

Organizadoras
Marcia Restelatto
Simone Luciana Triquêz

Evoluções e Anotações de Enfermagem



Enfermagem Unoesc

**editora
unoesc**

Editora Unoesc

Coordenação
Tiago de Matia

Agente administrativa: Simone Dal Moro
Revisão linguística e metodológica: Paula Stechenski Zaccaron
Projeto Gráfico e capa: Simone Dal Moro
Diagramação: Simone Dal Moro

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

E93	Evoluções e anotações de enfermagem / organizadoras: Marcia Restelatto, Simone Luciana Triquêz. – Joaçaba: Editora Unoesc, 2022. 118 p. ; 23 cm ISBN (on-line): 978-65-86158-95-3 1. Enfermagem - Registros. 2. Comunicação em enfermagem. I. Restelatto, Márcia, (org.). II. Triquêz, Simone Luciana, (org.). CDD 610.730284
-----	--

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Unoesc de Joaçaba

Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc

Reitor
Aristides Cimadon

Vice-reitores de Campi
Campus de Chapecó
Carlos Eduardo Carvalho
Campus de São Miguel do Oeste
Vitor Carlos D'Agostini
Campus de Xanxerê
Genesio Téo

Pró-reitora Acadêmica
Lindamir Secchi Gadler

Pró-reitor de Administração
Ricardo Antonio De Marco

Conselho Editorial

Jovani Antônio Steffani
Tiago de Matia
Sandra Fachineto
Aline Pertile Remor
Lisandra Antunes de Oliveira
Marilda Pasqual Schneider
Claudio Luiz Orço
Ieda Margarete Oro

Silvio Santos Junior
Carlos Luiz Strapazzon
Wilson Antônio Steinmetz
César Milton Baratto
Marconi Januário
Marcieli Maccari
Daniele Cristine Beuron

PREFÁCIO

Esta obra foi idealizada com o intuito de fomentar e enriquecer a escrita dos graduandos de Enfermagem quanto aos registros de enfermagem. Apresentaremos um compilado de Evoluções e Anotações de Enfermagem desenvolvidas pelos acadêmicos de diversas fases, ao longo das aulas práticas e estágios curriculares, sob a supervisão de seus professores.

O registro da atuação da equipe de enfermagem gera visibilidade à profissão, segurança ao paciente e propicia à equipe multidisciplinar reconhecer as medidas terapêuticas executadas e/ou prescritas pelo Enfermeiro, bem como sua avaliação do usuário.

Os Registros de Enfermagem neste livro serão catalogados por setores: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-anestésica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Emergência, Maternidade e Berçário.

AUTORES

Anne Cristine Letti

Camila Fernandes de Paula

Gisele Cristiane Viana

Jessica Walter Bueno

Luana Turra

Mariane Carolina de Almeida

Petra Zieher

Simone Luciana Triquez

Suzana Ferreira Dall Orsoletta

SUMÁRIO

PREFÁCIO	3
1 SETOR: CLÍNICA MÉDICA.....	7
2 MATERNIDADE	25
3 RECÉM-NASCIDOS.....	49
4 CLÍNICA CIRÚRGICA.....	63
5 UTI.....	71
6 EMERGÊNCIA.....	91
7 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.....	97
8 CENTRO CIRÚRGICO	109

1 SETOR: CLÍNICA MÉDICA

Relato 1

Paciente L.C., 44 anos, internado na clínica médica por EAP com IC descompensada, acompanhado por familiar, encontra-se em repouso no leito, sonolento, calmo, Glasgow 15; paciente relata padrão de sono preservado, sem queixas e sem presença de dor. Ao exame físico apresenta couro cabeludo íntegro, sem abaulamentos, com presença de oleosidade. Face hipocorada, acuidade auditiva e visual preservada, pupilas isofotorreagentes, mucosas hidratadas, arcada dentária superior incompleta e inferior completa, sem halitose. Presença de nódulo palpável em região cervical esquerda, e curativo simples oclusivo em região cervical direita. Sem presença de nódulos palpáveis em região supra e infraclavicular. Tórax simétrico, expansibilidade bilateral preservada, AC: BNF RR 2T SS; AP: murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios. Abdome globoso, flácido, AA: RHA +, na percussão apresenta som timpânico em QSD, QSE e QIE, som maciço em QID; depressível e indolor à palpação. Não realizada avaliação de genitália; MMSS e MMII sem edema, pele ressecada e descamativa, perfusão periférica < 3s. Eliminações fisiológicas presentes espontâneas. Mantém AVP em MSD com abocath n. 20 realizado dia 26/03/2021, salinizado, e O2 em cateter nasal tipo óculos a 1 l/min. Sinais vitais estáveis, PA: 110x80, FC: 63 bpm; SPO2: 92% em uso de O2; Tax: 36,4°C. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 2

Paciente de 47 anos, internada há 11 dias na clínica médica. Realizou cirurgia para colocação de cardíaco há 9 dias. Acomodada em poltrona, acompanhada por familiar, calma, lúcida, orientada e comunicativa, abertura ocular espontânea e respondendo aos estímulos. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, sem sujidades. Face corada, pupilas fotorreagentes, isocóricas, mucosas orais e ocular hidratadas, sem lesões. Orelhas sem deformidades, sem sujidades, com acuidade auditiva preservada. Sem presença de linfonodos palpáveis em cervical. Tórax simétrico, com expansibilidade bilateral, AP com MV presentes, SRA. AC – BNF, 2T, RR, SS. Abdome plano, AB com RHA presentes, percussão timpânica em todos os quadrantes, depressível à palpação. Sem presença de hematomas e edema em marcapasso membros superiores e inferiores, perfusão tissular <3s. Eliminações fisiológicas presentes no banheiro, SIC. Mantém AVP em MSD, abocath n. 18, salinizado. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Relato 3

Paciente de 67 anos, internado na clínica médica há 3 dias, devido crise convulsiva, com histórico há 3 anos, acamado há 5 anos. Apresenta-se caquético, sequelado de AVC, abertura ocular espontânea, sem resposta a estímulos verbais e dolorosos. Couro cabeludo íntegro, sem sujidades. Pupilas isocóricas, mióticas, fotorreagentes. Face corada, mucosa oral ressecada, devido respiração oral. Orelhas sem deformidades, sem sujidades. Sem presença de linfonodos palpáveis. Tórax simétrico, AP com presença de ronos em base bilateral. AC BNF, 2T, RR, SS. Abdome escavado, AB RHA presentes, percussão maciça em quadrantes superior E e D, depressível à palpação. Sem presença de edema em membros, com perfusão <3s. Mantém CVP em jugular E salinizado, jejunostomia em QSE, com dieta em curso a 50 ml/h, sonda vesical de demora n. 20, com débito urinário de 500 ml. Eliminações intestinais ausentes a uma semana SIC. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 4

Paciente de 69 anos, internado na clínica médica há 10 dias por neoplasia de faringe e laringe. Ao exame físico: Glasgow 14, lúcido, calmo e orientado. Abertura ocular espontânea, respondendo aos estímulos, apresentando disфонia. Couro cabeludo íntegro sem presença de sujidades e lesões. Face corada e assimétrica, mucosa oral e ocular hidratadas, com presença de seborreia em região oral, arcada dentária prejudicada com uso de prótese, deglutição prejudicada, alimentação deficiente, orelhas sem deformidades e acuidade auditiva preservada. Presença de linfonodos palpáveis em mandíbulas, doloroso à palpação. Em uso de oxigenoterapia em máscara de Hudson com oferta de O₂ a 10 l/min. Tórax simétrico, expansibilidade diminuída. AP com presença de sibilos e estertores em base bilateral. AC com BNF, 2T com extrassístole, RR, SS. Abdome globoso, AB com RHA presentes, percussão timpânica, em quadrante superior, depressível e indolor à palpação. MSD com presença de hematomas, MMSS sem edema, com perfusão > 3s. MMII sem presença de edemas e empastamento. Mantém AVP em MSE, com abocath n. 20, salinizado. Eliminações intestinais ausentes e vesicais presentes no banheiro (SIC). Segue acomodado e aquecido em leito em companhia de familiar e aos cuidados da equipe multidisciplinar.

Relato 5

A.C.G., 56 anos, pós-Covid grave + sepse. Paciente obeso, em repouso no leito. Em isolamento de contato devido à cultura + de *Klebsiella pneumoniae* resistente. Acompanhado por familiar, que relata padrão de sono ineficaz, com pico febril à noite e algia intensa em MMII. No momento da avaliação, paciente calmo, comunicativo, Glasgow 15. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, livre de sujidades ou lesões. Face corada, mucosa oral hidratada, arcada dentária incompleta. Pupilas isofotorreagentes, acuidades visual e auditiva preservadas. Sem linfonodos cervicais e claviculares palpáveis. Curativo simples oclusivo em região cervical esquerda, no local onde houve inserção de CVC (SIC). Tórax simétrico, com sinais de esforço respiratório evidenciado por uso de musculatura acessória. AC: BNF RR 2T SS. AP: MVP com roncocal difusos em bases pulmonares. Abdome globoso, flácido. AA: RH+ hipoativos. Na percussão, som timpânico em QSE e maciço nos demais quadrantes abdominais. Indolor à palpação. Presença de escara em região sacral ocluída por curativo. Não foi realizada a inspeção de genitália. Paciente em uso de fralda. MMSS livre de edema, MMII com edema ++/++++. Pele íntegra em ambos os MM, perfusão periférica eficaz (< 3s). Observado ressecamento em região falangeal e plantar em ambos os pés. Eliminações intestinais ausentes há 3 dias (SIC) e vesicais presentes em fralda. Paciente mantém oxigenoterapia em TQT a 2 l/min. Mantém AVP em MSE com abocath n. 18 e fluidoterapia em curso em BIC. Sem queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 6

Paciente A.C.P., masculino, 56 anos de idade, internado na clínica médica há 22 dias devido à IRA identificada através de alteração no exame de creatinina (12,0). Paciente oncológico, CA de próstata com metástase linfonodal extensa, com diagnóstico há aproximadamente 1 ano e 3 meses, iniciado quimioterapia precocemente. Paciente relata histórico familiar de CA de próstata (pai), MUC Xarelto 20 mg (suspensão há 5 dias), nega alergias. Relata que iniciou dispneia e tosse seca no dia anterior, dieta via oral com pouca aceitação devido à inapetência. Paciente encontra-se restrito ao leito, em posição de à fowler, acordado, orientado, pouco comunicativo devido dispneia, MEG, acompanhado de sua esposa. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros. Face icterícia. Acuidade visual preservada, cavidade ocular com pupilas isocóricas fotorreagentes, mucosa ocular icterícia. Nariz sem desvio septal aparente, narinas íntegras, com CN tipo óculos com O2 a 5 l/min. Cavidade oral com arcada dentária inferior completa e superior incompleta, com presença de pouca sujidade, acompanhante orientada a realizar higiene oral ao menos 2 vezes ao dia, lábios ressecados. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Região cervical, supraclavicular e infraclavicular com presença de gânglios linfáticos não palpáveis. Acesso venoso central com cateter de hemodiálise (Shilley) em subclávia direita, fixado com curativo oclusivo simples (gaze estéril e micropore). Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente. Presença de frêmito tátil intenso em região precordial. À percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais. À ausculta pulmonar RA tipo crepitante em hemitórax D, durante expiração, mais evidente em ápice; RA tipo ronco em hemitórax E, durante expiração, mais evidente em ápice. AC: 2BNE, RR, 2T, SS, em todos os focos de ausculta. Abdome plano, RHA presentes em todos os quadrantes. À percussão som timpânico em todos os quadrantes exceto em hipocôndrio D e epigástrio com som maciço. À palpação, abdome rígido e pouco depressível, indolor e sem presença de

massas; edema 3+/4+ em região entre flanco e lombar. Genitália com edema de bolsa escrotal, eliminações vesicais presentes em CVD n. 20 de 3 vias com irrigação contínua, 100 ml de diurese de coloração amarelo acastanhado escuro e de aspecto ligeiramente turvo, no momento. Eliminações intestinais ausentes há 6 dias (SIC). MMSS com tônus e força muscular presentes, perfusão periférica preservada (< 2 segundos). MMII com tônus e força muscular presentes, edema 4+/4+, perfusão periférica diminuída (> 2 segundos), AVP em dedo polegar E n. 22, sem sinais flogísticos. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 7

Paciente de 26 anos, admitida na clínica médica em 29/11/2020, pós-Covid grave, com dispneia, e náusea. Deambula com auxílio de acompanhante. Possui DM, HAS e obesidade. Lúcida, calma, orientada e comunicativa. Couro cabeludo sem anormalidades, sem sujidades. Pupilas isocóricas, fotorreagentes, fazendo uso de lentes de correção, orelhas sem deformidades, sem sujidades, com acuidade auditiva preservada. Sem presença de linfonodos palpáveis em região cervical. Tórax simétrico, AP: sibilos difusos, AC: BNF, 2T, RR, SS. Abdome globoso, AB com RHA presentes, dor à palpação periumbilical. Edemaciada em membros superiores e inferiores 1+/4+, com perfusão < 3s. Mantém AVP em MSD, abocath n. 22, oxigenoterapia em cateter nasal 1 l/min. Eliminações fisiológicas presentes. M.C.P.M. segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Relato 8

Paciente de 63 anos, acamado, admitido em 13/12/2020, para tratamento de AVE isquêmico/hemorragico. Paciente com histórico de DM, HAS, obesidade, amputação de MSD e MIE. Realiza diálise há aproximadamente 1 ano e meio. Acompanhado pela esposa e filha. Couro cabeludo sem anormalidades, sem sujidades e lesões. Presença de ptose palpebral e desvio de rima, disartria e afasia, pupilas anisocóricas D>E com fotorreação, exceto E. Orelhas sem deformidades, acuidade auditiva preservada, sem presença de linfonodos palpáveis em cervical. Tórax simétrico, AP com MV presentes, SRA. AC com BNF, RR, 2T, SS. Abdome globoso, AB com RHA diminuídos, flácido e depressível à palpação, nega dor, percussão timpânica. Sem edema em membros, com perfusão > 3s. Apresenta LPP estágio 1, com hiperemia em região sacral. Realizado banho no leito e higiene oral. Mantém acesso para hemodiálise em jugular D e AVP em MSE. Sonda nasoenteral com dieta de 40 ml/h em bomba de infusão contínua. Eliminações vesicais em fralda, intestinais ausentes há 4 dias (SIC).

