

Relato de Caso

Cuidados neurocríticos de enfermagem na rombencefalite secundária à neuromielite óptica: relato de caso*Neurocritical nursing care in rhombencephalitis secondary to neuromyelitis optica: a case report*

Maria Inês dos Santos^{1,±,#}, Ana Carolina Bezerra de Lima^{2±}, Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo³, Leonardo Silva da Costa⁴, Juliane da Silva Pereira⁵, Rebeca Cavalcanti Leal⁶, Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado⁷

Santos MI, Lima ACB, Macêdo GGC, Costa LS, Pereira, JS, Leal RC, Dourado CARO. Cuidados neurocríticos de enfermagem na rombencefalite secundária à neuromielite óptica: relato de caso / *Neurocritical nursing care in rhombencephalitis secondary to neuromyelitis optica: a case report*. Rev Med (São Paulo). 2023 maio-jun;102(3):e-201571.

RESUMO: A rombencefalite é uma inflamação rara que acomete a região do tronco cerebral e cerebelo. Esta condição tem relação com consequências neurológicas graves e representa um desafio para a equipe de saúde. Neste sentido, propõe-se a abordagem do histórico de internação hospitalar de um paciente com diagnóstico de rombencefalite secundária à neuromielite óptica em um setor de terapia intensiva. Os dados foram coletados a partir dos registros hospitalares em um hospital de referência de Recife, Pernambuco, Brasil no mês de setembro de 2020. A partir da análise dos dados coletados foi possível elaborar os cuidados de enfermagem no contexto neurointensivo. O reconhecimento das necessidades do paciente acometido por doenças raras fornece uma melhor qualidade na assistência prestada pelos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças do sistema nervoso; Encefalite; Tronco encefálico; Enfermagem em neurociência; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: Rhombencephalitis is a rare inflammation that affects the brainstem and cerebellum region. This condition is related to severe neurological consequences and represents a challenge for the health team. In this sense, this clinical case report addresses the hospitalization history of a patient diagnosed with rhombencephalitis secondary to neuromyelitis optica in an intensive care unit. Data were collected from hospital records in a referral hospital in Recife, Pernambuco, Brazil in September 2020. From the analysis of the collected data, it was possible to elaborate on nursing care in the neurointensive context. Recognition of the needs of patients affected by rare diseases provides a better quality of care provided by health professionals, especially the nursing team.

Keywords: Nervous system diseases; Encephalitis; Brain stem; Neuroscience nursing; Nursing care.

[±]Estes autores contribuíram igualmente para este trabalho.

Instituição de realização do trabalho: Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, Recife, Pernambuco, Brasil.

1. Doutoranda, Universidade de São Paulo, Instituto de Ciências Biomédicas, Departamento de Parasitologia, Programa de Biologia da Relação Patógeno-Hospedeiro, São Paulo, Brasil. Especialista em Neurologia e Neurocirurgia pelo Programa de Residência de Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5826-6782>. E-mail: inessantos18@gmail.com.
2. Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3110-2117>. E-mail: carolina.lima@upe.br.
3. Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2365-0714>. E-mail: cmacedogiovanna@hotmail.com.
4. Residente em Nefrologia, Hospital Barão de Lucena, Universidade Federal de Pernambuco. <https://orcid.org/0000-0003-4752-8876>. Email: leonardocosta.ifpe@gmail.com.
5. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-1138-8795>. E-mail: julianedasilvapereira@gmail.com.
6. Mestranda, Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0161-6918>. E-mail: rebeca.cleal@ufpe.br.
7. Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0895-4207>. E-mail: cynthiaaro@gmail.com.

Endereço para correspondência: Maria Inês dos Santos. Av. Prof. Lineu Prestes, 1374, Sala 131, Butantã, São Paulo, SP. E-mail: inessantos18@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A rombencefalite ou encefalite do tronco cerebral é uma doença inflamatória que acomete, em conjunto, estruturas como o mesencéfalo, ponte, bulbo e cerebelo, responsáveis por condições vitais do organismo humano^{1,2}. A depender da intensidade da agressão ao tecido nervoso, a rombencefalite pode predispor consequências neurológicas danosas e com repercussão biopsicossocial para o indivíduo¹.

