

Processo de enfermagem aplicado a paciente com infecção operatória pós colectomia e nefroureterectomia*Nursing process applied to patients with postoperative infection after colectomy and nephroureterectomy**Proceso de enfermería aplicado a pacientes con infección postoperatoria tras colectomía y nefroureterectomía***Mayara Spin¹**

ORCID: 0000-0003-4545-608X

Eduardo Gabriel Cassola¹

ORCID: 0000-0001-8414-0286

Vanessa Mizobata¹

ORCID: 0000-0003-0921-5959

Raquel Rondina Pupo da Silveira¹

ORCID: 0000-0002-2545-1524

Kyara Marcondes Sardeli¹

ORCID: 0000-0002-6932-3380

Beatriz Carreira Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-7295-1073

Ana Carolina do Nascimento¹

ORCID: 0000-0003-1419-3678

Tânia Felipe¹

ORCID: 0000-0001-6137-0556

Meire Cristina Novelli e Castro¹

ORCID: 0000-0002-0590-4127

Claudia Maria Silva Cyrino¹

ORCID: 0000-0003-2442-3606

¹Universidade Estadual Paulista.
São Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Spin M, Cassola EG, Mizobata V, Silveira RRP, Sardeli KM, Oliveira BC, Nascimento AC, Felipe T, Castro MCN, Cyrino CMS. Processo de enfermagem aplicado a paciente com infecção operatória pós colectomia e nefroureterectomia. Glob Acad Nurs. 2021;2(2):e141.
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200141>

Autor correspondente:

Claudia Maria Silva Cyrino
E-mail: claucyrino@gmail.com

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 07-02-2021

Aprovação: 01-03-2021

Resumo

Neste relato de experiência, objetivou-se demonstrar a importância da sistematização da assistência de enfermagem, seja no aspecto prático, por meio das intervenções, no aspecto teórico-científico que fundamenta toda a nossa estrutura científica da profissão, quanto na busca e organização de informações sobre o paciente, que apresentava um quadro de deiscência e infecção em ferida operatória após ser submetido a uma colectomia e nefroureterectomia direita, decorrente de Retocolite Ulcerativa Intestinal e carcinoma de células transitórias de ureter, respectivamente, podendo assim, observar e acompanhar a evolução deste. Foi realizado durante a atividade prática da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso Clínico e Cirúrgico do curso de Graduação em Enfermagem. Utilizou-se instrumento de coleta de dados elaborado pela disciplina, além de entrevistas com o paciente, pesquisa no prontuário eletrônico do paciente e as etapas do processo de enfermagem composto por histórico e exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem adaptado aos diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association*. A realização do estudo proporcionou uma oportunidade de aplicar e ampliar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso por meio do Processo de Enfermagem.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Relatos de Casos.**Abstract**

In this experience report, the aim was to demonstrate the importance of systematizing nursing care, either in the practical aspect, through interventions, in the theoretical-scientific aspect that underlies our entire scientific structure of the profession, as well as in the search and organization of information about the patient, who presented a picture of dehiscence and infection in the surgical wound after undergoing colectomy and right nephroureterectomy, resulting from Intestinal Ulcerative Colitis and ureter transitional cell carcinoma, respectively, thus being able to observe and monitor its evolution. It was carried out during the practical activity of the Clinical and Surgical Adult and Elderly Health discipline of the Undergraduate Nursing Course. A data collection instrument developed by the discipline was used, in addition to interviews with the patient, research in the patient's electronic medical record and the steps of the nursing process, consisting of history and physical examination, diagnosis, prescription and nursing evolution adapted to the diagnoses of nursing according to the *North American Nursing Diagnosis Association* taxonomy. Conducting the study provided an opportunity to apply and expand all the knowledge acquired throughout the course through the Nursing Process.

