



ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – DOENÇAS TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

ENFERMAGEM

00

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) é um evento patológico relacionado com fertilização aberrante, representado por formas clínicas distintas, geralmente evolutivas, sistematizadas em:

- Mola hidatiforme;
- Mola invasora;
- Coriocarcinoma;
- Tumor trofoblástico do sítio placentário;
- Tumor trofoblástico epitelioide. (BRAGA apud REZENDE, 2017).

FINALIDADE

Conforme Mendes (2001, 2011) a gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

O itinerário terapêutico traz um novo conceito para o ambulatório de DTG envolvendo os profissionais e o usuário com a finalidade de organizar e facilitar no processo de comunicação. A padronização de um fluxo assistencial (ANEXO 1) e os indicadores do serviço são proposta de promover informação para todos que são inclusos no ambulatório de DTG e até para aqueles que não fazem parte e um dia poderão fazer.

Entretanto seguindo da linha de gestão da clínica, estudo sobre itinerários terapêuticos aponta para a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (ALVES; SOUZA, 1999).

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / EMERGÊNCIA

A entrada da usuária na instituição é através da identificação e registro na recepção e posteriormente encaminhada para o acolhimento e classificação de risco (A&CR).

A A&CR tem o objetivo desde a recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2017).

Para mulheres com diagnóstico prévio de DTG ou mulheres com queixas suspeitas de DTG o enfermeiro do A&CR deverá estar atento aos seguintes sintomas:

- Perda de sangue transvaginal;
- Náuseas e vômitos;
- Taquicardia (Hipertireoidismo);
- Hipertensão (pré-eclâmpsia precoce - < 24 semanas de idade gestacional);
- Dispnéia (Síndrome de Angústia Respiratória no Adulto – SARA).

A usuária será triada e classificada de acordo com o risco que apresenta, baseado no manual de acolhimento e classificação de risco para doença trofoblástica gestacional (ANEXO 2), elaborado neste estudo e baseado no manual de acolhimento e classificação de risco vigente (BRASIL, 2017). Posteriormente será encaminhada para emergência, onde será realizada a consulta e avaliação médica, se necessário será encaminhada para o setor de Ultrassonografia para a confirmação do diagnóstico.

Para a internação o enfermeiro deverá realizar o histórico de enfermagem, orientar as rotinas da instituição e confirmar se a paciente realizou os exames laboratoriais pré-procedimento de DTG, assim encaminhando a mesma para o Centro Obstétrico.

CENTRO OBSTÉTRICO

A paciente é admitida no setor pelo enfermeiro, orientada e encaminhada para a sala cirúrgica onde será realizado o procedimento cirúrgico – Aspiração à vácuo.

O enfermeiro deverá disponibilizar o material específico para o armazenamento do material coletado que será enviado para a análise, que poderá ser nos seguintes casos:

- Patologia: procedimento não-estéril, o material deverá ser armazenado no frasco com formol. Deverá ser protocolado pelo enfermeiro, como o pedido da patologia (ANEXO 3) e enviado para o laboratório de patologia.
- Genética: procedimento estéril, todo o material deverá ser armazenado em um frasco estéril com soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) e heparina – para cada 250 mL de SF 0,9% + 1 mL de heparina - todo o material deverá ser enviado, protocolado pelo enfermeiro, como o pedido da patologia e da citogenética (ANEXO 4), enviar para o laboratório da citogenética. Onde o material será separado pela citogenética e o que não for utilizado será enviado para a patologia, armazenado com formol.

