



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XX Seminário de Iniciação Científica

ESTUDO DE CASO COM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.¹

Cheila Leticia Osório Morais², Júlia Yasin Grimm³, Michele Santoni⁴, Elisângela da Costa Weiss⁵, Eliane Cristina de Souza Feistel⁶, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁷.

¹ ESTUDO DE CASO REALIZADO NO CURSO DE ENFERMAGEM DURANTE ATIVIDADES PRÁTICAS DESENVOLVIDAS.

² ALUNA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIJUI.

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem.

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem

⁵ Acadêmica do Curso de Enfermagem

⁶ Acadêmica do Curso de Enfermagem

⁷ Orientadora. Professora do Curso de Enfermagem - Departamento de Ciências da Vida

RESUMO: Estudo de caso desenvolvido durante estágio do Componente Curricular Enfermagem em Saúde do Adulto III, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um Hospital de Porte IV, da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Realizado por meio de entrevista com paciente, revisão do prontuário e estudo da patologia por meio de bibliografias que abordem o assunto. Homem de 24 anos de idade, com diagnóstico Síndrome de Guillain Barré (SGB), o qual foi admitido com queixa de visão dupla, dor na nuca e começou a perder os movimentos dos membros inferiores. Após internação iniciou o tratamento com administração intravenosa de imunoglobulina e a plasmafereze que é uma técnica que permite filtrar o plasma do sangue do paciente, depois de realizada essa filtração recoloca-se o sangue no paciente. A SGB é uma patologia autoimune caracterizada por polineuropatia aguda de rápida progressão, cuja causa ainda não está totalmente esclarecida, porém, há fortes evidências de que a mesma esteja correlacionada à existência de um processo infeccioso prévio, seja ele de ordem viral ou bacteriana. Conclui-se um ampliado aprendizado sobre a síndrome e como prestar uma assistência qualificada, atendendo de maneira integral do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Assistência Integral a Saúde; Planejamento de assistência ao paciente; Cuidados de Enfermagem; Síndrome de Guillain Barré.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é segundo Tavares et al. (2000), uma patologia que ocorre em todo mundo, em qualquer época do ano, afetando adultos e crianças, homens e mulheres, independente da classe social e hábitos de vida, parecendo ser mais freqüente com o avançar da idade e mais comum nos homens, com incidência anual na América do Norte de 02 a 04 casos por 100.000 habitantes, apresentando padrões epidemiológicos semelhantes no mundo todo. Para



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XX Seminário de Iniciação Científica

Campellone (2004), as manifestações da SGB progridem rapidamente (cerca de dias a poucas semanas). Elas causam fraqueza muscular ou paralisia igualmente em ambos os lados do corpo, e essa fraqueza tem início nas pernas e estende-se posteriormente para os braços. Isso é referido de paralisia ascendente, podendo ao mesmo tempo ocorrer formigamento e dor nas mãos ou pés. A fase inicial da doença é acompanhada de rápida piora; os sintomas mais severos manifestam-se em poucas horas e podem durar cerca de três semanas, sendo seguidos por uma fase de estabilidade, no qual não há nenhuma alteração. Depois pode ocorrer uma fase de melhora/restabelecimento, com a duração de alguns dias a seis meses, ou até mais. Em estudo realizado por Fonseca et al. (2004), observou-se predomínio da SGB nos pacientes do sexo masculino, na proporção de 10 para cada 5 mulheres e a idade entre 30 e 78 anos, sendo a idade média de 50,2 anos. Por outro lado, Juyo, Villalba e Chacón (1999) encontraram uma proporção de 3:1 do sexo masculino em relação ao feminino, para o grupo etário de 06 a 10 anos. O quadro clínico é de fraqueza muscular, geralmente iniciada nas pernas e com evolução ascendente. Pode haver desde apenas fraqueza leve até paralisia total dos membros. Em questão de horas/dias a doença começa a subir e acometer outros grupos musculares. Em alguns pacientes o Guillain-Barré progride lentamente e não chega a acometer a parte superior do corpo de modo importante. A gravidade da doença está nos casos em ocorre acometimento dos músculos respiratórios e da face, com dificuldade para respirar, engolir e manter as vias aéreas abertas. Até 30% dos pacientes precisam de ventilação mecânica 70% dos casos apresentam também sintomas de taquicardia (coração acelerado), hipertensão/hipotensão, perda da capacidade de suar, arritmias, retenção urinária e constipação intestinal. São chamados sintomas de desautonomia e também ocorrem por alteração dos nervos periféricos. (MD Saúde, 2008). A partir deste contexto o objetivo geral deste estudo é compartilhar a experiência vivenciada na assistência a um indivíduo com SGB a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de caso, realizado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): entrevista (nome, idade, onde mora, com quem reside, alimentação, ingesta hídrica, eliminações, medicamentos administrados, exames laboratoriais,...); história (início dos sintomas, quais eram eles, providência realizada,...); exame físico (nível de consciência, sinais vitais, nível de consciência, pele e anexos, cabeça, olhos, nariz, orelhas, boca, pescoço, tórax, sistema respiratório, sistema cardiovascular, mamas, axilas, aparelho gastrointestinal, aparelho geniturinário, aparelho locomotor, higiene.); diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; informações do prontuário do paciente e informações obtidas da mãe, a partir da autorização verbal para a realização do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: O paciente entrevistado D.G.N tem 24 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, católico, estudante acadêmico do curso de Medicina Veterinária. Paciente foi recebido no pronto atendimento do hospital internado com suspeita de meningite onde ficou em isolamento de contato e gotículas, no dia 07/10/2011 com o resultado do exame da coleta de líquido é suspenso o isolamento e descartado a hipótese de meningite, no dia 09/10/2011 é transferido para a UTI com diagnóstico de SGB. Segundo relato da mãe e do paciente, antes de dar entrada no HCI teve um



