

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 7 CASOS DE ENTEROCOLITE NECROSANTE (EN) EM RECÉM-NASCIDOS. UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ¹

Retrospective study of 7 cases of necrotizing enterocolitis in newborns. A proposal for nursing assistance

Maria Luzia da Cunha Louzada (2)

Vera Regina Lopes Da Poian (3)

RESUMO

O presente trabalho analisa sete casos de Enterocolite Necrosante (EN) em recém-nascidos (RN). São propostos cuidados específicos de enfermagem baseados em dados que caracterizam a população e os sinais clínicos de riscos. O estudo visa contribuir para o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações.

Unitermos: Enterocolite Necrosante
Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

This work analyses 7 cases of necrotizing enterocolitis in newborn babies. Specific nursing care measures are proposed based on data which characterizes the population and the clinic symptoms of risk. The study aims at contributing to early diagnosis and prevention of possible complications.

Key Words: Necrotizing Enterocolitis
Nursing Assistance

1 Introdução

A Enterocolite Necrosante é uma afecção diagnosticada com certa freqüência nas unidades de tratamento intensivo neonatal, mesmo naquelas consideradas de bom nível assistencial. A ocorrência de casos na unidade de internação neonatológica do hospital de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, já no primeiro ano de funcionamento, mostrou a necessidade de conhecer-se a doença para melhor assistir estas crianças.

A observação de que a Enterocolite Necrosante incidia, geralmente, em recém-nascidos com determinadas características e que era precedida de sinais clínicos comuns e evidentes incitou a pensar na possibilidade de estabelecer-se uma assistência de enfermagem específica para crianças com risco para Enterocolite Necrosante. A busca de dados que fundamentassem esta pretensão originou o presente estudo.

(1) Pesquisa realizada com auxílio da PROPESP.

(2) Enfermeira-chefe da Unidade de Internação Neonatológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Bolsista - PROPESP.

(3) Professor Assistente, área de Neonatologia, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Projeto de Pesquisa - PROPESP.

2 Revisão Bibliográfica

A Enterocolite Necrosante é uma doença do trato gastro intestinal e caracteriza-se por "lesões necróticas ao longo do intestino delgado e/ou grosso, acometendo uma ou mais camadas em maior ou menor extensão". (VELHOTE, 1985).

É observada, predominantemente, em recém-nascidos (RN) de pré-termo hospitalizados e sob stress (KLIEGMAN, 1979). A maioria destes recém-nascidos são de peso inferior a 1500g (SÉGRE, 1983), porém com crescimento apropriado para idade gestacional (FANAROFF & KLAUS, 1982). Os casos prevalecem em crianças com idade inferior a 34 semanas de gestação.

Além dos dados referentes a peso e idade gestacional, a patologia é observada em crianças que tiveram o índice de Apgar, no primeiro minuto, inferior a 6 pontos (SÉGRE, 1983; FANAROFF & KLAUS, 1982). Sua incidência em hospitais americanos é de 2 a 5% das admissões nas unidades de terapia (FANAROFF & KLAUS, 1982).

Os autores consultados (SÉGRE, 1983; FANAROFF & KLAUS, 1982; KLIEGMAN, 1979) referem também a ocorrência de enterocolite necrosante (EN)

associada a outras patologias como a asfixia, doença de membrana hialina, persistência do canal arterial, sepses e policitemia. Em um estudo de investigação prospectiva da infecção nasocomial, durante 5 anos na Escola Médica da Universidade de Utah (KLIEGMAN, 1979), foram observados seis surtos, temporário e geograficamente relacionados, de EN. O verão e o outono foram as estações mais comuns (KLIEGMAN 1979).

A patogênese parece ser multifatorial (FANAROFF & KLAUS, 1982). Os sinais patológicos na enterocolite necrosante sugerem como causa uma isquemia. Para KLIEGMAN (1979), durante um processo hipóxico o sangue é seletivamente bombeado dos órgãos não vitais, tais como os rins e os intestinos, para o coração e o cérebro, como mecanismo de defesa para proteger os órgãos mais nobres.

Existem hipóteses no sentido de que a isquemia provoque perda da camada mucosa protetora intestinal, permitindo que as bactérias intestinais invadam o tecido lesado (FANAROFF & KLAUS, 1982; KLIEGMAN, 1979). Esta isquemia pode reduzir a absorção dos carboidratos no intestino delgado, fornecendo à flora do cólon substrato adicional para produzir um excesso de gás (KLIEGMAN, 1979).

