

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

01 NOV 2002 0235

ESTUDO DE CASO - OBSTRUÇÃO INTESTINAL

CEFET - UE Joinville



\*1614\*

REL ENF

0054

Estudo de caso

REL ENF  
0054

CEFET-SC BIBLIOTECA

ZILDA MARA FERREIRA CUSTÓDIO

MAFRA

OUTUBRO DE 2002



## TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A **EMPRESA** FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF 80.485.212/0001- 45, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada pelo, **Sr. Ênio Miguel de Souza**, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) **ESTAGIÁRIO(A) Zilda Mara Ferreira Custódio**, matriculado(a) na 2ª, 3ª e 4ª fase do Curso Técnico de Enfermagem cód.( 59 ) e a **ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais, **Valéria Magalhães Rodrigues**, na qualidade de **Coordenadora do Serviço de Integração Escola- Empresa, SIE-E**, acertam o seguinte, na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/1977 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82.

**Art. 1º** - O(A) **ESTAGIÁRIO(A)** desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

**Art. 2º** - A **ETF/SC** analisará programa de atividades elaborado pela Empresa, a ser cumprido pelo **ESTAGIÁRIO(A)**, em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

**Art.3º** - O Estágio será de 756 (Setecentas e cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
288 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	09/07/2001 a 08/11/2001
198 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	21/01/2002 à 31/05/2002
270 h	Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dna. Catarina Kuss	08/07/2002 à 30/10/2002

**Parágrafo 1º** - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

**Parágrafo 2º** - Tanto a **EMPRESA**, a **ESCOLA** ou o (a) **ESTAGIÁRIO(A)** poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o Estágio, mediante comunicação por escrito.

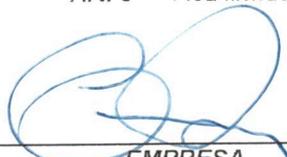
**Art. 4º** - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a **EMPRESA** designará como Supervisor interno de Estágio o(a) Sr(a). **Roni Regina Miquelluzzi**, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do **ESTAGIÁRIO(A)**.

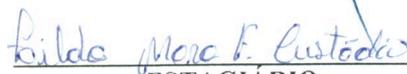
**Art. 5º** - O(A) **ESTAGIÁRIO(A)** declara concordar com as Normas Internas da **ETF/SC** e da **EMPRESA**, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

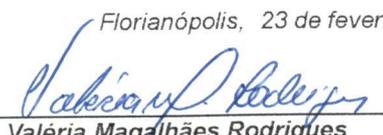
**Art. 6º** - O **ESTAGIÁRIO** obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

**Art. 7º** - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o(a) **ESTAGIÁRIO(A)** não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a **EMPRESA**, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice nº \_\_\_\_\_ da Companhia **Sul América Seguros**.

**Art. 8º** - Fica firmado o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.

  
\_\_\_\_\_  
EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

  
\_\_\_\_\_  
ESTAGIÁRIO

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2001.  
  
\_\_\_\_\_  
Valéria Magalhães Rodrigues  
Coordenadora do SIE-E/ETF-SC

  
\_\_\_\_\_  
Testemunha



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

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a) Zilda Mara Ferreira Custodio Matrícula: 0117093-0 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.  
Supervisor na Empresa: Roni Regina Miqueluzzi COREN: 54068

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	09/07/2001 a 07/08/2001 01/10/2001 a 08/11/2001	<ul style="list-style-type: none"><li>Fundamentos de Enfermagem</li><li>Clinica Médica – UTI e Emergência</li></ul>	288 h
2. Hospital São Vicente Hospital Rio Negro Maternidade Dona Catarina Kuss	21/01/2002 a 13/02/2002 15/04/2002 a 31/05/2002	<ul style="list-style-type: none"><li>Clinica Cirúrgica – CME – C. Cirúrgico</li><li>Materno Infantil</li></ul>	198 h
3. Maternidade Dona Catarina Kuss Ambulatórios da Rede Municipal Hospital São Vicente Hospital Rio Negro	15/04/2002 a 31/05/2002 08/07/2002 a 31/07/2002 21/10/2002 a 30/10/2002 07/10/2002 a 16/10/2002	<ul style="list-style-type: none"><li>Materno Infantil</li><li>Saúde Pública</li><li>Administração</li><li>Psiquiatria</li></ul>	270 h

Estagiário(a)  
Assinatura

*Zilda Mara F. Custodio*

Supervisor na Empresa  
Assinatura e Carimbo

*Roni Regina Miqueluzzi*  
RONI R. MIQUELUZZI  
ENFERMEIRA  
COREN-SC 54068

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo

*Rosane Precida do Prado*  
ROSANE PRECIDA DO PRADO  
GERENTE EDUCACIONAL DE  
JOINVILLE - ETESC

Dedico este estudo de caso a minha filha Daniele e meu esposo Antonio que muito colaboraram com a elaboração do mesmo. Sem esta ajuda seria impossível ter o meu sonho realizado.

Agradeço a Deus por ter-me proporcionado a oportunidade de realizar este curso.  
Também agradeço ao saudoso paciente e sua família que me ajudaram dando as  
informações necessárias para o desenvolvimento do mesmo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	05
<b>2 EMPRESA</b> .....	07
<b>3 ESTUDO DE CASO – OBSTRUÇÃO INTESTINAL</b> .....	08
3.1 <b>Apresentação</b> .....	08
3.2 <b>Anamnese</b> .....	08
3.3 <b>Exame Físico</b> .....	11
3.4 <b>Diagnóstico Principal</b> .....	11
3.4.1 <b>Conceito</b> .....	12
3.4.2 <b>Fisiopatologia</b> .....	12
3.4.3 <b>Sintomatologia</b> .....	13
3.4.4 <b>Tratamento Clínico e Cirúrgico</b> .....	13
3.4.5 <b>Tratamento Medicamentoso</b> .....	14
3.4.6 <b>Exames Realizados</b> .....	18
3.4.7 <b>Assistência de Enfermagem</b> .....	19
3.4.8 <b>Orientação e Educação</b> .....	20
3.5 <b>Diagnóstico Secundário</b> .....	20
3.5.1 <b>Câncer de Cólon e Reto</b> .....	20
3.5.2 <b>Conceito</b> .....	20
3.5.3 <b>Fatores Alimentares que Provocam ou Reduzem o Número de Câncer</b> .....	21
3.5.4 <b>Avaliação Diagnóstica</b> .....	21
3.5.5 <b>Fisiopatologia</b> .....	22
3.5.6 <b>Sintomatologia</b> .....	22
3.5.7 <b>Etiologia</b> .....	22
3.5.8 <b>Tratamento Clínico</b> .....	23
3.5.9 <b>Complicações</b> .....	24
3.5.10 <b>Tratamento Cirúrgico</b> .....	24
3.5.11 <b>Desvios Fecais para Câncer de Cólon e Reto</b> .....	25