Descriptors: Nursing Care; Nursing Process; Case Reports.**Resumen**

En este relato de experiencia, el objetivo fue demostrar la importancia de sistematizar el cuidado de enfermería, ya sea en el aspecto práctico, a través de intervenciones, en el aspecto teórico-científico que sustenta toda nuestra estructura científica de la profesión, así como en la búsqueda y organización de información sobre el paciente, quien presentó un cuadro de dehiscencia e infección en la herida quirúrgica luego de ser sometido a colectomía y nefroureterectomía derecha, resultado de Colitis Ulcerosa Intestinal y carcinoma de células transitóricas de uréter, respectivamente, pudiendo así observar y monitorear su evolución. Se llevó a cabo durante la actividad práctica de la disciplina Clínica y Quirúrgica de Salud del Adulto y del Anciano del Curso de Licenciatura en Enfermería. Se utilizó un instrumento de recolección de datos desarrollado por la disciplina, además de las entrevistas con el paciente, la investigación en la historia clínica electrónica del paciente y los pasos del proceso de enfermería, consistente en historia y exploración física, diagnóstico, prescripción y evolución de enfermería adaptada a la taxonomía de enfermería según la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association*. La realización del estudio brindó la oportunidad de aplicar y ampliar todos los conocimientos adquiridos a lo largo del curso a través del Proceso de Enfermería.

Descritores: Cuidado de Enfermería; Proceso de Enfermería; Reportes del Caso.

Introdução

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que o enfermeiro utiliza para assistir o paciente, guiando o cuidado e permitindo o registro das ações. O processo sistematizado do cuidado de Enfermagem teve como base a teoria de Wanda Horta¹, visando à assistência integral ao ser humano, ele se constitui de cinco etapas inter-relacionadas: histórico de Enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação de Enfermagem e avaliação.^{2,3}

Além das teorias, a enfermagem também considera diversos sistemas de classificação, sendo a Taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnoses Association - NANDA International*)⁴ uma das mais conhecidas e aplicadas. Assim, a NANDA-I se constitui como um sistema de linguagem padronizada, reconhecida em âmbito mundial pelos enfermeiros, organizada em 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos de enfermagem⁵.

Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI)

A retocolite ulcerativa idiopática é uma doença crônica inflamatória. A inflamação usualmente começa no reto e na parte inferior do cólon, mas também pode envolver todo o cólon. Sua causa é desconhecida. Acreditava-se que a dieta e o estresse podiam estar entre as causas da doença, mas agora sabe-se que isso pode apenas agravar o problema, mas não causar completamente a doença. Um distúrbio do sistema imunológico também pode originar sintomas quando uma resposta imunológica anormal faz com que ele ataque as células do próprio organismo. Nesse caso, as células da mucosa do cólon e do reto. É como se o organismo entendesse que o intestino grosso fosse um órgão estranho, tentando combatê-lo persistentemente. A hereditariedade também parece desempenhar um papel na incidência de colite ulcerativa, uma vez que a doença ocorre em pessoas que têm familiares com a doença. No entanto, a maioria das pessoas com retocolite ulcerativa não têm esse histórico familiar.⁶

Na forma leve da doença, ocorrem os sintomas básicos, como diarreia e sangramento retal. Durante o período de exacerbação, pode ocorrer de três a cinco evacuações por dia, contendo também, o sangramento retal. Progredindo para a forma moderada, adicionam-se aos sintomas anteriores, fortes dores abdominais. Na fase grave, é predominante a diarreia, muco, pus e sangramento retal, podendo ser acompanhada de dores abdominais. Sendo assim, os principais sintomas da RCUI são: diarreia ou urgência retal (sendo comum diarreia de 10 a 20 vezes por dia), juntamente de sangramento retal. Dores abdominais, perda de apetite, febre, perda de peso, anemia e mucos nas fezes.⁶

As complicações podem incluir sangramento intestinal intenso (incluindo coágulos de sangue nas fezes), distensão intensa abdominal (inflamação) e megacólon tóxico (inflamação acompanhada de infecção grave que pode atingir a corrente sanguínea e causar septicemia). A presença de diarreia crônica com sangue, pode originar

quadros de anemia. A colite ulcerativa também cursa com manifestações em outros órgãos como os olhos, as articulações, a pele, as vias biliares e o fígado. Particularmente importante é a espondilite anquilosante que acarreta rigidez com imobilidade quase total da coluna.⁶