O tempo necessário para a cura da lesão da mucosa intestinal, provocada pelo processo hipóxico, observada em um recém-nascido humano, é de 6 a 9 dias (KLIEGMAN, 1979). Neste período as células epiteliais do trato intestinal são renovadas. No adulto são necessários, apenas 3 dias, para uma resposta semelhante. Outros fatores além da hipoxemia como a sepses, diminuição do débito cardíaco e outros intraluminais como a alimentação hipertônica, são consideradas como precipitantes da EN (KLIEGMAN, 1979).

A colonização em abundância do intestino da criança que recebe leite humano, por *Lactobacillus bifidus*, garante a não colonização por bactérias potencialmente patogênicas. KLIEGMAN (1979), refere haver uma importante relação entre a flora gastrintestinal materna e a produção de anticorpos do leite humano. A glândula mamária produz de modo seletivo a síntese de IgA específica aos patógenos de seu trato intestinal.

KLIEGMAN (1979), cita ainda trabalhos que comprovam a superioridade imunológica do leite humano fresco em relação ao leite humano refrigerado e/ou congelado. "O leite humano congelado é bacteriosstático e o leite humano fresco é bactericida".

O quadro clínico da EN caracteriza-se por sinais sugestivos de diferentes afecções e muitas vezes considerados fisiológicos para a idade gestacional do RN. Estes sinais são observados, geralmente, quando a criança começa a ser alimentada, ao fim da primeira semana de vida. São eles:

- alterações térmicas;

- recusa alimentar, ou aparecimento de resíduo gástrico;

- hipotividade, letargia;
- distensão abdominal;
- sangue oculto ou evidente nas fezes;
- apnéias recorrentes;
- diarreias;
- vômitos biliosos;
- icterícia;
- eritema da parede abdominal.

O diagnóstico de enterocolite necrosante é confirmado pela demonstração radiográfica de pneumatose intestinal com bolhas ou camadas de gás na parede do intestino (FANAROFF & KLAUS, 1982; KLIEGMAN, 1979; SÉGRE, 1983). A pneumatose intestinal é encontrada em cerca de 70% dos pacientes (VELHOTE, 1985). A presença de ar livre no peritônio associa-se a perfuração visceral (FANAROFF & KLAUS, 1982; KLIEGMAN, 1979; SÉGRE, 1983). A inspeção de espécimes cirúrgicos (KLIEGMAN, 1979), corrobora na confirmação da EN. A evolução da doença costuma ser fulminante, com perfuração e morte em 30% dos casos (AVERY & FLETCHER, 1984).

Segundo SÉGRE (1983) e FANAROFF & KLAUS (1982) a terapêutica clínica inclui aspiração nasogástrica contínua; administração de líquidos por via intravenosa e cobertura com antibióticos de largo espectro. O recém-nascido deve ser colocado em isolamento na incubadora, em ambiente termo-neutro, com monitoragem dos sinais vitais, exame clínico e circunferência abdominal. Toda a alimentação via oral é suspensa e não poderá ser reiniciada antes de 2 semanas e com leite materno.

A bibliografia consultada, no que diz respeito a assistência de enfermagem a crianças com EN, não forneceu dados relevantes. A falta de informações específicas pode estar relacionada a incidência recente da afecção nas unidades neonatais.

3 Objetivos

- Propor uma assistência de enfermagem específica a recém-nascidos com risco para enterocolite necrosante, visando a determinação precoce do diagnóstico;
- Propor cuidados de enfermagem a crianças com enterocolite necrosante com vistas a evitar complicações próprias da afecção.

4 Metodologia

— População:

A população alvo foi constituída por recém-nascidos com diagnóstico de enterocolite necrosante no período de maio/80 a dez/84, no Hospital de Ensino

da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

— A mostra:

A amostra constitui-se da totalidade dos casos diagnosticados com enterocolite necrosante, no período citado, abrangendo um total de 11 recém-nascidos.

Houve perda de 4 casos confirmados de enterocolite necrosante. Três deles tiveram seus números de registro alterados no decorrer da internação e um deles, por tratar-se de recém-nascido oriundo de outro hospital, não dispunha de informações relevantes ao trabalho.

— Recursos:

Os dados foram colhidos por enfermeiro que atua em neonatologia, através da análise dos prontuários dos recém-nascidos. Foi utilizado uma ficha de levantamento de dados (anexo).