Essa síndrome possui origem multicausal e resulta da inflamação do parênquima cerebral em áreas específicas por etiologias que podem ser divididas em causas infecciosas, autoimunes e paraneoplásicas³. A paresia de nervos cranianos é uma das características mais frequentes do quadro, acompanhada de ataxia cerebelar, alterações do nível de consciência e mudanças na personalidade, além de febre e hipoglicemia em casos infecciosos⁴.

A presença de déficits neurológicos que não afetam a consciência ou o comportamento indicam a existência de lesões focais de inflamação cerebral, sobretudo unilateral⁵. Alterações no líquido cefalorraquidiano são marcadas por alterações no número de células, especialmente leucócitos e neutrófilos, além da elevação do número médio de proteínas⁴.

O manejo da rombencefalite inclui suporte às condições emergenciais, prevenção do estado de mal epilético convulsivo⁶ e correção das alterações direcionadas à etiologia, bem como o uso de antivirais, corticoides, imunoglobulinas e plasmaférese⁷. Deve-se ainda garantir a permeabilidade das vias aéreas, suporte ventilatório adequado, manutenção do equilíbrio hemodinâmico e monitoração do nível de consciência, idealmente em unidades que disponham de cuidados intensivos neurológicos, podendo o quadro clínico requerer transferência para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁵.

É pretensão da assistência multidisciplinar na unidade de terapia intensiva, o sucesso do manejo terapêutico do paciente acometido por rombencefalite, sobretudo em virtude das peculiaridades associadas ao quadro⁵. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem, com destaque para os enfermeiros, possuem objetivos específicos na prestação do cuidado intensivo, incluindo as necessidades de suporte à vida e reabilitação, prevenção e controle de eventos adversos, sistematização da assistência, intermédio entre os familiares e a equipe de saúde e participação na construção do planejamento clínico e terapêutico do paciente.

Considerando a presença dos cuidados de enfermagem em todas as fases da assistência à saúde, inclusive nas condições advindas de afecções neurológicas, bem como a necessidade de conhecimento técnico-científico na busca de uma assistência resolutiva e de qualidade. O presente trabalho se justifica pelo potencial de divulgação

dessa síndrome neurológica rara e por oportunizar o fortalecimento de evidências científicas, de forma a colaborar com o levantamento de dados, planejamento e intervenções de enfermagem que corroborem com assistência qualificada e prática avançada da enfermagem em neurologia.

Ante o exposto, o presente estudo teve como objetivo relatar o caso de um paciente com diagnóstico de rombencefalite secundária à neuromielite óptica, com ênfase nos cuidados neurocríticos de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem qualitativa, na modalidade de relato de caso clínico, realizado a partir dos registros médicos do paciente, disponibilizados em um hospital terciário da região metropolitana de Recife, Pernambuco, Brasil.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2020, a partir de um questionário pré-estruturado que continha informações sociodemográficas, história prévia, história da doença atual, hipóteses diagnósticas, terapêutica medicamentosa, culturas e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), exames complementares e prescrições de enfermagem durante a internação na unidade de terapia intensiva.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é preconizada na resolução COFEN 358/2009 e é materializada através do processo de enfermagem (PE)⁸. Neste relato, a formulação dos cuidados neurocríticos de enfermagem foi baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB, do inglês *Basic Human Needs*), proposta por Horta⁹.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Hospital da Restauração sob o parecer de nº 3.380.881, conforme resolução nº 466/2012 do Conselho de Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)¹⁰. A pesquisa foi operacionalizada após autorização familiar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

