

UNINGÁ
r e v i e w



Qualis
CAPES B4

ISSN *online* 2178-2571

S U P L E M E N T O

**Manual de Procedimentos Padronizados
para o Internato**

**- Ginecologia e Obstetrícia –
Curso de Medicina da Faculdade Ingá**

Hospital Metropolitano de Sarandi – PR

Hospital Memorial de Maringá - PR



Nº 13(2)S Janeiro / Março January / March

2013

Título / Title:	UNINGÁ Review
Periodicidade / Periodicity:	Trimestral / <i>Quarterly</i>
Diretor Geral / Main Director:	Ricardo Benedito de Oliveira
Diretor de Ensino / Educational Director:	Ney Stival
Diretor Acadêmico / Academic Director:	Gervásio Cardoso dos Santos
Diretor de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:	Mário dos Anjos Neto Filho
Diretora de Normas e Legislações / Laws Director:	Gisele Colombari Gomes
Diretora de Comunicação / Communication Director :	Magali Roco

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho – UNINGÁ - PR

Corpo Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Afonso Pelli - **UFTM** - MG
Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif – **UNINGÁ** – PR
Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida - **CEATOX / UNESP** – SP
Prof. Ms. Alex Sanches Torquato - **UTFPR** – PR
Profª. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini - **UNAERP** – SP
Profª. Dra. Claire Nain Lunardi Gomes - **UnB** - Brasília/DF
Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson - **UNINGÁ** – PR
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli - **UNINGÁ** – PR
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora - **USP** – SP
Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte - **UEM** – PR
Prof. Dr. Roberto DeLucia - **USP** – SP
Prof. Ms. Rogério Tiyo - **UNINGÁ** - PR

A Revista UNINGÁ Review é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009), com gestão do Prof. Ms. Ney Stival, Diretor de Ensino da Faculdade INGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessariamente, às opiniões da Revista UNINGÁ Review e de seu Corpo Editorial.

The UNINGÁ Review Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009), with management of the Master Professor Ney Stival.

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of UNINGÁ Review Journal and its Editorial Board.

Prezado leitor

Temos a satisfação de divulgar a décima terceira edição, volume dois, da Revista “UNINGÁ Review”.

“UNINGÁ Review” recebeu a estratificação B5 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Neste SUPLEMENTO, divulgamos o “Manual de Procedimentos Padronizados” para o desenvolvimento das atividades curriculares de “Internato em Ginecologia e Obstetrícia” do Curso de Medicina da Faculdade Ingá, desenvolvido no Hospital Metropolitano de Sarandi – PR e Hospital Memorial de Maringá – PR.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, we are pleased to release the thirteen edition, volume two, of the Journal "UNINGÁ Review."

UNINGÁ Review" received the concept of stratification B5 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.

In this SUPPLEMENT, we disclose the "Manual of Standardized Procedures" for the "boarding school in Obstetrics and Gynecology" for the Medicine Course of the Faculty Inga, developed at "Hospital Metropolitano of Sarandi – PR" and "Memorial Hospital of Maringá – PR".

Happy reading!

*Mario dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief*

Caros colegas,

Vocês iniciaram um período de extrema importância em sua formação profissional e pessoal. O Internato Médico é um treinamento em serviço e nele vocês experimentarão a vivência dos profissionais envolvidos na Ginecologia e Obstetrícia. É o momento de confrontar experiências e condutas, sempre comparando e selecionando a melhor forma de atuar: a sua. Como proceder com os pacientes, como se relacionar com seus acompanhantes, familiares e com os colegas de trabalho, faz parte desse aprendizado.

O chamado “Médico da Mulher” é o confidente das questões relacionadas com a intimidade e a privacidade e a Ginecologia e Obstetrícia uma das poucas especialidades médicas que tem em sua prática diária tantos dilemas éticos e bioéticos. Somente ela nos permite uma das mais belas formas de atendimento: quando somos responsáveis por duas vidas em uma, o binômio materno-fetal. Nossa especialidade é básica por excelência, indispensável na formação de um médico.

Nesse período de convivência, tenhamos em mente a humanidade nas nossas relações. Trabalhamos e nos relacionamos com gente, que quer e tem o direito de ser tratada com respeito e dignidade. Fazemo-nos diferentes pela técnica, empatia e pela compaixão e jamais devemos deixar de cuidar de um doente para nos enfatizarmos apenas na doença. Oliver Holmes, médico e poeta do século XIX refletia sobre um dos pilares da nossa prática: “Nós médicos devemos curar às vezes, aliviar muito frequentemente, mas confortar, sempre”.