— Desenvolvimento:

Foram investigados todos os prontuários de recém-nascidos que, a partir dos registros na unidade de internação neonatal, eram suspeitos de enterocolite necrosante, tais como: recém-nascidos portadores de fezes com sangue, distensão abdominal e/ou submetidos a laparotomia exploradora. Estes prontuários foram solicitados ao SAME (serviço de arquivo médico e estatística) do hospital. Os casos com diagnóstico confirmado para enterocolite necrosante sofreram a aplicação do instrumento. Foi realizada uma análise dos registros efetuados por médicos e enfermeiros, no prontuário de cada recém-nascido, com vistas a elaboração do resumo de cada caso.

— Tratamento estatístico:

Foi realizada a tabulação manual dos resultados correspondentes aos 7 recém-nascidos. As tabelas com valores absolutos (n) e respectivos percentuais (f), foram elaboradas.

5 Resultados

A população estudada apresentou, prevalentemente, idade gestacional na faixa de 32 a 34 semanas (71,4%) e peso ao nascer adequado a idade gestacional (71,4%) (tabela 1 e 3). O índice de Apgar, avaliado no primeiro minuto de vida, foi inferior a 5 em 57,1% dos casos. No quinto minuto, 85,7% dos recém-nascidos tiveram o índice variando entre 6 e 10. (tabela 2).

Tabela 1
Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação a idade gestacional (*). Porto Alegre, 1980-84.

Idade gestacional (semanas)	n.º	%
31	34	5
35	37	1
38	40	1
Total	7	100,0

* avaliada pelo método de Capurro.

Tabela 2
Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante, em relação ao índice de Apgar, avaliado no 1.º e 5.º minuto de vida. Porto Alegre, 1980-84.

Índice de Apgar	1.º minuto		5.º minuto		
	n.º	%	n.º	%	
0	5	4	57,1	0	0
6	10	2	28,6	6	85,7
desconhecido		1	14,3	1	14,3
Total	7	100,0	7	100,0	

Tabela 3
Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação a classificação quanto ao peso ao nascer x índice gestacional. Porto Alegre, 1980-84

Idade gestacional	n.º	%
AIG	5	71,4
PIG	1	14,3
desconhecido	1	14,3
Total	7	100,0

A alimentação recebida por 71,4% dos recém-nascidos estudados foi mista, isto é, leite humano, leite materno e leite industrial foram oferecidos simultaneamente, (tabela 5). A sonda naso/orogástrica foi o recurso usado para administrar os alimentos em 71,4% das crianças (tabela 6).

O início da alimentação para 57,1% dos recém-nascidos ocorreu no período compreendido entre 24 e 48 horas de vida (tabela 7). A suspensão da alimentação foi prescrita em 85,7% dos casos entre o sexto e o décimo dias de vida dos recém-nascidos (tabela 12). O diagnóstico de enterocolite necrosante foi confirmado em 71,4% dos casos neste mesmo período, (tabela 13).

Os sinais clínicos evidenciados em 100% dos casos, foram a icterícia, fezes com sangue e a ocorrência de resíduo gástrico. A instabilidade térmica e a letargia foram observados em 85,7% dos recém-nascidos. A distensão abdominal esteve presente em 71,4%. A apnéia em 57,1%. Vômitos biliosos e hiperemia

abdominal ocorreram em 28,5% das crianças, (tabela 8).

A ocorrência de resíduo gástrico foi observada em 100% dos recém-nascidos já nos primeiros 5 dias de vida, a instabilidade térmica e a letargia, neste mesmo período, estiveram presentes em 85,7% e 60%, respectivamente, (tabela 9).

Mais tardiamente, entre o sexto e o décimo dias de vida, foram observados com maior relevância a ocorrência de fezes com sangue (71,4%) e de distensão abdominal em 66,7% dos casos. A apnéia se fez presente na mesma proporção, ou seja, 50% dos recém-nascidos a apresentaram nos primeiros 5 dias de vida e os demais do sexto ao décimo dias. (tabela 9).

As pesquisas de sangue oculto, açúcares redutores e de leucócitos fecais, quando realizados, foram negativas em 33,3%, 100% e 66,7% respectivamente. O

exame de RX abdominal, realizado para todos os casos, apresentou resultado compatível para enterocolite necrosante em 85,7%, (tabela 10).

A antibioticoterapia e nutrição parenteral e a suspensão da alimentação gástrica foram condutas médicas prescritas em 100% dos casos, após a suspeita diagnóstica. A aspiração gástrica simples e a medida da circunferência abdominal foi conduta estabelecida em 85,7% e 42,8% dos casos, respectivamente. A administração de antibiótico por sonda naso-oro-gástrica foi prescrita para 28,6% dos recém-nascidos, (tabela 11).

