

CENTRO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE



**T  
É  
C  
N  
I  
C  
O  
  
E  
M  
  
E  
N  
F  
E  
R  
M  
A  
G  
E  
M**

**ENFERMAGEM EM PRONTO SOCORRO**



## UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Destinada ao paciente de alto risco, que necessita de cuidados altamente complexos, recursos e profissionais altamente especializados.

É obrigatória em hospitais secundários e terciários com capacidade igual ou superior a 100 leitos.

### **Tipos de pacientes:**

- Politraumatizados;
- Intoxicados;
- Pós cirúrgicos;
- Agravamento de patologias crônicas (ICC, IRA, IAM);
- Processos irreversíveis tipo sepse, morte encefálica;
- Desequilíbrios metabólicos: coma diabético, desidratação severa.

### ***Segundo o Ministério da Saúde, as unidades destinadas a clientes em regime de terapia intensiva devem proporcionar condições para:***

- Internação de clientes críticos em ambiente individual ou coletivo conforme grau de risco, faixa etária e doença.
- Execução e registro de assistência médica intensiva.
- Execução e registro de assistência de Enfermagem intensiva.
- Prestação de apoio diagnóstico laboratorial, de imagens e terapêuticos durante 24 horas.
- Manutenção de condições de monitoramento e assistência respiratória em tempo integral.
- Prestação de assistência nutricional adequada.

## PLANTA FÍSICA DA UTI

- Deve ter acesso restrito.
- Possuir fácil acesso às unidades correlacionadas (Centro Cirúrgico, Emergência e Semi intensiva).
- Deve possuir no mínimo uma área coletiva de tratamento.
- Quarto de isolamento.
- Posto de enfermagem.
- Sala de utilidades.
- Copa, rouparia, depósito para materiais de limpeza, banheiros, área de estar para equipe.

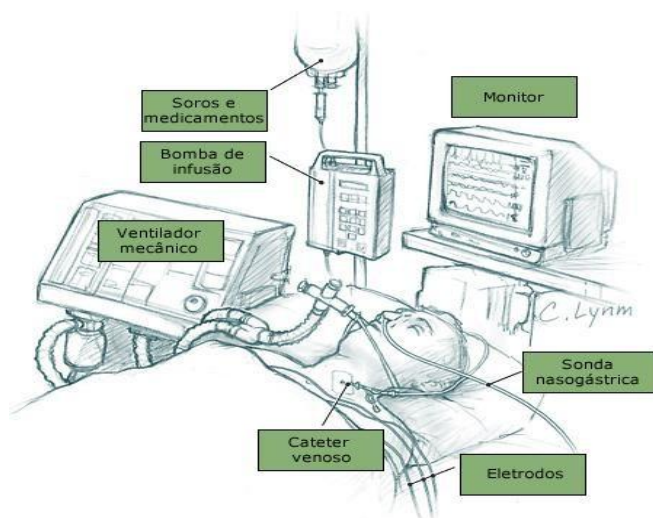


### **A preparação da planta física da UTI deve obedecer aos seguintes critérios:**

- Os leitos devem ficar visíveis à Enfermagem na mesa central de controle.
- A unidade deve dispor de um posto de Enfermagem e prescrição médica com 1 a 12 leitos na dimensão de 8 m<sup>2</sup> e com visualização de todos os leitos, além de permitir todas as funções da equipe de trabalho.
- Cada posto deve ser servido de pelo menos uma área de serviço na dimensão mínima de 8m<sup>2</sup>.
- A área de cada leito deve permitir ampla circulação e fácil manejo da aparelhagem.
- A aparelhagem de ar condicionado deve ter funcionamento perfeito, mantendo a temperatura ambiente entre 21 e 24°C, e suas saídas não devem ser direcionadas sobre os leitos.
- O quarto/leito de um cliente adulto ou adolescente deve ter dimensão mínima de 12 m<sup>2</sup> e distância de 1 m entre as paredes e o leito, exceto a cabeceira; os quartos de isolamento devem ser dotados de banheiro privativo.
- As condições de conforto devem incluir métodos que garantam a privacidade do cliente por meio de biombos, cortinas, persianas ou portas; porém, devem permitir visualização direta.
- O sistema de energia elétrica deve assegurar suprimento ininterrupto e dispor de tomadas ligadas a geradores que garantam imediata alimentação de energia elétrica em caso de queda abrupta do fornecimento.
- O número ideal de tomadas é 11 a 16, com voltagem 110 e 220 volts, localizadas nas cabeceiras e devem estar com 90cm acima do piso. Deve também haver tomadas especiais para aparelhos de raios X portáteis.
- Todos os cabos elétricos devem ser rigorosamente isolados e ter fio terra especial.
- Todos os leitos devem contar com canalização de vácuo, ar comprimido e oxigênio medicinal. O ideal é que cada leito tenha duas saídas para cada tipo de gás e a unidade disponha de sistema de alarme capaz de identificar oscilações da rede de gases.
- Alarmes visuais e sonoros são necessários para atendimento adequado, garantindo identificação precoce de alterações na condição do cliente.

