

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE HIDROCEFALIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Angeline do Nascimento Parente<sup>1</sup>; Andressa Tavares Parente<sup>1</sup>; Franciane do Socorro Rodrigues Gomes<sup>1</sup>; Sheila Barbosa Paranhos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Graduação  
Universidade Federal do Pará (UFPA)  
angelineparente@gmail.com

**Introdução:** A palavra “Hidrocefalia” vem do grego Hidro e significa “água na cabeça”. Definida pelo aumento da quantidade e da pressão do líquido cefalorraquidiano. A condição patológica leva ao aumento do perímetro cefálico e à hipertensão intracraniana, o que força o cérebro contra o crânio lesando e destruindo seus tecidos. Não é uma doença específica e sim uma condição patológica, que normalmente resulta em atraso no desenvolvimento psicomotor da criança e quando não tratada apresenta uma taxa de mortalidade de 60%, e os sobreviventes são acometidos por incapacidades neurológicas. Atualmente, a incidência de hidrocefalia, no mundo, é de 1-3 por 1000 nascimentos e, no Brasil, de 2,28 a cada 1000 nascimentos<sup>1</sup>. O enfermeiro ao prestar cuidados a crianças acometidas de Hidrocefalia, deve buscar sistematizar os seus cuidados, a fim de prestar cuidado integral, holístico e humanizado, contemplando as necessidades fisiológicas e os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural da criança e de sua família<sup>2</sup>. **Objetivos:** Elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente pediátrico acometido de Hidrocefalia. **Descrição da Experiência:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado no período de 18 a 25 de agosto de 2016, na Enfermaria São Francisco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), em Belém do Pará, onde foram coletados os dados através de prontuário do cliente, seguido de exame físico céfalo-caudal, no qual identificamos a ocorrência de problemas relacionados à saúde, possibilitando desenvolver e aplicar diagnósticos de enfermagem com suas possíveis intervenções a fim de obter melhores resultados. **Resultados:** pré-escolar, sexo masculino, 2 anos e 6 meses. Admitido no dia 11/03/2016 na Enfermaria São Francisco da FSCMPA com diagnóstico de Hidrocefalia Congênita e necessidade de realização de procedimento cirúrgico para troca de Derivação Ventricular Externa (DVE) + Hernia Inguinal Esquerda + Criptorquidia bilateral + fimose. Acompanhado pela mãe, procedente do Município de Mãe do Rio, Pará. Mãe, solteira, do lar, Ensino Fundamental Completo, renda familiar de 1 salário mínimo (pensão do menor – Benefício recebido pago pelo Governo) e recebe bolsa família. Reside com a irmã em casa de alvenaria com 4 compartimentos, luz elétrica, banheiro fora da casa, sem esgoto e sem água encanada. Mãe relata ter realizado todas as consultas do pré-natal (cerca de 10 consultas). Criança nascida de parto cesáreo, Apgar score 8/9 no 1º e 5º minuto de vida, pesou 4.150g ao nascer. A anomalia Hidrocefalia Congênita foi diagnosticada aos 3 meses de vida, até o momento o paciente já foi submetido a 6 procedimentos cirúrgicos relacionados a patologia. Eliminações fisiológicas presentes, diurese de coloração clara, fezes sólidas com coloração amarelada. Eutrófico, está apresentando dificuldade para se alimentar durante a internação, come poucas porções cerca de 5 vezes ao dia, tolera dieta oral sólida e pastosa, costuma comer verduras, legumes, frutas, frango e peixe. Aceita bem os líquidos e faz uso de mamadeira. Padrão de sono e repouso preservado. No momento, encontra-se internado na Enfermaria São Francisco em 1º dia de Pós-Operatório de troca de DVE, apresenta-se sonolento, com curativo cirúrgico cefálico oclusivo e Acesso Venoso Central Intracath em subclávia esquerda, segue em observação sob cuidados de enfermagem. Mãe refere que o valor do