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XX Seminário de Iniciação Científica

episódio de diarreia uma semana anterior, e um dia antes e no dia da entrada no pronto atendimento tinha dor na nuca, visão dupla e começou a perder os movimentos dos membros inferiores. Não tabagista, não obeso, não etilista, não sedentário. Conforme informação colhida possuía uma boa alimentação, porém pobre em frutas e verduras. Com bons hábitos de higiene. Pele branca, pálida, ressecada. Apresentando manchas esbranquiçadas, porém com integridade normal. Unhas são incolores (no leito ungueal torna-se rósea), firmes, curtas e limpas. Pêlos finos e curtos nos membros superiores e inferiores em pouca quantidade. Cabelos lisos, escuros, limpos, ausência de seborréia. Cabeça com crânio sem sinais de anormalidades. Olhos/pálpebras simétricos, pupilas anisocóricas e fotoreagentes, pálpebras fecham-se totalmente e abrem-se simetricamente, íris de coloração clara, cílios e supercílios com presença de pêlos bem distribuídos. Nariz com ausência de desvio de septo, sem alterações, com presença de vibríças. Orelhas com pavilhão auricular sem elevações, pequena quantidade de secreção serosa (cerume), sensibilidade normal à tração e pressão da região pré-auricular; ausência de dor. Lábios finos, de coloração rosada, arcada dentária original e sem comprometimento, boa higiene, ausência de halitose. Língua com musculatura recoberta com a mucosa úmida avermelhada. Pescoço com amplitude de 180°, normal, não possuindo gânglios infartados, gânglios palpáveis, artérias palpáveis, sem alteração. Rede venosa visível com enchimento capilar adequado. Paciente orientado auto e alopsiquicamente, verbalizando, com memória retrógrada presente, cognição e coordenação de idéias presentes, se expressa com facilidade. Receptivo e colaborativo. Movimentos cardíacos regulares e rítmicos, normocárdico (70bpm), pulso periférico forte e cheio e bulhas cardíacas audíveis e rítmicas. Expansibilidade torácica e abdominal adequada e simétrica, tórax normolíneo, eupneico (20 mov/resp/min), Oxigenação em ar ambiente. Movimentos respiratórios predominantemente torácicos. Mamas simétricas, indolores à palpação, ausência de nódulos. Axilas com boa higiene, presença de pêlos em média quantidade e ausência de nódulos à palpação. Abdome plano, cicatriz umbilical mediana, ausculta com presença de ruídos hidroaéreos, ausência de dor à palpação. Relato de eliminações intestinais presentes e de aspecto e coloração normais. Palpação da região supra-púbica sem alterações. Genitália não examinada para privacidade do paciente, porém sem anormalidades segundo informações deste. Eliminações urinárias presentes e espontâneas em bolsa coletora de sonda vesical de coloração e odor característicos em bom volume. Bexiga não palpável e rins indolores. Paciente não deambula devido sua patologia, pois o processo inflamatório e desmielizante interferem na condução do estímulo nervoso até os músculos e, em parte dos casos, no sentido contrário, isto é, na condução dos estímulos sensoriais até o cérebro. A partir da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, os diagnósticos de enfermagem (NANDA (North American Nursing Diagnosis Association 2009-2011) utilizados foram: Disposição aumentada para controle do regime terapêutico; Disposição para o aumento da esperança; Constipação; Ansiedade; Disposição para aumento da esperança; Risco de síndrome do estresse por mudança; Disposição para poder de decisão aumentado; Risco de Síndrome do estresse por mudança, Integridade da pele prejudicada; Pesar; Risco de lesão; Dor Crônica. Após o levantamento desses problemas, se construiu uma assistência de enfermagem, que elencava: estimular alimentação adequada e ingestão de líquidos; avaliar níveis de consciência; presença de dor; cuidados com ventilação mecânica; aplicar emolientes nos lábios; manter cabeceira do leito elevada; massagem de conforto; cuidar proeminências ósseas; prestar apoio psicológico; controle de