Nos dias que houver coleta da genética fora no horário de funcionamento (funcionamento: 2ª feira a 5ª feira de 07 às 14 horas), a equipe médica deverá realizar a coleta da amostra e quando for amostra fetal, deverá ser realizado as seguintes coletas:

- Fragmento de cordão umbilical (3 cm);
- Sangue de cordão ou punção cardíaca (para cada 3 mL de sangue + 0,2 mL de heparina), ser armazenado no tubo para coleta de sangue tampa roxa;
- Fragmento de pele região calcânea;

- Placenta (próximo do cordão umbilical)

Obs: *-Feto macerado não serve para análise da citogenética;
-Não poderá ser utilizado formol para análise da citogenética.*

A equipe de enfermagem deverá identificar todo material com o nome: nome da paciente; data e tipo de amostra; anexar o pedido da citogenética.

A equipe médica entrará em contato com as funcionárias Maria de Jesus Camilo (cel: (21) 99779-7971) ou Maria Cícera Cavalcante (cel: (21) 98053-8256 / (21) 99732-0572), e o material deverá ser enviado com os dois pedidos para o laboratório de análises clínicas e mantido na geladeira.

Pós-procedimento o enfermeiro realiza uma avaliação geral da paciente e comunica ao enfermeiro do alojamento conjunto sobre o estado geral da paciente e um resumo do procedimento realizado.

ENFERMARIA DE FINITUDE

A admissão é realizada pelo enfermeiro e encaminhada para a enfermaria designada de finitude, onde ocorre o exame físico e a paciente e o acompanhante são orientados sobre a rotina do setor.

Caberá ao Enfermeiro neste momento realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde dará continuidade ao processo de enfermagem com a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com o sistema de classificação CIPE® (CIPE, 2015).

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- Dor aguda: Localização: _____
 - Intervenções:
 - Aplicar compressa fria ou quente, de acordo com a necessidade;
 - Avaliar a eficácia da medicação, após sua administração;
 - Avaliar a eficácia das medidas não farmacológicas para controle da dor;
 - Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor;
 - Registrar características da dor;
 - Verificar o nível de desconforto com a paciente.

- Risco de infecção
 - Intervenções:
 - Avaliar risco de infecção após a cirurgia;
 - Avaliar sinais e sintomas de infecção após a cirurgia;
 - Monitorar sinais vitais;
 - Obter dados sobre controle de sintoma;
 - Rever benefícios de uma boa higiene pessoal e roupas confortáveis;
 - Oferecer absorvente regularmente e quantificar a perda.

- Sangramento Transvaginal
 - Intervenções:
 - Observar sinais de anemia e sangramento;
 - Monitorar os sinais e sintomas a cada 6 horas;
 - Ensinar sobre sinais de sangramento vaginal alterado;

- Inspeccionar característica de cor, frequência e presença de coágulos;
 - Monitorar exames laboratoriais;
 - Observar se há sinais de hemorragia;
 - Promover redução de estresse;
 - Providenciar medidas de alívio à dor/conforto.
- Vômito/Risco de vômito
 - Intervenções:
 - Avaliar características de vômito quanto a volume, coloração e odor;
 - Avaliar estado de hidratação da paciente;
 - Estimular a ingestão de líquidos;
 - Estimular repouso;
 - Higienizar a cavidade oral após o vômito;
 - Manter a hidratação venosa com controle de gotejamento;
 - Monitorar exames laboratoriais (eletrólitos);
 - Observar a pele e mucosa quanto a sinais de desidratação;
 - Observar as características, a quantidade, a frequência e a duração do vômito;
 - Posicionar cabeça lateralizada;
 - Proporcionar conforto durante episódio de vômito.
- Ansiedade/Medo
 - Intervenções:
 - Acolher o usuário conforme suas necessidades;
 - Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;
 - Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado (exames, medicamentos, consultas especializadas);
 - Estabelecer relação de confiança com o usuário;
 - Usar abordagem calma e segura.
- Deambulação prejudicada/Mobilidade física prejudicada
 - Intervenções:
 - Orientar a permanência por cinco minutos sentada no leito antes de iniciar a deambulação;
 - Supervisionar e ajudar na deambulação da paciente;
 - Detectar a existência de fatores contribuintes;
 - Estimular a deambulação dentro dos limites seguros;
 - Incentivar a mudança de decúbito a cada 2 horas ao paciente restrito no leito;
 - Verificar a capacidade da paciente de ficar de pé e movimentar-se e o nível de ajuda necessário à utilização de equipamentos;
 - Orientar quanto à realização de mobilidade mesmo que seja de maneira passiva.

