

Diagnósticos de enfermagem de pacientes pediátricos com epilepsia: um estudo prospectivo

Nursing diagnoses of pediatric patients: report of a prospective case

Maria Beatriz Pereira de Jesus¹; Valnice de Oliveira Nogueira²

¹Bacharel em Enfermagem – Uninove.

²Mestre em Enfermagem e Professora de Enfermagem – Uninove.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
São Paulo – SP [Brasil]
biasemprebia@yahoo.com.br

RESUMO

Nesse estudo, procurou-se identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de cinco pacientes pediátricos com epilepsia submetidos a tratamento em um hospital privado, de caráter filantrópico, no Estado de São Paulo. Realizou-se pesquisa descritiva, cuja coleta de dados foi obtida, por meio de entrevista, com os acompanhantes dos pacientes entre 0 e 11 anos de idade, média de 4,35 anos. Foram levantados os problemas de enfermagem que serviram de base para a elaboração dos diagnósticos, obedecendo à Taxonomia II, da NANDA (2003-2004). Os diagnósticos reais mais frequentes foram mobilidade física prejudicada, 5(19%); proteção ineficaz, 5(19%); constipação 4(16%) e padrão de sono perturbado, 3(12%). Os diagnósticos de risco mais frequentes foram de lesão 5(18%), de traumas 5(18%), de aspiração 3(12%), de quedas 3(12%) e de síndrome de morte súbita da criança 3(12%). Os diagnósticos de enfermagem delineiam a estrutura das ações de enfermagem na área de epileptologia e saúde pública.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem; Enfermagem pediátrica; Epilepsia.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the most frequent nursing diagnoses of five pediatric patients with epilepsy, which are under treatment in a philanthropic hospital in the state of São Paulo, Brazil. It was a descriptive research. The parents of five children with the age between 0 to 11 years (4, 35 average) were interviewed. The nursing problems obtained were useful for the construction of the nursing diagnoses. The nursing diagnoses were based on the II Taxonomy of NANDA 2003-2004. The most frequent real diagnoses were Impaired Physical Mobility 5(19%), Ineffective Protection 5(19%), Constipation 4(16%), Disturbed Sleep Pattern 3(12%). The most frequent risk diagnoses were: for injury 5(18%), for aspiration 3(12%) and for sudden infant death syndrome 3(12%). The nursing diagnoses help organize the structure of the nursing actions in epileptology and public health care.

Key words: Epilepsy; Nursing diagnosis; Pediatric nursing.

INTRODUÇÃO

As crises epiléticas (CE), que ocorrem em razão do aumento da excitabilidade de um grupo de neurônios do córtex cerebral¹, podem ser focais, quando o foco epileptogênico está restrito a uma área do hemisfério cerebral, e generalizadas, com os dois hemisférios acometidos simultaneamente^{2,3}.

Epilepsia caracteriza-se pelas crises recorrentes. Uma única crise não significa que o indivíduo tenha epilepsia. Além disso, as CEs devem ser de início súbito, sem condições febris ou tóxico-metabólicas evidentes³.

A Liga Internacional Contra Epilepsia (*International League Against Epilepsy – ILAE*) classificou os tipos de crises de acordo com dois critérios distintos: (1) foco epileptogênico, ou seja, se são focais ou generalizadas; (2) fator etiológico, sendo: a) idiopáticas sem lesão cortical, porém com motivo genético ou hereditário; b) sintomático pela presença de alteração no córtex que, conseqüentemente, acarretou crises epiléticas; c) criptogênicos, quando a etiologia é desconhecida⁴.

Gallucci Neto e Marchetti³ citaram que a incidência da epilepsia está em torno de 70 a 190/100.000, em países subdesenvolvidos. Para o esclarecimento da epilepsia, deve-se avaliar o paciente sob diversos aspectos, tais como a obtenção da história clínica pormenorizada, exames de neuroimagem e o vídeo-EEG. Focalizam-se as queixas de interesse neurológico, como cefaléia, padrão de sono, caracterização das crises epiléticas, fatores desencadeantes, além de apresentar propensão a queda, alterações da consciência e mordedura de língua, liberação esfíncteriana, automatismos oroalimentares e manuais e versão óculo-cefálica. Todos esses dados devem ser obtidos do paciente e do familiar que testemunha os eventos².

