

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA EDUCACIONAL DE SAÚDE DE JOINVILLE
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

09 AGO 2002 0215

ESTUDO DE CASO: "C. A. DE LARINGE"

CEFET-SC BIBLIOTECA

REL ENF
0042

CEFET - UE Joinville



0757

REL ENF

0042

Estudo de caso

ANDREA LEANDRO MACEDO

JOINVILLE
ABRIL DE 2002

Rev. de Enf. 12/02?
noite

Revisão Técnica
em 27/08
Qua

Dedico este trabalho a minha mãe,
que me deu apoio para prosseguir.

Agradeço a Deus, a minha mãe, amigos, pelo
apoio e força nas horas mais difíceis.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Empresa.....	7
3. Estudo de caso: "C.A. DE LARINGE".....	10
3.1 Apresentação.....	10
3.2 Anamnese.....	10
3.3 Exame físico.....	10
3.4 Diagnóstico principal.....	11
3.5 Conceito da doença.....	11
3.6 Fisiopatologia.....	12
3.7 Exames complementares.....	13
3.8 Sintomatologia.....	14
3.9 Tratamento cirúrgico.....	14
3.9.1 Tratamento medicamentoso.....	15
3.10 Assistência de Enfermagem.....	17
3.11 Cuidados de Enfermagem.....	17
3.12 Considerações finais.....	18
4. Conclusão.....	19
5. Anexo.....	20
6. Referências bibliográficas.....	23

Ver Manual!
Após o cultivo (nódo),
você usa pontos
Usou corretamente no
1º dia, o 2º manual!

INTRODUÇÃO

A cada dia torna-se maior a competitividade no mercado de trabalho transformando o embasamento teórico e prático essencial, sobressaindo-se aqueles que possuem uma excelente formação didática e profissional.

Por isso, o estágio curricular, desenvolvido em etapas, não só age como complementação do curso, mas também faz a diferença entre as outras entidades, formando profissionais aptos e seguros de suas responsabilidades. Devido a isso, torna-se necessário o registro desse embasamento e como ele é delegado.

Este trabalho tem como objetivo relatar de forma clara a experiência adquirida durante o período no qual foi elaborado o Estudo de Caso, decorrido do estágio curricular oferecido pela escola, que se realizou em etapas distintas.

Iniciou-se com o estágio de Fundamentos de Enfermagem, no período de 31/07 a 04/09/2000, com a supervisão das enfermeiras Rosane, Roni e Janeth nas respectivas instituições: Hospital Dona Helena, Hospital Regional HANS DIETER SCHMIDT e Hospital Municipal SÃO JOSÉ, com o objetivo de pôr em prática as técnicas aprendidas.

Seguiu com o estágio de Clínica Médica com a supervisão da enfermeira Rosane, no Hospital Dona Helena, UTI, com a enfermeira Rosângela e Emergência com a enfermeira Janeth no período de 26/10 a 18/12/2000, ambos no Hospital Regional.

Após iniciou-se o estágio em Clínica Cirúrgica, CME, Centro Cirúrgico (de 19/03 a 24/04/2001) com a supervisão das respectivas enfermeiras: Laurete, Cláudia e Márcia, todos realizados no Hospital São José.

O próximo estágio foi em Materno Infantil: Obstetrícia, supervisionado pela enfermeira Juraci; Neonatologia, supervisionado pela enfermeira Cláudia; e, Pediatria, supervisionado pela enfermeira Maria e realizados, respectivamente na Maternidade Darcy Vargas, Hospital Dona Helena e Hospital Regional HANS DIETER SCHMIDT,

encerrando com o estágio em Saúde Pública (de 22/02 a 19/03/2002, sob a supervisão das enfermeiras Débora, Janira e Ana, nos ambulatórios da Rede Municipal.

Seguiram-se os estágios em Psiquiatria e Administração (10/04 a 25/04/2002), com a supervisão das enfermeiras e seus respectivos campos, assim sendo, Lorena no Hospital Regional e Cláudia na Maternidade Darcy Vargas.