3.5.12 Ileostomia .....	25
3.5.13 Conceito .....	25
3.5.14 Considerações Psicossociais .....	25
3.5.15 Reabilitação após uma Ileostomia .....	26
3.5.16 Dietas e Líquidos .....	26
3.5.17 Cuidado da pele .....	27
3.5.18 Sexualidade e Função Sexual .....	27
3.5.19 Complicações da Ileostomia .....	28
<b>3.6 Diagnóstico Secundário</b> .....	<b>29</b>
3.6.1 Hemorróidas .....	29
3.6.2 Conceito .....	29
3.6.3 Sintomatologia .....	29
3.6.4 Tratamento .....	29
<b>3.7 Considerações Finais</b> .....	<b>30</b>
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>32</b>

## INTRODUÇÃO

O Curso Técnico de Enfermagem, oferecido pela Escola Técnica Federal de Santa Catarina, preparou durante quatro semestres, Técnicos em Enfermagem, através do aprendizado teórico e prático.

Durante o estágio de Fundamentos de Enfermagem, realizado no Hospital São Vicente de Paula no período de 09-07-2001 a 07-08-2001, aplicou-se a aprendizagem prática das técnicas, assistindo os pacientes e a população em geral. Foram realizadas técnicas de assepsia ao paciente, organização e assepsia da unidade, verificação dos sinais vitais, técnicas relacionadas às necessidades de eliminações fisiológicas dos pacientes, curativo terapia e oxigenioterapia; supervisionado pela enfermeira Diva Maria Krasusck de Mello.

Realizou-se o estágio da disciplina de Clínica Médica, no Hospital São Vicente de Paula, durante o período de 01-10-2001 a 08-11-2001, visando o atendimento a pacientes com diferentes patologias, onde as supervisoras, Rosane do Prado e Janete da Cunha Magenis, entregaram-me aos cuidados o paciente A. S., que apresentava um quadro de saúde bastante alterado e, concluí que o mesmo daria um excelente Estudo de Caso, que irei relatar a seguir. Aprendi a realizar técnicas em pacientes internados em U.T.I. (Unidade de Tratamento Intensivo), Pronto Socorro, Sala de Emergência e Hemodiálise; sob a supervisão da enfermeira Graciele de Matias.

O estágio de Clínica Cirúrgica realizou-se no Hospital Regional Hans Dieter Schimidt de 07-01-2002 a 18-01-2002, em período integral. Foi um estágio bem valioso, no período matutino sob a supervisão da enfermeira Roni Regina Miquelluzzi, foi prestada assistência a pacientes que iriam submeter-se a cirurgia, onde eram proporcionados todos os cuidados do pré-operatório, inclusive orientação conforme cada patologia. No período vespertino, sob a supervisão da enfermeira Alexandra Carla Venturine, foi possível acompanhar desde a chegada ao centro cirúrgico, os cuidados pré-anestésicos, a anestesia e a todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive

instrumentando ou ficando ao lado do paciente tranquilizando-o, quando era anestesia raquidiana ou peridural. Após o ato cirúrgico o paciente era levado a sala de recuperação, no pós-operatório, onde eram prestados todos os cuidados, até que o mesmo estivesse com os sinais vitais normais e, apresentasse um quadro clínico bom. O paciente era então transportado para o quarto, onde continuaria recebendo os cuidados até a sua alta. Também foram realizadas tarefas no Centro de Materiais e Esterilização.

Na Maternidade Dona Catarina Kuss, cumpriram-se os estágios de Neonatologia e de obstetrícia, sob a supervisão da enfermeira Andréia Nair Nassif; no Hospital São Vicente de Paula, cumpriu-se o estágio de Pediatria sob a supervisão da enfermeira Denise Dallagnol. Sendo esses estágios referentes à disciplina de Materno-infantil. Nesse período de estágios compreendidos entre 08-04-2002 a 21-05-2002, prestou-se assistência de enfermagem ao paciente pediátrico, ao recém-nascido e à gestante no pré-parto, parto, pós-parto e em sala de recuperação. Orientou-se a puérpera sobre os cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação, teste do pezinho e visitas mensais ao pediatra e ao ginecologista.

O estágio de Saúde Pública cumpriu-se no período de 15-04-02 a 31-05-02, sob a supervisão da Enfermeira Denise Dallagnol, passaram-se informações através de vídeo e palestras sobre prevenção de doenças, em especial sobre Diabetes e Hipertensão, a importância sobre a vacinação em crianças, bebês, gestantes, idosos e população.

O estágio de Administração, compreendido de 26-08-02 a 30-08-02 e efetivado na unidade de pediatria do Hospital São Vicente de Paulo, que possibilitou conhecer a administração de um hospital e seu funcionamento.

O estágio de Enfermagem Neuropsiquiátrica deu-se na Clínica HJ de União da Vitória, sob a supervisão da enfermeira Rosmari de Fátima Mossilin, com o objetivo de conhecer os locais e a rotina da assistência de enfermagem e onde se realizaram cuidados específicos ao sofrimento psíquico em sala de terapia ocupacional, acompanhando o trabalho dos profissionais dessas instituições.

## **EMPRESA – Histórico do Hospital São Vicente de Paulo de Mafra.**

O Hospital São Vicente de Paulo começou a ser idealizado em 1936, quando foi instituída a primeira diretoria e deu início a Campanha Pró-Hospital de Mafra. Em terreno, parte doado por Elzira Bley Maia e parte adquirido da mesma, lançava-se os primeiros donativos e a certeza da construção do Hospital. Em 16 de maio de 1943, autorizava-se então a confecção da planta do edifício. Em 28 de novembro de 1943, lançava-se a pedra fundamental que marcaria o início da construção do Hospital.

