

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

31 MAR 2003 0285

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

CEFET - UE Joinville



1635

REL ENF

0075

Relatório de estágio curricular

REL ENF
0075

CEFET-SC BIBLIOTECA

LUCIANE ROMANIO

MAFRA

MARÇO DE 2003.



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

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) Luciane Romano**, 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 n° 6.494 de 07/12/1977 e n° 8.859 de 23/03/94 e Decreto n° 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 cinqüenta 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 n° 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 n° 36728 da Companhia **Sul América Seguros.**

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

EMPRESA
Assinatura e Carimbo

Luciane Romano
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) Luciane Romano **Matrícula:** 0117079-3 **Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.**
Supervisor na Empresa: Romi Regina Miquelluzzi **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">▪ Fundamentos de Enfermagem▪ Clínica Médica – UTI e Emergência	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">▪ Clínica Cirúrgica – CME – C. Cirúrgico▪ Materno Infantil	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">▪ Materno Infantil▪ Saúde Pública▪ Administração▪ Psiquiatria	270 h

Luciane Romano
Estagiário(a)
Assinatura

ROMI REGINA MIQUELLUZZI
Supervisor na Empresa
COREN-SC 54068
Assinatura e Carimbo

Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo
ROSANE APARECIDA DO PRADO
GERENTE EDUCACIONAL DE
JOINVILLE - ETSC

AGRADECIMENTO

A maioria das pessoas que conheci fizeram sua contribuição ao Estudo de Caso.

Conseqüentemente, é impossível agradecer a todos. Particularmente, no entanto, gostaria de agradecer a Deus pela vida, aos meus familiares e amigos pelo estímulo e apoio constante para perseguir as coisas pelas quais desejo.

Profissionalmente, cabem agradecimentos ao Dr. Luiz Alberto Viezzer e Dr. Jeovane Werner por suas críticas construtivas durante o preparo deste manuscrito.

Finalmente, não posso deixar de mencionar que não disporia da energia necessária para elaboração deste, não fossem as preciosas trocas de experiências, aprendendo com cada um de meus colegas e professores, descobrindo com eles que a Enfermagem é; dar de si mesmo e com isso crescer, é assumir um compromisso e com ele amadurecer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 EMPRESA	05
3 ESTUDO DE CASO – COLELITÍASE	06
3.1 APRESENTAÇÃO	06
3.2 ANAMNESE	06
3.3 EXAME FÍSICO	09
3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	10
3.4.1 CONCEITO	10
3.4.2 FISIOPATOLOGIA	10
3.4.3 SINTOMATOLOGIA	11
3.4.4 EXAMES REALIZADOS	12
3.4.5 TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGICO	13
3.4.6 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	16
3.5 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	19
3.5.1 CONCEITO	19
3.5.2 CAUSAS	19
3.5.3 DIAGNÓSTICO	19
3.5.4 COMPLICAÇÕES	20
3.5.5 SINTOMATOLOGIA	20
3.5.6 TRATAMENTO	20
3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	21
3.7 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO	22
3.7.1 ALIMENTAÇÃO CORRETA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
3.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
4 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

A Escola Técnica Federal de Santa Catarina, na Qualidade do curso Técnico em Enfermagem, desenvolveu no decorrer dos quatro semestres, atividades que fortaleceram cada vez mais nossos conhecimentos como alunos, associando teoria com a prática.

A importância de ter documentado trabalhos realizados com qualidade e dedicação, torne-se o registro do relatório de Estágio Curricular, parte importante para comprovação deste.

No primeiro estágio realizado no Hospital São Vicente de Paulo, entre 09 de julho a 30 de agosto de 2001, com total de 130 horas sob supervisão da Enfermeira Graciela de Mátia, desenvolveram-se Fundamentos de Enfermagem, com as seguintes atividades: sinais vitais, técnicas de curativos, administração de medicamentos, técnica de assepsia, toda forma de conforto e segurança do paciente.

Em seguida, realizou-se no Hospital São Vicente de Paulo, após estudos teóricos e sala de aula, estágio de Clínica Médica com Unidade de Tratamento Intensivo e Emergência, sendo os dois primeiros no período de 01 de outubro a 08 de novembro, carga horária de 160 horas, sob supervisão das Enfermeiras Ondina Machado, Rosane Prado e Graciela de Mátia, e o último com a Enfermeira Andréia Kallow no Hospital Bom Jesus de Rio Negro. Realizaram-se atividades em pacientes nos quadros clínicos: estáveis, graves e terminais, cirurgia de emergência, verificando a necessidade de evitar a dor, entendendo como ocorre a resposta humana às doenças, toda forma terapêutica para o devido tratamento.