CASO CLÍNICO

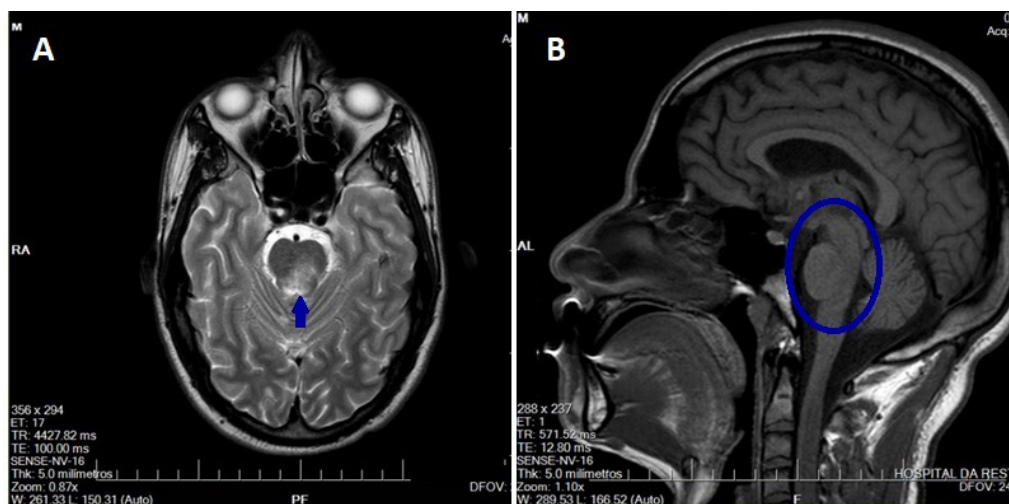
Jovem de 20 anos, do sexo masculino, solteiro, natural de Recife-PE-Brasil, admitido na unidade de emergência clínica de um hospital público em 02/05/2018, com relato de sonolência excessiva de forma flutuante (alternando entre alerta e sonolência) há cerca de 2 semanas. Evolui com quadro súbito de hemiparesia e disestesia a direita, piora da sonolência e alucinações visuais. Nos seus antecedentes tem relato de ter sido internado em UTI há aproximadamente três anos, com quadro de vômitos incoercíveis, fraqueza importante nos membros superiores (MMSS) e dificuldade para deambular.

No exame físico da admissão, apresentava estado

geral regular (EGR), Escala de Coma de Glasgow 15, afebril (T: 36°C), oftalmoplegia internuclear e monoparesia em membro superior direito (MSD) grau 4. Avaliação respiratória: Murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitóraxes, eupneico. Avaliação cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, frequência cardíaca: 100 bpm, pressão arterial: 120x80 mmHg. Nega alergias e/ou comorbidades.

No dia 03/05/18, foi admitido na enfermaria para investigação clínica, apresentando discoria pupilar

à esquerda, ausência de reflexo fotomotor decorrente de seqüela de trauma passado, marcha hemiparética, força motora diminuída (grau IV) em dimídio direito, mantendo padrão de flutuação no nível de consciência. Realizou ressonância magnética (RNM) de encéfalo no dia 05/05/18 (Figura 1), sendo então levantada a hipótese diagnóstica de rombencefalite e iniciado terapia medicamentosa empírica com ampicilina e gentamicina, tendo em vista a suspeita de infecção causada pela bactéria do gênero *Listeria sp.*



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 - Ressonância magnética do paciente R.M.H.L. Recife, PE, Brasil, 2018. A. A seta evidencia alteração de sinal posterior do mesencéfalo e ponte, mais evidente à esquerda e na porção pótero-lateral do bulbo bilateralmente, sem restrição à difusão e sem realce pelo contraste. B. Corte em plano sagital evidenciando área do mesencéfalo, ponte e bulbo, regiões com potencial de infecção pela *Listeria sp.*

No entanto, no dia 07/05/18 evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, além de desconforto respiratório agudo e dessaturação, sendo intubado e

encaminhado para a UTI, onde foram solicitados exames laboratoriais de rotina, cujos resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Detalhamento do exame laboratorial do paciente na admissão na UTI. Recife, PE, Brasil, 2018.