### **MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.**

Os materiais e equipamentos utilizados na UTI devem ser dimensionados e selecionados de acordo com o tipo de assistência prestada e de recursos disponíveis devendo ter no mínimo carro de emergência com monitor e desfibrilador, ventilador mecânico, monitor de beira de leito, gerador de marcapasso, bomba de infusão, entre outros.



## PREPARO DA UNIDADE PARA A RECEPÇÃO DO PACIENTE NA UTI

A Unidade do paciente deve ser montada de acordo com a patologia do paciente de forma que se tenha à mão o material para dar uma assistência imediata no momento da admissão deste paciente e durante a sua permanência.



### Material:

- Após a desinfecção da cama, arrumá-la do tipo fechada.
- Deixar pronto material para gasometria, tubos para exames de rotina, algodão com álcool, estetoscópio, termômetro, eletrodos, luva estéril para aspiração.
- Pasta para prontuário, prancheta com impressos próprios (evolução médica, prescrição, controles, pedidos de exames etc.)

### Ação da enfermagem

- Receber o paciente.
- Monitorização.
- Manter vias aéreas pérvias.



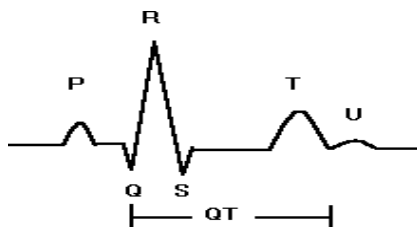
- Verificar sinais vitais e anotar na folha de controle.
- Administrar medicamentos de urgência e iniciar outros conforme prescrição médica.
- Realizar anotação de enfermagem.
- Registrar admissão no livro de registros e no censo.
- Coletar exames laboratoriais solicitados.
- Devolver os pertences do paciente aos familiares.
- Orientar os familiares quanto à estrutura e funcionamento do setor, como: horário de visita, informações gerais.
- Verificação de sinais vitais a cada hora.
- Verificação do balanço hídrico a cada hora.
- Desobstrução de vias aéreas.
- Troca de curativos diariamente sempre que necessário.
- Manutenção da nebulização com água destilada em clientes entubados ou traqueostomizados.
- Controle rigoroso do gotejamento de soro ou observação das bombas de infusão.
- Observação constante do ritmo e frequência cardíaca no monitor.
- Garantia da lubrificação adequada dos olhos com pomada ou gaze umedecida em soro fisiológico em clientes em coma.
- Manutenção da higiene oral do cliente com antisséptico no mínimo a cada 6 horas.
- Troca de equipos (soro, pressão venosa central – PVC e bomba de infusão) conforme determinação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- Desinfecção e arrumação do leito.
- Banhos (leito e aspensão).
- Prestação de atendimento de urgência.
- Acompanhar admissão e passagem de plantão.
- Registrar em prontuário todas as observações e cuidados prestados.
- Montar ventilador.
- Montar painel de gases: fluxômetros (ar comprimido e O<sub>2</sub>), frasco de vácuo, nebulização contínua, umidificador, vacuômetro para aspiração contínua.
- Deixar próximo ao leito: carrinho de emergência, desfibrilador.
- Verificar sinais vitais de hora em hora nas primeiras 12 horas, anotar em prontuário e comunicar qualquer alteração.
- Desprezar e anotar diurese.
- Realizar PVC.
- Realizar balanço hídrico.

## CUIDADOS DIÁRIOS NA UTI



- Verificação de sinais vitais a cada hora.
- Verificação do balanço hídrico a cada hora.
- Desobstrução de vias aéreas.
- Troca de curativos diariamente e sempre que necessário.
- Manutenção da nebulização com água destilada em clientes entubados ou traqueostomizados.
- Mobilização do cliente no leito para prevenção de úlceras por pressão.
- Controle rigoroso de gotejamento de soro ou observação das bombas de infusão.
- Observação constante do ritmo e frequência cardíaca no monitor.
- Garantia de lubrificação adequada dos olhos em cliente em coma.
- Manutenção de higiene oral do cliente com antisséptico no mínimo a cada seis horas.
- Troca de equipos conforme determinação do Serviço do Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- Desinfecção e arrumação do leito.
- Banhos (leito, aspensão).
- Prestação de atendimento de urgência.

## MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA



A monitorização eletrocardiográfica pode ser encontrada não apenas em setores especializados, como as Unidades de Cuidados Intensivos, Centros Cirúrgicos ou Unidades de Emergência, mas também nas unidades em que seja necessário acompanhar continuamente a frequência e ritmo cardíaco do cliente, bem como os efeitos terapêuticos nos quais os indivíduos vem sendo submetidos.