O primeiro passo para determinar o diagnóstico é examinar o histórico médico detalhado da família e do paciente, incluindo informação completa dos sintomas, juntamente de um exame físico. Por meio de análises de sangue, é possível detectar alterações dos elementos do sangue e presença de inflamação, ajudando a detectar a presença de anemia, das baixas contagens de glóbulos vermelhos, e dos elementos (brancos) de defesa imunológica. O exame de fezes é utilizado para descartar uma infecção ou para revelar se há sangue na mesma. O exame de sigmoidoscopia é utilizado para examinar o reto e o terço inferior do cólon. A colonoscopia examina todo o cólon e a extremidade final do intestino delgado.⁷

A classificação da atividade da doença pode ser avaliada através do Escore de Mayo, podendo ser dividida em doença em remissão (0 a 2 pontos), atividade discreta (3 a 5 pontos), moderada (6 a 10 pontos) ou grave (11 e 12 pontos). O Escore de Mayo avalia os seguintes parâmetros: número de evacuações, presença de sangramento retal, achados endoscópicos e avaliação global do paciente. Tais dados foram obtidos da última consulta do paciente visualizados no prontuário eletrônico do paciente (PEP).⁸

Os tratamentos agem diminuindo a inflamação na parede do cólon. Isso permite que o cólon se recomponha e também ajuda a aliviar os sintomas de diarreia, sangramento retal e dor abdominal. No tratamento medicamentoso, são indicados os aminossalicilatos (reduzem a inflamação na parede do trato gastrointestinal), corticosteroides (mantém o sistema imunológico sob controle) e imunomoduladores (modula a reação do sistema imunológico para evitar a inflamação contínua). Quando os pacientes não respondem bem a terapia convencional, entra em uso as terapias biológicas, que são conhecidas como agentes anti-TNF. O TNF (fator de necrose tumoral) é um químico produzido por nossos corpos para causar a inflamação. Os anticorpos são proteínas produzidas para aderirem a estes químicos e, desse modo, permitem que o corpo destrua o químico e reduza a inflamação.⁷

Quando não é possível controlar a inflamação com medicações, a cirurgia é programada, possuindo duas opções cirúrgicas. A primeira, envolve uma bolsa externa conhecida como ileostomia, que é uma abertura no abdome pela qual as fezes são esvaziadas em uma bolsa sintética aderida na parede abdominal. A segunda é uma ligação interna chamada anastomose íleo-anal, que é criada quando o intestino delgado se adere ao esfíncter do ânus, o que elimina a necessidade de um estoma.⁷

Carcinoma de Células Transicionais (CCT)

Os carcinomas de células transicionais (CCT) correspondem a cerca de 90% dos tumores do uroepitélio.⁹

Os fatores ambientais têm sido relacionados com aumento de risco de CCT, sendo a identificação destes fatores dificultada pelo longo período de latência (18 anos),



entre a exposição e o aparecimento do tumor. A principal causa de CCT é o fumo, sendo o tempo de exposição o fator de risco mais importante que o consumo diário. Agentes químicos carcinogênicos tendem a causar tumores vesicais. Este fato se deve ao contato por mais tempo desses agentes, presentes na urina, com o epitélio vesical e à conversão, na bexiga, de alguns agentes para formas conjugadas que são capazes de promover o tumor.¹⁰

Outros fatores de risco relacionados com os tumores são: aminas aromáticas; 2-naftilamina; benzidina; xenilamina; 4-nitrodifenil; fumo; café; adoçantes; fenacetina; paracetamol; nefropatia dos balcões (habitantes dos Balcões com nefropatia familiar endêmica apresentam uma predisposição inexplicável para desenvolvimento de CCT).¹⁰

A maioria dos pacientes apresentam hematúria, podendo ocorrer também disúria e polaciúria se houver também envolvimento da bexiga. A dor em cólica pode acompanhar obstrução (uropatia obstrutiva). A tríade clássica de dor no flanco, massa abdominal e hematúria ocorrem em 10% dos pacientes, geralmente com doença avançada.¹⁰

O prognóstico dependerá da profundidade da penetração para dentro, ou através, da parede uroepitelial. A probabilidade de cura é maior para pacientes com tumores localizados superficialmente (90%), sendo menor para aqueles com tumores profundamente invasivos (10 a 15%). Se o tumor penetrar a parede ou se ocorrerem metástases a distância, a cura é improvável.¹⁰