O agendamento para o seguimento ambulatorial é realizado pelo enfermeiro do ambulatório (dias úteis) e pelo enfermeiro plantonista da enfermaria de finitude (sábado, domingo e feriados). O agendamento deverá ser realizado para primeira quarta-feira, no horário das 12 horas após a data do procedimento.

AMBULATÓRIO

O acompanhamento da paciente no ambulatório ocorre após o esvaziamento uterino (internação), a primeira consulta é agendada para o ambulatório de DTG de alto risco e encaminhada para o baixo risco de acordo com o histórico da evolução e avaliação médica. O ambulatório de DTG é dividido em baixo risco, cujo atendimento é realizado na parte da manhã e alto risco atendimento no período da tarde.

No momento em que a paciente inicia no ambulatório o enfermeiro orienta sobre a rotina do setor e solicita a abertura do prontuário e do cartão de acompanhamento ambulatorial (ANEXO 5). O acompanhamento é semanal até a normalização do hCG (< 5 mIU/mL), se não houver a normalização a gestante é encaminhada para o seguimento terapêutico responsável (para realizar a quimioterapia) em conjunto com o acompanhamento quinzenal na Maternidade Escola da UFRJ. Para as pacientes com a normalização o seguimento passa ser mensal até seis meses de normalização do hCG, assim recebendo a alta da instituição.

Para a coleta do hCG a paciente é encaminhada para o laboratório de análises clínicas, no período da manhã a coleta é realizada na sala 4 do 2º andar do Ambulatório e no período da tarde a coleta de hCG é realizada no laboratório de análises clínicas localizada no 1º andar do prédio principal. O pedido do exame é entregue pelo médico na consulta e segue o seguinte fluxo (ANEXO 6):

- Semanal: até 3 hCG normais;
 - 3 semanas com 4 valores de hCG em platô, ou
 - 2 semanas com 3 valores de hCG em ascensão (aumento de 10% do valor anterior), é encaminhado para o seguimento responsável terapêutico (quimioterapia).

- Nos casos de remissão espontânea
 - Manter vigilância mensal por 6 meses após a normalização de hCG, após o qual a paciente tem alta e não precisa mais monitorar o hCG.

- Nos casos de NTG: hCG é colhido na véspera da seção da QT;
 - As seções de QT deverão seguir até o hCG normalizar, após o qual vão se iniciar 3 a 4 ciclos de consolidação.
 - As dosagens de hCG são mensais durante 12 meses, depois semestrais até 5 anos, a partir do qual devem ser anuais para o resto da vida.

