**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO UM PACIENTE PORTADOR DE HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA EM USO DE CATETER VESICAL: ESTUDO DE CASO**

Daciane Souza dos Santos1 \*

**INTRODUÇÃO**

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma condição médica caracterizada pelo aumento benigno do volume prostático, que normalmente se inicia em homens a partir dos 40 anos de idade. Possui alta prevalência e seus únicos dois fatores de riscos bem estabelecidos são a idade e a presença de testículos funcionantes no que se refere à produção de testosterona. Com grande repercussão clínica, esta condição é capaz de interferir no fluxo normal de urina em razão da compressão da uretra e do relaxamento inadequado do colo vesical (AVERBECK et al., 2010). Diante do contexto clínico, a cateterização vesical permanente é comumente recomendada com a finalidade de drenar a urina retida devido à obstrução uretral.

Envolve a introdução cuidadosa de uma sonda de látex através da uretra para o interior da bexiga, fornecendo um fluxo contínuo de urina. Sendo o trato urinário um sistema estéril, para minimizar os riscos de infecção é utilizada uma bolsa coletora de plástico mantida em sistema de drenagem fechado. Pela mesma razão, o procedimento é realizado utilizando-se estrita técnica asséptica. As complicações mais comuns associadas ao procedimento são infecção do trato urinário (ITU), bloqueio e trauma uretral (POTTER e PERRY, 2009).

Trata-se, desta forma, de um procedimento invasivo com diversas complicações associadas, e cuja inserção, manutenção e retirada são de responsabilidade da enfermagem. Ao portador de HBP em uso permanente de cateter vesical de demora (CVD), a manutenção implica em uma série de dificuldades que se correlacionam não só com a falta de conhecimento e experiência do cliente quanto ao uso do dispositivo, como também ao grau de ciência deste sobre a gravidade da doença, disposição para adesão ao tratamento e posse dos recursos precisos. Com isso, relata-se no presente estudo, o caso de um paciente idoso portador de HBP hospitalizado por litíase renal bilateral em uso de CVD apresentando hematúria macroscópica, e que no cursar do internamento apresentou adversamente complicações associada à respiração referindo-se como diagnóstico médico, após evidências radiográficas, derrame pleural. Por conseguinte, tendo em vista a necessidade de promoção da qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar da assistência, desenvolveu-se, aqui, como objeto exploratório do caso à construção de exemplos que estimulem a reflexão acerca da importância da assistência de enfermagem sistematizada (SAE), um plano de cuidados utilizando-se os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia II do NANDA International.

**MÉTODO** - Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único, que é uma investigação sobre uma única situação, em que se busca um aprofundamento dos dados, sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência.

**RESULTADOS RELATO DE CASO** J.A.F., 89 anos, viúvo, têm cinco filhos, aposentado (trabalhava como agricultor), analfabeto, católico, natural e procedente do munícipio baiano X, zona rural. Atualmente, mora sozinho. Sendo portador de hiperplasia prostática benigna, deu entrada no serviço de clínica médica apresentando hematúria macroscópica, em uso CVD há dois anos. Refere episódios frequentes de infecção urinária, nega hipertensão, diabetes, etilismo, tabagismo e alergia medicamentosa. A troca do CVD é feita mensalmente na Estratégia de Saúde da Família do povoado onde reside.

O filho relata que frequentemente o levam ao hospital devido problemas relacionados ao cateter. No último mês a troca foi realizada quatro vezes. Solicitado ultrassonografia das vias urinárias, constatou-se litíase renal bilateral mais formações sólidas com complicações no assoalho vesical. Através do exame simples de urina, apurou-se presença de proteínas (2+), hemoglobina e hemácias (incontáveis por campo – 400x). Além disso, J.A.F. apresentou durante o período de internamento derrame pleural à esquerda, com alterações na respiração e queixas de dor na região do hemitórax esquerdo. Como histórico nutricional revela que tem preferência por feijão, farinha e carne cozida no almoço, não ingere verduras, nem frutas; refere inapetência. Declara ingestão inadequada de água, devido á ausência de sede. Apresenta padrão de sono irregular, referindo ter dormido na última noite apenas 5 horas aproximadamente. Não realiza exercícios físicos, e mantém um padrão de atividade física limitada em razão da incapacidade para deambulação.

Em atendimento médico a prescrição foi de dieta oral livre, repouso no leito, SF 0,9% 1500 ml – 20 gts/min, ciprofloxacino 400 mg – EV 12/12h, furosemida 40 mg – EV 24h, ácido tranexâmico 50mg/ml - 1 amp – EV 12/12h, dipirona sódica 1g – EV 6/6h (SOS).