Tenhamos também a humildade em reconhecer que nenhum colega de trabalho, quer seja médico, enfermeiro, técnico, etc. é, ou desempenha um trabalho que seja menos importante. Todos trabalham para o bem estar do usuário. E, finalmente, já que estaremos trabalhando e convivendo nesse período, que façamos com bom humor, o que tornará nosso ambiente de trabalho menos árduo e mais feliz.

Sejam bem vindos!

Prof. Dr. Samuel Hilsdorf Barbanti
Médico Ginecologista e Obstetra

O internato.....	6
Ginecologia.....	7
Pré-parto.....	8
Enfermaria de patologias obstétricas.....	9
Aulas e reuniões científicas.....	9
Descrições Cirúrgicas, Prescrições e Rotinas do Serviço:	
Descrições cirúrgicas:	
Parto Normal.....	10
Parto cesária.....	11
Curetagem uterina.....	12
Laqueadura tubária abdominal.....	13
Histerectomia abdominal total.....	14
Histerectomia vaginal.....	16
Prescrições e Rotinas do Serviço:	
Parto normal.....	17
Parto cesária.....	18
Curetagem uterina.....	20
Laqueadura tubária.....	21
Histerectomia abdominal ou vaginal	22
Modelo exemplificado de evolução médica hospitalar.....	24
Modelo de prescrição na alta médica.....	25
Modelo de prescrição para o encaminhamento na alta médica.....	26
Modelo de prescrição para o retorno na alta médica.....	27
A “Anamnese no Adendo de Internação”.....	28

SAMUEL HILSDORF BARBANTI. Professor do Curso de Medicina da UNINGÁ e Supervisor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Rede Metropolitana. Médico formado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) com residência médica e título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO). Mestre e Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-Doutor pelo Centro de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Endereço para correspondência: Dom Pedro I, 65, Jd. Independência II, Sarandi, Paraná, Brasil. CEP:87113-280

O INTERNATO

1. Horário

As atividades iniciam-se às 7 horas com a evolução dos pacientes. Os acadêmicos responsáveis pelas cirurgias deverão estar atentos aos horários dos procedimentos. As atividades se encerram às 17 horas ou até o término dos procedimentos.

2. Plantões

Os plantões são obrigatoriamente presenciais de 12 horas, entre às 7 e 19 horas, no período diurno (finais de semana e feriados) e entre às 19 e 7 horas no período noturno. A passagem dos plantões deverá acontecer entre os acadêmicos.

3. Ambiente Hospitalar

Deverão ser observados os princípios mínimos de higiene, asseio e decoro pertinentes ao ambiente hospitalar, assim como o bom relacionamento com os pacientes e com toda a equipe multidisciplinar.

É fundamental o respeito à hierarquia própria da Instituição.

O acadêmico somente poderá frequentar o ambiente hospitalar com avental longo, branco, devidamente identificado.

É terminantemente proibido fumar em qualquer área do Hospital.

É obrigatório que nas consultas, internações e evoluções, prescrições e descrições de procedimentos o acadêmico seja identificado.

4. Dispensas

Pedidos para participação em Congressos deverão ser solicitados com 30 dias de antecedência, sendo avaliado pela Coordenação do Curso.

5. Avaliação

A avaliação no internato é periódica e realizada no ambiente de trabalho. Serão avaliadas as modalidades que incluem atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente e interesse pelas atividades.

GINECOLOGIA

1. Enfermaria da Ginecologia

Quando a paciente chegar à enfermaria, verificar ou realizar a história clínica e exame físico detalhado (acompanhado sempre do médico supervisor). Os pacientes internados deverão conter em seu prontuário o ADENDO DE INTERNAÇÃO, documento que auxilia e elucida o diagnóstico e a evolução clínica. No adendo deverá constar: identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes patológicos pregressos, antecedentes familiares, história social e condições e hábitos de vida, antecedentes clínico-cirúrgicos, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e exame físico completo.

O PROCESSO CIRÚRGICO ENVOLVE DIVERSOS PROFISSIONAIS ALÉM DOS MÉDICOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS E UM FORTE COMPONENTE EMOCIONAL PARA O PACIENTE. A DINÂMICA NO DIA DA CIRURGIA DEVERÁ SER RESPEITADA COM RIGOR. , TODAS AS PACIENTES DA ENFERMARIA DEVEM SER EVOLUÍDAS ANTES DO INÍCIO DAS CIRURGIAS DO DIA. QUESTIONE SOBRE SUAS DÚVIDAS.

2. Atividades e obrigações dos Internos

O grupo de internos deverá ser dividido conforme o número de pacientes internados. A evolução, prescrição e o adendo de internação ficam sob a responsabilidade de cada acadêmico. O acadêmico deverá acompanhar o paciente no pré-operatório, durante a cirurgia e no pós-operatório.