Os espasmos infantis estão presentes na Síndrome de West, cujas manifestações clínicas são: extensão da cabeça, do tronco e dos membros inferiores, abdução dos membros supe-

riores, acompanhadas de palidez ou sudorese e choro, o que faz os pais interpretarem como cólicas. Essa síndrome é considerada de urgência médica⁵.

A terapêutica clínica da epilepsia é medicamentosa (drogas antiepilépticas) e cirúrgica, como a lobectomia do lobo temporal, hemisferectomia e calosotomia. Portanto, é fundamental que o planejamento das orientações do enfermeiro se baseie na diminuição do nível de ansiedade e de estresse, na avaliação do comportamento do seu cliente, de forma holística, pela equipe multiprofissional, à qual se pode associar interconsultas com os profissionais da área de neuropsicologia. No entanto, são escassas as publicações sobre as ações de enfermagem nos indivíduos com epilepsia.

Com base nas discussões tecidas, indaga-se: quais são os problemas de enfermagem e os respectivos diagnósticos dos clientes pediátricos que apresentam crises epiléticas? Ao responder a essa indagação, será possível aprimorar a assistência de enfermagem, utilizando os diagnósticos que fazem parte de uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A taxonomia utilizada nesta pesquisa foi a proposta pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem⁶.

Neste estudo, objetiva-se identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em crianças e adolescentes com epilepsia, sob tratamento em um hospital privado, de caráter filantrópico, no Estado de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de campo quantitativo-descritiva, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa desta instituição e realizada na unidade pediátrica, entre setembro e a primeira quinzena de outubro de 2007. A população do estudo foi composta pelos acompanhantes dos clientes com história de crises epiléticas. Os participantes receberam e assinaram cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido orientado so-

bre os propósitos nele descritos que respeitavam os pressupostos pautados na Resolução 196/1996⁷.

Como critérios de inclusão foram selecionados clientes com idades entre 0 e 14 anos, sob investigação de epilepsia, história de convulsões febris e que estivessem acompanhados pelo pai ou pela mãe; para os de exclusão, acompanhantes que não aceitassem participar do estudo, clientes que tiveram eventos de origem não-epileptiforme e com crises epiléticas, em caráter de emergência.

Para a entrevista, utilizou-se um instrumento de coleta de dados preenchido pela autora durante o depoimento dos participantes, composto de perguntas fechadas e abertas, incluindo dados sobre a queixa principal (crises epiléticas), fatores desencadeantes, medicamentos atuais, antecedentes pessoais, obstétricos, perinatais e familiares. Foi elaborado a partir dos domínios e classes estabelecidos pela Taxonomia II da NANDA⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da pesquisa foram analisados sete pacientes de 0 a 11 anos de idade, (média 4,35), sendo excluídos dois casos – um paciente do sexo masculino, de 11 anos, que apresentava eventos de origem não-epileptiforme, e outro, de 10 anos, do sexo feminino, que desenvolveu um processo infeccioso disseminado no sistema nervoso central que provocava tremores e epilepsia, cuja mãe não estava em condições emocionais de participar da pesquisa.

Na tabela 1, apresenta-se caracterização e história prévia dos cinco pacientes restantes, fornecidas por seus respectivos acompanhantes.

Os antecedentes perinatais merecem atenção durante o processo de investigação da epilepsia, porque mostram importantes fatores que podem desencadear CE.