O Estudo de Caso foi realizado no estágio de Clínica Cirúrgica, de 19/03/2001 a 26/04/2001, no Hospital Municipal SÃO JOSÉ, no qual assumiu-se a responsabilidade da assistência do paciente, realizando desde higiene e conforto, a procedimentos mais amplos (medicação, curativo, entre outros).

O Estudo de Caso será apresentado seqüencialmente, iniciando-se com um breve histórico da instituição, seguido de um novo capítulo com a identificação da patologia e sua evolução no paciente.

Para finalizar o trabalho, faz-se uma pequena conclusão não só do estudo de caso como de todo o Curso Técnico em Enfermagem.

Em tempo, agradece-se as supervisoras de estágio e a todos os profissionais que tiveram muita paciência e Dom para transmitir o conhecimento e fornecer o apoio para o desenvolvimento de profissionais que farão a diferença no mercado de trabalho.

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

Em 1851, com a chegada dos primeiros imigrantes a Joinville, sendo transportados em péssimas condições de higiene e conforto e em navios superlotados, logo percebeu-se a extrema necessidade de um local para abrigar os doentes.

Sendo construída uma pequena casa de madeira que seria o primeiro hospital, que fora transformada também em residência do primeiro médico que aqui chegou, Wilhem Moeller.

No ano seguinte acontecera a construção de um novo prédio, que passa a ser o hospital colônia, servindo também de albergue para os desabrigados.

Inicialmente situava-se na rua Quinze de Novembro, e em 1858 foi transferido à rua Alemã e em 1864, na mesma rua, surgia uma nova casa construída para ser o novo hospital. Apenas em 1893 conseguiu-se transferir a administração do hospital para a câmara municipal de Joinville considerando-o, então, uma utilidade pública, conseguindo assim, nos anos posteriores, investimento na compra de utensílios, roupas e mobílias para o hospital. Por volta de 1899 as instalações já se encontravam em precárias condições, sugerindo uma reforma, mas sendo o ideal a construção de novas instalações adequadas para suas finalidades.

Em 1901, o conselho municipal decidiu criar um fundo para a construção de um novo prédio para o hospital. O prefeito Procópio Gomes de Oliveira, no ano seguinte ao seu mandato, encabeçou a idéia da construção do prédio, lançando a pedra fundamental deste em 1903, aproveitando a visita em Joinville do Vice-Governador Coronel Vidal José de Oliveira Ramos.

Com uma grande festa e grandes manchetes nos jornais foi inaugurado em 04/07/1906 o novo prédio do hospital, que nos anos posteriores foi alterado e ampliado, através do apoio e doações da população, incluindo uma faixa de terreno doada pelo padre Carlos Boergershausen. Entre os anos de 1963 a 1969 foi construído mais um

prédio interligado ao antigo, em decorrência desta reforma o hospital passou a se chamar Hospital São José.

Em meados de 1970 foi montada a primeira Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e a Unidade Renal do Norte de Santa Catarina, e em 1980 montados o centro de queimados e o ambulatório e realizado investimento em recursos humanos e tecnologia, através da profissionalização em administração hospitalar de médicos e funcionários, resgatando assim o enlace com a comunidade.

Trata-se de uma instituição de grande porte, edificada de forma horizontal, mantida pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville concomitante com administração pública municipal.

Seu corpo clínico é de natureza aberta, atendendo através do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios de empresas e planos de saúde, com assistência integral durante as 24 horas do dia, com capacidade de ensino sem regulamentação de residência médica e oferecendo campo de estágios.

Atualmente, possui 923 funcionários que atendem uma média mensal de 23.200 pacientes. Tem capacidade para 252 leitos, mas, por motivo de reformas, atualmente possui 202 leitos ativos, o que o caracteriza como hospital de grande porte.

As unidades mantêm atendimento por profissionais especializados e encontram-se divididas conforme descrito abaixo:

- Atendimento por profissionais especializados;
- Pronto Socorro – Área de sutura, reanimação e observação;
- Unidade de Ortopedia e Traumatologia;
- Unidade de Exames Diagnósticos;
- Unidade de Terapia Intensiva – Adultos;
- Unidade de Terapia Intensiva – Infantil;
- Unidade de Terapia Intensiva – Neurológica;
- Unidade de Tratamento Neurológico;
- Unidade de Tratamento Renal;
- Unidade de Tratamento Oncológico;

- Unidade de Tratamento Pediátrico;
- Unidade de Tratamento de Queimados;
- Unidade de Clínica Médica;
- Unidade de Clínica Cirúrgica;
- Unidade de Centro Cirúrgico;
- Ambulatório;
- Laboratório;
- Banco de Sangue.

