

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO ESPECIAL DE ENFERMAGEM

23 SET 2002 0221

ESTUDO DE CASO: *Hérnia Epigástrica
Encarcerada.*

REL ENF
0013

CEFET-SC BIBLIOTECA

CEFET - UE Joinville



0116

REL ENF

0013

Estudo de caso

GISELE BARONE

JOINVILLE
SETEMBRO DE 2002



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA**

PROGRAMA DE ESTÁGIO

**Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form: 2002/1º Sem.
COREN: 58631.**

Matrícula: 0027051-1.

Estagiário(a): Gisele Barone

Supervisor na Empresa: Janeth da Cunha Magenis.

CARGA HORÁRIA	ATIVIDADES PREVISTAS	PERÍODO	PA 24 horas LOCAL
288h	<ul style="list-style-type: none">▪ Fundamentos de Enfermagem▪ Clínica Médica – UTI e Emergência	07/02/2001 a 22/03/2001 17/05/2001 a 06/07/2001	1. P.A 24 horas Hospital Dona Helena Hospital Municipal São José Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
198h	<ul style="list-style-type: none">▪ Clínica Cirúrgica II▪ Materno Infantil	31/08/2001 a 08/10/2001 28/11/2001 a 19/12/2001	2. Hospital Dona Helena Hospital Municipal São José Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Maternidade Darcy Vargas
270h	<ul style="list-style-type: none">▪ Obstetria – Neonatologia – Pediatria▪ Saúde Pública II▪ Administração II▪ Psiquiatria II	07/02/2002 a 08/03/2002 17/04/2002 a 22/05/2002 19/06/2002 a 01/07/2002 02/07/2002 a 09/07/2002	3. Maternidade Darcy Vargas Ambulatórios da Rede Municipal Colônia Santa Tereza Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Hospital Dona Helena

Gisele Barone

Estagiário(a)
Assinatura

Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

JURACI MARIA TISCHER
GERENTE DA UNIDADE DE
SAÚDE DE JOINVILLE

Janeth da Cunha Magenis
JANETH DA C. MAGENIS
ENFERMEIRA
COREN-SC 58631

DEDICATÓRIA

*Às professoras do curso, que sempre
dispostas a ajudar, propiciaram o conhecimento e tudo que fosse
necessário para a formação completa do profissional.*

*Agradeço especialmente a Deus que nos dá força e
astúcia para superar os obstáculos impostos em nosso caminho.
Obrigada!!!*

SUMÁRIO

LISTA DE SÍMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS.....	05
1 INTRODUÇÃO.....	06
2 EMPRESA.....	08
3 ESTUDO DE CASO: HÉRNIA EPIGÁSTRICA ENCARCERADA.....	09
3.1 Apresentação.....	09
3.2 Anamnese.....	09
3.3 Exame Físico.....	10
3.4 Diagnóstico Principal.....	10
3.5 Conceito da Doença.....	10
3.6 Fisiopatologia.....	11
3.6.1 Complicações.....	11
3.7 Sintomatologia.....	12
3.8 Tratamento.....	12
3.8.1 Tratamento Medicamentoso.....	13
3.8.2 Tratamento Cirúrgico.....	13
3.9 Assistência de Enfermagem.....	14
3.10 Orientação e Educação.....	15
3.11 Considerações Finais.....	16
4 CONCLUSÃO.....	17
ANEXOS.....	18
Anexo 1- Hérnia Epigástrica.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

LISTA DE SÍMBOLOS E/OU SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

mmhg = Milímetros de mercúrio

SF = Soro Fisiológico

SC = Subcutâneo

EV = Endovenoso

SN = se necessário

MG = Miligramas

ML = Mililitros

INTRODUÇÃO

O Curso Técnico Especial de Enfermagem ministrado pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina- Gerência Educacional de Saúde de Joinville, tem a duração de dois anos. É pré-requisito para ingresso ao curso o ensino médio completo.

São ministrados blocos teóricos seguidos de estágios supervisionados e coordenados pelo corpo docente da Escola.

