

ESTUDO CLÍNICO

Autora: Letícia Ferreira da Silva

Orientador: Diógenes Alexandre da Costa Lopes

Estudo de Caso: 30/03/2020- L. V. S, de 31 anos, casada, religião católica, ensino médio completo, cor branca, mãe do menor H.F.S de 11 anos, cor branca, estudante do ensino fundamental, há família reside em Juara-MT, quanto as condições de moradia, casa própria de alvenaria, saneamento básico e luz própria, não possui animal doméstico. Diagnosticado de hipóxia cerebral ao nascimento o HFS, nasceu no dia 25/11/2009, no Hospital municipal de Juara. Deu-se se entrada na unidade hospitalar com dificuldades na alimentação por gastrostomia, irritabilidade do paciente e nutrição desequilibrada, faz o uso de medicação Clonazepam e Sulfato ferroso. Segundo a mãe de H.F.S ela engravidou aos 14 anos, a mesma diz que fez o pré-natal e a gravidez transcorreu tudo bem. Foi agendada a cesariana para o dia 25/11/2009, por uma confusão de agendas o médico não compareceu, passando-se 24 horas entrou em trabalho de parto, vindo a ter um parto normal demorado e difícil, ocasionando um atraso no nascimento da criança que resultou em sofrimento fetal e teve como consequência hipóxia cerebral. H.F.S permaneceu por 03 dias na incubadora do hospital municipal de Juara-MT, após foi transferido para a UTI de Cuiabá-MT, aonde permaneceu internado por 17 dias. Foi alimentado com leite materno por 01 mês, que era retirado da mãe e oferecido na chuquinha (mamadeira) porque o recém-nascido não tinha força de sucção. Após alguns dias passou usar leite especial Aptamil fornecido pela prefeitura de Juara-MT. Quando recém- nascido ainda estava internado, os médicos esclareceram que o mesmo nunca iria ser uma criança como as outras, pois havia sofrido uma fratura na região occipital e falta de oxigênio no momento do parto, e as sequelas seriam irreversíveis. O médico orientou a mãe sobre os cuidados com o recém-nascido, e o mesmo fez acompanhamento uma vez por mês com neuropediatra até os 03 anos de idade. Em 2011 a família mudou-se para Goiania-GO, atrás de tratamento, pois estavam querendo ouvir uma segunda opinião. Realizaram acompanhamento com novos médicos, após 02 anos de tratamentos sem sucesso, voltaram para Juara-MT em 2013. A mãe relata que a criança sempre teve

problemas respiratórios, como bronco aspiração, pois nunca teve reflexos para deglutir os líquidos e alimentos. Só em 2014 após uma forte pneumonia, onde foi transferido para a UTI do município de Cáceres/MT, os médicos realizaram a cirurgia de gastrostomia, a fim de garantir uma dieta hipercalórica e manutenção nutricional adequada, dieta industrializada 190ml/ 5 vezes ao dia. A mãe diz que esse procedimento foi a melhor coisa que aconteceu desde que ele nasceu, pois ele tinha muita dificuldade para se alimentar por via oral. Quanto ao seu padrão de sono é preservado e dorme muito bem durante as noites, sua alimentação é variada, porém não segue padrões de alimentações restritas descrita pelo profissional, não pratica exercícios físicos, tem-se atendimento ao fisioterapeuta 2 vezes por semana, mas no relato, o filho fica estressado e irritado e se ausenta nas consultas com o profissional fisioterapeuta. Quanto as suas eliminações faz o uso de fralda, vesicais presente em grande volume e eliminação intestinal presente e relatou que sente dificuldade em dar banho em seu filho. No momento da entrevista, a criança se apresentava consciente, orientada, sorridente, com roupas adequadas ao clima e ocasião, com boa higiene corporal e acamado. Os sinais vitais verificados consta como FC: 88bpm, FR: 20rpm, T: 36,7°C, Altura: 1,06 cm, Peso: 18,400kg, IMC:16,42-Magreza. Não há presença de cicatrizes em seu couro cabeludo, possui cabelos curtos em grandes quantidades e higienizado. A face simétrica, normocorada e sem anormalidades, pupilas isocóricas, foto reagentes, narinas sem anormalidades, sem acuidade auditiva, simétricos, íntegros com boa higienização, em sua região oral, sua mucosa oral íntegra normocorada, língua rosada, hidratada, dentição completa, apresenta ptialismo (salivação excessiva). Região cervical, presença de nódulos não palpáveis, pele íntegra, na regiões torácicas, tórax irregular assimétrico, pele com higienização, ausculta pulmonar limpa, eupnéico, normocárdio e normofonética. Região abdominal, presença de cicatriz na região mesogástrica quadrante superior esquerdo, apresenta gastrostomiana no flanco esquerdo, em seu sistema genito urinário não foi inspecionado, porém faz o uso de fralda. Nos membros superiores se apresenta atrofiados e com pouca força muscular, em membros inferiores, apresenta atrofia muscular devido a hipóxia cerebral, porém é flexivos aos músculos, força preservada, perfusão periférica com pele hidratada e normocorada.