O prontuário médico das pacientes internadas deverá ser organizado conforme a sequência de documentos, em ordem cronológica decrescente:

- 1) Prescrição;
- 2) Evolução médica diária;
- 3) Adendo de internação;
- 4) Ficha de atendimento;
- 5) Exames laboratoriais;
- 6) Exames de imagem (US, TC, RNM);
- 7) Exame de citologia oncológica;
- 8) Outros exames;
- 9) Risco cirúrgico (quando aplicável);
- 10) Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- 11) Receitas médicas.

PRÉ-PARTO

1. Atendimento Inicial no Pré-Parto

Toda paciente que chega para ser atendida no pré-parto trás consigo uma folha de atendimento preenchida com seus dados pela recepção.

Obrigatoriamente, a ficha de atendimento deverá conter: anamnese dirigida e sucinta, acompanhada de exame ginecológico e/ou obstétrico completo. Após o término do exame, coloca-se hipótese diagnóstica e conduta.

TODA FICHA DE ATENDIMENTO DEVERÁ SER ASSINADA E CARIMBADA PELO MÉDICO SUPERVISOR. DURANTE O INTERNATO, NENHUM ATENDIMENTO E PROCEDIMENTO PODERÁ SER REALIZADO SEM SUPERVISÃO MÉDICA.

2. Internação

Caso haja necessidade de internação, esta será realizada em formulário adequado (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

3. Trabalho de Parto

Os exames de rotina (VDRL, tipagem sanguínea com fator Rh e HIV) deverão ser registrados no prontuário. O seguimento da paciente no Pré-Parto será realizado pelo médico residente, sob orientação direta do plantonista.

NÃO SE ESQUEÇA DE PREENCHER A FOLHA DO PARTOGRAMA.

4. Pacientes Pós-Abortamento

Solicitar rotina de tipagem sanguínea. Caso haja suspeita de abortamento infectado, solicitar hemograma completo.

5. Puerpério

O acadêmico deve fazer a prescrição de todas as pacientes, conferir no prontuário os exames de admissão, evoluir as pacientes juntamente com os médicos residentes. Todas as pacientes devem ter anotado na folha de evolução: tipagem sanguínea, VDRL e exame anti-HIV. Realizar vacina anti-Rh em até 72 horas nas pacientes com fator Rh negativo e com RN com fator Rh positivo, que não estejam sensibilizadas previamente. As altas devem ocorrer 48 horas após o nascimento, desde que elas se completem até às 18 horas. Nos demais casos, a critério.

ENFERMARIA DE PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS

Quando a paciente chegar à enfermaria, verificar ou realizar a história clínica e exame físico detalhado. Todos os pacientes deverão conter no prontuário o ADENDO DE INTERNAÇÃO (semelhante ao da ginecologia). Atenção aos antecedentes obstétricos (descrição de cada parto, com peso do RN, tipo de parto, complicações, etc.). Realizar exame físico completo, peso e altura uterina 1x/semana. Realizar pesquisa de vitalidade fetal quando IG > 28 semanas com cardiotocografia diária.

AULAS E REUNIÕES CIENTÍFICAS

O horário poderá ser modificado de acordo com a necessidade do serviço. Porém, são previamente definidas as sextas-feiras às 13:30 horas com a participação de todos os residentes e internos.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Descrições Cirúrgicas

Parto Normal

- 1) Paciente em posição de litotomia;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Toque vaginal: dilatação total, apresentação cefálica, OP/OS, plano de De Lee _____, bolsa íntegra/rota, saída de líquido claro/meconial;
- 4) Bloqueio anestésico bilateral do nervo pudendo com lidocaína 2% sem vasoconstrictor;
- 5) Episiotomia médio-lateral direita (quando necessária);
- 6) Desprendimento pólo cefálico em OP/OS, com/sem circular de cordão, rotação externa, desprendimento de espádua anterior e posterior e ultimação do parto;
- 7) Clampeamento e secção do cordão umbilical (onfalotomia) ;
- 8) RN vivo, único, chorando forte/fraco, peso ____, sexo ____, Apgar ____/____ entregue ao (pediatra/berçarista/enfermeiro);
- 9) Dequitação fisiológica da placenta com membranas completas e cotilédones íntegros;
- 10) Revisão canal de parto: episiotomia e laceração (períneo, periuretral, grau I/II/III/IV);
- 11) Episiorrafia por planos com catgut 0. Mucosa com pontos contínuos ancorados, muscular e pele com pontos separados;
- 12) Revisão de hemostasia OK;
- 13) Toque retal: sem transfixação de mucosa;
- 14) Antissepsia final e útero contraído.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Descrições Cirúrgicas

