

ESTUDO DE CASO: COLECISTITE AGUDA E SEPSE

Eulália Carla Viana
Rinaldo Rafael dos Santos
Amanda de Cássia Tulher Gomes
Daniele Aparecida da Silva
Ramon Mateus da Silva Matos
Nathaly Rhaiane Marinho de Oliveira Alves
Victoria Duarte Silva
Cassiano de Sá Almeida

RESUMO: A sepse e a colecistite consistem em duas condições médicas diferentes, as quais podem vir a se relacionar em alguns certos casos. A colecistite é uma inflamação aguda da vesícula biliar, a qual é ocasionada devido obstrução dos ductos biliares, provocando assim o surgimento de um cálculo ou mesmo uma infecção, a qual pode ser generalizada ou sepse. A sepse, consiste em uma infecção generalizada, sendo assim, uma condição potencialmente fatal, sendo provocada pela resposta do sistema imunológico para uma infecção. Deste modo o presente estudo tem como objetivo principal realizar um estudo acerca da Colecistite bem como da Sepse na busca de se melhor compreender estas doenças, verificando neste sentido as cinco etapas da SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem) levando em conta os diagnósticos e os cuidados que devem ser adotados dentro do campo da enfermagem. A pergunta problema deste estudo consiste em: Como os profissionais de enfermagem podem atuar diante da Sepse e da Colecistite afim de realizar o diagnóstico e os cuidados em enfermagem? Este estudo se baseia em uma pesquisa tanto bibliográfica quanto um estudo de caso, pois buscou-se material bibliográfico para fundamentar o estudo clínico realizado. Assim o meio de pesquisa consiste numa abordagem qualitativa, utilizando como metodologia o estudo clínico de fundamentação tanto lógica quanto descritiva, onde fora realizado a coleta de dados do paciente por via de entrevista criteriosa bem como uma busca bibliográfica em plataformas de pesquisas como: Scielo, Google Acadêmico e Ministério da Saúde. Logo pode-se adquirir um maior conhecimento científico acerca destas duas patologias, as quais possuem uma elevada taxa de ocorrência bem com um alto índice de mortalidade.

Palavras-Chave: Colecistite. Sepse. Diagnóstico. Tratamento. Classificações da doença.

ABSTRACT: Sepsis and cholecystitis are two different medical conditions, which may be related in some cases. Cholecystitis is an acute inflammation of the gallbladder, which is caused by obstruction of the bile ducts, thus causing the emergence of a stone or even an infection, which can be generalized or sepsis. Sepsis consists of a generalized infection, thus a potentially fatal condition, caused by the immune system's response to an infection. Therefore, the main objective of this study is to carry out a study on Cholecystitis as well as Sepsis in the search for a better understanding of these diseases, verifying in this sense the five stages of the SAE (Nursing Care Systematization) taking into account the diagnoses and care that must be adopted within the field of nursing. The problem question of this study is: How can nursing professionals act in the face of Sepsis and Cholecystitis in order to carry out diagnosis and nursing care? This study is based on both bibliographic research and a case study, as bibliographic material was sought to support the clinical study carried out. Thus, the research method consists of a qualitative approach, using as a methodology the clinical study with both logical and descriptive foundations, where patient data was collected through careful interviews as well as a bibliographic search on research platforms such as: Scielo, Google Scholar and Ministry of Health. Therefore, greater scientific knowledge can be acquired about these two pathologies, which have a high rate of occurrence as well as a high mortality rate.

Keywords: Cholecystitis. Sepsis. Diagnosis. Treatment. Disease classifications.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo de caso clínico referente a dados coletados de uma paciente gestante, com idade gestacional de 29 semanas, acometida por inflamação na vesícula, ao qual ocasionou sepse, e posteriormente o parto prematuro. Sendo o local de internação o Hospital Márcio Cunha, no município de Ipatinga - MG no período de abril de 2016.

A sepse e a colecistite são duas condições médicas diferentes, mas que podem estar relacionadas em alguns casos. A colecistite, é uma inflamação aguda da vesícula biliar, que pode ser causada por uma obstrução dos ductos biliares, provocada por um cálculo ou uma infecção. Em alguns casos, a infecção pode se espalhar da vesícula biliar para a corrente sanguínea, levando ao desenvolvimento de uma infecção generalizada ou sepse. A sepse, também conhecida como infecção generalizada, é uma condição potencialmente fatal

causada pela resposta do sistema imunológico a uma infecção. Isso pode levar a uma inflamação sistêmica em todo o corpo.