No dia 30 de julho de 1950, em extensa solenidade, foi então inaugurado o Hospital São Vicente de Paulo, contando com 68 leitos e registrando, em seu primeiro ano de funcionamento, 1204 internações. Para o funcionamento do nosocômio, foi firmado contrato com a Congregação das Irmãs Filhas de Caridade São Vicente de Paulo, proveniente de Curitiba, que designou três religiosas para a direção do Hospital, assumindo a responsabilidade pela fiscalização da Capela, arsenal cirúrgico e outros.

O Hospital São Vicente de Paulo conta com a parceria entre a Associação São Vicente de Paulo, Diretoria do Hospital, funcionários, colaboradores, comunidade e empresariado local, além dos apoios recebidos das esferas públicas: municipal, estadual e federal.

Em área construída de 6.486,55m<sup>2</sup>, o Hospital São Vicente de Paulo, conta atualmente com 86 leitos disponíveis, dos quais seis da Unidade de Terapia Intensiva (uma das mais importantes conquistas da região).

Com 115 funcionários e um corpo clínico de 65 profissionais da medicina, o Hospital conta atualmente com atendimento em clínica geral, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, dermatologia, traumatologia, anestesiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, reumatologia, urologia, pneumologia, neurologia, cardiologia, cirurgia de mão, nefrologia, radiologia, hematologia e gastroenterologia. Também conta com serviços terceirizados como: laboratório, hemodiálise, tomografia, fisioterapia, endoscopia e ultrassonografia.

## **ESTUDO DE CASO – OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

### **3.1 Apresentação**

Elaborou-se este estudo de caso durante o estágio da Disciplina de Clínica Médica, visando-se a acompanhar o tratamento e conhecer as patologias apresentadas pelo paciente.

Realizou-se o estágio no período de 01-10-2001 a 25-10-2001, na Unidade Hospitalar São Vicente de Paulo, sob a supervisão das professoras e enfermeiras Janete da Cunha Magenis e Rosane do Prado.

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 apresentados.

Nas páginas a seguir, encontram-se informações a respeito do paciente, das patologias e a assistência de Enfermagem prestada durante a sua internação.

### **3.2 Anamnese**

O paciente A.S. internou-se nesta unidade, acompanhado de sua esposa, no quarto 24, leito A, é brasileiro de cor branca, católico com 44 anos, casado, tem dois filhos menores: um menino com 12 anos e uma menina com 10 anos.

Morador nesta cidade há quatorze anos, veio do interior para trabalhar como vidraceiro autônomo. É aposentado devido ao seu estado de saúde, fumante e não alcoólico.

Em vários contatos com o paciente, o mesmo relatou que esteve internado há mais ou menos dez anos para cirurgia de úlcera duodenal e que sempre sofreu de constipação e há cinco anos faz tratamento de hemorróidas.

A cada dia que se passava, vinham aumentando as dores abdominais e na região sacral acompanhado de sangramento.

Os médicos clínicos gerais transferiram-no para Curitiba a fim de realizar alguns exames específicos para diagnosticar a sua patologia.

Foram realizados dois exames ultra-sons de abdômen total, cujo resultado foi normal, não apresentando alterações. Foi então realizada biópsia de Reto com diagnóstico de câncer de cólon e reto.

Encaminharam-no para a quimioterapia na Clínica Paranaense de Tumores. Após várias seções, foi realizado macroscopia para avaliação dos tumores. O diagnóstico apresentou um quadro mais elevado do câncer.

Uma equipe médica oncologistas optaram em fazer uma cirurgia de coléctomia (extirpação do cólon) mais peritonite e colostomia. O tratamento não alcançou resultados satisfatórios, pois não apresentou melhoras.

Realizaram-se várias cirurgias como Abaixamento de cólon, Retossigmoidectomia Abdomino-Perineal (amputação do reto e sigmóide). Realizou-se implante de prótese uretral direito.

Após algum tempo internado em uma Unidade Hospitalar de Curitiba, o Hospital das Clínicas, o paciente recebeu alta. Voltando para a sua casa em Mafra, após seis meses começou a sentir dor abdominal, vômito, distensão, parada de eliminações, fezes e gases pela colostomia. Depois de internado no dia 21-09-2001 no Hospital local, foi diagnosticado obstrução intestinal e creatinina a 10,07mg/dl. Foi medicado com os seguintes medicamentos:

- a) SSVV (sinais vitais) de 6/6 horas;
- b) S.G. ( Soro Glicosado) 1000ml 24gts/min. EV;
- c) S.F. (Soro Fisiológico) 1000ml 12gts/min. EV;
- d) Plamet 1 ampola 8/8 horas EV;
- e) Lasix 2 ampola 1 vez ao dia EV;
- f) Decadron 4mg 1 vez ao dia EV;

g) Novalgina 3ml SN (se necessário) EV;

h) Sonda nasogástrica nº 18 aberta e, aspiração de 3/3 horas com anotação de débito.

No dia seguinte apresentou anorexia, palidez e dor intensa no abdômen, sendo aspirado somente 70 ml de resíduos gástricos.

Preocupados com a evolução negativa, os médicos decidiram realizar outra cirurgia. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, com anestesia raquidiana. Depois de feita a incisão no abdômen, o mesmo apresentava-se com distensão no abdômen superior. Foi então realizada uma enterectomia (retirada do intestino delgado) mais ileostomia (abertura no íleo para a drenagem das fezes), desativando a colostomia. Após descobriu-se laceração da bexiga, sendo realizada cistografia (sutura da bexiga).

O paciente retornou da cirurgia gemente, pálido e, referindo dor intensa no abdômen, sendo administrada dolantina (meperidina), 1 ampola endovenosa CPM (Conforme Prescrição Médica) e, em seguida acalmou-se.

O paciente A.S. permaneceu internado após a cirurgia (que foi a décima quinta intervenção cirúrgica, segundo o relato do mesmo) por mais dez dias para observação e acompanhamento médico diariamente com cuidados de enfermagem específicos que vamos relatar adiante.

Após sua alta, fui visitá-lo em sua residência, encontrado-o bastante esperançoso em poder levar uma vida normal, mas, infelizmente, dois meses mais tarde o mesmo foi a óbito.

### 3.3 Exame Físico

O paciente deu entrada no Hospital consciente, orientado, pálido, emagrecido e desidratado. Observou-se boa higiene. A pele e o couro cabeludo apresentavam-se íntegros. Fazia uso de prótese dentária superior e tinha dificuldade em movimentar o membro inferior direito.