Parto Cesária

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH) sob raquianestesia com SVD (urina clara/sanguinolenta/colúrica/piúrica) ;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Incisão pele tipo Pfannenstiel com bisturi frio;
- 4) Abertura da cavidade respeitando limites anatômicos;
- 5) Histerotomia segmentar transversa arciforme;
- 6) Amniotomia intraoperatória com presença de (pequena/ moderada/ grande) quantidade de líquido amniótico (claro/ meconial) ;
- 7) Retirada de RN em apresentação (pélvica/ cefálica/ córmica) sem intercorrências. Presença/ausência de circular;
- 8) Clampeamento e secção do cordão umbilical;
- 9) RN vivo, único, chorando forte/fraco, peso ____, sexo ____, Apgar ___/___ entregue ao (pediatra/berçarista/enfermeiro) ;
- 10) Dequitação da placenta OK;
- 11) Histerorrafia com catgut cromado 1/vicryl 1 com pontos contínuos ancorados. Revisão de hemostasia OK;
- 12) Revisão da cavidade abdominal: tubas uterinas, ovários de aspecto e tamanhos normais. (Descrever se tiver LT) ;
- 13) Contagem compressas e material OK;
- 14) Aproximação musculatura com catgut 0 simples;
- 15) Rafia da aponeurose com vicryl 1;
- 16) Aproximação de tecido subcutâneo;
- 17) Sutura pele com nylon 3.0;
- 18) Assepsia final com colocação de curativo compressivo

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Descrições Cirúrgicas

Curetagem uterina

- 1) Paciente em posição de litotomia sob anestesia geral/raquidiana;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) SVA;
- 4) Toque vaginal: _____;
- 5) Colocação de especulo vaginal e visualização do colo;
- 6) Pinçamento de lábio (anterior/posterior) do colo uterino com (Museaux/Pozzi) ;
- 7) Dilatação de colo uterino com velas de Hegar até no _____ ;
- 8) Histerometria indireta inicial de _____ cm;
- 9) Esvaziamento uterino com Winter curvo com saída de (pequena/ moderada/ grande) quantidade de material sugestivo _____;
- 10) Curetagem uterina com cureta fenestrada com saída de (pequena/ moderada/ grande) quantidade de material sugestivo de restos ovulares;
- 11) Histerometria indireta final de _____ cm;
- 12) Retirada de Museaux/Pozzi com revisão e limpeza de canal vaginal OK;
- 13) Hemostasia compressiva;
- 14) Antissepsia final e retirada de especulo.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Descrições Cirúrgicas

Laqueadura Tubária Abdominal

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH) sob raquianestesia e SVD (urina clara/sanguinolenta/colúrica/piúrica) ;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Incisão pele tipo Pfannenstiel com bisturi frio;
- 4) Abertura da cavidade respeitando limites anatômicos;
- 5) Preensão, secção e ligadura de tubas uterinas bilateralmente na porção média (porção ampular ou istmica) com vicryl 0/catgut 1 cromado com reforço com catgut 0 simples pela técnica de Pomeroy modificada;
- 6) Tubas enviadas à AP;
- 7) Revisão de ligaduras OK;
- 8) Contagem de compressas e material OK;
- 9) Fechamento cavidade abdominal por planos: celiorrafia parietal com catgut simples 0 em pontos contínuos, aproximação m. reto abdominal com catgut simples 0 com pontos em U, síntese de aponeurose com vicryl 1 em pontos contínuos ancorados, aproximação de TCSC com catgut simples 0;
- 10) Sutura da pele com nylon 3.0;
- 11) Assepsia final;
- 12) Curativo compressivo.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Descrições Cirúrgicas

Histerectomia Abdominal Total + Salpingooforectomia Bilateral (HTA+SOB ou Pan-Histerectomia)

