

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA À PACIENTE SUBMETIDA À HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA MAIS SLING

Autores: Janaína Calisto Moreira ¹; Cicera Brena Calixto Sousa ²; Karine Sousa Ferreira ³; Adriana Sousa Carvalho de Aguiar ⁴.

*1 – Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF.
jannaina.cmoreira@gmail.com*

*2 – Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF.
brenacalixto4211@gmail.com*

*3 – Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF.
kaka_luk@hotmail.com*

*4 – Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF.
adrianasousa@fgf.edu.br*

INTRODUÇÃO

A histeroscopia é um procedimento ambulatorial, que envolve baixo risco de complicações e permite a visualização da cavidade uterina, a avaliação endometrial e a anatomia da cérvix. O procedimento é realizado por um cirurgião com experiência em histeroscopia cirúrgica e por um enfermeiro especializado, que oferece além de apoio técnico, suporte emocional ao paciente (TOMAS et al., 2016).

A histeroscopia diagnóstica alcança a visão endoscópica da cavidade endometrial e os orifícios tubários. Suas indicações são diversas e incluem diagnóstico de pólipos endometriais, além de avaliação da hemorragia uterina ou infertilidade (HOFFMAN et al., 2014).

Segundo Araújo et al. (2016), os pólipos endometriais são projeções alocadas no endométrio uterino, sendo constituídos de estroma, vasos sanguíneos e glândulas endometriais. Sua prevalência é maior em mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos. Entre os fatores de risco para o seu surgimento estão, a idade avançada, nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, hipertensão arterial, obesidade e uso de tamoxifeno, um antiestrogênio não esteroideal utilizado no tratamento de câncer de mama.

Já o sling, é um método padrão para a incontinência urinária de esforço (IUE). Normalmente, ele tem sido usado para IUE causada por deficiência intrínseca do esfíncter. Esta condição específica é caracterizada pela uretra imóvel, redução da pressão máxima de fechamento uretral ou redução do ponto de pressão para vazamento de urina com manobra de Valsava. Além

disso, esta operação pode também ser indicada para pacientes com operações anteriores que falharam contra a incontinência. Geralmente não é usado como primeira operação contra a incontinência (HOFFMAN et al., 2014).

Segundo Forte (2011), na IUE ocorre uma perda de pequenos volumes de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal como tossir, espirrar e rir. Pode ocorrer devido ao relaxamento pélvico (tipos I e II), resultante de múltiplos partos e envelhecimento, ou devido a uma anormalidade da pressão de fechamento inferior da uretra, também chamado de deficiência do esfíncter inferior (tipo III), resultante de traumas cirúrgicos.

Algumas formas de tratamento para IUE são: o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico por meio de exercícios, *biofeedback*, a utilização de cones vaginais ou estimulação elétrica transvaginal, tratamentos farmacológicos e procedimentos cirúrgicos como Burch, Sling e Injeção Periuretral (WALTERS; KARRAM, 2016).

Diante do exposto, o estudo se faz importante por permitir o conhecimento desses procedimentos cirúrgicos, assim como os cuidados de enfermagem perioperatórios às pacientes submetidas a esses procedimentos, onde os profissionais poderão utilizar como tratamento imediato ao paciente.

Visto que os cuidados perioperatórios são fundamentais para a manutenção do bem-estar do paciente e integralidade da saúde, o presente estudo teve como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem perioperatória à paciente submetida à histeroscopia diagnóstica mais sling.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, em função do tempo longitudinal.

O estudo foi realizado em um Hospital de referência em Fortaleza-CE, que presta atendimentos em nível secundário e terciário de saúde.

O sujeito da pesquisa era uma paciente de 63 anos, sexo feminino, internada no dia 10 de novembro de 2015, para realização de uma Histeroscopia Diagnóstica mais Sling. A paciente concordou em participar voluntariamente da entrevista e exame físico, propostos pelo estudo.

Os dados foram coletados a partir do processo de enfermagem, realizando histórico de enfermagem, exame físico e levantamento de problemas, além de consulta de prontuário. Para a formulação dos diagnósticos e intervenções foi utilizada análise descritiva com base na literatura e a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e *Nursing Interventions Classification* (NIC).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

J.S.M., 63 anos, sexo feminino, cor branca, apresentando sobrepeso. Divorciada, ensino superior completo, pensionista, católica, natural de Salvador - BA e procedente de Prainha-Aquiraz-CE. Admitida no Hospital de referência em Fortaleza - CE no dia 10 de novembro de 2015, acompanhada pela prima, para realização de uma Histeroscopia Diagnóstica, para detecção de possíveis pólipos, mais Sling para o tratamento da incontinência urinária de esforço.