Embora essas duas condições sejam distintas, a colecistite pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de sepse em alguns pacientes, especialmente se a infecção da vesícula biliar não for tratada adequadamente ou se os sintomas não forem reconhecidos precocemente. O tratamento adequado da colecistite é fundamental para prevenir a disseminação da infecção e reduzir o risco de desenvolvimento de sepse.

A formulação deste estudo clínico teve como objetivo melhor compreensão sobre as doenças abordadas assim como também efetivar as cinco etapas da SAE (Sistematização de Assistência de Enfermagem), em foco nos diagnósticos e nos cuidados a serem prescritos pela enfermagem.

1. METODOLOGIA

O meio de pesquisa empregado refere-se à uma abordagem qualitativa, utilizando como metodologia o estudo clínico de fundamentação tanto lógica quanto descritiva, onde fora realizado a coleta de dados do paciente por via de entrevista criteriosa, seguido de buscas efetuadas em plataformas de pesquisas acadêmicas como: Scielo, Google Acadêmico e Ministério da Saúde, baseando-se nas manifestações clínicas do cálculo biliar e da sepse, onde se encontram classificações da doença, tratamento, etiologia, etc.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. DEFINIÇÃO

2.1.1. Definição de Colecistite Aguda

A colecistite aguda compreende a doença inflamatória aguda da vesícula biliar, podendo variar de uma condição autolimitada a uma doença potencialmente fatal (CAMPANILLE FC, *et. al.*, 2014; ANSALONIL, *et. al.*, 2016).

A colecistite ocorre quando a bile acumulada no interior da vesícula biliar é infectada por bactérias, em que ocorre formação de cálculos de diversos tamanhos e composição distinta dentro ou junto ao trato biliar. Conhecido pelo nome popular “pedra na vesícula”, causa a interrupção do fluxo natural da bile para o intestino delgado. Na maioria dos casos, vai causar uma inflamação na parede da vesícula secundária à impactação de um cálculo no ducto cístico obstruindo-o, o que causa um ataque de dor repentino e muito agudo.

2.1.2. Definição de Seps

A seps, mais conhecida como infecção generalizada, é um estado em que ocorre a incapacidade do sistema circulatório em fornecer fluxo sanguíneo adequado para atender as necessidades metabólicas dos tecidos e órgãos vitais, acometida pela exacerbação da resposta inflamatória sistêmica, que gera a incapacidade de manter a pressão arterial e consequentemente ocorre a diminuição na perfusão sanguínea para o corpo.

São alterações que podem ocorrer em todo organismo onde há presença de agentes infecciosos. É uma doença grave, que se não tratada rapidamente pode levar ao choque séptico, levando assim a falência múltipla de órgãos.

2.2. ETIOLOGIA

2.2.1. Etiologia Colecistite

A colecistite aguda é a mais frequente da presença de cálculos biliares na fúrcula biliar. De fato, mais de 95% dos pacientes com colecistite aguda apresentaram colelitíase. Quando um cálculo bloqueia o duto cístico e causa estagnação persistente, ocorre um processo inflamatório agudo. A estagnação da bile leva à liberação de enzimas inflamatórias, como a fosfolipase A, que converte a lecitina em lisolecitina, desencadeando uma inflamação.

A mucosa imune da biliar começa a secretar ainda mais líquidos, evoluindo em distensão. Isso leva à liberação de mais mediadores inflamatórios, como as prostaglandinas, que agravam a lesão da mucosa e resultam em isquemia, perpetuando o processo inflamatório. Além disso, pode ocorrer infecção bacteriana. Esse ciclo vicioso, se não for interrompido, pode levar à necrose e perfuração da parede da infecção.

Se a inflamação aguda desaparecer e, em seguida, repetidamente repetida, a biliar se torna fibrosa.

O principal fator etiológico da colecistite é a colelitíase, ou seja, a presença de cálculos na vesícula biliar. Em menor proporção pode ser decorrente de: isquemia, distúrbios de motilidade, lesões químicas diretas, infecções, doenças do colágeno e reação alérgica (ITOI T, et al., 2017; KIMURA Y, et al., 2013).

