

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

PRÓ - REITORIA ACADÊMICA

CURSO DE ENFERMAGEM

CARLA ARAUJO DE MELLO

**ESTUDO DE CASO REALIZADO EM UM PACIENTE**

**PORTADOR DE MIOMA**

NITERÓI

2012



UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

PRÓ - REITORIA ACADÊMICA

CURSO DE ENFERMAGEM

CARLA ARAUJO DE MELLO

**ESTUDO DE CASO REALIZADO EM UM PACIENTE**

**PORTADOR DE MIOMA**

Projeto apresentado á Curso de Enfermagem da Universidade

Salgado de Oliveira– UNIVERSO, como parte dos requisitos para

Conclusão do curso.

NITERÓI

2012

INTRODUÇÃO:

O presente estudo foi baseado no caso de um paciente interno na sala amarela do Hospital e Pronto Socorro Azevedo Lima entre os dias 22/08/2012 a 05/09/2012, período em que se desenvolveu a aplicação de teoria e prática de conhecimentos adquiridos durante o decorrer da disciplina. Bem como a elaboração de um plano assistencial a ser colocado em prática, diante da integridade do processo de enfermagem que será apresentado neste estudo de caso, com objetivo de enriquecer o trabalho, realizando pesquisas bibliográficas.

O cliente em questão encontrava-se acometido por Metrorragia devido a um Mioma ,patologia esta que será apresentada no desenvolvimento do estudo .

1. OBJETIVOS

# 1.1 Geral

Programar a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) em paciente portador de Metrorragia, Mioma.

# 

# 1.2. Específicos:

Conhecer os aspectos fisiopatológicos da Metrorragia e do Mioma as alterações provocadas pela mesma.Promover práticas assistenciais com base no processo em enfermagem.

Realizar medidas preventivas através do processo de enfermagem.

2. METODOLOGIA

As técnicas da coleta de dados utilizados para o desenvolvimento do estudo foram de pesquisas bibliográficas. Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo (Silva, 2001).

Este estudo foi realizado pelos discente do 7º período de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO em 2012 no município de Niterói – RJ.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1. ETIOLOGIA:

O mioma uterino, também denominado fibroma, é um tumor benigno de evolução lenta, que se desenvolve no miométrio, constituído de fibras musculares lisas e tecido conjuntivo pobre de vasos, crescendo em forma de nódulos. O mioma do útero é a mais frequente das neoplasias benignas do aparelho genital e incide, de preferência, entre 30 a 45 anos de idade, mais nas mulheres negras do que nas brancas. O mioma do corpo do útero pode se classificar em: subseroso, submucoso e intramural. O mioma submucoso cresce para a cavidade do útero, recoberto pelo endométrio, ocupando dita cavidade sob a forma de um ou mais nódulos. As manifestações clínicas do mioma dependem da localização, do volume e de eventuais alterações secundárias do tumor. Os miomas submucosos causam metrorragia ( ARRAIS,2005)

3.2 FISIOPATOLOGIA:

Segundo Zelaquett, 2007 os miomas são tumores benignos. Eles surgem no miométrio e contêm quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso. Cerca de 75% dos casos são assintomáticos, encontrados ocasionalmente durante exame abdominal, pélvico bimanual ou ultra-sonografia. O sangramento uterino aumentado é a queixa mais comum, podendo levar a anemia.

3.3 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS:

O diagnóstico é baseado na história clínica (sinais e sintomas), no toque vaginal bimanual e na ultra-sonografia. A miomatose uterina é a causa mais comum de laparotomia em mulheres americanas, sendo responsável por 175.000 histerectomias e 20.000 miomectomias anualmente. As abordagens terapêuticas podem ser clínicas (anticoncepcionais orais, progestágenos e antiprogestágenos, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH), e antiinflamatórios não esteróides) e cirúrgicas (histerectomia, miomectomia e embolização) CORLETA,2007.