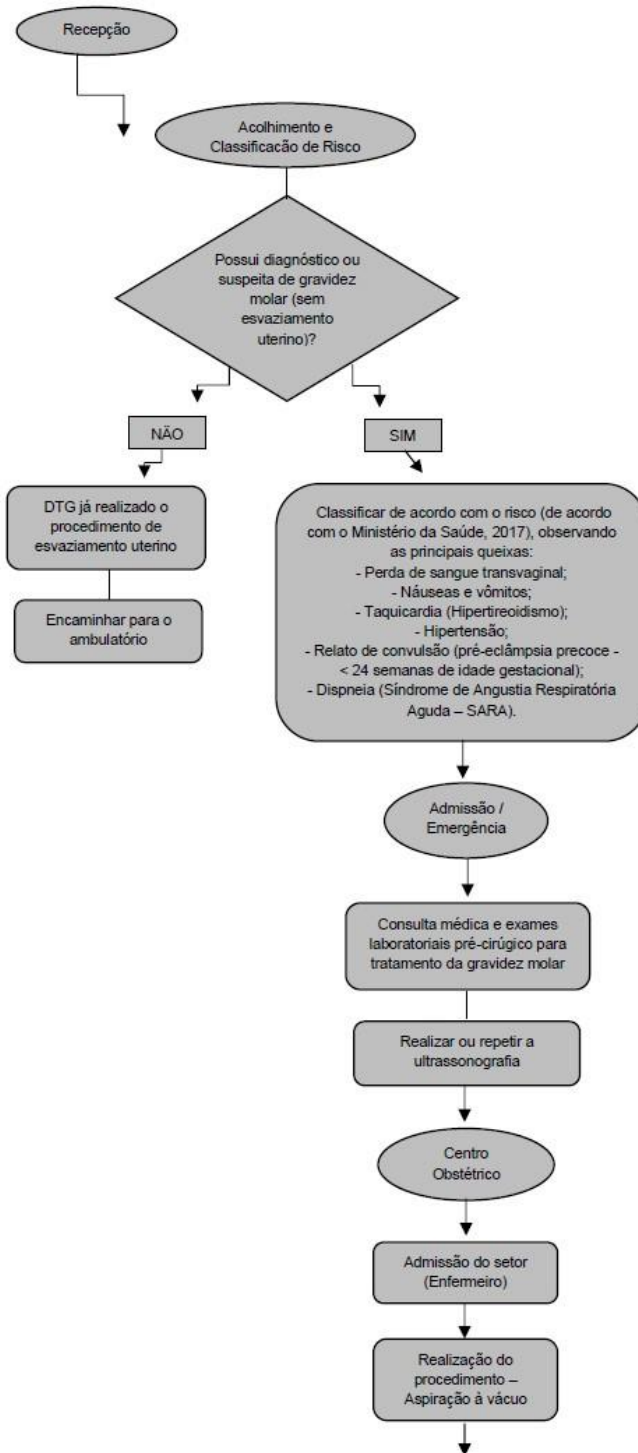
Após o esvaziamento uterino para tratamento da gravidez molar, as pacientes deverão ser acompanhadas com dosagem seriada de gonadotrofina coriônica humana (hCG) até sua normalização. Na primeira consulta ambulatorial tem-se a importância de prescrever um contraceptivo de acordo com o desejo da paciente, ou de acordo com o melhor para a sua conduta clínica, exemplo: em casos de trombofilias, cujo contraceptivo não pode conter estrogênio. É oferecido as opções de contraceptivos orais, injetáveis (mensal e trimestral) e colocação de dispositivo intra-uterino (DIU) – só indicado após a normalização do hCG.