Obs.: A mãe também teria que receber os cuidados de enfermagem e da equipe multidisciplinar. Como é um caso fictício só foi realizado o processo de enfermagem com a criança.

Diagnóstico de Enfermagem: Mobilidade física prejudicada relacionada a força muscular diminuída e conhecimento insuficiente sobre o valor da atividade física, caracterizada por redução na amplitude de movimentos e instabilidade postural, Déficit no auto cuidado para o banho relacionada a motivação diminuída e barreira ambiental, caracterizado por capacidade prejudicada de acessar o banheiro,

Risco de infecção associada a procedimento invasivo, caracterizado a conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, Autonegligência relacionada a estressores, caracterizada por falta de adesão a atividades a saúde,

Nutrição desequilibrada relacionada a ingestão alimentar insuficiente, caracterizado por informações insuficiente e peso corporal abaixo de 20% ou mais abaixo do ideal.

Planejamento: Objetivo: Extinguir condicionamento para o paciente no seu conforto e bem-estar, proporcionar momentos agradáveis ao paciente p/ que não se sinta preso apenas em casa, recuperar padrões alimentares distinguido ao seu estado e peso e interpor atividades criativas e exercícios que dê acondicionamento dos membros e proporcionar sensações de descanso.

Prescrição de enfermagem	Aprazamento
1-Manter em posição de decúbito lateral	2/2 horas
2-Orientar a família a usar o tato e os gestos para se comunicar,	Em todas as visitas domiciliares
3-Encaminhar ao profissional nutricionista para readequar sua alimentação,	Hoje
4-Orientar ao cuidador a realizar exercícios passivos de amplitude e movimentos nos membros afetados, com orientação profissional (fisioterapeuta),	Hoje
5-Evitar períodos prolongados na mesma posição realizando mudança de decúbito,	2/2 horas

6-Orientar o uso de travesseiro para proporcionar melhor conforto,	Em todas as visitas domiciliares
7-Proporcionar os equipamentos de adaptação para higiene conforme as necessidades (cadeira de banho, banheira etc.),	Em todas as visitas domiciliares
8-Orientar ao cuidador proporcionar momentos agradáveis ao paciente, como: colocá-lo próximo a uma janela ou em ambiente externo, quando possível ou passeios,	Em todas as visitas domiciliares
9-Realiza curativo com soro fisiológico manter fechado e seco todos os dias,	Todos os dias
10- Advertir sobre a dieta, quantidade, horário e tempo de infusão,	Em todas as visitas domiciliares
11- Realizar com o paciente todos os dias as 8h da manhã de todos os dias a inspiração e expiração numa localização de baixo de uma árvore com ar puro e tomar banho de sol da manhã apenas 20min.	Em todas as visitas domiciliares

Implementação: As implementações serão executadas pelo responsáveis ao paciente e com uma equipe multiprofissional de acompanhamento, com isto, a equipe de enfermagem executou as prescrições de enfermagem e realizou a administração medicamentosa com uma entrada de soro fisiológico e vitamina por via endovenosa, também com uma dieta líquida como fonte de vitamina e proteicas, realizou o monitoramento do paciente em sua internação.