Relato 9

Paciente M.A.P.M., 46 anos, masculino, pós-Covid (PCR + dia 11/05), com alta da UTI e admissão na clínica médica dia 05/06 (sábado). Paciente em isolamento de contato, encontra-se restrito ao leito, em decúbito dorsal, acordado, lúcido, comunicativo por gestos, orientado, REG, hidratado, nutrido e acompanhado da esposa. Acompanhante relata doença prévia HAS e MUC olmesartana. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros. Face corada. Acuidade visual preservada, cavidade oral com mucosa hidratada, pupilas isocóricas fotorreagentes. Nariz sem desvio septal aparente, presença de lesão por pressão (aproximadamente 1 cm) em septo, narinas íntegras, SNE em narina D com infusão de dieta Glucerna 60 ml/h + água. Cavidade oral íntegra, com pouca sujidade, arcada dentária superior e inferior completa. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Região cervical, supraclavicular e infraclavicular com gânglios linfáticos não palpáveis, TQT de portex com T de ayre acoplado em O2 7 l/min, CVC em jugular direita, ocluído com tegaderm, com presença de hiperemia na inserção, via proximal com infusão de Cefepime + SF 0,9% e via distal sem infusão no momento, ambas com válvulas antirrefluxo (06/06). Tórax simétrico, com expansibilidade preservada. À percussão com claro pulmonar em todos os espaços intercostais. À ausculta pulmonar MV presentes SRA em todos os espaços intercostais. AC: 2BNE, RR, 2T, SS em todos os focos de ausculta. Abdome distendido, RHA presentes hiperativos em todos os quadrantes. À percussão com som maciço em hipocôndrio D e E, epigástrico, flancos D e E, mesogástrico e som timpânico nos demais quadrantes. À palpação abdome rígido, pouco depressível, indolor. Genitália íntegra, com eliminações vesicais presentes em CVD n. 16 drenando em sistema fechado (bolsa coletora), 350 ml de diurese de coloração amarelo claro e de aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda, no momento. MMSS e MMII com tônus muscular presente, força muscular diminuída, perfusão periférica preservada (< 2 segundos),

sem edema. Às 8h30: realizada troca de tegaderm em acesso venoso central. Inserção do CVC com hiperemia. Antissepsia com clorexidina alcoólica e gaze estéril. Às 8h40: realizado troca de curativo em LPP não estadiável em região coccígea. Lesão por pressão de aproximadamente 5 cm de extensão, acometendo ambas as nádegas. Ferida infectada, com exsudação sero purulenta de coloração amarelo claro com odor fétido, em média quantidade. Borda irregular, aderida. Tecido de necrose em região central da lesão e tecido de granulação friável nas extremidades da lesão. Pele perilesional com tecido de epitelização. Realizada limpeza da lesão com SF 0,9%. Cobertura primária Hidrogel com PHMB em tecido de necrose. Cobertura secundária com gaze de Rayon e Dersani. Ocluído com gaze estéril, chumaço estéril e micropore. Acompanhante orientada a: auxiliar o paciente a realizar higiene oral ao menos 2 vezes ao dia, utilizar Trombofob gel em regiões com presença de hematomas em MMSS. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 10

Paciente I.K., 64 anos, feminino. Paciente oncológica, CA de cólon (2020), em acompanhamento e quimioterapia, com cirurgia prévia de ileostomia em outubro de 2020. Internada na clínica médica devido PO de hemicolecomia com metástase em anastomose ileótica. Relata doença prévia hipotireoidismo, MUC Fluoxetina, Hidantal, Levotiroxina, Omeprazol e Ciprofibrato, alergia à Dipirona. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, acordada, orientada, comunicativa, BEG, alimentação via oral de alimentos líquidos (gelatina), ventilando em ar ambiente acompanhada de familiar, sem queixas no momento. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros, apresenta alopecia devido ao tratamento quimioterápico, face corada. Acuidade visual preservada, cavidade ocular com mucosa hidratada, pupilas isocóricas fotorreagentes. Nariz sem desvio septal aparente, cavidade nasal íntegra. Cavidade oral íntegra, com arcada dentária superior e inferior, sem sujidade. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Região cervical, supra infraclavicular com gânglios linfáticos não palpáveis, acesso venoso em jugular externa D ocluído com curativo simples, com infusão de soro glicosado em BI a 42 ml/h. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente. À percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais. À ausculta MV + SRA em todos os espaços intercostais, AC 2BNF 2T RR SS. Abdome globoso, dreno túbulo-laminar em QID, FO vertical em linha medial do abdome ocluída com gaze e micropore, RHA hipoativos em hipocôndrio e flanco direito e RHA presentes em demais quadrantes. Percussão com som timpânico em todos os quadrantes. À palpação abdome flácido, pouco depressível, indolor. Genitália íntegra, com eliminações vesicais presentes em CVD n. 14, drenando em sistema fechado 50 ml de diurese de coloração amarelo clara e de aspecto turvo. Eliminações intestinais ausentes há 1 dia (SIC). MMSS com tônus e força muscular presentes, perfusão periférica preservada (< 2 segundos), AVP em dorso de MSD abocath

n. 22, salinizado e sem infusão no momento. MMII com tônus e força muscular presentes, perfusão periférica preservada (< 2 segundos). Segue com pulseira de identificação + identificação beira leito + pulseira de alerta à alergia medicamentosa e aos cuidados de enfermagem.

Relato 11

Paciente A.L.P. de 73 anos internado a 1 dia, acompanhado de familiar, com queixa de dor na cabeça e ouvido. Sinais vitais PA: 140/90 mmHg, T: 35,6C, P: 85 rbpm, SPO2:92%, FR16. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, face corada, pupilas isocóricas, cavidade auricular, nasal e bucal com presença de sujidades, não apresenta linfonodos palpáveis, em região supra e infraclavicular. Tórax simétrico AC: 2BNF RR 2t. AP: MV + Estertores difusos. Abdome globoso e distendido, percussão com som timpânico em todos os quadrantes, dor a palpação, RHA +. Eliminações vesicais e intestinais presentes, (SIC). Extremidades com boa perfusão periférica e edema em MMII ++++/++++. Mantém curativo oclusivo em região de maléolo, acesso venoso número 20 em MSE em região dorsal da mão, salinizado, cateter vesical de demora drenando 700 ml de diurese com coloração amarelo claro. Realizado ADM de dipirona EV às 15h conforme prescrição médica. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 12

Paciente A.B., 72 anos, 3º dia de internação com diagnóstico em investigação, encontra-se calmo, comunicativo em repouso no leito. Apresenta couro cabeludo íntegro, sem presença de abaulamentos, corado, com pupilas isofotorreagentes, cavidade auditiva íntegra sem presença de sujidades. Mucosa oral íntegra, corada e hidratada com língua saburrosa. Tórax simétrico AC: BNF, 2T, RR. AP: murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios. Abdome globoso, flácido, indolor à palpação RH +. MMSS gélidos, com hematomas em antebraço “E” + AVP n. 22 em dorso da mão “D”, salinizado. MMII com musculatura flácida sem presença de edema, apresenta calo cutâneo em calcâneo “D”. PA: 110/60 mmHg T: 35°C P: 51 bpm SPO2: 84%. Mantém SVD, diurese de cor clara e eliminações intestinais presentes (SIC). Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 13

Paciente de 48 anos, internado aos cuidados da neurologia para investigação diagnóstica, com suspeita de Síndrome Neurológica de Tronco-mesencéfalo. Deambulando pelo quarto, comunicativo, lúcido, agitado e sem acompanhante. Relata impaciência quanto à espera para realizar exame de imagem (RMN) e pretensão em evadir-se do hospital. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, sem presença de abaulamentos ou lesões, pupilas anisocóricas fixas, mucosa ocular corada e hidratada, cavidade auricular sem presença de sujidades, mucosa oral normocorada e hidratada. Linfonodo palpável em região cervical a D. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateral, com presença de dermatite em região esternal. AC: Bulhas normofonéticas 2T, RR. AP: murmúrios vesiculares presentes. Tórax plano, som timpânico à percussão. Abdome plano, flácido e indolor a palpação, RHA+. Eliminações vesicais e intestinais presentes no banheiro e sem alterações (SIC). MMSS com mobilidade preservada, mantém AVP abocath n. 22 em MSE, sem sinais flogísticos. MMIIS livres de edema, TEC <2s. PA: 120/70 mmHg, P:66bpm SPO2: 96% FR: 21rpm T:35,4C°. Segue aos cuidados de enfermagem.

2 MATERNIDADE

Relato 1

Puérpera, 2º dia PO de cesariana acompanhada de familiar, encontra-se deitada no leito, calma, comunicativa, orientada quanto ao tempo e espaço. Relata algia em BV. Aos SSVV apresenta PA 110x70 mmHg, T = 35,8°C, SpO2 = 96%, FC 103 bpm. Ao exame físico, encontra-se em BEG com estado nutricional adequado. Integridade da pele preservada em toda extensão corporal exceto em região suprapúbica devido à incisão cirúrgica, onde possui dreno de Penrose com secreção sanguinolenta em média quantidade. Realizado troca de curativo e tracionado aproximadamente 3 cm do dreno, feito limpeza com SF 0,9% e ocluído com gaze e micropore. Na avaliação de face, apresenta-se corada, couro cabeludo íntegro sem abaulamentos e sujidades. Acuidade visual preservada, com pupilas isocóricas fotorreagentes, mucosas hipocoradas. Acuidade auditiva preservada e cavidade auricular íntegra. Cavidade oral íntegra, sem sujidades, arcada dentária completa e possui aparelho odontológico. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis e traqueia não apresenta alterações. Tórax simétrico com boa expansibilidade. AP= MV sem ruídos adventícios de ápice à base bilateralmente. AC= 2 BNF, RR 2T. Mamas flácidas com presença de colostro, expressão mamilar e mamilos protusos. Abdome tipo obstétrico, ausculta com RHA+ em todo os quadrantes, com som maciço percussão e algia a palpação, involução uterina na cicatriz umbilical. Genitália preservada com presença de lóquios fisiológicos com pouca quantidade de coloração rubra. MMSS com tônus muscular preservado e força motora, sem edemas com boa perfusão periférica. MMII com tônus muscular preservado e força motora, sem edemas com boa perfusão periférica. Eliminação vesicais e intestinais presentes. Mantém AVP em MSD n. 18, salinizado e dreno de Penrose com CO em região suprapúbica. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 2