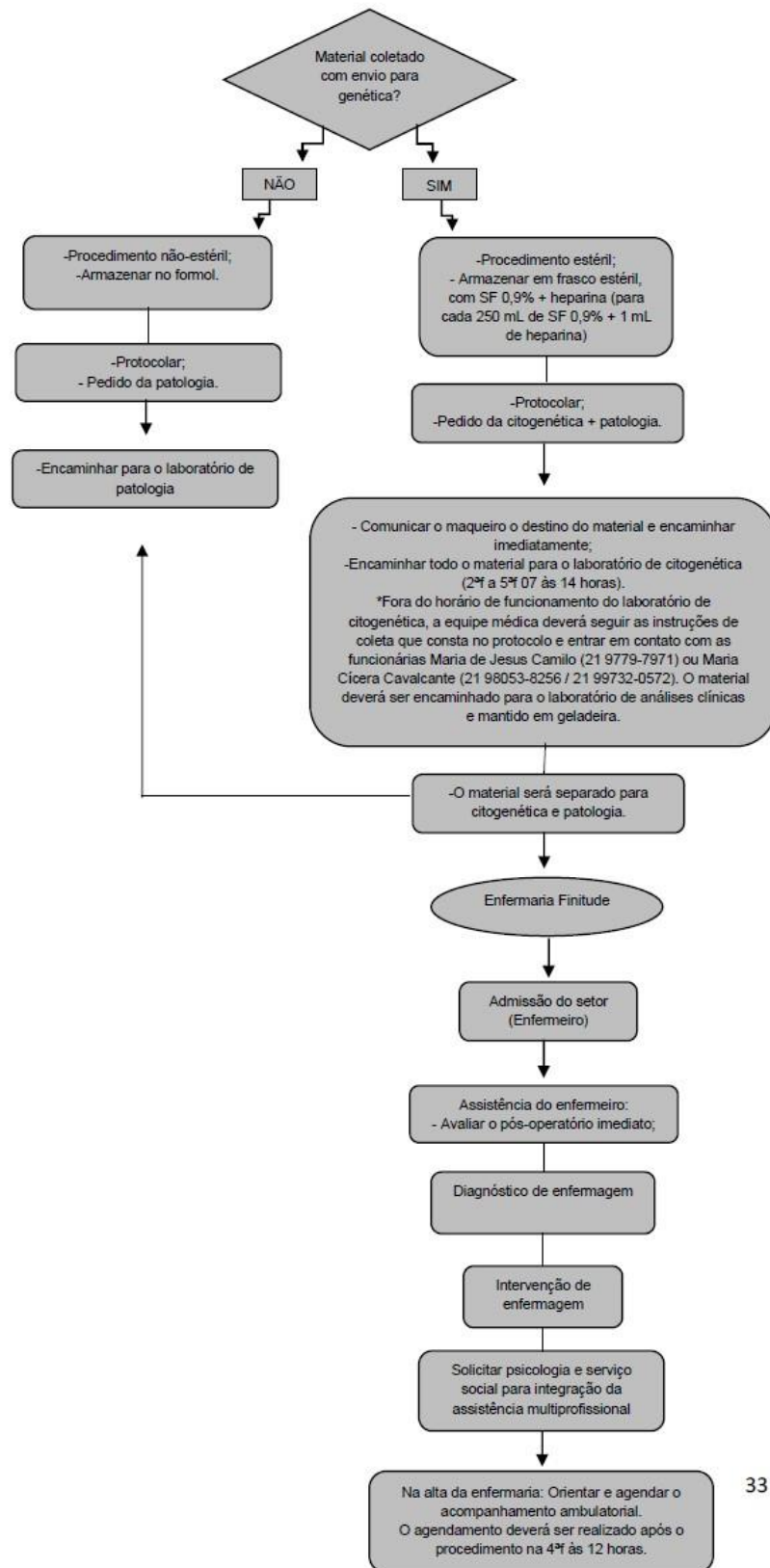
Em casos de uma nova gravidez o médico deverá solicitar uma ultrassonografia para comprovar presença de batimentos cardíaco fetal (BCF), tendo a comprovação a gestante é encaminhada para o agendamento ao acolhimento ao pré-natal, realizada pelo enfermeiro e agendada para o pré-natal de pós-mola que ocorre às 4ª feiras no período da manhã (ANEXO 7).

