

ENFERMAGEM
PROVA TEÓRICO-PRÁTICO
Situação/Cenário Clínico

Respostas as questões abaixo segundo o caso clínico

Identificação: MJS, 58 anos, mulher, branca, casada, do lar, natural de Pernambuco e procedente de Jundiá. Queixa principal: prisão de ventre (INCA, 1999).

História da doença atual: A paciente informa que, há aproximadamente um ano, vem apresentando modificações do hábito intestinal, com dificuldade progressiva de evacuar e eliminação de fezes endurecidas. Procurou assistência médica, quando recebeu orientação alimentar e prescrição de óleo mineral e supositórios de glicerina, obtendo melhora relativa. Há seis meses, começou a apresentar permanência da vontade de evacuar mesmo após a evacuação e eliminação de muco sanguinolento com as fezes. Procurou novamente o mesmo médico, que a encaminhou a outro serviço, para realização de exames com especialista proctologista. A paciente relata que não pôde comparecer no dia da consulta e não conseguiu remarcar. Com a piora da sintomatologia, procurou pronto-socorro do hospital mais próximo à sua residência. Relata perda de 6Kg nos últimos seis meses. Refere adinamia e astenia.

Antecedentes pessoais:

Fisiológicos: Menarca aos 12 anos; última menstruação aos 47 anos; gesta IV para IV (três partos normais e uma cesárea com laqueadura tubária).

Patológicos: Relata doenças próprias da infância. Hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemia diagnosticados há 10 anos. Nega doenças sexualmente transmissíveis e polipose intestinal.

Antecedentes familiares: Pai falecido de acidente vascular cerebral, e mãe de coma cetoacidótico. Não sabe informar sobre a ocorrência de doenças intestinais em familiares próximos.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo. Condições regulares de moradia. Alimenta-se de cereais, carnes, verduras, frutas, leguminosas e massas, de forma irregular.

Exame físico: Paciente lúcida e orientada, tensa, com estado geral regular. Mucosas hipocoradas. Hidratada. Escleróticas anictéricas. Acianótica. Turgor e elasticidade cutâneas normais. Ausência de edemas. Panículo adiposo escasso.

A pressão arterial na posição supina estava em 160/104 mmHg e a frequência cardíaca era de 68 batimentos por minuto. A pressão arterial na posição ortostática era de 120/88 mmHg, sem variação da frequência cardíaca

Frequência respiratória: 18 mrm

Temperatura axilar: 36,5 °C

Peso: 50 Kg

Altura: 1,62 m

Cabeça e pescoço: ausência de adenomegalias. Dentes em razoável estado de conservação. Exame do fundo de olho apresentando espasmo segmentar arteriolar, perda da relação arteriovenosa nos vasos da retina, alguns pontos sugestivos de microaneurismas em ambas as retinas e sinais cicatriciais de laserterapia prévia. Tórax: Mamas normais à inspeção e palpação. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome plano, flácido, simétrico, indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de circulação colateral. Cicatriz cirúrgica mediana infra-umbilical. Fígado e baço impalpáveis. Ausência de massas palpáveis. Palpação dos cólons sem particularidades. Ausência de adenomegalia inguinal. Timpanismo abdominal e ruídos hidroaéreos exacerbados. Exame proctológico: Margem anal e períneo sem anormalidades. O toque retal revela conservação da tonicidade esfíncteriana e presença de tumor localizado na parede anterior do reto, a 4 cm da linha anocutânea. O tumor é de consistência dura, móvel em relação aos planos adjacentes, sangra ao toque, ocupa a luz do reto e a obstrui parcialmente.

A paciente trouxe exames da última consulta com o clínico geral, coletados na semana anterior.

Exames laboratoriais: Glicemia de jejum de 172 mg/dl (60-110 mg/dL), potássio plasmático de 3,7 mEq/l (3,5-5,0 mEq/l), ácido úrico de 8 mg/dl (2,4 - 6,0 mg/dL), colesterol total de 230 mg/dl (<170 mg/dl), HDL-colesterol de 28 mg/dl (maior que 45 mg/dl), LDL colesterol não calculado devido aos valores elevados de triglicérides (450 mg/dl; valor de referência < 150 mg/dl). Creatinina sérica de 1,8 mg/dl (0,6 a 1,3 mg/dl) e uréia de 96 mg/dl (16-40 mg/dL). Exame de urina rotina demonstrando a presença de proteínas. Proteinúria de 24 horas de 1,2 g (menor que 150 mg/ 24 horas).