A asfixia e a sepses foram as patologias que ocorreram em 57,1% dos recém-nascidos com enterocolite necrosante. A doença de membrana hialina e a persistência do ducto arterioso ocorreram em 14,3%, respectivamente, (tabela 4).

Tabela 4

Distribuição do número e percentual dos casos de Enterocolite Necrosante em relação a patologias associadas. Porto Alegre, 1980-84.

Patologias	Sim		Não		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Asfixia	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Sepses	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Membrana hialina	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Persistência canal arterial	1	14,3	6	85,7	7	100,0

Tabela 6

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante quanto a via de administração de alimento. Porto Alegre, 1980-84.

Via de administração	n.º	%
Via oral	2	28,6
Sonda naso-oro-gástrica	5	71,4
Total	7	100,0

Tabela 5

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação ao tipo de alimento oferecido. Porto Alegre, 1980-84.

Alimento	n.º	%
Misto (leite humano + materno + industrial)	5	71,4
Leite industrial	2	28,6
Total	7	100,0

Tabela 7

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante quanto a idade em que iniciou a ser alimentado. Porto Alegre, 1980-84.

Idade do RN	n.º	%
0 24h	2	28,6
24 48h	4	57,1
+ de 72h	1	14,3
Total	7	100,0

Tabela 8

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante quanto aos sinais clínicos observados. Porto Alegre, 1980-84.

Sinais clínicos observados	Presente		Ausente		Não Observado		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Ictericia	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Fezes com sangue	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Resíduo gástrico	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Instabilidade térmica	6	85,7	1	14,3	—	—	7	100,0
Letargia	6	85,7	1	14,3	—	—	7	100,0
Distensão abdominal	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	100,0
Apnéia	4	57,1	3	42,9	—	—	7	100,0
Vômitos biliosos	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	100,0
Hipertermia abdominal	2	28,6	—	—	5	71,4	7	100,0

Tabela 9

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante quanto ao período de aparecimento dos sinais clínicos observados. Porto Alegre, 1980-84.

Sinais clínicos observados	Idade do RN (dias de vida)							
	1 — 5		6 — 10		Ausente/NO *		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Icterícia **	—	—	—	—	—	—	—	—
Fezes com sangue	2	28,6	5	71,4	—	—	7	100,0
Resíduo gástrico	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Instabilidade térmica	6	85,7	1	14,3	—	—	7	100,0
Letargia	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100,0
Distensão abdominal	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	100,0
Apnéia	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	100,0
Vômitos biliosos	—	—	2	28,6	5	71,4	7	100,0
Eritema abdominal	—	—	2	28,6	5	71,4	7	100,0

* Não observado

** Não identificado data de aparecimento

Tabela 10

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação aos métodos de diagnóstico realizados e aos resultados oferecidos. Porto Alegre, 1980-84.

Método de diagnóstico	Realizados						Resultados					
	Sim		Não		Total		Positivo		Negativo		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Fezes:												
• sangue oculto	3	42,9	4	57,1	7	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0
• açúcares redutores	5	71,4	2	28,6	7	100,0	—	—	5	100,0	5	100,0
• leucócitos	3	42,9	4	57,1	7	100,0	1	33,3	2	66,7	3	100,0
RX de abdômen	7	100,0	—	100,0	7	100,0	6	85,7	1	14,3	7	100,0

Tabela 11

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação a assistência prestada após suspeita diagnóstica. Porto Alegre, 1980-84.

Assistência prestada	Sim		Não		Não consta		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
NPO	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Nutrição parenteral	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Antibiótico parenteral	7	100,0	—	—	—	—	7	100,0
Aspiração gástrica	6	85,7	1	14,3	—	—	7	100,0
Medida CA	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	100,0
Antibiótico p/SNG	2	28,6	5	71,4	—	—	7	100,0

Tabela 12

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação a data de suspensão da alimentação. Porto Alegre, 1980-84.

Idade do RN	n.º	%
0 — 5	1	14,3
6 — 10	6	85,7
Total	7	100,0

Tabela 13

Distribuição do número e percentual de recém-nascidos com Enterocolite Necrosante em relação a data * de confirmação diagnóstica. Porto Alegre, 1980-84.

