermagnesemia pode acontecer em pacientes com cetoacidose diabética não- tratada quando o catabolismo libera magnésio celular que não pode ser excretado por causa da profunda depleção do volume de líquidos (SMELTZER e BARE, 2002).

NÍVEIS BAIXOS DE MAGNÉSIO

Hipomagnesemia é um distúrbio eletrolítico em que se apresenta uma concentração de magnésio no sangue inferior ao normal. Pode ser resultado de inúmeras condições, como ingestão inadequada de magnésio, diarreia crônica, má absorção, alcoolismo, estresse crônico, uso de diurético e outros distúrbios (SILVA, 2010).

NÍVEIS BAIXOS DE CÁLCIO

Níveis baixos de cálcio no sangue mostram correlação com fator de risco de infarto do miocárdio, incluindo algumas doenças pulmonares (PAGANA e PAGANA, 2001).

NÍVEIS ALTOS DE GLICOSE

A glicose é controlada na corrente sanguínea através do hormônio insulina e o glucagon. Portanto estando alterado, acima dos valores de normalidade indica um quadro de diabetes mellito (PAGANA e PAGANA, 2001).

NÍVEIS BAIXOS DE CREATININA

Baixos níveis de creatina podem resultar de fluxo sanguíneo renal reduzido (associado com um choque ou obstrução de artéria renal), necrose tubular aguda, glomerulonefrite aguda ou crônica, pielonefrite crônica bilateral avançada, lesões renais bilaterais avançadas (que podem ocorrer em doença policística de rim, tuberculose renal e câncer), nefrosclerose, ICC ou desidratação grave (SILVA, 2010).

NÍVEIS ALTOS DE UREIA

O nível de uréia reflete a ingestão de proteína e a capacidade excretora renal. Níveis de uréia elevados ocorrem em doença renal, fluxo sanguíneo renal reduzido, obstrução do trato urinário e em catabolismo de proteína aumentado (PAGANA e PAGANA, 2001).

NÍVEIS BAIXOS DE ALBUMINA

Os pacientes hospitalizados, geralmente apresentam níveis reduzidos de albumina, seja por problemas de diluição por contínua administração de fluidos intravenosos, seja por perdas na urina, fluido ascítico ou trato gastrointestinal ou outros distúrbios (Pagana e Pagana, 2001).

Níveis baixos de albumina

Podem sugerir doença hepática ou situações de doença nas quais os rins não conseguem impedir que a albumina saia do sangue para a urina e se perca. Também se podem observar níveis baixos de albumina com a inflamação, choque e má-nutrição; podendo sugerir também condições nas quais o organismo não

absorve nem digere corretamente as proteínas ou nas quais se perde uma grande quantidade de proteínas pelo intestino (SILVA, 2010).

2.3.2 Teste Rápido

Testes rápidos para a detecção de anticorpos anti-HIV são testes de triagem que produzem resultados em, no máximo, 30 minutos. Existem atualmente no mercado diversos testes rápidos disponíveis, produzidos por vários fabricantes e que utilizam diferentes princípios técnicos. Geralmente os testes rápidos apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou *nylon*, látex, micropartículas ou cartelas plásticas) e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras.

Esses testes, que foram inicialmente desenvolvidos no final da década de 80, ganharam maior popularidade a partir do começo dos anos 90. A medida que as tecnologias de desenvolvimento e produção de kits foram se tornando mais refinadas, os testes rápidos revelaram ser tão acurados quanto os ELISA convencionais. Hoje, os testes rápidos em geral apresentam sensibilidade e especificidade similares aos ELISA de terceira geração, sendo que em populações com baixa prevalência para o HIV, a proporção de resultados falso-positivos pode ser maior. Conforme citado nas Portarias 008/96 e 488/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, somente conjuntos diagnósticos com registro da Vigilância Sanitária e submetidos a testes de análise prévia poderão ser comercializados no País. Os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito para os laboratórios que realizam a

sorologia convencional. Os resultados não reagentes nos testes rápidos devem ser comunicados por profissionais devidamente treinados, que informem ao indivíduo sobre as limitações do teste. Resultados reagentes nesses testes devem ser obrigatoriamente submetidos a testes confirmatórios antes de serem entregues aos pacientes.

2.3.3 Tomografia de Crânio

A tomografia computadorizada (TC) tem sido utilizada como o principal método diagnóstico de imagem para a definição do tratamento. A avaliação desse exame por uma equipe adequadamente treinada permite a distinção entre as hipóteses diagnósticas possíveis, auxilia a decisão sobre a indicação clínica da terapêutica trombolítica, além de nortear as demais condutas clínicas e a utilização de outras tecnologias adequadas a cada caso. A TC é ainda considerada custo-efetiva, segura e orientadora dos procedimentos terapêuticos, principalmente quando realizada dentro das primeiras horas, até 4,5 horas após a ocorrência do evento. Essa tecnologia é financiada pelo SUS, e sua utilização deveria concorrer para a obtenção de melhores resultados.,

Laudos da TC: Não estava disponível no prontuário da paciente.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO - REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ETIOLOGIA

3.1.1 Meningite Infeciosa

A meningite consiste basicamente na ocorrência de um processo infeccioso ou não das meninges.⁴ Essa doença pode ser de evolução aguda; particularmente causada por bactérias (principalmente a *Neisseria meningitidis* (meningococo), *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*), vírus (Enterovirus, Arbovirus, Vírus da Caxumba e outros) ou de evolução crônica, quando produzida por protozoários, espiroquetas, helmintos, fungos ou micobactérias.

A doença meningea é uma síndrome que se caracteriza por: febre, cefaleia intensa, vômito e sinais de irritação nas meninges (rigidez de nuca, sinal de Kerning, sinal de Brudzinski, sinal de Lasegue), acompanhadas de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR).⁶ Esta doença está relacionada com uma série de complicações tanto imediatas quanto tardias, que podem culminar com danos irreversíveis ao Sistema Nervoso Central (SNC) ou levar ao óbito.²²

O processo inflamatório da meningite ocorre dentro do espaço subaracnoideu, que é ocupado pelo LCR.⁴ Este líquido consiste num sistema fisiológico destinado a distribuir nutrientes pelo tecido nervoso, retirar resíduos metabólicos e servir de barreira mecânica para o amortecimento dos traumatismos que atingem o cérebro e a medula.

A meningite é mais frequente nos meses quentes e caracteriza-se por quatro síndromes, podendo cursar com as seguintes características:

- síndrome infecciosa: febre ou hipotermia, anorexia, apatia e sintomas gerais de um processo infeccioso;
- síndrome de irritação radicular com sinais meninges característicos: rigidez de nuca, sinais de Köernig, Brudzinski e Lasègue;
- síndrome de hipertensão intracraniana: cefaléia, vômitos sem relação com a alimentação, fundo de olho com edema de papila e,
- síndrome encefálica: caracterizada por sonolência ou agitação, torpor, delírio e coma. A gravidade dependerá do agente etiológico, habilidade da equipe de saúde, diagnóstico precoce, faixa etária e estado imune do paciente. Apesar de a maioria dos casos evoluir de forma autolimitada e benigna, pode haver sequelas como retardo mental, surdez, convulsões e perdas motoras ou sensoriais.

O diagnóstico deve ser precoce e na suspeita deve-se realizar punção líquórica, de preferência lombar, entre L3 e S1. Para a punção ser realizada de forma segura, é importante realizar-se exame de fundo de olho nos adultos e em crianças com fontanela fechada.

Tratamento

O tratamento das meningites virais é de suporte: antitérmicos como dipirona, antieméticos (metoclopramida), cabeceira elevada a 30°. Se o paciente estiver sonolento ou confuso ou com dificuldade de deglutição, deverá ser mantida sonda nasogástrica para hidratação adequada e evitar broncoaspiração.

Nos casos de herpes vírus pode ser utilizado o aciclovir com a seguinte posologia: 10 mg/kg/dose a cada oito horas, por 14 a 21 dias. A punção líquórica alivia a cefaléia por diminuir a pressão intracraniana.

Os casos de internação são excepcionais, apenas para evitar a desidratação provocada pelos vômitos, diminuir a cefaléia e melhorar as condições gerais. O uso de corticosteróides é discutível, assim como a gamaglobulina. Em surtos

do tipo caxumba, faz-se busca ativa dos casos e o bloqueio da transmissão por meio da imunização.

3.1.2-Crise Convulsiva

As convulsões são de atividade motora, sensorial, autônoma ou psíquica anormal (ou uma combinação desses tipos) decorrentes da descarga súbita e excessiva a partir dos neurônios cerebrais. Parte ou a totalidade do cérebro pode ser afetada. Em geral, as convulsões são súbitas e transitórias.

As causas são variadas e podem ser categorizadas como idiopáticas (genéticas, defeitos do desenvolvimento) e adquiridas.

3.1.3-INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

A insuficiência renal aguda (IRA) pode ser definida como perda da função renal, de maneira súbita, independentemente da etiologia ou mecanismos, provocando acúmulo de substâncias nitrogenadas (ureia e creatinina), acompanhada ou não da diminuição da diurese.