As pessoas que procuram o atendimento do Hospital Municipal SÃO JOSÉ são, principalmente, da comunidade da região Norte/Nordeste do Estado de Santa Catarina. Atende pacientes particulares, conveniados e através do SUS.

ESTUDO DE CASO

- CA Laringe
+ bônus

3.1 Apresentação

O paciente é portador de C A de Laringe.

T.M tem 56 anos, sexo masculino, natural de Vacaria-RS, reside em Joinville a aproximadamente 20 anos, no bairro Iririú. É casado, pai de 7 filhos, católico, sendo autônomo.

3.2 Anamnese

Paciente refere diversas laringoscopias com anestesia geral, tabagista por 40 anos, parou de fumar há 3 anos.

Diagnosticado há dois anos e meio com C. A. de Laringe, há dois anos realizou radioterapia, porém na época, os médicos não entraram em acordo, não sendo realizado a cirurgia.

No dia 21/03/2001 deu entrada no PS com cefaléia intensa, tratando laringite há dois meses.

3.3 Exame físico

O paciente T.M. é corado, hidratado, apresentando as seguintes características físicas:

- a) Peso – 68,500 Kg;
- b) Altura – 1,67 m;
- c) Sinais Vitais normais e estáveis, (eupnéico, monocárdico (72 bpm), normotenso (pressão arterial 120 X 80 mmhg).

Obs: Relato de...
+ bônus

d) Diagnóstico Principal

Após a realização de vários exames, foi diagnosticado C. A de LARINGE, em comum acordo dos médicos. *D. Bani*

3. 5 Conceito da doença

A maioria das neoplasias malignas da laringe é constituída de carcinomas de células escamosas. Os carcinomas de laringe representam cerca de 2% de todas as mortes de câncer. É uma doença com incidência maior no sexo masculino do que no feminino. O pico máximo de incidência do C. A. de Laringe é na Quinta e Sexta década de vida, ocorrendo mais comumente em indivíduos com grande ingestão de etanol. *D. Bani*

Raras vezes se desenvolvem naqueles que não fumam.

Um carcinoma pode originar-se da membrana mucosa de qualquer parte da laringe. Existe, porém, uma predileção pelas cordas vocais verdadeiras essencialmente as partes anteriores distais.

A história natural do carcinoma varia consideravelmente de um local a outro.

O primeiro sintoma do carcinoma das cordas vocais verdadeiras é a rouquidão. Quais quer lesões discretas da membrana mucosa da laringe devem ser biopsiadas.

A mobilidade das cordas vocais é prejudicada nos carcinomas mais avançados, em consequência da invasão da musculatura intrínseca e da cartilagem. Os carcinomas supraglóticos tendem a ser assintomáticos, até atingirem um tamanho considerável. Eles podem produzir rouquidão, dor à deglutição como primeiro sintoma. Muitas vezes a dor se irradia para o ouvido. A chance de estarem presentes metástases não-palpáveis é de 35%. O carcinoma supraglótico inicial é tratado eficazmente pela radioterapia, mas nas lesões mais avançadas são obtidas maiores taxas de sobrevida por uma combinação de radioterapia e terapia cirúrgica.

Quando a glote está afetada, geralmente é necessária uma laringectomia total. Esses procedimentos são quase sempre combinados a uma dissecação radical do pescoço, quando há metástase palpáveis.

As mulheres portadoras de síndrome de Plummer-Vinson têm uma predileção pelo desenvolvimento do carcinoma pós-cricóide. De regra, as queixas iniciais são comuns às metástases a ambos os lados do pescoço.