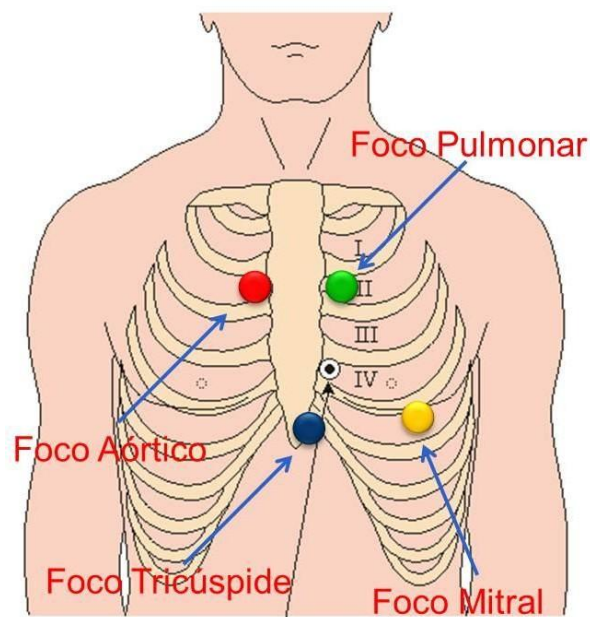
Embora haja uma enorme variedade de monitores no mercado, todos os sistemas de monitorização utilizam três componentes básicos: um sistema de apresentação osciloscópica, em que o sinal elétrico é codificado, ampliado mil vezes e apresentando, um cabo de monitorização, responsável por conduzir o sinal elétrico, e os eletrodos que são colocados no tórax do paciente para receber a corrente elétrica do tecido muscular cardíaco.

**Monitorização por fio rígido:** consiste no sistema tradicional, em que o cliente precisa ficar confinado ao leito e conectado 24 horas a um cabo de transmissão ECG.

**Monitorização telemétrica:** os eletrodos são conectados a um curto cabo de transmissão ligado a uma bateria colocada em uma bolsa presa ao corpo do cliente. O ECG é transferido por radiofrequência para um receptor que capta e apresenta o sinal a um osciloscópio, ou na cabeceira do leito, ou a uma central de monitorização.

### Cuidados de enfermagem quanto à aplicação de eletrodos

- Selecionar um local estável, evitando protuberâncias ósseas, articulações ou dobras de pele.
- Remover excesso de pelos do local.
- Remover o papel de proteção e aplicar o eletrodo firmemente à pele, alisando-o com o dedo em movimentos circulares.
- Fixar cada eletrodo em seu correspondente cabo de eletrocardiograma (ECG).
- Trocar os eletrodos a cada dois ou três dias, prevenindo irritação cutânea.
- 



## TERAPIA ELÉTRICA

Conforme a Society Critical Care Medicine (2003), os profissionais que atuam em terapia intensiva devem reconhecer o ritmo cardíaco e determinar a gravidade de seus efeitos fisiológicos. Em clientes com ritmo instável ou efeitos fisiológicos adversos sobre a pressão sanguínea e/ou perfusão sistêmica, a desfibrilação imediata é justificada. É um procedimento que tem por objetivo reverter a arritmia cardíaca.

### DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ELÉTRICA NÃO SINCRONIZADA

Aplicação de uma corrente contínua, não sincronizada, através do tórax e, por último, através do coração. É indicado na fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular de baixa amplitude.



#### **Cuidados durante o procedimento**

- Ligar o desfibrilador / cardioversor.
- Aplicar gel condutor.
- Não tocar no paciente ou no leito durante o procedimento.
- Posicionar as pás.
- Selecionar a carga solicitada pelo médico.
- Comunicar que a carga está disponível, o médico é quem a dispara.
- Após a reversão da arritmia, manter o cliente sob ventilação assistida.
- Realizar o ECG.

#### **Cuidados após o procedimento**

- Manter o cliente na UTI.
- Realizar ECG.
- Monitorar sinais vitais, ritmo cardíaco, funções cerebrais.



## **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA**

Procedimento terapêutico, consta da aplicação de uma corrente contínua sincronizada, através do tórax, e, por último, através do coração. É indicada nas taquiarritmias, como: fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia supraventricular paroxística e taquicardia ventricular estável não responsiva a intervenção com droga.

### **Cuidados de enfermagem**

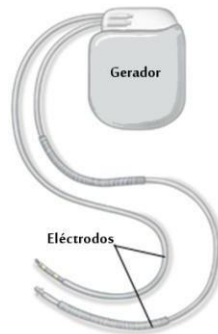
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Manter jejum de 6 a 8 horas para evitar aspiração do conteúdo gástrico.
- Manter acesso venoso de boa qualidade.
- Verificar sinais vitais.
- Retirar próteses dentárias.
- Preparar material para intubação endotraqueal.
- Verificar o funcionamento do cardioversor.
- Administrar sedativos conforme prescrição médica.
- Ligar o botão do sincronizador.
- Colocar pasta condutora.
- Selecionar carga solicitada.
- Após a cardioversão o cliente deve ser observado quanto a alteração de ritmo, PA, respiração e nível de consciência.

## **MARCAPASSO**

Dispositivo eletrônico composto por um gerador de impulsos elétricos eletrodos consistindo em cabos ou fios condutores, que transmitem impulsos até o coração para produzir a sua contração.

A aplicação do impulso pode ser realizada no endocárdio, para o qual o eletrodo é introduzido por uma veia até chegar ao átrio ou ventrículo direito.

Existem também marcapassos transtorácicos, consistindo em duas placas de eletrodos, que se situam uma no plano anterior do tórax e outra no dorso. Sua utilização limita-se a situações de urgência e o seu uso é temporário, até que seja possível a estimulação endocavitária.



## MONITORIZAÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (OXIMETRIA).



A saturação de oxigênio indica o percentual de hemoglobina que se encontra saturada pelo oxigênio no momento da verificação, obtida através da oximetria de pulso. A oximetria de pulso é um dos dados a serem mensurados para avaliar a troca gasosa dos clientes.

A leitura da oximetria é realizada através de um sensor que contém duas luzes e um fotodetector, que pode ser instalado no dedo da mão ou do pé, lóbulo da orelha ou nariz.

A saturação de oxigênio é clinicamente aceitável próxima a 95%, sendo saudável a variação entre 97% e 99% no indivíduo jovem. Com valores de saturação de 90%, geralmente se observa na gasometria um PaO<sub>2</sub> de 60mmHg. A oxigenação tecidual não é refletida pela saturação de oxigênio, pois esta varia de acordo com a utilização de oxigênio pelos tecidos.

Situações de alerta: saturação de oxigênio inferior a 60%, baixa intensidade de sinal, má perfusão periférica do cliente, uso de drogas vasopressoras, doença vascular periférica, compressão arterial direita e hipotermia significativa.

### **Cuidados de enfermagem**

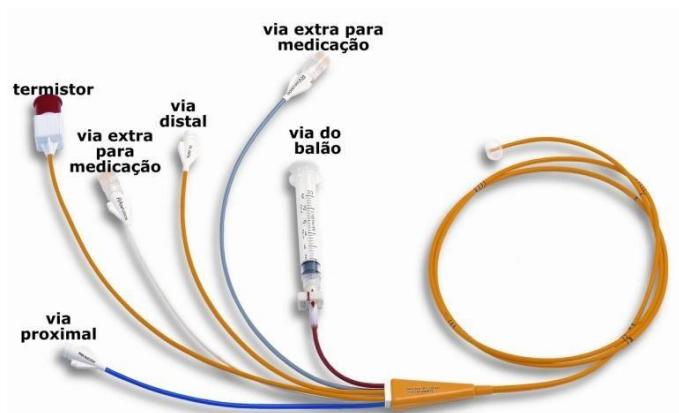
- Remoção de esmaltes coloridos.
- Manter alarmes acionados e em limites adequados.
- Alternar o posicionamento e localização do sensor a cada 2 horas.
- Observar taquidispnéia e utilização da musculatura acessória.

## MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA CATETER DE SWAN-GANZ

O cateter é introduzido por acesso venoso central à beira do leito, mediante técnica asséptica. Passa pelo átrio e ventrículo direito até a artéria pulmonar para obtenção de dados hemodinâmicos. A presença de um balonete inflável na ponta do cateter facilita o posicionamento na artéria pulmonar, uma vez que o próprio fluxo sanguíneo o dirige.

Com o cateter posicionado obtém-se a PVC, pressão sistólica e diastólica da artéria pulmonar.

Indicações: IAM complicado, Insuficiência cardíaca descompensada e refratária, disfunção valvar aguda, tamponamento cardíaco, cirurgias cardíacas de grande porte, choque.



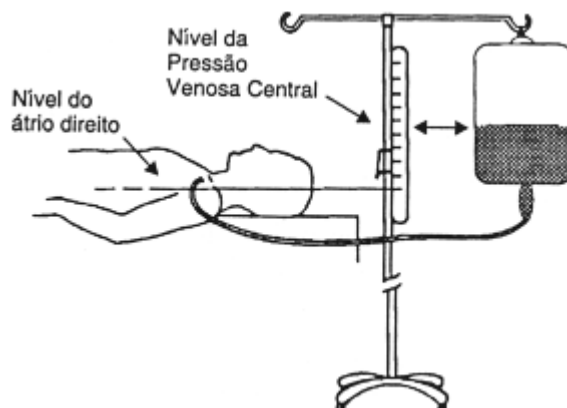
### Cuidados de enfermagem

- Manter monitor cardíaco contínuo.
- Manter material de emergência disponível.
- Preparar material e auxiliar na introdução do cateter, observando aparecimento das curvas.
- Solicitar radiografia de tórax para verificar a posição correta do cateter.
- Fazer curativo diariamente e observar presença de sinais de infecção.
- Realizar medidas hemodinâmicas pelo menos a cada 6 horas.

## PRESSÃO VENOSA CENTRAL

Medida hemodinâmica frequentemente utilizada em UTI, determinada pela interação entre volume intravascular, função do ventrículo direito, tônus vasomotor e pressão intratorácica, obtida através de um cateter colocado na veia cava superior.

Quando a PVC for medida na linha axilar média, o valor normal da pressão venosa central está entre 0 e 8 mmHg. Valor abaixo do normal pode sugerir hipovolemia e valor mais alto, sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas a avaliação deve ser feita em associação com outros parâmetros hemodinâmicos. Medidas isoladas podem não ser significativas, pois a monitoração é importante.



### BALÃO INTRA-AÓRTICO

O balão intra-aórtico (BIA) é inserido como método de assistência circulatória, porque:

- Melhora o débito cardíaco e diminui a necessidade de oxigênio do coração, já que, ao impulsionar o sangue mediante a insuflação e desinsuflação do balão, diminui o trabalho do músculo cardíaco.