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH) sob raquianestesia e SVD;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Incisão pele tipo Pfannenstiel / Mediana infra-umbilical com bisturi frio;
- 4) Abertura da cavidade por planos: tecido celular subcutâneo, aponeurose dos m. oblíquos e transverso abdominal com bisturi frio/ elétrico;
- 5) Divulsão dos m. reto abdominal;
- 6) Celiotomia com tesoura Metzembbaum;
- 7) Inventário da cavidade: útero aumentado em x vezes, nódulos subserosos/ intramurais em corpo posterior/anterior, com ___ cm. Ovários e tubas D e E sem alterações;
- 8) Presença/ausência de aderências e líquido livre na cavidade;
- 9) Colocação de afastadores Gosset;
- 10) Preensão, secção, ligadura e reparo dos ligamentos redondo D e E com vicryl 0/catgut 1 cromado;
- 11) Preensão, secção e ligadura de infundíbulo pélvico bilateralmente com vicryl 0/catgut 1 cromado;
- 12) Abertura do peritônio vesico-uterino com rebaixamento vesical até transição colo e vagina;
- 13) Esqueletização de aa. uterinas bilateralmente;
- 14) Preensão, secção e ligadura das aa. uterinas com vicryl 0/catgut 1 cromado;
- 15) Preensão, secção e ligadura bilateralmente de ligamento útero-sacro com vicryl 0 e reparo de fios;
- 16) Preensão, secção e ligaduras bilateralmente de paramétrios laterais ou cardinais proximais (ligamento de Mackenrodt) com vicryl 0 e reparo de fios;
- 17) Abertura da cúpula vaginal com retirada de peça cirúrgica (útero, corpo, colo e anexos) com reparo de cúpula vaginal com Allys;
- 18) Rafia de cúpula vaginal com colpoparametriopexia com fixação de ligamento útero-sacro;
- 19) Revisão da cavidade abdominal: ligaduras, cúpulas e contagem de compressas e material, OK;

- 20) Materiais enviados a AP;
- 21) Fechamento cavidade abdominal por planos: celiorrafia parietal com catgut simples 0 em pontos contínuos, aproximação m. reto abdominal com catgut simples 0 com pontos em U, síntese de aponeurose com vicryl 1 em pontos contínuos ancorados, aproximação de TCSC com catgut simples 0;
- 22) Sutura da pele com nylon 3.0;
- 23) Assepsia final;
- 24) Curativo compressivo.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Descrições Cirúrgicas

Histerectomia Vaginal

- 1) Paciente em posição de litotomia sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) SVD;
- 4) Incisão em mucosa vaginal ao redor de colo uterino com bisturi frio;
- 5) Elevação da bexiga com uso de válvula até peritônio parietal;
- 6) Preensão, secção, ligadura e reparo dos paramétrios com vicryl 0 ou catgut 1 cromado;
- 7) Dissecção da mucosa vaginal posterior até atingir peritônio parietal;
- 8) Abertura de peritônio parietal anterior e posteriormente;
- 9) Preensão, secção e ligadura de artérias uterinas;
- 10) Báscula e inversão do útero;
- 11) Preensão, secção, ligadura e reparo dos pedículos anexiais bilateramente;
- 12) Retirada de útero e envio para AP;
- 13) Revisão da cavidade: ligaduras, contagem de compressas e material, OK;
- 14) Rafia de cúpula vaginal com vicryl 1 em sutura contínua;
- 15) Toque retal;
- 16) Avaliação de dreno vesical: funcionando e com diurese clara;
- 17) Limpeza do períneo;

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Protocolo de Prescrições e Rotinas

Parto Normal

POI Parto Normal	
Prescrição <ol style="list-style-type: none">1) Dieta geral;2) Ocitocina 10 UI IM;3) Diclofenaco de potássio ou de sódio 50 mg VO 8/8 h;4) Dipirona 500 mg VO 6/6 h se dor;5) Sinais vitais (SSVV) 6/6 h ;6) Cuidados e controles gerais (CCG).	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Avaliar sangramento vaginal e episiotomia;○ Avaliar mamas;○ Checar TS, VDRL e HIV.
1° PO PN	
Prescrição <ol style="list-style-type: none">1) Dieta geral;2) Dipirona 500 mg VO 6/6 h;3) Sulfato ferroso 1 comprimido 30 min antes do almoço e do jantar;4) SSVV 6/6 h;5) CCG.	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Avaliar sangramento vaginal e episiotomia;○ Avaliar mamas;○ Checar TS, VDRL e HIV.
2° PO PN	
Prescrição <ol style="list-style-type: none">1) Semelhante ao 1° PO;2) Alta após RN.	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Avaliar sangramento vaginal e episiotomia;○ Avaliar mamas;○ Avaliar condições de alta após o RN;○ Encaminhar para UBS com receituário.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Protocolo de Prescrições e Rotinas

Parto Cesária

POI Parto Cesária	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jejum e dieta leve após 6 h da cirurgia (especificar o horário);2) SG 5% 500 mL EV em 6 h; Ocitocina 20 UI3) Kefazol[®] (Cefazolina) 2 g EV durante indução anestésica;4) Kefazol[®] (Cefazolina) 1 g EV 8/8 h;5) Tilatil[®] (Tenoxicam) 20 mg EV 12/12 h;6) Dipirona 2 mL EV 6/6 h;7) Plasil[®] 1 amp EV de 8/8 h se náusea ou vômitos;8) Tramal[®] (Tramadol) 1 ampola + SF 0,9% 100 ml EV lento se dor forte;9) Retirar SVD após 6 horas da cirurgia (especificar o horário);10) SSVV 6/6 h;11) CCG.	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none">○ Avaliar sangramento vaginal;○ Avaliar mamas;○ Checar TS, VDRL e HIV.