Nas unidades de terapia intensiva (UTI) há incidência elevada de IRA, podendo, em alguns casos, chegar a 23%,⁽⁵⁾ mas, em geral, há incidência similar ao do hospital como um todo.⁽⁶⁾ A mortalidade é alta, especialmente nos casos em que há necessidade de diálise, com índices que variam de 37% a 88%.⁽⁶⁾ Apesar do avanço de novas técnicas de terapia intensiva e de métodos dialíticos contínuos, a mortalidade permanece alta.⁽⁷⁾ As evidências, até o presente momento, mostram que a sobrevivência ou morte dos pacientes em UTIs depende mais dos fatores relacionados ao paciente do que das formas de diálise empregadas.⁽⁷⁾ Existem vários trabalhos, nas UTIs, tentando analisar óbitos e correlacioná-los com fatores preditivos, através de sistemas como o APACHE II e III, definições de insuficiência de órgãos, síndrome de

resposta inflamatória sistêmica, etc. Há, entretanto, dificuldades, nessas análises, pela falta de trabalhos mais controlados e prospectivos

A avaliação do paciente com IRA tem dois objetivos principais: determinar a etiologia e a extensão das complicações, o que pode ser feito através da história, exame físico e exames laboratoriais. Em alguns casos, pode ser difícil diferenciar a insuficiência renal pré-renal e NTA. Alguns parâmetros podem ser analisados:

Volume urinário - O termo anúria, significando falta de diurese, é utilizado pela maioria dos autores para diurese menor que 100 ml nas 24 h. A oligúria descreve redução entre 100 a 400 ml/24 h. A IRA não oligúrica é vista, freqüentemente, em pós-cirúrgicos, traumas, hipotensão, nefrotoxinas e rabdomiólise. Sua incidência gira em torno de 25 a 80% de todos os casos de IRA e pode passar despercebida, se somente for avaliada a diurese.(43,44)

Densidade urinária - É influenciada não apenas pelo número de partículas de soluto por unidade de volume, mas, principalmente, pelo peso molecular de cada partícula. Quando a densidade urinária se iguala à do plasma (1010), denominamos de isostenúria, o que seria compatível com NTA. Na IRA pré-renal, a densidade, geralmente, se encontra acima de 1020.

Sofre alterações, quando na urina se encontram dextranas, proteínas, carbenicilina, contraste radiológico, manitol e glicose. Essas substâncias podem passar mais facilmente para a urina, quando há lesão renal, dando resultados alterados da densidade, que não correspondem

à realidade da concentração. A densidade urinária é um teste não específico e não fisiológico da reabsorção de água. Embora a densidade aumente proporcionalmente à osmolaridade urinária, em indivíduos normais, esse

aumento fica prejudicado, quando há lesão renal. A análise da densidade perde, portanto, valor, numa diferenciação entre IRA e NTA.

PREVENÇÃO

Um grande número de IRA provém de atitudes mais agressivas, retardo em medidas preventivas e desatenção por parte dos médicos que, através de melhor análise do paciente, evitando o uso de drogas nefrotóxicas, e agindo rapidamente ao menor sinal de complicação, podem evitar o desenvolvimento do quadro.(50) Deve-se evitar a combinação de vários fatores potencialmente agressivos em duas ou mais combinações como: agentes de radiocontraste, desidratação, icterícia, aminoglicosídeos, mioglobínúria hemoglobínúria.(18,25) Vários agentes farmacológicos têm sido propostos para prevenir NTA em pacientes de alto risco ou transformar casos oligúricos em não oligúricos. Por falta de estudos mais controlados, sua utilização tem sido controversa. Os mais utilizados são: manitol, furosemide e dopamina. Outros agentes que estão em fase inicial de estudos são: bloqueadores de canal de cálcio, fator natriurético atrial, agentes alfa adrenérgicos, etc.

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

- Hemodiálise e terapias contínuas

Acesso vascular - O paciente portador de IRA, para se submeter a tratamento dialítico, necessita, inicialmente, de um acesso vascular, o qual, habitualmente, é temporário. Os métodos para estabelecer esse acesso envolvem a punção percutânea de um grande vaso sanguíneo (jugular interna, subclávia e femoral).(89) Os cateteres venosos de duplo lúmen são os mais

utilizados, porém são calibrosos e apresentam risco de trombose ou estenose tardia da veia subclávia.

Outra via de acesso, que podemos utilizar é a introdução de cateteres mais calibrosos, por punção percutânea, na artéria e veia femorais. Tal punção apresenta alto fluxo sanguíneo, e baixa incidência de coagulação e infecção local, porém exige confinamento do paciente ao leito.

Outras vias de acesso, são os *shunts* arteriovenosos (*shunt* de Quinton-Scribner, *shunt* A-V), que são realizados através da inserção cirúrgica de um par de cânulas, conectando uma artéria e uma veia das extremidades (antebraço ou perna), formando uma fístula externa. Apresentam baixo risco de sangramento, mas exigem implante cirúrgico e alto riscos de coagulação e infecção, o que os torna pouco utilizados no momento.

Dialisador - Existem dois modelos básicos de dialisadores: placa paralela e capilar, e é onde ocorrem as trocas por difusão e a ultrafiltração do plasma. Na construção desses dialisadores, são usados quatro tipos de membranas: celulose, celulose modificada, celulose sintética e sintética. A celulose é obtida pelo processamento do algodão e, até recentemente, o tipo de membrana mais utilizado nos dialisadores era o cuprofone.

As membranas sintéticas incluem a poliacrilonitrila (PAN), a polissulfona, a poliamida, o policarbonato e o polimetilmetacrilato, e são mais permeáveis a moléculas médias e grandes do que o cuprofone, além de serem mais biocompatíveis. O tratamento dos pacientes portadores de IRA não oligúrica, com membranas biocompatíveis, tem sido motivo de investigação para verificar se apresentam vantagens ou não.

As membranas de cuprofone promovem efeito adverso na recuperação da função de animais com IRA experimental, especialmente por ativação do complemento e infiltração neutrofílica do parênquima renal.(91) Os produtos da ativação do complemento promovem vasoconstrição direta e indiretamente,

enquanto os neutrófilos ativados secretam substâncias vasoconstritoras que intensificam a isquemia, particularmente na medula renal.

Esses dados sugerem que o uso de membranas mais biocompatíveis podem beneficiar a evolução dos pacientes portadores de IRA sem oligúria ou anúria. Entretanto, devemos ter em conta que outros fatores que não a membrana dialisadora podem afetar a evolução desses doentes e os critérios para selecioná-los em grupos com semelhante grau de gravidade não são ainda os ideais.

Anticoagulação - A anticoagulação é obtida com o uso da heparina. A dose recomendada é de 100U/kg de peso no início da diálise e 20U/kg de peso a cada hora de diálise, até uma hora antes de seu término, e pode ser substituída pelo uso contínuo de uma solução de 100U de heparina por quilo de peso diluído em 50ml de solução fisiológica, infundida a uma velocidade de 0,25ml de solução por minuto. Caso o fluxo sanguíneo seja inferior a 100ml/min, deve-se fazer uma anticoagulação mais agressiva para evitar coagulação do sistema extracorpóreo. O tempo de coagulação é importante ser controlado {Tempo de tromboplastina ativado (TTPA) ou Lee-White}, pois os pacientes apresentam resposta anticoagulante diferentes.

Para pacientes com risco de sangramento, podemos utilizar a heparinização regional ou doses mínimas de heparina, mas, para os pacientes com alto risco de sangramento, o melhor é fazer hemodiálise sem qualquer anticoagulante; porém é necessário que exista fluxo sanguíneo igual ou superior a 150ml/min. O uso de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) pode ser útil visto não interferir intensamente com a coagulação normal do paciente.

3.1.4- Hipertensão Arterial

A hipertensão trata-se da pressão exercida pelo coração sobre as artérias, que pode ser medida por dois valores; máximo (pressão sistólica), que diz respeito à pressão que o coração faz para bombear o sangue em direção aos outros órgãos e o mínimo (pressão diastólica) que se refere à acomodação do sangue nos vasos sanguíneos.

Suas artérias ficam apertadas e dificulta a passagem do sangue, razão pela qual o coração precisa exercer uma pressão maior para bombeá-lo. A hipertensão é uma doença comum, que atinge cerca de 15% a 25% da população brasileira. Muitas pessoas nem sabem que tem pressão alta, pois, o organismo acostuma-se com os níveis elevados, que, contudo, vão comprometendo um silêncio órgãos como o coração, rins, cérebro e olhos. Mas, dá para evitar esse quadro e até prevenir o aparecimento da hipertensão.

A maioria das pessoas que tem hipertensão não apresenta sintomas. Quando presente, porém, podem manifestar-se como dor de cabeça, sangramento nasal, tonturas e zumbidos no ouvido. Outros como palpitação, dor no peito, falta de ar, inchaço, alterações visuais, perda de memória e de equilíbrio, palidez, problemas urinários e dores nas pernas demonstram que os órgãos alvo da doença podem estar comprometidos. Nestes casos, convém procurar um médico imediatamente.

Em 90% a 95% dos casos não há uma causa conhecida para a hipertensão. Mas, eventualmente, problemas endócrinos e renais, gravidez, uso frequentes de medicamentos (anticoncepcionais, descongestionantes nasais, antidepressivos, corticoides e moderadores de apetite) de cocaína, bem como doenças neurológicas, podem ser causas de hipertensão arterial.

O diagnóstico é baseado na medida da pressão arterial com um aparelho próprio, usado em hospitais, ambulatórios e consultórios. Embora simples, a medida isolada da pressão sofre influência de vários fatores. Por

conta disso, hoje a medicina utiliza outros recursos adicionais para diagnosticar a hipertensão.

Um deles é o teste ergométrico, que mede a pressão do indivíduo durante o esforço físico e pode evidenciar se ele possui risco de desenvolver hipertensão. Outro é a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que registra a pressão do paciente 24 horas, ao longo de suas atividades diárias e do sono, fornecendo dados relevantes para o médico. Mas nenhum desses recursos substitui a avaliação clínica do paciente e a medida da pressão arterial em consultório.