- Aumenta o fluxo coronário, ao entrar em funcionamento na diástole.

Pode ser inserido na unidade, onde utiliza-se a femoral ou subclávia.

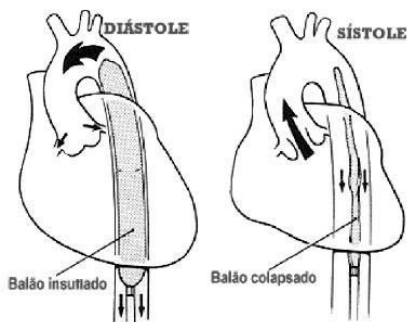
Sua inserção está indicada em qualquer paciente com má função ventricular, podendo ser: profilaxia pré-operatória, ruptura da parede interventricular, insuficiência mitral grave, angina refratária ao tratamento, choque cardiogênico, dificuldade do coração bombear por falha do ventrículo esquerdo.

#### **Possíveis complicações:**

- Embolia pulmonar.
- Obstrução vascular.
- Infecção.
- Trombocitopenia.

#### **Cuidados de enfermagem:**

- Tricotomia da região.
- Abertura do material na técnica.
- Monitorização hemodinâmica.
- Monitorização de sinais vitais.
- Avaliar nível de consciência.
- Realizar troca do curativo da região de inserção, de forma asséptica a cada 24 horas.



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

Método artificial para manutenção de ventilação em clientes impossibilitados de respirar espontaneamente, feito através da introdução de prótese (tubos orotraqueais ou tubos de traqueostomia) na via aérea do cliente, capaz de promover a expansão pulmonar.

### VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

Não é empregada em qualquer tipo de prótese traqueal. Esse procedimento é realizado com uma máscara que tem por objetivo aumentar a ventilação alveolar e o trabalho respiratório. Pode ser aplicado de duas formas: CPAP (um nível de pressão positiva em vias aéreas) e BIPAP (dois níveis de pressão).



#### **Cuidados de enfermagem.**

- Avaliar e registrar nível de consciência.
- Posicionar cliente confortavelmente e elevar a cabeceira em 30° ou 45°.
- Fixar máscara através das tiras, evitando vazamento de ar e pressão exagerada.
- Atentar-se ao oxímetro de pulso.
- Orientar cliente quanto à dor e desconforto.



## VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Método artificial para manutenção de ventilação em clientes impossibilitados de respirar espontaneamente, feito através de introdução de prótese na via aérea do cliente, capaz de promover expansão pulmonar.

### **Principais funções do painel de comando**

***FiO2 ou porcentagem de oxigênio:*** porcentagem de oxigênio que o paciente irá receber.

***Volume corrente:*** quantidade de ar que se mobiliza em cada ciclo.

***Frequência respiratória:*** número de ciclos em 1 minuto.

***Volume minuto:*** quantidade de ar em 1 minuto.

**Equipamentos de primeira geração:** ciclados a pressão constante sem possibilidade de monitoração direta, sem alarmes.

**Equipamentos de segunda geração:** ciclados a volume constante com possibilidade de monitoração direta.

**Equipamentos de terceira geração:** aparelhos processados para todas as funções operacionais: terapia, vigilância e diagnóstico funcional.

### **Cuidados de enfermagem**

- Verificar pressão arterial, frequência cardíaca, ritmo e saturação de oxigênio.
- Anotar parâmetros.
- Manter cabeceira elevada 30°, se não houver contraindicação.
- Manter vigilância constante.
- Realizar balanço hídrico.
- Realizar aspiração de vias aéreas e cavidade oral.
- Trocar fixações.
- Realizar curativo da traqueostomia.

## INTUBAÇÃO

Procedimento que consiste em substituir, durante certo tempo, as vias respiratórias superiores do paciente por um tubo de borracha, provido de um balão que insufla a partir do exterior, permitindo ajuste do tubo.

Indicações: insuficiência respiratória, anestesiando pacientes que serão submetidos a cirurgias, parada respiratória, obstrução de vias aéreas.

### **INTUBAÇÃO ORAL (Orotraqueal)**

- Mais frequente.
- Oferece trajeto mais curto para chegar na traquéia.
- A cavidade oral é uma abertura maior para introdução do tubo.
- É mais rápida, menos traumática, usada em caso de emergência.



### **INTUBAÇÃO NASAL (Nasotraqueal)**

- Indicada em traumatismos cervicais.
- Nas crianças a principal vantagem é que o orifício nasal tem o mesmo tamanho da traquéia.
- Facilita a higiene da boca.

#### **Materiais:**

- Laringoscópio.
- Cânula de intubação.
- Xylocaína geléia 2%.
- Xylocaína spray.
- Mandril.
- Seringa de 10 ml.
- Cadarço.
- Cânula de Guedell.
- Luvas

#### **Cuidados de enfermagem:**

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, deixar cabeça hiper estendida.
- Verificar com antecedência funcionamento de laringoscópio e pilhas.
- Testar cuffs das cânulas.

### **EXTUBAÇÃO DO PACIENTE**

Retirada do tubo endotraqueal do paciente por apresentar notável melhora na sua função respiratória.

O paciente deve estar hemodinamicamente estável, consciente e colaborativo.



