

CASO CLÍNICO

Autora: Yorranna de Sousa Lacerda

Orientador: Diógenes Alexandre da Costa Lopes

ANAMNESE E EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

19/03/2020 15h32min - Paciente C.G.L, nascida no dia 07/10/1996, sexo feminino, negra, casada, católica, natural Cajazeiras-PB, reside em Juara, ensino superior incompleto- Bacharel em Letras, ocupação auxiliar odontológico, tipo sanguíneo A⁺. Queixa-se de febre, calafrios, dor lombar e urgência miccional. HDA: Paciente relata estar sentindo dor lombar em conjunto com febre e calafrios há 2 dias, fazendo ingestão de Buscopam composto quando os sintomas começam, ainda acrescenta que durante esse período apresentava noctúria e urgência miccional. AFeP: Não possui doenças crônicas e não faz uso de nenhum medicamento controlado. HV: Paciente frequenta academia, repousa no período noturno 6 horas por dia, mas está com dificuldade para dormir devido acordar várias vezes na noite para urinar, faz pouca ingestão de água durante o dia, alimenta-se 4 vezes ao dia, evacuação 1 vez ao dia, não faz uso de álcool e não fuma, vida sexual ativa. HSE: moradia fixa de alvenaria, fossa séptica, tem um cachorro como animal domestico, não tem filhos, mantém bom convívio com a família e amigos. Paciente apresentou-se ao exame físico, lúcida e orientada no tempo e no espaço. Ativa e colaborativa, deambulando, ausência de déficits cognitivos. Normocorado, eupneico, acianótico e anictérico. Sinais vitais: PA 110x70 Hgmm; FC 69 bpm; FR 19 rpm, temperatura 37,9 °C- piroxia; peso 55 kg; altura 1,65m; IMC 20,20 kg/m², encontra-se no peso adequado. Calota craniana íntegra, ausência de retrações, cicatrizes e abaulamento no couro cabeludo. Cabelos implantados sem infestações parasitárias sem sujidade. Sobrancelhas implantadas. Face simétrica, ausência de lesões na pele, movimentos oculares preservados, pupilas isocóricas e fotoreagentes, mucosa ocular normocorada. Orelhas implantadas, pavilhão auricular e conduto auditivo externo

sem lesões com presença de secreção. Cavidade nasal sem alterações e secreção com presença de pelos. Lábios ressecados, língua, gengiva e mucosa normocorados sem alterações, dentes conservados, faz uso de aparelho ortodôntico. Pescoço com mobilidade cervical ativa e passiva, ausência de lesões ou linfadenomegalias, tireoide indolor, sem nódulos e móvel a deglutição. Traqueia móvel. Tórax simétrico, com desconforto respiratório. Expansibilidade preservada. Percussão som claro pulmonar, murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios. Ictus do VE invisível, não palpável na 5o EIC na LHCE, ausência de atritos, ausência de sopros, bulhas rítmicas normofonéticas, pulsos arteriais periféricos simétricos, sincrônicos e com baixa amplitude. Abdome plano, sem lesões na pele, cicatrizes, circulação colateral ou herniações. Pulsação arterial e peristalse não identificáveis a inspeção, peristalse presente nos quatro quadrantes, ausência de sopros em focos arteriais abdominais, fígado palpável, ausências de massas, apresentar dor nas regiões dos flancos, apresenta dor a punho-percussão nas regiões costovertrais. Higiene adequada na região genitália, sem alterações. Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas, sem dor ou crepitações, ausência de deformidades nas articulações, ausência de lesões na pele, ausência de sinais de insuficiência venosa ou arterial, pulsos periféricos palpáveis simétricos, fluxo sanguíneo sem alterações nos capilares sanguíneos periféricos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis e volume de líquidos deficiente;

Eliminação urinária prejudicada associada a múltiplas causas, caracterizada por noctúria e urgência urinária;

Distúrbios no padrão de sono relacionado a padrão de sono não restaurador, caracterizado por dificuldade para manter o sono e não se sentir descansado;

Conforto prejudicado relacionado controle situacional insuficiente, caracterizado alteração no padrão de sono, dor, inquietação.

Dor aguda relacionado com agente biológico lesivo, caracterizado por expressão facial de dor e representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.

Obs.: Entre todos os diagnósticos de enfermagem elencados, a raiz do problema é a falta de consumo de líquidos, levando ao problema urinários a dor e consequentemente a falta de sono

PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

Objetivos: Extinguir noctúria, urgência urinária e dor, manter o sono, recuperar padrão de sono eficiente, proporcionar sensação de descanso, que o paciente não expresse na face dor e realize atividades sem alteração.