Porque a expectativa de vida de uma pessoa com hipertensão é 40% menor que a de um indivíduo sadio, ao longo dos anos. O fato é que, ao esforçar-se para bombear o sangue, o coração do hipertenso fica vulnerável à insuficiência cardíaca. Além disso, devido ao aumento da pressão, vai desgastando os vasos, que podem romper-se e causar o derrame cerebral. Esse desgaste ainda facilita o acúmulo de placas de gordura nas artérias, predispondo o indivíduo ao infarto.

Para alguns, uma dieta com pouco sal e sem gordura, além da mudança de hábitos de vida, deixar de fumar, ingerir menos álcool, fazer exercícios e emagrecer são suficientes para manter a pressão controlada. Outros, porém, necessitam de medicamentos. Mas só o médico pode estabelecer o tipo de hipertensão, avaliar o estado dos órgãos alvo da doença e prescrever o tratamento indicado.

Levar uma vida saudável, manter o peso ideal, não ingerir bebidas alcoólicas, fazer exercícios, não fumar e adotar uma dieta balanceada, com consumo moderado de sal são atitudes preventivas. Também é recomendável que toda pessoa com mais de 40 anos faça medidas periódicas de pressão – sobretudo de quem tem histórico de pressão alta na família.

NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassar a 130 e a diastólica (mínima) for inferior a 85 mmHg. No quadro abaixo, vemos as variações da pressão arterial normal e hipertensão em adultos maiores de 18 anos em mmHg:

SISTÓLICA	DIASTÓLICA	Nível
130	85	Normal
130-139	85- 89	Normal limítrofe
140 -159	90 - 99	Hipertensão leve
160-179	100-109	Hipertensão moderada
> 179	> 109	Hipertensão grave
> 140	>90	Hipertensão sistólica ou máxima

A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida. O achado de hipertensão arterial é elevado nos obesos 20 a 40%, diabéticos 30 a 60%, negros 20 a 30% e idosos 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou seja somente a máxima.

CONSEQUÊNCIA DA HIPERTENSÃO

- Insuficiência cardíaca
- Infarto do miocárdio
- Arritmias cardíacas
- Morte súbita

- Aneurismas
- Perda da visão (retinopatia hipertensiva)
- Insuficiência renal crônica)
- AVC isquêmico e hemorrágico
- Demência por micro infartos cerebral
- Arteriosclerose

A hipertensão arterial raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos importantes como coração, olhos, cérebro e rins sofram lesões que causem as doenças descritas acima. Estes são os chamados órgãos alvos.

SINTOMAS DA HIPERTENSÃO

Dor de cabeça intensa, fadiga ou confusão mental, problemas de visão ,dor no peito ,dificuldade para respirar, batimentos cardíacos irregulares .

A hipertensão maltratada pode levar a doenças sérias, como infarto, doenças coronarianas, parada dos rins e problemas nos olhos. Sinais de alerta Quando a pressão chega a um determinado nível, podem ocorrer danos nos órgãos.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO

O uso de medicamentos usados para controlar a pressão alta e bem comum mais deve ser feito junto com uma dieta hipossódica

3.1.5- Dependente Químico (cocaína)

A dependência química é uma doença e considerada como um **Transtorno Mental**. Os dependentes químicos são vistos como pessoas fracas, de pouca força de vontade, sem bom senso e sem sabedoria. Porém, quando consideramos como uma doença, podemos olhar sob outra perspectiva: de que se trata de um transtorno em que o portador desse distúrbio perde o controle do uso da substância, e sua vida psíquica, emocional, espiritual, física vão deteriorando gravemente. Nessa situação, a maioria das pessoas precisa de tratamento e de ajuda competente e adequada.

É uma doença química: Pelo fato de que a dependência é provocada por uma reação química no metabolismo do corpo. O álcool, embora a maioria das pessoas o separe das drogas ilegais, é uma droga tão ou mais poderosa em causar dependência em pessoas predispostas, quanto qualquer outra droga, ilegal ou não.

É uma doença interna e não externa: A causa básica e única é o uso do produto, mas existem fatores internos inerentes ao organismo, que atuam ao mesmo tempo direta e indiretamente e que contribuem para a instalação da doença, provocando uma predisposição física e emocional para a dependência. As expressões externas de uma dependência, como uma série de problemas sociais (pressão de grupo, moda, fome e miséria), familiares (falta de diálogo com os pais), sexuais, profissionais, emocionais (ansiedade, culpa), etc., não são as geradoras da dependência química e sim consequências de um determinado estilo de vida.

É uma doença progressiva: A lógica da interrupção desse processo destrutivo é não usar mais a droga, caso contrário a tendência é piorar com o passar do tempo.

É uma doença crônica incurável: Uma vez dependente químico, sempre dependente, indiferente de estar ou não em recuperação, usando ou não

usando algum tipo de droga. Não há cura para a dependência; existe sim tratamento com êxito - contínuo e permanente.

É uma doença controlável: Mesmo que não se possa usar o álcool ou outras drogas de maneira “social” ou “recreativa”, o dependente, se aceitar, e realmente se empenhar no tratamento, poderá viver muito bem sem a droga e sem as consequências negativas do seu uso frequente.

É uma doença que atinge toda família: Qualquer tipo de comportamento toxicomaniaco tem uma incidência sobre aqueles que rodeiam a pessoa em causa e, sobretudo, sobre a sua família, tornando-a co-dependente do problema. O convívio com o dependente faz com que os familiares adoçam emocionalmente, sendo necessário que o familiar também se trate, e, ao mesmo tempo, receba orientações a respeito de como lidar com o dependente, como lidar com seus sentimentos em relação ao mesmo.

É uma doença física: Se manifesta pelo aparecimento de profundas modificações físicas, alterando o metabolismo orgânico quando se interrompe o uso da droga. Essas alterações físicas obrigam o usuário a continuar consumindo tóxicos; caso contrário ocorre uma “crise ou síndrome de abstinência”. Essas alterações presentes na “Síndrome de Abstinência” se manifestam por sinais e sintomas de natureza física e variam conforme a droga.

É uma doença psicológica: É a sensação de satisfação e um impulso psíquico provocado pelo uso da droga que faz com que o indivíduo a tome continuamente, para permanecer satisfeito e evitar mal estar, ou seja, quando o consumo repetido cria o invencível desejo de usá-lo pela satisfação que produz. A falta do tóxico deixa o usuário abatido, em lastimável estado psicológico. Quando privados os dependentes sofrem modificações de comportamento, mal-estar, e uma vontade irreprimível de usar a droga. Os tóxicos que criam dependência psíquica, dizemos que provocam 1 hábito.

Segundos os critérios diagnósticos do DSM-IV 5 a Dependência de Substância se apresenta sob os seguintes sintomas:

1. Tolerância - Definida por qualquer um dos aspectos:

a - necessidade progressiva de maiores quantidades da substância pra atingir o efeito desejado;

b - significativa diminuição do efeito após o uso continuado da mesma quantidade da substância.

2. Abstinência - Manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

a - presença de sintomas como ansiedade, irritabilidade, insônia e sinais fisiológicos (tremor) desconfortáveis após a interrupção do uso da substância ou diminuição da quantidade consumida usualmente;

b - consumo da mesma substância ou outra similar a fim de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3. Ingestão da substância em quantidades maiores ou por um período maior do que o inicialmente desejado.

4. Desejo de diminuir - O indivíduo expressa o desejo de reduzir ou controlar o consumo e a quantidade da substância ou apresenta tentativas nesse sentido, porém mal-sucedidas.

5. Perda de Tempo - Boa parte do tempo do indivíduo é gasto na busca e obtenção da substância, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.

6. Negligência em relação às atividades - O repertório de comportamentos do indivíduo, como atividades sociais, ocupacionais ou de lazer do indivíduo encontra-se extremamente limitado em virtude do uso da substância.

7. Persistência no uso - Embora o indivíduo se mostre consciente dos problemas ocasionados, mantidos e/ou acentuados pela substância, sejam físicos ou psicológicos, seu consumo não é interrompido.

A dependência química é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes da atualidade. No caso do cigarro, de 25% a 35% dos adultos dependem da nicotina. A prevalência da dependência de álcool no Brasil é de 17,1% entre os homens e de 5,7% entre as mulheres, segundo o "1º Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas" no país, realizado em 2001 pela Universidade Federal São Paulo.

Cocaína:

O nome científico da planta da qual se obtém a cocaína é ERYTHOXYLON COCA, encontrada nos países da América do sul, na região amazônica brasileira é conhecida pelos índios como IPADU. Os traficantes colombianos trouxeram seus laboratórios de refino de coca para o Brasil, por ser, este, o único país latino a produzir éter e cetona. Uma prova concreta de que a cocaína está sendo largamente refinada no Brasil e o apacimento, cada vez maior, da pasta de coca, nas ruas.

A cocaína é também conhecida como brilho, pó, poeira, branquinha, carreirinha etc. Ela é extraída da planta em duas fases: primeiro, as folhas são colocadas numa prensa junto com ácido sulfúrico, querosene, gasolina, e, depois, comprimidas até formarem uma massa, ou, pasta, que contém 90% de sulfato de cocaína. Na segunda fase, para remover as impurezas remanescentes, essa pasta é tratada com ácido hidrolórico, como solvente, produzindo o cloridrato de cocaína, branco e cristalino. Pode ser introduzida no organismo por aspiração, ingestão ou injeção.

Um dos principais perigos vivenciados pelo dependente da cocaína é a

ganância dos traficantes,que,para, para aumentarem os lucros,adulteram-na adicionando açucares,anestésicos.talco, pó de mármore,leite em pó,misturas essas,que acarretam gravíssimas,perigosas e intermináveis consequências aos usuários de drogas.