Os sinais vitais apresentavam-se normais, conforme segue:

- a) Pressão arterial (PA) 120 x 70mmhg;
- b) Temperatura (T) 37,0 °C;
- c) Respiração (R) 80mrpm;
- d) Pulso (P) 80bcpm.

Apresentava-se com depressão profunda e, dizia sentir muita falta de sua mãe que faleceu há cinco anos de úlcera péptica e com edema pulmonar. Não quis falar sobre seu pai também falecido sem causa conhecida, pois o mesmo só lhe fez sofrer. O paciente é muito exigente nos curativos e sabe todos os procedimentos de assepsias. Conhece todos os medicamentos que faz uso, o nome, a hora certa, as indicações e contra-indicações. Desconhece casos de câncer, diabetes, hipertensão e outras doenças na família.

### 3.4 Diagnóstico Principal – Obstrução Intestinal

O diagnóstico foi obtido através dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, tendo como Diagnósticos Secundários, Hemorróidas, CA de Colón e Reto, diagnosticado anteriormente através de exames de Colonoscopia e biópsia pelos médicos oncologistas do Paraná.

### 3.4.1 Conceito

Obstrução intestinal existe quando um bloqueio evita que o conteúdo intestinal flua normalmente através do trato intestinal.

A obstrução pode ser total ou parcial, sua gravidade depende da região intestinal afetada, do grau em que a luz está ocluída e, especialmente do grau em que o sangue, na parede do intestino, é alterado.

A maioria das obstruções (85%) ocorre no intestino delgado. Aderências são as causas mais comuns de obstrução no intestino delgado, 60% de incidência, seguida pelas hérnias e neoplasmas.

Outras causas incluem intussuscepção, volvo (torção do intestino) e íleo paralítico, que apresentam uma lista das causas de obstrução.

Cerca de 15% das obstruções ocorrem no intestino grosso e, a maioria é encontrada no sigmóide. As causas mais comuns são carcinoma, diverticulite, disfunções intestinais inflamatórias e tumores malignos ou benignos.

### 3.4.2 Fisiopatologia

Um acúmulo de conteúdo intestinal líquido e de gases desenvolve-se acima da obstrução intestinal. A distensão e a retenção de líquidos reduzem a absorção de líquidos e estimulam mais secreção gástrica. Com o aumento da distensão, a pressão dentro da luz intestinal aumenta, causando a diminuição da pressão capilar arteriolar e venosa. Assim, por sua vez, ocorrem edema, congestão, necrose e eventual ruptura ou perfuração da parede intestinal, resultando em peritonite.

Vômito de refluxo pode ocorrer por distensão abdominal. O vômito causa perda de íons de hidrogênio e potássio do estômago, levando a redução de cloro e potássio no sangue e à desidratação e acidose em decorrência da perda de água e de sódio. Com a perda aguda de líquidos, choque hipovolêmico pode ocorrer.

### 3.4.3 Sintomatologia

O sintoma inicial geralmente é a dor em câimbra, semelhante a ondas e cólicas. O paciente pode excretar sangue e muco, mas não elimina matéria fecal e flatos. O vômito é característico na obstrução.

Se a obstrução é completa, as ondas peristálticas, a princípio, se tornam extremamente vigorosas e irão, eventualmente, assumir a direção reversa, como conteúdo intestinal começando a sair pela boca ao invés de ir em direção do reto. Se a obstrução for no íleo, vômito fecal acontece. Primeiro, o paciente vomita o conteúdo do estômago, depois o conteúdo biliar do duodeno e do jejuno e, finalmente, com cada paroxismo de dor, o conteúdo escuro do íleo, como fezes.

Os sinais de desidratação tornam-se, sem dúvida, evidentes: o paciente tem sede intensa, tontura, mal estar generalizado e dor; a língua e a membrana mucosa tornam-se ressecadas. O abdômen fica distendido. Quanto mais baixa for a obstrução, mais distendido ficará o abdômen. Se a distensão continuar sem correção, o choque ocorrerá por desidratação e perda de volume de plasma.

### 3.4.4 Tratamento Clínico e Cirúrgico

Descompressão de intestino através de sonda nasogástrica ou no intestino delgado é um sucesso na maioria dos casos. Quando o intestino está completamente obstruído, a possibilidade de estrangulamento autoriza uma intervenção cirúrgica. Antes da cirurgia, uma terapia endovenosa é necessária para repor água, o sódio, o cloro e o potássio.

O tratamento cirúrgico depende da causa da obstrução. Em alguns casos a porção afetada do intestino pode ser removida, e uma anastomose é realizada. O tratamento usual é a ressecção cirúrgica para remover a parte obstruída. Neste caso é necessária uma ileostomia ou colostomia permanente.

### 3.4.5 Tratamento Medicamentoso

O tratamento prescrito para o paciente A.S. foi o seguinte:

- a) Fluidoterapia com soro glicosado (SG) 5% 1000ml + soro fisiológico (SF) 9% 1000ml endovenoso (EV);
- b) Plamet (bromoprida) 1 ampola EV de 8/8 horas;
- c) Lasix (furosemida) 2 ampola EV 1 vez ao dia;
- d) Decadron (dexametazona) 4mg EV 1 vez ao dia;
- e) Novalgina (depirona) 3ml SN (se necessário);
- f) Floxacin 400mg 12/12 horas (norfloxacina);
- g) Macrofantina (nitrofurantoina) 1 vez ao dia;
- h) Complexo B (polivitaminico) 1 drácea antes das refeições;
- i) Sonda nasogástrica com aspiração de 3/3 horas.

O Plamet (bromoprida) apresenta ação normalizadora da motricidade do estômago, duodeno e jejuno, reconduzindo o tônus e a peristalse aos padrões fisiológicos quando estiverem alterados. Normaliza também o esvaziamento incompleto ou tardio das vias biliares e possui ação antiemética completa, atuando a nível central e periférico, no hipotálamo e na musculatura parietal, normalizando o tônus e a motilidade do aparelho digestivo.

É indicado no tratamento de náuseas e vômitos de qualquer etiologia e sempre que se desejar a normalização da cinética digestiva.

Indicado também para Hérnias de hiato, discinésias gastroduodenais, gastrites, duodenites, úlceras pépticas, discinésias biliares, colopatia espasmódica, disfagia, soluços, pirose, cefaléia de origem digestiva e flatulência.

É contra-indicado para pacientes hipersensíveis aos componentes da fórmula, nos casos em que o aumento da motilidade seja negativo, nos casos da obstrução mecânica, hemorragia ou perfuração gastrintestinal.