Os sintomas são relacionados diretamente ao tamanho, ao número e à localização dos miomas. Os subserosos tendem a causar sintomas compressivos e distorção anatômica de órgãos adjacentes, os intramurais causam sangramento e dismenorréia, enquanto que os submucosos produzem sangramentos irregulares com maior freqüência. Além disso, observou-se que esses últimos estão mais associados à disfunção reprodutiva1-3. Extensa e recente revisão da literatura sugere que o leiomiossarcoma é uma lesão isolada; a transformação maligna dos miomas, se houver, é evento extremamente raro (ZELAQUETT, 2007).

# 3.4 TRATAMENTO:

**Anticoncepcionais orais:**

Quanto aos contraceptivos orais, não há evidência de que sejam efetivos no tratamento de miomas; no entanto, são eficazes para correção do sangramento uterino disfuncional devem ser usados por mais de seis meses. Caso não seja realizada a cirurgia, a interrupção do tratamento com análogos leva ao reaparecimento da doença; por isto, os análogos do GnRH são utilizados primariamente para contemporizar e permitir a recuperação do hematócrito antes da cirurgia. Entretanto, como a suplementação de ferro isolado traz beneficio para um número significativo de pacientes, os custos, os efeitos adversos e a eficácia devem ser avaliados quando se propõe o uso do GnRH no pré-operatório. (CORLETA,2007).

**Embolização:**

A técnica da embolização em si, comparada a cirurgia, é muito mais simples e seus riscos bem melhores; após anestesia local, ou bloqueioperidural, um pequeno furo é feito na virilha da paciente (por agulha especial) e por ele é introduzido um fino tubo (cateter) que é conduzido até a artéria uterina distal; estando o cateter lá posicionado, o médico (angioradiologista) injeta por este tubo micropartículas (PVA ou Embosferas) que irão provocar a oclusão parcial dos vasos distais que nutrem a região do útero onde está o mioma e, com isso, o aporte de sangue diminui ocorrendo uma redução considerável do tamanho do útero e, consequentemente, do mioma. Todo o procedimento leva, em média, de 30 a 50 minutos de duração com internação de 24 a 48 horas, sendo que a mulher estará apta a retornar às suas atividades profissionais em 05 a 07 dias, deixando o hospital somente com um pequeno furo na virilha Tokoyama, ( 2008).

**Cirurgia:**

**Histerectomia:**

O tratamento definitivo da miomatose sintomática é cirúrgico. São indicações de histerectomia :presença de sintomas; falha no tratamento clínico associado a sangramento uterino anormal, com prole constituída ou sem desejo de gestação.Miomas grandes assintomáticos provavelmente podem ficar sem tratamento, pois o risco do tratamento de um leiomiossarcoma é menor do que a mortalidade pela histerectomia (SILVA,2005).

**Miomectomia:**

A indicação de miomectomia dependerá do desejo da paciente de manter a fertilidade e o útero. É importante ressaltar que a recorrência de miomas é estimada entre 15-30%, sendo que 10% das mulheres necessitam uma nova intervenção. A miomectomia pode ser laparotômica, por via vaginal, laparoscópica ou estereoscópica, dependendo da localização, do tamanho e do número de miomas a serem retirados. As complicações relacionadas ao procedimento aumentam com o número de miomas. O risco de recorrência é menor quando apenas um mioma está presente e é retirado. Miomas protruindo pelo orifício cervical externo são retirados por via vaginal( LEITE,2010).

## 3.6- SINAIS E SINTOMAS

O sintoma mais comum é o sangramento vaginal excessivo, principalmente durante a menstruação (hiperfluxo menstrual) e, em geral, com saída de coágulos, associados ou não às cólicas. Este sangramento pode ocorrer também fora da menstruação e por períodos prolongados (metrorragia), podendo levar a anemia Zelaquett,(2007).

**Riscos**

Além de indicar a presença de algum problema sério de saúde, pode causar anemia grave.·.