Exame Laboratorial	Descrição	Valor obtido	Valores de referência
Hematologia	Hemoglobina	10,2g/dL	14,0 a 18,0 g/dL
	Hematócrito	31,5 %	41 a 50 %
	Leucócitos	9.940/ UI	3.500 a 11.000/ UI
	Segmentados	64/ μ L	1.500 a 7.000/ μ L
	Bastões	03/ μ L	40 - 500/ μ L
	Plaquetas	227.000/ μ L	150.000 a 400.000/ μ L
	INR	1,37	0,8 a 1
Bioquímica	Glicose	92,5 g/dL	70,0 - 99,0 g/dL
	Sódio (Na ⁺)	140 mEq/L	135-145 mEq/L
	Potássio (K ⁺)	3,5 mEq/L	3,5 a 5,5 mEq/L
	Cloro (CL ⁻)	105 mEq/L	98-106 mEq/L
	AST/ALT	25,83 U/L	<35 U/L; <41 U/L
	Ureia	0,50 mg/dL	10 a 50 mg/dL
Líquido cefalorraquidiano (LCR)	Células (leucócitos)	20 (mm ³)	0-5 (mm ³)
	Células (hemácias)	0 (mm ³)	0 (mm ³)
	Proteínas	42 md/dL	0-50 md/dL
	Glicose	50 %	40-80 %
	Sorologias	Não reagentes	-

Abreviações: INR, do inglês *International Normalized Ratio*; AST, aspartato aminotransferase; ALT, alanina aminotransferase.

Fonte: Prontuário hospitalar.

Ainda na UTI, o paciente realizou pulsoterapia com metilprednisolona por 5 dias, mas não obteve resposta satisfatória. Necessitou de ventilação mecânica (VM) prolongada e, posteriormente, foi traqueostomizado. Também necessitou utilizar droga vasoativa para manter a estabilidade hemodinâmica. Além disso, adquiriu Infecção Relacionada à Assistência à Saúde de foco pulmonar e fez tratamento com antimicrobianos. Realizou cinco sessões de plasmáfereze, com resposta de melhora motora, recebendo alta da UTI no dia 24/07/18, após cerca de 73 dias de internação.

Durante readmissão na enfermaria, foi solicitada nova pesquisa de anticorpo anti-aquaporina-4 e um segundo exame de RNM, onde este mostrou área

de alteração de sinal medular em corpos vertebrais, definindo critérios para diagnóstico médico de espectro da neuromielite óptica. Contudo, no dia 12/09/18, o paciente retornou à UTI, apresentando flutuação importante do nível de consciência, com episódios de disautonomia (PA: 80x40 mmHg), sendo interrogada nova síndrome diencefálica.

Logo, o PE foi utilizado para nortear os cuidados neurocríticos de enfermagem. Foi realizado o histórico de enfermagem, fase que contempla a anamnese e exame físico, onde são coletadas as principais informações referentes à história da internação, queixas e antecedentes. O exame físico realizado pela enfermeira na readmissão da UTI encontra-se detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 - Achados do exame físico realizado pela enfermeira no momento da readmissão na UTI, segundo os registros de enfermagem, Recife, PE, Brasil, 2018.

Exame Físico	Avaliação de Enfermagem
Avaliação Geral	EKG, normocorado, anictérico, acianótico, desidratado (+/4+). Sinais vitais: PA: 117x72 mmHg, FC: 76 bpm, FR = 14 irpm, T = 36,6 °C.
Sistema Respiratório	VM por traqueostomia, expansibilidade torácica presente e simétrica, murmúrios vesiculares reduzidos em hemitórax direito e queda na saturação periférica de oxigênio.
Sistema Cardiovascular	Ruídos cardíacos regulares em 2 tempos, bulhas normofonéticas.
Sistema gastrointestinal e geniturinário	Abdome semigloboso, depressível, sem irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos presentes. Diurese concentrada.
Sistema Neurológico	Comatoso, resposta difícil à dor, pupilas* anisocóricas (pupila esquerda > pupila direita), motricidade e sensibilidade diminuídas em membros superiores e membros inferiores.
Uso de Dispositivos	Tubo orotraqueal: 07/05 Traqueostomia: 22/05 Acesso venoso central (veia subclávia direita): 25/05 Sonda nasointestinal: 12/05 Sonda vesical de demora: 12/05

Abreviações: EKG, Estado Geral Grave; PA, Pressão Arterial; FC, Frequência Cardíaca; FR, Frequência Respiratória; T, Temperatura; VM, Ventilação Mecânica.

