

Diagnósticos e intervenções de enfermagem a criança com síndrome congênita zika vírus

RESUMO | Diante do surto de infecção do Zika Vírus e o aumento dos casos de microcefalia, o presente artigo tem o intuito de instrumentalizar o enfermeiro no planejamento e execução de ações de cuidado a essas crianças e famílias. O objetivo é identificar os diagnósticos de enfermagem de uma criança grave com diagnóstico de Síndrome Congênita do Zika Vírus; e listar os resultados das intervenções de enfermagem. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, realizado por meio do estudo de caso do tipo intrínseco e análise documental. A partir dos dados coletados e do exame físico, foi realizada uma análise sistemática com base nas necessidades prioritárias para ofertar o cuidado adequado. Foram evidenciados 13 diagnósticos de enfermagem, segundo as normas de classificação diagnóstica NANDA.

Palavras-chaves: Microcefalia; Zika Vírus; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT | In the face of the Zika Virus infection outbreak and the increase in cases of microcephaly, this article intends to instrumentalize the nurse in the planning and execution of care actions for these children and families. The objective is to identify the nursing diagnoses of a serious child diagnosed with Congenital Syndrome of the Zika Virus; and list the results of nursing interventions. It is a descriptive study, carried out through an intrinsic case study and documentary analysis. From the data collected and from the physical examination, a systematic analysis was performed based on the priority needs to offer adequate care. Total of 13 nursing diagnoses were evidenced, according to NANDA diagnostic classification standards.

Descriptors: Microcephaly; Zika Virus; Nursing Diagnosis.

RESUMEN | Ante el brote de infección del Zika Vírus y el aumento de los casos de microcefalia, el presente artículo tiene el propósito de instrumentalizar al enfermero en la planificación y ejecución de acciones de cuidado a niños y familias. El objetivo es identificar los diagnósticos de enfermería de un niño grave con diagnóstico de Síndrome Congénito de Zika Vírus; y enumerar los resultados de las intervenciones de enfermería. Se trata de un estudio de carácter descriptivo, realizado por medio del estudio de caso del tipo intrínseco y análisis documental. A partir de los datos recolectados y del examen físico, se realizó un análisis sistemático sobre la base de las necesidades prioritarias para ofrecer el cuidado adecuado. Se evidenciaron 13 diagnósticos de enfermería, según las normas de clasificación diagnóstica NANDA.

Descriptorios: Microcefalia; Virus Zika; Diagnóstico de Enfermería.

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz

Mestre em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Francielem Mara Cardoso Rodrigues

Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediatria do Hospital Santa Casa de Mogi Guaçu-SP.

Elia de Melo da Silva

Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais, Enfermeira do Pronto Atendimento do Hospital São Judas Tadeu de Mangueirinha-PR.

Andréia Lara Lopatko Kantovicki

Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Pequeno Príncipe-PR.

Simone Gomes de Souza

Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital das Clínicas de Curitiba-PR.

Recebido em: 23/03/2019
Aprovado em: 23/03/2019

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o contexto global que envolve a circulação do Zika Vírus (ZIKV) concomitantemente ao aumento dos casos de microcefalia e morte fetal possibilitou o surgimento de estudos que se debruçaram sobre a relação da infecção do ZIKV como fator predisponente^(1,2). O ZIKV é um arbovírus do gênero Flavivírus transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Foi identificado pela primeira vez na floresta Zika, localizada na Uganda, na África, em um macaco do gênero Rhesus. O vírus tinha sido descrito em infecções humanas na África e na Ásia, até que, em 2007, ocorreu uma epidemia de febre Zika na Micronésia^(3,4). Mesmo o vírus sendo conhecido no exterior, somente no início do ano de 2015 foram registrados

os primeiros casos confirmados de infecção pelo ZIKV no Brasil.

Além do grande aumento dos casos notificados no Brasil, a infecção pelo ZIKV durante a gestação tem chamado muita atenção⁽⁵⁾. A infecção congênita pelo ZIKV vai além da condição clínica da microcefalia, pois há uma gama de outros sinais e sintomas incomuns quando comparados às outras infecções congênicas, bem como, alterações neurológicas com ausência de microcefalia, surgindo assim, a necessidade de utilizar o termo Síndrome Congênita do Zika Vírus - SCZV^(6,7). A microcefalia causa alterações estruturais e funcionais no organismo humano, sendo definida pela medida do perímetro cefálico (PC) menor que dois ou mais desvios-padrão de referência para o sexo, a idade ou tempo de gestação, sendo igual ou inferior a 31,9 cm para meninos e 31,5 cm para meninas, ambos nascidos a termo⁽⁵⁾.

Este estudo foi realizado na clínica pediátrica de um hospital escola num momento em que surgem rapidamente novas informações e protocolos de atendimento, o que inevitavelmente se torna um desafio para organizar um plano de cuidados de enfermagem voltado à assistência de uma criança/família com diagnóstico de SCZV. Tomou-se por questões norteadoras: Quais diagnósticos e intervenções de enfermagem são feitos a uma criança grave com SCZV em uma unidade pediátrica? Quais os resultados esperados dessas ações de enfermagem?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo realizado por meio do estudo de caso do tipo intrínseco e análise documental. Os dados foram coletados nos meses de março a abril de 2017, através da busca em prontuário de um lactente com diagnóstico de SCZV atendido na clínica pediátrica de um Hospital Universitário, localizado na cidade de Cuiabá-MT, com perfil do atendimento para doenças síndromicas, crônicas e infectocontagiosas, sendo referência para o estado.

Adotou-se o suporte teórico das Necessidades Humanas Básicas, a Taxonomia Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como lentes de interpretação dos dados empíricos desse estudo.

Para coleta dos dados utilizamos as etapas da SAE: investigação (anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem e implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem) no 60º dia de internação da lactente. Para organização dos dados foram utilizadas as ferramentas: mapa de problemas/diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados/prescrições de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem foram construídos a partir da taxonomia de diagnósticos de enfermagem NANDA⁽⁸⁾.

Um roteiro previamente construído pelas autoras do estudo conduziu a coleta de dados, objetivando identificar e agrupar os dados relacionados à história materna obstétrica e do nascimento do lactente, bem como os relatos do período de internação até o momento. Considerando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com base em registros do prontuário, foi utilizado um termo de compromisso de consulta a esses dados, garantindo à instituição a divulgação dos resultados, com preservação do anonimato do paciente. A coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer n. 1.842.018, atendendo as garantias exigidas na Resolução n.º 466/2012⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Histórico materno e do lactente

T.S.M., 17 anos, G3P3A0, realizou o pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município vizinho, relata que apresentou quadro clínico compatível com Zika Vírus no primeiro trimestre de gravidez. Após diagnóstico intrauterino, o pré-natal passou a ser realizado em ambulatório de referência. L. S. M. C. nasceu de parto normal em 29

de novembro de 2016, sexo feminino, pequena para a idade gestacional - PIG (2.730g), com microcefalia (29,5 cm de PC), RN à termo com idade gestacional de 41 semanas, Capurro somático de 40 semanas, Apgar de 7/9 no primeiro e quinto minuto. Não chorou ao nascer, FC sem alterações, realizado um ciclo de VPP, com melhoria do padrão respiratório, porém mantendo respiração irregular, com melhora no quinto minuto de vida. Realizada coleta de sangue do cordão umbilical na sala de parto para exames de rotina e investigação de microcefalia, devido a boa evolução, encaminhada para o alojamento conjunto.

Em 30 de novembro de 2016 evoluiu para icterícia tardia, com necessidade de fototerapia. Em 1º de dezembro 2016 foi realizada ultrassonografia transfontanela, que mostrou malformação cerebral complexa: ausência do parênquima cerebral à esquerda, formação cística temporal esquerda, fossa posterior com coleção importante e ausência de microcalcificações. Ultrassonografia de abdome sem alterações. Após 72 horas de vida apresentou déficit de peso importante (11%), dificuldade na sucção/deglutição e hi-poatividade, sendo encaminhada para a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) para ingesta de dieta por sonda orogástrica (SOG) e monitorização. Nesta unidade foram realizados estímulos de sucção e acompanhamento com a fonoaudiologia, porém devido ao insucesso da oferta de dieta via oral foi indicada a gastrostomia (GTT) com funduplicatura, considerando frequentes episódios de regurgitação.

A cirurgia foi realizada em 19 de janeiro de 2017 com intubação traqueal, analgesia e sedação. Após, lactente foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) onde foi extubada e colocada em ar ambiente, mantida em dieta zero e analgesia potente de horário. Com ausência de resíduos gástricos, iniciada dieta trófica e reintrodução de medicações usuais. Lactente teve alta da UTI neonatal para a enfermaria do

Setor de Pediatria em 21 de janeiro de 2017, acompanhada pela avó, com 54 dias de vida, peso na alta 3.210g, para a realização de cuidados pós-operatórios e ensino da família ao manuseio da GTT.

No momento, está no 20º dia de internação com seguintes diagnósticos médicos: 1) Síndrome congênita do zika vírus - SCZV (microcefalia, malformação congênita, déficit na sucção/deglutição, hipertonia de membros e displasia de quadril); 2) Crise convulsiva (malformação complexa, epilepsia, hipernatremia); 3) Lesão renal aguda; 4) Infecção do sítio cirúrgico em tratamento; 5) Diabetes insipidus; 6) Acidose mista grave; 7) Sepsis; e 8) Hipoalbumemia.

No pós-operatório da laparotomia foram identificadas múltiplas aderências firmes e frouxas, sendo que em colo transversal e em jejuno havia angulação importante, causando obstrução. Foi mantida sonda nasogástrica (SNG) aberta, gastrostomia (GTT), sonda vesical de demora (SVD) e dreno de Penrose. Foi indicada reabordagem da laparotomia devido deiscência. Durante procedimento cirúrgico a lactente apresentou FC 54 bpm, iniciada manobra de reanimação cardiopulmonar (RCP), sendo intu-

bada, mantida adrenalina EV contínua. Cirurgias realizadas: 01 gastrostomia com funduplicatura; 01 resutura devido deiscência; 02 disseções venosas e 01 reabordagem de abdômen ascítico.

No presente momento, aos 60 dias de acompanhamento, ao exame físico, lactente permanecia em ventilação mecânica com sedação, monitorizada, aguardando vaga em UTI pediátrica, hipoativa, pupilas anisocóricas, edemaciada, pele desidratada com turgor diminuído, hipocorada, hipotérmica, oscilante na saturação, cianose de extremidades (frias). Crânio microcefálico, simétrico, mucosa oral íntegra, em uso de TOT, palato e língua róseos e íntegros, sialorréia, reflexo de deglutição prejudicado. Pescoço e nuca rígidos, sem amplitude de movimentos. Normotórax, respiração mecânica, expansibilidade preservada, murmúrios vesiculares diminuídos, presença de roncos em ápice pulmonar bilateralmente, bulhas cardíacas normofonéticas. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, incisão com grampos cirúrgicos na região mesogástrica até a hipogástrica com presença de tecido necrótico na porção superior, em curativo oclusivo, dre-

nos de Penrose nos flancos D e E com presença de secreção fétida amarelada em pequena quantidade, GTT e SNG abertas drenando líquido fétido amarelado em média quantidade semelhante aos drenos, nutrição parenteral total. Membros superiores e inferiores hipertônicos, com presença de petéquias e equimoses, presença de dissecação venosa em axilar D e E, oximetria de pulso no pé D., axilar esquerda levemente hiperemiada, genitália com lesões hiperemiadas papulodescamatosas, com inserção de SVD e eritema em região perianal. Sinais vitais: T: 35,5 °C, Saturação de O₂: oscilante entre 72-82%, FiO₂: 40%, PIP 16. PEEP 6, FC: 127 bpm, FR: 40 irpm, PA: 106/70 mmHg, Glicemia capilar: 185 mg/dL.

Diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados:

Foram evidenciados 13 diagnósticos de enfermagem, segundo as normas de classificação diagnóstica NANDA(8), destes, 08 eram de diagnósticos reais e 05 de diagnósticos de risco. As intervenções de enfermagem tomadas a partir dos diagnósticos de enfermagem estão descritas conforme indica a Figura 1.

Figura 1. Diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados identificados em lactente grave com microcefalia relacionado ao Zika Vírus. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Padrão respiratório ineficaz	Aspirar vias aéreas inferiores quando houver necessidade (secreção visível ou audível no TOT); Aspirar as vias aéreas superiores se sialorréia intensa; Posicionar o circuito de ventilação adequadamente; Realizar higiene oral 3x ao dia com gaze embebida enxaguante bucal; Manter cabeça elevada 45°; Manusear cuidadosamente durante: banho, mudança de decúbito e higiene oral para não tracionar o TOT; Monitorar SO ₂ , SSVV e anotar os parâmetros de 2/2h.	Controlar ventilação mecânica
Troca de gases prejudicada	Atentar aos parâmetros de ventilação mecânica; Avaliar perfusão cutânea de extremidades; Proporcionar conforto; Avaliar presença de secreções no TOT; Manter monitoração de multiparâmetros.	Manter de nível de saturação adequado

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Integridade tissular prejudicada	Evoluir processo de cicatrização cirúrgica; Realizar curativo oclusivo em incisão cirúrgica (IC) utilizando SF 0,9% para lavar, AGE em região hiperemiada e hidrogel em pontos de necrose, 1x ao dia após o banho.	Manutenção da integridade tissular
Integridade da pele prejudicada	Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiadas ou isquêmicos; Realizar banho no leito; Realizar higiene perineal a cada evacuação; Realizar rodízio dos locais de punção; Aplicar placa hidrocolóide em proeminência ósseas; Realizar massagem de conforto com AGE e cremes para manutenção da hidratação da pele;	Manutenção da integridade da pele
Recuperação cirúrgica retardada	Evoluir processo de cicatrização da IC; Registrar presença de hiperemia local e sinais de infecção; Quantificar e registrar débito de drenos de Penrose.	Recuperação cirúrgica adequada
Conforto prejudicado	Posicionar o lactente confortavelmente utilizando coxins; Proporcionar um ambiente seguro, limpo e adequado ao equilíbrio das funções vitais; Realizar mudança de decúbito de 3/3h; Agrupar cuidados; Aplicar escala de dor, conforme protocolo; Realizar medidas de conforto farmacológica e não farmacológica, conforme protocolo.	Controlar o ambiente para equilíbrio de conforto e SSVV
Hipotermia	Manter lactente aquecido com manta térmica flexível; Ajustar temperatura do ambiente, conforme necessidade; Manter sensor cutâneo para monitorização; Manter leito e lactente sem umidade; Monitorar cor e temperatura da pele; Avaliar temperatura corporal de 3/3h.	Controlar a hipotermia
Constipação	Implementar cuidados com eliminação intestinal; Registrar aspecto e frequência das evacuações; Realizar peso diferencial de fraldas e registrar em BH; Observar distensão abdominal; Seguir rigorosamente horário de dieta parenteral total; Registrar se houver náuseas e/ou vômitos.	Controlar eliminações intestinais
Risco de infecção	Higienizar as mãos; Utilizar as medidas de precauções de contato; Assegurar o manuseio asséptico dos dispositivos endovenosos; Monitorar sinais de agravo infeccioso; Cuidados com SVD – Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; Fechar da bolsa coletora sempre que elevar a sonda acima bexiga; Verificar sinais flogísticos no local de inserção da sonda; Atentar para que o recipiente para desprezar a diurese seja individualizado. Cuidados com o TOT – Observar o acúmulo de secreção no trajeto do tubo através da ausculta dos ruídos adventícios; Realizar aspiração de secreções sempre que necessário; Inspecionar cavidade oral em busca de alterações; Manter tubo na demarcação correta (posicionamento); Trocar fixação quando necessário. Cuidados com Dreno de Penrose: Registrar característica do débito; Verificar integridade do dreno; Observar presença de sinais flogístico na inserção do dreno; Realizar curativo oclusivo com técnicas assépticas; Cuidados com acessos, equipos e extensores: Realizar assepsia do rub do cateter venoso com clorexidina alcoólica a 0,5% antes de utilizá-lo; Escrever a data, nome do profissional e horário ao trocar equipos e extensores; Utilizar bomba de infusão contínua (BIC) para manutenção do acesso, conforme prescrição médica (CPM).	Diminuir riscos de infecção com foco em dispositivos invasivos

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados de Enfermagem
Risco de choque	Observar e evoluir lesões, petéquias e condição das mucosas; Monitorar respostas compensatórias à perda de líquidos; Monitorar fontes de perda de líquidos; Monitorar aumento da circunferência abdominal e das extremidades; Controlar a temperatura e condições respiratórias.	Diminuir risco de choque
Risco de sangramento	Monitorar sinais de perda sanguínea; Avaliar processo de cicatrização da IC; Monitorar sinais de hipotensão e hipovolemia.	Evitar sangramento
Risco de desequilíbrio de volume de líquidos	Verificar sinais de desidratação; Avaliar mucosas e extremidades dos membros; Realizar controle de diurese a cada 06 horas; Fechar BH de 6/6h.	Manter equilíbrio de balanço hídrico
Risco de glicemia instável	Monitorar os níveis de glicose sanguíneo; Administrar insulina ou glicose, CPM;	Manter glicemia estável

Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

O conhecimento produzido a partir de estudos sobre os diagnósticos de enfermagem pode fornecer fundamentação científica para o planejamento da assistência em diferentes grupos populacionais⁽¹⁰⁾ e também para aqueles específicos pouco explorados, como é o caso recente das crianças acometidas pela SCZV. No presente estudo, o foco foi realizar um plano de cuidados a partir dos diagnósticos de enfermagem que fosse adequado à criança grave com SCZV, o planejamento de cuidados se deu a partir da SAE. O quadro gravíssimo da criança e a rotina em ambiente de terapia intensiva foram fatores determinantes para este plano.

O Padrão respiratório ineficaz, elencado como primeiro diagnóstico de enfermagem, relacionado à disfunção neuromuscular, foi evidenciado pela oscilação de saturação de oxigênio através do parâmetro de monitoração contínua entre 72 e 82% em ventilação mecânica, apresentando ruídos

adventícios do tipo ronco em ápices pulmonares e secreção visível em TOT.

O diagnóstico Troca de gases prejudicada, evidenciado por palidez cutânea, relacionado ao desequilíbrio na relação ventilação perfusão, está associado ao quadro respiratório instalado que confirma a necessidade de realizar cuidados com o TOT, monitorizando continuamente os níveis de saturação através de oximetria de pulso.

A aspiração do TOT é realizada com frequência necessária para manter a cânula pérvia, a oclusão parcial pelo acúmulo de muco/secreção eleva a frequência cardíaca e, consequentemente, aumenta o esforço respiratório, ocasionando queda de saturação e cianose⁽¹¹⁾. São necessárias também outras medidas de cuidados com o TOT, como: manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; lavar as mãos antes e após o manuseio da cânula; realizar ausculta pulmonar em busca de ruídos adventícios; realizar higiene oral; e observar sinais de desconforto respiratório⁽¹²⁾. Desta forma, os cuidados de enferma-

gem devem proporcionar ventilação e oxigenação adequadas, observando monitoração de multiparâmetros, alarmes, conexões do ventilador, e manter gases umidificados e aquecidos⁽¹⁰⁾.

O diagnóstico de integridade tissular prejudicada é definido pelo dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fásia muscular, musculo, tendão, osso, cartilagem, capsula articular e/ou ligamento⁽⁸⁾. Neste caso, é evidenciado por dano tecidual associado ao procedimento cirúrgico, podendo favorecer dificuldade na mobilização física da criança. Os cuidados de enfermagem envolvem: inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiadas ou isquêmicos; realizar banho no leito; realizar higiene perineal a cada evacuação; realizar rodízio dos locais de punção; aplicar placa hidrocolóide em proeminências ósseas; realizar massagem de conforto com AGE e cremes para manutenção da hidratação da pele.

O fato de a criança apresentar incisão cirúrgica da região mesogástrica a hipogástrica, GTT e drenos de Pen-

rose em flancos bilaterais, exige pouca possibilidade de mobilidade física. O principal ponto de lesões em lactentes internados com pouca mobilidade é a proeminência óssea na região occipital⁽¹²⁾. Para a manutenção da integridade tissular é necessário o alívio de pressão, que pode ser proporcionado pelo uso de coxins, hidratação da pele e mudanças de decúbito de pequena amplitude, observando constantemente os sinais de hiperemia local.

A Integridade da pele prejudicada é um diagnóstico que reforça o comprometimento da epiderme e/ou da derme⁽⁸⁾, evidenciado por rompimento de superfície da pele, relacionada à fatores mecânicos que envolvem o tratamento cirúrgico. Dentre as ações de enfermagem: evoluir processo de cicatrização cirúrgica; realizar curativo oclusivo em incisão cirúrgica (IC) utilizando SF 0,9% para lavar, AGE em região hiperemiada e hidrogel nos pontos de necrose.

Optou-se pela utilização do hidrogel neste curativo pelo fato dessa substância realizar um debridamento autólítico, de forma que não lesiona o tecido de granulação⁽¹³⁾. Isto se deve por ser constituído por uma rede polimérica que produz uma matriz responsável pela liberação de substâncias ativas, acelerando o processo de cicatrização. Adicionalmente, mantém o ambiente úmido no leito da ferida, facilitando o debridamento e fornecendo uma barreira contra microrganismos externos, o que permite, assim, uma melhor gestão da dor⁽¹³⁾.

O diagnóstico Recuperação cirúrgica retardada é evidenciada por alteração da cicatrização cirúrgica (deiscência e sinais flogísticos), relacionada à infecção pós-operatória. Tal diagnóstico é definido pela extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar⁽⁸⁾, como nesse caso com o histórico de diversas reabordagens e compli-

cações cirúrgicas.

O Conforto prejudicado evidenciado pela incapacidade de relaxar da lactente, relacionado ao efeito secundário do tratamento (cirurgia), desencadeando outros efeitos perigosos, como dor sem alívio e prolongada⁽¹¹⁾. Na atualidade, há diversas ferramentas para a identificação, mensuração e manejo da dor, que requerem capacitação técnica, científica e atenção multiprofissional⁽¹⁴⁾.

A criança hospitalizada pode ser submetida a diversos procedimentos invasivos, cercada por equipamentos que, para a monitorização, contém alarmes, tornando-se mais um fator que altera o conforto de pacientes em estado grave. O próprio procedimento cirúrgico exacerba o desconforto, principalmente, pela mobilização reduzida, necessidade de troca de curativos e dor local⁽¹¹⁾. O conforto é uma medida de humanização, que propicia melhores condições terapêuticas⁽¹⁰⁾ durante a hospitalização da criança.

Para promover um ambiente confortável deve-se reduzir estímulos ambientais, controlar ou prevenir ruídos excessivos ou indesejáveis, sempre que possível, ajustar a temperatura ambiental de modo a atender as necessidades da criança, bem como adaptar a iluminação para benefício terapêutico⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico Hipotermia evidenciado por pele fria, relacionado à diminuição da taxa metabólica, como um dos principais sinais de sepse. A hipotermia é uma resposta termorreguladora à sepse, podendo ocorrer no estado crítico de choque, o que pode agravar significativamente o prognóstico do paciente⁽¹⁶⁾.

A temperatura central do corpo varia de 36,5°C a 37,6°C, sendo que a temperatura da pele é menor do que a central em 0,2°C, o turgor diminuído de pele da lactente do presente estudo evidencia a perda de temperatura corporal para o ambiente, sendo sua

hipoatividade um agravante⁽¹¹⁾. Entre as intervenções de enfermagem para a manutenção da normotermia estão: utilizar manta aquecida flexível; manter o leito limpo e seco; monitorar a temperatura e a cor da pele; e ajustar a temperatura do ambiente conforme as necessidades da criança⁽¹⁵⁾.

A Constipação foi evidenciada por volume de fezes diminuído, relacionada ao uso de sedativos e ingestão insuficiente de fibras, considerando que a lactente estava em uso de NPT. Trata-se de uma condição que pode acarretar um maior desconforto abdominal, levando à gravidade. Para atender a meta de controle das eliminações intestinais, são necessários os seguintes cuidados: seguir o horário de dieta parenteral total, observar distensão abdominal e registrar se houver náuseas e/ou vômitos.

O diagnóstico Risco de infecção, relacionado a realização de procedimentos invasivos e defesas primárias inadequadas, se apresenta pela necessidade de uma terapêutica apropriada conforme gravidade do caso. Os procedimentos de maior risco são: intubação orotraqueal, ventilação mecânica, dissecação venosa, cateter vesical de demora, tubos enterais e drenos diversos.

Os mecanismos para aumento do risco de infecção com o uso de TOT e ventilação mecânica é devido à dificuldade de eliminações das secreções das vias aéreas, predispondo o paciente à sinusites, bronquiolites e pneumonias⁽¹¹⁾. Além disso, os cateteres e dissecações vasculares rompem a barreira epitelial, favorecendo a entrada de patógenos. A SVD pode alterar o sistema de defesa da uretra. Por sua vez, os drenos em cavidades estéreis facilitam a contaminação exógena⁽¹²⁾.

Medidas de prevenção de infecção hospitalar devem ser adotadas como: a higienização das mãos, uso de luvas de procedimento e precaução de contato pelo risco aumentado de contaminação e parceria com o serviço

de controle de infecção hospitalar. A criança em estado crítico apresenta quadro imunológico deprimido, aumentando as possibilidades de contaminação e agravamento de seu estado de saúde(12). Dentre essas medidas, a higienização das mãos é fundamental para evitar as infecções hospitalares, pois as mãos são os principais veículos de transmissão de patógenos da microbiota hospitalar ao paciente⁽¹²⁾, devendo ser orientada constantemente sua técnica correta aos funcionários e familiares.

O diagnóstico Risco de choque é definido pelo risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo capaz de levar à disfunção celular, com risco à vida(8), e está, nesse caso, relacionado ao quadro de sepse. Nesse sentido, são necessárias medidas de controle de acordo com o foco da infecção, como: observar e evoluir lesões, petéquias e condição das mucosas; monitorar respostas compensatórias à perda de líquidos; monitorar fontes de perda de líquidos; monitorar aumento da circunferência abdominal e das extremidades; controlar a temperatura e condições respiratórias.

O Risco de desequilíbrio de volume de líquidos está relacionado a sepse e cirurgia abdominal, mas existe outro fator importante a se considerar que é a terapêutica medicamentosa. Nos pacientes pediátricos o cálculo de medicações é determinado a partir do peso, superfície corporal, capacidade de absorção, metabolização e excreção da droga, diluição e solução compatível⁽¹⁷⁾, os quais interferem no volume total que a criança recebe por via parenteral. Dentre as intervenções de enfermagem, se faz importante: verificar sinais de desidratação; evoluir edema; avaliar mucosas e extremidades dos membros; verificar a densidade urinária; realizar controle de diurese e balanço hídrico.

No diagnóstico Risco de glicemia instável, podem ocorrer alterações como a hipo ou hiperglicemia, relacionada a falta de controle da diabetes insipidus da lactente. A enfermagem pode garantir um controle glicêmico adequado através do monitoramento da glicemia capilar, observação da permeabilidade do acesso venoso e rodízio das punções subcutâneas. Tais medidas visam garantir o adequado controle da glicemia.

CONCLUSÃO

Como o prognóstico de crianças com SCZV é muito variado e em casos mais complexos e graves pode evoluir para o óbito, torna-se fundamental que os profissionais de enfermagem estejam preparados para formular um plano de cuidados que seja adequado ao seu estado de saúde e processo de hospitalização. O que pode promover conhecimento sobre o agravo, favorecendo uma prática efetiva e eficaz de enfermagem.

Toma-se por limitação o fato de ser um estudo de caso e apresentar resultados individualizados, não sendo, portanto, generalizáveis. No entanto, espera-se que os achados possam ser aplicáveis a outros casos, contribuindo para uma assistência de enfermagem diretiva e resolutiva, específica para casos similares. Considerando o número reduzido de publicações de enfermagem sobre o tema, aguarda-se que novas pesquisas sejam realizadas para fundamentar cada vez mais os cuidados dos profissionais de enfermagem. 🐦

Referências

1. Luz KG, Santos GIV, Vieira RM. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília Oct./Dec. 2015; 24(4).
2. Araújo JSS, et al. Microcephaly in northeastern Brazil: a review of 16 208 births between 2012 and 2015. *Bull World Health Organ E-pub*: 4 Feb, 2016.
3. Oehler E, et al. Zika virus infection complicated by Guillain-Barré syndrome – case report, French Polynesia. December 2013. *Euro Surveillance*, mar., 2014; 19(9).
4. Vasconcelos PFDC. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2015. 6(1):9-10.
5. Organização Mundial da Saúde. Microcefalia. BRASIL, São Paulo, dez. 2015. Disponível em: < <http://www.who.int/csr/don/15-december-2015-a-microcefalia-brasil/es/>>. Brunoni D, et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, oct. 2010; 21(10):3297-3302.
6. Ventura CV, et al. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 2016; 79(1).
7. Garcez RM (trad). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International. Porto Alegre: Artmed; 2018.
8. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
9. Hockenberry MJ, Wilson D, Wong. Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
10. Padilha KG, (org.) et al. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri, SP: Manole; 2010.
11. Freitas AL. Avaliação da cicatrização de feridas por hidrogel contendo extrato seco padronizado de *Hyptis pectinata* (L.) em ratos. Aracaju, 2018. 97 f. Tese (doutorado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Sergipe, 2018.
12. Bussotti EA. Assistência a dor em pediatria. In: FONSECA, A. da S. *Enfermagem pediátrica*. São Paulo: Martinari; 2013.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Tradução de Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
14. Mendonça CA, Gentil GC, Carneiro AMC. Preparo e administração de medicamentos em pediatria. In: Fonseca, AS. *Enfermagem pediátrica*. São Paulo: Martinari; 2013.
15. Pereira FH, Batalhão ME, Cárnio EC. Correlação entre temperatura corporal, pressão arterial e concentração plasmática de óxido nítrico em pacientes com sepse. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*. 2014; 22(1).