Puérpera, 4º dia de PV. Encontra-se sentada na poltrona, calma, comunicativa e orientada quanto ao tempo e espaço. Nega algia: aos SSVV = 35,9°C, FC= 63 bpm, SpO2 = 96%; PA = 110x60 mmHg. Ao exame físico, encontra-se em BEG com estado nutricional adequado, integridade da pele preservada em toda extensão corpórea. Couro cabeludo íntegro sem abaulamentos e sujidades, face corada. Acuidade visual preservada com mucosas coradas, pupilas isocóricas fotorreagentes. Acuidade auditiva preservada, com cavidade auricular íntegra. Cavidade nasal íntegra. Cavidade oral com arcada dentária completa apresentando sujidades. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis e traqueia sem alterações. Tórax simétrico com boa expansibilidade AP= MV sem ruídos adventícios de ápice e base bilateralmente. AC= 2 BNF, RR, 2T. Mamas flácidas com presença de colostro, expressão mamilar e mamilos protusos. Abdome tipo obstétrico, ausculta RHA+ em todos os quadrantes, a percussão som timpânico, involução uterina abaixo da cicatriz umbilical. Genitália preservada com presença de lóquios fisiológicos em pouca quantidade de coloração fusca. MMSS com tônus muscular preservado e força motora, sem edemas com boa perfusão periférica. MMII com tônus muscular preservado, força motora, sem edemas e boa perfusão periférica. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Mantém AVP n. 20 em MSE, salinizado. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 3

J. M., 21 anos, trigesta, histórico de 2 abortos prévios. IG: 19 semanas. Responsiva, consciente. SSVV estáveis, sendo Tax 36,1°C, SatO₂ 99%, FC 69 bpm, PA 90x60 mmHg. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem abaulamentos, livre de sujidades. Face hipocorada, acuidades visual e auditiva preservadas. Pupilas isofotorreagentes. Linfonodos cervicais, supra e infraclaviculares não palpáveis. Tireoide sem anormalidades. AC: BNF 2T RR SS. AP: murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios. Tórax com expansibilidade bilateral, sem sinais de esforço respiratório. Mamas sem anormalidades, densas, mamilos semiprotusos. Abdome flácido e depressível, indolor à palpação. AA: RH+. AU 19cm, feto em posição pélvica, com dorso à esquerda. BCF presentes, 138 bpm. Região pubiana em bom aspecto de higiene, com presença de pelos pubianos. MMII sem presença de edema ou lesões. Mantém AVP com abocath n. 20, no qual a paciente refere dor. Sem queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 4

Paciente em 1º dia de puerpério após parto vaginal. Encaminho paciente para banho de aspersão. Acompanho e oriento durante o processo. Paciente ativa, com capacidade de autocuidado preservada. Ainda com sinais de loquiação de aspecto normal. Troco roupa de cama, acomodo paciente no leito, proporciono conforto. Reposiciono o equipo com infusão de soro GF. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 5

M.D., 41 anos, 1º dia de puerpério. Calma, comunicativa e orientada. Glasgow 15, SSVV estáveis. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem abaulamentos. Face corada, acuidades visual e auditiva preservadas. Pupilas isofotorreagentes. Mucosa oral hidratada. Tireoide sem anormalidades. Linfonodos não palpáveis. Mamas flácidas, sem anormalidades. Ainda não constatada a apojadura. AC: BNF RR 2T SS. AP: murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios. Expansão torácica regular e bilateral, sem uso aparente de musculatura acessória. Abdome flácido, globoso. AA: RH hipoativos. Abdome indolor, exceto em região de baixo ventre. À percussão, som submaciço. Útero contraído, ainda com sinais de loquiação em absorvente externo. MMII com edema +/++++, sem lesões. Eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes desde o parto. Nega demais queixas. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 6

Paciente K.F.A da S., 23 anos, 1º dia de puerpério, BEG. Calma, responsiva, SSVV estáveis. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, bom aspecto de higiene. Face hipocorada, pupilas isofotorreagentes. Mucosa oral hidratada. Acuidades visual e auditiva preservadas. Sem linfonodos palpáveis. Tireoide sem anormalidades. Mamas firmes, sem anormalidades. Mamilos protusos, secreção de leite aos estímulos. AC e AP sem anormalidades. Abdome flácido, globoso. RH hipoativos. Indolor à palpação. Útero contraído. Sinais de loquiação presentes de aspecto vermelho vivo e fluxo médio (SIC). Edema em MMII +/++++. Eliminações intestinais ausentes desde a concepção. Refere dor discreta ao urinar. Sem queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 7

Paciente de 18 anos, em observação na maternidade, IG 41 semanas, primigesta. Acompanhada da mãe. Ao exame físico, paciente calma, lúcida e comunicativa. Couro cabeludo íntegro, sem sujidades, face corada, pupilas isocóricas, fotorreagentes e midriáticas. Mucosas oral e ocular hidratadas e sem lesões. Sem presença de linfonodos cervicais palpáveis. Tórax simétrico, com expansibilidade bilateral. AP-presença de MV, sem ruídos adventícios. AC- BNF, RR, 2T, SS. Mamas com presença de rede de haller, tubérculos de Montgomery, mamilos semiprotusos, com presença de colostro. Abdome globoso, distendido. RHA diminuídos. Feto em posição cefálica, dorso a D, altura uterina de 36 cm e BCF 133 bpm. Genitália íntegra, sem presença de lesões e secreções. MMII sem presença de edema, perfusão tissular < 3s. Mantém AVP em MSD, abocath n. 18. Orientado a paciente a deambular, com finalidade de auxiliar na dilatação do colo uterino. Segue sob os cuidados da equipe.

Relato 8

T.V.H., 24 anos, trigesta, cesária de urgência por deslocamento prévio de placenta. 1º dia de puerpério, lúcida, orientada, couro cabeludo íntegro sem sujidades e sem presença de abaulamentos, mucosa ocular e oral hidratada, face corada, nódulos supra e infra claviculares não palpáveis, mamas com presença de colostro. Tórax simétrico, expansibilidade bilateral AC BNF RR2T, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Abdome depressível QSD e QSE maciço, QID e QIE timpânico, útero em processo de contração. Presença de loquiação em fluxo médio e de cor vermelho vivo. Curativo de ferida operatória limpa e seca. Sinais vitais estáveis. MI levemente edemaciados. Mantém SVD com diurese concentrada e turva. Mantém acesso venoso em MSE sem sinal de flebite e eritema. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 9

Puérpera, 31 anos, G1 C1, 3 dias de P.O de cesariana, acompanhada do esposo. Encontra-se sentada em poltrona, consciente, comunicativa, orientada, refere algia em F.O + histórico de hipotireoidismo. SSVV: PA 120/90 mmHg, FR 18 bpm, T 35,5°C, SPO2: 98%. Ao exame físico, encontra-se em BEG, com estado nutricional adequado, integridade da pele preservada em toda extensão corporal exceto em F.O em região suprapúbica devido à cesariana. Couro cabeludo sem alterações, apresenta-se corada, com acuidade visual preservada, mucosa ocular corada, pupilas isocóricas fotorreagentes, acuidade auditiva preservada, cavidade oral sem alterações, arcada dentária completa. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis, tórax simétrico com boa expansibilidade. Mamas globosas com mamilos protusos, presença de colostro na expressão mamilar, visualiza-se o sinal de Hunter. AP: MV + em todos os espaços intercostais exceto no 3º espaço intercostal com presença de sibilos. AC: 2 BNF+RR+2T. Abdome globoso com ferida operatória na região suprapúbica sinais flogísticos com curativo oclusivo. AB: RHA + exceto em quadrante superior direito. Percussão abdominal som timpânico em todos os quadrantes. Globo de segurança de Pinard 2 cm acima da cicatriz umbilical, genitália preservada com loquiação rubra em pouca quantidade. MMII com tônus muscular preservado, com presença de edema de ++ em MMII. Eliminações vesicais e intestinais presentes SIC. Mantém AVP n. 20 em dorso da mão esquerda, salinizado. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 10

Puérpera, 27 anos, G1 C1, em 2º dia PO de cesariana. Calma, lúcida, comunicativa, aceita dieta. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, pele corada, cavidade ocular preservada, pupilas isocóricas, fotorreagentes, cavidade nasal íntegra, sem sujidade, cavidade auditiva preservada, cavidade oral íntegra, sem sujidade e arcada dentária completa. Gânglios não palpáveis. Tórax simétrico, com boa expansibilidade. AP: MV + bilateralmente, SRA. AC: RR, 2T, BNF+. Mamas flácidas, mamilo protuso, pouco secretante à expressão mamilar. AB: padrão obstétrico, sem algia à palpação, RHA+, normativos, com FO em região suprapúbica. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes, loquiação fisiológica rubra em pouca quantidade, sem odor. MMSS e MMII com boa perfusão periférica, sem presença de edema e tônus muscular preservado. SSVV: PA: 120/70 mmHg, T: 36,4°C, FC: 82 bpm, SpO2: 97%. Realizada troca de curativo oclusivo em FO de cesariana, limpeza realizada com gaze estéril e SF 0,9% e ocluído com gaze estéril e fita micropore. Segue em alojamento conjunto, aos cuidados de enfermagem.

Relato 11

Gestante G3 C1 A1, calma, lúcida, orientada e comunicativa, deambula, refere náuseas e vômitos e aumento de contrações ritmadas, não aceita dieta oferecida, mantém AVP em região de fossa digital em MSD com abocath n. 18 com infusão de fototerapia, SSVV estáveis, no momento permanece em observação, na companhia de familiar. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, pupilas isocóricas, cavidade nasal e oral preservadas com presença de arcada dentária completa, região cervical com ausência de linfonodos palpáveis, tórax simétrico com boa expansibilidade torácica, AP: murmúrios vesiculares presentes, SRA. AC: 2 BNF, RR, 2T mamas flácidas, simétricas, mamilo sem presença de colostro, abdome obstétrico, linha nigra presente, AU: 37 cm, toque vaginal 1 cm de dilatação, BCFs: 177 bpm, nega sangramento e perda de líquido vaginal, MMSSII sem edema e com boa perfusão periférica e eliminações fisiológicas presentes. Segue aos cuidados da enfermagem.

Relato 12

Gestante, P.C.P.G., 26 anos, G2 C1, IG 18 + 5 (USG 30/09/2020), sem acompanhante. Internada há 2 dias devido à algia lombar + algia suprapúbica + polaciúria + disúria + náusea. Sem presença de secreção vaginal. Exames laboratoriais + USG vias urinárias (30/09/2020) realizados, diagnóstico de pielonefrite. Gestante encontra-se no leito, acordada, consciente, orientada, comunicativa, respirando ar ambiente, aceita bem a dieta oferecida. Gestante residente em Joaçaba/SC, casada, tem um filho de 4 anos. Trabalha como vendedora em uma loja. Relata ITU em gestação passada, a qual foi tratada com antibioticoterapia. Nega doença prévia, uso de medicação contínua, tabagismo, etilismo. Não faz uso de métodos contraceptivos. Em relação à gestação atual, gestante refere intercorrência na 12^a semana, ameaça de aborto, com tratamento de repouso absoluto. Faz acompanhamento e pré-natal na ESF Nossa Senhora de Lourdes, em Joaçaba. Nega alterações em exames e USG prévios. Refere náusea e vômito em toda a gestação. A principal queixa no momento é a algia suprapúbica à palpação profunda. SSVV: PA 100x70 mmHg, FC 58 bpm, FR 16 mrpm, T 35,7°C, SatO₂ 95%. Ao exame físico: gestante em BEG, com estado nutricional adequado, hidratada. Integridade da pele preservada em toda extensão corpórea. Na avaliação da cabeça e do couro cabeludo, sem alteração. Na avaliação da face, hipocorada, sem alteração. Acuidade visual preservada, pupilas isocóricas fotorreagentes. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular sem alteração. Cavidade oral com arcada dentária completa, com aparelho odontológico. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia fixa. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada. Mamas flácidas, com presença de rede venosa de Haller. Mamilos protusos, sem presença de colostro na expressão mamilar. Aréolas com sinal de Hunter. Padrão respiratório eupneico. Percussão torácica com som ressonante em todos os espaços intercostais. AP: MV +, sem RA. AC: 2BNF, RR, 2T, SS. Abdome obstétrico. Ausculta abdominal com RHA hipoativos.