Prescrição de Enfermagem:	Aprazamento
1- Explicar e incentivar o paciente sobre a importância da água para o corpo, bem como os pontos positivos de beber água e os pontos negativos beber água em quantidades inadequadas, estimule a ingestão de líquidos ó oferecendo em livre demanda para a ingestão diária de no mínimo 2 litros de água.	Em toda visita domiciliar até sanar o problema
2- Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária, monitorar o balanço hídrico, orientar sobre a higiene íntima e cuidados nesta região durante a rotina diária, como usar roupas leves que não abafe o local para não propiciar a proliferação de microrganismos patogênicos.	M T N
3- Observar as circunstâncias físicas (dor/desconforto), orientar mudanças no estilo de vida que resultem em melhora no sono como boa alimentação, exercícios físicos e hidratação adequada, monitorar o padrão do sono e quantidade de horas de repouso, proporcionar um	Encaminhado ao educador físico da equipe multidisciplinar

ambiente calmo e seguro que promova relaxamento e o máximo de conforto possível.	
4- Posicionar o paciente para facilitar o conforto, controle de sintomas, se necessário para alívio e conforto do paciente realizar compressas frias/quentes, deixar o ambiente agradável estimulando o conforto.	Na visita domiciliar
5- Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração através de escalas dor, proporcionar repouso adequados para o alívio da dor, preparar a paciente para procedimento de administração de medicamento, orientar meios de alívio da dor através de técnicas não farmacológicas como relaxamento, avaliar a eficácia das medidas de controle da dor a cada monitoramento.	Na visita domiciliar

As implementações de enfermagem são executadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, no estudo de caso descrito contou com a ajuda da equipe multidisciplinar para a resolução integral atual da paciente. Chegou-se no diagnóstico da doença de Infecção do Trato Urinário após realizados exames de hemograma, urocultura e antibiograma, com isto a Enfermagem além de executar as prescrições de enfermagem realizou a administração medicamentosa prescrita de antibiótico, anti-inflamatório e analgésico e realizou monitoramento da evolução do paciente durante sua internação.

AVALIAÇÃO

Os diagnósticos de enfermagem relatados não foram mantidos havendo uma melhora do quadro geral do paciente, não persistindo os sintomas de dor e desconforto, eliminação da noctúria e disúria, restabelecendo a sensação de conforto e descanso.

FISIOPATOLOGIA

As Infecções do Trato Urinário são causadas principalmente por bactérias aeróbias Gram-negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* sp, *Enterobacter* sp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia* sp, *Morganella morganii*, *Providencia stuartii*), cocos Gram-positivos (*Staphylococci*, *Streptococci* grupos D e B) e, em menor extensão, por bactérias anaeróbias (*Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococci*), e por microrganismos que requerem técnicas especiais para serem identificados (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*).

Outros agentes, como fungos, leveduras e vírus, também podem causar infecções urinárias. Nesses casos, a infecção faz parte de um quadro normalmente mais grave, como imunodeficiências, manipulação do trato geniturinário e internação hospitalar prolongada.

A entrada do agente patogênico que causa infecção no trato urinário dá-se por via ascendente retrógrada, outras formas de contaminação ocorrem por vias hematogênica, linfática e extensão direta de outros órgãos.

A via ascendente retrógrada é a mais frequente e importante via de infecção, sendo necessários alguns fatores para que ocorra a infecção vesical: colonização periuretral do patógeno proveniente da flora intestinal devido a fatores mecânicos, defecação, sudorese e higiene pessoal não adequada. A colonização do vestíbulo vaginal e da uretra distal depende da competição com a flora local e do pH vaginal, que é muito influenciado pelo nível de estrógenos. O nível de IgA local, bem como a existência de fatores de aderência bacteriana, como fímbrias, adesinas e hemolisinas, participa dos mecanismos iniciais deste processo infeccioso. Para que a infecção se estabeleça, os fatores naturais de proteção (como a urina, que é um inibidor natural de infecções pela elevada hipertonidade, pelo pH baixo e pela

presença de ácidos orgânicos; a presença de proteína de Tamm-Horsfall; o muco vesical; a secreção local de IgA e IgG; o esvaziamento normal da bexiga) devem ser ultrapassados. Para que este processo patológico se complete, é importante lembrar-nos dos fatores relacionados à resistência bacteriana.