1° PO PC	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta leve laxativa; 2. Keflex[®] (Cefalexina) 500 mg VO 6/6 h; 3. Diclofenaco 50 mg VO 8/8 h; 4. Dipirona 1 g VO 6/6 h; 5. Sulfato ferroso 1 comprimido 30 min antes do almoço e do jantar; 6. Plasil[®] 10 mg VO 8/8 h se náuseas ou vômito; 7. Dimeticona 35 gotas VO 6/6 h se necessário; 8. Incentivar deambulação e ingesta hídrica; 9. SSVV 6/6h; 10. CCG. 	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieta leve laxativa se abdome flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos; ○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO; ○ Estimular deambulação e ingesta hídrica ○ Avaliar mamas; ○ Checar TS, VDRL e HIV.

2° PO PC	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Semelhante ao 1° PO; 2) Alta após RN. 	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieta geral laxativa se abdome flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos; ○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO; ○ Estimular deambulação e ingesta hídrica; ○ Avaliar mamas; ○ Avaliar condições de alta após RN; ○ Encaminhar para UBS com receituário.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Protocolo de Prescrições e Rotinas

Curetagem Uterina

POI CTG	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jejum e dieta leve quando bem acordada (sedação) ou após 6 h de cirurgia (raqui) (especificar o horário);2) SF 0,9% 500 mL EV em 6 h;3) Dipirona 2 mL EV 6/6 h se dor;4) Controle de sangramento vaginal;5) SSVV 6/6h;6) CCG;7) Alta.	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none">○ Dieta geral se abdome flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos;○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal;○ Checar TS;○ Avaliar condições de alta;○ Receituário com analgesia, atestado médico se necessário e retorno médico em 10 dias.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Protocolo de Prescrições e Rotinas

Laqueadura Tubária

POI LT	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jejum e dieta leve após 6 horas da cirurgia (especificar o horário); 2) SF 0,9% 500 mL EV em 6 h; 3) Kefazol[®] (Cefazolina) 2g EV durante indução anestésica; 4) Kefazol[®] (Cefazolina) 1g EV 8/8 h; 5) Tilatil[®] (Tenoxicam) 20 mg EV 12/12 h; 6) Dipirona 2 mL EV 6/6 h; 7) Plasil[®] 1 amp EV de 8/8 h se náusea ou vômitos; 8) Retirar SVD após 6 h de cirurgia (especificar o horário); 9) SSVV 6/6h; 10) CCG. 	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieta leve se abd. flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos; ○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO; ○ Estimular deambulação e ingesta hídrica.

1° PO LT	
<p>Prescrição</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta geral; 2) Keflex[®] (Cefalexina) 500 mg VO 6/6 h; 3) Diclofenaco 50 mg VO 8/8 h; 4) Dipirona 1 g VO 6/6 h; 5) Plasil[®] 10 mg VO 8/8 h se náuseas ou vômito; 6) Incentivar deambulação, ingesta hídrica. 7) SSVV 6/6h; 8) CCG; 9) Alta hospitalar. 	<p>Rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dieta geral se abd. flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos; ○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO; ○ Estimular deambulação e ingesta hídrica; ○ Avaliar condições de alta; ○ Receituário com ATB, analgesia, atestado médico se necessário e retorno médico em 10 dias.

DESCRIÇÕES CIRÚRGICAS, PRESCRIÇÕES E ROTINAS DO SERVIÇO

Protocolo de Prescrições e Rotinas

Histerectomia Abdominal ou Vaginal

POI HTA/HV	
Prescrição <ol style="list-style-type: none">1) Jejum e dieta leve após 6 h da cirurgia (especificar o horário);2) SF 0,9% 500 mL EV em 6h;3) Kefazol[®] (Cefazolina) 2 g EV durante indução anestésica;4) Kefazol[®] (Cefazolina) 1 g EV 8/8 h;5) Tilatil[®] (Tenoxicam) 20 mg EV 12/12 h;6) Dipirona 2 mL EV 6/6 h;7) Plasil[®] 1 amp EV de 8/8 h se náusea ou vômitos; Tramal[®] (Tramadol) 1 ampola + SF 0,9% 100 mL EV lento se dor forte;8) Manter SVD aberta;9) SSVV 6/6 h;10) CCG.	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Avaliar sangramento vaginal e episiotomia;○ Avaliar mamas;○ Checar TS, VDRL e HIV.