Uma laringectomia total requer a formação de uma traqueostomia permanente, em que a traquéia é transeccionada e anastomosada a pele da parte inferior do pescoço. A reabilitação do paciente pós-laringectomia requer o desenvolvimento da fala alaríngea ou esofágica. Nesta técnica o paciente puxa o ar para dentro do esôfago durante a inspiração, eructando-o aos poucos através do músculo cricofaríngeo. A abertura do esôfago vibra e serve de fonte sonora. O som é articulado em palavras pela laringe, palato língua, dentes e lábios. Para indivíduos que, devido a idade ou razões físicas e emocionais, não podem desenvolver a fala alaríngea uma eletrolaringe pode servir de fonte sonora para a modificação pelos articuladores. Com uma orientação apropriada em sua reabilitação, os laringectomizados podem retomar todas as suas atividades, exceto a natação.

3.6 Fisiopatologia

Boa parte das neoplasias malignas da laringe é constituída de carcinomas de células escamosas. Um carcinoma pode originar-se da membrana mucosa de qualquer parte da laringe, existe uma predileção pelas cordas vocais verdadeiras essencialmente as partes anteriores distais. A história natural do carcinoma varia consideravelmente de um local a outro.

Diversas alterações patológicas nas cordas vocais acarretam a predominância de componentes não-harmônicos de ruído de voz. Em contraste com a voz sadia musical, os sobretons que não são múltiplos racionados ou inteiros do som fundamental produzem rouquidão ou uma voz desagradável. Alterações estruturais nas cordas vocais causam maior aperiodicidade e assincronia da vibração das cordas vocais. A aperiodicidade e a assincronia desorganizam as relações harmônicas da voz, por limitação da possibilidade de ocorrência de sobretons que são múltiplos fracionados e inteiros do som fundamental.

Caracteristicamente a voz anormal é monótona. A monotonia pode ocorrer por causa da perda de flexibilidade na faixa de frequência da laringe, devido a um processo mórbido, ou pode ser adquirida como um hábito, em especial nos indivíduos que tendem a utilizar aumentos de intensidade e não alterações de frequência para dar ênfase a certos aspectos. Alterações estruturais nas cordas vocais interferem frequentemente em sua aproximação, e levam a perda de ar, o que confere a voz uma qualidade sussurrada.

3.7 Exames

No período em que esteve internado, o paciente T.M. realizou os seguintes exames:

	22/03/2001	05/04/2001
a) Leucograma		
Leucócitos	8.200	7.500
Blastos	0	0
Promiclocitos	0	0
Miclocitos	0	0
Metamiclitos	0	0
Bastonetes	1	1
Segmentados	87	79
Eusínofilos	0	1
Basófilos	0	0
Manócitos	2	3
Linfocitostocópio	10	16
Hemograma	-	3,97 milhões / m ³
Hemoglobina	10,2 g / dl	11,20 g/dl
Mematócito	31,0%	33,50%
Vcm	-	84,38 gl
Hcm	-	28,21 pg
Chcm	-	33,43 g/dl
Anisocitose	Discreta	Discreta

b) RX tórax PA/LAT – 21NC – 28/03/2001

Resultado: intransparência pulmonar, mediastino sem alterações

3.8 Sintomatologia

Conforme bibliografia, o paciente T.M. apresentou:

- a) Rouquidão;
- b) Cefaléia intensa;
- c) Falta de ar com piora no dia 21/03/2001;
- d) Dor intensa no ouvido esquerdo.

Conforme referências bibliográficas, o primeiro sintoma é a rouquidão e interferência na respiração, ou dor na deglutição; muitas vezes a dor se irradia para os ouvidos.

Sinais tardios de lesões malignas são respiração fétida, perda de peso e hemoptise.

Qualquer paciente que apresente rouquidão por mais de três ou quatro semanas deverá procurar um médico.

3.9 Tratamento Cirúrgico

A laringectomia total é tradicionalmente realizada através de uma incisão longitudinal na linha média. A incisão é feita 4 cm acima das clavículas e aproximadamente 4 cm para fora da borda do esternocleidomastóide, de cada lado ela desce para o platismo, sendo então desenhado o retalho superior. O limite superior da dissecação é aproximadamente 1 cm acima da híóide e, neste ponto, são expostos o grupo inteiro dos músculos chatos do pescoço e a porção média do osso híóide, conforme anexo 1.