Percussão abdominal com som timpânico em todos os quadrantes, exceto em hipocôndrio direito. Palpação dolorosa na região suprapúbica. Palpação obstétrica, o feto encontra-se em situação transversa, posição com dorso no QIE, apresentação cônica. AU: 20 cm. Ausculta BCF: 172 bpm. Genitália sem alteração (SIC). Membros superiores e inferiores com perfusão periférica e tônus muscular preservados, sem edema. Eliminações vesicais presentes, paciente refere pouco débito urinário, sem alteração na coloração e sem odor. Eliminações intestinais ausentes há 3 dias, SIC. Mantém: AVP em MSD abocath n. 20, salinizado. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Relato 13

Puérpera, R.G., 21 anos, em alojamento conjunto, 3º dia pós PV, calma, lúcida, comunicativa, deambulando, aceita dieta. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem presença de abaulamentos, cavidade ocular sem presença de sujidades, pupilas isocóricas, fotorreagentes, cavidade nasal íntegra, sem presença de sujidade. Cavidade auditiva íntegra. Cavidade oral íntegra, com presença de arcada dentária completa. Sem gânglios palpáveis. MMSS sem edema, com boa perfusão periférica, mantendo acesso venoso periférico em antebraço D com abocath n. 18. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada, mama flácida, com mamilo plano, secretante à expressão mamilar. AP: MV+, SRA. AC: RR, 2T, BNF+. AB: padrão obstétrico, RHA +, à palpação presença de dor em região de baixo ventre, útero rígido abaixo da cicatriz umbilical. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes, loquiação fisiológica fusca, em pequena quantidade, sem odor. MMII sem presença de edema. SSVV: PA: 120/80 mmHg, T: 35,6°C, FC: 88 bpm, SpO2: 98%. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 14

Puérpera, A.C.O, 28 anos, G2 A1 C1, 2 dias pós-parto, cesariana de emergência devido à pré-eclâmpsia + SFA, acompanhada pelo seu companheiro. Paciente encontra-se sentada na poltrona, acordada, consciente, comunicativa. Paciente relata: curetagem realizada em 2017 por causa de uma gestação em que o feto não se desenvolveu, estava com IG 9 semanas; histórico de DHEG que iniciou após o dia 11/09/2020 e estava em uso de Metildopa 500 mg, 12/12h; hipotireoidismo diagnosticado durante a gestação, estava em uso de Levotiroxina 100 mcg. A principal queixa no momento da avaliação é a algia em região de baixo ventre e vertigem. SSVV: PA 150x110 mmHg; FC 82 bpm; FR 16 mrpm; T 35,9°C; SatO₂ 98%. Ao exame físico: paciente encontra-se em BEG, com estado nutricional adequado, hidratada. Integridade da pele preservada em toda extensão corpórea, exceto em região suprapúbica devido à incisão cirúrgica com sutura, sem sinais flogísticos. Na avaliação da cabeça e couro cabeludo, sem alterações. Na avaliação da face, a paciente apresenta-se hipocorada e com presença de cloasma. Acuidade visual preservada, com pupilas isocóricas fotorreagentes. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular sem alterações. Cavidade oral com arcada dentária completa, sem sujidade. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia sem alteração. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada. Mamas flácidas, simétricas. Aréolas com sinal de Hunter. Mamilos tipo protuso, sem presença de colostro na expressão mamilar. Padrão respiratório eupneico. Percussão torácica com som ressonante em todos os espaços intercostais. AP: MV +, sem RA. AC: 2 BNF, RR, 2T. Abdome obstétrico. Ausculta abdominal com RHA hipoativos em todos os quadrantes. Percussão abdominal com som maciço em todos os quadrantes. Palpação abdominal dolorosa, com involução uterina 2 dedos acima da cicatriz umbilical, útero contraído. Genitália preservada, com presença de loquiação fisiológica de quantidade baixa, coloração vermelho rubra, sem odor. Membros superiores com perfusão periférica

preservada, sem edema. Membros inferiores com perfusão periférica diminuída, tônus muscular preservado, com edema. Eliminações vesicais presentes. Eliminações intestinais ausentes há 2 dias. Mantém: sutura na incisão cirúrgica na região suprapúbica, sem sinais flogísticos; AVP em fossa cubital do MSE com abocath n. 18. Realizado: medicação Enalapril 10 mg VO às 08h30 devido ao pico hipertensivo de 150x110 mmHg. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 15

Puérpera, 26 anos, 2º dia de PO de cesariana, apresenta-se calma, lúcida e orientada, deambula, aceita dieta VO oferecida, difícil comunicação pois não fala e não compreende nosso idioma, pouco colaborativa em relação aos cuidados com o RN; no momento, em repouso no leito, permanece em alojamento conjunto na companhia do marido. Mantém AVP em região de fossa cubital direita com abocath n. 18 salinizado. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro sem abaulamentos, pupilas isocóricas, cavidades nasal e oral preservadas, região cervical com ausência de linfonodos palpáveis, tórax simétrico com boa expansibilidade torácica, AP: murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. AC: 2 BNF, RR, mamas flácidas e simétricas, mamilo protuso com presença de colostro, abdome padrão obstétrico, linha nigra presente, útero encontra-se abaixo da cicatriz umbilical, FO mantém curativo oclusivo limpo e seco, lóquios em pequena quantidade de coloração fusca, MMSSII sem edema e com boa perfusão periférica, eliminações vesicais presentes, intestinais ausentes, após encaminhada para banho de aspersão com auxílio do marido, realizado troca de curativo. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 16

Puérpera, E.T.F.N., 24 anos, G1, PV1, em alojamento conjunto, 1º dia pós PV, calma, lúcida, comunicativa, deambulando e aceita dieta. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem presença de abaulamentos, cavidade ocular sem presença de sujidades, pupilas isocóricas, fotorreagentes, cavidade nasal íntegra, sem presença de sujidade, cavidade auditiva íntegra, cavidade oral íntegra, com presença de arcada dentária completa. Sem gânglios palpáveis. Tórax simétrico, com boa expansibilidade pulmonar, mama flácida, com mamilo protuso, secretantes à expressão mamária. AP: MV+ bilateralmente, SRA. AC: RR, 2T, BNF+. AB: padrão obstétrico, RHA +, hipoativos, sem algia a palpação. Útero rígido abaixo da cicatriz umbilical. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes, realizado episiorrafia por laceração de 3º grau, loquiação fisiológica rubra, em grande quantidade, sem odor. MMSS e MMII com boa perfusão periférica, tônus musculares preservados, sem presença de edema. SSVV: PA: 120/80 mmHg, T: 35,6°C, FC: 88 bpm, SpO2: 98%. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 17

Gestante, T.F.S, 20 anos, G5 C4, IG 28s5d, acompanhada de seu companheiro. Internação devido à algia lombar, hipertermia e dispneia, no dia 28 de setembro. Realizado exame laboratorial e diagnosticada com ITU, em uso de Cefuroxima 750 mg. Paciente encontra-se restrita ao leito, acordada, consciente, comunicativa e orientada. Paciente natural e residente de Joaçaba/SC, é casada, tem 4 filhos (6 anos, 4 anos, 2 anos e 1 ano), mora com seu companheiro e sua filha de 1 ano. Estudou até a 8ª série e não trabalha. Paciente relata: não possuir doença prévia; não faz uso de medicação contínua; ciclos menstruais regulares, exceto nos últimos meses devido à gestação atual; faz uso de anticoncepcional Microvlar pílula; DUM 22/07/2020 (SIC); tabagista há 4 anos, 20 cigarros/dia. SSVV: PA 120x90 mmHg, FC 69 bpm, FR 18 mrpm, T 35,4°C, SatO₂ 99%. Ao exame físico: paciente encontra-se em BEG, emagrecida, hidratada, aceita bem a dieta oferecida. Integridade da pele preservada em toda extensão corpórea. Na avaliação da cabeça e couro cabeludo, sem alterações. Na avaliação da face, hipocorada, sem alteração. Acuidade visual preservada, com pupilas isocóricas fotorreagentes. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular sem alteração. Cavidade oral com arcada dentária completa, sem sujidade e sem alteração. Pescoço com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia sem alteração. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada. Mamas flácidas. Aréolas com sinal de Hunter. Mamilos protusos, sem presença de colostro na expressão mamilar. Padrão respiratório eupneico. Percussão do tórax com som ressonante em todos os espaços intercostais. AP: MV +, sem RA. AC: 2BNF, RR, 2T. Abdome obstétrico. Ausculta abdominal com RHA hipoativos. Percussão abdominal com som timpânico em todos os quadrantes, exceto em epigástrio e hipocôndrio direito com som maciço. Palpação obstétrica: situação oblíqua, posição dorso à direita, apresentação córmica. AU: 26 cm. A medida da circunferência abdominal é de 84 cm. Ausculta do BCF 140BPM. Membros superiores e inferiores

com perfusão periférica e tônus muscular preservados, sem edema. Eliminações vesicais e intestinais presentes, sem alteração. Mantém: AVP em dorso do MSD com abocath n. 20, salinizado. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Relato 18

Puérpera 33 anos, G2 C2, 1º dia de PO de cesariana, acompanhada pelo esposo. Encontra-se deitada no leito, acordada, calma, comunicativa e orientada quanto ao tempo e espaço. Relata algia em região de baixo ventre. Aos SSVV T: 36°C, FC: 80 bpm, FR: 14 mrpm, SpO2: 96%, PA: 110x70 mmHg. Ao exame físico BEG, com estado nutricional adequado e hidratada. Integridade da pele preservada em toda extensão corporal, exceto em região suprapúbica devido à incisão cirúrgica, com sutura sem sinais flogísticos e sem secreções e com CO. Couro cabeludo íntegro, sem abaulamentos. Face apresenta-se corada. Pupilas isocóricas fotorreagentes. Cavidade oral íntegra com arcada dentária completa e mucosas coradas. Cavidade nasal sem alterações. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Pescoço com linfonodos não palpáveis e traqueia sem alterações. Tórax simétrico com boa expansibilidade. AP: MV sem ruídos adventícios de ápice à base bilateralmente. AC: BNE, RR, 2T. Mamas apresentam-se rígidas não secretantes à expressão mamilar, mamilos invertidos. Abdome tipo obstétrico com RHA+ e a percussão som maciço em todos os quadrantes e algia à palpação. Involução uterina acima da cicatriz umbilical, útero contraído. Genitália preservada com lóquios fisiológicos rubro em pouca quantidade. MMSS com tônus muscular e força motora preservados, sem edema e com boa perfusão periférica. MMII com tônus muscular e força motora preservados, apresentando edema 1+/4+ com boa perfusão periférica. Eliminações intestinais ausentes no período. Eliminações vesicais ausentes desde a retirada de CVD, na noite anterior. Mantém AVP n. 18 em MSE, salinizado + sutura em região suprapúbica com CO. Segue aos cuidados da enfermagem em alojamento conjunto.

3 RECÉM-NASCIDOS

Relato 1

RN do sexo masculino, choroso, ativo e reativo, hidratado, normocorado, acioanótico, anictérico, afebril. Realizado banho de aspersão com água morna e sabonete líquido, enxágue com água morna, seco e realizado limpeza de coto umbilical com gaze e álcool 70%. RN vestido em berço aquecido e entregue para a mãe. Segue aos cuidados da enfermagem.

Relato 2

RN, feminino, corado, ativo, com eliminações fisiológicas presentes em fralda, SSVV estáveis SatO₂ 96% e FC 146 bpm, com dificuldade na amamentação devido ao mamilo invertido, sendo complementado com NAN de 3/3h, mãe refere estar estimulando com bico auxiliar. Realizo pesagem + banho + antisepsia de coto umbilical com gaze e álcool 70% + troca de fralda. Permanece em alojamento conjunto. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 3

RN, masculino, corado, ativo, com eliminações fisiológicas presentes em fralda, SSVV estáveis SatO₂ 99% e FC 137 bpm, aleitamento materno com boa sucção em seio materno. Realizo pesagem + banho + antisepsia de coto umbilical com gaze e álcool 70% + troca de fralda. Permanece em alojamento conjunto. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 4

RN, 1º dia de vida, sexo feminino. Ativo, choroso, abertura ocular espontânea. SSVV estáveis, sendo Tax 36,4°C, SatO2 98%, FC 141 bpm, peso 3,534 kg. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, fontanelas palpáveis. Pele íntegra, face corada; reflexo de moro presente, AC BNF 2T RR, sem sopro audível. AP com murmúrios vesiculares. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Realizado troca, banho, antropometria, higiene do coto umbilical com álcool 70%. Orientado ao pai como proceder com os cuidados em casa. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 5

RN de G.T dos S. Sexo feminino, 1º dia de vida. Calmo, responsivo aos estímulos. SSVV estáveis. Acianótico, anictérico. Em aleitamento materno exclusivo. AC e AP sem detecção de anormalidades. Abdome plano, coto umbilical de bom aspecto em processo de cicatrização. RH +. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 6

RN, 1º dia de vida, sexo masculino. SSVV estáveis, sendo Tax 36,2°C, FC 135 bpm, SatO2 95%. Ativo, corado, reflexos presentes, acianótico, anictérico. Em aleitamento materno exclusivo, sinais de busca e sucção pelo seio. Coto umbilical em processo de cicatrização, de bom aspecto, higienizado à noite com álcool 70% pelos pais (SIC). Eliminações vesicais e intestinais presentes desde a concepção. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 7

RN do sexo masculino, de parto normal, ativo, choroso, abertura ocular espontânea. Comunicado à médica pediatra responsável, a qual também realizou avaliação. Realizado primeiros cuidados em berço aquecido, medidas antropométricas conforme anexo ao prontuário. Realizado assepsia de coto umbilical com álcool 70%. RN com 3.520kg e 48 cm. Acomodado em alojamento conjunto com a mãe e incentivado de imediato o aleitamento materno, haja visto que os reflexos de busca e sucção estavam presentes no mesmo. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 8

RN, 1º dia de vida, sexo masculino, ativo, choroso, sinais vigorosos de busca e sucção pelo leite materno. Pele levemente ressecada, sinais vitais estáveis, abertura ocular espontânea e responsivo aos estímulos. Ainda com presença de vérnix caseoso, fontanelas palpáveis, face corada, expansão torácica bilateral AC BNF RR2T, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Abdome globoso, coto umbilical em bom aspecto de higiene, eliminações vesicais e intestinais presentes. Após avaliação da médica pediatra, prosseguiu com alta hospitalar junto da mãe. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 9

RN, nascido a aproximadamente 8 horas, masculino, ativo, responsivo aos estímulos, pele corada e hidratada. Presença de vérnix em pouca quantidade, fontanelas palpáveis, tórax simétrico, expansibilidade bilateral. AC BNF RR2T, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, cordão umbilical gelatinoso e em boas condições de higiene. Genitália íntegra, com descida de testículos, eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes (SIC). Segue sob os cuidados.