1º POI HTA/HV	
Prescrição <ol style="list-style-type: none">1) Dieta leve2) Keflex[®] (Cefalexina) 500 mg VO 6/6 h;3) Diclofenaco 50 mg VO 8/8 h;4) Dipirona 1 g VO 6/6 h;5) Plasil[®] 10 mg VO 8/8 h se náuseas ou vômito;6) Dimeticona 35 gotas VO 6/6 h se necessário;7) Retirar sonda vesical após 24 h da cirurgia (especificar o horário);8) Incentivar deambulação e ingesta hídrica.9) SSVV 6/6 h;10) CCG.	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Dieta leve se abdome flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos;○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO;○ Estimular deambulação e ingesta hídrica○ Retirar SVD;○ Avaliar micção espontânea.

2º POI HTA/HV	
Prescrição 1) Semelhante ao 1º PO; 2) Alta hospitalar.	Rotina <ul style="list-style-type: none">○ Dieta geral se abdome flácido, RHA + e ausência de náusea/vômitos;○ Avaliar cefaleia pós-raqui, sangramento vaginal e FO;○ Estimular deambulação e ingesta hídrica;○ Avaliar condições de alta;○ Encaminhar para UBS com receituário.

MODELO EXEMPLIFICADO DE EVOLUÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*Hospital Metropolitano / Memorial
Maringá - PR
Endereço - Telefone*

PRONTUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente

Data

Hora da evolução

2º PO de Histerectomia Total Abdominal (HTA) por miomatose uterina

Em uso: Sulfato ferroso
Cefalexina (D 2/7)

Controles: Variação PA = 130x90 / 110x70
Variação T = 36,7 – 36,0 °C

Paciente com queixa de dor em região de ferida operatória. Aceita bem a alimentação. Relata micção espontânea e eliminação de gases.

Ao exame: BEG, corada, hidratada, eupneica.
BCNFRSS
MV + s/ RA
Abdome plano, flácido, doloroso em FO, RHA presente
FO com drenagem de pequena quantidade de secreção serosa
Ausência de perdas vaginais
MMII s/ alterações

Conduta: Alta após as 14 h com orientações, medicações e encaminhamento ao ambulatório de ginecologia.

Assinatura e nome do
Acadêmico de Medicina

Carimbo Médico e Rubrica

MODELO DE RECEITA MÉDICA NA ALTA

*Hospital Metropolitano / Memorial
Maringá - PR
Endereço - Telefone*

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DA PACIENTE

Uso oral:

- | | |
|--|----------|
| 1) Cefalexina 500 mg ----- | 1 caixa |
| Tome 1 comprimido de 6/6 h por 7 dias (às 6-12-18-24h) | |
| 2) Diclofenaco 50 mg ----- | 1 caixa |
| Tome 1 comprimido de 8/8 h por 3 dias | |
| 3) Dipirona gotas ----- | 1 frasco |
| Tome 40 gotas de 6/6 h, se houver dor | |

Carimbo Médico e Rubrica

Data

ENCAMINHAMENTO NA ALTA

*Hospital Metropolitano / Memorial
Maringá - PR
Endereço - Telefone*

RECEITUÁRIO MÉDICO

ENCAMINHAMENTO MÉDICO

À Unidade Básica de Saúde (UBS)

Favor receber a paciente (NOME PACIENTE) submetida em (DATA) à cirurgia de (PARTO NORMAL, HISTERECTOMIA, etc.) para acompanhamento. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório recebendo alta com medicações e orientações.

Atenciosamente,

Carimbo Médico e Rubrica

Data

RETORNO MÉDICO NA ALTA

*Hospital Metropolitano / Memorial
Maringá - PR
Endereço - Telefone*

RECEITUÁRIO MÉDICO

RETORNO APÓS A CIRURGIA

NOME DA PACIENTE

Comparecer à consulta médica no (Hospital, Ambulatório, etc), no dia (DATA), às (HORA) com o(a) DR(A) (MÉDICO) para revisão de cirurgia. Trazer no dia da consulta o resultado do laboratório de anatomia patológica (QUANDO SE APLICA)

Carimbo Médico e Rubrica

Data

“A Anamnese no Adendo de Internação”

Adaptado do livro:
Cerci, Mario Sergio Julio *et al.* **Como escrever o relatório de um paciente.**
2. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2003, v.1, 92 p.

Dizem que a boa anamnese é primeiro passo do atendimento médico. Os livros nos ensinam que é importante deixar o paciente falar, pois ele nos dirá o diagnóstico, bastando-nos apenas organizar as informações de forma coerente. Entretanto é um equívoco pensar que a boa anamnese é feita por pessoas que somente dominam bem a teoria. Certamente o conhecimento é essencial para a formulação das hipóteses; mas, o modo como são feitas as perguntas, a confiança do paciente no médico é que favorecem a obtenção de uma história clínica adequada, evitando as comuns presunções que estamos acostumados. Assim, somente a empatia somada ao saber permite a resolução dos problemas com eficiência e qualidade.