### **Cuidados de enfermagem:**

- Realizar observação contínua do paciente nas primeiras horas.
- Avaliar a frequência respiratória e saturação de oxigênio.
- Estimular tosse.

## **TRAQUEOSTOMIA**

A prática da traqueostomia em situação de urgência pode ser a única a permitir a ventilação de determinados pacientes.

É um procedimento cirúrgico que consiste na abordagem direta da traquéia do paciente, a partir de uma incisão externa praticada no pescoço, na face interna dos primeiros anéis traqueais.

Seu objetivo é abrir a via respiratória abaixo das pregas vocais e manter uma comunicação direta com o exterior, por meio da introdução de uma cânula.

### **Cuidados de enfermagem:**

- Realizar a aspiração de secreções sempre que necessário.
- Anotar débito e características do conteúdo drenado.
- Realizar troca do cadarço.
- Manter com nebulização contínua higienizada.
- Realizar higiene oral.

## **PRESSÃO INTRACRANIANA (PIC)**

A maioria das lesões neurológicas de urgência leva a intervenções cirúrgicas ou a tratamento de suporte para observação e acompanhamento de sua evolução, pois a hipertensão intracraniana aguda (HIC) requer monitoração intensiva dada a instabilidade do sistema nervoso central.

Um trauma cerebral leva à sobrecarga das funções compensatórias internas em busca da manutenção da perfusão cerebral. Medidas externas são necessárias para manter a relação entre pressão e volume normal e preservar a pressão de perfusão cerebral (PPC), o objetivo é reduzir a pressão intracraniana.

O paciente pode apresentar alterações de consciência, cefaléia, convulsões, alterações da pupila, bradicardia.

Se esses sinais de hipertensão intracraniana não forem tratados, o cliente sofrerá dano cerebral irreversível ou morte.

### **Cuidados**

É importante manter o pescoço em uma posição anatômica, neutra em todos os movimentos, se necessário usando coxins para imobilização.



**Manutenção da cabeceira elevada:** deve estar em 30° para minimizar a pressão intracraniana.

**Mudança de decúbito:** não é contra-indicado, porém deve ter atenção.

**Banho:** a movimentação rápida de lado durante o banho e a troca de cama aumentam a pressão intracraniana (PIC). Caso se observe aumento nos parâmetros da PIC, esse procedimento deve ser realizado em etapas.

### **CONTROLE HÍDRICO – EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO**

O cliente gravemente doente requer registro rigoroso de ganhos e perdas, no mínimo a cada 2 horas, garantindo-se com isso o controle e a adequação de aporte hídrico, o que evita sobrecarga, volêmica ou desidratação e, conseqüentemente, complicações metabólicas e eletrolíticas.

Com relação a ganhos, devem ser registrados toda a medicação e líquidos VO, EV, dietas por sonda, NPP e hemoderivados. No caso de perdas, devem ser registradas as quantidades de diurese, evacuação, drenagem de SNG, e outros drenos. As perdas insensíveis devem ser quantificadas em + (pouca quantidade), ++ (media quantidade) e +++ (grande quantidade).

O volume deficiente de líquidos pode ser caracterizado por oligúria e/ou hipotensão arterial.

O equilíbrio parcial é quando se faz o balanço de entradas e perdas em um dado intervalo de tempo, e o total é quando realizado em um período de 24 horas.

#### **Cuidados de enfermagem**

Controlar balanço hídrico rigorosamente.

Considerar perdas como vômito, sudorese, diarreia.

Monitorar sinais e sintomas de hipovolemia e choque.

**PROTOCOLO DE EQUILÍBRIO**

Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dados clínicos:

\_\_\_\_\_

Balanço: Parcial: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Ventilador: Sim ( ) Não ( )

**Entradas:**

	Via	Horário	Quantidade	Substância
Dieta				
Líquidos				
Soroterapia				
TOTAIS				

**Perdas**

		Horário	Quantidade	Cor	Aspecto	Cheiro
Diurese	Miccional					
	Sonda					
Drenagens	Feridas					
	Pleural					
	Vômitos					
	Asp. gástrica					
Fezes						
Enemas						
Curativos cirúrgicos						
Sudorese						
Outras perdas						
TOTAIS						



## IPOS DE CHOQUE

Síndrome caracterizada por insuficiência circulatória aguda em que a oferta de oxigênio e nutrientes para os tecidos é insuficiente para atender as necessidades metabólicas.

### **Choque hipovolêmico**

Queda da oferta de O<sub>2</sub> abaixo do ponto crítico decorrente a diminuição da volemia.

**Causas:** sangramento digestivo, lesões viscerais, aneurisma, gravidez ectópica, diarreia, ferimentos.

**Sintomas:** taquicardia, taquipnéia, diminuição do nível de consciência, diminuição da perfusão tissular.

### **Choque cardiogênico**

Perfusão tissular inadequada em virtude de severa disfunção cardíaca.

**Causas:** Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência mitral aguda, tamponamento cardíaco.

**Sintomas:** sonolência, extremidades frias, ortopnéia, pressão venosa jugular elevada, piora da função renal.

### **Choque anafilático**

Reação alérgica severa, secundária a qualquer estímulo, de início súbito, e geralmente cessa em menos de 24 horas.