Os efeitos da cocaínas são: perda de apetite e peso, deficiência nutricional,insônia,pneumonia,hipertemia(aumento da temperatura do corpo), náuseas,vômitos dores de cabeça, problemas nasais,fadiga impotência sexual,inquietação,irritabilidade,dilatação das pupilas,parada respiratória pelo excesso de estimulação dos pulmões etc.Com uso contínuo o indivíduo perde a sensação de euforia,encontrando apenas o desprazer e o abatimento.Nesse ponto surge a psicose,quando a pessoa começa a ter visões,podendo chegar a total loucura.

5 - PRESCRIÇÕES MÉDICAS

Durante os dois dias de acompanhamento, a paciente fez uso somente das seguintes medicações e dieta:

6.1 - Dia 05/04/2013

- 1) Dieta Enteral
- 2) SF 0,9% 100ml EV 14 gts por min.
- 3) Midazolam 50mg
- 4) Fentanil 10mg
- 5) Cefetriaxona
- 6) Diazepam
- 7) Dipirona 2ml
- 8) Ranitidina 150mg 01 comp VSNE de 08\08 h
- 9) Glicemia capilar 12de /12 h

6.2 - Dia 06/04/2013

- 1) Dieta Enteral
- 2) SF 0,9% 100ml EV 14 gts por min.
- 3) Midazolam 50mg
- 4) Fentanil 10mg
- 5) Hidantal
- 6) Polimexina B
- 7) Omeprazol 40mg
- 8) Bromoprida
- 9) Clexane
- 10) Dipirona 2 ml
- 11) Glicemia capilar 12de /12

6.3 - Dia 19/04/2013

- 1) Dieta Enteral
- 2) SF 0.9% 100ml Ev 10gts por mim
- 3) Midazolam 50mg
- 4) Fentanil 10mg
- 5) Hidantal
- 6) Polimexina B
- 7) Omeprazol 40mg
- 8) Bromoprida
- 9) Clexane
- 10)Dipirona 2 ml
- 11) Atenolol VSNE
- 12)Captopril 25mg VSNE
- 13)Glicemia capilar 12de /12 h
- 14)Dipirona SOs

7 - FARMACOLOGIA

1-CLORETO DE SÓDIO 0,9%

Nome comercial: Soro fisiológico

Mecanismo de Ação: Os níveis de sódio normalmente determinam o volume do fluido extracelular e ele é um importante regulador da osmolaridade, do equilíbrio ácido-base e auxilia na estabilização do potencial de membrana das células. Os íons de sódio circulam através da membrana celular por meio de vários mecanismos de transporte, dentre eles a bomba de sódio (Na – K – ATPase). O sódio também desempenha importante papel na neurotransmissão, na eletrofisiologia cardíaca e no metabolismo renal. O cloreto de sódio 0,9% é fundamental para manter o equilíbrio sódio potássio e contribuir para a recuperação da manutenção da volemia.

Indicação: A solução injetável de cloreto de sódio 0,9% é utilizada para o restabelecimento de fluido e eletrólitos. A solução também é utilizada como repositora de água e eletrólitos em caso de alcalose metabólica de grau moderado, em carência de sódio e como diluente para medicamentos. Limpeza de ferimentos.

Apresentação: Bolsas de 100 mL, 250 mL, 500 mL e 1000 mL. Ampolas plásticas transparentes contendo 10 e 20 ml.

Via de Administração: Intravenosa e individualizada.

Cuidados de Enfermagem

- A dosagem deve ser determinada por um médico e é dependente da idade, do peso, das condições clínicas do paciente, do medicamento diluído em solução e das determinações em laboratório;

- Antes de serem administradas as soluções parenterais devem ser inspecionadas visualmente para se observar a presença de partículas, turvação na solução, fissuras e quaisquer violações na embalagem primária.
- A Solução é acondicionada em bolsas, frascos e/ou ampolas em **SISTEMA FECHADO** para administração intravenosa usando equipo estéril. Não perfurar a embalagem, pois há comprometimento da esterilidade do produto e risco de contaminação.

2-Clexane

Indicações de Clexane Profilaxia da TVP e recidivas; profilaxia do tromboembolismo pulmonar e prevenção da coagulação do circuito extracorpóreo durante hemodiálise.

Contra-Indicações:

Hipersensibilidade à enoxaparina ou a qualquer componente do produto; endocardite bacteriana aguda com ou sem prótese valvar; alterações graves da hemostasia; lesões orgânicas suscetíveis de sangramento; trombocitopenia em pacientes que apresentem teste de agregação positiva in vitro na presença de enoxaparina; úlcera gastroduodenal ativa; acidente vascular cerebral (recente), exceto se existir, embolização sistêmica; e associação com antiplaquetários (ticlopidina, salicilatos, dipiridamol) e antiinflamatórios não-esteróides.

Precauções

Não se deve misturar CLEXANE com outras infusões; não se deve administrar por via intramuscular; não se deve administrar em diátese hemorrágica nem durante o primeiro trimestre da gravidez ou na mãe

lactante⁹. Recomenda-se cautela em insuficiência hepática¹⁰, hipertensão arterial¹¹ não-controlada e antecedentes de úlcera⁶ gastroduodenal. Em idosos e na insuficiência renal¹², a eliminação de enoxaparina é retardada. Durante o uso de enoxaparina é necessária a contagem de plaquetas¹³ ao menos uma vez por semana; em caso de plaquetopenia, suspender o uso do medicamento. Deve-se ter cautela no uso que precede a anestesia¹⁴ por via espinhal.

Interações medicamentosas

Desaconselha o uso concomitante com: ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios não-esteróides, tidopidina e heparina; deve-se ter cautela durante o uso concomitante com: anticoagulantes orais, glicocorticoides e Dextran 40.

Reações adversas

Manifestações hemorrágicas, trombocitopenia⁵, equimoses no local das injeções, manifestações alérgicas e elevação das transaminases. Raramente podem ocorrer hematoma intra- espinhal após punção diagnóstica/anestésica, febre¹⁵, náuseas¹⁶, anemia¹⁷ hipocrômica, edema¹⁸.

Posologia e administração

Para profilaxia da TVP/EP: Usar durante 7 a 10 dias. Sob risco moderado: 20 mg (0,2 ml) em dose subcutânea única diária, com início 2 horas antes da

cirurgia. Sob alto risco: 40 mg (0,4 ml) em dose subcutânea única diária, com início 12 horas antes da cirurgia. Nos casos cirúrgicos, caso a anestesia¹⁴ para o ato cirúrgico seja por bloqueio espinhal, CLEXANE deverá ser iniciado 1 hora após a punção para o bloqueio anestésico ter sido realizado. O uso de cateter para bloqueio contínuo contra- indica o início da profilaxia até sua retirada. Hemodiálise²: 1 mg/kg (no acesso arterial) e, se houver necessidade, mais 0,5 a 1 mg/kg; se houver risco hemorrágico, usar 0,75 mg/kg (acesso vascular¹⁹ duplo) ou 0,75 mg/kg (acesso vascular¹⁹ simples).

Superdosagem acidental

Se houver manifestações hemorrágicas, a atividade anti- IIa da enoxaparina pode ser neutralizada pela administração intravenosa lenta da protamina (sulfato ou cloridrato). A dose de protamina deverá ser igual à dose da enoxaparina. A neutralização da atividade anti-Xa máxima é de 60%, permitindo a persistência da atividade antitrombótica.

Cuidados de Enfermagem

- Verifique a data de validade do medicamento. Não utilize se a data já passou .
- Verificar a seringa não é danificada e a medicina, em que é uma solução límpida. Se não, use outra seringa
- Decida onde você está indo para injetar o medicamento. Altere o local onde você injetar cada vez da direita para o lado esquerdo de seu estômago. Clexane deve ser injetado sob a pele de seu estômago, mas

não muito perto do umbigo ou qualquer tecido cicatricial (pelo menos 5 cm de distância estes)

3-Hidantal:

Indicações

Crises convulsivas epiléticas e parciais. Crises convulsivas por traumatismo crânio-encefálico, secundárias e neurocirurgia. Tratamento das crises convulsivas. Desde sua introdução até o momento numerosos aspectos de sua atividade terapêutica e tolerância pelo organismo têm sido estudados. Em decorrência disso, estabeleceram-se normas para sua administração, vigilância do aparecimento de efeitos secundários e indicações em algumas afecções não relacionadas com a epilepsia.

Contra-Indicações

Indivíduos que tenham apresentado reações intensas do medicamento. Pacientes que apresentam síndrome de Adam-Stokes, bloqueio A-V de 2º ou 3º graus, bloqueio sino-atrial e bradicardia sinusal.

PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS

Os fármacos antiepiléticos não devem ser abruptamente descontinuados devido ao possível aumento na frequência de crises, incluindo status epilepticus. Quando, a critério médico, houver necessidade de redução da dose, descontinuação do tratamento ou substituição por uma terapia alternativa, esta deve ser feita gradualmente. Entretanto, no evento de reação

alérgica ou reação de hipersensibilidade, uma rápida substituição para uma terapia alternativa pode ser necessária. Neste caso, a terapia alternativa deve ser um fármaco antiepilético não pertencente à classe das hidantoínas.