No período de oito de fevereiro a dois de março de dois mil e um, iniciou-se, no Pronto Atendimento 24 Horas do Bairro Itaum, o estágio na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, sob a supervisão da Enfermeira docente Janeth da Cunha Magenis. Optou-se por técnicas ligadas à preparação e administração de medicamentos, bem como lavagem das mãos, cuidados com materiais perfuro- cortantes, cinco certezas relacionadas à medicação: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via certa e dose certa, entre outras. No período de cinco a vinte e dois de março de dois mil e um, sob supervisão da Enfermeira docente Roni Regina Miquelluzzi na Ala A do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, deu-se continuidade ao estágio de Fundamentos de Enfermagem realizando técnicas assimiladas em sala de aula: da esquerda para a direita, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, movimentos amplos e não repetitivos, lavagem das mãos antes e depois da execução de qualquer técnica, postura correta, visando à economia de tempo, esforço e material, com objetivos de dar conforto e segurança ao cliente.

Realizou-se no período de vinte e dois de maio a seis de julho de dois mil e um, no Hospital Municipal São José, o estágio em Clínica Médica, supervisionado pela Enfermeira docente Cláudia Lopes de Oliveira na área de Clínica Médica, Janeth da Cunha Magenis na área de Emergência e Débora Rinaldi na área de Unidade de Terapia Intensiva. Este estágio possibilitou a relação entre as diversas patologias com os cuidados de enfermagem específicos. Traçaram-se planos de cuidados, sendo estes realizados e posteriormente discutidos com o supervisor de estágio.

O estágio em Clínica Cirúrgica desenvolveu-se de seis de fevereiro a seis de março de dois mil e dois, no Hospital Municipal São José, supervisionado pelas Enfermeiras docente Cléia e Carmem Lorena Morales; no Centro Cirúrgico a supervisão da Enfermeira docente Márcia Bet Kohls. Este estágio teve como objetivo saber e realizar com exatidão e destreza os cuidados integrais do indivíduo relacionados à patologia, bem como os cuidados no pré, trans e pós-operatório gerais e específicos inerentes às cirurgias.

O estágio em Materno Infantil realizou-se no período de quinze de abril a vinte e dois de maio de dois mil e dois no Hospital e Maternidade Dona Helena, Maternidade Darcy Vargas e Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, supervisionado pelas Enfermeiras docente Juraci Maria Tischer, Ondina Machado e Janira Matias Barbosa.

Os estágios ocorreram nas áreas de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, desenvolvendo-se técnicas, orientações a pacientes e familiares, enfatizando a importância da amamentação, higiene, alimentação, visando à promoção e manutenção da saúde.

No período de dezoito de junho a onze de julho de dois mil e dois, pôde-se realizar o estágio de Saúde Pública sob a supervisão das Enfermeiras docente Anna Geny Batalha Kipel, Janira Matias Barbosa e Francismara de Souza, em postos de saúde de diferentes bairros da cidade, onde se desenvolveram atividades como curativos, imunização, orientações a pacientes diabéticos e hipertensos e buscativa. Durante o estágio foi possível apresentar palestras em escolas da rede municipal e estadual para crianças de primeira à quarta série, com o tema de Higiene e Verminoses, onde se observou o interesse dos alunos em saber mais para a prevenção.

O estágio de Psiquiatria desenvolveu-se de dezesseis a vinte e dois de agosto de dois mil e dois na Ala Psiquiátrica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, sob a supervisão da Enfermeira docente Carmem Lorena Morales. Neste estágio pôde-se observar e correlacionar as patologias e a assistência de enfermagem conforme visto em sala de aula.

No período de vinte e três de agosto a nove de setembro de dois mil e dois, foi realizado o estágio de Administração na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Com o objetivo de conhecer a atividade de um Supervisor de Enfermagem, optou-se por observar a atividade do mesmo, bem como realizar pesquisas referente ao funcionamento do hospital e do setor.

O presente Estudo de Caso foi realizado durante o estágio na disciplina de Clínica Cirúrgica, onde se pôde pesquisar e compreender a patologia em estudo, bem como os cuidados e a assistência de enfermagem necessárias.

HISTÓRICO DA EMPRESA: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

O Hospital São José iniciou suas atividades em 1857 como Hospital da Colônia Dona Francisca, mantida pela Sociedade Colonizadora. Em 1906 passou a ser denominado Hospital da Caridade de Joinville, sendo o seu Superintendente o Coronel Procópio Gomes de Oliveira e o Dr. Carlos Lange, o médico municipal.