Os fatores de risco para o surgimento dos cálculos são:

- Obesidade;
- Diabetes mellitus;
- Estrogênio;
- Gravidez,
- Doença hemolítica;

Cirrose.

2.2.2. Etiologia Sepses

A maioria dos casos de sepses grave é causada por bactérias Gram-negativas ou bactérias Gram-positivas adquiridas no hospital e ocorre com maior frequência em pacientes imuno-comprometidos, assim como em pacientes com doenças crônicas e debilitantes. Infecções fúngicas, como Cândida, são raras como causa de sepses grave. É importante suspeitar de infecções pós-cirúrgicas (tanto ocorreram quanto profundas) como a causa de sepses grave em pacientes que passaram recentemente por cirurgias. Existe também uma forma rara e distinta de choque, conhecida como síndrome do choque tóxico, que é causada por substâncias produzidas por estafilococos e estreptococos.

A sepses grave é mais comum em recém-nascidos (sepses neonatal), idosos e mulheres grávidas. Alguns fatores que predispõem a essa condição incluem diabetes mellitus, cirrose hepática, baixa contagem de glóbulos brancos (especialmente em casos de câncer ou tratamento com agentes quimioterápicos), presença de dispositivos invasivos (como tubos endotraqueais, cateteres vasculares ou urinários, drenantes e outros materiais estranhos), uso prescrito de antibióticos ou corticosteroides e hospitalização recente, especialmente em unidades de terapia intensiva.

Os locais de infecção mais comuns que podem levar à sepses grave incluem os pulmões, as vias urinárias, as vias biliares e o trato gastrointestinal.

Em 1992, a American College of Chest Physicians (ACCP) e Society for Critical Care Medicine (SCCM), definiu sepses não complicada, sepses grave e choque séptico como espectros da doença que é resultante de uma resposta inflamatória sistêmica do hospedeiro decorrente de uma infecção, sendo uma disfunção severa que ocorre em pacientes com estado infecciosos grave, caracterizado por um estado inflamatório intenso em todo organismo, principalmente envolvendo os pulmões, vias urinárias, abdome, pele, coração, podendo ser contraídas no ambiente hospitalar. Apresentando sintomas como: hipotensão ou choque circulatório, disfunção renal, queda de plaquetas, alteração do estado de consciência, dificuldade respiratória, alteração da coagulação, diminuição da função cardíaca, tremor, delírio.

Os fatores de risco para o acometimento da sepses, são:

- Crescente população de idosos;
- Procedimentos invasivos;
- Pacientes imunossuprimidos e com o vírus da imunodeficiência humana (HIV);

Uso de agentes imunossupressores e citotóxicos;
Desnutrição;
Alcoolismo;
Diabetes mellitus;
Procedimentos de transplantes;
Infecções nosocomiais e comunitárias.

2.3. FISIOPATOLOGIA

2.3.1. Fisiopatologia Colecistite

Como já mencionado, a colelitíase está relacionada a maior parte das causas da colecistite, em que o quadro ocorre devido a obstrução do ducto cístico por um cálculo, se a obstrução continua, a vesícula se distende e suas paredes tornam-se edematosas. O processo inflamatório inicia-se com espessamento da parede, eritema e hemorragia subserosa. Surgem hiperemia e áreas focais de necrose. Na maioria dos casos, o cálculo se desloca e o processo inflamatório regride. Se o cálculo não se move, o quadro evolui para isquemia e necrose da parede da vesícula em cerca de 10% dos casos.

Como visto, a fisiopatologia da colecistite consiste na obstrução do ducto cístico. No caso da colicistite calculosa essa obstrução decorre da presença de um cálculo no infundíbulo da vesícula biliar ou no ducto, levando assim a distensão do órgão e como consequência a sua contração, que se manifesta clinicamente como cólicas.

2.3.2. Fisiopatologia Sepses

No caso da sepsis, sua fisiopatologia envolve fatores pró-coagulantes, fluxo micro circulatório, com piora da hipóxia tecidual, desvio do metabolismo aeróbico para anaeróbico eo aumento da produção da lactato. Devido ao perfil multibacteriano, a disseminação das bactérias aeróbias e anaeróbias ocorre de forma rápida, causando a diminuição de oxigênio nostecidos, gerando hipóxia e isquemia tecidual como resultado.