* dias de vida	n.º	%
3.º	1	14,3
6.º	1	14,3
7.º	1	14,3
9.º	3	42,9
desconhecida	1	14,3
Total	7	100,0

6 Discussão

O advento dos centros de terapia intensiva neonatal possibilitou a sobrevivência de crianças recém-nascidas, com extrema prematuridade e com alto risco de vida. Este sucesso assistencial permitiu o aparecimento de patologias graves até então, não conhecidas.

A enterocolite necrosante (EN) é uma das patologias que surgiu com o intensivismo. Sabe-se que ela ocorre em algumas unidades de terapia intensiva, não sendo observada em outras e isto sugere a possibilidade de fatores iatrogênicos ligados à assistência contribuírem para o seu surgimento.

O enfermeiro que atua em Centros de Neonatologia, quando ciente da população de risco e dos múltiplos fatores que favorecem a ocorrência de EN, pode determinar uma assistência de enfermagem direcionada para a detecção precoce de casos e também instituir cuidados relevantes na prevenção de complicações. Entretanto, sabe-se que ações inerentes ao enfermeiro como a suspensão da alimentação de crianças que apresentam resíduo gástrico de aspecto duvidoso e, ou, a instalação de sonda naso-oro-gástrico, para fins de drenagem simples, em crianças com distensão abdominal dependem, ainda, em muitas instituições, do aval médico.

Condutas assistenciais como o início da alimentação de crianças que sofreram períodos de asfixia, são decididas unilateralmente. O enfermeiro omite-se, em geral, de discutir ou questionar as decisões médicas. A responsabilidade é poucas vezes compartilhada entre estes profissionais e isto admite a determinação parcial de condutas, que se fossem examinadas por eles, trariam, seguramente benefícios ao cliente.

A responsabilidade exclusiva do médico sobre o paciente parece descomprometer o enfermeiro. Esta privatização da responsabilidade pelo médico, entre outras causas, pode estar relacionada ao papel que o enfermeiro vem desempenhando junto ao paciente e equipe assistencial.

Considerar desempenho do profissional implica, entre outras coisas, abordar a formação que obteve. Ao analisar os currículos dos cursos de graduação em enfermagem, nas diferentes universidades do país, observa-se que disciplinas biológicas necessárias, entre outras, para o desempenho das atividades do profissional enfermeiro, são insuficientes. A deficiência é percebida tanto na carga horária oferecida, quanto na qualidade dos assuntos propostos. Tratando-se de um curso cuja história não ultrapassa um século, não dispõe ainda de elementos com formação profissional e também preparados para desenvolver o ensino destas disciplinas embasadoras.

Na medida que outros profissionais sejam os professores dos alunos de enfermagem, a qualidade do ensino fica comprometida. O conhecimento é limitado,

pois os conteúdos a serem desenvolvidos ficam a critério do que o professor, não profissional de enfermagem, acredita ser necessário para a sua formação.

O ensino de graduação de enfermagem merece discussões amplas. A abrangência de muitas áreas justifica uma análise do ensino não só nos enfoques científicos e tecnológicos da formação profissional, mas também correlacioná-los à situação econômica e política, enfim, à ideologia do país. Entretanto, o aspecto abordado concorre para a formação de um profissional inseguro, pouco dotado de argumentos para contestar aquilo que não concorda. Despreparado para assumir a responsabilidade de cuidados que são inerentes ao enfermeiro.

Na análise da assistência de enfermagem prestada aos recém-nascidos estudados no presente trabalho observou-se que, embora os pacientes apresentassem sinais clínicos evidentes (tabela 8) e se enquadrassem, segundo a idade gestacional (tabela 1), índice de Apgar (tabela 2), peso ao nascer (tabela 3) e ocorrências patológicas (tabela 4), numa provável população de risco para EN, não houve precocidade no estabelecimento de cuidados específicos (tabela 11) para esta patologia. Observou-se que sinais isolados como a instabilidade térmica e a ocorrência de resíduo gástrico que na população em estudo, foram observados já nos primeiros 5 dias de vida (tabela 9), não foram considerados, uma vez que as crianças continuaram a receber alimentos por via gástrica (tabela 12). Por outro lado todas as crianças de pré-termo, no estudo, que tiveram um baixo índice de Apgar no primeiro minuto (tabela 2), com história de asfixia, tiveram sua alimentação iniciada nas primeiras 48 horas de vida (tabela 7), seja através de mamadeira ou por sonda naso-oro-gástrica.