Pode surgir como efeito colateral, o aparecimento de espasmos musculares localizados ou generalizados, espontânea e completamente reversíveis com interrupção do tratamento. Outras reações incluem sonolência, cefaléia, calafrios, astenia e distúrbios da acomodação.

O Lasix (furosemida) é um diurético do grupo dos saluréticos e tem ação em todas as regiões do néfron, com exceção do túbulo distal, com predomínio de ação no segmento ascendente da alça de Henle.

É indicado no tratamento de hipertensão arterial leve e moderada; edema devido a distúrbios cardíacos, hepáticos e renais; edema devido a queimaduras. É contra-indicado em pacientes com insuficiência renal com anúria, pré-coma e coma hepático associado com encefalopatia hepática, hipopotassemia severa, hiponatremia grave, hipovolemia (com ou sem hipotensão), desidratação, hipersensibilidade a furosemida ou sulfonamidas.

Como efeito colateral a furosemida pode levar a um aumento da excreção de sódio, cloro e água. Adicionalmente, fica aumentada a excreção de outros eletrólitos, em particular potássio, cálcio e magnésio.

Os sinais de distúrbios eletrolíticos incluem polidipsia, cefaléia, confusão, dores musculares, tetania, fraqueza dos músculos, distúrbios do ritmo cardíaco e sintomas gastrintestinais.

O Decadron (fosfato dissódico de Dexametasona) é um corticosteróide potente, altamente eficaz e versátil, que por ser uma verdadeira solução, pode ser administrado pela via intravenosa, intramuscular, e intra-articular ou intrabursal. É um dos mais ativos glicocorticóides, sendo aproximadamente 25 a 30 vezes mais potente do que a hidrocortisona.

É indicado para efeitos antiinflamatórios e imunossupressores dos corticosteróides são desejados, para tratamento intensivo durante períodos curtos e indicações específicas

como proteção pré e pós-operatória, doenças gastrintestinais e doenças neoplásicas, no tratamento paliativo de hipercalcemia associada ao câncer, leucemias e linfomas do adulto e leucemia aguda da infância.

É contra-indicado nas infecções fúngicas sistêmicas, hipersensibilidade a sulfitos ou qualquer outro componente desta medicação, na administração de vacinas de vírus vivo.

Pode apresentar como efeito colateral, retenção de sódio, retenção de líquido, insuficiência cardíaca congestiva em pacientes suscetíveis, perda de potássio, alcalose hipocalêmica, hipertensão. Pode provocar reações alérgicas, inclusive sintomas de anafilaxia e episódios asmáticos com risco de vida ou menos severos em alguns pacientes suscetíveis.

O Floxacin (norfloxacina) é um antibiótico bactericida de amplo espectro, indicado para o tratamento de infecções do trato urinário altas ou baixas, complicadas ou não, agudas ou crônicas. Estas infecções incluem: cistite, pielite, cistepielite, pielonefrite, prostatite crônica, epididimite e aquelas associadas com cirurgia urológica, bexiga neurogênica ou nefrolitíase, causadas por bactérias suscetíveis a floxacin, gastroenterites agudas bacterianas causadas por germes sensíveis, uretrite, faringite, proctite ou cervicite gonocócicas causadas por cepas de *Neisseria gonorrhoeae*, produtoras ou não de penicilinase, febre tifóide. Infecções causadas por organismos multirresistentes têm sido tratadas com sucesso com doses usuais de floxacin. Profilaxia de: Sepses em pacientes com neutropenia intensa. Floxacin suprime a flora aeróbica endógena do intestino, que pode causar sepses em pacientes com neutropenia (por exemplo, pacientes com leucemia que recebem quimioterapia) e gastroenterite bacteriana.

É contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente deste produto ou antibacterianos quinolônicos quimicamente relacionados.

Floxacin é geralmente bem tolerado. A incidência geral de efeitos colaterais, relacionados à droga, observados em estudos clínicos mundiais, envolvendo 2.346

pacientes, foi de aproximadamente 3%. Os efeitos colaterais mais comuns foram gastrintestinais, neuropsíquicos e reações cutâneas, incluindo náuseas, cefaléia, tontura, pirose, cólicas ou dor abdominal.

A nitrofurantoina é um agente antibacteriano específico do trato urinário, age de forma original por interferir nos vários sistemas enzimáticos da bactéria sem ocasionar resistência microbiana, nem mesmo a transferível. Macroantina, nitrofurantoina em macrocristais, permite o retardamento da solubilidade no aparelho gastroentérico, reduzindo com isso os efeitos indesejáveis (náuseas e vômitos), contudo, sem modificar sua concentração na excreção urinária.

É indicado no tratamento das infecções urinárias agudas e crônicas produzidas por bactérias sensíveis a nitrofurantoina, como cistites, pielites, pielocistites e pielonefrites. É contra-indicado em pacientes com anúria, oligúria ou comprometimento significativo da função renal. Apresenta um aumento do risco de toxicidade devido à redução da excreção da nitrofurantoina. Na fase final da gestação e em crianças com menos de um mês de idade, devido à possibilidade de anemia hemolítica, motivada pela imaturidade do sistema enzimático.

Anorexia, náuseas e vômitos poderão ocorrer como efeito colateral, além de dor abdominal e diarreia. A incidência desses sintomas é reduzida com a ingestão do medicamento acompanhado de leite ou alimento sólido. Cefaléia, tontura, sonolência e mialgias são controláveis da mesma forma ou com medicação auxiliar.

O Complexo B (polivitamínico) possui em sua composição as principais vitaminas do complexo B em quantidades equilibradas. Os fatores presentes na formulação do mesmo são participantes de sistemas enzimáticos e, como tais, regulam várias fases do metabolismo dos glicídios, dos lipídios e das proteínas. Cada substância presente na formulação do complexo B tem ação biológica própria, os processos metabólicos por

elas regulados são intimamente interligados, fazendo com que a carência de um fator vitamínico possa influir na ação de outros, repercutindo como um todo no organismo.

É indicado nos estados hipovitaminoses do complexo B, nas alimentações restritiva (comuns em regimes alimentares e dietas de emagrecimento), necessidade aumentada de vitaminas que ocorre durante a gravidez e o aleitamento, durante o consumo de bebidas alcoólicas e quando há perda de apetite ou após tratamento com antibióticos.

O Complexo B é contra-indicado no tratamento de hipovitaminoses específicas graves. Nos casos de pacientes com diabetes e os parkinsonianos em tratamento com a levodopa pura não devem fazer uso deste medicamento.

Pode ocorrer como efeito colateral, reações alérgicas e idiossincrásicas, ou ainda outros efeitos indesejáveis, não previstos.

#### 3.4.6 Exames Realizados

No dia em que o paciente A.S. deu entrada no hospital, foi realizado exame de bioquímica de sangue, o qual apresentou o seguinte resultado:

21-09-01	Glicemia	132,9 mg/dl	V.R - 70,0 a 110,0
	Creatinina	10,07 mg/dl	V.R - 0,80 a 1,40
	Uréia	161,65 mg/dl	V.R - 10 a 50
24-09-01	Creatinina	7,65 mg/dl	
26-09-01	Creatinina	5,17 mg/dl	
29-09-01	Creatinina	2,18 mg/dl	
	Uréia	58,0 mg/dl	
	Glicemia	115,0 mg/dl	

21-09-01	Hemograma		
Eritrócitos	3.940.000	microlitro (ml)	
Leucócitos	6.300	microlitro (ml)	
Hemoglobina	12,0	g/dl	
Plaquetas	294.000	microlitro (ml)	

21-09-01	Parcial de Urina		
Densidade	1.015		
PH	5,0		
Cor Amarela Citrina	Depósito+		
Aspecto	ligeiramente turva		
Leucócitos	9.000 ml		
Nitrito	positivo		

#### 3.4.7 Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem ocorreu da seguinte maneira:

- a) Verificaram-se os sinais vitais de 6/6 horas;
- b) Administrou-se a medicação CPM (Conforme Prescrição Médica);
- c) Realizaram-se curativos com soro fisiológico a 9%;
- d) Realizou-se aspiração nasogástrica de 3/3 horas durante três dias com anotação de débito;
- e) Realizou-se banho no leito no primeiro dia da cirurgia, no segundo dia tomou banho de aspersão com auxílio;
- f) Realizou-se lavagem intestinal via colostomia;
- g) Realizou-se exercício vesical, pois estava com as eliminações vesicais ausentes. Não resolveu, foi então passado sonda de alívio;
- h) Retirou-se o dreno da ileostomia e os pontos da incisão abdominal;
- i) Foi colocada a bolsa coletora na ileostomia.

### 3.4.8 Orientação e Educação

Foi promovido o conforto do paciente e envolvimento nos detalhes dos procedimentos, orientando quanto aos métodos de assepsias e cuidado com a pele, devido à reação alérgica ao dispositivo, irritação química do efluente, danos mecânicos na remoção do dispositivo. Se a irritação aparecer pode ser aplicado Nistatina em pó (micostatin) pode ser levemente pulverizada na pele.

Deve-se evitar alimentos gordurosos, alimentos que causam odor como repolho, cebola e peixe. O espinafre e a salsa agem como desodorante no trato intestinal.

Orientou-se a fazer repouso e, não erguer peso durante mais ou menos três meses. Comparecer nas consultas marcadas e, procurar o médico em casos de eventuais anormalidades, torna-se imprescindível.

## 3.5 Diagnóstico Secundário

### 3.5.1 Câncer de Cólon e Reto

#### 3.5.2 Conceito

Das mais de 156.000 pessoas diagnosticadas a cada ano, cerca da metade deste número morre anualmente – felizmente quase três quartos de pacientes são salvos por um diagnóstico precoce e tratamento imediato. O baixo índice de cinco anos de sobrevida de 40 a 50% é devido ao diagnóstico tardio e a metástases. A maioria das pessoas são assintomáticas por longos períodos, só procurando cuidados de saúde quando notam uma mudança nos hábitos intestinais ou sangramento retal.

A causa exata do câncer de cólon e reto é desconhecida, mas os fatores de riscos foram identificados, incluindo história, ou história familiar de câncer de cólon ou

pólipos; uma história de doença intestinal inflamatória crônica e uma dieta rica em gordura, proteína e carne e pobre em fibras.

### 3.5.3 Fatores Alimentares que Provocam ou Reduzem o Número de Câncer

Acredita-se que os fatores alimentares estejam relacionados com 40 a 60% de todos os cânceres. As substâncias contidas nos alimentos podem ser proativas (protetoras), carcinogênicas ou co-carcinogênicas. O risco de desenvolvimento de câncer aumenta com a ingestão em longo prazo de carcinógenos ou co-carcinógenos ou ausência de substâncias proativas nos alimentos.

As substâncias contidas nos alimentos ligadas a um maior risco de provocar câncer incluem, as gorduras, álcool, fumo, carnes curadas ao sal, ou defumadas, alimentos contendo nitratos e nitritos e uma dieta com alto teor calórico.

As substâncias que podem reduzir o risco de câncer incluem, alimentos com alto teor de fibras, vegetais crucíferos (repolho, brócolis, couve-flor) e carotenóides (cenoura, tomate, espinafre, damasco, pêsego, vegetais verdes escuros e amarelos fortes), vitaminas E, C e selênio.

### 3.5.4 Avaliação Diagnóstica

Juntamente com o exame retal e abdominal, os procedimentos diagnósticos do câncer baseiam-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais. O paciente com suspeita de câncer passa por uma variedade de testes para determinar a presença do tumor e extensão da doença: identificar uma possível disseminação (metástase) ou invasão de outros tecidos do corpo; avaliar a função dos sistemas e órgãos do corpo acometidos ou não acometidos; obter tecidos e células para análise inclusive seu estado e grau. A bateria de exames muitas vezes inclui uma história completa e exame físico, além de procedimentos radiológicos, sorológicos, testes e cirurgias.

### 3.5.5 Fisiopatologia

Os cânceres de cólon e reto são predominantemente adenocarcinomas (surgem do epitélio interno do intestino). O adenocarcinoma pode iniciar-se como um pólipo benigno, mas pode se tornar maligno e invadir destruindo os tecidos normais e estender-se pelas estruturas ao seu redor. As células cancerosas podem dividir-se longe do tumor primário e espalhar-se para outras partes do corpo, principalmente para o fígado.

### 3.5.6 Sintomatologia

Os sintomas são fortemente determinados pela localização do câncer, estágio da doença e função do segmento intestinal no qual está localizado. O sintoma mais comum apresentado é a mudança nos hábitos intestinais. A presença de sangue nas fezes é o segundo sintoma mais comum, pode também apresentar anemia não explicada, anorexia, perda de peso e fadiga.

Os sintomas mais comumente associados com as lesões do lado direito são: dor abdominal abafada e melena. Os sintomas mais comumente associados com as lesões do lado esquerdo são aqueles associados com a obstrução (dor abdominal e em cólicas, fezes finas, constipação e distensão), assim como sangue vermelho vivo nas fezes. Associados com lesões retais, os sintomas são: tenesmo, dor retal e sensação de evacuação incompleta após uma exoneração, alternância de constipação, diarreia e fezes sanguinolentas.

### 3.5.7 Etiologia

A incidência de carcinoma de cólon e reto aumenta com a idade. Esses cânceres são considerados a malignidade mais comum nas pessoas idosas, exceto para câncer de próstata nos homens. Os sintomas são geralmente insidiosos. A fadiga está quase sempre

presente, devido principalmente à anemia por deficiência de ferro. Os sintomas mais comumente reportados pelos idosos são: dor abdominal, obstrução, tenesmo e sangramento retal.

O câncer de cólon no idoso tem sido associado aproximadamente com os carcinógenos da dieta. Falta de fibras é o principal fator causal porque a passagem das fezes através do trato intestinal é prolongada, o que por sua vez, prolonga a exposição a possíveis carcinógenos. Acredita-se que o excesso de gordura altere a flora bacteriana e transforme esteróides em componentes com propriedades carcinógenas.

### 3.5.8 Tratamento Clínico

O paciente com sintomas de obstrução intestinal é tratado com líquidos endovenosos e sucção nasogástrica. Se houver sangramento significativo, terapia com derivados de sangue pode ser necessária.

O tratamento depende do estágio da doença e das complicações tardias. Endoscopia, ultra-sonografia e laparoscopia têm feito sucesso no cenário pré-operatório do câncer colorretal.

O tratamento médico para o câncer colorretal é mais freqüente na forma de terapia de apoio ou auxiliar. A terapia auxiliar é geralmente administrada juntamente com o tratamento cirúrgico. As opções incluem quimioterapia, radioterapia e ou imunoterapia.

A radioterapia está sendo usada agora no pré-intra e no pós-operatório para reduzir o tumor, alcançar melhores resultados na cirurgia e diminuir os riscos de recorrência. Para os tumores inoperáveis ou não sujeitos a ressecção, é usada radiação para obter significativo alívio dos sintomas. São usados dispositivos de radiação implantados dentro da cavidade.

Os dados mais recentes demonstram atraso na recorrência do tumor e aumento da sobrevida naqueles pacientes que receberam alguma forma de terapia auxiliar.

De modo inverso, o procedimento cirúrgico para criar uma ileostomia pode produzir mudanças positivas dramáticas nos pacientes que têm sofrido com colite durante muitos anos. Uma vez que o desconforto contínuo da doença diminuiu e os pacientes aprenderam a cuidar da ileostomia, eles freqüentemente desenvolvem um olhar mais positivo. Mas, até progredirem até essa fase, uma abordagem com empatia e tolerância por parte das pessoas que estão ao seu lado, será um fator importante na recuperação.

#### 3.5.15 Reabilitação após uma Ileostomia

Existem certos problemas de reabilitação únicos dos pacientes com ileostomia, sendo um deles a irregularidade das evacuações intestinais. O paciente com uma ileostomia tradicional não pode estabelecer um hábito intestinal regular porque os conteúdos do íleo são líquidos e eliminados continuamente. Desta forma, o paciente precisa usar a bolsa dia e noite. A bolsa é chamada, então, de prótese intestinal. Com o uso da bolsa, o paciente pode ter uma atividade normal sem medo de vazamento ou mau cheiro.

A localização e comprimento do estoma são importantes no manejo da ileostomia pelo paciente. O cirurgião posiciona o estoma o mais perto possível da linha média e numa localização onde mesmo um paciente obeso com um abdômen protruso pode cuidar dele facilmente. Geralmente, o estoma da ileostomia tem cerca de 2,5cm de extensão, o que o torna conveniente para o encaixe do dispositivo.

#### 3.5.16 Dieta e Líquidos

Uma dieta com pouco resíduo é seguida nas primeiras seis ou oito semanas. Frutas amassadas e legumes são dados. Esses alimentos são importantes como fonte de vitaminas A e C. Mais tarde haverá poucas restrições dietéticas, à exceção de alimentos

ricos em fibras ou sementes difíceis de digerir e, ele é ensinado a mastigar o alimento completamente.

Os líquidos podem constituir problema durante o verão, quando a perspiração é adicionada aos líquidos que já são perdidos através da ileostomia. Líquidos como Gatorade são de ajuda na manutenção do equilíbrio eletrolítico. Se o efluente (descarga fecal) é muito agudo, alimentos fibrosos (como cereais integrais, casca de frutas frescas, feijões, milho e nozes) são restritos. Se o efluente é excessivamente seco, a ingestão de sal é aumentada. Um aumento da ingestão de água ou de líquidos não aumentará o efluente porque o excesso de água é excretado na urina.

### 3.5.17 Cuidado da Pele

Pode haver uma escoriação da pele ao redor do estoma. A integridade da pele periostomal pode ser complicada por diversos fatores, como reação alérgica ao dispositivo da ileostomia, protetor de pele ou pasta: irritação química do efluente: dano mecânico na remoção do dispositivo e, possivelmente, infecção. Se a irritação e o crescimento da fermentação estiverem presentes, nistatina em pó (Micostatin) é aplicada suavemente na pele periostomal.

### 3.5.18 Sexualidade e Função Sexual

O paciente ileostomizado é encorajado a discutir seus sentimentos sobre a sexualidade e a função sexual. Alguns pacientes podem iniciar questões sobre a atividade sexual diretamente ou dar dicas indiretas sobre seus medos. Alguns pacientes vêem a cirurgia como mutilante e uma ameaça à sexualidade, alguns temem a impotência. Outros podem expressar preocupação quanto ao odor ou vazamento da bolsa durante a atividade sexual. Posições sexuais alternativas são recomendadas, assim como

métodos de estimulação para satisfazer o desejo sexual. A enfermagem avalia as necessidades do paciente e tenta identificar preocupações específicas.

### 3.5.19 Complicações da Ileostomia

Complicações pequenas ocorrem em cerca de 40% dos pacientes que fizeram uma ileostomia: menos de 20% das complicações requerem intervenção cirúrgica.

Irritação da pele periostomal, a complicação mais comum de uma ileostomia, é devida ao vazamento de líquidos. A bolsa deve ser ajustada, e substâncias protetoras da pele são aplicadas.

Diarréia manifestada pelos líquidos muito irritantes que logo enchem a bolsa (a toda hora ou até em menos tempo), pode rapidamente levar a desidratação e perda de eletrólitos. São administrados água, sódio e potássio como suplementação para prevenir hipovolemia e hipocalcemia. Agentes antidiarréicos são administrados.

Estenose é causada por tecido cicatrizante circular no local do estoma. O tecido cicatrizante precisa ser cirurgicamente retirado.

Cálculo urinário ocorre em cerca de 10% dos pacientes ileostomizados devido à desidratação secundária à diminuição da ingestão de líquidos. Intensa dor abdominal inferior que irradia para as pernas, hematúria e sinais de desidratação indicam que a urina deve ser forçada. A ingestão de líquidos é encorajada. Algumas vezes, pequenas pedras são passadas durante a eliminação urinária, de outra forma, o tratamento é necessário para esmagar ou remover os cálculos.

Colelitíase (formação de pedras biliares) devido ao colesterol ocorre três vezes mais frequentemente do que na população em geral por causa das mudanças na absorção de ácidos biliares que ocorrem no pré-operatório. Espasmo da vesícula biliar causa dor abdominal superior direita intensa que pode irradiar para as costas e ombro direito.

## 3.6 Diagnóstico Secundário

### 3.6.1 Hemorróidas

### 3.6.2 Conceito

Hemorróidas são porções dilatadas das veias no canal anal. Elas são muito comuns. Até a idade de 50 anos, 50% das pessoas têm hemorróidas de alguma forma. A gravidez é conhecida por iniciar ou agravar as hemorróidas existentes. As hemorróidas são classificadas em dois tipos: as que ocorrem acima do esfíncter anal, ou hemorróidas internas, e aquelas que aparecem fora do esfíncter externo, ou hemorróidas externas.

### 3.6.3 Sintomatologia

As hemorróidas causam prurido e dor e, são as causas mais comuns do sangramento vermelho vivo que ocorre com a defecção. As hemorróidas externas estão associadas com intensa dor devido à inflamação e ao edema causados pela trombose, que é a coagulação do sangue dentro das hemorróidas. Isto pode levar a isquemia da área e a uma necrose eventual. As hemorróidas internas geralmente não são dolorosas até sangrarem ou prolapsarem quando se tornam muito grandes.

### 3.6.4 Tratamento

Os sintomas das hemorróidas e o desconforto podem ser aliados por uma boa higiene pessoal e evitando-se força excessiva durante a evacuação. Uma dieta rica em resíduos e que contenha frutas e farelos pode ser todo o tratamento necessário; isto falhando, um laxante que absorva água, a medida que passe através dos intestinos, pode

ajudar. Banhos de assento, emolientes e supositórios contendo anestésicos, adstringentes (hamamélis) e repouso no leito são medidas que permitem que o ingurgitamento passe.

Existem vários tipos de tratamentos não cirúrgicos para as hemorróidas: Foto coagulação infravermelha, diatermia bipolar e terapia com laser são as técnicas mais novas que estão sendo usadas para fixar a mucosa ao músculo subjacente. Injetar soluções esclerosantes é também eficaz para hemorróidas pequenas e sangrentas. Esses procedimentos ajudam a prevenir o prolapso.

Um tratamento cirúrgico conservador de hemorróidas internas é o procedimento de ligadura com elástico. A Hemorróidas é visualizada através de um anoscópio e, a sua porção proximal acima da linha mucocutânea é presa com um instrumento. Um pequeno elástico é então colocado nas hemorróidas. O tecido distal preso pelo elástico necrosa após alguns dias, quando então se desprende. Ocorre fibrose, resultado disto é que a mucosa anal inferior é puxada para cima, aderindo ao músculo subjacente. Esse tratamento tem sido satisfatório para alguns pacientes, foi considerado doloroso para outros e passível de causar hemorragia secundária. É conhecido por causar infecção perineal.

Hemorroidectomia, ou excisão cirúrgica, pode ser realizada para remover todo o tecido redundante envolvido no processo. Durante a cirurgia, o esfíncter retal é geralmente dilatado de forma digital e as hemorróidas são removidas com um grampo ou cauterizadas, ou são ligadas e, então, incisadas. Completando o procedimento cirúrgico, um pequeno tubo pode ser inserido, através do esfíncter, para permitir o escape de flatos e sangue.

### **3.7 Considerações Finais**

Na qualidade de aluna do Curso Técnico em Enfermagem, tentou-se passar para o paciente informações e orientações que além do aprendizado das aulas teóricas, foram colhidas através de pesquisas em livros e em contatos com os médicos.

#### 4 CONCLUSÃO

A efetivação do Curso Técnico em Enfermagem deu-se através de muito esforço, dedicação, união e amor pelo próximo.

Teremos que trabalhar unidos, pois, só assim poderemos trilhar o caminho que escolhemos com profissionalismo, mas sempre colocando-nos no lugar daquele que está ali necessitando da nossa ajuda.

O aproveitamento do curso foi muito bom, pois contamos com o apoio dos professores, diretores e pacientes.

Na teoria ou na prática, sempre recebemos apoio dos nossos superiores. Através dos ensinamentos, aprendemos a realizar procedimentos, técnicas, tratamentos e orientações aos pacientes.

O objetivo foi de atender a todos com igualdade, sem distinção de raça, cor, sexo ou idade.

Ao escolher o paciente para desenvolver o estudo de caso, não se imaginou que fosse enriquecer tanto os conhecimentos. É gratificante saber que se pôde ajudar o paciente em seu tratamento.

Precisamos estar atentos para melhorar os nossos conhecimentos e nos atualizamos, pois tudo na vida é uma constante.

06-07-02

*Zilda Mara Ferreira Custódio*

Zilda Mara Ferreira Custódio

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. Brunner Suddartd. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 8ª ed. Editora Guanabara Koogan.

RAMOS, Marcondes S. Clínica Médica e Fiopatologia. Editora Guanabara Koogan.

KRUPP, Marcus A.; CHATTON, Milton J. Diagnóstico e Tratamento. Editora Atheneu. São Paulo, 1980.