Realizou-se o estágio de Clínica Cirúrgica no Hospital São Vicente de Paulo de Mafra, compreendendo o período de 21 de janeiro à 13 de fevereiro de 2002, sob supervisão das Enfermeiras: Diva Maria K. Mello, Janeth Cunha Magerus, Neide Luzia Poffo, Débora Rivaldi. Desenvolveram-se atividades como: preparação do paciente para cirurgia, acompanhando o ato cirúrgico, prestando assistência de enfermagem na sua recuperação. Também pode-se acompanhar e desenvolver atividades no processo de esterilização de material e montagem de lape, etc.

Os estágios de Materno-Infantil e Pediatria, aconteceram no período de 15 de abril à 31 de maio de 2002, com carga horária de 166 horas, sob supervisão das Enfermeiras Anair Andréia Nassif, Denize Dallagnol, sendo Obstetrícia, Neonatologia, Materno-Infantil na Maternidade Dona Catarina Kuss e Pediatria no Hospital São Vicente de Paulo. Em Pediatria, aprendeu-se a não desprezar qualquer esforço que pudesse resultar na melhora do quadro clínico das crianças. Já em Obstetrícia e Neonatologia prestou-se assistência à parturiente, recém-nascido e puérpera.

No estágio realizado sobre Saúde Pública, contou-se com a supervisão da Enfermeira Denize Dallagnol, no período de 08 de julho à 31 de julho de 2002 na Unidade Sanitária Central de Mafra, quando foram desenvolvidas atividades, tais como; visitas domiciliares para realização de curativos e investigação de óbitos. Também prestou-se serviço voluntário na Campanha Nacional de Vacinação contra Rubéola, parte importante para complementação e prática dos esquemas de vacinação. Na Unidade Sanitária foram realizados os seguintes procedimentos: nebulização, vacinas, acompanhamento das crianças na consulta mensal ao Pediatra, coleta de material para a prevenção do câncer de cólon uterino e orientação sobre câncer de mama.

O estágio de Administração foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo, sob supervisão indireta da Enfermeira Graciela de Mátia, com carga horária de 32 horas. Desenvolveram-se atividades burocráticas nos setores, desde solicitação de medicação na farmácia à transferência do paciente. Pode-se ter visão ampla da organização e administração do setor de enfermagem, processo necessário para proporcionar o controle e disposição de materiais.

O estágio de Neuropsiquiatria, efetuou-se na Clínica HJ de União da Vitória, sob supervisão da Enfermeira Rosmari de Fátima Mossolin. Acompanhou-se todo processo evolutivo dos distúrbios da mente, sendo de causa hereditária ou se desenvolveu devido problemas sociais e assim tomando conhecimento da forma de tratamento.

Como parte integrante do estágio curricular, consta neste trabalho, estudos sobre a Colelitíase, doença do aparelho gastrointestinal. Este se desenvolveu através de conhecimentos adquiridos, pesquisas e assistência específica a patologia.

EMPRESA – Histórico do Hospital São Vicente de Paulo de Mafra

Havia idealização de uma antiga idéia da construção do hospital na cidade de Mafra.

O Hospital São Vicente de Paulo iniciou sua construção no ano de 1976, teria sido instituída a primeira diretoria dando início a Campanha Pró-Hospitalar de Mafra. Em terreno, parte doado e parte adquirido, lançava-se os primeiros donativos. Em 16 de maio de 1943, autoriza-se então a confecção da planta do edifício.

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.

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 6.486,55 m², o Hospital São Vicente de Paulo, conta atualmente com 86 leitos disponíveis, dos quais seis da Unidades de Terapia Intensiva (uma das mais importantes conquistas da região).

Com 115 funcionários e um corpo clínico de 65 profissionais de 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 - COLELITÍASE

3.1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa realizou-se no desenvolvimento do Estágio de Clínica Cirúrgica, período vespertino no Posto 03 do Hospital São Vicente de Paula, sob a supervisão das enfermeiras Débora de Paulo, Janeth Cunha e Diva Maria K. Mello, objetivando o acompanhamento direto do paciente no pré, trans e pós-operatório específico para a patologia.

Colelitíase, doença da vesícula biliar com cálculos biliares, onde vários distúrbios no sistema biliar e interferem na drenagem normal da bile para o duodeno, sendo incomuns em crianças e adultos jovens, mas incidem cada vez mais após os 40 anos de idade fato o qual serviu de incentivo para elaboração desta pesquisa.