Pode ocorrer hipotensão, especialmente após a administração intravenosa de doses elevadas de fenitoína administradas em alta velocidade. Após a administração de fenitoína, reações cardiovasculares graves e fatalidades foram relatadas com depressão na condução atrial e ventricular e fibrilação ventricular. Complicações graves são principalmente relatadas em idosos e pacientes gravemente debilitados. Portanto, um monitoramento cuidadoso da pressão sanguínea e do ECG são necessários durante a administração de altas doses de HIDANTAL por via intravenosa, podendo ser necessária a redução na velocidade de administração ou interrupção da administração.

HIDANTAL deve ser utilizado com cautela em pacientes com hipotensão, insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio.

O tratamento com HIDANTAL deve ser interrompido se ocorrer o aparecimento de rash cutâneo. Se o rash for esfoliativo, purpúrico ou bolhoso, ou se houver suspeita de lúpus eritematoso, síndrome de Stevens-Johnson, ou necrólise epidérmica tóxica, o uso deste medicamento não deve ser retomado e terapia alternativa deve ser considerada. Se o rash for do tipo moderado (semelhante ao sarampo ou escarlatiniforme), o tratamento pode ser retomado após regressão completa do rash. Caso o rash reapareça ao reiniciar o tratamento, HIDANTAL ou outra fenitoína estão contraindicados.

Foram relatados casos de hepatotoxicidade aguda com o uso de fenitoína, incluindo casos pouco frequentes de insuficiência hepática aguda. Estes incidentes foram associados com uma síndrome de hipersensibilidade caracterizada por febre, erupções cutâneas e linfadenopatia, e normalmente ocorrem dentro dos 2 primeiros meses de tratamento. Outras manifestações comuns incluem icterícia, hepatomegalia, níveis elevados de transaminase sérica, leucocitose e eosinofilia. A evolução clínica de hepatotoxicidade aguda de fenitoína varia de recuperação imediata ao óbito. Nestes pacientes com

hepatotoxicidade aguda, o tratamento com HIDANTAL deve ser imediatamente descontinuado e não deve ser administrado novamente.

REAÇÕES ADVERSAS - HIDANTAL

Sistema Nervoso Central: as manifestações mais comuns observadas com o uso de fenitoína estão relacionadas a este sistema e são normalmente relacionadas à dose. Estas incluem nistagmo, ataxia, dificuldade na fala, redução na coordenação e confusão mental. Foram também observadas vertigem, insônia, nervosismo transitório, contração motora e cefaleia. Foram também relatados raros casos de discinesia induzida por fenitoína, incluindo coreia, distonia, tremor e asterixe, similares aqueles induzidos pela fenotiazina e outros fármacos neurolépticos.

Polineuropatia periférica predominantemente sensorial foi observada nos pacientes recebendo tratamento a longo prazo com a fenitoína.

Sistema gastrointestinal: náusea, vômitos, constipação, hepatite tóxica e dano hepático.

SUPERDOSAGEM - HIDANTAL

A dose letal em pacientes pediátricos, ainda não é conhecida.

A dose letal em adultos é estimada em 2 a 5 g. Os sintomas iniciais são: nistagmo, ataxia e disartria. Outros sinais são: tremor, hiperreflexia, letargia, fala arrastada, náuseas, vômitos. O paciente pode torna-se comatoso e hipotensivo. A morte ocorre em decorrência da depressão respiratória e circulatória.

Cuidados de Enfermagem:

- Durante e após a administração, monitore os sinais vitais a cada 15min.
- Não deve ser administrado em veias de fino calibre ,administrar lentamente cerca de 5mg/min.

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico.

4-Bromoprida

Indicação

Náusea e vômito de qualquer natureza. Regulador da motilidade gastroduodenal. Exames radiológicos do tubo digestivo.

Contra indicação:

Hipersensibilidade ao fármaco. Gestação no último trimestre. Feocromocitoma sem controle médico adequado. Hemorragias gastrointestinais. Obstrução mecânica da motricidade gastrointestinal. Uso prévio de neurolépticos pode conferir uma sensibilidade especial a esta droga.

Advertências e Precauções:

Hemorragias gastrointestinais. Obstrução mecânica da motricidade gastrointestinal. Uso prévio de neurolépticos pode conferir uma sensibilidade especial à droga.

Efeitos Colaterais:

Quais os males que este medicamento pode me causar?

Cefaléia, contração muscular, espasmos musculares, fraqueza, sonolência e astenia.

Interações Medicamentosas:

opínicos diminuem ou anulam seu efeito sobre a motricidade gastroentérica.

Pode diminuir a ação da digoxina e pode mascarar o efeito ototóxico dos aminoglicosídeos e da dibecacina.

Cuidados de Enfermagem

- Antes e durante a terapia ,avalie :o uso atual anterior de nerolépticos;o desenvolvimento de reações adversas .
- Deve ser administrado antes das refeições.
- Estar atento pois pode causar sonolência.

5-Diazepam

Indicação

Tratamento da ansiedade. Relaxante muscular. Alívio sintomático da abstinência alcoólica aguda. Anticonvulsivante e pré-anestésico, quando usado por via endovenosa. Sedativo em endoscopia, cardioversão e procedimentos cirúrgicos menores.

Contra indicações

Miastenia grave. Depressão respiratória. Glaucoma. Hipertrofia prostática. Obstrução pilórica e estados depressivos graves.

Advertências e Precauções

Só deve ser utilizado em crianças sob rigoroso controle médico. Utilizar doses menores em idosos. Os pacientes que operam máquinas e veículos devem ser orientados do risco de ocorrerem acidentes.

Potencializa os efeitos do álcool. Uso prolongado pode ocasionar reações de abstinência e dependência, razão pela qual a suspensão da droga deve ser gradual.

Efeitos Colaterais

Sonolência, alterações da memória, confusão, cefaléia, visão turva, fadiga e tonturas. Boca seca, constipação, diarreia, náusea, vômito, mal-estar epigástrico e alterações do apetite. Mialgia, tremores, câibras. Efeitos paradoxais como agitação, insônia, ansiedade, depressão e agressividade podem ocorrer, notadamente em idosos.

Interações Medicamentosas

Potencializa efeitos de outros depressores do SNC. Associados a opióide, produz depressão grave. Aumenta o efeito hipotensor de medicamentos anti-hipertensivos. Anti-histamínicos, álcool, anestésicos e analgésicos opióide potencializam o seu efeito sedativo.

Cuidados de Enfermagem:

- Durante e após a administração deve monitorar os sinais vitais (a cada 15 min.).
- Após a administração o paciente deve ficar em observação no mínimo de 03 horas.

- Durante as terapias prolongadas monitore as funções renal, hepática e hematopoiética.

6-Ceftriaxona

Indicação

Tratamento das seguintes infecções causadas por germes Gram-negativos e Gram-positivos sensíveis: infecções do trato urinário (complicadas ou não); infecções ginecológicas e obstétricas; doença inflamatória pélvica; infecções intra-abdominais; infecções dos órgãos genitais masculino e feminino; gonorréia não complicada (cervical, uretral e retal); sífilis; doença de Lyme; septicemia bacteriana; meningites; infecções dos ossos e articulações; infecções otorrinolaringológicas; infecções do trato respiratório inferior. - Profilaxia cirúrgica: a administração pré-operatória de 1 a 2 g de Ceftriax I.V. pode reduzir a incidência de infecções pós-operatórias em pacientes sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos classificados como contaminados ou potencialmente contaminados (p. ex.: histerectomia vaginal ou abdominal, colecistectomia em pacientes de alto risco, icterícia obstrutiva, by-pass de artéria coronária). Quando administrada antes do procedimento cirúrgico, uma dose única de 1-2 g de Ceftriax I.V. proporciona proteção contra a maioria das infecções causadas por germes sensíveis. Antes de se iniciar o tratamento com Ceftriax I.V., deve-se colher material apropriado para cultura e antibiograma, sempre que possível.

Contra indicações

Está contra-indicado para pacientes com reconhecida hipersensibilidade aos antibióticos do grupo das cefalosporinas. Em pacientes hipersensíveis à penicilina, deve-se levar em conta a possibilidade de reações alérgicas cruzadas. Ceftriax I.V. não deve ser adicionado a soluções que contenham cálcio, tais como, soluções de Hartmann ou de Ringer. Baseado em artigos da

literatura, soluções de ceftriaxona não podem ser misturadas, com ampicilina, vancomicina, fluconazol e aminoglicosídeos. Gravidez e lactação: embora as pesquisas pré-clínicas não tenham revelado efeitos mutagênicos e teratogênicos, Ceftriax I.V. não deve ser usado durante a gravidez (principalmente nos 3 primeiros meses), a não ser que seja absolutamente necessário. Como a ceftriaxona é excretada no leite em baixas concentrações, é recomendado cuidado em mulheres que amamentam.

Advertências e Precauções

Da mesma forma como ocorre com outras cefalosporinas, a ocorrência de choque anafilático não pode ser afastada, mesmo na ausência de antecedentes alérgicos. A ocorrência de choque anafilático exige imediata intervenção. Em casos raros, o exame ultra-sonográfico da vesícula biliar revelou imagens sugestivas de sedimento que desaparecem com a descontinuação ou conclusão do tratamento. Recomenda-se conduta clínica conservadora, mesmo nos casos em que tais achados sejam acompanhados de sintomatologia dolorosa. A colite pseudomembranosa tem sido descrita com quase todos os agentes antibacterianos, incluindo a ceftriaxona. Nestas circunstâncias, tem que ser instituída uma terapêutica específica, como a vancomicina por via oral, enquanto são contra-indicados medicamentos inibidores do peristaltismo intestinal.