Eritrócitos: 2.80 M/ul (3,9 a 5,0); Hb: 9,0 g/dl (12,0-15,0); Ht: 30,0 % (35-45); Leucócitos: 5.700 (3.500-10.500); neutrófilos: 65%; eosinófilos: 0,0%; basófilos 0,0%; linfócitos: 25%; monócitos: 10%. Plaquetas: 150.000 (150.000 a 450.000)

A história, o exame clínico e os de imagem conduziram ao diagnóstico de tumor maligno de reto. A paciente foi submetida à ressecção abdominoperineal com linfadenectomia mesentérica e colostomia definitiva.

Responda as questões de 1 a 5

QUESTÃO 1

Os tumores de cólon e reto são a 2ª maior incidência de câncer entre as mulheres (INCA, 2018). Os profissionais da saúde, na sua formação generalista, devem ser capazes de reconhecer os fatores de risco e orientar a população para prevenir e detectar precocemente esses tumores malignos. Escolha a alternativa que traz as informações corretas.

- (A) O histórico de pólipos está relacionado ao surgimento dos tumores malignos, mas outras causas como dieta rica em carnes vermelhas, processadas (salsichas, mortadelas, etc) e gorduras, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, idade acima de 50 anos também são fatores de risco. Dentre os sinais e sintomas têm- se: sangramento ao evacuar, anemia sem causa aparente, principalmente em pessoas com mais de 50 anos, alterações no hábito intestinal (diarreia ou intestino preso), desconforto abdominal com gases ou cólicas, tenesmo.
- (B) A polipose familiar não tem se mostrado relevante para o desenvolvimento dos tumores malignos. Os fatores de risco como dieta rica em carnes vermelhas, processadas (salsichas, mortadelas, etc) e gorduras, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, idade acima de 50 anos também são fatores de risco. Dentre os sinais e sintomas têm- se: dislipidemia, hipertensão arterial, desconforto abdominal com gases ou cólicas, permanência da vontade de evacuar mesmo após a evacuação.
- (C) O histórico de pólipos está relacionado ao surgimento dos tumores malignos, mas outras causas como ser vegetariano, ingerir grandes quantidades de produtos lácteos fermentados, consumo de chá verde e idade acima de 40 anos, também são fatores de risco. Dentre os sinais e sintomas têm- se: sangramento ao evacuar, anemia sem causa aparente, principalmente em pessoas com mais de 50 anos, alterações no hábito intestinal (diarreia ou intestino preso), desconforto abdominal com gases ou cólicas, permanência da vontade de evacuar mesmo após a evacuação.
- (D) A polipose familiar não tem se mostrado relevante para o desenvolvimento dos tumores malignos. Outras causas como dieta rica em carnes vermelhas, processadas (salsichas, mortadelas, etc) e gorduras, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, idade acima de 50 anos também são fatores de risco. Dentre os sinais e sintomas têm- se: dislipidemia, hipertensão arterial, desconforto abdominal com gases; alterações no hábito intestinal (intestino preso) ou cólicas, incontinência fecal
- (E) O histórico de pólipos está relacionado ao surgimento dos tumores malignos, mas outras causas como dieta rica em carnes cruas de qualquer espécie, alimentos muito salgados, ricos em fibras e sais minerais também são fatores de risco. Dentre os sinais e sintomas têm- se: sangramento ao evacuar, anemia sem causa aparente, principalmente em pessoas com mais de 50 anos, alterações no hábito intestinal (diarreia ou intestino preso), desconforto abdominal com gases ou cólicas, permanência da vontade de evacuar mesmo após a evacuação.

QUESTÃO 2

A Hipertensão Arterial, o Diabetes Melito e a Dislipidemia são agravos da saúde cada vez mais incidentes na população brasileira, apesar dos esforços de políticas públicas para educar a população quanto a adoção de comportamentos protetores. Ademais, grande parcela da população dos portadores dessas doenças crônicas apresenta lesões de órgãos-alvo. Escolha a alternativa correta de acordo com os agravos apresentados na paciente.

