***CASO CLÍNICO***

**Identificação**: R.B.R., 69 anos, masculino, branco, casado, brasileiro, natural e procedente da capital.

**H.P.M.A.** – Há 15 anos foi diagnosticado DPOC, desde então faz acompanhamento neste serviço utilizando inalação quando necessário. Refere que nestes anos teve algumas crises de infecção pulmonar e utilizou antibióticos em domicílio conforme orientação médica e não ter outros problemas de saúde. Há uma semana refere que sua expectoração ficou amarelada com início de dispneia a médios esforços utilizando para melhora do quadro inalação com berotec 8gts e atrovent 20gts, porém esta melhora durava no máximo 1h, com isso foi aumentando o número de vezes que utilizava a inalação (chegando até a 6xpor dia), neste período a expectoração foi aumentando e ficando mais purulenta com dificuldade em expectorar. Refere que mesmo com as inalações a dispneia foi piorando e na última noite não conseguiu dormir, decidindo assim, procurar esse serviço. Na admissão apresentava apatia, fraqueza, dispneia ao repouso e dor torácica.

* **Antecedentes pessoais**: tabagista de 80 cigarros /maço e refere ter diminuído o consumo de cigarro para 1 maço por dia desde o diagnóstico de DPOC.
* **Antecedentes familiares**: nada consta
* **Exame físico da admissão**: Regular estado geral, taquidispnéico ao repouso, cianótico ++/4+, mucosas descoradas +/4+, pulso 132, rítmico, temperatura de 380C e PA 140x95mmHg. Pele quente e úmida e gânglios não palpáveis. Pulmões com som maciço em bases, MV diminuído em ápice, campo médio e base D e ausência em base E, presença de roncos e estertores crepitantes difusos com predominância em ápice e campo médio E.
* Coração com bulhas rítmicas normofonéticas.
* Abdômen globoso, flácido e indolor a palpação, fígado palpável a 2cm do R.C.D., borda romba e consistência normal. Baço não percutível.
* Exame neurológico normal.

Coletado gasometria arterial com o seguinte resultado: pH 7,28 HCO3 24 PaCO2 50 mmHg Sat 89% PaO2 75%.

**Prescrição Médica**

1- Manter Jejum

2. SG5% 500ml + NaCl 20% 10ml + KCl 19,1% 7ml - EV 8/8h

4. Cefriaxona 1g EV 12/12h

5. Tramadol 100mg EV 12/12h

6. Aminofilina 240mg EV 12/12h

7.Inalação SF0,9% 5ml + Fenoterol 8gts + Brometro de Ipratrópio 20gts 4/4h

8. Metilprednisolona 500mg EV 1x ao dia

10. Brycanil se broncoespasmo fazer um terço da ampola

**PERGUNTAS**

1. Há alteração na gasometria do Sr. BRR? Se sim, qual?
2. Sim, o ph encontra-se ácido e a PaCO2 elevada, o que caracteriza acidose respiratória.

2. Determine três diagnósticos de enfermagem para o paciente acima.

Padrão respiratório ineficaz, Risco para bronco aspiração, troca de gases prejudicadas.

1. Determine as intervenções de enfermagem para os diagnósticos levantados.

Monitorizar e instalar respiração mecânica.

Instalar oxigenoterapia

Drenagem postural

Realizar aspiração de vias aéreas inferiores

Observar e anotar os aspectos e o volume da secreção expectorada pelo paciente

1. Justifique o uso das medicações prescritas.

Ceftriaxona – Antibiótico usado por conta da secreção purulenta expectorada pelo paciente.

Tramadol – Para analgesia da dor relatada pelo paciente

Aminofilina – Estimula o centro respiratório medular e aumenta a ventilação alveolar.

Metilprednisolona – usado para diminuir a resposta inflamatória do próprio corpo em relação a DPOC.

Fenoterol – Promove o relaxamento da fibra muscular lisa, causando ação broncodilatadora.

Brometro de Ipratróprio – Atua como broncodilatador, dilatando os canais das vias respitarórias aumentando a passagem de ar.

1. Em relação ao Brycanil prescrito, qual via de administração poderia ser feita? Qual é a dosagem de meia ampola?

Via Subcutânea, dosagem de meia ampola é de 0,250mg, pois uma ampola de 1ml possui 0,5 mg.