Na Tabela 1, pode-se observar que dois (40%) nasceram de parto normal; três, (40%) de cesária, e um (20%), de fórceps. O parto fórceps sugere propensão a traumas na região cefálica

Tabela 1: Caracterização dos clientes pediátricos com história prévia de crises epiléticas, São Paulo, 2007

Paciente	História progressa
1	1a 6m, sexo masculino, fez pré-natal, parto cesárea, a termo de 37 semanas; chorou ao nascer. Pais hígidos não-consangüíneos, varicela atual, tuberculose com meningite, sucessivas cirurgias de Derivação Ventriculo Peritoneal em razão da hidrocefalia.
2	9 anos, sexo feminino, nasceu de parto cesárea, a termo de 39 semanas. Fez pré-natal, mãe teve anemia durante a gestação; chorou ao nascer. Pais hígidos não-consangüíneos. Distúrbio global do desenvolvimento, varicela, rinite, otite média aguda com perda da audição; fez cirurgia para recuperá-la.
3	2 m, sexo feminino, nasceu de parto normal, pré-termo de 35 semanas. Não fez pré-natal, chorou ao nascer e teve icterícia neonatal. Pais não-consangüíneos. Alergia a poeira, tem sífilis congênita, sopro cardíaco, hipertensão e citomegalovirose. Mãe portadora de sífilis não tratada.
4	1m, sexo feminino, nasceu de parto fórceps, a termo de 37 semanas. Fez pré-natal; chorou ao nascer. Apresentou crise de cianose após o nascimento. Apresenta episódios de refluxo gastroesofágico. Pais com asma e DPOC, não-consangüíneos.
5	11 anos, sexo feminino, nasceu de parto normal, a termo de 40 semanas. Fez pré-natal, chorou ao nascer. Teve varicela, bronquite. Pais: genitora com DPOC, pais não-consangüíneos.

ca que podem ou não desenvolver seqüelas neurológicas, após o nascimento Oñate et al⁸ explicam que esse parto promove o risco de epilepsia, retardo mental, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, tromboembolismo que levam a acidentes vasculares encefálicos isquêmicos, por causa de tromboembolismo, asfixia, distúrbios cardiocirculatórios.

Com relação à ocorrência da epilepsia na infância e na adolescência, os fatores que devem ser avaliados são idade, crescimento e desenvolvimento, porque determinam a caracterização do tipo de epilepsia na infância, e as manifestações eletrográficas. Quanto mais precoce o início das crises, menos favorável é o prognóstico – é o caso do lactente com espasmos infantis

que vai perdendo gradativamente as aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor, o sorriso social e o engatinhar¹.

Os indivíduos 1 a 3 têm história prévia de processo infeccioso, sendo os casos mais severos dessa casuística. Ambos tiveram história prévia de meningite tuberculosa; além disso, o 3 teve sífilis congênita.

Todos os pacientes (100%) são filhos de pais não-consangüíneos. A consangüinidade é fator relevante na anamnese de pacientes com história de convulsões e crises epilépticas, porque alguns apresentam Malformações do Desenvolvimento Cortical (MDC), cujo desenvolvimento fenotípico e genotípico está comprometido desde o período gestacional.

Gürngör et al⁹ avaliaram pacientes pediátricos com MDC, dos quais 14 tiveram diagnóstico de polimicrogiria; 23, de lissencefalia; 12, de squizecefalia, e 12, de heteropia. A consangüinidade encontrada nessa casuística foi de 32% em clientes com lissencefalia e outros tipos de MDC. 71% apresentavam epilepsia.

Todos os participantes dessa pesquisa relataram que seus filhos realizaram o teste do pezinho – importante na anamnese –, que detecta 16 tipos de doença. Entre as que acometem o sistema nervoso central destacam-se a toxoplasmose congênita, a citomegalovirose congênita e a sífilis congênita, segundo o Ministério da Saúde¹⁰.

As queixas principais das crises e os eventos manifestados durante o período de internação, estão descritos na Tabela 2.

Os achados apresentados na Tabela 2 correspondem às manifestações clínicas durante e após a crise (pós-ictal). Nessa casuística, pode-se observar a rigidez muscular nos membros e no corpo, tremores, abalos musculares, liberação esfinteriana e salivação em mais de um paciente.