Em 1963, iniciou-se a construção do novo prédio com quatro andares e a 28 de março de 1969 foi inaugurado.

A partir de 1º de junho de 1971, o Hospital Municipal São José passou a ser uma entidade autárquica com personalidade jurídica e autonomia financeira administrativa.

O Hospital São José classifica-se em governamental, municipal e particular.

Oferece estágios em Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia.

Possui residências em Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Nefrologia, Clínica Cirúrgica, Anestesiologia, Ginecologia, Gastroenterologia, Medicina Interna e outras.

ESTUDO DE CASO: HÉRNIA EPIGÁSTRICA ENCARCERADA

3.1 APRESENTAÇÃO

O estudo de caso elaborado durante o estágio na disciplina de Clínica Cirúrgica, visou a conhecer a história regressa e atual do cliente, conhecer seus hábitos alimentares, obter dados físicos do cliente, estudar as patologias primárias e secundárias que se manifestaram no cliente, identificar sinais e sintomas da doença e orientar e assistir o cliente e os familiares.

A paciente deu entrada na instituição, Hospital Municipal São José, através da emergência acompanhada por paramédicos e uma vizinha, apresentando um quadro de Hérnia Epigástrica Encarcerada Irredutível.

Após ser atendida pelo médico de plantão, a paciente ficou sob observação por algumas horas e em seguida foi encaminhada para o Centro Cirúrgico.

A realização deste estudo de caso foi possível através dos dados obtidos no prontuário médico, através de anamnese com o paciente e também por pesquisas bibliográficas.

A seguir, encontram-se informações a respeito do paciente, da patologia e a assistência de enfermagem prestada durante sua internação.

3.2 ANAMNESE

C.F.S., 34 anos, sexo feminino, branca, divorciada, reside em Joinville/SC. É mãe de três filhos (todos de parto normal). Trabalha como diarista desde seu divórcio, há onze anos.

C.F.S. relata não possuir vícios sendo sua alimentação pobre em lipídios, sódio e condimentos.

A paciente refere que já teve histórico de gastrite, sem recordar há quanto tempo, porém já tratada. Relata também que logo após seu divórcio teve depressão, onde fez uso de Diazepan (anti-depressivo) durante dois anos. Ao dar entrada na emergência do Hospital Municipal São José, C.F.S. referia dispnéia e dor abdominal e que há oito meses iniciou com dor na região epigástrica, dificuldade na evacuação e vômitos eventuais.

A paciente foi submetida à Herniorrafia algumas horas após sua entrada no hospital.

3.3 EXAME FÍSICO

Paciente do sexo feminino, 34 anos, 1,60 metros de altura e 110 quilos. Apresentava-se consciente, orientada, recém chegada ao setor, pois foi submetida a uma Herniorrafia Epigástrica.

Os cabelos longos apresentavam-se com sujidade, seus olhos continham muita secreção. Em sua cavidade oral havia prótese dentária superior, língua saburrosa e halitose. Em alguns momentos teve tosse, devido à garganta seca. Suas unhas estavam aparadas e limpas. Em sua pele observou-se sudorese intensa e curativo da ferida operatória na região epigástrica, sem secreção e com boa cicatrização.

Os sinais vitais mantiveram-se estáveis: pressão arterial 120x80 mmhg, pulso 96 batimentos por minuto, respiração 22 movimentos respiratórios por minuto e temperatura de 37°C, eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes.

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

O diagnóstico principal foi dado pelo médico após observar à palpação, sendo Hérnia Encarcerada na região Epigástrica, irreductível.

3.5 CONCEITO DA DOENÇA

Uma hérnia é uma protrusão ou deslocamento de tecido ou víscera intra- abdominal através de uma abertura ou defeito congênito ou adquirido na fáscia da parede abdominal. As hérnias epigástricas são protrusões de gordura através de defeitos na parede abdominal entre o processo xifóide e o umbigo. Em geral, as hérnias da parede abdominal ocorrem com frequência muito menor em mulheres que em homens, podendo ser elas adquiridas ou congênicas.