Os microrganismos mais frequentemente associados incluem: *Streptococcus. spp.*, *Staphylococcus spp.*, enterobactérias, *Pseudomonas spp.*, microrganismos anaeróbios (ex.: *Bacteroides spp.*, *Clostridium spp.*) e fungos (ex.: *Candida albicans*), provenientes da microbiota. Eles criam uma produção sinérgica de exotoxinas, levando à trombose de arteríolas à redução de suprimento sanguíneo local, conseqüente hipóxia, o que favorece a multiplicação de microrganismos anaeróbios.

2.4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

2.4.1. Manifestações Clínicas Colecistite

Os sinais clínicos da colecistite aguda começam com uma dor progressiva no quadrante superior direito ou no epigástrico, frequentemente de febre baixa, perda de apetite, aumento da frequência cardíaca, sudorese, náuseas e vômitos. É comum que os pacientes relatem episódios anteriores de dor relacionados à colecistite aguda causados por cálculos biliares. Essa condição pode surgir de forma repentina, com uma intervenção cirúrgica urgente, ou se apresentar com sintomas leves que não requerem tratamento sanitário. Caso não seja tratado, a crise geralmente diminui em 7 a 10 dias e, muitas vezes, dentro de 24 horas. No entanto, até 25% dos pacientes desenvolvem sintomas cada vez mais graves, que toleraram uma intervenção cirúrgica imediata. É comum ocorrer recorrência da doença.

2.4.2. Manifestações Clínicas Sepses

A sepsis pode se manifestar de três formas com gravidade progressiva: sepsis não complicada, sepsis grave e sepsis grave com choque séptico. Uma sepsis não complicada envolve um quadro infeccioso com repercussões inflamatórias sistêmicas. Na suspeita de sepsis, é necessário que o paciente apresente pelo menos dois dos seguintes critérios: temperatura central elevada ou baixa, frequência cardíaca acima de 100 bpm, frequência respiratória acima de 20 rpm ou PaCO₂ abaixo de 32 mmHg, leucócitos totais acima de 12.000/mm³ ou abaixo de 4.000/mm³, ou presença de mais de 10% de formas jovens, e lactato elevado acima de 19,8 mg/dL.

A sepsis grave é caracterizada pela presença de sepsis com disfunção orgânica. Os critérios incluem hipotensão, oligúria (produção de urina $\leq 0,5$ ml/kg/h), relação PaO₂/FiO₂ inferior a 300, contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³ ou redução de 50% em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias, acidose metabólica inexplicável com déficit de bases $\leq 5,0$ mEq/L e lactato acima de 1,5 vezes o valor normal, rebaixamento do nível de consciência e aumento significativo de bilirrubinas (mais de duas vezes o valor de referência).

A sepsis grave com choque séptico é a forma mais grave, caracterizada pela sepsis grave associada a hipotensão persistente, mesmo com reserva volêmica adequada, causada em disfunção circulatória e metabólica grave.

Os sintomas e sinais decorrentes do insulto infeccioso primário dependem da localização do foco de infecção inicial, qualquer microorganismo pode causar sepsis ou

choqueséptico (bactéria, vírus, fungos, protozoários), porém as bactérias são os agentes etiológicos mais comuns.

As manifestações clínicas secundárias à ativação inflamatória são inespecíficas e incluem a febre ou hipotermia, taquicardia, taquipnéia e alcalose respiratória, leucocitose ou leucopenia com aumento do número de bastonetes, hipermetabolismo sistêmico, consumo elevado de oxigênio, hipoperfusão sistêmica e acidose metabólica e um estado circulatório hiperdinâmico. Como demonstrado na Tabela 1, especificando os diferentes tipos de sintomas e sua associação.

Tabela 1: Sinais e sintomas de sepse

Sistema	Sinais, sintomas e alterações laboratoriais
Cardiovascular	Taquicardia, hipotensão, hiperlactatemia, edema, periférico, diminuição da perfusão periférica, livedo, elevação de enzimas cardíacas e arritmias.
Respiratória	Dispneia, taquipneia, cianose e hipoxemia.
Neurológica	Confusão, redução do nível de consciência, delirium, agitação e polineuropatias.
Renal	Oligúria e elevação de escórias.
Hematológica	Plaquetopenia, alterações do coagulograma, anemia, leucocitose, leucopenia e desvio à esquerda.
Gastroenterológicas	Gastroparesia, íleo adinâmico, úlceras de stress, hemorragias digestivas, diarreia e distensão abdominal.
Hepáticas	Coletase, aumento de enzimas canaliculares e elevação discreta de transaminases.
Endócrinas e metabólicas	Hiperglicemia, hipertrigliceridemia, catabolismo, protéico, hipoalbuminemia, hipotensão por comprometimento suprarrenal e redução dos hormônios tireoidianos.