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XX Seminário de Iniciação Científica

drenagem e eliminações, controle balanço hídrico; monitorização cardíaca; avaliar a capacidade de movimento de membros superiores e inferiores; estimular a realização de fisioterapia; atentar para sinais e sintomas da patologia; atentar para o resultado do tratamento. Não se conhece a causa específica da síndrome. No entanto, na maioria dos casos, duas ou três semanas antes, os portadores da síndrome manifestaram uma doença aguda provocada por vírus (citomegalovírus) ou bactérias (especialmente *Campylobacter jejuni*) (CAMPELLONE, 2004). Essa infecção ocasiona o sistema de defesa do organismo para produzir anticorpos contra os micro-organismos invasores. No entanto, a resposta imunológica é mais intensa do que seria necessário e, além do agente infeccioso, ataca também a bainha de mielina dos nervos periféricos. O sintoma da Síndrome de Guillain-Barré é a fraqueza muscular progressiva e ascendente, acompanhada ou não de parestesias (alterações da sensibilidade, como coceira, queimação, dormência, etc.), que se manifesta inicialmente nas pernas e pode provocar perdas motoras e paralisia flácida. Com a evolução da doença, a fraqueza pode atingir o tronco, braços, pescoço e afetar os músculos da face, da orofaringe, da respiração e da deglutição. Em número menor de casos, o comprometimento dos nervos periféricos pode produzir sintomas relacionados com o sistema nervoso autônomo, como taquicardia, oscilações na pressão arterial, anormalidades na sudorese, no funcionamento dos intestinos e da bexiga, no controle dos esfíncteres e disfunção pulmonar. Os sintomas regredem no sentido inverso ao que começaram, isto é, de cima para baixo. O diagnóstico tem como base a avaliação clínica e neurológica, a análise laboratorial do líquido cefalorraquiano (LCR) que envolve o sistema nervoso central, e a eletroneuromiografia. O tratamento da síndrome conta com dois recursos: a plasmaférese (técnica que permite filtrar o plasma do sangue do paciente) e a administração intravenosa de imunoglobulina para impedir a ação deletéria dos anticorpos agressores. O processo de recuperação da síndrome, em geral, é vagaroso, mas o restabelecimento costuma ser completo; A fisioterapia é um recurso fundamental especialmente para o controle e reversão do déficit motor que a síndrome pode provocar.

CONCLUSÕES: Este estudo contribuiu para ampliação de conhecimento acerca do Tema, fato que poderá contribuir positivamente na nossa formação acadêmica e futuramente para uma abordagem qualificada junto ao paciente, aos cuidados de enfermagem desenvolvida, proporcionando uma visão efetiva das situações no desenvolvimento de cuidados qualificados. A SAE permite que os acadêmicos de enfermagem e profissionais enfermeiros consigam identificar, diagnosticar e intervir com o paciente. Este trabalho nos proporcionou o aprimoramento do conhecimento teórico-prático, das alterações anatomo-fisiológicas ocorridas com o paciente e do desenvolvimento da habilidade na elaboração de um trabalho científico, visando bem-estar físico e psíquico do mesmo, na busca de um atendimento humanizado e na amenização do sofrimento psíquico do paciente e familiar.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos também a professora Adriane por nos orientar e nos ensinar da melhor forma possível. Agradecemos a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI por nos proporcionar eventos como este para que possamos realizar a apresentação desses trabalhos científicos, que são de grande importância na vida acadêmica.



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XX Seminário de Iniciação Científica

BIBLIOGRAFIA:

CAMPELLONE, J. V. Guillain-Barre Syndrome. Medline Plus – Medical Encyclopedia, 2004.
FONSECA, T.; CARDOSO, T.; PERDIGÃO, S.; SARMENTO, A.; MORGADO, R.; COSTA, M. M. Síndrome de Guillain-Barré. Revista Acta Médica Portuguesa, n.17, p.119-122, 2004.
JUYO, A. E.; VILLALBA, F. C. T.; CHACÓN, E. P. Características Clínicas Del Síndrome Guillain-Barré en el Servicio de Pediatría Del Hospital Universitario de Cartagena. Pediatría. Órgano Oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría, v.34, n.1, 1999.
TAVARES, A. C.; ALVES, C. B. L.; SILVA, M.A.; LIMA, M. B. C.; ALVARENGA, R. P. Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de Literatura. Cadernos Brasileiros de Medicina, v.13, n.1, 2, 3 e 4, 2000.