Dependendo de sua localização, as hérnias são classificadas como inguinal direta, inguinal indireta, femoral, umbilical ou epigástrica. As hérnias em qualquer destes grupos são redutíveis ou irreductíveis. Uma hérnia redutível é aquela na qual os conteúdos do saco retornam espontaneamente ou sob pressão manual para o abdome, quando o paciente está deitado. Uma hérnia irreductível (encarcerada), é aquela cujos conteúdos não podem ser devolvidos para o abdome, geralmente porque eles estão presos num colo estreito. O termo encarceramento não implica obstrução, inflamação ou isquemia dos órgãos herniados, não obstante o encarceramento seja necessário para que ocorra obstrução ou estrangulamento.

Das doenças tratadas através de cirurgia, a hérnia da parede abdominal é a mais comum. Um em cada oito homens terá uma hérnia em algum momento de sua vida. Em todo o mundo são tratadas mais de um milhão de hérnias todos os anos.

3.6 FISIOPATOLOGIA/ ETIOLOGIA

A parede abdominal anterior é composta de músculos oblíquos abdominais externos fixados a uma bainha espessa de tecido conjuntivo denominada bainha do reto. a linha alba estende-se para cima e para baixo desde acima do processo xifóide até o púbis. Sob a bainha do reto situam-se os músculos retos do abdome, laterais à direita e à esquerda da linha alba. Lateral ao músculo reto abdominal está a linha semilunar. Os músculos transversos do abdome originam-se da sétima à décima segunda cartilagens costais, fáscia lombar, crista ilíaca e o ligamento inguinal e inserem-se no processo xifóide, na linha alba e no tubérculo púbico. a terceira camada da parede abdominal inclui os músculos oblíquos abdominais internos originados na crista ilíaca, no ligamento inguinal e na fáscia lombar e inserindo-se na décima à décima Segunda costelas e na bainha do reto.

Uma hérnia pode ocorrer em vários locais na parede abdominal, com protrusão de uma porção do peritônio parietal e freqüentemente de uma parte do intestino. Os locais de fraqueza ou intervalos na aponeurose abdominal são os canais inguinais, os anéis femorais e o umbigo. A hérnia epigástrica pode desenvolver-se através de um dos forames de saída dos pequenos vasos e nervos paramedianos ou através de uma área de enfraquecimento congênito na linha alba. Qualquer tipo de condições que causem aumento da pressão no abdome pode contribuir para a formação de uma hérnia.

Os fatores que contribuem para a formação de uma hérnia incluem idade, sexo, cirurgia anterior, obesidade, estado nutricional e doença pulmonar e cardíaca. Ocorre perda de turgor tecidual com o envelhecimento e em doenças debilitantes crônicas.

Geralmente uma massa herniária é composta de tecidos de revestimentos, um saco peritoneal e quaisquer vísceras contidas.

3.6.1 COMPLICAÇÕES

As condições que impedem o retorno do conteúdo herniário para o abdome podem resultar de adesões entre o conteúdo do saco e o revestimento interno do saco, adesões entre o conteúdo do saco, ou estreitamento do colo do saco. Os pacientes com hérnias encarceradas podem apresentar sinais de obstrução intestinal, como vômito e distensão. O grande risco de uma hérnia encarcerada é que pode ser estrangulada (*ver anexo 1*).

Em uma hérnia estrangulada os conteúdos não só são irreduzíveis, mas o sangue e o fluxo intestinal na hérnia param completamente. Essa condição se desenvolve quando a alça intestinal

contida no saco se torce ou se edemacia e produz uma constrição no istmo do saco. O resultado é uma obstrução intestinal aguda, e o perigo de nescrose intestinal.

3.7 SINAIS E SINTOMAS

Conforme bibliografia, a maioria das hérnias epigástricas é indolor e encontrada num exame abdominal de rotina. Se sintomáticas, sua apresentação varia de dolorimento e dor epigástrica leve a dor epigástrica profunda e queimação com irradiação para o dorso ou para os quadrantes abdominais inferiores. A dor pode ser acompanhada por distensão abdominal, náusea ou vômitos. Os sintomas ocorrem freqüentemente após uma lauta refeição e ocasionalmente pode ser obtido alívio na posição reclinada, provavelmente porque a posição supina provoca o afastamento da massa herniada da parede abdominal anterior. As massas menores contém, mais freqüentemente, apenas gordura pré- peritoneal e estão especialmente propensas ao encarceramento e estrangulamento. Estas hérnias maiores são freqüentemente dolorosas e raramente estrangulam, podendo conter, além de gordura pré- peritoneal, uma porção do omento vizinho e, ocasionalmente, uma alça de intestino grosso ou delgado.