**4.1. Medicações Prescritas:**

Ao ser admitido no Hospital Azevedo Lima o médico prescreveu as seguintes medicações:

* **Dipirona: 0,8 ml 6/6 h S/N EV;**
* **OMEPRAZOL: 40mg 1vez ao dia;**
* **CAPTOPRIL (VO):**
* **Sulfato Ferroso ( VO)**
* **Dipirona: 0,8 ml 6/6 h S/N EV**

**Ação:** Analgésico e Antitérmico

**Mecanismo de Ação:** Atua no centro termorregulador hipotalâmico nos pacientes com hipertermia, provocando redução da temperatura corporal. A queda da temperatura decorre de maior perda de calor, possivelmente por aumentar a irradiação de calor através da pele. Efeito analgésico pode ser decorrente da capacidade que a dipirona tem de bloquear a síntese e a liberdade de prostaglandina, substancias envolvidas diretamente na fisiopatologia do processo doloroso. Alem desse efeito periférico, a dipirona pode atuar diretamente no tálamo, diminuindo a passagem de impulsos dolorosos (potenciais de ação) e através dessa estrutura, reduzir a chegada de impulsos dolorosos ao nível do córtex sensitivo.

**Reação Adversa:** Choque e discrasias sanguíneas, tais como agranulocitose, leucopenia e trombocitopenia.

Outros: reações de hipersensibilidade que afetam a pele (urticária), a conjuntiva e a mucosa nasofaringe, reações cutâneas bulbosas, às vezes com risco de vida.

**Cuidados de Enfermagem:**

* Monitorize a função respiratória, pois podem ser observados ataques de asma em pacientes predispostos a tal condição e hipotensão em caso de aplicação intravenosa muito rápida.
* Monitorize dor e reações no local da injeção.
* Administre a droga cuidadosamente em casos de amigdalite ou qualquer outra afecção da bucofaringe, porque essas afecções preexistentes podem mascarar os primeiros sintomas de agranulocitose, cuja ocorrência e rara mais possível quando se faz uso de produto que contenha dipirona.
* Administre-a cuidadosamente em pacientes com condições circulatórias instáveis (PA sistólica menor que 100 MMHG) e em pacientes com distúrbios hematopoiéticos.
* Não a administre durante a gravidez e a lactação.
* Não administre a droga com outros medicamentos na mesma seringa.

Oriente o paciente a não usar bebida alcoólica, porque o efeito do álcool pode ser potencializado .

* **OMEPRAZOL:**
* **Indicações:** inibidor da bomba de prótons, antiúlcera péptica, esofagite erosiva, úlcera duodenal, úlcera gástrica.
* **Posologia:** VO, adultos – 20 a 40 mg/dia, durante 4 – semanas. Doses maiores que 120 mg/dia devem ser fracionadas em 2 – 3 doses. Uso cuidadoso na gravidez.
* **Reações adversas:** *rash*, urticária, prurido, alopecia, boca seca, diarréia, dor abdominal, náusea, vômito, constipação, atrofia da língua, sintomas de insuficiência respiratória, epistaxe, cefaléia, tontura, astenia, insônia, apatia, parestesia, febre, dor nas costas.
* **Contra indicações/precauções:** hipersensibilidade.
* **Cuidados de Enfermagem:** VO: a medição deva ser administrada antes das refeições, as cápsulas não devem ser macerada ou mastigadas. IV: doses de 40 mg têm ação imediata (redução de 90% da acidez gástrica), deve ser diluído somente em solvente próprio, depois de diluído se mantêm estável por 4 horas, não deve ser infundido com outros medicamentos.
* **CAPTOPRIL (VO) 25mg:**
* **Indicações:** hipotensor arterial, inibidor da ECA.
* **Cuidados especiais:** hipersensibilidade, gravidez, ICC. Lupus eritematoso e imunodeprimidos.
* **Reações adversas:** taquicardia, hipotensão, angina, pericardite, *rash*, prurido, aumento transitório das enzimas hepáticas, irritação gástrica, úlcera péptica, constipação, proteinúria, leucopenia, agranulocitopenia, pancitopenia, anorexia, tontura, febre, hipercalemia, linfodenopatia.
* **Posologia:** 6,25 mg – 12,5 mg, 2 a 3 vezes por dia.
* **Cuidados de enfermagem:** o medicamento deve ser administrado 1 hora antes ou 2 horas após as refeições.Recomenda-se que o paciente levanta-se lentamente do leito pois esta medicação pode causar,hipotensão postural,nos primeiros dias de uso desta medicação.
* **Sulfato ferroso**
* **Indicações:** Anemia Ferropriva simples
* **Reações adversas:** Náuseas, vômitos, diarréia.
* **Posologia:** 40mg, 3 a 4 vezes ao dia.
* **Cuidados de enfermagem:** Durante o tratamento deve-se monitorar a hemoglobina e hematocrito, avaliar as fezes,e as reações adversas.Não deve ser administrada a medicação junto com ( leite,ovos,café,chá) e sim com suco,água.