A laringe é seccionada lateralmente expondo os construtores da faringe, que são cortados na borda lateral das cartilagens tircoidianas bilateralmente..

Está aberta a laringe, lateralmente e, de modo geral, do lado oposto ao tumor, para que se possa obter uma boa visualização da área e uma margem de incisão da mucosa faringiana em torno do tumor. Os músculos restantes da língua são seccionados do hióide e a laringe é puxada para a frente. Os pedículos vasculares contendo as artérias laringeas e os nervos laríngeos superiores são ligados bilateralmente. É feita uma incisão na mucosa da faringe, logo posteriormente às aritenóides, circundando por inteiro o ponto no qual a laringe se projeta na faringe. Como toda mucosa da faringe está separada da laringe, esta é puxada para a frente, desenvolvendo-se um plano de dissecação entre a laringe a parede esofagiana anterior. Essa dissecação é continuada para baixo até que a única estrutura remanescente que sustente a laringe no lugar, seja a traquéia. Essa ligação é então desfeita obviamente em torno do sítio da traqueostomia, ou, se foi utilizado na anestesia um tubo endotraqueal, ele é retirado nesse momento, sendo recolocado um tubo na traquéia seccionada para que a anestesia possa continuar. Depois que a laringe foi removida, o defeito na faringe é fechado transversalmente com ponto invertido de Conell. Uma porção circular generosa da pele é removida na linha média inferior.

A extremidade em bisel da traquéia é então puxada para a pele por suturas de sucção. São deixados no local de cada lado do pescoço, e são geralmente removidos em 24 a 36 horas.

O paciente, então, é colocado em dieta alimentar pós-operatória através de uma sonda nasal n.º 18 inserida no momento da cirurgia, sendo mantida sonda nasogástrica por 10 dias.

Geralmente inicia uma dieta líquida a partir do quinto ou sexto dia, sendo possível o paciente ingerir sólidos no 9º ou 10º dia. A sonda nasogástrica é retirada tão breve quanto possível.

3.9.1 Tratamento medicamentoso

No pré-operatório?

No pós-operatório foi ministrado:

- a) Dipirona (salítico, analgésico –antipirético).

Nome comercial – Anador, Baralgin, Dipirona.

Nome genérico – Dipirona sódica.

Efeitos adversos – agranulocitose e outras discrasias sangüíneas, erupções cutâneas, edema, tremores, náusea e vômito, hemorragia gastrointestinal, anúria, reações alérgicas, asma, queda de pressão arterial.

Contra indicado – hipersensibilidade aos derivados pirazolônicos, menores de 5 anos, gravidez, lactação.

b) Profenid (anti-inflamatório).

Nome comercial – Profenid

Nome genérico – Cetoprofeno

Indicação – pós-operatório, afecções otorrinolaringológicas (faringe, laringe etc.), profilaxia e tratamento de cefaléia vascular.

Efeitos adversos – gastralgia, náuseas, vômitos, constipação, úlcera gastroduodenal, hemorragia digestiva, sonolência.

c) Propanolol (antihipertensivo e antiarrítmico)

Nome comercial – Propanolol

Nome genérico – Inderal

Indicação – Tratamento de hipertensão, arritmias cardíacas, angina spectoris, profilaxia do infarto do miocárdio.

Efeitos adversos – registram-se casos raros de bradicardia, trompocitopenia púrpura, vertigem, alopecias, reações da pele semelhante a psoríases, exacerbação da psoríase, distúrbios visuais e do sistema nervoso central inclusive alucinações e psicose.

d) Kefazol (antibiótico)

Nome comercial – Kefazol.

Nome genérico – Cefazolina

Indicações – a cefazolina é indicada no tratamento das seguintes infecções: do trato respiratório, do trato geniturinário, infecções da pele e tecidos moles, infecção do trato biliar, infecções ósseas e articulares, septicemia, enabardite, profilaxia pré, intra e pós-cirúrgicas.

Contra-indicações: é contra indicada para pacientes com sensibilidade conhecida aos antibióticos do grupo das cefalosporinas.