Se a massa da hérnia é palpável, o diagnóstico com freqüência pode ser confirmado por qualquer manobra que aumente a pressão intra- abdominal e, portanto, provoque uma saliência anterior da massa. O diagnóstico é difícil de fazer quando o paciente é obeso, já que é difícil palpar uma massa, podem ser necessários o ultra- som ou a tomografia computadorizada nos pacientes muito obesos.

O cliente em estudo relata ter apresentado dispnéia, dor na região epigástrica, vômitos e ausência de fezes e gases.

3.8 TRATAMENTO

Os objetivos da enfermagem são descobrir as hérnias e providenciar o encaminhamento adequado; preparar o paciente para a cirurgia, ou se a cirurgia não é prudente ou é inaceitável, ensinar ao paciente como cuidar de sua hérnia (por exemplo, redução mecânica, perda de peso), e a detectar os sinais de encarceramento ou estrangulamento. Quando ocorre estrangulamento, a operação se torna imperativa e se acompanha invariavelmente de um risco considerável.

A maioria das hérnias epigástricas deve ser corrigida, já que aquelas pequenas têm probabilidade de tornar-se encarceradas e as grande são freqüentemente sintomáticas e de má aparência. O defeito, geralmente, pode ser fechado primariamente. Os conteúdos gordurosos herniados são, geralmente, livremente dissecados e removidos. São reduzidas as estruturas retroperitoneais herniadas, mas não é feita tentativa de fechar o saco peritoneal.

O paciente pode ser submetido à anestesia geral, bloqueio espinal ou peridural, anestesia regional com sedação, ou anestesia local. Um acesso endovenoso é instituído para reposição de líquido e administração de medicamento.

A paciente foi submetida à cirurgia sob anestesia geral.

3.8.1 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Durante a internação da paciente, foram administrados conforme prescrição médica, os seguintes medicamentos:

- a) Soro Fisiológico (SF) 1000 ml endovenoso (EV) 24 horas;
- b) Profenid (Cetoprofeno- antiinflamatório), uma ampola EV em 250 ml de SF de oito em oito horas;
- c) Dipirona (analgésico), uma ampola EV de seis em seis horas se necessário (SN);
- d) Plasil (Metoclopramida- antiemético), uma ampola EV de seis em seis horas SN;
- e) Tramal (Tramadol- hipnoanalgésico), uma ampola EV de seis em seis horas SN;
- f) Antak (Ranitidina- antiúlcera), EV de oito em oito horas;
- g) Clexane 40 mg (Enoxaparina Sódica- antitrombótico), subcutâneo (SC), um ao dia;
- h) Inalação com 3 ml de SF (fluidificar as secreções), 5 gotas de Berotec (Bromidrato de Fenoterol- broncodilatador), para evitar problemas respiratórios originando tosse, que se ocasionar muito esforço pode originar uma hérnia incisional, ou até mesmo romper a incisão cirúrgica.

3.8.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO- HERNIORRAFIA

A cirurgia compreende a remoção do saco herniário após sua libertação das estruturas adjacentes, de o seu conteúdo ter sido recolocado na sua cavidade abdominal e o istmo ligado. Os planos musculares e a fáscia são suturados juntos firmemente sobre o orifício da hérnia para evitar recorrência. Quando os tecidos não são suficientemente fortes, deve-se reforçar com suturas sintéticas ou mechas, as quais são também aplicadas no local. A presença das mechas estimula a atividade fibroblástica mais do que normal e dá mais força à correção. Quando ocorre uma estrangulação, a cirurgia é complicada pela obstrução intestinal e lesão do intestino.

A paciente foi submetida à Herniorrafia de urgência, portanto não foram solicitados exames.

A taxa de recorrência é de 10 a 20%, uma incidência mais alta do que aquela com o reparo de rotina da hérnia femoral ou inguinal. Esta alta taxa de recorrência pode ser parcialmente devida à falência em reconhecer e reparar múltiplos pequenos defeitos.