- (A) Lesão de órgãos-alvo demonstrada pela presença de insuficiência renal com hematúria; desenvolvimento de retinopatia diabética e nefropatia que, provavelmente, é o resultado da associação de diabetes e da dislipidemia. A presença de proteinúria pode indicar glomerulopatia diabética.
- (B) Lesão de órgãos-alvo demonstrada pela presença de insuficiência renal com proteinúria; desenvolvimento de retinopatia diabética e nefropatia que, provavelmente, é o resultado da associação entre dislipidemia e da hipertensão arterial. A presença de proteinúria pode indicar glomerulopatia hipertensiva.
- (C) Lesão de órgãos-alvo demonstrada pela presença de insuficiência hepática com alterações das fezes; desenvolvimento de retinopatia diabética e nefropatia que, provavelmente, é o resultado da associação de diabetes e da hipertensão arterial. A presença de proteinúria pode indicar glomerulonefrite hipertensiva.
- (D) Lesão de órgãos-alvo demonstrada pela presença de insuficiência renal com proteinúria; desenvolvimento de retinopatia diabética e nefropatia que, provavelmente, é o resultado da associação de diabetes e da hipertensão arterial. A presença de proteinúria pode indicar glomerulopatia diabética.
- (E) Lesão de órgãos-alvo demonstrada pela presença de insuficiência renal com proteinúria; desenvolvimento de retinopatia diabética e nefropatia que, provavelmente, é o resultado da associação de diabetes e da hipertensão arterial. A presença de tenesmo e eliminação de muco sanguinolento com as fezes, em decorrência da hipertensão arterial.

QUESTÃO 3

Em relação aos exames laboratoriais da paciente, o enfermeiro generalista deve saber interpretar os exames comumente solicitados para que possa intervir com responsabilidade, reconhecendo situações de risco e promovendo a assistência adequada. Sobre os resultados apresentados pela Sra MJS, o enfermeiro pode inferir que:

- (A) O resultado da proteinúria relaciona-se com o nível elevado de glicemia. A perda de peso relatada pode estar causando a anemia. A paciente encontra-se imunologicamente competente, entretanto com risco de sangramento devido valor limítrofe das plaquetas, deve ser avaliada quanto ao risco de quedas e lesões pérfuro-cortantes. O aumento do ácido úrico, da uréia e creatinina indicam comprometimento da função renal.
- (B) O nível elevado de glicemia em jejum demanda avaliação focalizada sobre adesão ao regime terapêutico (farmacológico e hábitos). Os sangramentos relatados podem estar causando a anemia; deve ser avaliada em relação a capacidade de realizar atividades de vida diária. A paciente encontra-se imunologicamente competente. O aumento do ácido úrico, proteinúria, da uréia e creatinina indicam comprometimento da função renal.
- (C) O nível elevado de glicemia em jejum demanda avaliação focalizada sobre adesão ao regime terapêutico (farmacológico e hábitos). Os sangramentos relatados podem estar causando a anemia. A paciente encontra-se com alguma infecção pela relação desigual entre neutrófilos e linfócitos. O aumento do ácido úrico, da proteinúria, uréia e creatinina indicam comprometimento da função renal.
- (D) O resultado da proteinúria relaciona-se com o nível elevado de glicemia. A perda de peso ponderal relatada pode estar causando a anemia, e deve ser investigada em relação a capacidade de realizar atividades de vida diária. A paciente encontra-se com alguma infecção pela relação desigual entre neutrófilos e linfócitos. O aumento do ácido úrico, da uréia e creatinina indicam comprometimento da função renal e osteoarticular.
- (E) O nível elevado de glicemia em jejum demanda avaliação focalizada sobre adesão ao regime terapêutico (farmacológico e hábitos). A anemia e o número limítrofe de plaquetas podem indicar comprometimento da função medular causado pela dislipidemia. A paciente encontra-se imunocompetente. O aumento do ácido úrico, da proteinúria, uréia e creatinina indicam comprometimento da função renal e osteoarticular.

QUESTÃO 4

Para o cuidado integral da paciente Sra MSJ no pós-operatório mediato e tardio o enfermeiro deve preocupar-se com a resposta emocional da paciente, bem como com a resposta orgânica cicatricial e com o desenvolvimento de processos adaptativos para a alta hospitalar. Especificamente em relação à colostomia, o enfermeiro deve avaliar o estoma, buscando condições de normalidade e funcionalidade, bem como as complicações que podem ocorrer. Assinale a alternativa correta:

- (A) Avaliar os padrões de normalidade: coloração vermelho, no mesmo plano da pele; mucosa úmida, doloroso à palpação, funcionante, pele peri-estoma íntegra. Dentre as complicações desenvolvidas pelos estomas têm-se a isquemia, necrose, abscessos, hérnias inguinais, linfedema, diarreia ou constipação.
- (B) Avaliar os padrões de normalidade: coloração vermelho vivo, protuso ou no mesmo plano da pele; mucosa úmida, indolor à palpação, funcionante, pele peri-estoma íntegra. Dentre as complicações desenvolvidas pelos estomas têm-se a dermatite, isquemia, necrose, abscesso paracolostômico, hérnia paracolostômica, hemorragia, estenose e prolapso.
- (C) Avaliar os padrões de normalidade: coloração vermelho vivo, intruso ou no mesmo plano da pele; mucosa vítrea, indolor à palpação, funcionamento intermitente, pele peri-estoma hiperemiada no pós-operatório mediato. Dentre as complicações desenvolvidas pelos estomas têm-se a dermatite, isquemia, necrose, abscesso paracolostômico, hérnia paracolostômica, hemorragia, estenose e prolapso.
- (D) Avaliar os padrões de normalidade: coloração vermelho vivo, protuso ou no mesmo plano da pele; mucosa úmida, indolor à palpação, funcionante, pele peri-estoma levemente hiperemiada. Dentre as complicações desenvolvidas pelos estomas têm-se a herniações paracolostômicas, hemorragia, febre, prolapso, diarreia e flatulência.
- (E) Avaliar os padrões de normalidade: coloração vermelho, protuso ou no mesmo plano da pele; mucosa úmida, pele peri-estoma íntegra ou levemente lesionada. Dentre as complicações desenvolvidas pelos estomas têm-se dores abdominais, flatulência, fezes endurecidas, abscesso paracolostômico, hérnia paracolostômica, hemorragia, estenose e prolapso.

QUESTÃO 5

Para o tratamento das comorbidades hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias a terapêutica proposta foi: reorientação dietética em relação à ingestão de sal, açúcar e gorduras; dose baixa de hidroclorotiazida (25mg/dia), associada a 20 mg de inibidor da enzima de conversão da angiotensina para o tratamento da hipertensão arterial e da disfunção renal; antidiabético oral do grupo das biguanidas e estatinas para a dislipidemia. Assinale a alternativa que traz o conjunto de orientações adequado:

- (A) Encaminhamento ao nutricionista e encorajamento para seguir as dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e hipolipemiantes. Em relação ao uso do diurético, orientar o paciente quanto ao risco de hipotensão, fraqueza e constipação. Em relação ao hipoglicemiante oral, educar para manutenção de dieta regular e aos sinais e sintomas de hipoglicemia, que podem advir da associação com o inibidor da enzima conversora de angiotensina. Quanto ao uso de estatinas, estimular a verbalização de dores musculares nas consultas médicas.
- (B) Encaminhamento ao nutricionista e encorajamento para seguir as dietas hipossódicas, hipoglicemiantes e hipolipemiantes. Em relação ao uso do diurético, orientar o paciente quanto ao risco de hipertensão ortostática e diarreia. Em relação ao hipoglicemiante oral, educar para manutenção de dieta regular e aos sinais e sintomas de hiperglicemia, secundária a baixa ingestão calórica. Quanto ao uso de estatinas, estimular a verbalização de dores musculares nas consultas médicas.
- (C) Encaminhamento ao nutricionista e encorajamento para seguir as dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e hipolipemiantes. Em relação ao uso do diurético, orientar o paciente quanto ao risco de hipotensão, anúria e constipação. Em relação ao hipoglicemiante oral, educar para manutenção de dieta calórica e aos sinais e sintomas de hipoglicemia, secundárias a dietas dislipidêmicas. Quanto ao uso de estatinas, estimular a verbalização de dores musculares nas consultas médicas.
- (D) Encaminhamento ao nutricionista e encorajamento para seguir as dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e hipolipemiantes. Em relação ao uso do diurético, orientar o paciente quanto ao risco de hipotensão ortostática, euforia e diarreia. Em relação ao hipoglicemiante oral, educar para manutenção de dieta regular e aos sinais e sintomas de hipoglicemia. Quanto ao uso de estatinas, estimular a verbalização de dores abdominais no quadrante superior esquerdo nas consultas médicas.
- (E) Encaminhamento ao nutricionista e encorajamento para seguir as dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e hipolipemiantes. Em relação ao uso do diurético, orientar o paciente quanto ao risco de hipotensão ortostática, fraqueza e constipação. Em relação ao hipoglicemiante oral, educar para manutenção de dieta regular e aos sinais e sintomas de hipoglicemia, secundária a tomada do medicamento com baixa ingestão alimentar. Quanto ao uso de estatinas, estimular a verbalização de dores musculares nas consultas médicas.