Relato 10

RN nascido de parto normal, masculino, ativo, choroso, responsivo aos estímulos, pele corada e hidratada. Fontanelas palpáveis, com presença de oleosidade devido à vérnix caseoso, tórax simétrico, expansibilidade bilateral. AC BNF RR2T, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Abdome plano RH hipoativos, na palpação referia dor em QIE. Cordão umbilical em boas condições de higiene. Genitália íntegra, eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes SIC. Segue sob os cuidados.

Relato 11

RN do sexo masculino, choroso, ativo e reativo, hidratado, normocorado, acioanótico, anictérico, afebril. PC: 36 cm, PA: 32 cm, PT: 33 cm. Aos SSVV: FC, 137 bpm, SpO₂: 97%, T: 35,4°C. Ao exame físico, pele íntegra em toda extensão corpórea. Traços fisionômicos normais, face simétrica, olhos, ouvidos e nariz simétricos. Fontanelas lambdóide e bregmática presentes. Couro cabeludo íntegro e pescoço curto. Tórax simétrico com boa expansibilidade sem esforço respiratório. AP: MV sem ruídos adventícios de ápice à base bilateralmente. AC: batimentos cardíacos nítidos e claros nos quatro focos de ausculta, 2T, RR. Abdome flácido, simétrico com coto umbilical com presença de duas artérias e uma veia sem sinais flogísticos. Dorso ereto, sem alterações com presença de lanugem. MMSS e MMII sem alterações, com boa perfusão periférica e presença de todos os dedos. Genitália com prepúcio retrátil, dois testículos e orifício anal presente sem alterações. Eliminações intestinais presentes de coloração esverdeada. Eliminações vesicais presentes. Reflexos primitivos presentes, moro +, tônus cervical +, fuga +, voracidade +, sucção +, marcha +, preensão +, babinski +. Realizado banho de aspersão com água morna e sabonete líquido + enxágue com água morna, realizado limpeza de coto umbilical com álcool 70%. RN vestido em berço aquecido e entregue para a mãe em quarto privativo. Segue aos cuidados da enfermagem.

4 CLÍNICA CIRÚRGICA

Relato 1

I.A., 50 anos, pouco comunicativa, confusa, desorientada, acompanhada de familiar e contida no leito. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem sujidades e sem presença de abaulamentos, mucosa ocular e oral hidratadas, face corada, nódulos supra e infra claviculares não palpáveis. Tórax simétrico, expansibilidade bilateral AC BNF RR2T com presença de sopro. Ausculta pulmonar com sibilos expiratórios. Abdome plano, pouco depressível, em QID, QSD e QIE som maciço e QSE timpânico. Eliminações vesicais e intestinais presentes (SIC) em uso de fralda. Pele hidratada MMII e MMSS sem edemas, perfusão periférica < 3s. Mantém acesso venoso em MSE, abocath n. 20, sem sinal de flebite e eritema, salinizado. Mantém O2 em ateter nasal tipo óculos a 1 l/min e tala gessada em MSE por fratura de úmero. Segue sob os cuidados.

Relato 2

Paciente com histórico de pancreatite aguda, pós-operatório de drenagem pancreática. Paciente lúcida, orientada, comunicativa e tranquila. Refere desconforto na inserção dos drenos abdominais e prurido em face, tórax e abdome após ingestão de laxativo VO ontem (SIC). Glasgow 15, SSVV estáveis. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem lesões ou sujidades. Face hipocorada, pupilas isofotorreagentes, mucosa oral hidratada e arcada dentária completa. Higiene oral preservada, porém, com halitose. Acuidades visual e auditiva preservadas. Linfonodos cervicais, supra e infraclaviculares não palpáveis. Tórax simétrico, expansibilidade bilateral preservada, sem sinais de esforço respiratório. Cicatriz em região traqueal e tórax direito (sugestivas de traqueostomia e dreno de tórax). AC: BNF RR 2T SS. AP: MV + SRA. Mamas flácidas, sem anormalidades. AA: RHA + hipoativos. Abdome flácido, pouco depressível. Indolor à palpação superficial. Som submaciço em todos os quadrantes, exceto em QSE que apresentou som timpânico. Dreno abdominal em flanco direito e região periumbilical à esquerda. LPP em região sacral ocluída por curativo. MMII e MMSS hidratados, livres de edema. Perfusão periférica eficaz ($< 3s$), pulsos palpáveis e força motora preservada. Mantém AVP com abocath n. 20, conectado ao equipo e recebendo medicação. Eliminações vesicais presentes e intestinais também, após 3 dias de constipação. Sem demais queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 3

Paciente M.S. de 64 anos, internada em clínica cirúrgica há 5 dias, 4 dia de PO de cistoscopia, paciente poliqueixosa, e refere algia em região abdominal e constipação há 15 dias. Sinais vitais PA: 120/80 mmHg, SPO2: 98%, T36, 3C, P: 78 rbpm. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, apático, pele escamosa. Mucosa ocular hidratada, pupilas isocóricas e fotorreagentes, cavidade auricular, nasal, bucal com presença de sujidades. Não apresenta linfonodos palpáveis. Tórax simétrico AC: 2BNE, 2T, RR. Abdome distendido e maciço à percussão. Ruídos hidroaéreos ausentes. Eliminações vesicais em sonda vesical de demora drenando 600 ml de coloração amarelo escuro, com grumos, eliminações intestinais ausentes até o momento. Apresenta edema em membros superiores e inferiores de ++++/++++. Mantém acesso venoso periférico abocath n. 20 em MSE, salinizado. Realizado fleet enema conforme prescrição médica + higiene e conforto. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 4

Paciente feminina, 70 anos, 7º PO de artroplastia parcial de quadril direito devido à fratura do colo do fêmur direito. Acompanhada por familiar, paciente lúcida, comunicativa, sonolenta, em repouso no leito, relata dificuldade em mover MID. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, sem presença de lesões ou abaulamentos, com presença de sujidades, pupilas isocóricas fotorreagentes, presença de lesão em narina direita, mucosa oral corada e hidratada, arcada dentária preservada com presença de saburra em língua, cavidade auditiva limpa. Linfonodos não palpáveis na região cervical, supra e infraclavicular. Tórax simétrico, com boa expansibilidade AC: Bulhas normofonéticas, 2T, RR. AP: murmúrios vesiculares + sem ruídos adventícios. Abdome globoso, flácido, pele ressecada, indolor a palpação, RHA +. MMSS frios, sem edema, turgor cutâneo diminuído. MMII frios, com tônus muscular reduzido, edema 2+/4+ em MID. Em uso de fralda. Eliminações intestinais ausentes há 5 dias. Mantém AVP abocath n. 20 em fossa cubital esquerda com fluidoterapia em curso. PA:140/90 mmHg, P: 55 bpm, FR: 18 mrpm, SpO2: 97%, T:35,5°C. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 5

Paciente feminina, 64 anos, 3º dia de internação por pancitopenia, em 4º PO laparotomia exploratória + Colectomia direita com congelação sugestiva de Linfoma de alto grau. Encontra-se lúcida, comunicativa, responsiva a estímulos, em repouso no leito. Relata insônia, inapetência, dificuldade em respirar e “sensação de corpo pesado” (SIC). Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, limpo, sem presença de lesões ou abaulamentos, pupilas isocóricas fotorreagentes, mucosa ocular corada e hidratada, cavidade auricular preservada com presença de cerume, teste auditivo bilateral +, mucosa oral corada e hidratada, com presença de arcada dentária superior e inferior ausente + lesão na área anterior do palato duro + candidíase oral. Linfonodo palpável em região cervical direita + algia à palpação (SIC). Tórax simétrico, com expansibilidade reduzida. AC: bulhas normofonéticas, 2T, RR. AP: murmúrios vesiculares presentes reduzidos em base esquerda, sibilos em ápice esquerda, reduzidos em ápice direita. Abdome globoso, rígido, com algia à palpação superficial, apresenta som maciço e ferida operatória em região abdominal, dreno de tubo laminar em flanco direito em bolsa de colostomia, drenagem serohemática em pouca quantidade, RHA hipoativos. MMSS sem edema, aquecidos, turgor da pele diminuído. MMII gélidos, tônus muscular diminuído, com edema 2+/4. Mantém AVP n. 20 em jugular esquerdo, AVP com dispositivo n. 20 em MSE, monitorização cardíaca contínua, cateter vesical de demora n. 16 drenando 1100 ml de diurese concentrada amarelo escuro, faz uso de fralda, eliminação intestinal presente (SIC). Realizada troca de curativo em ferida operatória com soro fisiológico 0,9% e ocluído com gaze e micropore. PA:150/60 mmHg, SPO2:97%, FR:27 mrpm, FC:129 bpm T: 34,4 Cº. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 6

Paciente feminina, 27 anos, calma, lúcida, chega deambulando à sala 01, acomodada em mesa cirúrgica, com monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva. AVP em MSE com abocath n. 20, após, realizada sedação + anestesia raquidiana pela Dra. Fernanda. Cateter nasal tipo óculos com O₂ a 4 l/min. Realizado AVP em MSD com abocath n. 18, infundindo solução Ringer Lactato. Após realizada degermação e cateterismo vesical com Sonda Folley n. 14 + bolsa coletora por Acadêmica Débora. Às 08h30 inicia procedimento cirúrgico Wertheim-Meigs aos cuidados do Dr. Roger Polo, auxiliado pelo instrumentador Fernando. Adm: Kefazol 2 g, Dipirona 2500 mg, Nausebron 8 mg, Dexametasona 10 mg. Segue procedimento sem intercorrências até o momento. Às 09h45 adm Cetoprofeno. Ao término, paciente permanece com curativo oclusivo em FO + dreno de Penrose em região de fossa ilíaca esquerda. Encaminhada a SRPA em maca.

5 UTI

Relato 1

Paciente feminina, 70 anos, internada na UTI há 1 dia, 11° PO de colecistectomia. Paciente sedada, restrita ao leito, RASS -5. Sinais vitais no monitor cardíaco, no momento, apresenta: PA 80x39 mmHg, PAM 59 mmHg, FC 116 bpm, Tax 36,8°C, SatO₂ 94%. Ao exame físico, paciente encontra-se em MEG, com estado nutricional inadequado, emagrecida e hidratada. Na avaliação da cabeça e do couro cabeludo: sem alteração. Na avaliação da face: paciente hipocorado. Pupilas midriáticas sem fotorreação (midríase fixa), hidratação ocular com Epitezan. Cavidade nasal preservada com presença de SNG e SNE na narina esquerda, ambas em sistemas abertos, CPM. SNG drenando 30 ml de secreção acastanhada. Cavidade auricular sem alteração. Lábios hidratados com Dersani. Paciente em VM com TOT N. 7,5, a 24 cm da comissura labial. Parâmetros ventilatórios: PCV, PEEP 5 cm H₂O, FiO₂ 70%, FR 16 mrpm. Em região cervical, sem gânglios linfáticos palpáveis, com presença de CVC em jugular esquerda com infusão contínua de: Dormonid 10 ml/h; Noradrenalina 80 ml/h; Glicose 20 ml/h; Fentanil 10 ml/h; Precedex 10 ml/h, inserção de CVC sem sinais flogísticos, curativo com Tegaderm. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente. À percussão torácica com som claro pulmonar. À palpação presença de frêmito tátil em região precordial. AP: MV +, com ruídos adventícios de estertor bolhoso de ápice à base direita e ronco em ápice esquerda. AC: 2 bulhas hipofonéticas, RR. À inspeção abdome globoso, flácido. À percussão som maciço em todos os quadrantes. À ausculta abdominal RHA+ hipoativos em todos os quadrantes. À palpação abdominal sem massas palpáveis. Membros superiores e inferiores com anasarca, perfusão periférica diminuída (> 2s). MMSS com exsudação de baixa quantidade, serosa. MID com presença de placa de hidrocoloide em gastrocnêmio. Região genital preservada, em uso de fralda, sem eliminação intestinal presente. Eliminação vesical em CVD n. 16 com drenagem em sistema fechado (bolsa coletora) de 100 ml, urina de coloração amarelo claro e de

aspecto límpido. Segue em monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso, sob os cuidados de enfermagem.