3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem pré- operatória consiste em que nas condições de emergência da hérnia estrangulada ou encarcerada, a enfermagem prepara o paciente como em qualquer outro problema cirúrgico agudo. Entretanto, muitos pacientes estão em bom estado físico e são submetidos a uma herniorrafia como cirurgia eletiva. O paciente pode ser motivado pela informação de que uma hérnia não corrigida pode se transformar em uma emergência grave (como no caso de C.F.S.) ou que ele pode ter problemas para manter o emprego devido a essa condição. Uma importante verificação da enfermagem é determinar se o paciente tem infecção respiratória alta, tosse crônica pelo tabagismo excessivo ou espirros por causa de uma alergia. Pode ser necessário adiar a operação até uma época mais favorável, já que a tosse ou o espirro poderiam enfraquecer a ferida no pós- operatório, contrariando assim o objetivo da cirurgia.

Em um plano de assistência pós- operatória, pode-se permitir que o paciente saia do leito no dia da cirurgia ou no dia seguinte. Após a anestesia local ou raquidiana, a dieta é determinada pelos desejos do paciente. Entretanto se for empregada a anestesia geral, os líquidos e alimentos são restringidos até a peristalse retornar.

É comum ocorrer retenção urinária no período pós- operatório; geralmente não existe qualquer problema se o paciente puder sair do leito para urinar. De qualquer forma, é necessário evitar a distensão da bexiga, isso pode requerer cateterização, se outras medidas falharem.

Ao cliente em estudo, prestou-se a seguinte assistência de enfermagem:

- a) Verificaram-se sinais vitais, para observar alteração no quadro clínico do cliente;
- b) Observou-se eliminação intestinal, para detectar diarreia e/ou constipação;
- c) Realizou-se curativo em ferida operatória, para prevenir contaminação, infecção, propiciar a cicatrização e aliviar a dor;
- d) Observou-se nível de consciência para detectar alterações neurológicas;
- e) Auxiliou-se na higiene pessoal, para evitar infecções e promover o bem- estar e conforto;
- f) Estimulou-se respiração profunda para melhorar a oxigenação, circulação, evitando patologias das vias aéreas;
- g) Administrou-se medicamentos conforme prescrição médica;
- h) Orientou-se quanto ao repouso no leito e a deambulação após vinte e quatro ou quarenta e oito horas;
- i) Auxiliou-se na ida ao banheiro, evitando retenção urinária;

- j)** Orientou-se quanto à ingestão de fibras que auxiliam no trânsito intestinal;
- k)** Incentivou-se a alimentação, para evitar desnutrição e promover a recuperação;
- l)** Orientou-se a caminhar o quanto puder, não ficando muito tempo parado, evitando trombose;
- m)** Estimulou-se ingestão hídrica cautelosa, para o controle do estado de desidratação;

3.10 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

Orientou-se o paciente quanto à necessidade de seguir algumas regras que podem prevenir a recidiva da patologia bem como evitar outras mais graves, tais como:

- a)** higiene oral e asseio corporal, para evitar infecção e promover o bem estar e conforto;
- b)** evitar gordura na dieta, para não causar danos às artérias do coração (aterosclerose), bem como facilitar a perda de peso;
- c)** estimular respiração profunda, para evitar patologias nas vias respiratórias;
- d)** tomar banho de sol, nos horários recomendados até às nove horas e após às dezesseis horas;
- e)** imobilizar o local da cirurgia quando tossir, entrelaçando as mãos, evitando pressão súbita do intestino e diminuindo a dor;
- f)** restrição por dois meses sem erguer peso, garantindo uma melhor recuperação cirúrgica;
- g)** uso de cinta conforme prescrição médica, para comprimir o local;
- h)** caminhar o quanto puder, evitando ficar parado, impossibilitando a formação de trombos;
- i)** dirigir automóveis somente após duas semanas;
- j)** a dor no local desaparecerá na primeira semana, caso persista, procurar o médico;

- k) procurar o médico ao observar qualquer alteração na ferida operatória como vermelhidão, ardor, secreção, entre outras que podem predispor infecção;
- l) observar fluxo intestinal, garantindo a ausência de obstrução por recidiva da hérnia;
- m) exames laboratoriais e acompanhamento médico rotineiro, permitindo a detecção precoce de recidiva e outras patologias;
- n) restrição de sódio, para não favorecer a hipertensão arterial;
- o) cuidados com a ingestão de açúcar, não favorecendo a obesidade nem o diabetes;
- p) exercícios passivos e ativos (assim que possível), evitando atrofia.