A via hematogênica não é comum e ocorre especialmente em situações onde existem alterações da resistência do paciente, alterações anatômicas ou funcionais nos rins, ou ambos, favorecendo a permanência da bactéria. A via linfática ocorre quando há a disseminação de patógenos por meio do sistema linfático, no qual há a migração deste micro-organismo para outras estruturas do corpo. Abscessos intraperitoneais, especialmente os associados às doenças inflamatórias intestinais, doença inflamatória pélvica em mulheres, abscessos perivesicais e fístulas do trato geniturinário podem proporcionar infecção do trato urinário por extensão direta destes órgãos.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Classe: Fluoroquinolonas.

Medicamentos: Ciprofloxacino.

Via de administração: Intravenosa e oral.

Farmacodinâmica: As fluoroquinolonas entram na bactéria através de canais de porina e exibem efeitos antimicrobianos na DNA-girase (topoisomerase bacteria- na II) e topoisomerase bacteriana IV. A inibição da DNA-girase resulta em relaxamento do DNA superespiralado, promovendo quebra da fita de DNA. A inibição da topoisomerase IV impacta a estabilização cromossomal durante a divisão celular, interferindo com a separação do DNA recém-replicado. Em microrganismos gram-negativos (p. ex., *Pseudomonas aeruginosa*), a inibição da DNA-girase é mais significativa do que a da topoisomerase IV, ao passo que, nos gram-positivos (p. ex., *Streptococcus pneumoniae*), é o contrário.

Cuidados de enfermagem:

- A medicação não deve ser usada para pacientes <18 anos, nem durante gestação e lactação;

- Recomenda-se cautela nos casos de distúrbios no SNC (arteriosclerose cerebral, convulsão), devido ao maior risco de convulsões, e em associação com teofilina;
- Recomende ao paciente a ingestão de 1,5 litros/dia de líquidos, durante o tratamento, para evitar depósito de cristais na urina;
- Recomende ao paciente o uso de protetores solares e roupas mais adequadas para prevenir possíveis reações de fotossensibilidade, durante a terapia;
- Pode causar desmaio ou tontura. Assim, recomende que o paciente evite dirigir e outras atividades que requerem estado de alerta;
- Recomende ao paciente que evite o consumo de cafeína (café, chá, chocolate, refrigerantes a base de cola);
- VO: a medicação deve ser administrada 1h antes ou 2h após as refeições, com um antiácido.
- IV: dilua a droga em soros fisiológicos 0,9% ou glicosado 5% (concentração:1mg/ml); infunda lentamente, no mínimo em 1h, numa veia de grosso calibre para reduzir risco de irritação venosa (dor, eritema).

Classe: Antissépticos do trato urinário.

Medicamento: Metenamina.

Via de Administração: Oral.

Farmacodinâmica: Os fármacos antissépticos do trato urinário não alcançam níveis antibacterianos na circulação, mas, como se concentram na urina, os microrganismos daquele local podem ser efetivamente eliminados. A metenamina se decompõe no pH ácido de 5,5 ou menos na urina, produzindo formaldeído, que atua localmente e é tóxico para a maioria das bactérias. As bactérias não desenvolvem resistência ao formaldeído, o que é a vantagem deste fármaco.

Cuidados de enfermagem:

- VO: adulto 1g, 4x/dia, ultima dose antes de dormi, pode ser administrado com ou sem alimentos, o comprimido não deve ser mastigado ou partido;

- Via Sonda: triturar e diluir o pó de comprimido em volume de água adequado para a administração, uso imediato. Administrar separadamente da dieta enteral;
- Orientar evitar o uso de bicarbonato de sódio e antiácidos concomitantemente, pois pode diminuir a eficácia do fármaco;
- Evitar ingestão de alimentos com pH alcalino como derivados do leite, ameixas, passas e outros;
- Não é adequado para o tratamento de pacientes com sonda vesical, pois a urina precisa ficar retida na bexiga para haver formação do formaldeído;
- Recomendar ao paciente ingestão de líquidos de 2-3 litros por dia durante a terapia;
- Recomendar o uso de vitamina C (sucos e suplementos) que acidifica a urina;
- Monitorar diurese e pH urinário (que deve estar ácido para efeito máximo).

REFERÊNCIAS

GROHMANN, J. F. R; COELHO, R. F; ARAP, M. A. Infecção do Trato Urinário. Disponível

em:<https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1489/infeccao_do_trato_urinario.htm>. Acesso em 27 de mar. 2020.

TORRIANI, Mayde Seadi, *et al.* Medicamentos de A a Z - 2ª Edição: Enfermagem. Porto Alegre, Artmed, 2016.

WHALEN, Karen. FINKEL, Richard. PANAVELIL, Thomas A. Farmacologia ilustrada - 6. ed. – Porto Alegre, Artmed, 2016.