Posologia

Adultos e crianças acima de 12 anos: a dose usual é de 1-2 g de Ceftriax I.V. em dose única diária, aplicada diretamente na veia, de modo lento (2 a 4 minutos). Em infecções graves ou nos casos onde os germes são apenas moderadamente sensíveis à ceftriaxona, a dose pode ser aumentada até 4 g em dose única diária. Nos casos em que forem necessárias doses diárias de Ceftriax I.V. iguais ou acima de 2 g, o produto deve ser administrado em infusão venosa, com duração de 30 minutos no mínimo, na razão de 2 g de

ceftriaxona para cada 40 ml de uma das seguintes soluções: cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico); cloreto de sódio 0,45%; soro glicosado 2,5%; soro glicosado 5%; soro glicosado 10%; dextran 6% em glicose; levulose 5%. Recém-nascidos (abaixo de 14 dias): dose única diária de 20-50 mg/kg. Não ultrapassar 50 mg/kg devido à imaturidade dos sistemas enzimáticos dessas crianças. Não é necessário diferenciar prematuros de crianças nascidas a termo. Lactentes e crianças (15 dias até 12 anos): dose única diária de 20-80 mg/kg. Para crianças de 50 kg ou mais, deve ser utilizada a posologia de adultos. Pacientes idosos: as doses aconselhadas para adultos não precisam ser alteradas para pacientes geriátricos. Duração do tratamento: o tempo de tratamento varia de acordo com a evolução da doença. Como se recomenda na antibioticoterapia em geral, a administração de Ceftriax I.V. deve ser mantida durante um período mínimo de 48 horas após o desaparecimento da febre ou após constatar-se evidências de erradicação da bactéria.

Apresentação

Solução injetável intravenosa em caixa com 1 frasco-ampola contendo pó estéril, equivalente a 250 mg de ceftriaxona. Acompanha ampola de água estéril para injeção de 5 ml para aplicação intravenosa em pacientes adultos e pediátricos; em caixa com 1 frasco-ampola contendo pó estéril, equivalente a 500 mg de ceftriaxona. Acompanha ampola de água estéril para injeção de 5 ml para aplicação intravenosa em pacientes adultos e pediátricos; em caixa com 1 frasco-ampola contendo pó estéril, equivalente a 1 g de ceftriaxona. Acompanha ampola de água estéril para injeção de 10 ml para aplicação intravenosa em pacientes adultos e pediátricos.

Cuidados de Enfermagem

- Monitorar as funções hepáticas e renal; a coagulação sanguínea (a droga pode causar alteração a TP).
- Não misture a droga com outros antibiótico .

- Avalie o histórico de hipersensibilidade a penicilina

7-RANITIDINA

Nome comercial: RANITAC, CLORIDRATO DE RANITIDINA, ZYLIUM

Mecanismo de Ação:

Age antagonizando a ação da histamina. Este fármaco inibe a secreção basal ou estimulada de ácido gástrico, reduzindo tanto o volume quanto o conteúdo de ácido e de pepsina da secreção. Tem ação bactericida contra o *Helicobacter pylori* in vitro e possui ações protetoras da mucosa.

Indicação:

Incluindo aquelas associadas com agentes anti-inflamatórios não esteroides. É indicado no tratamento da úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna, úlcera pós-operatória, esofagite de refluxo e outros estados hipersecretores patológicos, sempre que for recomendável a administração parenteral, tais como: prevenção de hemorragia gastrointestinal por úlcera de estresse em pacientes graves, profilaxia de úlceras pós-operatórias, profilaxia de sangramento recorrente em portadores de úlceras pépticas hemorrágicas e profilaxia em pacientes propensos à aspiração ácida (Síndrome de Mendelson) e tratamento da Síndrome de Zollinger-Ellison.

Via de Administração: VO, IM ou IV

Cuidados de Enfermagem:

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance a melhora.

- Oriente ao paciente para não ingerir bebidas alcoólicas, bebidas contendo cafeína.
- Oriente o paciente a não fumar, pois interfere na cicatrização e diminui o efeito da droga.

8-Captopril,25mg (14hs,22hs e 06hs)

INIBIDORES DA ECA E ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA

Também excelentes drogas para o controle da pressão. São indicados principalmente em jovens, pessoas com doença cardiovascular, insuficiência renais crônicas e proteinúrias.

Funcionam mal em negros. Podem elevar o potássio sanguíneo e causar alergias em alguns doentes.

Indicação:

Hipertensão arterial; insuficiência cardíaca congestiva (tratamento adjunto com diuréticos e digitálicos).

Como anti-hipertensivo, inibe competitivamente a ECA (Enzima Conversora da Angiotensina), diminuindo assim a conversão da angiotensina I em angiotensina II que é um potente vasoconstritor. A queda da angiotensina II leva a um aumento na atividade da renina plasmática (PRA) e a uma diminuição da secreção da aldosterona levando a um pequeno aumento de potássio e sódio e a uma maior eliminação de líquidos; inibidores da ECA reduzem a resistência arterial periférica e podem ser mais efetivos em hipertensão com renina alta.

Como vasodilatador na insuficiência cardíaca congestiva, diminui a resistência vascular periférica e a pressão intravascular pulmonar, aumentando o débito cardíaco e a tolerância aos exercícios. Absorção: gastrintestinal (75%); alimentos reduzem a absorção em 30 a 55%. Ação - início: 15 a 60 minutos; duração: 6 a 12 horas. Biotransformação: no fígado. Eliminação: urina (mais de 95% em 24 horas); não metabolizado (40 a 50%); metabolizado: restante.

Cuidados de Enfermagem:

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance a melhora.
- Monitorar rigorosamente a PA ,e diante e observação de qualquer alteração significativa ,comunique ao medico.
- Durante ao tratamento o paciente deve ser rigorosamente hidratado.

9-Atenolol 25mg (1cp ao dia)

BETA-BLOQUEADORES

São inferiores aos anteriores, mas devem ser primeira escolha nos doentes com doença cardiovascular, arritmias cardíacas, enxaqueca , hipertireoidismo e pessoas ansiosas com tremores das mãos. Não deve ser usado em asmáticos e pessoas com batimento cardíaco abaixo de 60 por minuto.Mais de 90% dos pacientes hipertensos devem tomar 1 ou mais dos remédios descritos acima.

Doentes com hiperplasia benigna da próstata devem usar uma outra classe chamada de Bloqueadores alfa como o Prazosin e o Doxazosin. São drogas de 2º linha que não devem ser prescritas em outros grupos.

Algumas pessoas têm hipertensão de difícil controle e, às vezes, precisam de 4,5 ou 6 drogas anti-hipertensivas. Neste caso existem alternativas como hidralazina, metildopa, clonidina e minoxidil, drogas potentes, utilizadas nos casos mais graves.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorar rigorosamente a PA (o uso da medicação pode mascarar os sinais de choque hiperglicêmico).
- Atenção a uso cocominante co o uso de outras drogas .
- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance a melhora.

10- Dipirona: 0,8 ml 6/6 h S/N EV

Ação: Analgésico e Antitérmico

Mecanismo de Ação: Atua no centro termorregulador hipotalâmico nos pacientes com hipertermia, provocando redução da temperatura corporal. A queda da temperatura decorre de maior perda de calor, possivelmente por aumentar a irradiação de calor através da pele. Efeito analgésico pode ser decorrente da capacidade que a dipirona tem de bloquear a síntese e a liberdade de prostaglandina, substancias envolvidas diretamente na fisiopatologia do processo doloroso. Além desse efeito periférico, a dipirona

pode atuar diretamente no tálamo, diminuindo a passagem de impulsos dolorosos (potenciais de ação) e através dessa estrutura, reduzir a chegada de impulsos dolorosos ao nível do córtex sensitivo.

Reação Adversa: Choque e discrasias sanguíneas, tais como agranulocitose, leucopenia e trombocitopenia.

Outros: reações de hipersensibilidade que afetam a pele (urticária), a conjuntiva e a mucosa nasofaringe, reações cutâneas bulbosas, às vezes com risco de vida.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorize a função respiratória, pois podem ser observados ataques de asma em pacientes predispostos a tal condição e hipotensão em caso de aplicação intravenosa muito rápida.
- Monitorize dor e reações no local da injeção.
- Administre a droga cuidadosamente em casos de amigdalite ou qualquer outra afecção da bucofaringe, porque essas afecções preexistentes podem mascarar os primeiros sintomas de agranulocitose, cuja ocorrência é rara mais possível quando se faz uso de produto que contenha dipirona.

11-ENALAPRIL

Nomes comerciais:

Eupressin e Eupressin H ,Angiopril ,Renitec ,Renalapril Enaprotec,Glioten ,Vasopril ,Maleapril.

Mecanismo de Ação:

Depois de administrado, maleato de enalapril é absorvido e, sofre uma hidrólise, formando enalaprilato, que é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) de especificidade alta, de longa ação e não sulfidrílico. Pode ser usado isoladamente como terapia inicial ou associado à outros anti-hipertensivos, particularmente os diuréticos. O maleato de enalapril inibe a formação de Angiotensina II, um potente vasoconstritor (substância que diminui o calibre dos vasos sanguíneos e aumenta a pressão arterial), que também estimula a secreção de aldosterona (substância responsável pela retenção de água e sódio no organismo). Portanto, a inibição da ECA resulta em um nível plasmático diminuído de angiotensina II, e como consequência, leva à uma diminuição da atividade vasopressora e diminuição da secreção da aldosterona (o que pode resultar em discreto aumento nos níveis séricos do potássio). Através desta ação, o maleato de enalapril pode também facilitar o trabalho do coração, tornando-o mais eficiente, o que é importante em casos de insuficiência cardíaca. O início da ação do maleato de enalapril é suave e gradativo; inicia-se dentro de uma hora e seus efeitos geralmente continuam por 24 horas. O controle da pressão arterial é, em geral, obtido após alguns dias de tratamento.