3.11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hérnia é uma patologia muito comum onde muitos convivem com ela sem saber, mesmo durante anos, a qual vai se desenvolvendo e quando descobrem, já está em caso de emergência.

C.F.S. recebeu alta dois dias após a cirurgia, mostrando uma ótima recuperação e um conhecimento adquirido durante a estada no hospital. Concordou na indicação de consultas médicas rotineiras no intuito de prevenir qualquer patologia ou recidiva de hérnia, salientando que a experiência pela qual passou não seria das melhores.

O Estudo de Caso é muito importante, pois possibilita ao aluno um enriquecimento referente ao conhecimento científico. Foi possível através dele compreender a patologia e a importância da humanização no ambiente hospitalar, onde os pacientes necessitam de atenção e respeito.

CONCLUSÃO

Com o Curso Técnico Especial de Enfermagem, foi possível adquirir e reavaliar conceitos de vida, onde prevenir é o lema.

Os estágios são fundamentais para conhecer melhor a realidade e poder fazer algo para mudá-la, pois o atendimento nem sempre é humano onde se pode observar claramente no olhar das pessoas a satisfação ao serem bem atendidos.

Uma das maiores dificuldades encontradas neste caminho de aprendizado é o preconceito das pessoas com relação ao estagiário, seja em ser atendido por um ou estar dividindo o local de trabalho com o mesmo. Muitas vezes é possível até ouvir palavras desagradáveis vindas de pessoas que já passaram pelo mesmo caminho, mas por encontrarem-se em um degrau acima, sentem-se no direito de humilhar os que estão subindo. O que estarão fazendo certas pessoas numa área que exige profissionais humanos e capacitados para acolher e assistir aos enfermos? É como diz o antigo ditado: "Não faça com os outros o que não gostaria que fizessem com você". O que vale agora é colocar na prática. E como tudo na vida não é fácil, a diferença é que faz a diferença.

O curso é formado por um corpo docente de muito bom nível, fornecendo conhecimento prático e teórico qualificado, transmitindo segurança e condições para tornar-se um profissional considerável.

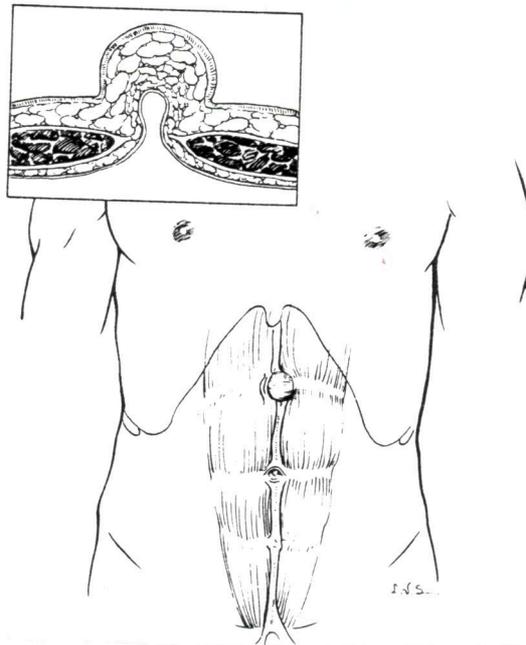
Joinville, 10 de setembro de 2002.


Gisele Barone

ANEXOS

ANEXO 1

Hérnia Epigástrica



Observar que ela se apresenta na linha média e no terço superior do abdome. A herniação ocorre através da linha alba.

REFERÊNCIAS

- 1 **GONÇALVES**, Eliane S. Baretta., **BIAVA**, Lurdete Cadorin. *Manual para elaboração do relatório de estágio curricular*. 3 ed. ver . ampl. Florianópolis: ETFSC, 2000.
- 2 Disponível na internet. <<http://www.institutodehernia.com.br/>. > 15 de março de 2002.
- 3 Disponível na internet. <<http://www.miranet.com.br/medicina/gastro.htm#hernia/>>
15 de março de 2002.
- 4 Disponível na internet. <<http://www.infonet.com.br/>> 15 de março de 2002.
- 5 **WAY**, Lawrence W. *Cirurgia- Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan S.A, 1993.
- 6 **BRUNNER**, Lilian Sholtis., **SUDDARTH**, Doris Smith. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* . 8 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan S.A, 1998.