Perímetro Cefálico é 68cm de acordo com a última medição (SIC). Realizada evolução no dia 19/08/2016, paciente encontra-se em leito com grade, em 1º dia de Pós-Operatório de troca de DVE. Apresenta-se sonolento. Normotérmico, normoesfigmo e eupneico. Apresenta curativo cirúrgico cefálico oclusivo. Tórax simétrico. Respira espontaneamente ao ar ambiente, a ausculta pulmonar encontrou-se roncos difusos e sibilos bilateralmente. A ausculta cardíaca, BCNF audíveis em 2T sem sopros. Acesso Venoso Central Intracath em veia subclávia esquerda, recebendo Vancomicina e hidratação venosa com SF a 0,9%. Abdômen globoso, RHA audíveis. Eliminações fisiológicas presentes, espontâneas e em fralda. Tolerância dieta por via oral, poucas quantidades, 5 vezes ao dia. Sono e repouso preservado. Mãe relatou episódios de vômito e febre nesta manhã. DVE drenando líquido de cor amarelo turvo grumoso. Conduta: Verificado Sinais Vitais (Tax= 36,3°C, Fc= 120bpm, R= 25 rpm). Realizada troca de curativo cirúrgico cefálico. Mãe orientada quanto a importância da nutrição no pós-operatório. As Necessidades Humanas Básicas afetadas foram: segurança/proteção, conforto, nutrição, integridade cutâneo-mucosa e regulação. Os principais diagnósticos de enfermagem foram: Risco de Infecção relacionado ao uso de Acesso Venoso Central Intracath, realização de procedimento cirúrgico (troca de DVE) e tempo prolongado de internação hospitalar; Risco de desequilíbrio de temperatura corporal relacionado à LCR infectado; Dor Aguda relacionada à compressão ao deslocamento do tecido cerebral e à pressão intracraniana aumentada; Risco de Nutrição Desequilibrada: Menos do que as necessidades corporais relacionado aos vômitos, secundários à compressão cerebral e à irritabilidade; Risco de úlceras de decúbito na cabeça relacionado à estaticidade postural; Risco de elevação da pressão intracraniana relacionado à Hidrocefalia; Atraso no crescimento e desenvolvimento relacionado à Hidrocefalia evidenciado pela incapacidade de realizar tarefas/ações apropriadas para a faixa etária. As principais intervenções de enfermagem realizadas foram: Investigar todas as vias invasivas quanto aos sinais flogísticos; Monitorar a temperatura a cada 6 horas; Administrar antitérmico se Tax > 37,5°C; Administrar a terapia antimicrobiana conforme Prescrição Médica; Observar a coloração e aspecto de LCR drenado em bolsa; Controle da dor; Oferecer refeições pequenas e frequentes (6 por dia, mais os lanches) Ao movimentar, manter a cabeça apoiada para evitar tensão extra sobre o pescoço; Medir perímetro cefálico; Identificar sinais e sintomas da elevação da pressão intracraniana. **Conclusão/Considerações Finais:** Neste estudo, notou-se a extrema importância em se realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente pediátrico acometido por hidrocefalia, pois por meio dela tornou-se possível identificar, as Necessidades Humanas Básicas alteradas, os principais diagnósticos de Enfermagem do cliente, traçar as metas e os respectivos cuidados que devem ser realizados pela equipe de enfermagem, a fim de obter melhora do quadro clínico do paciente. Desta forma sendo o enfermeiro o único responsável pela elaboração e supervisão da sistematização da assistência de enfermagem, compete a ele decidir e organizar esse serviço para assim prestar uma assistência individualizada de forma clara e objetiva assegurando, na assistência de enfermagem em pediatria, a qualidade de suporte a vida necessário a promoção e reabilitação da saúde, evidenciada pelo cientificismo e tecnicidade empregados. Portanto, este trabalho teve seu objetivo alcançado, mediante a complexidade do caso, visto que a Sistematização da Assistência de Enfermagem empregada retratou e delimitou de forma clara os procedimentos a serem desempenhados pelos membros da equipe de enfermagem.

**Referências:**

1. Dias IMAV, Fialho, FA. Cuidado de Enfermagem à Criança com Hidrocefalia. In: TEIXEIRA, Elizabeth (Coord.). Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006.
2. Sousa, NG, Feijó, EJ, Farias, A, Lima, A, Souza, K, Conceição, P. Hidrocefalia: Revisão de Literatura. In: Jornada Científica da UNIVERSO – Suplemento Saúde – Brasil, 4(6), 2012.