As crises epilépticas ocorrem em áreas corticais que, ao serem observadas nos estudos eletrográficos simultaneamente às manifestações clínicas, possibilitam determinar qual delas está sendo afetada. Há casos em que o paciente apresenta afasia, confusão, com perda

Tabela 2: Queixas principais identificadas durante as crises epilépticas da população do estudo, São Paulo, 2007

Característica	Pacientes que apresentaram a queixa	
	N	%
Afasia (pós-ictal)	1	3,84
Choro forte	2	7,70
Cianose labial	1	3,84
Confusão mental (pós-ictal)	1	3,84
Irresponsividade	1	3,84
Liberação esfinteriana	2	7,70
Rigidez dos MMSS com as mãos fechadas	2	7,70
Movimentos mastigatórios	1	3,84
Mudança na postura cervical	1	3,84
Olhar fixo/parado	2	7,70
Rigidez do corpo	2	7,70
Salivação	2	7,70
Suor frio	1	3,83
Taquicardia	1	3,83
Taquipnéia	2	7,70
Tremores/abalos musculares	2	7,70
Versão ocular	2	7,70
Total	26	100

parcial da memória, não sabendo identificar um objeto ou o nome de uma pessoa familiar. O córtex motor está relacionado aos movimentos de contratilidade muscular e abalos, comuns nas clonias da crise tônico-clônica generalizada. A irresponsividade e a versão ocular são comuns nas crises de ausência, nas quais o paciente não apresenta queda ao solo e nem há convulsão. Cada um desses achados é um problema de enfermagem utilizado para determinar os diagnósticos de enfermagem reais e de risco.

O Gráfico 1 representa a porcentagem dos diagnósticos de enfermagem reais e de risco da população estudada, sendo 26 (49%) reais, e 27 (51%), de risco. Isso se justifica, pois a pessoa que tem epilepsia desde a infância até o fim da vida pode desenvolver baixa auto-estima e/ou

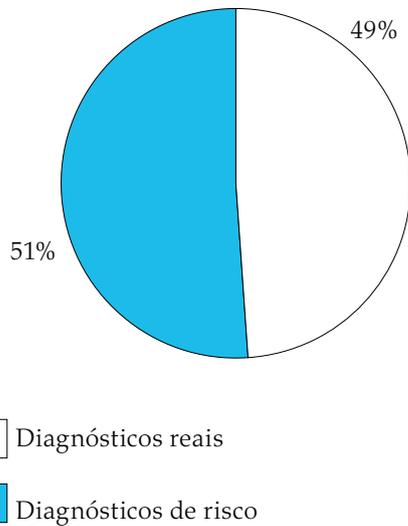


Gráfico 1: Frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes pediátricos com epilepsia. São Paulo, 2007

co-morbidades psíquicas em razão das crises epiléticas, do manejo terapêutico e do impacto psicossocial.

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados para cada paciente, conforme os domínios da taxonomia II da NANDA⁶.

A Tabela 3 mostra a frequência dos diagnósticos reais encontrados na população estudada, sendo descrito abaixo cada um deles:

- Mobilidade física prejudicada – Nas crises focais simples, o paciente tem consciência de movimentos involuntários que ocorrem em uma parte do corpo, especialmente nos membros, porém não consegue impedi-los. Nas crises focais complexas (com perda da consciência), nas generalizadas, crises tônicas (rigidez muscular), e nas de ausência, não há resposta do indivíduo ao meio. Os cinco pacientes apresentam esse diagnóstico.
- Proteção ineficaz – Refere-se à diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões⁶. Esse diagnóstico está presente em 100% dos pacientes; por isso, é o mais importante a ser analisado, pois está relacionado ao risco de lesões e quedas, aos

Tabela 3: Frequência dos diagnósticos reais

	N	%
Mobilidade física prejudicada	5	19
Proteção ineficaz	5	19
Constipação	4	16
Padrão de sono perturbado	3	12
Dor aguda	2	7
Confusão aguda	2	7
Déficit no autocuidado para alimentação	1	4
Déficit no autocuidado para banho/higiene	1	4
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	1	4
Deglutição prejudicada	1	4
Diarréia	1	4
Total	26	100

efeitos colaterais das DAEs, ao risco de aspiração de secreções salivares durante as crises tônico-clônicas generalizadas e à confusão mental no período pós-crítico. Todos os pacientes, 5 (100%), apresentam esse diagnóstico, o que torna necessário observar e proteger o indivíduo durante as crises para minimizar o risco de quedas e lesões.