Com relação ao tipo de leite oferecido, nenhuma das crianças teve o leite materno como forma exclusiva alimentar (tabela 5). Houve, em sua totalidade, a oferta de leite industrializado (tabela 5). Coadjuvando o processo, a sonda oro-naso-gástrica esteve presente como meio de alimentação destes recém-nascidos, (tabela 6), uma vez que tratavam-se de pré-termos. O uso da sonda para a alimentação, estabelece a possibilidade de iatrogenias seja na entubação, durante a introdução do alimento e, ou na manutenção da mesma. (FANAROFF & KLAUS, 1982).

Os métodos de diagnóstico laboratorial e radiológico, quando realizados, mostraram-se efetivos para confirmação de enterocolite necrosante. A pesquisa de sangue oculto nas fezes, realizada em três crianças foi positivo em duas (66,7%). A radiografia abdominal realizada em todas as crianças foi positivo para EN em seis (85,7%).

Correlacionando a positividade dos métodos de diagnóstico usados para detectar EN, com os sinais clínicos de risco como fezes com sangue, icterícia

e presença de resíduo gástrico, evidenciou-se a presença destes sinais em 100% das crianças em estudo (tabela 8). Destes destaca-se o resíduo gástrico que ocorreu já nos primeiros 5 dias de vida. Quanto a fezes com sangue seu aparecimento prevaleceu nos dias seguintes. A icterícia embora confirmada e presente nos registros não foi possível definir o período de surgimento.

A instabilidade térmica e letargia (tabela 8), características do pré-termo foram observadas já nos primeiros dias. Isoladamente estes sinais não contribuem para uma suspeita precoce de EN, entretanto, relacionando-os ao quadro geral podem corroborar para a tomada de medidas de enfermagem voltadas para atenuar os fatores agravantes da EN.

Uma criança, mesmo de pré-termo, que vem apresentando dificuldade em manter-se aquecida, merece a investigação de fatores externos, não fisiológicos, que podem estar ocorrendo. O cuidado em aquecê-la e, paralelamente, o questionamento sobre a continuação da assistência até então prestada são condutas indispensáveis. A suspensão da alimentação, o controle da circunferência abdominal, da ocorrência de resíduo gástrico e das características das fezes, são medidas de precaução necessárias a esta criança.

Na busca dos dados para a realização do trabalho observou-se a ausência de efetivos registros de enfermagem. Os eventos estavam registrados sem metodologia, de modo não freqüente e sem integração entre os sinais clínicos apresentados pelo RN nem com os riscos prováveis.

Observou-se, também, através da análise dos registros realizados pela enfermagem e pela equipe médica que não havia alterações na terapêutica e/ou conduta frente aos sinais clínicos identificados pela enfermagem. Isto induz a pensar que haja descrédito por parte da equipe médica quanto as observações clínicas realizadas pelo enfermeiro.

Cabe ressaltar a importância do registro de enfermagem. Ele precisa ser efetivo e realizado com método, de modo que comprometa a equipe que assiste o paciente.

7 Conclusão

O presente estudo permite concluir que:

- 1) A Enterocolite Necrosante é uma afecção que incide numa população com características semelhantes, as quais possibilitam o reconhecimento do grupo de risco e o estabelecimento de um plano assistencial de enfermagem voltado para o diagnóstico precoce;
- 2) Os sinais clínicos que precedem o diagnóstico de Enterocolite Necrosante são comuns e facilmente detectados, o que torna possível o planejamento de uma assistência de enfermagem com vistas a atenuar complicações;

- 3) Os enfermeiros necessitam de informações básicas e essenciais sobre a patologia de seus pacientes. O registro dos sinais clínicos observados precisa ser claro e preciso; efetivamente comprometedor, tanto para quem o fizer como para quem o ler.

Proposta de Assistência de Enfermagem para Recém-Nascido com Risco de Enterocolite Necrosante

Assistir o ser humano, essência do trabalho do enfermeiro, como ocorre em qualquer outra profissão, implica em planejamento. Planejar a assistência de enfermagem a recém-nascidos com risco para enterocolite exige a aplicação do processo de enfermagem com recurso básico.

A busca através da história do recém-nascido, desde o período pré-gestacional, gestação e nascimento, se faz necessária. Visa a descoberta de dados relevantes para o planejamento da assistência. Entre eles, aqueles necessários à classificação do recém-nascido e que permite enquadrá-lo entre as crianças de risco para a enterocolite necrosante.