# 5.1. LEVANTAMENTOS DE DADOS

# 

**Identificação do paciente em estudo**.

|  |
| --- |
| **Hospital:** Hospital e Pronto Socorro Azevedo Lima |
| **Setor:** Sala Amarela. |
| **Enfermaria:** 20 **Leito:** 07 |
| **Data de entrada:**10 de outubro de 2012 |
| **Nome:** V.A.S |
| **Idade:** 52 anos |
| **Cor:** Parda |
| **Nacionalidade:** Brasileira |
| **Naturalidade:** Niterói– RJ. |
| **Procedência:** Fonseca– Niterói. |
| **Data de Nascimento:** 17/04/1960 |
| **Sexo:** Feminino |
| **Peso: 60kg** |
| **Habitação:** Casa , tempo de ocupação 10 anos |
|  |

**II - Queixa principal:**

Apresentando dor abdominal em região pélvica, hemorragias.

**III - História da doença atual:**

Segundo informações obtidas com a paciente

**IV - Histórico Social**:

Mora com os filhos e em uma casa própria na zona urbana, tem água encanada, mas usam água do poço, presença de rede de esgoto e com coleta de lixo. Relata que trabalhou em fabrica de sardinha em lata,hoje e recebe a pensão de seu falecido marido e tem uma renda de aproximadamente dois salário mínimos.

**V - Padrão de vida cotidiana**:

Relata que se alimenta a bem, que gosta de frutas e verduras. Disse que a não tem dificuldade para dormir e que leva uma vida compatível com a idade.

**VI - Histórico de medicamento:**

Faz Controle de Diabete tipo I e Hipertensão arterial.

5.2. EXAME FÍSICO

Consciente, orientada, ativa, deambulando, eupneia, afebril ,Pálida.

**- Cabeça e Pescoço:** Couro cabeludo integra e limpo. Face: simétrica sem lesões, alegre. Orelhas bem implantadas, simétrico, pavilhão auricular integra e limpo, acuidade auditiva preservada. Pupilas isocóricas com mucosa ocular hipocorada. Nariz simétrico,sem secreção, pele íntegra; lábios hipocorada ausência de lesões. Mucosa oral hidratada, ausência de lesões, dentição ompleta sem presença de caries ,gengivas róseas amígdalas tamanho normal. Pescoço simétrico e íntegro, forma cilíndrica sem presenças de gânglios palpáveis e visíveis, mobilidade ativa, mediana, tireóide volume normal, veias jugulares normais, não distendidas.

**- Tórax:** normolíneo, a ausculta pulmonar com MV (+), e sem presença ruídos adventícios. Bulhas cardíacas normofonéticas em dois tempos. Percussão com a presença de som claro pulmonar

- **Membros superiores:** com movimentação e força muscular normais, pele íntegra, pequena quantidade de pelos. Pulso Radial e Braquial D e E palpáveis, com pouco fluxo sanguíneo. Unhas aparadas, fortes e amareladas, com higienização satisfatória, com acesso venoso em MSE.