Relato 2

Paciente O.L.S., 71 anos, masculino. Internado na UTI há 23 dias, restrito ao leito, em posição prona, RASS -4 (resposta ao estímulo físico, ao toque), em MEG com estado nutricional adequado, hidratado, normocorado, com traqueostomia portex cânula n. 8,5, em VM em modo ventilatório, pressão controlada, PEEP 15 cm H₂O, FiO₂ 90%, FR 17 mrpm, com monitorização cardíaca contínua + oximetria de pulso, com sistema de aspiração fechado. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem sujidade; presença de edema na região frontal da face. Pupilas com anisocoria: esquerda sem alterações e fotorreagente, direita miótica, fixa, presença de edema palpebral. Cavidade nasal sem alteração, com presença de LPP com ponto de necrose em aleta nasal esquerda, SNE em narina esquerda com infusão de dieta (Diben) por bomba de infusão a 40 ml/h. Cavidade oral íntegra, com arcada dentária inferior completa e superior ausente, lábios ressecados e com presença de LPP sangrante. Cavidade auricular sem alteração, com presença de LPP em orelha esquerda, com ponto de necrose. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, presença de acesso venoso central em jugular direita com infusão de: Fentanil 30 ml/h, Propofol 25 ml/h, Ketamin 20 ml/h, Atracurio 2 0ml/h; CVC sem sinais flogísticos em inserção. Dorso simétrico, com expansibilidade preservada, à percussão som submaciço em todos os espaços intercostais. AP: MV diminuídos em base, bilateral e creptantes difusos. Presença de LPP não estadiável em região coccígea: lesão de aproximadamente 8 cm de extensão, com tecido de fibrina em toda borda, tecido de necrose em todo o leito, pele perilesional com presença de tecido de granulação. Região genital com presença de edema em bolsa escrotal, CVD n. 18 drenando em sistema fechado (bolsa coletora) 30 ml, urina de coloração âmbar e aspecto ligeiramente turvo. Região anal sem alteração, uso de fralda descartável sem eliminações intestinais. Membros superiores e inferiores com ausência de tônus e força muscular, com perfusão periférica diminuída > 2 segundos, edema

++/++++. MSE com cateter arterial em radial para PAI. Às 09h30: realizada higienização corporal e genital de região posterior com lenços umedecidos antissépticos; realizado curativo de LPP em região coccígea: antisepsia de lesão com PHMB líquido e gaze estéril, utilizada cobertura primária em tecido de necrose com Debrigel pomada, na pele perilesional utilizado Cavilon spray, cobertura secundária da lesão foi utilizado placa de hidrocoloide. Às 09h45: mudança de posição para supina, realizado banho com lenço umedecido antisséptico na região anterior, troca de cadarço da TQT, hidratação labial com Dersani, e ocular com Epitezan. Não foi realizada a troca de filtro HMEF e HEPA devido à PEEP elevada (15 mmHg) – paciente não pode ficar muito tempo sem VM devido a PEEP, por isso optou-se por não trocar. Às 10h: verificada a saída do cateter venoso central, comunicado o médico. Realizada nova passagem de cateter central em jugular esquerda, pelo médico residente Rafael Belegante. Às 10h20: sinais vitais: PA 217x82 mmHg, PAM 121, FC 129 mrpm, SatO2 71%, Tax 35,9°C. Administrado Atensina via SNE (pois é anti-hipertensivo oral). Às 10h45: PA: 134x61 mmHg. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 3

Paciente O.L.S., 71 anos, masculino. Pós-covid, internado na UTI há 24 dias, restrito ao leito, em posição supina, RASS -4 (resposta ao estímulo físico, ao toque), em MEG com estado nutricional adequado, hidratado, normocorado, com traqueostomia em cânula 8,5, em VM em modo ventilatório, pressão controlada com parâmetros ventilatórios (07h20) FR 20 mrpm, FiO₂ 100%, PEEP 16 cm H₂O, com monitorização cardíaca + oximetria de pulso apresentando sinais vitais (07h20): PA 142x57 mmHg, PAM 81, FC 87 bpm, SatO₂ 90%, Tax 36,2°C. Com sistema de aspiração fechado. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem sujidade, presença de edema em região occipital da cabeça e em face. Na avaliação dos olhos: pupilas ambas mióticas, fixas, mucosa ocular hidratada e sem alteração. Cavidade nasal sem alteração, com presença de LPP com ponto de necrose em aleta nasal esquerda com pouca exsudação de aspecto seropurulento, SNE em narina esquerda com infusão de dieta interrompida devido à distensão abdominal. Cavidade oral íntegra, com arcada dentária inferior completa e superior ausente, lábios hidratados e com presença de LPP sangrante em lábio superior. Cavidade auricular sem alteração, com presença de LPP em orelha esquerda, com ponto de necrose. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, presença de traqueostomia, presença de edema em região supraclavicular esquerda, presença de acesso venoso central em jugular esquerda com infusão de: Fentanil 30 ml/h, Propofol 25 ml/h, Ketamin 20 ml/h, Rocurônio 10 ml/h, Meropenem 166 ml/h. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada, à percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais, AP: MV +, em todos os espaços intercostais sem ruídos adventícios. AC: 2 bulhas hipofonéticas, RR, em todos os focos de ausculta. Abdome globoso, distendido, à percussão som timpânico em flanco e região inguinal esquerda e som maciço nos demais quadrantes, à ausculta RHA hipoativos em todos os quadrantes, palpação profunda não sensitiva. Região genital com presença de edema em bolsa escrotal,

CVD n. 18 drenando em sistema fechado (bolsa coletora) 750 ml, urina de coloração âmbar e aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda. Membros superiores e inferiores com ausência de tônus e força muscular, com perfusão periférica diminuída > 2 segundos, edema ++/++++. MSE com cateter arterial em radial para PAI. Às 8h: realizada higienização corporal e genital de região anterior com lenços umedecidos antissépticos, higiene oral, hidratação dos lábios com Dersani, hidratação ocular com Epitezan, troca da fixação da SNE, troca do curativo do acesso venoso central utilizando clorexidina alcoólica e gaze estéril, utilizado Cavilon spray em lesões superficiais abrasivas em tórax. Às 9h: realizada troca do SF0,9% 500 ml da PAI. Às 9h30: administrado Nipride em BI 3 ml/h. Às 10h: realizada a troca de filtro HMEF e HEPA. Segue os cuidados de enfermagem.

Relato 4

Paciente I.A.B., 56 anos de idade, feminino. Pós-covid, internada há 2 dias na UTI geral. Encontra-se restrita ao leito; em decúbito dorsal; sedada; com TOT n. 8,0, cuff 40 mmHg, em VM ventilação controlada por volume com parâmetros ventilatórios FiO₂ 55%, PEEP 7 cm H₂O, FR 26 mrpm, volume corrente 428, sem drive respiratório, com capnografia interligada no monitor multiparamétrico com CO₂ 35 mmHg; com sistema de aspiração fechado; em monitorização cardíaca + oximetria de pulso com sinais vitais às 07h30 PA 123 x 72 mmHg, FC 122 bpm, Tax 36,6°C; RASS -5. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem sujidade. Pupilas mióticas, fixas, com mucosa ocular hidratada. Cavidade nasal sem alteração, com SNE em narina esquerda com infusão de dieta Fresubin 20 ml/h. Cavidade oral com arcada dentária inferior completa e superior ausente, com presença de secreção sanguínea em pouca quantidade, lábios com lesões sangrantes, TOT n. 8,0. Cavidade auricular íntegra, sem alteração. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, com presença de CVC em jugular direita com infusão de Ketamina 20 ml/h, Fentanil 15 ml/h, Noradrenalina 18 ml/h. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente, à percussão som submaciço em todos os espaços intercostais, AP com presença de ruídos adventícios bilateralmente: sibilo em ápice e base direita na expiração e sibilo em ápice e base esquerda na inspiração. AC 2 bulhas hipofonéticas em foco aórtico e pulmonar e 2BNF em foco tricúspide e mitral. Abdome globoso, flácido, com presença de manchas cutâneas (petéquias), com ausculta RHA hipoativos em todos os quadrantes, à percussão som timpânico em todos os quadrantes exceto em hipocôndrio direito e epigástrico com som maciço. Genitália íntegra, com CVD n. 18 em sistema de drenagem fechado com 100 ml de urina de coloração âmbar e aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda descartável. Membros superiores e inferiores com tônus muscular e força muscular ausentes, com perfusão periférica preservada, sem edema. Mantém AVP em MSD

salinizado. Região axilar com presença de manchas cutâneas (petéquias). Às 7h30: realizado banho de leito descartável com toalha umedecida antisséptica em região anterior; administrado Dexametasona pomada em manchas cutâneas CPM; troca de curativo de CVC em jugular direita com SF 0,9%, clorexidina alcoólica e gaze estéril; troca da fixação da SNE; hidratação ocular com Epitezan. Às 9h: passagem de 40 ml de AD em SNE; higienização oral; mudança da posição do TOT para lateral esquerda; troca de cadarço do TOT; verificação da pressão do cuff (40 mmHg), hidratação dos lábios com Dersani. Às 9h30: troca do filtro HMEF (validade 12/04); hidratação da pele com hidratante corporal; retirado o curativo do CVC e fixado com CHG; oclusão dos mamilos com gaze e micropore. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 5

Paciente S.I., feminino, 71 anos. Paciente restrita ao leito, em decúbito dorsal, RASS -5, com traqueostomia cânula n. 8,5, em suporte de O2 4 l/min em T de Aire, em monitorização cardíaca + oximetria de pulso + PNI em membro superior esquerdo com sinais vitais (10h45) PA 148 x 83 mmHg, FC 112 mrpm, SatO2 99%, Tax 36,9°C. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem alteração. Pupilas isocóricas fotorreagentes, com mucosa ocular hidratada. Cavidade nasal sem alteração, SNE em narina direita com infusão de dieta Fresubin 20 ml/h. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada, CVC em subclávia direita fixado com Tegaderm CHG, AP MV + de ápice a base bilateralmente, AC 2 bulhas hipofonéticas em focos de ausculta. Abdome globoso, flácido, com RHA hipoativos em todos os quadrantes. Genitália íntegra, CVD n. 16, com drenagem em sistema fechado (bolsa coletora) com 200 ml de urina de coloração amarelo escuro com aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes na fralda no momento da avaliação. Membros superiores com tônus muscular e força muscular diminuídos, com edema +++/++++ localizado em mãos. Membros inferiores com tônus muscular e força muscular diminuídos, com edema ++/++++. Segue em monitorização cardíaca e sob os cuidados de enfermagem.

Relato 6

Paciente S.I., 71 anos, feminino. Internada na UTI devido pós-Covid. Encontra-se restrita ao leito, decúbito dorsal, Glasgow 2 e RASS -5, com TQT cânula 9,0 em VM em modo ventilatório CPAP em pressão assistida com parâmetros ventilatórios Fi O₂ 35%, PEEP 5 cm H₂O, em monitorização cardíaca + oximetria de pulso + PANI em membro superior esquerdo com sinais vitais (10h) PA146 x 90 mmHg, PAM 114, FC 110 bpm, SatO₂ 96%, Tax 37,2°C, com sistema de aspiração fechado. Exame físico da cabeça e couro cabeludo sem alteração. Face corada, pupilas isocóricas fotorreagentes, com mucosa ocular hipocorada e hidratada. Cavidade nasal sem alteração, CNE em narina D com infusão de dieta a 40 ml/h. Cavidade oral com secreção purulenta amarelo claro, arcada dentária inferior completa e superior ausente, lábio superior ressecado. Cavidade auricular íntegra. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, TQT com secreção purulenta amarelo claro, CVC em subclávia direita sem infusão no momento. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada, frêmito tátil presente na inspiração, à percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais, AP com ronco mais intenso em base do que em ápice bilateralmente, AC 2 bulhas hipofonéticas em focos aórtico e mitral e 2BNF em focos tricúspide e mitral. Abdome globoso, flácido, com RHA em quadrantes esquerdos e RHA hipoativos em quadrantes direitos, a percussão som timpânico em todos quadrantes abdominais exceto em hipogástrio direito e epigástrio som maciço. Genital preservada, com CVD número 16 com drenagem em sistema fechado (bolsa coletora) com urina de coloração amarelo escura de aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda. Membros superiores e inferiores com tônus muscular e força muscular diminuída, com perfusão periférica diminuída > 2 segundos. MMSS com edema ++++/++++ localizado nas mãos. MMII com edema ++/++++, localizado em pés e tornozelos. 07h30: realizada aspiração de secreção oral, higienização oral, limpeza com água destilada

e hidratação com Epitezan de mucosa ocular, hidratação de lábios com Dersani, aspiração de secreção da TQT, troca do sistema de aspiração fechado, troca de cadarço, troca de filtro HMEF, troca da fixação da SNE. 8h: início de testagem de suporte ventilatório com T de Aire com O₂ 4 l/min. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Relato 7

Paciente I.A.B., 56 anos, feminino. Internada na UTI geral há 5 dias devido pós-Covid. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, sedada, Rass -5, com TOT n. 8,0, 22 cm da comissura labial, em VM em modo ventilatório, pressão controlada com parâmetros ventilatórios FiO₂ 55%, FR 22 mrpm, PEEP 10 cm H₂O, sem drive respiratório, com capnógrafo pCO₂ 44, em monitorização cardíaca + oximetria de pulso com sinais vitais PA 110 x 60 mmHg, PAM 76, FC 106 bpm, SatO₂ 94%, Tax 36,8°C. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem alteração. Pupilas mióticas sem fotorreação, mucosa ocular hipocorada e hidratada. Cavidade nasal sem alteração, com SNE em narina E com infusão de dieta 40 ml/h. Cavidade oral sem alteração, com arcada dentária inferior completa e superior ausente, lábios ressecados e com lesões sangrantes. Cavidade auricular íntegra. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, enfisema subcutâneo em região supraclavicular, CVC em jugular direita com infusão de Atracúrio 25 ml/h, Fentanil 20 ml/h, Dormonid 35 ml/h. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada, à percussão som claro pulmonar em ápice bilateralmente e som submaciço em base bilateralmente, ausculta pulmonar com MV + em ápice bilateralmente e roncos + estertores crepitantes em base bilateralmente, ausculta pulmonar com 2 bulhas hipofonéticas em focos aórtico e pulmonar e 2BNF em focos tricúspide e mitral. Abdome globoso, distendido, presença de hematoma região periumbilical esquerda, ausculta com RHA hipoativos em quadrantes superiores e RHA hiperativos em quadrantes inferiores, percussão com som maciço em quadrantes superiores e som timpânico nos demais quadrantes, palpação com hipertrofia em região periumbilical. Genitália preservada, CVD n. 18 com diurese de 120 ml em drenagem em sistema fechado (bolsa coletora) com urina de coloração amarelo escuro e de aspecto turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda. MMSS com tônus muscular e força muscular diminuídos, perfusão periférica

diminuída > 2 segundos e edema ++/++++ em mãos e edema ++/++++ em antebraço, MSD com PNI. MMII com tônus muscular e força muscular diminuídos, perfusão periférica diminuída > 2 segundos e edema ++/++++ localizado em pés. Às 7h30: realizada higienização oral, aspiração oral, troca da fixação da SNE, troca de cadarço do TOT, higiene e hidratação ocular com Epitezan, hidratação labial com Dersani, verificação do cuff 40 cmH2O.

Relato 8

Paciente R.F.S., 46 anos, feminina, internada na UTI geral há 15 dias devido pós-Covid. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, sedada, RASS -5, com TQT cânula n. 8,5 em VM em modo ventilatório, pressão controlada com parâmetros ventilatórios FiO₂ 70%, FR 24 mrpm, PEEP 8 cm H₂O, sem drive respiratório, com capnógrafo pCO₂ 33, em monitorização cardíaca + oximetria de pulso com sinais vitais PA 99x61 mmHg, PAM 74, FC 82 bpm, Sato₂ 93%, Tax 36,7°C. Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem alteração. Pupilas mióticas com discreta fotorreação, mucosa ocular hipocorada e hidratada. Cavidade nasal sem alteração, SNE em narina D com dieta interrompida devido à ocorrência de diarreia, LPP grau II sem exsudação em região de columela E. Cavidade oral sem alteração, com arcada dentária inferior completa e superior incompleta, lábios ressecados. Cavidade auricular sem alteração. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, CVC em jugular E fixada com Tegaderm CHG com infusão de Fentanil 20 ml/h, Dormonid 30 ml/h, Atracúrio 20 ml/g. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada, frêmito tátil bilateralmente mais localizado em base direita, à percussão som claro pulmonar em ápice bilateralmente e som maciço em base bilateralmente, ausculta pulmonar com MV ápice bilateralmente e ronco na inspiração em base bilateralmente, ausculta cardíaca 2BNF, RR, em todos os focos de ausculta. Abdome globoso, flácido, ausculta com RHA hiperativos em todos os quadrantes, percussão com som timpânico em todos os quadrantes exceto em hipocôndrio direito som maciço, à palpação hipertrofia em região periumbilical. Genitália preservada, com presença de sangramento menstrual, CVD n. 16 drenagem em sistema fechado (bolsa coletora) de 300 ml de urina de coloração acastanhada e de aspecto ligeiramente turvo. Eliminações intestinais ausentes em fralda. MMSS com tônus muscular e força muscular ausentes, perfusão periférica preservada < 2 segundos e edema ++/++++ em mãos e antebraços, MSD com PNI. MMII frios, com tônus muscular e força

muscular ausentes, perfusão periférica preservada < 2 segundos e edema ++++/++++ localizado em pés. Às 9h: realizada higienização oral, aspiração oral, troca da fixação da SNE, troca de cadaço de TQT, aspiração de TQT em sistema fechado, higiene e hidratação ocular com Epitezan, hidratação labial com Dersani, verificação do cuff 40 cm H₂O, troca do filtro HMEF, troca das válvulas antirrefluxo. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 9

Paciente G.A.S., feminino, 70 anos, internada há 8 dias devido à hemorragia digestiva alta e baixa, cirrose hepática e varizes esofágicas. Histórico pessoal: DM, insuficiência cardíaca, HAS e dislipidemia. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, sedada, RASS -5. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros. Face hipocorada, sem alterações. Cavidade auricular íntegra. Cavidade ocular com mucosa hipocorada e hidratada, pupilas mióticas fixas. Cavidade nasal íntegra, sem desvio de septo, com SNE em narina D em sistema aberto drenando 20ml de exsudato de coloração tipo borra de café. Cavidade oral com arcada superior incompleta e inferior completa, com sujidade sanguinolenta, TOT n. 8,0 a 20 cm da comissura labial lateralizado à direita com cuff 40 mmHg em VM modo PCV com parâmetros ventilatórios de FR 20 mrpm, PEEP 7 cm H₂O, FiO₂ 60%, I:E 1:2, com sistema de aspiração fechado. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia fixa, CVC em ubclávia direita, com infusão em BI: em via distal (mais longe do abdome); Noradrenalina em equipo fotossensível 13 ml/h; em via proximal (mais próximo do abdome) Propofol 30 ml/h, Ketamina 25 ml/h, Fentanil 3 ml/h. Infundindo em equipo macrogotas Cefepina 2g e Clindamicina 600 mg. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada, com monitorização cardíaca 3 eletrodos + oximetria de pulso com seguintes sinais vitais (9h): FC 103 bpm, Tax 37,2°C, PA 160x70 mmHg, SatO₂ 93%. À ausculta pulmonar MV presentes sem RA em todos os espaços intercostais, AC: 2 bulhas hipofonéticas em focos tricúspide e mitral, RR. À percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais. Abdome globoso, distendido. À ausculta RHA ausentes em todos os quadrantes. À percussão som timpânico em epigástrico e hipocôndrio esquerdo e som maciço nos demais quadrantes. À palpação rígido e sem presença de massas. Genitália íntegra, CVD n. 16 em sistema fechado (bolsa coletora) drenando 75 ml de diurese de coloração amarelo escuro e de aspecto límpido, no momento. Eliminações intestinais ausentes

em fralda, no momento. MMSS com edema 4+/4+, perfusão periférica diminuída > 3 segundos. MSD com presença de hematomas em região de fossa cubital. MMII com edema 4+/4+, perfusão periférica preservada < 3 segundos. Às 09h: realizada troca de dispositivos (torneirinhas, filtro HMEF), inserido válvulas antirrefluxo em vias proximal e distal do CVC, higiene oral, higiene e hidratação ocular com Epitezan, troca de fixação da SNE e de cadarço do TOT, e curativo simples em CVC: limpeza com SF0,9% e antissepsia com clorexidina alcoólica, ocluído com gaze estéril e micropore. Segue monitorizada e aos cuidados de enfermagem.

6 EMERGÊNCIA

Relato 1

Paciente T.S., feminino, 76 anos. Internada na emergência há 1 dia devido à dispneia iniciada há 5 dias. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, acompanhada pelo marido, o qual relata que a paciente ficou internada durante 11 dias na emergência do HUST devido à pneumonia, data da internação 26/04 a 06/05. Paciente relata: alimentação predominantemente com massas e carnes, ingestão de água somente para administração de medicamentos via oral, dispneia, dor em mama direita. Histórico pessoal: HAS, cirurgia renal há 2 anos. Sinais vitais: PA 140x80 mmHg, FC42 bpm, FR 15 mrpm, SatO₂ 98%. Ao exame físico, paciente orientada, comunicativa, REG, apresentando esforço respiratório, nutrida e hidratada. Cabeça e couro cabeludo íntegros. Face hipocorada. Acuidade visual preservada, mucosa ocular hipocorada, pupilas isocóricas fotorreagentes. Cavidade nasal íntegra, com máscara de Hudson a 5 l/min de O₂. Cavidade oral com arcada dentária completa superior e inferior. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia fixa. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente. À percussão torácica som submaciço em ápice direita e som claro pulmonar nos demais espaços intercostais. À ausculta estertores em ápices bilateralmente e MV diminuídos em bases bilateralmente. AC: 2 BNF, RR, em todos os focos de ausculta. Abdome globoso, flácido, com hematomas em região periumbilical devido administração de medicamentos SC (SIC). Ausculta RHA hiperativos em quadrantes superiores direito e esquerdo e RHA hipoativos em demais quadrantes. À percussão som maciço em hipocôndrio direito e som timpânico nos demais quadrantes. Abdome doloroso à palpação, com hipertrofia em região periumbilical devido à administração de medicamentos SC (SIC). Genitália íntegra, com CVD n. 14 drenando em sistema fechado (bolsa coletora), 200 ml de urina com coloração amarelo escuro e de aspecto ligeiramente turvo, no momento. Eliminações intestinais ausentes em fralda descartável no momento.

MMSS com tônus e força muscular preservados, edema 4+/4+, com perfusão periférica diminuída > 2 segundos, AVP n. 22 em antebraço esquerdo. MMII com tônus e força muscular preservados, edema 4+/4+, com perfusão periférica diminuída > 2 segundos. Realizado curativo em lesão tipo escoriação em região abaixo da mama direita: limpeza com SF 0,9%, cobertura primária com gaze estéril e Dersani, ocluído com gaze estéril e micropore. Segue aos cuidados de enfermagem.

Paciente Z.G., feminino, 46 anos. Internada há 1 dia na emergência. Paciente encontra-se restrita ao leito, em decúbito dorsal, monitorizada, acompanhada da filha, a qual relata que na noite do último domingo a paciente iniciou com queixas de vertigem e sonolência, com posterior êmese e síncope, apresentando hemiparesia, sendo encaminhada para o hospital de Água Doce. Após 2 dias sem diagnóstico, foi encaminhada para a emergência do HUST. Filha relata que a paciente é tabagista e faz uso de Clonazepam e Amitriptilina sem precisar os miligramas. Paciente desacordada, Glasgow 10, MEG, apresentando hemiparesia E, nutrida e hidratada. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros. Face corada. Pupilas mióticas fotorreagentes, com pequeno desvio do olho E, mucosa ocular hidratada. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Cavidade nasal íntegra, SNE em narina E sem infusão de dieta no momento. Cavidade oral com arcada dentária completa superior e inferior. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia fixa. Tórax simétrico, com expansibilidade preservada bilateralmente, à percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais, à ausculta MV presentes SRA em todos os espaços intercostais. AC: 2BNF, RR, 2T, SS. Abdome globoso, flácido, com RHA hipoativos em todos os quadrantes, à percussão som maciço em hipocôndrio direito e som timpânico nos demais quadrantes, à palpação sem presença de massas. MSD com tônus e força muscular preservados, sem edema, com perfusão periférica preservada (< 2 segundos), AVP n. 18 com infusão contínua de SF 0,9% em BI a 80 ml/h. MID com tônus e força muscular preservados, sem edema, com perfusão periférica preservada (< 2 segundos). MSE e

MIE com tônus e força muscular ausentes, sem edema, com perfusão periférica preservada (< 2 segundos). Genitália íntegra, com eliminações vesicais presentes em CVD n. 16 em sistema fechado (bolsa coletora) drenando 75 ml de urina de coloração amarelo clara e de aspecto ligeiramente turvo, no momento. Eliminações intestinais ausentes em fralda descartável no momento. Paciente encaminhada para realização de TC de crânio. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 2

Paciente A.Z., maculino, 67 anos. Paciente comparece à emergência devido dor precordial e dispepsia há 5 dias, com piora do quadro há 1 dia. Realizado eletrocardiograma apresentando supra ST. Relata: histórico familiar de IAM; tabagismo há 48 anos; etilismo; alimentação predominantemente gordurosa. Paciente encontra-se restrito ao leito, em decúbito dorsal, orientado, comunicativo, em REG, em monitorização cardíaca + oximetria de pulso, nutrido, hidratado. Ao exame físico, cabeça e couro cabeludo íntegros, face hipocorada. Acuidade visual preservada, pupilas isocóricas fotorreagentes, mucosa ocular hipocorada. Nariz sem desvio septal aparente, narinas íntegras. Cavidade oral com arcada dentária completa superior e inferior. Acuidade auditiva preservada, cavidade auricular íntegra. Região cervical com gânglios linfáticos não palpáveis, traqueia fixa. Tórax simétrico, com expansibilidade torácica preservada bilateralmente. À percussão som claro pulmonar em todos os espaços intercostais. À ausculta MV presentes sem RA em todos os espaços intercostais. AC: 2BNE, RR, em todos os focos de ausculta. Abdome globoso, distendido, com borda hepática inferior palpável por volta de 2 dedos do rebordo intercostal. À ausculta RHA presentes em todos os quadrantes. À percussão som maciço em hipocôndrios D e E e em epigástrico, e som timpânico nos demais quadrantes. MMSS e MMII com tônus e força muscular preservados, sem edema, com perfusão periférica preservada (< 2 segundos). MSE com AVP n. 18 em mão e em MSD com AVP n. 18 em antebraço, ambos salinizados. Eliminações vesicais e intestinais ausentes no momento. Às 10h20 foi administrado O2 em cateter nasal tipo óculos a 2 l/min. Às 10h30 foi realizada a administração de Tridil (Nitroglicerina) 500 mg (50 mg/ml em ampola de 10 ml). Em BI a 5 ml/h. Paciente encaminhado para Instituto de Cardiologia. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

7 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Relato 1

Paciente S.S.P., admitida em SRA às 11h. Paciente recebida após intervenção cirúrgica de histerectomia, sob efeito de anestesia raquidiana. Paciente chegou em maca, decúbito dorsal, acordada e comunicativa. Instalado oximetria de pulso + PANI. Mantém: CVD n. 14 com débito urinário de 150 ml + AVP em MSE n. 20 + dreno de penrose em flanco E + incisão cirúrgica longitudinal em abdome com curativo oclusivo limpo e seco. Aguarda reavaliação do anestesiolegista.

Relato 2

Paciente A.N.M., admitida em SRA às 10h30. Paciente recebida após intervenção cirúrgica de varizes bilateralmente. Paciente chegou em maca, decúbito dorsal, sob efeito de anestesia raquidiana. Instalado oximetria de pulso + PANI. Às 10h40, realizado Clexane 40 mg SC. Aguarda reavaliação do anesthesiologista.

Relato 3

Paciente W.F.S., admitido em SRA às 09h. Paciente recebido após intervenção cirúrgica de herniorrafia inguinal bilateral, sob efeito de anestesia geral. Paciente chegou em maca, decúbito dorsal, acordado, consciente e desorientado. Instalado oximetria de pulso + PANI. Paciente relata desconforto em incisão cirúrgica. Mantém: AVP em MSE sem identificação + incisão cirúrgica em região inguinal bilateral. Aguarda reavaliação do anestesiológico.

Relato 4

Paciente recebido em SRPA em maca, POI de troca de cateter duplo J bilateral, submetido à anestesia raquidiana. Mantém AVP em MSD n. 18. SSVV: PA: 89/65/66 mmHg, T: 35,9°C, FC: 94 bpm SpO₂: 96% FR: 18 rpm. Escala de Aldrete e Kroulik em 8 pts na admissão. Aguarda avaliação anestésica.

Relato 5

Paciente admitido em SRPA em maca, realizou procedimento de troca de cateter duplo J, sob efeito de anestesia raquidiana, apresenta-se calmo, comunicativo e orientado. Mantém AVP n. 20 em MSD, segue em MCC e OP. Recebe alta, encaminhada para o quarto aos cuidados de enfermagem.

Relato 6

Paciente feminina, 68 anos, recebida em SRPA em maca, POI de fratura de fêmur, submetida à anestesia raquidiana + sedação. Escala de Aldrete e Kroulik: 8 pontos. Acordada, eupneica, normocorada. SSVV - PA: 120/85 mmHg, FR: 18 mrpm, FC: 89 bpm, SPO2: 97% T: 36,0 °C Refere náusea, comunico ao anestesista responsável e administro Nauseadron 8 mg conforme prescrito. Mantém AVP n. 20 em MSD em região de dorso com soroterapia em curso, dreno de sucção em MIE e curativo oclusivo. Aguarda reavaliação anestésica.

Relato 7

Paciente admitida em SRA às 09h15. Paciente recebida após intervenção cirúrgica de histerectomia, sob efeito de anestesia raquidiana. Paciente acordada, consciente, comunicativa. Instalado oximetria de pulso + PANI. Mantém AVP em MSE n. 18, com soroterapia em curso. Aguarda reavaliação do anestesiológico.

Relato 8

Paciente V.L., admitido na SRA às 11h15 após intervenção cirúrgica de exérese de tumor nasal, sob efeito de anestesia geral. Paciente chegou em maca, decúbito dorsal, acordado, calmo, desorientado e comunicativo. Instalado oximetria de pulso + PANI. Mantém: AVP em MSD n. 20, com soroterapia em curso. Aguarda reavaliação do anestesiológico.

Relato 9

Paciente admitida em SRPA por maca, POI de laparotomia + histerectomia, realizada sedação + anestesia geral, apresenta-se sonolenta, relata algia em F.O. SSVV: PA 126/86 mmHg, FC: 96 bpm FR: 18 rpm, SP02: 99%, T: 35,0°C. Às 10h administrado Morfina 2 mg a pedido do anestesista. Paciente foi reavaliada e encaminhada para a clínica médica. Segue aos cuidados de enfermagem.

Relato 10

Paciente menor recebida em SRPA em maca, POI dedo de gatilho, submetido à anestesia geral inalatória. Mantém AVP em MSD n. 22. SSVV: SSVV: FC 126 bpm, SatO2 96% T: 35,6°C. Aguarda avaliação anestésica.

8 CENTRO CIRÚRGICO

Relato 1

Paciente M.B., admitida na SRA às 7h50. Paciente recebida após intervenção cirúrgica de cesariana. Paciente chegou em maca, decúbito dorsal, sob efeito de anestesia raquidiana. Instalado oximetria de pulso + PANI. Loquiação fisiológica presente em média quantidade de coloração rubra, sem odor. Mantém: CVD n. 14 com débito urinário de 250 ml + incisão cirúrgica em região suprapúbica com curativo oclusivo seco e limpo + AVP sem identificação. Aguarda reavaliação do anestesiolegista.

Relato 2

Paciente E.C.L.L., 2 anos, feminino. Às 08h35, paciente na sala de operação 08, encontra-se em decúbito dorsal, com: AVP em MSD n. 22 + MCC + oximetria de pulso. Realizada anestesia geral inalatória com Sevoflurano + cânula de guedel + máscara facial. Realizado degermação pela técnica de enfermagem responsável e antisepsia com clorexidina alcoólica pelo cirurgião. Às 08h45 foi realizada colocação dos campos estéreis. Administrado: Dipirona 300 mg, Nausebron 2 mg, Dexametasona 1 mg, Kefazol 300 mg e Cetoprofeno 20 mg. Às 08h50 foi colocada placa dispersiva em escápula D e início da intervenção cirúrgica de dedo de gatilho D. SSVV: FC 126 bpm, SatO₂ 96%. Às 08h55, SatO₂ 83%, realizada ventilação com o ambu, pelo médico assistente. Administrado Bupivacaína sem vasoconstrição no sítio cirúrgico. Às 09h, SatO₂ 86% com presença de esforço respiratório. Às 09h06 término do procedimento. Paciente permanece com curativo oclusivo em FO. Encaminhado para SRPA.

Relato 3

Paciente C.B.R., admitida às 7h15 no CC sala de operação 01, para realização de intervenção cirúrgica de derivação biliodigestiva. Paciente com AVP n. 18 em MSE com infusão contínua de ringer com lactato + monitorização cardíaca. Às 7h20 foi realizado 1 Fentanil. Às 7h25 foi realizada degermação de dorso com Clorexidina degermante pela técnica de enfermagem. SSVV antes da indução anestésica: PA 168x83 mmHg, FC 73 bpm, SatO₂ 97%. Às 7h25 foi realizada anestesia peridural pelo Dr. André + cateter peridural. Às 7h30 foi colocada a placa dispersiva de eletrocautério na escápula D. Às 7h35 SSVV: PA 123x70 mmHg, FC 78 bpm, SatO₂ 96%. Administrador 1 Fentanil, às 7h35. Às 7h40 é iniciada a sedação com Sevoflurano em máscara facial. Às 7h40 foi realizada a antisepsia de abdome e genitália com clorexidina degermante. Às 7h45 realizada CVD pela Acadêmica Kely. Às 7h50 foi realizada intubação orotraqueal + VM. Às 8h foi realizada antisepsia do abdome com clorexidina aquosa. Às 8h10 colocação dos campos estéreis. Às 8h13 teve início a incisão cirúrgica pelo Dr. Mauricio. Às 8h20 administrado clonidina pelo Dr. André. Às 8h50 foi retirado o material para biópsia. Às 9h05, SSVV: PA 96x45 mmHg, FC 56 bpm, SatO₂ 95%. O procedimento segue sem intercorrências.

Relato 4

Paciente Z.F.S., calma, lúcida, recebida em cadeira de rodas para procedimento cirúrgico de Videocolecistectomia, acomodada em mesa cirúrgica em MCC, oximetria e PANI. Mantém AVP em MSD com abocath n. 20 e SVD n. 16. Realizada punção em MSE, em região de dorso com abocath n. 20. Realizada anestesia geral + intubação com TOT n. 7,5. Após, foi realizada degermação na região de abdome. Iniciado procedimento cirúrgico e administrado: Metronidazol 500 mg EV e Dexametasona 10 mg. Às 10h50, administrado Dipirona 2500 mg + Nausebron 8 mg, conforme solicitação médica. O procedimento segue sem intercorrências até o momento.

Relato 5

Admitida paciente na sala 01 para submeter-se ao procedimento de Ileostomia. Recebida no setor com AVP n. 20 em MSD, salinizado. Paciente calma, acordada, comunicativa, com monitorização + PANI + oximetria de pulso. Em decúbito dorsal, realizada anestesia geral + intubação TOT n. 7,5. Às 07h40 administrado 2 gr + 1 amp de Dexametasona 10mg/2,5ml. Às 7h50, procedimento iniciado pelo médico responsável, segue sem intercorrências. Às 8h20 procedimento finalizado, mantendo bolsa de colostomia em fossa ilíaca D em ileostomia + CO em ferida operatória e extubada. Encaminhada à SRPA.

Relato 6

Recebida paciente no C.C., calma, lúcida e comunicativa, chega à sala 01 deambulando, acomodada em mesa cirúrgica, instalado MCC + PANI, sinais vitais estáveis, mantém AVP em MSD com abocath n. 18, salinizado. Submetida à anestesia geral, intubada com TOT n. 7,0. Realizada nova punção em dorso da mão esquerda com abocath n. 20, mantendo infusão de soroterapia, placa de eletrocautério em coxa direita, degermação campo operatório, após inicia-se procedimento cirúrgico de Laparotomia exploratória por videolaparoscopia. Administrado: Dipirona, Nausebron 8 mg, Decadron 10 mg, Profenid, Kefazol. Ao término, paciente é extubada, mantém curativo oclusivo em FO, após é encaminhada em maca para SRPA, segue aos cuidados da enfermagem.