A paciente relatou que ao realizar exames de rotina, seu ginecologista suspeitou de pólipos, sugerindo a realização da cirurgia (Histeroscopia Diagnóstica), para a possível confirmação. Segundo os dados colhidos dos exames, a paciente foi diagnosticada com incontinência urinária tipo II, por isso foi sugerido o Sling. A paciente apresentava histórico de hipertensão e bronquite e negava alergias. Fazia uso de rivotril e losartana em casa há cinco anos, para controle do sono e hipertensão, respectivamente, prescritos por médico.

Ao exame físico apresentava estado geral bom (EGB), consciente, orientada no tempo e espaço e humor preservado. Higiene geral correta e independente. Apresentava-se ansiosa. Couro cabeludo sem descamação e ausência de lesões. Pálpebras íntegras e simétricas, pupilas isocóricas, e visão sem alterações. Pavilhões auditivos simétricos, normoimplantados, com higienização satisfatória, e acuidade auditiva preservada. Narinas íntegras, simétricas com adequada higienização. Dentição preservada com implante de alguns dentes. Em dieta zero para a realização da cirurgia. Tireoide palpável e móvel. Respiração eupnéica em ar ambiente. Tórax simétrico e normolíneo, apresentando expansibilidade simétrica durante os movimentos respiratórios. Na ausculta, apresentava murmúrios vesiculares em ambos os pulmões. Bulhas cardíacas normofonéticas em 2 Tempos. Mamilos íntegros e simétricos, e ausência de secreção. Abdome flácido e com presença de ruídos hidroaéreos. A pele apresentava-se íntegra, lisa, hidratada, anictérica, acianótica, com turgor presente, e presença de manchas e cicatrizes cirúrgicas. Membros

superiores e inferiores sem alterações. Eliminação urinária e intestinal presentes. Necessitando de medicação para dormir (rivotril).

A paciente foi conduzida à sala de cirurgia, onde foi feita a anestesia raquidiana. Após indução anestésica, a mesma foi colocada em posição de litotomia para realização da cirurgia. Foram realizados acessos periféricos e cateterismo vesical de demora. Durante o procedimento cirúrgico, a paciente apresentou arritmias, por isso precisou ser encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva para ficar em observação por pelo menos 24h.

A partir do caso foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções:

1. Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionado à reação emocional pós-operatória.

Monitorar sinais vitais; Oferecer assistência ao paciente até que ele seja capaz de assumir o autocuidado; Encorajar o paciente a realizar atividades de vida diária, de acordo com seu nível de capacidade; Oferecer suporte emocional.

2. Mobilidade física prejudicada evidenciada por desconforto relacionada à dor.

Verificar circulação periférica e estado neurológico; Verificar integridade da pele; Posicionar paciente para aliviar dispneia, quando necessário.

3. Integridade tissular prejudicada evidenciada por tecido lesado relacionada a procedimento cirúrgico.

Realizar troca de curativos; Monitorar características da lesão como, drenagem, cor, tamanho e odor; Limpar lesão com soro fisiológico.

4. Risco de lesão por posicionamento perioperatório relacionado à imobilização.

Examinar condição da incisão cirúrgica; Observar mudanças na pele e mucosas; Instituir medidas para evitar futuras lesões.

5. Risco de hipotermia perioperatória relacionado a complicações cardiovasculares.

Adaptar temperatura da sala de cirurgia para efeito terapêutico; Cobrir as partes do corpo exposta; Monitorar temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial.

6. Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo.

Aplicar e fixar curativos cirúrgicos; Limpar e esterilizar os instrumentos; Examinar tecido ao redor do local da cirurgia; Manter sala organizada e limpa para limitar a contaminação.

7. Ansiedade evidenciada por excitação cardiovascular relacionada à ameaça à condição atual.

Usar abordagem calma e segura; Permanecer com o paciente para transmitir segurança; Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos.

CONCLUSÕES

A partir do caso exposto foi possível estruturar a assistência de enfermagem dentro da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP). É de fundamental importância a inserção de diagnósticos e intervenções dentro da SAEP, tornando o cuidado individualizado e humanizado.

A assistência de enfermagem perioperatória precisa ser discutida dentro da enfermagem, onde é necessário o conhecimento das ações realizadas em uma área complexa como o centro cirúrgico, visando a integralidade da assistência ao paciente cirúrgico. É preciso analisar as necessidades de cada indivíduo, orientar o paciente sobre o procedimento e, sobretudo, oferecer o suporte emocional, que irá auxiliar a recuperação do paciente e até mesmo evitar complicações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Fellipe Magela de et al. Artigo de revisão: pólipos endometriais. **Rev Pat Tocantins**, Tocantins, v. 03, n. 02, p.58-68, 2016.

HOFFMAN et al. **Ginecologia de Williams**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FORTE, Cristina Braço. **Incontinência Urinária de Esforço na Mulher**. 2011. 29 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2011.

TOMAS, Claudia et al . Histeroscopia no consultório: análise de custos. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 10, n. 4, p. 292-297, dez. 2016.

WALTERS, Mark D.; KARRAM, Mickey M.. **Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica**. 4. ed. [s.l.]: Elsevier, 2016.