**Causas:** trombólises, picadas de insetos, anestésico.

**Sintomas:** tontura, fraqueza, congestão nasal, edema faríngeo e laríngeo, tosse, obstrução, cianose, parada respiratória, taquicardia, hipotensão.

### **Sepse**

A abordagem inicial de pacientes com sepse grave e choque consiste em reconhecer e tratar precocemente o foco infeccioso. Quanto mais tardia a primeira intervenção, maior a chance de desenvolvimento de disfunções orgânicas e menos a chance de reverter essas alterações.

**Sintomas:** hipertermia, taquicardia, taquipnéia, aumento dos leucócitos.

## DROGAS VASOATIVAS

A infusão das drogas vasoativas requer uma equipe altamente treinada e especializada a fim de se detectarem precocemente alterações positivas ou negativas na clínica do cliente. O conhecimento exato dos mecanismos de ação, dosagens e o modo apropriado de uso são fundamentais para seu correto emprego.

Pode-se considerar droga vasoativa a substância que apresente efeitos vasculares periféricos, cardíacos ou pulmonares, diretos ou indiretos, que atue em pequenas doses e que gere resposta dose-dependente, de efeito rápido e curto. Normalmente são



medicamentos de uso contínuo, o que permite um controle preciso e graduado dos efeitos, pois os efeitos adversos podem ser deletérios ao cliente.

## **PRINCIPAIS DROGAS USADAS NA UTI**

### **DOPAMINA**

Pode ser utilizada como vasopressor inicial no choque séptico.

Aumenta menos a PAM e mais o débito cardíaco, se comparada à noradrenalina, também pode ser utilizada no choque cardiogênico.

Pode induzir taquicardia ou taquiarritmia.

Suprime a concentração de todos os hormônios.

### **DOBUTAMINA**

Utilizada para melhorar a função ventricular e desempenho cardíaco em clientes nos quais a disfunção ventricular acarreta na diminuição no volume sistólico e no débito cardíaco, com volemia normal ou aumentada e resistência periférica elevada ( choque cardiogênico, insuficiência cardíaca congestiva grave).

### **ADRENALINA**

Seu uso deve ser limitado aos pacientes que não respondem a terapias convencionais.

Tem grande utilidade no choque anafilático e durante a reanimação da parada cardíaca.

Indicada em choque circulatório refratário, tratamento de broncoespasmos.

### **NORADRENALINA**

Pode ser utilizada como vasopressor.

Droga de eleição no choque séptico, cuja finalidade é elevar a PA em clientes hipotensos que não responderam à ressuscitação volêmica.

### **VASOPRESSINA**

Exerce ação vasopressora.

Pode ser utilizada em pacientes com choque refratário (ressuscitação volêmica adequada). Também conhecida como hormônio antidiurético.

É utilizada no tratamento de varizes esofágicas e diabetes. É benéfica também no controle da hipotensão após a circulação extracorpórea (cirurgia cardíaca) e fibrilação ventricular.



## **NITROPRUSSIATO DE SÓDIO**

Vasodilatador misto que age diretamente na musculatura lisa vascular.

É utilizada para os casos de emergência hipertensiva, mas também pode ser usada como medicação auxiliar no tratamento de estados de choque circulatório, com pressões de enchimento ventricular elevada.

## **NITROGLICERINA**

Potente vasodilatador.

Devido a relaxamento das artérias coronárias, é empregada com maior sucesso em casos de infarto agudo do miocárdio e dor anginosa, pois, embora não tenha o poder de analgesia, reduz a dor associada à isquemia miocárdica.

É indicada para clientes com desconforto torácico isquêmico persistente, além de controlar a hipertensão arterial sistêmica e auxiliar no manejo de congestões pulmonares.

## **EPINEFRINA**

Usada para tratamento de parada cardiorespiratória.

Infusão contínua, para manutenção da pressão arterial.

## **AMIODARONA**

Indicada no tratamento de taquiarritmias.

Produz vasodilatação coronariana.

Tem propriedades antiarrítmicas.

## **LIDOCAÍNA**

Anestésico local.

Pode ser usada no tratamento de taquicardia ventricular.

## **DIGOXINA**

Diminui a frequência cardíaca.

Facilita também a entrada de Ca, aumentando a força de contração do coração.

Pode ser indicado na insuficiência cardíaca congestiva.

## **PROPANOLOL**

Indicado no controle de arritmias cardíacas, recuperação do infarto agudo do miocárdio e tratamento de hipertensão.

## **FUROSEMIDA**

Usado no tratamento da hipertensão, força a diurese, inibindo a reabsorção do sódio e cloro.



### **MANITOL**

Diurético de escolha na hipertensão endocraniana, TCE e hemorragias cerebrais.

### **MIDAZOLAM**

Tem ações sedativas e propriedades anticonvulsivantes.

Pode-se administrar em infusão contínua para sedação.

### **DIAZEPAM**

Indicado nos estados de agitação e sedação.

### **FENTANIL**

Fármaco 80 ou 100 vezes mais potente que a Morfina e que possui a característica especial de aplicar sua ação imediatamente e ter uma duração curta (20 a 30 minutos). Administra-se em bolo endovenoso ou infusão contínua para analgesia mantida.