Avaliação: Os diagnósticos de enfermagem relatados acima, houve avanço e progresso no quadro geral do paciente, não persistindo no desconforto, no restabelecimento de fonte energética alimentar no corpo, restringindo e explicando os cuidados necessários com a gastrostomia para o responsável cuidador e retomando sua sensação de conforto e qualidade de vida e bem-estar. Diante de 43 horas foi lhe dada alta hospitalar continuando suas atividades em casa com o auxílio e horários marcados com fisioterapeuta para ação de atividades para os membros e o nutricionista para uma readequação alimentar no dia a dia para realizar em casa.

Fisiopatologia: A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma síndrome neurológica que habitualmente está relacionada a asfixia perinatal ou a qualquer classe que curse com hipoxemia, isquemia e acidose no feto, seja no período anterior ao parto ou durante o mesmo, pode desencadear a cascata de alterações que culmina na lesão do sistema nervoso central. Ocorre vulgarmente em recém-nascido a termo e se caracteriza por dificuldade em manter a respiração após o nascimento, alteração do nível de consciência, depressão dos reflexos e do tônus muscular e pela presença de convulsões (SANTOS, 2014). Na hipóxia neonatal pode ser aguda ou crônica. Os casos crônicos em geral devem-se a alguma patologia materna que ocasiona redução na concentração do oxigênio que transita entre mãe e feto como, por exemplo, uma anemia significativa, um problema respiratório ou cardíaco, baixa irrigação placentária ou diabetes gestacional. Ainda que estes problemas não levem a alterações evidentes da oxigenação do feto ao longo da gestação, podem ocasioná-los no momento do parto, quando há uma redução da irrigação placentária provocada pelas contrações uterinas. Podem ocorrer problemas agudos no momento do parto que podem resultar em problemas mais severos na oxigenação do feto, como acontece em casos de placenta prévia e descolamento prematuro da placenta. Outros problemas que causam a diminuição da oxigenação fetal são: mau posicionamento do feto; desproporção entre as dimensões da pelve da mãe e as dimensões do feto; gemiparidade; ruptura uterina; anomalias do cordão umbilical (BARBOSA et al, 2008). Alguns sinais e sintomas clínicos como diminuição dos movimentos fetais e alterações na frequência cardíaca fetal fazem levantar uma primeira suspeita. O diagnóstico do sofrimento fetal é feito por meio da monitorização da reserva respiratória fetal. A amnioscopia, um exame que pode evidenciar a expulsão do mecônio pelo feto, auxilia no diagnóstico de sofrimento fetal. O exame do sangue fetal mostrará a redução de oxigênio e a elevação da acidez sanguínea. Um teste da vitalidade fetal, feito antes do nascimento, que associe a análise do ritmo cardíaco do bebê com a atividade uterina da mãe, ajuda a diagnosticar o sofrimento fetal, quando é o caso (COSTA 2009). Um dos sinais de sofrimento fetal é a expulsão intrauterina de mecônio (fezes do feto que normalmente só são evacuadas após o nascimento), outros sinais são a diminuição de motilidade do bebê, alterações das respostas fetais aos estímulos, alterações no perfil biofísico da circulação do feto, alterações na frequência cardíaca dele. Para se realizar o diagnóstico, avalia-se o quadro clínico caracterizado por sinais e sintomas sistêmico e

neurológico, com a presença de antecedentes de asfixia perinatal e necessidade de manobras de reanimação na sala de parto. Além do quadro clínico podem-se realizar exames complementares como análise líquórica, eletroencefalograma, ultrassonografia transfontanelar, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Análise líquórica: a punção lombar deve ser realizada em todo recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica, sobretudo se houver suspeita de quadro infeccioso. Eletroencefalograma (EEG): deve ser realizado para avaliar a gravidade da EHI, pois as alterações do EEG variam de acordo com o estágio da EHI. Ultrassonografia transfontanelar: está indicada em todos os recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica, pois detecta precocemente as lesões cerebrais e sendo útil como método de triagem para exames de realização mais complexa. Tomografia computadorizada: consegue identificar lesões no córtex cerebral, gânglios da base, tálamo e na região periventricular. Ressonância magnética: é um exame de qualidade superior e fornece imagens com maior resolução, propiciando maior precisão e precocidade no diagnóstico.

Medicação: Classe: benzodiazepinas, Medicamento: Diazepam, Via: oral, Farmacodinâmica: Quando administrado pela via oral, sua absorção ocorre em aproximadamente em 20 minutos. A duração do efeito depressor do Sistema Nervoso Central, dura aproximadamente 3 horas. Entretanto, seu metabólito ativo, o *3-desmetil-diazepam* possui um efeito de aproximadamente 8 horas. A transformação do Diazepam em 3-desmetil-diazepam ocorre após sua distribuição no plasma sanguíneo (aproximadamente 1 hora e 15 minutos após a administração). Diazepam é altamente solúvel em meio aquoso e é amplamente distribuído pelo organismo após sua administração. Diazepam é metabolizado através do processo de oxidação pelos citocromos P-450 da família 3A. Diazepam, incluindo seus metabólitos ativos, pode ter uma meia-vida de até 5 dias. O diazepam é útil no alívio do espasmo muscular, reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação). Pode ser igualmente usado no tratamento da espasticidade devida a lesão dos interneurônios espinhais e supraespinhais, tal como ocorre na hipóxia cerebral e paraplegia.

Classe: Scopolia, Medicamento: Escopolamina, Via: Oral, Farmacodinâmica: A escopolamina é um fármaco antagonista dos receptores muscarínicos, também conhecido como uma substância anticolinérgica. É o enantiômero da hioscina, l-hioscina. É obtida a partir de plantas da família Solanaceae sendo um dos seus metabólitos

secundários. Atua impedindo a passagem de determinados impulsos nervosos para o sistema nervoso central pela inibição da ação do neurotransmissor acetilcolina. É utilizada salivação excessiva.

Cuidados de enfermagem com a medicação: Os cuidados relacionados a medicação instrua o paciente a tomar a medicação conforme recomendado e não interromper o tratamento, sem o conhecimento do médico, ainda que melhore. O uso da medicação não deve ser suspenso subitamente, principalmente após terapias prolongadas, devido risco de desenvolvimento de sintomas de abstinência. As doses devem ser reduzidas lenta e gradualmente, durante o tratamento. A medicação é recomendada para estresse diário. Durante as terapias prolongadas, monitorar as funções renais, hepáticas, e hematopoiética, informar o paciente ou responsáveis sobre as reações adversas mais frequente, relacionadas ao uso da medicação, quando for algo incomum ou intoleráveis, consultar a equipe de enfermagem ou médico.

Referências Bibliográficas:

Rotta NT. Encefalopatia crônica da infância ou paralisia cerebral. In: Porto CC, editor. Semiologia Médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.1276-8.

Santos, M, N.; Myoshi M, H. Encefalopatia hipóxico-isquêmica. In: Kopelman BI et al. Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia. Atheneu, São Paulo 2004, p.565 -71

COSTA Sérgio Martins et al Parto, encefalopatia neonatal e paralisia cerebral, FEMINA Abril 2009 vol 37 nº 4

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

<http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>

SEMANA DE ENFERMAGEM AJES JUARA