3.2 ANAMNESE

A paciente F.B., internada no quarto 42, leito B, é brasileira, católica de cor branca, com descendência polonesa, 89 anos de idade, do sexo feminino, estado civil viúva e profissão do lar, ou seja, dona-de-casa.

Para obter informações sob a história patológica da paciente, foram necessários vários contatos, acompanhando sua evolução clínica, a qual relatou que há um ano atrás esteve internada com forte alergia na região epigástrica, sendo diagnosticado através de endoscopia digestiva como úlcera gástrica, permanecendo três dias internada, apresentando melhora no estado geral, obtendo alta hospitalar.

Em 31 de janeiro de 2002, a paciente apresentou forte algia no quadrante superior direito do abdome, a qual já sentia há um mês atrás, mas agora com mais intensidade, sendo encaminhada pelos familiares ao Pronto Socorro da cidade de Rio Negro, onde foi tendida pelo neurologista de plantão, após exame físico e sintomatológico encaminhou a paciente para internar sob cuidados do médico gastroenterologista do Hospital São Vicente de Paulo da cidade de Mafra.

A paciente deu entrada às 15 horas, sendo admitido do setor de enfermagem, de cadeira de rodas acompanhada de familiares, apresentando astenia, algia, na região, apresentando hipertermia (38.5°C), hipertensa. Refere não ser alérgico a nenhum tipo de medicação. Faz uso de capoten 25 mg, um comprimido pela manhã. Com histórico de morte familiar por consequência de câncer de esôfago.

Sendo a prescrição médica na internação:

- a) Jejum;
- b) S.G. (Glico-fisiológico) 1000ml, EV, 15 gotas /minuto;
- c) Keflin 01gr. EV de 6/6 horas;
- d) Novalgina 02ml.EV. agora e SN (se necessário);
- e) Plamet 01 ampola EV de 8/8 horas,

Solicitando também exames de:

Hemograma, creatinina, TAP, amilose, Bibiribinas e ultra-som de Hipocôndrio direito, apresentando os seguintes resultados:

Creatinina = 1.93mg/dl	VR = 0,80 a 1.40mg/dl
Tempo de protombina = 13,4 segundos	VR = 13 segundos;
Bilirrubina Total = 2,99 mg%	VR = 0,20 a 1,20 mg%
Bilirrubina direta = 2,48 mg%	VR = 0,00 a 0,30 mg%
Hemograma	
Leucócitos = 21200/mm ³	VR = 4000-10000mm ³
Neutrófilos = 95%/ml	VR = 40-75%/ml
Linfócitos típicos %/ml = 4%/ml	VR = 20-45 %/ml
Monócitos %/ml = 1	VR = 2-10%/ml
Plaquetas AB = 116000/ mm ³	VR = 150000 a 3000000/ mm ³

VR: Valor Referencia.

A ultra-sonografia foi realizada, sendo emitida em seguida o laudo. À noite o médico gastroenterologista realizou a avaliação, a conclusão do laudo

sendo que: a vesícula biliar tem pouca bile, contando cálculos medindo cerca de 28 mm no seu interior.

No dia 01 de fevereiro, a paciente manifestou dor na região lombar. O médico solicitou a avaliação pelo cirurgião geral.

Mantendo a seguinte prescrição:

- a) Fluidoterapia com soro glicosado (SG)5% 1500ml EV;
- b) Soro Fisiológico (SF)1500ml, EV;
- c) Keflin 01gr. EV de 6/6 horas;
- d) Lasix 1 comprimido VO pela manhã;
- e) Novalgina 03ml.EV. 6/6 horas;
- f) Plamet 01 ampola EV de 8/8 horas;
- g) Buscopan Composto 05 ml;

No período da tarde, o cirurgião geral, realizou a avaliação, agendando cirurgia no dia 04 de fevereiro, solicitou ainda avaliação cardiológica pré-operatória.

No dia 02 de fevereiro a paciente foi avaliada no período da manhã pelo cardiologista, o qual informou não haver nenhuma anormalidade cardíaca.

O médico gastroenterologista fez sua avaliação diária, observou quadro de instabilidade de paciente, manteve-se a prescrição do dia anterior.

No dia 03 de fevereiro não houve nem uma alteração na medicação mantendo a mesma dos dias anteriores. A paciente encontrava-se bastante aflita devido à cirurgia do dia seguinte. Orientei-a ficar calma e administrei dormonid 15mg, via oral conforme prescrição médica (CPM), após se acalmar.