Nos pacientes com sintomas inexplicáveis, realiza-se ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC) com contraste. Se o diagnóstico não puder ser excluído, realiza-se análise citológica ou histológica para confirmação. Uma pequena proporção de pacientes apresenta, ao diagnóstico, sintomas de doença metastática (perda de peso, anorexia, dor óssea e massa abdominal). O diagnóstico diferencial pode incluir: sobreposição de gases intestinais, tuberculose, compressão externa do sistema coletor por vasos anômalos, coágulo sanguíneo, cálculo radiotransparente e bola fúngica.¹⁰

A TC é indispensável na avaliação das lesões obstrutivas pela possibilidade de realizar estadiamento local e planejar o tratamento. Na avaliação diagnóstica é mais sensível que a Urografia excretora por visibilizar mínima concentração de contraste em rins com função renal prejudicada, delineando com precisão o sistema coletor.¹⁰

Por meio do exame de endoscopia, pode-se utilizar: a cistoscopia (nos casos de hematúria macroscópica tem a possibilidade de lateralizar o sangramento); a cateterização ureteral (utilizado para a coleta de urina do trato urinário alto, tendo maior acurácia na avaliação citológica em relação a urina colhida pela micção, no entanto está associada a altos índices de falso-negativo e falso positivo); e o uso do ureteroscópio flexível, que aumentou a possibilidade diagnóstica, permitindo a coleta direta de material para análise.⁹

O tratamento usual é a nefroureterectomia radical, incluindo a excisão de manguito vesical. Inicia-se com a incisão endoscópica, com a alça de Collins, ao redor do

meato ureteral até a gordura perivesical. Dessa forma, o ureter fica desinserido da bexiga e poderá ser removido com um cuff de bexiga pela lombotomia ou laparoscopia. Em seguida, procede-se à nefrectomia via lombotomia ou laparoscopia e o ureter é removido junto com o rim. A ureterectomia parcial é indicada em alguns casos (pacientes com tumor do ureter distal, diminuição da função renal, ou rim único). Ocasionalmente, instila-se uma droga quimioterápica, como mitomicina C ou BCG. Entretanto, a eficácia do tratamento com quimioterapia ainda não foi estabelecida.¹⁰

O tratamento endoscópico conservador é realizado em pacientes com rim único, doença bilateral, insuficiência renal, evidência de tumor de baixo grau em estágio inicial, ou em pacientes de alto risco cirúrgico. Pode ser utilizado ressecção, eletrocoagulação ou laser. A cirurgia radical tem melhores índices de sobrevida em relação ao tratamento conservador para tumores em estágio mais avançado.¹⁰

O objetivo desse estudo foi relatar a experiência de graduandos de enfermagem no cuidado ao paciente portador de retocolite ulcerativa idiopática e carcinoma de células transitórias de ureter, seguindo as etapas do Processo de Enfermagem proposto por Wanda Horta.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência. O processo de enfermagem realizado teve como aporte conceitual a Teoria das Necessidades Humanas Básicas¹, de Wanda Horta, e os diagnósticos de enfermagem elaborados a partir da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁴, Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)¹¹, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)¹².

Esse método de investigação apresenta um grande envolvimento por parte dos pesquisadores, são estudos aplicados na assistência direta de enfermagem com o objetivo de aprofundar os problemas e necessidades do paciente, família e comunidade.

O estudo foi realizado durante a atividade prática em uma unidade de internação cirúrgica, da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso Clínico e Cirúrgico, no curso de graduação em enfermagem. Para atingir os objetivos propostos foram realizadas entrevistas, pesquisas no prontuário eletrônico do paciente e o exame físico, os quais ampararam os diagnósticos de enfermagem e as demais etapas do processo. O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pelos docentes da disciplina no qual constavam as etapas do processo de enfermagem conforme proposto por Horta.

Teve autorização do paciente que, após leitura e ciência da realização do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da instituição hospitalar por meio da assinatura da Carta de Anuência.

Relato da Experiência

O sujeito do estudo, paciente do sexo masculino, 76 anos, com infecção e deiscência em ferida operatória pós colectomia total e nefroureterectomia direita por retocolite ulcerativa idiopática e carcinoma de células transitórias de ureter.