Reações adversas – febre, erupção cutânea, prurido vulgar, eosinofilia e anafilaxia, trombocitemia, neutropenia, nefrite intersticial, sintomas de colite pseudomembranosa, anorexia, diarreia, candidíase oral, prurido anal e genital, monibíase genital e vaginite.

3.10 Assistência de Enfermagem

Deve-se diariamente prestar cuidados de higiene e conforto administração de medicamentos, aspiração 3 vezes ao dia da traqueostomia, limpeza e troca do cordão diário etc. *verificação de pulsa arterial, temperatura, peso, pulso e respiração.*

Conforme bibliografia, conta também que o tubo de traqueostomia deve ser aspirado, freqüentemente, umedecer a traquéia amarrando uma atadura umbilical em torno do pescoço, acima da traqueostomia e pendurar uma esponja 4 por 4 molhada nesta atadura, sendo umidificada freqüentemente.

3.11 Cuidados de Enfermagem

Foi realizado diariamente, no período em que se fez o estágio:

- a) Troca de curativo e limpeza da traqueostomia, conforme procedimento;
- b) Aspiração traqueal (tubo);
- c) Preparação e administração de medicamentos e dieta enteral;
- d) Prestados serviços de higiene e conforto;
- e) Esclarecer dúvidas do paciente referente aos procedimentos.

f) Jamais vital.

3.12 Considerações finais

O paciente T.M. foi bastante acessível, tendo uma boa recuperação, não apresentou nenhuma complicação séria, ótima aceitação de dieta. A traqueostomia não apresentou secreção purulenta, sendo possível liberá-lo 7 dias após a cirurgia.

O paciente T.M., realizou outros exames para chegar ao diagnóstico porém, não foi possível acessar o tal documental.

CONCLUSÃO

Desde o início, o curso foi um grande aprendizado. Superou todas as expectativas, não só na teoria, mas também na prática.

É gratificante ver nos olhos das pessoas o agradecimento pelos cuidados prestados, pelo reconhecimento da profissão.

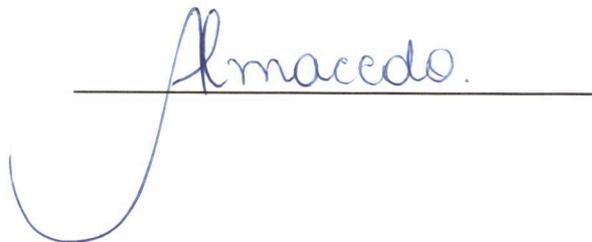
Os estágios trouxeram não só experiência como também amadurecimento profissional e emocional, o constante apoio dos professores foi essencial para a formação de profissionais aptos e zelosos.

Não só foi mostrado a importância da Enfermagem, até então desconhecida por mim, como foi também cultivado o amor e dedicação por uma das profissões mais belas da vida.

A luta foi árdua e os obstáculos muitos, mas, a cada etapa vencida, renovava-se a esperança e aumentava-se o objetivo e a certeza de que essa é a profissão que tanto almejava para preencher a vida, com o eterno prazer de ajudar o próximo.

Joinville, 03 de abril de 2002.