No dia 04/02, às 07:00 horas a paciente, foi encaminhada ao Centro Cirúrgico, recebeu a anestesia peridural. Depois de feito a incisão, foi retirado dois cálculos biliares, um medindo 22mm e dois medindo 25mm, terminando o ato cirúrgico a paciente foi encaminhada para a sala de recuperação pós-

operatório sob efeito anestésico, onde permaneceu até a sua total lucidez, não referindo queixas, foi então transferida para o quarto sendo acompanhada pela enfermagem. As 15:00 horas referiu dor em incisão cirúrgica, sendo medicado com Dipirona 1 ampola E.V. COM (Conforme Prescrição Médica).

A paciente F.B. permaneceu internada por mais 5 dias, para observação e acompanhamento médico diariamente com cuidados de enfermagem específicos, que vamos relatar adiante. Segundo informações obtidas, a paciente F.B. foi a óbito após seis meses.

3.3 EXAME FÍSICO

A paciente deu entrada as 15:00horas no Hospital São Vicente de Paulo, apresentando Hipertensão, astenia, algia na região abdominal, hipertermia. Observou-se boa higiene. A pele e o couro cabeludo apresentavam-se íntegros. Fazia uso de prótese dentária superior e inferior.

Os sinais vitais apresentavam-se conforme segue:

- a) Pressão Arterial (PA)160x90 mmHg;
- b) Temperatura (T) 38.5°C;
- c) Respiração (R) 22mrpm;
- d) Pulso (P) 78bcpm;

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: COLELITÍASE

O diagnóstico principal, de colelitiase, foi obtido através dos resultados de exames realizados, sinais e sintomas apresentados pela paciente.

3.4.1. CONCEITO

Esta é conhecida como calculo na vesícula biliar. A causa mais provável de formação de cálculos e a interrupção do fluxo biliar por infecções ou modificações digestivas. Sendo que, estes cálculos consistem sobretudo, de colesterol, substância graxa existentes no sangue e em outras partes do organismo e de pigmentos biliares. O colesterol é mantido normalmente em solução por dois outros componentes da bile, e a lecitina e ácidos biliares. Quando o conteúdo do colesterol exceder em muitos o da lecitina e ácidos biliares, são então formados os cálculos.

3.4.2 FISIOPATOLOGIA

Existe dois tipos de cálculos biliares: os compostos primariamente de colesterol e os compostos predominantemente.

Os **cálculos de pigmentos**, suas formatação provavelmente quando os pigmentos não-conjugados na bile se precipitam para formar cálculos, o risco aumenta em pacientes com cirrose, hemólise e infecções na árvore biliar. Quando não dissolvido, devem ser removidos cirurgicamente.

Os **cálculos de colesterol** ocorre na maioria dos casos restantes da doença da vesícula biliar nos EUA. Pacientes propensos a cálculos, há uma diminuição na síntese de ácidos biliares e um aumento na síntese de colesterol no

fígado, e esse processo resulta em bile supersaturada de colesterol, o que precipita a formação de cálculos biliares e atua como irritante, produzindo alterações inflamatórias na vesícula biliar.

A incidência de ocorrer cálculos de colesterol e doença da vesícula biliar é maior nas mulheres. Ela em geral tem mais de 40 anos de idade são múltiplas e obesas. Essa formação de cálculo vai crescendo com a idade, como o aumento de secreção hepática de colesterol e diminuição da síntese de ácidos biliares. Existe, além disso, um risco elevado devido à má absorção de sais biliares em pacientes com doenças gastrointestinais ou fístula de dreno em T, ou tiverem ressecção ideal ou desvio. Incidência também em pessoas com diabetes.

3.4.3 SINTOMATOLOGIA

Todo paciente com doença da vesícula biliar, devido aos cálculos pode desenvolver dois tipos de sintomas: devido a obstrução da passagem de bile por um cálculo biliar e os devido a doença da própria vesícula biliar. Os sintomas podem ser agudos ou crônicos. Pode ocorrer sofrimento epigástrico, tal como plenitude, distensão abdominal e vaga dor no quadrante direito do abdome.

Também, os cálculos biliares podem ser silencioso. Não produz dor mas, apenas brandos sintomas gastrintestinais. Estes cálculos podem ser detectados incidentalmente durante uma cirurgia ou avaliação de problemas não-relacionados.

O paciente apresenta as cólicas biliares, desenvolvendo febre e pode ter uma massa abdominal palpável. O paciente se move inquietamente, incapaz de achar uma posição confortável.