Fonte: Maya *et. al.*, 2009.

2.5. DIAGNÓSTICO

2.5.1. Diagnóstico Colecistite

Os exames para identificar condições relacionadas à insuficiência biliar, como leucocitose com desvio para esquerda, alterações no hepatograma (transaminases elevadas, fosfatase alcalina, bilirrubinas e amilase), hiperbilirrubinemia, hiperamilasemia e coledocolitíase.

A ultrassonografia é o exame inicial de escolha, seguida pela tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear para casos mais complexos. A cintigrafia com radionuclídeos pode ser usada em situações específicas, e a laparoscopia pode ser usada como procedimento de diagnóstico e tratamento.

A ultrassonografia é considerada o exame inicial e é altamente sensível para detectar cálculos biliares, espessamento da parede da incerteza e outras alterações. Também é possível visualizar líquido perivesicular, distensão da defesa e sinal de ultrassonografia de Murphy, que é um teste realizado ao comprimir o abdômen na área da inflamação inflamada e verificar se há dor intensa. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética nuclear são úteis para identificar alterações que podem não ser diagnosticadas por ultrassonografia, como coleções ou gás na parede ou no interior da possível e presença de pneumoperitônio.

A cintigrafia com radionuclídeos (HIDA) pode ser utilizada para casos atípicos, mas geralmente não é realizada em situações de emergência. Se a eficácia não for visualizada após 4 horas de administração do radionuclídeo, sugere-se a melhor avaliação, indicando colecistite aguda em cerca de 95% dos casos.

Em casos de colecistite alitiásica (inflamação da depressão sem a presença de cálculos biliares), a ultrassonografia é o método preferido, especialmente quando o paciente está gravemente doente. Nesses casos, a espessura da parede vesicular maior que 3,5 mm e a presença de líquido perivesicular são descobertas. A cintigrafia pode ser realizada, mas apresenta resultados falsos positivos em 40% dos casos. Os exames laboratoriais são inespecíficos e podem retardar o diagnóstico e tratamento adequado.

A laparoscopia pode ser usada como procedimento de diagnóstico inicial, seguida da colecistectomia (remoção cirúrgica da insuficiência biliar) se forem observados achados indicativos de colecistite aguda.

3.6.2. Diagnóstico Sepses

A sepsis pode se manifestar de três formas com gravidade progressiva: sepsis não complicada, sepsis grave e sepsis grave com choque séptico. Uma sepsis não complicada envolve um quadro infeccioso com repercussões inflamatórias sistêmicas. Na suspeita de sepsis, é necessário que o paciente apresente pelo menos dois dos seguintes critérios: temperatura central elevada ou baixa, frequência cardíaca acima de 100 bpm, frequência

respiratória acima de 20 rpm ou PaCO₂ abaixo de 32 mmHg, leucócitos totais acima de 12.000/ mm³ ou abaixo de 4,00/mm³, ou presença de mais de 10% de formas jovens, e lactato elevado acima de 19,8 mg/dL.

A sepse grave é caracterizada pela presença de sepse com disfunção orgânica. Os critérios incluem hipotensão, oligúria (produção de urina \leq 0,5 ml/kg/h), relação PaO₂/FiO₂ inferior a 300, contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³ ou redução de 50% em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias, acidose metabólica inexplicável com déficit de bases \leq 5,0 mEq/L e lactato acima de 1,5 vezes o valor normal, rebaixamento do nível de consciência e aumento significativo de bilirrubinas (mais de duas vezes o valor de referência).

A sepse grave com choque séptico é a forma mais grave, caracterizada pela sepse grave associada a hipotensão persistente, mesmo com reserva volêmica adequada, causada em disfunção circulatória e metabólica grave.