O exame do recém-nascido ao nascer, diariamente e sempre que houver intercorrências, objetiva a identificação de sinais clínicos que caracterizam as crianças com risco. Além disso, o exame realizado pela enfermagem, busca dados que demonstrem a estabilidade fisiológica do recém-nascido. Estas observações são essenciais para a prescrição de enfermagem.

O registro continuado dos dados observados, a informação ao médico, o questionamento sobre a assistência desenvolvida e o estabelecimento de condutas pela equipe assistencial (médicos e enfermeiros) são itens relevantes para uma melhor qualidade na assistência a qualquer indivíduo. Se estes itens forem observados na Neonatologia, também os recém-nascidos serão beneficiados, especialmente aqueles com risco para patologias, cuja precocidade no diagnóstico pode atenuar a gravidade e sofrimento.

Além dos cuidados básicos de enfermagem descritos, a criança com risco para EN necessita de cuidados específicos como:

- 1) questionar junto a equipe médica, a alimentação, antes de 72 horas, de crianças que foram asfixiadas ao nascer;
- 2) medir resíduo gástrico antes da primeira alimentação e todas as vezes que o recém-nascido for alimentado;
- 3) considerar, não só o volume do resíduo gástrico mas também o aspecto. Na presença de resíduo gástrico com características duvidosas para a normalidade, questionar junto à equipe médica a validade de continuar a alimentação;
- 4) medir a circunferência abdominal antes de iniciar a alimentação. Este dado servirá como parâmetro

râmetro para as medidas posteriores e que serão tomadas, rotineiramente, no exame físico;

5) buscar através de exame minucioso diário a ocorrência de distensão abdominal. A positividade do sinal implica em questionamento junto à equipe médica quanto a manutenção da alimentação. Confirmada a suspeita, manter sonda naso ou oro-gástrica para drenagem do conteúdo gástrico;

6) considerar a temperatura corporal do recém-nascido e a qualidade respiratória, antes de alimentá-lo. Frente a crianças com hipotermia e frequência respiratória fora dos parâmetros normais a ela, suspender a alimentação. Investigar causas externas e aquecer o recém-nascido;

7) examinar, rotineiramente, a característica das fezes. Na presença de fezes líquidas, com muco ou sangue, investigar a frequência. Colher amostras para análise;

8) estabelecer isolamento em incubadora das crianças com suspeita para EN bem como nos casos confirmados;

9) estabelecer cuidados de intensivismo;

10) prevalecer sempre a escolha do leite materno e/ou humano fresco, como alimento ao RN.

ANEXO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE ENFERMAGEM - 1983/84
SERVIÇO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
ASSESSORIA DE ENFERMAGEM NEONATAL

LEVANTAMENTO DE DADOS PARA ESTUDO SOBRE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS
RECÉM-NASCIDOS COM ENTEROCOLITE NECROSANTE

Nome:

Nº de registro:

Data de nascimento:

I - CARACTERIZAÇÃO DO RN

1. Idade gestacional - Capuro

semanas	semanas	semanas	semanas
() 41- 42	() 37-38	() 33-34	() 29-30
() 40- 41	() 36-37	() 32-33	() 28-29
() 39- 40	() 35-36	() 31-32	() 27-28
() 38- 39	() 34-35	() 30-31	() 26-27

2. Idade gestacional - Provável

() 41- 42	() 37-38	() 33-34	() 29-30
() 40- 41	() 36-37	() 32-33	() 28-29
() 39- 40	() 35-36	() 31-32	() 27-28
() 38- 39	() 34- 35	() 30	() 26

Referências Bibliográficas

- 1 ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, Juan S.Y. *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986. 128p.
- 2 AVERY, Gordon B. & FLETCHER, Anne B. *Nutrição*. In: AVERY, Gordon B. *Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. 2.ed. Rio de Janeiro, Ed. Médica e Científica, 1984. Cap.42, p.815, 1046.
- 3 CAPELLA, Murillo R. *Perfuração gastrointestinal no recém-nascido - análise de 11 casos*. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 55(2):143-7, ago.1983.
- 4 FANAROFF, Avroy A. & KLAUS, Marshall. *O trato gastrointestinal - nutrição e distúrbios especiais*. In: KLAUS, Marshall F. & FANAROFF, Avroy A. *Alto risco em neonatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap.6, p.109-40.
- 5 GERMANO, Raimunda M. *Educação e ideologia de Enfermagem no Brasil*. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1985. 118p.
- 6 KLIEGMAN, Robert M. *Enterocolite necrosante neonatal: implicações quanto a uma doença infecciosa*. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, Rio de Janeiro, 26(2):327-44, maio 1979.
- 7 SCHIAVINI, Nadia A. *Pneumotosis intestinalis e enterocolite necrosante*. *Clínica Pediátrica*, Rio de Janeiro, 9(1):42-4, jan./fev. 1985.
- 8 SÉGRE, Conceição A.M. *Enterocolite necrosante*. *Pediatria Moderna*, São Paulo, 18(2):55-72, abr.1983.
- 9 SILVA, Graciete B. da. *A Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986. 143p.
- 10 VELHOTE, Manoel C.P. *Valor da punção abdominal na indicação cirúrgica da enterocolite necrosante do lactente*. *Pediatria*, São Paulo, (7):142-4, 1985.