A obstrução do fluxo da bile no duodeno resulta nos seguintes sintomas característicos: a bile que não é levada para o duodeno, é absorvida pelo sangue,

dando à pele e as membranas mucosas uma cor amarela. Isto pode causar intensa coceira na pele.

Devido a obstrução do ducto biliar comum a excreção de pigmentos biliares pelos rins dá à urina uma cor muito escura. Já as fezes, não mais coradas por bile, são acinzentadas, como mas, de vidraceiro e em geral descritas como “cor de barro” .

A obstrução do fluxo de bile também interfere na absorção das vitaminas lipossolúveis A, D, E e K. Portanto, o paciente pode manifestar deficiências destas vitaminas se a obstrução biliar tiver sido prolongada. A deficiência de vitamina K irá interferir na coagulação normal do sangue.

Se o cálculo biliar for desalojado e não mais obstruir o duto cístico, a vesícula biliar drena e o processo inflamatório cede após um tempo relativamente curto se o cálculo biliar continuar a obstruir o duto, podem resultar um abscesso, necrose e perfuração com peritonite generalizada.

A paciente F.B. apresentava todos estes sintomas.

3.4.4 EXAMES REALIZADOS

a) Laboratoriais:

Creatinina

Tempo de protombina

Bilirrubina

Leucócitos

Neutrófilos

Linfócitos típicos

Monócitos

Plaquetas

b) Radiográficos:

Ultra-sonografia

3.4.5 TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO

A maioria dos enfoques não – cirúrgicos, incluindo a litotripsia e a dissolução dos cálculos biliares, dá uma solução apenas temporária para os problemas associados aos cálculos biliares. Com o amplo uso da colecistectomia laparoscopia, onde a vesícula biliar é removida por uma pequena incisão pelo umbigo, os riscos cirúrgicos tem diminuído juntamente com o tempo de estudo no hospital e o longo período de recuperação associados a colecistectomia cirúrgica padrão.

Entretanto, outros enfoques, discutidos adiante, podem ser indicados para pacientes específicos.

Quando se faz a remoção cirúrgica tradicional foi considerado o enfoque padrão para o tratamento por mais de 100 anos. Entretanto, ocorreram marcantes mudanças nos tratamentos cirúrgicos, não-cirurgico da doença da vesícula biliar. Embora os enfoques não-cirurgico tenham a vantagem de eliminar o risco cirúrgico, eles estão associados a sintomas persistentes.

O tratamento cirúrgico de doença da vesícula biliar e cálculos é feito para tratar uma colecistite aguda. A cirurgia pode ser feita com um procedimento de emergência se as condições do paciente assim exigirem.

Pré-operatório. Além de estudos de raios X da vesícula biliar, os raios X torácicos, o eletrocardiograma e os testes de função hepática devem ser feitos. Deve ser administrada vitamina K se o nível de protombina do paciente estiver baixo. A terapia de hemoderivados deve ser administrada antes da cirurgia.

São consideradas as necessidades nutritivas. Se o paciente não estiver se alimentando adequadamente, ele pode necessitar de glicose intravenosa com suplementação de hidrolisado de proteínas para ajudar a cicatrização e evitar dano hepático.

A preparação para a cirurgia de vesícula biliar é de qualquer laparotomia abdominal superior. As instruções e as explicações são dadas antes da cirurgia com relação à mobilização e a respiração profunda. Como a incisão abdominal é alta, o paciente em geral fica relutante quanto a se mover e virar. A pneumonia e atelectasia são possíveis complicações pós-operatórias, q, em geral, são evitadas por exercícios de respiração profunda e freqüente mudanças de óbito. O paciente deve ser informado de que, com alguns destes procedimentos cirúrgicos são geralmente necessários tubos de drenagem e que uma sonda nasogástrica e aspiração também serão necessárias durante o período pós-operatório imediato.

Intervenção cirúrgica. Em geral os pacientes são colocados na mesa de operação com o abdome superior um pouco elevado, por um pouco elevado, por um travesseiro de ar ou saco de areia, de modo a tornar a área biliar mais acessível.

A colecistectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais freqüentes, com cerca de 600.000 cirurgias feitas nos EUA cada ano. Neste procedimento a vesícula biliar é removida após o duto-cístico e a artéria serem ligadas. O procedimento é feito na maioria dos casos de colecistite aguda crônica. É colocado um dreno (Penrose) na vesícula biliar e trazido para fora por meio de uma incisão para drenar o sangue, líquidos sorosangüíneos e bile para dentro de curativos absorventes.