2.6. TRATAMENTO

2.6.1. Tratamento Colecistite

O tratamento para colecistite aguda geralmente envolve hospitalização, hidratação intravenosa, jejum, analgesia com medicamentos não derivados da morfina para evitar o espasmo do esfíncter de Oddi e antibioticoterapia para combater a *Escherichia coli*, o microrganismo comumente envolvido. A colecistectomia laparoscópica é o tratamento definitivo, realizado preferencialmente nas primeiras 72 horas do início dos sintomas.

A cirurgia laparoscópica oferece vantagens como menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida. A colecistectomia videolaparoscópica precoce, dentro de 96 horas, tem menor taxa de conversão para cirurgia aberta. A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento preferido para colecistite aguda litiásica e alitiásica, oferecendo benefícios aos pacientes, mesmo em casos graves.

A colecistite aguda com complicações como empiema, necrose ou perfuração requer cirurgia de emergência. A colecistectomia parcial pode ser realizada quando a inflamação impede a identificação das estruturas do triângulo de Calot.

Na colecistite alitiásica, a cirurgia deve ser realizada imediatamente, preferencialmente por via aberta, devido à alta morbidade e mortalidade associada a essa condição. A colecistostomia percutânea pode ser considerada em pacientes graves ou idosos

em que a cirurgia é arriscada, com posterior realização da colecistectomia. A colecistectomia só é indicada se aguardarem após a resolução do quadro agudo na colecistostomia percutânea.

2.6.2. Tratamento Sepses

O tratamento da sepses é um tema crucial na medicina, e é baseado em abordagens específicas para combater a infecção e controlar a resposta inflamatória sistêmica. Segundo dados científicos, as diretrizes atuais recomendam uma abordagem multifacetada que inclui ressuscitação volêmica agressiva, administração precoce de antibióticos de amplo espectro, controle da fonte de infecção e terapia de suporte adequado.

Na ressuscitação volêmica, é essencial restaurar o equilíbrio hemodinâmico e a perfusão dos órgãos. O uso de fluidos intravenosos, como cristaloides e coloides, é comum para otimizar o volume intravascular e a pressão arterial. No entanto, é importante monitorar de perto a resposta do paciente e ajustar a terapia de acordo.

A administração precoce de antibióticos é fundamental para combater uma infecção subjacente. Os antibióticos de amplo espectro são preferidos inicialmente, pois visam cobrir uma ampla gama de patógenos até que os resultados dos testes de sensibilidade estejam disponíveis. Uma vez identificado o patógeno, os antibióticos podem ser ajustados para uma terapia direcionada.

O controle da fonte de infecção é outro aspecto importante do tratamento da sepses. Isso pode envolver drenagem de abscessos, remoção de cateteres ou dispositivos infectados e procedimentos cirúrgicos para remover tecido necrótico ou infectado.

Além disso, a terapia de suporte desempenha um papel vital no gerenciamento da sepses. Isso pode incluir suporte com oxigênio suplementar ou respiração mecânica, suporte cardiovascular com medicamentos vasoativos para manter a pressão arterial adequada e terapia de liberação de órgãos, como diálise renal em casos de disfunção renal.

Em resumo, o tratamento da sepses é complexo e requer uma abordagem multidisciplinar. A ressuscitação volêmica, a administração precoce de antibióticos, o controle da fonte de infecção e o tratamento de suporte adequado são pilares fundamentais no combate a essa condição grave. É importante ressaltar que o tratamento da sepses deve ser personalizado e adaptado às necessidades individuais de cada paciente, levando em consideração fatores como a gravidade da sepses, a presença de comorbidades e a resposta

individual à terapia.

3. SÍNTESE DO CASO CLÍNICO

Paciente E.C.V, 25 anos, solteira, gestante, 29 semanas, o filhos, terceiro grau completo, professora, evangélica. Natural do município de Belo Oriente, não fumante, não bebe, chega ao hospital com dor abdominal intensa. Ao exame, bolsa amniótica rompida. Paciente internou para monitorização do líquido para fazer o parto.

Seu líquido começou a sair com odor forte, suspeitando de uma infecção. Foi levada asala de parto cerca de três dias depois ainda sentindo dor abdominal, onde foi realizada a indução do parto. Doze horas depois, a paciente perdeu o movimento das pernas e desenvolveuapneia. Foi feito um ultrassom abdominal total, no qual acusou pedra na vesícula e sepse. Paciente foi encaminhada a U.T.I, sem contrações de parto. Foi monitorada, e os batimentos estavam fora dos parâmetros. Saturando 86% precisou de O₂ no cateter. Após um dia, foi feitoo parto por cesárea, no qual o bebê nasceu com 29 semanas, 930 gramas e 23 cm. Voltando para U.T.I. foram utilizados antibióticos para tratamento da sepse. Após sete dias, recebeu altapara o quarto, no qual ficou mais 3 dias e recebeu alta hospitalar.