A anamnese deve começar com o “bom dia”, o “boa tarde”, indentificando-se.

- Muito prazer, eu sou o Dr. João, Ginecologista.

O estudante de medicina deve antes de tudo acostumar-se a se apresentar aos pacientes informando seu nome e função: “Bom dia, meu nome é Rafael, sou estudante de medicina e faço parte da equipe do Dr. Fulano que irá operar/ examinar a Sra.”

Esta apresentação inicial é a abertura para as perguntas que se seguirão. A anamnese pode iniciar com perguntas abertas, seguidas por focadas, e, por último, fechadas. Na identificação todas as perguntas são fechadas. Entretanto, é a identificação, a etapa essencial para estabelecer-se a boa relação médico (estudante) – paciente. Não se pode esquecer a importância semiológica e epidemiológica dos dados que serão agora colhidos: o médico deverá estar sempre organizando o seu raciocínio diagnóstico de acordo com as informações recebidas, sabendo selecionar as de real relevância para o processo diagnóstico que está se iniciando.

Cabe aqui ressaltar que a boa história clínica é resultado da atenção e interesse do médico em relação ao paciente e que somente a prática é capaz de dar segurança e confiança suficientes para o bom desempenho.

E antecipando o exame físico, este deve começar junto com a anamnese. Uma vez em frente ao paciente, podemos notar sinais que possam refletir alterações de diversos aparelhos e sistemas, que podem servir de pistas para as perguntas que serão feitas.

As perguntas relacionadas ao aparelho genital devem ser conduzidas com delicadeza. As queixas de ordem sexual, presença de sinais ou sintomas de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e a detecção de fatores de risco para DST/AIDS devem ser elaboradas tendo em mente que não existe um grupo de risco para estas doenças, mas que algumas situações levam o indivíduo a uma maior chance de adquiri-las, aí se incluindo a prática sexual desprotegida e o número de parceiros sexuais.

O aparelho genital merece tanta atenção da parte do entrevistador como os outros sistemas abordados na revisão de sistemas. Entendemos que pode haver constrangimento da parte do aluno em abordar este aparelho, por receio de estar sendo inconveniente e demasiadamente intrusivo na vida do paciente. Porém, lembramos que

inseridas no contexto da internação, as perguntas adquirem impacto menor, já que o paciente está percebendo que todas as partes do seu corpo estão sendo focalizadas e isto faz com que ele também perceba que os órgãos genitais fazem parte do todo. Dessa forma diminui a inibição e nos protege de sermos mal interpretado. Lembramos também que nenhuma pergunta sobre sexualidade é obrigatória, devendo o aluno julgar quais perguntas procedem e quais seriam mal colocadas.

Sugerimos a seguir os tópicos a serem abordados na anamnese:

Órgãos genitais: dor (lombar, flanco, suprapúbica, perineal, cólica renal), lesões, prurido, corrimento. Micção. Alterações (noctúria, nictúria, enurese, retenção urinária, incontinência urinária), dor (disúria), frequência (polaciúria), volume (poliúria, oligúria, anúria), características da urina como cor (urina turva, hematúria), odor, entre outros.

Atividade sexual: desenvolvimento sexual. Início da atividade sexual, frequência de relações, uso de métodos anticoncepcionais (MAC). Disfunções sexuais: transtornos do desejo (diminuição ou ausência de libido), anorgasmia, frigidez, impotência, ejaculação precoce, dispareunia, vaginismo, priapismo, doenças sexualmente transmissíveis.

Ciclo menstrual: data da última menstruação (DUM), regularidade dos ciclos menstruais, alterações na duração do fluxo e no intervalo entre menstruações (amenorréia, oligomenorréia, polimenorréia, hipermenorréia, hipomenorréia, menorragia, dismenorréia, algomenorréia), tensão pré-menstrual, menarca (precoce, tardia, ausente), climatério e menopausa, metrorragia.

Gestações: número de gestações, partos e abortos, idade na época, tipo de parto (normal, cesariana), complicações, características da criança (peso, mal formação).

AGRADECIMENTOS: Agradeço aos colegas, pela inestimável colaboração para redação deste manual de procedimentos:

Cristiana Aparecida Soares Manzotti
Dalton Ivan Steinmacher
Edson Luciano Rudey
Eliane da Silva Gomes
Flávia Munhoz da Silva Cestari
Gigliola Valerio Lima Bublitz
Jailton João Santiago Júnior
João Batista Ruggeri.



UNINGÁ
review