



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM HIGROMA CÍSTICO

Elidianne Layanne Medeiros de Araújo¹

Adriana Maria Barbosa Soares¹

Emmanuela Costa de Medeiros²

Patrícia Tavares de Lima²

Andreia Roque de Souza³

¹Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Enfermagem Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mails: elidiannemedeiros@gmail.com e adrianambarbosa@hotmail.com / ²Docente do curso de enfermagem no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: emmanuelamedeiros@hotmail.com / ³ Enfermeira mestre em terapia intensiva. E-mail: andreiaroqueenf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO: O sistema linfático consiste em um conjunto de vasos distribuídos pela maior parte do corpo. Estes começam como capilares linfáticos que drenam o plasma não absorvido dos espaços intersticiais. Os capilares linfáticos unem-se para formar vasos linfáticos, que passam através dos linfonodos e desembocam no grande ducto torácico que se une à veia jugular no lado esquerdo do pescoço. Ao longo do seu trajeto o ele filtra, destroem patógenos e remove outras substâncias potencialmente nocivas. O higroma cístico é uma lesão que constitui em malformação do sistema linfático, na qual bolsas repletas de líquidos se projetam da região posterior do pescoço.



Em geral, os higromas são volumosos e multisseptados, formando-se como parte de uma sequência de obstrução linfática, na qual a linfa originada da cabeça não consegue drenar, para a veia jugular e, conseqüentemente, acumula-se em bolsas linfáticas jugulares. Suas causas são múltiplas, podendo estar associada a fatores imunes, como a anemia hemolítica causada pela incompatibilidade do grupo sanguíneo Rh entre a mãe e o feto e a causas não-imunes, sendo estas defeitos cardiovasculares, aberrações cromossômicas e anemia fetal. Os defeitos cardiovasculares, tanto os estruturais quanto os funcionais, tais como cardiopatias congênitas e arritmias, podem resultar em insuficiência cardíaca intrauterina e hidropisia. Entre as aberrações cromossômicas, o cariótipo 45,X (Síndrome de Tunner) e as trissomias 21 e 18 podem originar hidropisia fetal. Sendo a base da hidropisia na anemia fetal, a isquemia tecidual com secundária disfunção miocárdica e insuficiência circulatória. Adicionalmente, pode seguir-se a insuficiência hepática, com perda da função de síntese contribuindo para o edema. **OBJETIVO:** O presente estudo busca a compreensão do processo fisiopatológico do higroma cístico, com o propósito de melhorar a condição clínica de um paciente acometido por higroma traçando um plano de cuidado baseado na SAE segundo a NANDA. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, tipo bibliográfico, baseada na literatura científica atual, pesquisada na base de dados da BVS e SCIELO, com os seguintes descritores: Assistência, enfermagem e higroma cístico e foram feitas uma abordagem em livros de fisiologia, patologia, e diagnósticos de enfermagem, como consta na bibliografia deste trabalho. **RESULTADOS E DISCURSÃO:** O higroma cístico é um dos tumores benignos mais comuns em RN. Em 60 a 75% dos casos localiza-se na região cervical, é diagnosticado pela ultrassonografia pré-natal. Portanto, é importante ressaltar a importância de um pré-natal adequado para decisão da via de parto, trazendo assim, um prognóstico satisfatório destes recém-natos. O profissional de enfermagem realizar o exame físico desse recém nascido, pois segundo o autor supracitado, o exame físico logo ao nascimento verifica a presença de massa de volume



variável, consistência amolecida ou tensa, com ou sem nódulos endurecidos em seu interior, ocupando a região lateral e anterior do pescoço. Podendo causar obstrução respiratória com necessidade de intubação traqueal ou traqueostomia. Alguns apresentam prolongamento para a parede torácica e mediastino, e devem ser avaliados por radiografia de tórax, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RM). O diagnóstico diferencial deve ser feito com teratoma, hemangioma, bócio congênito, cisto de duplicação do esôfago e lipoma. O presente trabalho levantou os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de infecção relacionado às defesas primárias inadequadas e aos procedimentos invasivos, integridade da pele prejudicada relacionado a fatores mecânicos evidenciado por destruição de camadas da pele, prejuízo de trocas gasosas relacionado á queda de eritrócitos e/ou anormalidades da hemoglobina e perfusão tecidual ineficaz relacionada a interrupção do sangue venoso e arterial secundária à formação de microtrombos . Intervenções: proteger a superfície da pele com um curativo permeável; aplicar substâncias tópicas para promover a integridade da pele minimizando seu rompimento; supervisionar sinais flogísticos sobre a pele rompida e monitorar o uso de antibioticoterapia; monitorar a redução de débito urinário, que pode indicar diminuição de perfusão renal; monitorar o estado neurológico usando a escala de coma de Glasgow; administrar diuréticos conforme prescrição médica; monitorar eletrólitos e osmolalidade sérica.

CONCLUSÃO: A compreensão da fisiopatologia do higroma cístico, por parte do profissional enfermeiro, promove subsídios importantes na assistência prestada ao RN portador de higroma, seja no seu diagnóstico e/ou tratamento. Com isso, ofertamos um cuidado holístico e humanizado ao paciente, utilizando as intervenções de enfermagem com o propósito de minimizar ou sanar os diagnósticos de enfermagem encontrados.

REFERÊNCIAS: 1. SMELTZER, Suzanne C. O'Connell; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2 v. 2. TIMBY, Barbara Kuhn; SMITH, Nancy E. Enfermagem Médico-



Cirúrgica. 8. Ed. São Paulo: Manole, 2005. 3. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. Obstetrícia de Williams. 23. Ed. São Paulo: AMGH editora, 2012. 3. Robbins & Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 4. Higroma cístico; relato de caso. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/Eventos/smedica/Documents/38/38_S_MEDICA_ANALIS.pdf>. Acesso em: 24 de fevereiro de 14. 5. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012-2014/Nanda Internacional. Regina Machado Garcez, tradutora. Porto Alegre: Artmed, 2013 classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez.- Porto Alegre: Artmed, 2010. 6. MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.