No ano de 1995, paciente obteve diagnóstico de retocolite ulcerativa idiopática (RCUI), permanecendo sem atividade clínica por 22 anos. Nos anos de 2013 e 2016, foi realizado exame de colonoscopia, observando RCUI pancolite discreta (Mayo 1).

Paciente passou a apresentar atividade clínica da doença no início de 2017, tendo diarreia cinco vezes ao dia com sangue e dor abdominal e, posteriormente, oito vezes ao dia, com perda de aproximadamente 10 kg em dois meses.

Em maio de 2017 sofreu graves dores abdominais na região hipogástrica com 20 evacuações por dia, contendo sangue e muco, iniciando, assim, o quadro de anemia, evidenciado RCUI pancolite em atividade intensa (Mayo 3) através de colonoscopia. Permaneceu internado por aproximadamente 20 dias.

Ao apresentar cólica abdominal intensa, acompanhada de 15 a 20 evacuações sanguinolentas por dia, foi internado novamente, explicado pela atividade exacerbada da RCUI (Mayo 3). Nesse momento, foi abordado junto ao paciente a possibilidade de uma intervenção cirúrgica (colectomia), assim como, seus riscos e benefícios.

Ao comparecer no ambulatório de gastroclínica no mês de novembro, relatou dor em coluna lombar diariamente, com piora ao esforço. Com relação à RCUI, foi lhe apresentado duas opções terapêuticas: uma, medicamentosa, o vedolizumabe, que teria a possibilidade de conseguir por processo judicial ou a intervenção cirúrgica, a colectomia total com bolsa de ileostomia definitiva. O mesmo optou pela medicação.

Como continuidade do tratamento, em fevereiro de 2018, apresentou ausência de sinais neoplásicos, por meio de uretrocistoscopia, solicitada devido a hematúria microscópica presente desde 2014. Assim como, foi realizado mais três colonoscopias: abril de 2018 (Mayo 3), junho de 2018 (Mayo 2) e setembro de 2018 (Mayo 2) e uma tomografia computadorizada.

Esta última, com laudo em outubro de 2018, evidenciou carcinoma de células transicionais em ureter direito com ureterohidronefrose, sendo informado o resultado ao paciente no dia seguinte. Após diagnóstico, houve indicação de colectomia total pela refratariedade ao tratamento clínico e pelos riscos da imunossupressão sistêmica com relação ao retorno do tumor ou de metástases.

Paciente foi internado em novembro de 2018 para a cirurgia de colectomia total, nefroureterectomia direita e ileostomia terminal no flanco direito. Procedimento ocorreu sem intercorrências e, no seu pós-operatório imediato, apresentava ferida operatória em região mesogástrica com dreno túbulo-laminar em flanco esquerdo.

Dois dias depois da Alta Médica hospitalar deu entrada no Pronto Socorro via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) com sintomas de inapetência, piora da dor abdominal em ferida operatória (o qual relatou estar presente desde a alta), fraqueza, náuseas e calafrios. Apresentou deiscência em terço médio de ferida operatória com visualização de alça intestinal (eventração),

sem evisceração, apresentando drenagem purulenta no local devido abscesso intracavitário por infecção.

Permaneceu na enfermaria sob cuidados da equipe de enfermagem para prestação dos cuidados e realização do curativo, já que não teve indicação de nova reabordagem cirúrgica. Recebeu alta doze dias depois com orientações sobre o curativo e prescrições de medicamentos.

Evolução de Enfermagem

Evolução realizada na enfermaria de Gastrocirurgia, durante o estágio da disciplina de Saúde do Adulto Clínico e Cirúrgico.

O.J.C., 76 anos, sexo masculino, casado.

Admitido devido a infecção e deiscência de ferida operatória.

Relata aceitar bem a dieta hospitalar (pastosa) e boa ingestão hídrica.

Eliminação urinária espontânea, de cor amarelada e sem odor. Eliminação fecal por meio de ileostomia, com aspecto semilíquido e cor esverdeada.

Relata dormir bem, sem intercorrências, e repouso diurnos.

SSVV: FR = 22 rpm, FC = 79 bpm, T = 35,8°, PA = 130x80 mmHg, Glicemia = 96 mg/dL, Dor = 0 (0 – 10).

NEUROLÓGICO: paciente consciente (Glasgow = 15), se relaciona bem, apresenta-se orientado no tempo e espaço, contactuante e com boa memória.

CABOONG: pele de coloração normal. Movimentos oculares bilateralmente iguais, sem nistagmo e acuidade auditiva normal. Olhos brilhantes, claros e simétricos, pupilas isocóricas, as pálpebras se fecham completamente, esclerótica branca e clara. Orelhas têm formas semelhantes e são proporcionais a face. Narinas permeáveis, com a presença de cicatriz decorrente de cinco cirurgias dermatológicas prévias devido CEC.

TÓRAX (anterior): nenhum uso de músculos acessórios, superfície do tórax lisa, ausência de lesões, caroços ou dor. Respiração tóraco-abdominal, de amplitude normal. À percussão som claro pulmonar sobre os pulmões. À ausculta pulmonar murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios.

CORAÇÃO: Ictus cordis palpável. B1 palpada em foco mitral e tricúspide, sem frêmitos; B2 não palpável. À ausculta 2 BCRNF, sem sopros.

ABDOMEN: plano, sem circulação colateral ou herniações. Presença de uma ileostomia na região do flanco direito funcionante, brilhosa, de coloração vermelha. Presença de dreno túbulo-laminar na região do flanco esquerdo, com exsudato espesso, de coloração castanho-claro, sendo a drenagem de 29ml. Deiscência de ferida cirúrgica em região mesogástrica com visualização de alça intestinal eventrada. Executada a troca de curativo (aspecto amarelado, espesso) com jato de soro fisiológico 0,9% de 250ml e gaze. Aplicado Protosan, deixando-o agir durante cerca de 10 minutos. Cobertura realizada com Rayon embebido em Aquacel e gaze e fixado com esparadrapo para oclusão. Colocado espartilho para compressão.

VASCULAR E PERIFÉRICO: Braços de cor e textura uniforme, sem lesões. Pernas de coloração uniforme da pele,



crescimento simétrico dos pelos e unhas, ausência de lesões e varicosidades, sem edemas e sem sinais de TVP. Pulsos carotídeo, braquial, radial, poplíteo, pedial e tibial posterior

presentes (2+) e regulares. Presença de acesso venoso periférico em MSD, sem sinais flogísticos.

Figura 1. Ileostomia funcionante em flanco direito, deiscência de ferida operatória pós colectomia e nefroureterectomia, dreno túbulo-laminar em flanco esquerdo. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2018



Diagnóstico e Implementação de Enfermagem

Quadro 1. Diagnóstico e Implementação de Enfermagem. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2018

Domínio	Diagnóstico (NANDA) ⁴	Resultados (NOC) ¹¹	Intervenções (NIC) ¹²
2- Nutrição	Risco de volume de líquidos deficiente relacionado a desvios que afetam a absorção de líquidos, devido ao procedimento cirúrgico	Equilíbrio Eletrolítico Eletrólitos séricos diminuídos (3-5) Equilíbrio Hidrico Sinais vitais (5-5) Ingesta nutricional (5-5) Hipotensão ortostática (2-5) Sede (3-5) Tontura (3-5)	Controle hidroeletrólítico Avaliar e quantificar líquidos excretados Avaliar ingesta hídrica Obter amostra laboratoriais para monitoramento de níveis alterados de líquidos ou eletrólíticos Pesar diariamente e monitorar tendências Monitorar quanto a sinais e sintomas de desidratação Monitorar sinais vitais (hemodinâmico) Monitorar o estado nutricional Orientar paciente e a família quanto as medidas de hidratação ou administração eletrólíticas suplementar Observar e orientar as características da eliminação pela ileostomia
4- Atividade/repouso	Mobilidade física prejudicada relacionada a desconforto e dispneia ao esforço evidenciado por restrições prescritas de movimento e ao descondicionamento	Mobilidade Movimentos realizados com facilidade (3-5) Nível de desconforto Falta de ar (3-5)	Terapia com exercício: Deambulação Auxiliar o paciente na deambulação inicial e conforme o necessário Auxiliar o paciente a se levantar, deambular a uma distância específica e com o número específico de apoios Atentar aos sinais de cansaço e desconforto respiratório durante a deambulação
11- Segurança/proteção	Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo	Gravidade da infecção Febre (5-5) Dor (5-5) Colonização do dispositivo de acesso vascular (5-5) Elevação na contagem dos leucócitos (4-5)	Controle de infecção Orientar a lavagem de mãos para os profissionais em saúde Garantir manuseio asséptico de todas as vias EV Realizar curativos abdominais e acesso venoso com técnica asséptica Administrar antibioticoterapia apropriada Proteção contra infecção Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção

Integridade da pele prejudicada relacionada a rompimento da superfície da pele evidenciada pela deiscência de ferida operatória	Cicatrização de feridas: segunda intenção Granulação (2-5) Formação de cicatriz (1-5) Tamanho da ferida diminuído (1-5) Drenagem serosa (2-5)	Cuidados com lesões Realizar a troca de curativos monitorando as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor Limpar com jato de soro fisiológico 0,9% Colocar área afetada em imersão com Protozan Manter técnica asséptica durante a realização do curativo Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão
Recuperação cirúrgica retardada relacionada a evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica evidenciado por infecção pós-operatória no local da cirurgia	Recuperação cirúrgica: Convalescença Drenagem no curativo (4-5) Drenagem pelo dreno (2-5) Infecção da ferida (3-5) Deiscência (2-5)	Controle de infecção Administrar terapia com antibióticos conforme apropriada Garantir técnicas de cuidados de feridas apropriadas Usar luvas estéreis Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente

Exames de Imagem Colonoscopia

A colonoscopia é o exame endoscópico do cólon (intestino grosso), e muitas vezes também do íleo terminal. Ela permite a avaliação das características, da extensão e a gravidade das lesões nas mucosas e, além de coletas de biópsias ileocolônicas para análise microscópica, tornando-se essencial para o diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais (DII).^{13, 14}

Para sua realização, necessita-se de que o cólon esteja sem fezes, portanto, é importante um adequado preparado prévio (implica em agendamento). A limpeza intestinal para uma colonoscopia é essencial para o sucesso

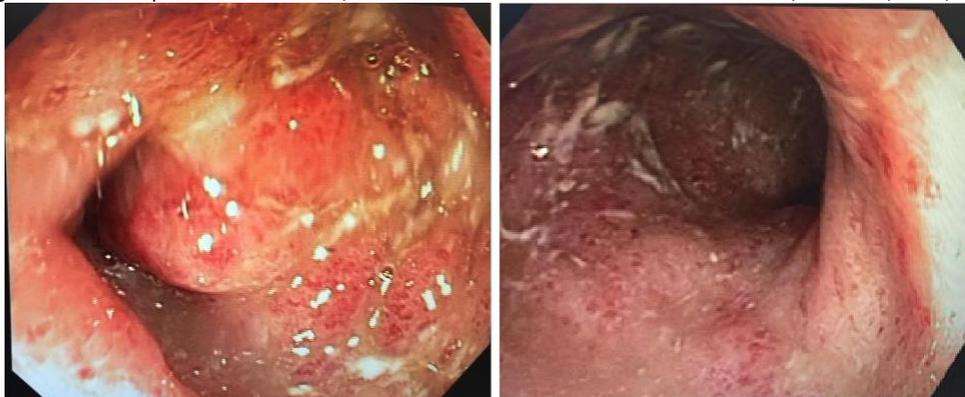
da mesma. Um cólon limpo permite a realização de um exame completo com maior facilidade, rapidez e segurança e a visualização e eventual tratamento de lesões, mesmo de pequenas dimensões. Uma colonoscopia em um doente com má preparação pode tornar o exame mais demorado e com maior risco de complicações, além de atrasar o diagnóstico.¹⁵

Em se tratando de hemorragia digestiva baixa de grande porte, o procedimento será feito com o paciente internado, sendo a limpeza do cólon realizada ao mesmo tempo em que se estabiliza hemodinamicamente o indivíduo.¹⁵

Figura 2. (A e B) Colonoscopia realizada em 2013. (C) Colonoscopia realizada em 2016 evidenciando agravo da RCUI. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2018



Figura 3. Colonoscopia realizada em 2018, evidenciando RCUI em intensa atividade. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2018



Tomografia Computadorizada

A tomografia computadorizada é um método não invasivo, rápido, fidedigno e de alta precisão diagnóstica. A TC possui três vantagens importantes sobre a radiografia convencional: (1) as informações tridimensionais são apresentadas na forma de uma série de cortes finos da estrutura interna da parte estudada; (2) o sistema é mais sensível na diferenciação de tipos de tecido quando comparado com a radiografia convencional, de modo que diferenças entre tipos de tecidos podem ser mais claramente delineadas e estudadas; e (3) possui a habilidade de

manipular e ajustar a imagem após ter sido completada a varredura. Esta função inclui características tais como ajustes de brilho, realce de bordos e aumento de áreas específicas, assim como contraste da escala de cinza, para melhor visualização da anatomia de interesse.¹⁶

O aparelho consiste em uma fonte de raio-x que é acionada ao mesmo tempo em que realiza um movimento circular ao redor do paciente, emitindo um feixe de raio-x em forma de leque. No lado oposto a essa fonte, está localizada uma série de detectores que transformam a radiação em um sinal elétrico que é convertido em imagem digital.¹⁶

Figura 4. Tomografia computadorizada realizada em 2018, evidenciando carcinoma de células transitacionais em ureter direito com ureterohidronefrose. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2018



Considerações Finais

O Processo de Enfermagem foi um guia neste estudo, pois norteou e embasou a atuação com relação ao cuidar do paciente. Coletou-se e analisou-se o máximo de dados possíveis durante o exame físico, o histórico e anamnese. Utilizando, principalmente, o prontuário eletrônico do paciente para validação dos dados, fazer link com os achados práticos e para obtermos um resultado eficaz com relação à assistência diante do paciente.

A realização desse estudo nos proporcionou uma oportunidade de aplicar e ampliar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso por meio do Processo de Enfermagem. Toda essa experiência foi fundamental para nosso crescimento não apenas profissional, como também em grupo e pessoal, estreitando laços e compartilhando aprendizados. Estar frente ao paciente, nos fez valorizar todo o ser biopsicossocial que ele é, tornando possível o cuidado integral.

Referências

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 99p.
2. Silva CR, Lima EFA, Furieri L, Caniçali Primo CB, Fioresi M. Atitudes do enfermeiro frente ao Processo de Enfermagem. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1111-1117.
3. Moser DC, Silva GA, Maier SRO, Barbosa LC, Silva TG. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):998-1007.
4. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I definições e classificações 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.



5. Chagas JA, Oliveira MN, Botechia FR, Christ H, Nascimento LR, Silva CA, Pires BC, Melo EBM. Processo de enfermagem aplicado ao paciente portador de pé diabético: relato de experiência. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(2):e27.
6. Belém MO, Oda JY. Doenças inflamatórias intestinais: considerações fisiológicas e alternativas terapêuticas. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*, 2014 jan/abr; 19(1):73-79.
7. Santos Jr JCM. Retocolite ulcerativa – diagnóstico e tratamento clínico – parte II. *Rev bras Coloproct* 1999; 19(2):114–121.
8. Silva EFC. Preditores de gravidade na retocolite ulcerativa [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2018.
9. Almeida Jr JG, Santos MLO, Vabo TP, Silva KGC, Melo ASA, Moreira LBM, et al. Carcinoma de células transicionais do trato urinário: aspectos da tomografia computadorizada. *Radiol Bras* 2003;36(1):11–15.
10. Ribeiro DC, Brito GA, Oliveira CLF, Fosse Jr AM, Lima FV, Sheinkman J. Carcinoma urotelial de trato urinário superior multifocal de alto grau. *Urominas Rev Cient Urol SBU-MG dez* 2016; 3(9): 48-51.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
12. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner AM. *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
13. Passos MAT, Chaves FC, Chaves-Junior N. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(2):e1374.
14. Silva EJ, Câmara MAR, Gaidão E, Almeida EC. Colonoscopia: Análise crítica de sua indicação. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):77-81.
15. Cremers MI. Preparação intestinal para colonoscopia – como melhorar? *GE J Port Gastreenterol*. 2012;19(4):167-169.
16. Amaro Jr E, Yamashita H. Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(Supl I):2-3.