### **CLORIDRATO DE MORFINA**

Potente fármaco analgésico. Indicado na analgesia do paciente crítico, politraumatizado ou pós-operado. Pode-se usar em infusão contínua endovenosa para analgesia contínua, ou bolo endovenoso ou subcutâneo para episódios de dor.

### **NUTRIÇÃO PARENTERAL**

Consiste no aporte ao organismo dos nutrientes básicos, empregando como meio a via venosa.

É indicada quando não é possível nutrir o paciente por via digestiva, em casos de processo inflamatório, obstruções, risco de broncoaspiração.

Tem os seguintes objetivos:

- Manter equilíbrio hidroeletrólítico (reposição de eletrólitos).
- Nutrir o paciente com suficiente aporte energético, ao administrar carboidratos, gorduras e elementos plásticos ou proteínas.
- Conseguir o aproveitamento metabólico dos nutrientes administrados, ajustando o aporte de vitaminas.

#### **Cuidados de enfermagem:**

- Não administrar na mesma via nenhum tipo de soroterapia e fármacos.
- Anotar o tipo de nutrição administrada e quantidade.
- Cuidado ao manipular o cateter para evitar infecção.



## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Interrupção brusca, inesperada e potencialmente reversível da eficácia do batimento cardíaco ou da respiração espontânea do paciente, ou ambas.

### **Reanimação cardiopulmonar (RCP)**

Conjunto de manobras encaminhadas no sentido de reverterem a situação de parada cardiorrespiratória, evitando o morte biológica por lesão irreversível dos órgãos vitais, sobretudo o cérebro.

### **Sinais Eletrocardiográficos**

**Assistolia:** ausência de atividade elétrica e mecânica do coração.

**Fibrilação ventricular e taquicardia ventricular:** o coração tem atividade elétrica, mas não tem força mecânica para tornar eficaz o batimento.

### **Clínica do paciente**

- O paciente não tem pulso.
- Pode perder a consciência.
- Apresenta palidez ou cianose devido a falta de oxigenação.
- Pode apresentar apnéia, ou alteração no padrão respiratório.

### **Algumas causas:**

- Hipóxia aguda: falta do aporte de oxigênio.
- Estados de hipovolemia: por hemorragias ou desidratação.
- Medicamentos: devido a ação tóxica e depressora.
- Alterações e patologias.
- Alterações eletrolíticas: interferem na manutenção dos adequados níveis de potássio (exemplo).

## O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER NO SBV (SOCORRO BÁSICO DE VIDA) PARA OBTER UMA RCP DE QUALIDADE EM ADULTOS

Os socorristas <b>devem</b>	Os socorristas <b>NÃO</b> devem
Realizar compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min.	Comprimir a uma frequência inferior a 100/min. ou superior a 120/min.
Comprimir a uma profundidade de pelo menos 2 polegadas (5cm).	Comprimir a uma profundidade inferior a 2 polegadas (5cm), ou superior a 2,4 polegadas (6cm).
Permitir o retorno total do tórax após cada compressão.	Apoiar-se sobre o tórax após cada compressão.
Minimizar as interrupções nas compressões.	Interromper as compressões por mais de 10 segundos.
Ventilar adequadamente (2 compressões após 30 compressões, cada respiração administrada em 1 segundo, provocando elevação do tórax).	Aplicar ventilação excessiva (ou seja, uma quantidade excessiva de respirações ou respirações com força excessiva).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM QUEIMADOS

Queimadura é o resultado da exposição das células a uma temperatura ou agente incompatível com a vida celular. O grande queimado coloca em risco a vida, quer seja pela extensão da queimadura, pela profundidade, pelo mecanismo de produção ou pela patologia subjacente ou prévia que o paciente apresente.



- Isolamento se necessário.
- Uso adequado de EPIs.
- Monitorização.
- Hidratação.
- Se necessário e prescrito administrar sedação e analgesia.

- Coleta de materiais para exames laboratoriais.
- Adequar a posição do paciente na cama, elevando as regiões afetadas para diminuir edema.
- Controle de temperatura.
- Observar sinais de choque hipovolêmico.
- Realizar balanço hidroeletrólítico.
- Proteção das lesões durante o banho.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INTERNAÇÃO DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

O paciente politraumatizado é uma pessoa que, por variadas razões, sofre uma ou mais lesões que afetam as principais funções do organismo e que, por isso, põem em perigo sua vida.

Entre as principais causas de politraumatismo, destacam-se os acidentes rodoviários, de trabalho, domésticos, agrícolas e desportivos, adquirindo especial gravidade se a lesão se acompanha de traumatismo cranioencefálico.



- Manter as vias aéreas permeáveis.
- Se estiver respirando espontaneamente oferecer oxigenoterapia contínua.
- Realizar monitorização.
- Avaliação neurológica (escala de Glasgow).
- Avaliação e tratamento das lesões.
- Observar sinais de choque.
- Atentar-se ao realizar cateterismo nasogástrico (**NÃO** deverá ser realizado em casos de TCE ou suspeita).
- Preparar o paciente para cirurgia de acordo com a solicitação médica.