Assinatura



5. ANEXO

Anexo 1 – Tumores da cabeça e do pescoço

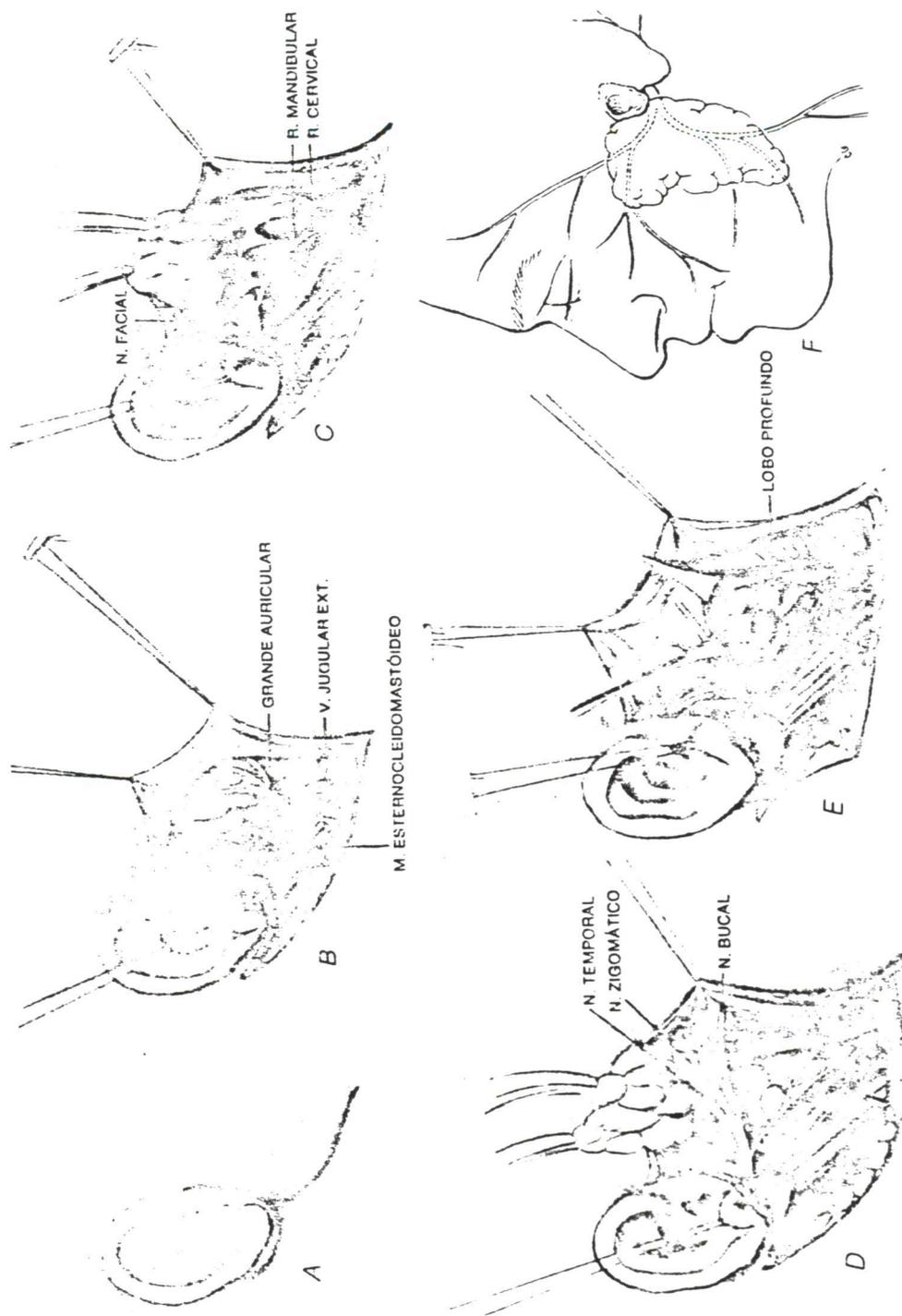


Fig. 16.46 Parotidectomia superficial. A. Incisão. B. Retalhos cutâneos estabelecidos e incisão na fáscia; o nervo auricular maior foi seccionado transversalmente e a veia jugular externa identificada. C. Veia jugular externa seccionada; o lobo maior foi seccionado anteriormente e o nervo facial com seus ramos mandibular e cervical está evidente. D. Superficial está sendo refletido anteriormente, demonstrando os ramos temporal, zigomático e bucal. E. Lobo superficial removido; Dissecção continuada anteriormente, demonstrando os ramos temporal, zigomático e bucal. F. Lobo profundo removido; se houver indicação de excisão do lobo profundo, o nervo facial pode ser afastado cranialmente e o restante da glândula parotídea removido. F. Relações do nervo facial com a glândula parotídea. Os ramos dos nervos situam-se entre os lobos profundo e superficial da parotídea. (Cortesia de Robert Chase, M.D.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, P. W; Rubens, R.J; **Otologia Médica**. 2 ed. Nova York: Churchill Livingtone, 1988.

ASPERHEIM, Kaye Mary: **Farmacologia Para Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994.

SNOW, J. B; **Introdução a Otorrinolaringologia**. 4 ed. Chicago: Yar Book Medical Publishers, 1979.

BRUNNER / SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.