- **Abdome**: Globoso, doloroso a palpação em região inguinal.

- **Genitália:** de característica do sexo feminino sem alterações.

- **Funções fisiológicas**: presentes, diurese de coloração amarelo escuro com odor característico.

**- Membros Inferiores:** com movimentação e força normais, apresentando pele íntegra, sem presença de edema, pêlos em pequena quantidade, unhas não aparadas, com boa higienização.

**Sinais Vitais:** Afebril 36,5 ºC, Normocárdio 86 bpm, eupnéico FR: 24rpm.

**Exames Clínicos e Diagnóstico por Imagem**

Rx abdominal , Ultrassonografia abdominal e hemograma completo.

* **Radiografia de Abdômen**

O paciente em questão apresentou na radiografia de Abdômen processo

A esclarecer.

* **Hemograma Completo**

O hemograma é um exame realizado que avalia as células sanguíneas de um paciente. O exame é requerido pelo [médico](http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dico" \o "Médico) para diagnosticar ou controlar a evolução de uma [doença](http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7a" \o "Doença).

* **Hematócrito**

O hematócrito indica a proporção entre células e fluidos no sangue.

Valores de hematócritos baixos, diminuído nas anemias graves, anemia da gravidez, perda sanguínea maciça aguda. Aumentado nos eritrócitos de qualquer etiologia e na desidratação associada ao choque.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado do 1º dia: 10/10** | **Resultado último dia: 22/10** | **Valor de referência** |
| **29%** | **33%** | **42-52%** |

**O paciente em questão apresentou valor abaixo do nível esperado: 37.5%.**

**Glicemia**

Este exame pode ser usado para avaliar os níveis de glicose (açúcar no sangue). Pode ser usado para diagnosticar diabetes, monitorar o controle de diabetes ou como um exame de triagem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado do 1º dia: 10/10** | **Resultado último dia: 22/10** | **Valor de referência** |
| **220 mg/dl** | **200 mg/dl** | **60 a 99 mg/dl** |

**O paciente em questão apresentou valor acima do nível esperado:220mg/dl .**

6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

De acordo com CARPENITO, (2006) os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do individuo, da família ou comunidade, a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

* **Fadiga relacionada á anemia caracterizado por incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.**

**Meta:** Melhorar os padrões de atividades ,diminuir os níveis de fadiga.

**Prescrição de Enfermagem :**

* Solicitar avaliação do nutricionista.
* Estimular a caminhar
* Administrar medicação prescrita.
* **Risco de choque relacionado a hemorragia.**

**Meta :** Remover imediatamente a causa da hemorragia.

* Verificar sinais vitais de 2/2hs
* Reposição dos volumes de líquido perdidos :Sangue Total ,Plasma , eletrólitos de acordo com a prescrição medica.
* Administrar anti - hemorrágico,de acordo com prescrição de enfermagem.
* **Dor aguda relacionada a agente lesivos ,caracterizado por expressão facial .**

**Meta:** O cliente deve apresentar melhoras ,em 24 hs.

* Pedir para o cliente dizer em uma escala de 1 a 10 quais os níveis de sua dor.
* Administrar medicação de SOS.
* **Disfunção sexual relacionado á função corporal alterada (metrorragia) caracterizado por limitações percebidas e impostas pela doença.**

**Meta :**  Cessar a metrorragia em 48hs

* Esclarecer que esta situação e temporária.
* Solicitar avaliação de um psicólogo.
* **Risco de volume de líquido deficiente relacionado a perda de volume de liquido**

**Meta :**  Normalizar o volume de liquido total ,em 48 hrs.

* Aumentar a ingesta Hídrica
* Combater a perda de líquido .