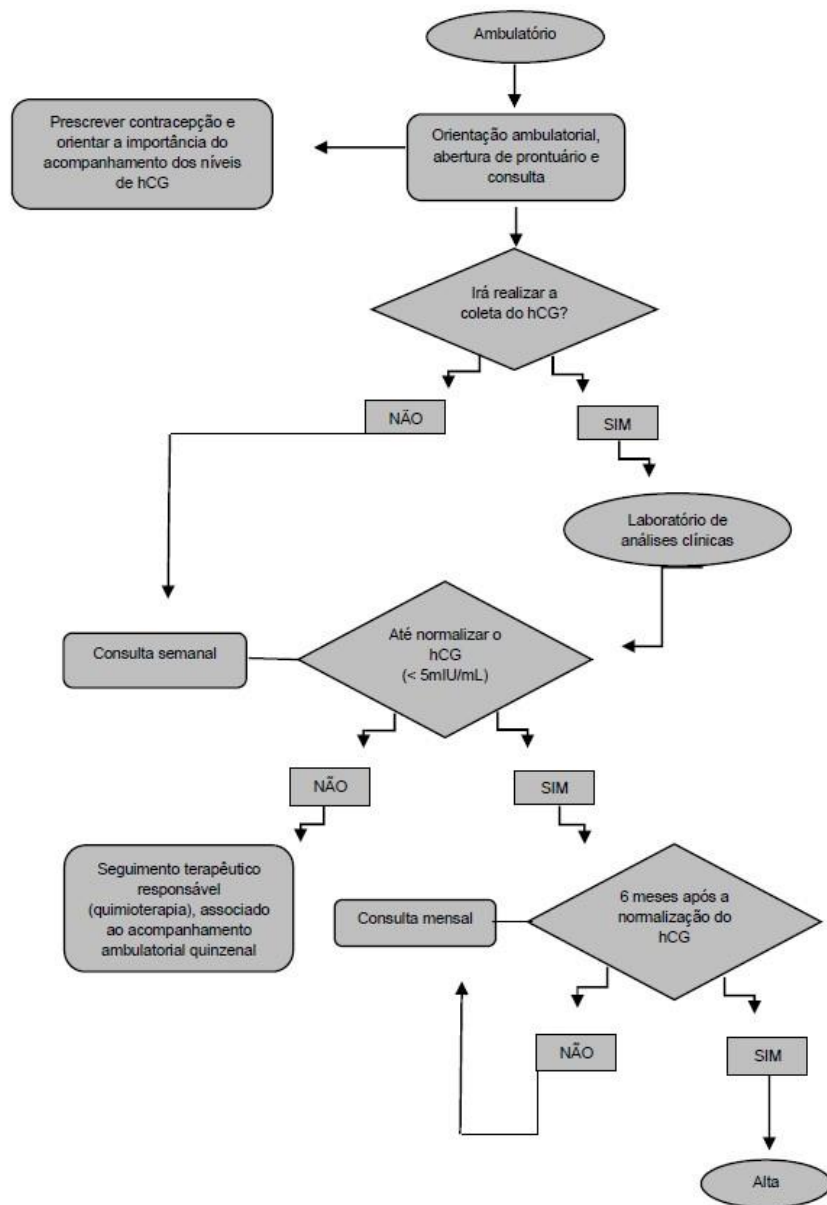
REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico.** In: RABELO, M. C. M, et al. *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- BRAGA, A. **Doença Troblástica Gestacional.** In: *Rezende Obstetrícia / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge Rezende Filho – 13. ed. – p. 320 – 340.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. **Rede HumanizaSUS.** 2017. Disponível em: < <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>> Acesso em: 28 jul. 2017.
- **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE: aplicação à realidade brasileira /** Organizadora, Telma Ribeiro Garcia. – Porto Alegre: Artmed, 2015. xii, 340p; 25.
- MENDES, E. V. – **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
- MORAES, V. P. et al. **Complicações clínicas da gravidez molar.** FEMINA | setembro/outubro 2014 | vol. 42 | nº 5.
- _____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 54.
- Universidade de São Paulo. **Crise tireotóxica.** Endocrinologia – USP. São Paulo, SP, 2010. Disponível em: www.endocrinologiausp.com.br/wp-content/uploads/2010/04/Crise-tireotóxica.pdf. Acesso em: 18/ 08/ 2018.
- VIANA, W. N. **Síndrome de Angústia Respiratória Aguda após Berlim.** Pulmão. Rio de Janeiro, RJ, 2015; 24 (3): 31-35.

ANEXO 1- Fluxograma assistencial para doença trofoblástica gestacional – Itinerário terapêutico pelo enfermeiro







Representação gráfica dos fluxos:

