

Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal

Encontro Norte-nordeste de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica

Fórum Nacional de Políticas de Atuação de Enfermeiros e Obstetizes

na Assistência à Saúde da Mulher e do Neonato

Fortaleza - Ceará - Brasil - De 24 à 27 de junho de 2012



ISSN 2238-7242

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RN PREMATURO DE EXTREMO BAIXO PESO COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

PEREIRA, Emanuely Vieira;
FREITAS, Paula Mikaele Ferreira de;
BEZERRA, Sayanne Luciana Carmo;
SANTOS, Talita Grangeiro;
FARIAS, Maria Deiseane Ribeiro de;
BRASIL, Milenna Alencar.

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) constitui uma das etiologias mais frequentes de Insuficiência Respiratória do recém-nascido (RN) e requer cuidados intensivos, sendo uma das principais causas da mortalidade do recém-nascido pré-termo (RNPT), principalmente no período neonatal pelo déficit quanti-qualitativo na produção de surfactante endógeno relacionado à imaturidade do sistema respiratório, levando à atelectasia pulmonar. Tem como fatores predisponentes: prematuridade, sexo masculino, anóxia perinatal, história de hemorragia materna, diabetes materna, segundo gemelar, parto cesáreo, hipotermia e RN anterior afetado. Cerca de 1% a 4% de todas as internações em UTI pediátrica têm como causa a SDR, com uma mortalidade que varia de 50% a 75%, requerendo assim a adoção de intervenções eficazes e efetivas por parte dos profissionais de saúde para melhora do prognóstico. A presente pesquisa teve como objetivo descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um RN prematuro de extremo baixo peso com Síndrome do Desconforto Respiratório. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado em um Hospital de referência para atendimento neonatal, no município de Juazeiro do Norte-CE, no período de 31 de outubro a 14 de novembro de 2011. Genitora submetida a 8 consultas de pré-natal, diagnosticada com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) e insuficiência placentária na 20ª semana de gestação, Idade gestacional (IG) ao nascer de 30s e 4d, parto cesáreo, nascida em 27/10/2011, P: 935g, Apgar 9/9, Comprimento: 25cm, Perímetro torácico: 22cm, sexo feminino, ABO/RH: A Rh⁺. Admitida na UTIN logo após os cuidados imediatos de rotina com desconforto respiratório e extremo baixo peso. Apresentando cianose, FC: 124bpm, FR:52, tiragem subcostal e intercostal leve. Mantida em dieta zero e iniciada antibioticoterapia (Ampicilina + Gentamicina) e CPAP com FiO₂: 30%, PPI 20, FC:

^{1, 2, 3, 4, 5} Acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.

⁶ Enfermeira docente da FALS, Gerente de Risco do Hospital Regional do Cariri, Especialista em Administração Hospitalar.
Email: sayanneluciana@hotmail.com

20 e PEEP: +6. Realizados Rx de tórax, PCR, HC, CS e cateterismo umbilical. Iniciada dieta por SOG no dia seguinte com boa aceitação e aumentada progressivamente, exames sem alterações significativas. No 3º dia pós nascimento houve alteração no padrão respiratório, porém sem apneia, sendo realizada entubação com TOT nº 2,5, VMA com FiO₂: 40%, PPI 20, FC: 20 e PEEP: +6. No 4º dia VMA com FiO₂: 40% e demais padrões mantidos. No 5º dia a dieta foi aumentada para 5ml, RN encontrava-se hipoativa e icterica na zona II, sendo realizada fototerapia com bilitron a 60%, suspenso Aminofilina, mantido antibioticoterapia e prescrito Ranitidina. No 6º dia a dieta passou a 7ml e o RN iniciou apneia. No 7º dia foi retirado TOT porém houve queda da saturação de O₂, sendo entubada novamente. Realizada aspiração com secreção espessa em quantidade moderada. No 8º dia, apresentava-se em EGR, ativa e reativa, chorosa, acianótica, anictérica, normotérmica, com boa perfusão, hidratada, em VMA e dispnéica. Realizada aspiração com presença de secreção espessa, purulenta em média quantidade, abdômen flácido e depressível. Presença de RG em alguns horários, diurese e evacuações ausentes no período. Acesso umbilical com uso de ATB e HV. No 9º dia manteve estado do dia anterior. No 11º dia, em VMA apresentava-se dispnéica, secreção aspirada do TOT esbranquiçada, em pouca quantidade, RG ausente e eliminações presentes. Ao 12º dia padrão respiratório igual ao dia anterior, aspiração de TOT de pouca secreção fluida e clara e das VAS espessa, amarelada em quantidade moderada. Alimentação de 15ml com ausência de RG e eliminações presentes. Removido cateter umbilical, em venóclise no MSE fazendo uso de Fentanil e HV em BIC, permanecendo sem intercorrências e em cuidados intensivos de Enfermagem. No 13º dia o RN evolui em EGR, ativo, reativo, AAA, normotérmico, com boa perfusão, hidratado, corado, permanecendo em VMA, aspiração de secreção clara e fluida do TOT e espessa e clara da VAS em pequena quantidade. Abdômen semi-globoso e flácido. Mantida venóclise em BIC, seguindo sem intercorrências e sob cuidados intensivos de Enfermagem. Foi implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem visando à estabilização do quadro clínico da mesma. Foram obtidos os seguintes diagnósticos de Enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado à prematuridade evidenciado por dispneia; Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo; Integridade tissular prejudicada relacionada a procedimento invasivo evidenciado por lesões na pele; Troca de gases prejudicada relacionada a desequilíbrio na ventilação evidenciada por uso de VMA; Risco de lesão da cavidade orofaríngea relacionada a aspiração; Risco de broncoaspiração relacionada a alimentação por SOG; Amamentação interrompida relacionada a prematuridade evidenciada por separação entre mãe e filha. Foram adotadas as seguintes intervenções: Manter RN em incubadora aquecida para facilitar a termorregulação; Administrar antibioticoterapia prescrita; Mudar de decúbito; Realizar desinfecção da incubadora; Aspirar TOT e das VAS sempre que necessário; Avaliar Balanço Hídrico; Monitorizar sinais vitais; Evitar manuseio excessivo; Estimular o vínculo mãe-RN; Realizar aspiração úmida; Avaliar aceitação da dieta; Evitar alimentar antes de aspirar vias aéreas. A RN teve melhora progressiva no padrão respiratório, sendo retirado o TOT no 15º dia e evoluindo com bom prognóstico. Observou-se que, por meio de uma assistência integral e humanizada, pode-se melhorar o prognóstico dos neonatos acometidos pela SDR.

^{1, 2, 3, 4, 5} Acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.

⁶ Enfermeira docente da FALS, Gerente de Risco do Hospital Regional do Cariri, Especialista em Administração Hospitalar.

Email: sayanneluciana@hotmail.com

Portanto, evidencia-se a necessidade de assistência especializada e interdisciplinar no intuito de prevenir complicações, melhorando o quadro clínico dos RNs com SDR e conseqüentemente, reduzindo o índice de mortalidade neonatal pela adoção de intervenções eficazes efetivas.

DESCRITORES: Nascimento Prematuro; Cuidados de Enfermagem; Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-nascido.

^{1, 2, 3, 4, 5} Acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.

⁶ Enfermeira docente da FALS, Gerente de Risco do Hospital Regional do Cariri, Especialista em Administração Hospitalar.
Email: sayanneluciana@hotmail.com