Já a minicolecistertamia é um procedimento cirúrgico pelo qual a vesícula biliar é removida por meio de uma incisão de 4cm. Se necessário, a incisão cirúrgica é estendida para remover grandes cálculos biliares. Drenos podem ou não ser usados com a minicolecistectomia. A economia de custo resultante do menor tempo de permanência do paciente no hospital tem sido identificada como o principal motivo para adotar este tipo de procedimento. Existe um debate acerca dele por limitar a exposição a todas as estrutura biliares envolvidas.

A colecistectomia laparoscopia tem mudado muito o enfoque do tratamento de colecistite. Aproximadamente 600000 pacientes necessitam de cirurgia a cada ano para remoção da vesícula biliar, e cerca de 70% a 80% deles são candidatas a colecistectomia laparoscopia.

Embora o procedimento de abdome aberto seja necessário apenas ocasionalmente, a necessidade de recorrer a um procedimento cirúrgico total pode resultar da incapacidade em identificar e selecionar pacientes com baixo risco de problemas. Com o uso mais amplo do procedimento, pode haver um crescimento no número de pacientes encontrados durante a laparoscopia que necessite da abordagem cirúrgica-abdominal.

Na coledocostomia, é feita uma incisão no duto biliar comum para a remoção dos cálculos. Após os cálculos terem sido removidos, geralmente é inserido um dreno no duto para drenagem de bile até o edema ceder. Este dreno é conectado a outro para drenagem por gravidade. A vesícula também contém cálculos e como regra é feita uma colecistectomia no mesmo tempo.

A colecistectomia é feita quando a condição do paciente impede uma cirurgia mais extensa, ou quando uma reação inflamatória aguda obscurece o sistema biliar. A vesícula biliar é cirurgicamente aberta, são removidos os cálculos e a bile, ou drenagem purulentos, em um tubo de drenagem é fechado com uma sutura em ulinhavo. O tubo é então conectado a um sistema de drenagem para evitar que a bile vazze ao redor ou escape para a cavidade peritoneal. Após a recuperação de um episódio agudo, o paciente pode retornar para a colecistectomia.

A despeito de seu menor risco a colecistectomia cirúrgica tem uma alta mortalidade devido à doença subjacente do paciente, estima que cerca de até 20 a 30 % de mortalidade.

A colecistectomia percutanea tem sido usada no tratamento e diagnostico de colecistite aguda em pacientes de risco para qualquer procedimento cirúrgico

ou para anestesia geral. Isto pode incluir paciente com sépsis ou grave insuficiência cardíaca, renal, pulmonar ou hepática. Sob anestesia local, é inserida uma agulha fim pela parede abdominal e margem do fígado na vesícula biliar, sob orientação de ultra-som ou tomografia. A bile é aspirada para garantir a adequada colocação da agulha, e um coletor é inserido na vesícula para descomprimir a via biliar. Tem sido relatado um alívio quase imediato de dor dos sinais e sintomas de sépsis e colecistite com este procedimento. Os antibióticos são administrados antes, no decorrer e depois do procedimento.

3.4.6 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento utilizado pela paciente F. B. foi o seguinte:

- a) Fluidoterapia com soro fisiológico (SF) 9% endovenoso (EV) + soro glicosado (SG) 5% endovenoso (EV);
- b) Keflin 01g (ceftriaxona sódica) endovenoso (EV) de 6/6 horas;
- c) Novalgina (dipirona) 2 ML endovenoso (EV), em caso de hipertemia;
- d) Plamet (bromoprida) 2 ML endovenoso (EV) de 8/8 horas;
- e) Buscopam Composto 1 ampola endovenoso (EV) de 8/8 horas;
- f) Plasil (metoclopramida) 2 ML endovenoso (EV), em caso de vômito;
- g) Lasix (diurético) 1 ampola endovenoso (EV) de 8/8 horas;
- h) Dormonid 15 mg (hipnótico) 1 comprimido via oral se necessário (SN);

O medicamento de nome comercial Keflin tem como substância ativa ceftriaxona sódica, que é denominado sal diassódico do ácido usado no tratamento de infecções causadas por microorganismos sensíveis a ceftriaxona.

Os efeitos colaterais mais comuns são: distúrbios gastrintestinais, cefaléia, tontura, elevação das enzimas hepáticas, sedimento na vesícula biliar e distúrbios

da coagulação, pode existir efeito colateral local que é reações inflamatórias na parede da veia, podendo ser evitado por injeção lenta da substância.

A Novalgina é a dipirona que age como analgésico e antitérmico, suas reações adversas mais comuns são hipersensibilidade a fórmula.