- Constipação – Provocada pelo uso de drogas antiepiléticas (DAEs). Foram observados quatro casos.
- Padrão de sono perturbado – 60% apresentaram queixas que incluíam hipersonia, alteração do ciclo circadiano, agitação e privação de sono. Os distúrbios de sono estão presentes na comunidade que possui epilepsia, e isso ocorre em razão de vários fatores, tais como falta ou diminuição da atividade inibitória e excesso de excitabilidade neuronal. Tanto as crises noturnas quanto as diurnas afetam o sono. Os neonatos com crises convulsivas repetidas alteram o ciclo de sono, despertando inúmeras vezes, o que dificulta a identificação do estágio do sono¹¹.

- Dor aguda – Após as crises tônicas, mio-clônicas, clônicas ou tônico-clônicas, que envolvem atividade exacerbada do sistema neuromuscular, não são incomuns as queixas de dor, inclusive se houver trauma após a queda. Cefaléia pós-ictal também é outro tipo de dor.
- Confusão aguda – Presente nas crises com perda parcial ou completa da consciência, quando o indivíduo é incapaz de reconhecer objetos e saber onde estão.
- Déficit no autocuidado – (alimentação, banho/higiene, vestir-se/arrumar-se) Esse diagnóstico esteve presente no caso da paciente com distúrbio global do desenvolvimento e autismo. Possui total dependência de cuidados por parte da mãe, sua única cuidadora. Apresenta tremores nas mãos que impedem de levar os alimentos à boca.
- Deglutição prejudicada – Refere-se aos movimentos mastigatórios apresentados durante as crises no momento em que não consegue controlar a deglutição.
- Diarréia – Presente na paciente com sífilis congênita que, ao dar entrada no serviço, quadro de desidratação, diarréia, e processo infeccioso que levou à febre alta e convulsão.

Na Tabela 4, foram identificados os diagnósticos de risco, a partir dos problemas de enfermagem citados na tabela 2.

- Riscos de lesão, queda e trauma – Os pacientes que apresentam CEs recorrentes, de aspecto súbito, podem sofrer danos no sistema músculo-esquelético, traumas cranioencefálico e insultos isquêmicos.
- Risco de aspiração – Esse diagnóstico diz respeito à falta de controle da deglutição da saliva durante o período pós-ictal, quando o paciente apresenta confusão mental e está com a musculatura da boca em relaxamento, proporcionando risco

Tabela 4: Freqüência dos diagnósticos de risco

	N	%
Risco de lesão	5	18
Risco de traumas	5	18
Risco de aspiração	3	12
Risco de quedas	3	12
Risco de síndrome de morte súbita da criança	3	12
Risco de atraso do desenvolvimento	2	7
Risco de baixa auto-estima situacional	2	7
Risco de crescimento desproporcional	2	7
Risco de infecção	2	7
Total	27	100

para bronco-aspiração do conteúdo alimentar e salivar.