3. APGAR no 1º min. de vida

() 0-1	() 2-3	() 5-6	() 7-8
() 1-2	() 4-5	() 6-7	() 8-9
			() 9-10

4. APGAR no 5º min. de vida

() 0-1	() 3-4	() 6-7	() 9-10
() 1-2	() 4-5	() 7-8	
() 2-3	() 5-6	() 8-9	

5. Peso ao nascimento - Tabela Lubchenco

() PIG	() AIG	() GIG
---------	---------	---------

6. Patologias associadas

() asfixia	() sepses
() doença de membrana hialina	() policitemia (H+75% na 1ª semana de vida)
() persistência do canal arterial	

7. Cateterismo arterial ou de veia umbilical

() sim	() não	() nada consta
---------	---------	-----------------

II - ALIMENTAÇÃO

1. Foi alimentado

() sim	() não	quando: _____
---------	---------	---------------

2. Como foi alimentado

() seio	() SNG	qual? _____
() mamadeira	() outros	

3. Qual o leite utilizado
- () LM () LH
 () Nanon () outros
 () Novomilk qual? _____
4. Volume por mamada
- () 1 — 5ml () 10 — 15ml () 20 — 25ml () 30 — 35ml
 () 5 — 10ml () 15 — 20ml () 25 — 30ml () 35 — 40ml
5. Intervalo entre as mamadas
- () 1/1h () 2/2h () 3/3h

III — SINAIS CLÍNICOS

1. Instabilidade térmica
- () presente () ausente () não observado Data do 1º registro _____
2. Letargia
- () presente () ausente () não observado _____
3. Distensão abdominal
- () presente () ausente () não observado _____
4. Resíduo gástrico
- () presente () ausente () não observado _____
5. Apnéia
- () presente () ausente () não observado _____
6. Icterícia
- () presente () ausente () não observado _____
7. Fezes francamente sanguinolentas
- () presente () ausente () não observado _____
8. Vômitos biliosos
- () presente () ausente () não observado _____
9. Outros _____

IV — DIAGNÓSTICO

1. Exames laboratoriais
- 1.1. Pesquisa de sangue oculto nas fezes
- 1.1.1. Não realizado ()
- 1.1.2. Realizado ()

- 1.1.2.1. presente ()
- 1.1.2.2. ausente ()
- 1.1.2.3. não informado ()
- 1.2. Pesquisa de açúcares redutores nas fezes
- 1.2.1. Não realizado ()
- 1.2.2. Realizado ()
- 1.2.2.1. presente ()
- 1.2.2.2. ausente ()
- 1.2.2.3. não informado ()
- 1.3. Pesquisa de leucócitos fecais
- 1.3.1. Não realizado ()
- 1.3.2. Realizado ()
- 1.3.2.1. presente ()
- 1.3.2.2. ausente ()
- 1.3.2.3. não informado ()

2. Exames radiológicos

- 2.1. Rx de abdômen agudo simples
- 2.1.1. Não realizado ()
- 2.1.2. Realizado ()
- 2.1.2.1. compatível ()
- 2.1.2.3. não informado ()

V — ASSISTÊNCIA E TERAPÊUTICA

1. Aspiração gástrica através de SNG e SOG
- () sim () não () não consta
2. Medida de CA
- () sim () não () não consta
3. NPO
- () sim () não () não consta Data: _____
4. Nutrição parenteral
- () sim () não () não consta
5. ABT parenteral
- () sim () não não consta
6. ABT através da SNG ou SOG
- () sim () não () não consta

VI — RESUMO

Endereço do autor: Vera Regina Lopes Da Poian
 Author's Address: Rua São Manoel, 963 — 90.620 - Porto Alegre (RS)