Ao exame físico, paciente se apresentou consciente, com comprometimento na fala, ansiosa, deprimida, e não colaborativa ao tratamento, acamada e sem resposta dos movimentosinferiores, em uso de oxigenoterapia por cateter nasal.

4.1. EXAMES REALIZADOS

Para a realização de um diagnóstico assertivo, é necessária uma boa anamnese, examefísico e laboratoriais e de imagens. Durante a entrevista foi cogitado a paciente a verificação dos exames realizados antes, durante e depois do tratamento da enfermidade,entretanto, ela não sabe onde esses exames se encontram.Geralmente os exames realizados para o diagnóstico são: Gasometria arterial, hemograma,proteínaC reativa, creatinina, íons, bilirrubinas, lactato, glicemia, RNI, PTTa e hemoculturas.

4.2. MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Foi questionado a paciente sobre quais foram os fármacos utilizados durante o tratamento da doença e após o parto e por ter ocorrido há 7 anos, E. C. V. não se recorda.

4. DIAGNÓSTICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

4.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA COLECISTITE

Nutrição desequilibrada relacionada as dores abdominais e ansiedade;

5.2. DIAGNÓSTICO DO ENFERMEIRO PARA SEPSE

Débito cardíaco diminuído;

Perfusão tissular ineficaz;

Ventilação espontânea prejudicada

Extubação espontânea;

Risco de termorregulação ineficaz associada a sepse;

Hipertermia associada a sepse;

Risco de choque associado a sepse;

Risco de volume de líquidos desequilibrado associado a sepse;

5.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

5.3.1. Cuidados de enfermagem Colecistite

Auxiliar o paciente em mudanças de decúbito;

Auxiliar deambulação;

Administrar medicamentos quando prescritos;

Controlar sinais vitais;

Higienização da ferida cirúrgica;

Avaliar intensidade da dor.

5.3.2. Cuidados de Enfermagem Sepses

Fornecer oxigênio complementar, monitorar ingestão de líquido;

Terapia intravenosa;

Oferecer cuidados de higiene oral e aspiração da orofaringe;

Aspirar a orofaringe e as secreções da parte superior do balonete do tubo antes de desinflá-lo;

Manter a inflação do balonete do tubo endotraqueal/de traqueostomia de 15 a 20 mmHg durante ventilação mecânica e durante e após a alimentação;

Fixar a via aérea artificial com fita adesiva/tiras, administrar sedação e curarizantes, se apropriado, usar imobilizadores para braços, se apropriado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo clínico nos possibilitou aprender mais sobre as patologias apresentadas pela paciente, que representam uma alta taxa de ocorrência e possui altos índices de mortalidade, senão tratadas. É importante salientar que o prognóstico da paciente poderia ser totalmente diferente do que vimos no caso de E. C. V. se tivesse sido descoberto antes.

Neste seguimento, cabe a nós enfermeiros estar buscando informações e aprendizado para o aperfeiçoamento de nossos estudos, no intuito de esclarecer todas as dúvidas possíveis de um paciente, e reconhecer os fatores de risco, e entender o que está acontecendo com o paciente diante dos sintomas apresentados.

Conforme listamos neste estudo clínico o objetivo foi alcançado com êxito pois a equipe identificou e listou, de acordo com a SAE, os diagnósticos e cuidados prestados pela enfermagem conforme as necessidades, identificadas, da paciente em questão.

REFERÊNCIAS

MAYA, M. C. et al. COLECISTITE AGUDA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 8, n. 1, 2009. Acesso em: 08 de jun. 2023. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9233/7127>>. Acessado em 20 de agosto de 2023.

MOTA, W. M. et al. Critérios Diagnósticos de Infecção no Paciente Queimado. Rev Bras Queimaduras, 13(3):130-5, 2014.

WESTPHAL, G. A. et al. Um Sistema Eletrônico de Alerta Ajuda a Reduzir o Tempo para Diagnóstico de Sepsis. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 13 dez, 2018.