Ao exame físico: regular estado geral, emagrecido, hipocorado, acianótico, afebril. Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Pupilas isocóricas e fotorreativas, mucosas hipocoradas. Acuidade auditiva diminuída. Tórax simétrico sem alterações anatômicas, dispneico com respiração espontânea em ar ambiente, Sat O2 95%, expansibilidade pulmonar esquerda diminuída, murmúrios vesiculares diminuídos em base do pulmão esquerdo à ausculta. Normotenso (120x60 mmHg), normocárdico (90 bpm), bulhas normorrítmicas e normofonéticas em 2t s/ sopro à ausculta. Apresenta abdome plano indolor à palpação, RHA+. Aparelho genital sem anormalidades, diurese por CVD, urina de cor vermelha. Edema em MSD + hematoma na região da fossa cubital após punção venosa. Mantém AVP com gelco em dorso da mão esquerda fluente sem sinais flogísticos. Membros inferiores edemaciados (+++/4+), força motora diminuída com incapacidade para deambulação.

**DISCUSSÃO** – Na hiperplasia benigna da próstata, à medida que o volume prostático aumenta, estreita-se a luz da uretra, o que implica um armazenamento vesical disforme, fazendo com que a musculatura vesical (detrusor) hipertrofie e entre em espasmo, e mais adiante em exaustão, originando os sintomas de nictúria, urgência urinária e, por último, incontinência (PORTO, 2009). Ainda segundo Porto (2009), o crescente desequilíbrio entre a contratilidade do músculo detrusor e resistência uretral pode conduzir a um quadro de retenção urinária aguda, ocasionando o acúmulo progressivo de resíduo urinário que por sua vez favorece a proliferação bacteriana e consequente infecção do trato. Nessa fase, na qual o paciente apresenta queixas de dificuldade para urinar, evoluindo para gotejamento terminal normalmente a cateterização vesical é indicada.

Como complicações relacionadas ao quadro obstrutivo do trato urinário baixo secundário à HBP, cita-se a hidronefrose, a insuficiência renal pós-renal e a litíase vesical (AVERBECK et al., 2010). Importante salientar que o risco de tais complicações não se extingue com a cateterização, pois, quando não se obedece aos cuidados necessários o próprio cateter pode se apresentar como um fator causal de tais eventos. A hematúria é outro problema que costuma ocorrer tardiamente, por vezes, devido à ruptura de vasos submucosos locais. Todavia, trata-se de uma complicação que deve ser explorada cuidadosamente junto à equipe médica, já que a hematúria pode estar também associada com a presença de outras afecções como litíase e lesão glomerular (SROUGI, 2008; PORTO, 2009). Além disso, requer monitoramento contínuo uma vez que os coágulos formados podem obstruir o conduto da sonda, bloqueando a passagem da urina.

Outrossim, existe a necessidade de implementação das ações de prevenção de ITUs que integrem não o plano de cuidados hospitalar bem como o plano de alta, de forma a se evitar o surgimento de novas intercorrências com o retorno do paciente à unidade. Cabe, aqui, destacar que a cateterização vesical é considerada uma das principais causas de ITUs, estando relacionado tanto a técnica antisséptica inadequada de inserção quanto de manutenção (CUNHA et al., 2013). Ademais, o derrame pleural apresenta-se como uma intercorrência que exige da equipe absoluta integração dada à necessidade de monitoramento até a realização da conduta terapêutica adequada ao caso.

O derrame pleural caracteriza-se pelo acúmulo de líquido na cavidade pleural, e sua formação pode envolver um ou mais mecanismos capazes de aumentar a entrada ou de diminuir a saída de líquido no espaço pleural (SILVA, 1998). Quatro mecanismos são capazes de aumentar o fluxo de líquido ao espaço pleural: aumento da pressão hidrostática vascular; diminuição da pressão oncótica, presente na desnutrição e na síndrome nefrótica em consequência do comprometimento da permeabilidade glomerular de macromoléculas, permitindo a livre excreção de proteínas pelos rins, a qual pode ser observada no exame de urina; aumento da permeabilidade capilar; e diminuição da pressão no espaço pleural (SILVA, 1998; PORTO, 2009).

Responda:

1. O que é hiperplasia benigna da próstata (HBP)?
2. Qual tipo de estudo? (metodologia)
3. Quais as características observadas na urina, durante o exame?
4. Quais as complicações da HBP?
5. Quais os problemas de enfermagem que podem ser listados a partir do histórico e exame físico?