As reações mais graves, embora rara, são choque discrasias sanguíneas.

O Plamet tem como composição ativa bromoprida, é um procinético gastrointestinal que também atua como antiemético, bloqueando o centro do vômito, ou seja, esofagite de refluxo, gastroparesia e náuseas.

É indicado também para Hérnias de hiato, discinesias gastroduodenais, gastrites, duodenites, úlceras pépticas, decências biliares, colopatia espasmódica, desfazia, soluços, pirose, cefaléia de origem digestiva 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 gastrointestinal.

Seu efeito colateral pode surgir com o aparecimento de espasmos musculares localizados, espontâneo e completamente reversível com interrupção do tratamento.

O Buscopam Composto é um medicamento espasmolítico e analgésico, de ação miotrópica cujo emprego é possível uma redução da resistência vascular periférica.

Sua indicação nos estados dolorosos e cólicos do trato gastrointestinal, das vias biliares e urinárias, e do aparelho genital feminino.

É contra-indicado em pacientes com tolerância conhecida ao brometo de N-butilescopolamina e aos seus derivados.

As reações ou efeitos mais graves, embora bastante raras, são choques e discrasias sanguíneas, o que é sempre um quadro muito grave. Outros efeitos indesejados que podem ocorrer incluem reações de hipersensibilidade que afetam mucosas nasofarínge e cutâneas.

O Plasil tem como componente ativo a metoclopramida, indicado no tratamento dos distúrbios da motilidade, náuseas e vômitos de origem central.

É contra-indicado na síndrome de Parkinson e outras doenças extrapiramidais, em pacientes com antecedentes de hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

As reações adversas mais comuns são: inquietação, sonolência, fadiga, lassidão, tontura, náuseas, erupções cutâneas incluindo urticária ou distúrbios gastrintestinais.

O medicamento de nome comercial Lasix, tem como propriedade ativa furosemida, é um diurético e tem ação em todas as regiões do néfron, com exceção do túbulo distal, com predomínio de ação no segmento ascendente.

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 e coma hepático associado com encefalopatia hepática, hiponatremia grave, hipovolemia, 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.

Dormonid é indicado nos distúrbios do ritmo do sono e das formas de insônia, principalmente a dificuldade de iniciar o adormecimento.

Sua contra-indicação, ou seja, não administrado em crianças prematuras e a pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Tem como reação adversa à alteração na pressão sanguínea arterial, na frequência do pulmão e na respiração.

3.5 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: HIPERTENSÃO ARTERIAL

3.5.1 CONCEITO

Refere-se a um aumento da pressão arterial, ou seja, uma pressão sanguínea mais elevada do que o normalmente esperado, considerando-se idade, o peso e o sexo (afeta mais mulheres). Ela geralmente é denominada “matador silencioso”, já que a pessoa hipertensa frequentemente, não apresenta sintomas.

3.5.2. CAUSAS

Dentre todos os fatores de risco para o hipertenso, ou vir a desenvolver a hipertensão o tabagismo é o mais comum. Pessoas com história familiar de doenças cardiovasculares se tornam propensas em desenvolver a doença. Outros fatores que merecem ser citadas são:

- a) Distúrbios emocionais;
- b) Obesidade;
- c) Ingestão excessiva de álcool;
- d) Fumo;
- e) Medicamentos estimulantes;
- f) Hereditariedade.

Um exemplo de hipertensão secundária acontece nas doenças dos rins, que, por alguma razão não consegue filtrar o sangue como deveriam, ativando os sistemas de defesa do organismo o que acaba provocando o aumento da pressão.

Existem casos mais raros de pressão alta que são causadas por tumores na hipófise e na glândula adrenal, que são de vários hormônios do nosso organismo.

3.5.3 DIAGNÓSTICO

A pressão arterial pode-se ser diagnosticada através da medicação. Na avaliação dos vasos sanguíneos é examinada a retina. Fazem-se também estudos para avaliar causas tais como alimentação, estilo de vida, praticar exercícios físicos.

3.5.4 COMPLICAÇÕES

Após ser diagnosticado é realizado tratamento adequado, caso contrario pode causar uma série de complicações tais como:

- a) Angina ou enfarto, prévio do miocárdio;
- b) Insuficiência cardíaca;
- c) Aneurisma vascular;
- d) Revascularização do miocárdio prévia;
- e) Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico;
- f) Hipertrofia ventricular esquerda (espessamento do coração);
- g) Retinopatia hipertensiva
- h) Doença vascular arterial periférica

3.5.5 SINTOMATOLOGIA

Podem aparecer sintomas como cefaléia, pés frios e calor na cabeça, taquicardia, astenia, náuseas, hemorragias nasais e cansaço.

3.5.6 TRATAMENTO

Consiste em prevenir a morbidade e a mortalidade associados conseguindo e manter de uma pressão arterial abaixo de 140 x 90 mmhg

Abordagens farmacológicas, exercícios e relaxamentos devem ser usados na tratamento.

No caso de pacientes obesos, é importante visar a perda de peso, que, em muitos casos pode solucionar o problema. Os exercícios físicos como andar ajuda também a combater o stress.

O tratamento com medicamentos, quando se faz necessário, diuréticos ajudam a remover o sal que está acumulado no sangue causando o aumento da pressão. O problema quanto ao uso desses medicamentos é que eles podem causar espasmos dos brônquios dos pulmões nas pessoas que tem asma, ou reduzir os batimentos do coração, ou mesmo piorar as condições do coração quando já existe uma insuficiência.

Existe tratamentos que saciam no relaxamento dos vãos sanguíneos, reduzindo a sua resistência, com isso abaixando a pressão do sangue. Outros medicamentos produzem efeitos semelhantes, porém atuam de forma diferente.

Para aqueles casos em que a pressão é alta em consequência de outras doenças como um tumor da hipófise ou uma obstrução da artéria renal, a solução é cirurgia para remoção do problema.

3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Foram prestadas assistências à paciente F.B. tais como:

- a) Verificação e controle dos sinais vitais;
- b) Auxiliou-se a paciente na higiene e conforto;
- c) Realizou-se cuidados de pele e drenagem biliar;
- d) Administrou-se medicação conforme prescrição médica;
- e) Observou-se gotejamento das medicações endovenosas;
- f) Controle drenagem biliar.

As orientações prestadas a paciente F.B. forma relacionadas com a colelitíase e hipertensão arterial. Quando a paciente obteve alta do hospital, quando o sistema de drenagem ainda está no lugar, a paciente e seus familiares precisaram de instruções quanto a seu tratamento. Cuidados apropriados ao dreno e saber relatar ao médico, imediatamente alterações na quantidade ou nas características da drenagem.

Foi orientada também sobre medicações necessárias e suas ações.

A dieta pobre em gorduras e rica em carboidratos e proteínas e manter o controle de peso.

3.7.1 ALIMENTAÇÃO CORRETA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Com a hipertensão arterial o alimento mais relacionado é o sal. Algumas não se beneficiam com a redução do uso do sal, já outros sentem considerável melhora e por isso vale a pena fazer este controle.

Bebidas também devem ser moderadas e o tabagismo provoca emadurecimento arterial. Com isso força o coração a trabalhar com mais esforço e frequência levando o aumento da pressão arterial.

3.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na qualidade do curso técnico em enfermagem, tentou-se passar para o paciente informações e orientações que além do aprendizado das aulas teóricas, foram colhidos através de pesquisa realizadas em livros e em contatos com os médicos.

CONCLUSÃO

Toda forma de crescer requer o aprendizado, esforço, dedicação demonstrando qualidade e segurança.

No decorrer do curso Técnico em Enfermagem, contamos com total apoio de professores, diretores e dos pacientes.

Os estágios realizados, praticou-se todo conhecimento teórico, passando confiança e nos tornando verdadeiros humanos sentindo assim o valor da amizade e a necessidade de ter sempre alguém para compartilhar nossas vitórias e derrotas, com isso crescer no lado profissional e pessoal.

Em relação ao sofrimento das pessoas, às solicitações da enfermagem pelos pacientes, à necessidade de motivação no trabalho, à solução dos problemas humanos pela ciência e à previsão dos fenômenos da vida humana nos torna profissionais reconhecidos.

Mas, precisamos estar atentos sempre, para melhorar os nossos conhecimentos e buscar novos horizontes.

Apesar de tudo, podemos nos considerar vitoriosos.

18/03/2003

Luciane Romano

Luciane Romano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LAMEDA, Carlos S. Clínica Médica e Cirúrgica. Editora Atheneu. Rio de Janeiro, 1983.

SMELTZER, Suzane C.; Brenda G. Brunner Suddardt. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Editora Guanabara Koogan.

BRAIN, C. B. & SHIPLEY, S. B. Enfermagem em Clínica Médica. Médica. Rio de Janeiro. 1992, p 18-23 .

SILVA, Fernando. Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, EPU – EDUSP, 1982, p.89.