# 6.1 EVOLUÇÃO:

**10h45min** do dia 05.09.12 – V.A.S 52 anos sexo feminino no 18º DIH (Dia de Internação Hospitalar), com Diagnóstico Médico de mioma ,acompanhada por sua filha. Consciente, orientado, pouco comunicativo, hipocorado, acianótico, boa perfusão periférica, turgor cutâneo diminuído, eupnéico, normocárdico, afebril, inapetente. Ao exame físico: pele corada e mucosa cordas, couro cabeludo íntegro, higienizado, pavilhão auricular externo limpo, pupilas isocóricas, boa acuidade visual e auditiva bilateral, narinas simétricas com presença secreções em quantidade moderada, cavidade oral higienizada, ausência de gânglios infartados em região cervical e axilar; tórax anterior e posterior com pele íntegra, mamas simétricas, à ausculta pulmonar sem presença de Ruidos Adventicios; Abdome plano, flácido e indolor à palpação, RHA (+) nos quatro quadrantes, MMSS com boa mobilidade, ausência de edema em MMII, tônus e força muscular satisfatórias, apresenta tosse produtiva com expectoração catarral, vômitos esporádicos, diurese presente em quantidade satisfatória, evacuações presentes. (SIC), sem presença de sangramento;segue em alta hospitarcom sinais vitais estáveis deSSVV:PA:100x70mmHg,FC:86bpm,FR:24rpm,T:37,5ºC

CONCLUSÃO:

Conforme o objetivo proposto, este trabalho teve como base descrever um pouco sobre o Mioma e a Metrorragia e através disto, montar uma assistência de enfermagem que possa orientar os profissionais de enfermagem a atentarem para a gravidade do assunto. Cabe principalmente a enfermagem estar verificando e se certificando da dosagem medicamentosa e sua forma de administração se está corretas e se as condutas terapêuticas estão sendo seguidas, se o acompanhante esta ciente do caso e de que precisa colaborar para o restabelecimento da cliente. Este trabalho além de mostrar assistência de enfermagem apresentou uma descrição geral sobre a doença, sua sintomatologia, o tratamento mais atual que esta sendo empregado na instituição de saúde. A cliente acometida de mioma pode acabar evoluindo para um mau prognóstico o que pode ser evitado com simples atitudes por parte tanto da família quanto dos profissionais da área da saúde.

# Bibliografia:

* ARRAIS, Sarah de Lavor . **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM MIOMA UTERINO SUBMUCOSO**. X Semana Universitária - UECE 2005,XIV Encontro de Iniciação Cientifica .
* CARPENITO, Lynda Juall. ***Manual de Diagnóstico de Enfermagem***. 11 ed. Artmed, Porto Alegre, 2006.
* CORLETA, Helena von Eye et al . Tratamento atual dos miomas.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**,  Rio de Janeiro,  v. 29,  n. 6, June  2007 .   Available from
* **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem.** 3ª ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2002.
* LEITE, Guilherme Karam Corrêa et al . Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**,  Rio de Janeiro,  v. 32,  n. 4, Apr.  2010 .   Available from
* NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações – 1999-2000.** Porto Alegre: Artmed: 1999.SMELTZER, Suzanne.
* SANTOS, Maria Aparecisa M. – **Terminologia em Enfermagem.** São Paulo: Editora Martinari, 2006.
* SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**\ Edna Lúcia da Silva, Estera Muszukat Menezes. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, edição 03, 2001
* SILVA, Ana Luiza Berwanger da et al . Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas.**Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**,  Recife,  v. 5,  n. 1, Mar.  2005.
* Tokoyama, Claudio atsushi . **TRATAMENTO DO MIOMA DE ÚTERO SEM CIRURGIA.**http://www.claudiobonduki.com.br/conteudo/publicacoes.asp?id=245,2008
* Zelaquett, Michel. http://www.portaldomioma.com/2007/12/sinais-e-sintomas.html