Indicação:

O Maleato de Enalapril é indicado no tratamento de:

- Todos os graus de hipertensão essencial;
- Todos os graus de insuficiência cardíaca. Em pacientes com insuficiência cardíaca sintomática;
- Aumentar a sobrevida: Retardar a progressão da insuficiência cardíaca; Reduzir a hospitalização por insuficiência cardíaca;
- Prevenção de insuficiência cardíaca sintomática: Em pacientes assintomáticos com disfunção ventricular esquerda, o Maleato de Enalapril também é indicado para: Retardar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca

sintomática; Reduzir a hospitalização por insuficiência cardíaca. Prevenção de eventos isquêmicos coronarianos em pacientes com disfunção ventricular esquerda:

- Reduzir a incidência de infarto do miocárdio; Reduzir a hospitalização por angina pectoris instável.

CONTRA INDICAÇÕES

O maleato de enalapril é contra-indicado para pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente do produto e nos pacientes com história de edema angioneurótico relacionado a tratamento prévio com inibidores de enzima conversora de angiotensina.

Cuidados de Enfermagem:

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance a melhora. -
- Informar sobre as reações adversas mais tais como, Fadiga, astenia, câimbras musculares, erupção cutânea e tosse.
- Instrua o paciente a tomar a medicação conforme o recomendado.

12-OMEPRAZOL:

Indicações:

inibidor da bomba de prótons, antiúlcera péptica, esofagite erosiva, úlcera duodenal, úlcera gástrica.

Reações adversas:

Rash, urticária, prurido, alopecia, boca seca, diarreia, dor abdominal, náusea, vômito, constipação, atrofia da língua, sintomas de insuficiência respiratória, epistaxe, cefaléia, tontura, astenia, insônia, apatia, parestesia, febre, dor nas costas.

Contra indicações/precauções:

Hipersensibilidade.

Cuidados de Enfermagem:

- VO: a medicação deva ser administrada antes das refeições, as cápsulas não devem ser macerada ou mastigadas.
- IV: doses de 40 mg têm ação imediata (redução de 90% da acidez gástrica), deve ser diluído somente em solvente próprio, depois de diluído se mantém estável por 4 horas, não deve ser infundido com outros medicamentos.

13-Fentanil

Nome farmacológico:

Citrato de fentanila (analgésico narcótico)

Mecanismo de ação:

São usados em associação com outros anestésicos para que ocorra analgesia eficiente.

Narcótico de ação rápida, curta duração, elevada potência. A duração da analgesia depende da intensidade do estímulo doloroso. Causa depressão respiratória e euforia.

Reação adversa:

1. SNC: Sedação, cefaléia, tontura, letargia, confusão, nervosismo, agitação, euforia, alucinação, delírio, desorientação, coma, convulsão.

2. SCV: Parada cardíaca, choque, palpitação, aumento e diminuição da pressão sanguínea, taquicardia, bradicardia, arritmia.

3. SI: Náusea, vômito, constipação.

4. SGU: Espasmo uretral, espasmo do esfíncter vesical, retenção urinária, oligúria. 5. SR: Depressão respiratória, diminuição do reflexo da tosse, laringoespasmo, broncoespasmo.

6. PELE: Rash, prurido, rubor.

7. OUTROS: Tolerância e dependência física e psicológica.

Cuidados de Enfermagem:

- Quando administrar pela via E.V. tenha em mãos naloxona, pois é antagonista;
- Monitorizar rigorosamente sinais vitais;
- Monitorizar respiração e circulação.

14- Dormonid

Nome farmacológico:

Midazolam (indutor do sono)

Mecanismo de ação:

Atua produzindo depressão no SNC. Agente indutor do sono caracterizado pelo rápido início de ação, breve permanência no organismo. Diminui o tempo necessário para adormecer e prolonga a duração do sono sem interferir quantitativamente no sono REM. Também possui propriedades anticonvulsivantes, ansiolítica e miorelaxante. Sua ação miorelaxante e sedativa atua com eficiência 0,1mg/kg em doses intermitentes.

Reação adversa:

1. SNC:

Tontura, cefaléia, ataxia, convulsões tônico-clônicas e tremores musculares.

2. SCV:

Alterações na pressão sanguínea, na frequência do pulso e respiração.

3. SR:

Insuficiência respiratória.

4. PELE:

Reações cutâneas.

Cuidados de Enfermagem:

- . Pode ocorrer dependência quando associado com benzodiazepinas;
- . Administrar cuidadosamente pela via endovenosa em paciente debilitado e com insuficiência respiratória e renal

- . Deverá ser administrado somente sob supervisão médica e mediante o emprego de medidas de apoio nos casos de insuficiência cardiorrespiratória .

15-Polimixina B

As polimixinas formam um grupo de antibióticos ativos contra várias bactérias gram-negativas. Sintetizadas por cepas de *Bacillus polymyxa*, foram descritas de forma independente em 1947 por pesquisadores norte-americanos e ingleses e o nome genérico de polimixinas foi adotado para os antibióticos originados por este microorganismo¹. Constituem um grupo de cinco substâncias intimamente relacionadas, que receberam o nome de polimixinas A, B, C, D e E, sendo esta última chamada de colistina, produzida pelo *Bacillus colistinus*. Somente as polimixinas B e E são utilizadas clinicamente, em virtude da grande toxicidade das demais (2mg/L) para *Burkholderia cepacia* (11,8% de susceptibilidade), *Serratia* spp. (5,4% de susceptibilidade), *Proteus* spp indolpositivo. (1,3% de susceptibilidade) e *Proteus mirabilis* (0,7% de susceptibilidade)³

As polimixinas não são ativas contra bactérias gram-positivas e fungos. A atividade bactericida desta classe de antibióticos manteve-se praticamente inalterada desde a sua introdução^{4, 5} apesar de já ter sido observada alguma resistência, e existem

relatos de associação de antibióticos para potencializar o seu efeito bactericida^{6, 7} mecanismo de ação

São antibióticos anfipáticos e atuam primariamente nas membranas externa e citoplasmática, com ação semelhante a detergentes catiônicos simples. Ligam-se a componentes dos envelope celular como fosfolipídeos e lipopolisacárides (LPS), deslocando competitivamente os íons Ca e Mg que agem como

estabilizadores da membrana, provocando ruptura da mesma, levando à perda do conteúdo celular e ocasionando morte da bactéria. Essa ação parece ser inibida na presença desses cátions divalentes⁴ A capacidade de ligação e inativação do lipopolissacarídeo (LPS), molécula relacionada com o desencadeamento da sepse e choque séptico têm suscitado estudos com o objetivo de avaliar a sua capacidade para o tratamento destas síndromes, inibindo ou reduzindo o estímulo inflamatório induzido pelo LPS¹⁰. Neste sentido, aparatos para remoção de LPS e mediadores inflamatórios, como filtros de diálise impregnados de polimixina B, têm sido utilizados com algum sucesso^{11, 12}

Toxicidade

As polimixinas deixaram de ser usadas rotineiramente em virtude do desenvolvimento de outros agentes antimicrobianos com toxicidade inferior. Na década de 90 com o aparecimento de bactérias multirresistentes, inclusive à b-lactâmicos, aminoglicosídeos e quinolonas, causando infecções hospitalares, principalmente em unidades de terapia intensiva ^{2, 22, 23, 24}, ressurgiu o interesse pelas polimixinas, que têm sido motivo de várias revisões^{25, 26}

Os efeitos adversos mais importantes destas drogas são nefrotoxicidade (principalmente insuficiência renal aguda) e neurotoxicidade. Outros efeitos descritos são alergias levando à lesão cutânea (tipo urticária), dor no local de injeção (intramuscular), tromboflebite (injeção EV), febre e eosinofilia^{17, 19}. As informações referentes ao uso em humanos durante a gravidez são limitadas. Kazy et AL.²⁷, não encontraram evidências de teratogenicidade humana com uso de polimixina B

Cuidados de Enfermagem:

- Para administrar por via endovenosa dissolver 500.000UI em 300-500ml de dextrose 5% em água para infusão contínua ,as soluções para uso parenteral devem ser armazenada ,sob refrigeração ,e qualquer porção não utilizada deve ser descartada após 72 h.

- A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendado e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance a melhora.
- A medicação deve ser usada cuidadosamente nos casos de prejuízo renal e de distúrbio neuromusculares.

DADOS RELEVANTES

- TOT nº 7,5;
- SNE nº12 em posição gástrica;
- Ausência de controle dos esfíncteres;
- SVD;
- Uso de fraldas;
- Nível reduzido de consciência, Glashow 6T.

8-DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM:

De acordo com Tannure (2009) os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou comunidade, a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

1-Risco de infecção

Relacionado à procedimento invasivo, por passagem de cateter venoso central para administração de líquidos e medicamentos e instalação de prótese para uso de ventilação mecânica invasiva. Esse diagnóstico perdurou durante toda a fase de internação do paciente.

Meta: O paciente conseguirá diminuir a infecção em 48 horas.

Intervenções de Enfermagem:

- Administrar medicação prescrita de acordo com a orientação médica;
- Usar técnicas asséptica para evitar infecção cruzada ;
- Observar atentamente os sinais de aumento no quadro de infecção

2-Risco de volume de líquidos deficiente

Estar ligado desidratação, pele seca.

Meta: O paciente conseguirá diminuir a deficiência em 48 horas.

Intervenções de Enfermagem:

- Administrar líquido de acordo com a prescrição
- Estar atento para a quantidade de soro na hidratação venosa.

3-Integridade da pele prejudicada

Relacionado ao descolamento de epiderme e lesões bolhosas no corpo. Esse diagnóstico não foi resolvido, devido à permanência das lesões mesmo após as várias intervenções das equipes que assistiam o paciente.

Meta: O paciente conseguirá restaurar a integridade da pele

Intervenções de Enfermagem:

- Fazer mudança de decúbito em 2/2h.
- Evitar atrito nas regiões de proeminência óssea.
- Estar atento na hora do banho ,para hidratar a pele,massageando bem.

4-Comunicação verbal prejudicada,

Estar relacionado à impossibilidade de verbalizar, em decorrência do uso de prótese orotraqueal para ventilação mecânica invasiva e sedação contínua. Esse diagnóstico não foi resolvido, pois o paciente permaneceu em uso dessa prótese durante o período que ficou internado na unidade; também poderia ter sido identificado desde sua entrada na unidade, já que há registros que, nesse dia, o paciente não conseguia verbalizar, por desconforto respiratório e dor, nesse mesmo dia foi instalada ventilação mecânica invasiva.

Meta: Melhorar a comunicação entre paciente e familiares.

Intervenções de Enfermagem:

- Orientar os acompanhantes para falar com o paciente mesmo em coma.
- Esclarece os familiares sob a sedação e a importância do paciente receber visitas.
- Informar os familiares que o paciente pode estar escutando mesmo sem condições de responder -los.

5-Dor aguda

Relacionado ao quadro clínico Esse diagnóstico foi mantido pelas (os) enfermeiras (os) durante todo o internamento, apesar do uso contínuo de analgesia sob bomba infusora. Salientamos que a unidade não trabalhava com nenhuma escala de dor e, como o paciente também permaneceu sob sedação por um período prolongado, esse diagnóstico poderia ter sido acompanhado de forma mais evidente.

Meta: O paciente conseguirá diminuir o quadro de dores em 48 horas.

Intervenções de Enfermagem:

- Administrar analgésico, de acordo com as prescrições médicas.
- Orientar a equipe de enfermagem, para serem cuidadosa na mudança de decúbito.

6-Padrão respiratório ineficaz,

Estar relacionado à dor intensa, fadiga da musculatura respiratória e hiperventilação. Foi parcialmente resolvido, após instituição de ventilação mecânica invasiva.

Meta: O paciente conseguirá melhorar a respiração em até 24 horas.

Intervenções de Enfermagem:

- Estar atenta no exame físico ,estando atenta para o uso da musculatura assessora.
- Colher gasometria arterial estando atenta para os valores para certificar que a troca gasosa estar acontecendo corretamente.

7-Troca de gases prejudicada,

Relacionada ao desequilíbrio ventilação-perfusão evidenciado, após análise de hemogasometria arterial. Não foi encontrado registro de resolução nos impressos.

Meta: O paciente conseguirá melhora da troca de gases em 24horas.

Intervenções de Enfermagem:

- No exame físico estar atenta para qualquer sinais de cianose nas extremidades.
- Colher gasometria arterial diariamente e quando for necessário.
- Estar atenta para os parâmetros do respirador.

8-Processos familiares interrompidos,

Relacionado à internação em UTI, onde não há possibilidade de permanência de acompanhante; as visitas são em horários pré-estabelecidos, o domicílio do paciente era em cidade bastante distante desse nosocômio, além de dificuldades particulares de familiares para a visitação. Esse diagnóstico permaneceu durante toda a hospitalização.

Meta: O paciente retornara a receber aos familiares em ate 24 hs..

Intervenções de Enfermagem:

- Entrar em contato com o serviço social,para restabelecer a visita do familiares.
- Esclarecer as duvidas dos familiares sobre o quadro do cliente.
- Explicar os familiares da importância da visita dos mesmo.

9-Evolução de enfermagem:

Paciente sedado , com prótese ventilatória com pressão controlada,Ramsey 6 ,pupilas fotoragentes isocoria ,conjuntiva hipocorada +2/+4 narinas desobstruída com presença de sujidade,cavidade oral língua saburrosa ,lábios ressecados ,presença de gânglios infartados na região submandibular.MMSS íntegros edemaciados ,+2/+4, pulsos palpáveis,unhas quebradiças com sujidade,tórax simétrico AP MVUA com presença de roncos em ápice Direito e terço médio Direito ,AC RCR em 2 tempos ,abdômen globoso ,flácido ,pouca presença dos R H Á,sem viceromegalias, MMII com edema +2/+4, panturrilhas livres pulsos palpáveis,ascesso profundo em femoral direita com certofix duo ,sem presença de sinais flogísticos curativo limpo e seco ,fistula arterio venosa em femoral esquerda ,genitália integra .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e a assistência de Enfermagem é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da mesma, é um método de resolução de problemas.

A unidade hospitalar é um dos ambientes mais hostis para um indivíduo. A utilização de instrumentos que norteiam a identificação precoce de complicações decorrentes do estado de saúde de cada cliente é o primeiro passo para preveni-las ou minimizá-las. A chave do cuidado está em adequar os recursos disponíveis às necessidades identificadas pelo profissional enfermeiro ou pelo paciente durante o processo de cuidar, garantindo uma melhor assistência e conseqüentemente, uma resposta satisfatória do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

1. AME, Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem, 8ª edição – PETROPOLIS RJ, EPUB 2011.
2. BUB, M. B. C.; BENEDET, S. A. A Teoria de Dorothy Johnson e a Classificação Diagnóstica da NANDA: um modelo para unidade de terapia intensiva. Cogitare Enfermagem. Curitiba-PR, 1996.
3. CARPENITO-MOYET, L. J. Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos. 5ª ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2011
4. Dalla-Costa LM, Coelho JM, Souza HÁ, Castro ME, Stier CJ, Bragagnolo KL, et al. Outbreak of Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* producing the OXA-23 enzyme in Curitiba, Brazil. Clin Microbiol. 2003.
5. Evans ME, Feola DJ, Rapp RP. Polymyxin B sulfate and colistin: old antibiotics for emerging multiresistant Gram-negative bacteria. Ann Pharmacother. 2009.
6. Falagas ME, Kasiakou SK. Toxicity of polymyxins: a systematic review of the evidence from old and recent studies. Crit Care. 2006.
7. Fass RJ, Barnishan J, Ayers LW. Emergence of bacterial resistance to imipenem and ciprofloxacin in a university hospital. J Antimicrob Chemother. 1995
8. GUYTON, A.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2006
9. Levin AS, Mendes CM, Sinto SI, Sader, HS, Scarpitta CR, Rodrigues E, et al. An outbreak of multiresistant *Acinetobacter baumannii* in a university hospital in São Paulo, Brazil. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 2006

10. Lindesmith LA, Baines RD Jr, Bigelow DB, Petty TL. Reversible respiratory paralysis associated with polymyxin therapy. *Ann Intern Med.* 1968; 68:318-27.
11. Li J, Rayner CR, Nation RL. Colistin-associated acute renal failure: revisited. *South Med J.* 2005.
12. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre- RS: Artmed, 2010.
13. Sarria JC, Angulo-Pernett F, Kimbrough RC, McVay CS, Vidal AM. Use of intravenous polymyxin B during continuous venovenous hemodialysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2004.
14. Shoji H. Extracorporeal endotoxin removal for the treatment of sepsis: endotoxin adsorption cartridge (Toraymyxin). *Ther Apher Dial.* 2003.
15. Kazy Z, Puhó E, Czeizel AE. Parenteral polymyxin B treatment during pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2005.
16. Wolinsky E, Hines JD. Neurotoxic and nephrotoxic effects of colistin in patients with renal disease. *N Engl J Med.* 2002.
17. Vincent JL, Laterre PF, Cohen J, Burchardi H, Bruining H, Lerma FA, et al. A pilot-controlled study of a polymyxin B-immobilized hemoperfusion cartridge in patients with severe sepsis secondary to intra-abdominal infection. *Shock.* 2005.

ANEXOS

Nota – Classificar nível de consciência

A Escala de Coma de Glasgow (GCS) é o padrão mundial atual de avaliação do nível de consciência. Tem as vantagens da simplicidade, reprodutibilidade e independência dos diagnósticos topográficos e fisiopatológicos. Baseia-se em três parâmetros independentes: abertura ocular, resposta motora e resposta verbal. Cada parâmetro recebe uma pontuação cujo total se situa entre os valores 3 e 15. Quanto menor o número de pontos, mais profundo o coma e mais grave o quadro neurológico, o que se correlaciona diretamente com prognóstico. 9

Os três componentes são abertura ocular (pontuada de 1 a 4), resposta verbal (pontuada de 1 a 5) e resposta motora (pontuada de 1 a 6). Faixa: de 3 (nenhuma resposta dos três componentes) a 15 (abertura ocular espontânea, orientação e resposta aos comandos). 10

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Escala de Ramsay

Michael A. E. Ramsay, nascido em Dublin na Irlanda, formado em Medicina na Universidade de Londres. Chefe do Departamento da Disciplina de Anestesiologia e Dor da Universidade de Baylor em Dallas, Texas desde 1989. Efetuou estudo de sedação em pacientes de Terapia Intensiva com escala de valores de 0 a 6, designada Escala de Ramsay. Foi presidente do Instituto Baylor de Pesquisa.

Escala de Ramsay, avalia o grau de sedação em pacientes internados em ambientes de terapia Intensiva.

Grau 1	paciente ansioso, agitado	
Grau 2	cooperativo, orientado, tranqüilo	
Grau 3	sonolento, atendendo aos comandos	
Grau 4	dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso	
Grau 5	dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso	
Grau 6	dormindo, sem resposta	