- Risco de síndrome de morte súbita da criança – É um diagnóstico de enfermagem muito preocupante, porque os pacientes pediátricos com epilepsia podem ter o risco de morte súbita da criança. Langan et al¹² revelaram a incidência de 1:100 a 1:1000. Esses autores classificaram a morte súbita por epilepsia da seguinte forma: (1) com desmaio, asfixia, parada cardiorrespiratória, edema pulmonar, além do *Status epilepticus* (crises epilépticas repetitivas incontroláveis).
- Risco de atraso do desenvolvimento e de crescimento desproporcional – Os pacientes que tiveram meningite tuberculosa e sífilis congênita, respectivamente, são os que apresentam esse diagnóstico de enfermagem.
- Risco de baixa auto-estima situacional – A paciente n° 5 apontou, durante a entrevista com a mãe, que sente vergonha das crises no seu ambiente escolar, porém apresenta boa adesão ao tratamento para diminuir as crises.
- Risco de infecção – O sistema imunológico dos pacientes com meningite tuberculosa e

sífilis congênita está deficiente, predispondo-os ao risco de adquirir outras entidades patológicas.

CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo proposto, conclui-se que, na população entrevistada, os diagnósticos reais perfizeram 49%, e os de risco, 51%, dos quais os mais freqüentes foram: mobilidade física prejudicada 5(19%), proteção ineficaz 5(19%), constipação 4(16%) e padrão de sono perturbado 3(12%). Os diagnósticos de risco mais freqüentes foram: lesão 5(18%), traumas 5(18%), aspiração 3(12%), quedas 3(12%) e síndrome de morte súbita da criança 3(12%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta os diagnósticos de enfermagem reais e de risco mais prevalentes numa população de cinco pacientes pediátricos com epilepsia. Tais diagnósticos foram elaborados a partir dos principais problemas que os indivíduos enfrentam durante as crises epilépticas, o que equivale à falta de controle dos movimentos do corpo, de equilíbrio e, em alguns casos, da própria consciência, afetando seu estado mental, cognitivo e de interação social.

Os diagnósticos de enfermagem contribuem para o delineamento da assistência de enfermagem, de maneira sistematizada, com a finalidade de proporcionar ações educativas para os indivíduos com epilepsia e seus respectivos familiares.

A promoção de qualidade de vida para o indivíduo com epilepsia desde a infância ou a partir da adolescência pode incluir a orientação aos grupos de familiares e a consulta de enfermagem. O papel do enfermeiro no atendimento aos casos de epilepsia é amplo, porque está voltado às mais diversas entidades patológicas que levam aos distúrbios epilépticos.

Estudos de enfermagem relacionados à epilepsia são escassos; além disso, merecem a investigação tanto para os clientes quanto para

os familiares, diretamente inseridos no contexto saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Aicardi J. Epilepsy in children: international review of child neurology series. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 1-17.
2. Yacubian EMT, Cypel S. Fisiopatologia e formas clínicas da epilepsia. In: Diamant A, Cypel S. Neurologia infantil, v.2. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 1105-25.
3. Gallucci Neto J, Marchetti RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. Rev. Bras. Psiquiatr. 2005;27(4):323-8.
4. Chabolla DR. Characteristics of the epilepsies. Mayo Clin. Proc. 2002;77:981-90
5. Rosemberg S. Neuropediatria. São Paulo: Sarvier, 1998.
6. North American Nursing Association. Correia C, tradutor. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003/2004. Porto Alegre: Artmed, 2005.
7. Conselho Nacional de Saúde.
8. Oñate VE, Sota BI, Cortajarena AM, Collado EV, Echeverría LJ, Gaztañaga ER, et al. Arterial stroke after birth trauma. Anales de Ped (Barcelona). 2006; 64(4):379-84.
9. Gürngör S, Yalnizoglu D, Turanlı G, Saatçi I, Erdogan-Bakar E, Topçu M. Malformations of cortical development: clinical spectrum in a series of 101 patients and review of the literature (Part I). Turk. J. of Pediatr. 2007;49(2):120-30.
10. Ministério da Saúde. Teste do pezinho, doenças e tratamentos de média e alta complexidade. [acesso em 28 out. 2007]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=22939>.
11. Nunes ML. Avaliação da relação entre sono e epilepsia com enfoque especial na infância: aspectos clínicos e neurobiológicos. J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2004;10(4 Suppl. 2):21-8.
12. Langan Y, Nashef L, Sander JW. Certification of deaths attributable to epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;73(6):751-2.