*As informações acerca da reatividade ou tamanho pupilar não foram encontradas no registro do prontuário hospitalar.

De acordo com a avaliação médica, houve a suspeita de novo quadro de rombencefalite. Portanto, iniciou-se novo tratamento de pulsoterapia com imunoglobulina humana na dose de 25g/dia, durante cinco dias, associado à antibioticoterapia, conforme prescrição médica. Após o término do tratamento, o paciente apresentou melhora clínica.

Processo de Enfermagem

Os cuidados neurocríticos de enfermagem estão apresentados em tabela síntese (Tabela 3), elaborados a partir da coleta de dados e do exame físico realizado por profissional de enfermagem no momento da readmissão do paciente na UTI e foram dispostos da seguinte forma: **1.** Domínio; **2.** Diagnósticos de Enfermagem utilizando-se a taxonomia NANDA 2018-2020, do inglês *North America*

*Nursing Diagnosis Association*¹¹; **3.** Resultados Esperados (RE): Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, do inglês *Nursing Outcomes Classification*)¹²; e **4.** Intervenções de Enfermagem (IE): Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, do inglês *Nursing Interventions Classification*)¹³.

Após esta fase de planejamento, os cuidados prescritos foram colocados em prática pela equipe de Enfermagem na fase da implementação, conforme disposto no PE, sob assistência direta e/ou supervisão dos enfermeiros. Por fim, foi realizada a fase de avaliação, de maneira contínua em toda a internação na UTI, de forma a garantir que os cuidados planejados fossem implementados de maneira eficaz, bem como assegurar que o suporte neurocrítico necessário fosse adequadamente realizado.

Tabela 3 - Sistematização da Assistência de Enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Recife, PE, Brasil, 2018.

Domínio	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Respostas cardiovasculares/pulmonares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilação espontânea prejudicada ✓ Débito cardíaco diminuído ✓ Risco de pressão arterial instável ✓ Risco de choque ✓ Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz 	Controle do padrão respiratório; Controle de arritmias; Monitoração hemodinâmica e neurológica	Auscultar para garantir ventilação adequada; Manter via aérea desobstruída; Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco. Monitorar o estado cardiovascular; Observar tendências e amplas oscilações na pressão arterial; Monitorar sinais de choque; Monitorar o estado neurológico; Ajustar a cabeceira do leito para otimizar a perfusão cerebral; Monitorar tamanho das pupilas, formato, simetria e reatividade.
Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico ✓ Volume de líquidos excessivo 	Monitoração hídrica; Monitoração de eletrólitos.	Monitorar o estado eletrolítico e hídrico; Monitorar fontes de perda de líquido; Monitorar ingestão e eliminação.
Eliminação e Troca	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional ✓ Eliminação urinária prejudicada 	Controle nutricional; Monitoração hídrica; Cuidados com sondas.	Monitorar presença de ruídos hidroaéreos a cada 4 a 8 h, conforme apropriado; Promover ingestão adequada de líquidos e nutricional; Verificar o resíduo gástrico antes de iniciar a dieta; Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções; Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga.
Segurança/Proteção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de infecção ✓ Risco de integridade da pele prejudicada ✓ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ✓ Risco de quedas 	Identificação do risco; Proteção contra infecção; Prevenção de lesões por pressão; Cuidados com dispositivos; Monitoração de SSVV; Controle de medicamento; Cuidados com posicionamento	Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente; Monitorar quanto a hiperemia ou edema no local do dispositivo; Usar técnica asséptica rigorosa ao trocar os curativos; Usar ferramenta de avaliação para identificar pacientes com risco de ruptura da pele; Realizar mudança de decúbito; Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia; Administrar medicamento antipirético, conforme apropriado; Implementar precauções para o paciente com risco de quedas; Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para prevenir quedas do leito, conforme necessário.
Atividade/Repouso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão de sono prejudicado 	Redução da ansiedade; Controle do ambiente.	Ajustar o ambiente (p. ex., luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono; Monitorar o estado mental quanto a inquietação, ansiedade.
Percepção/Cognição	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risco de confusão aguda ✓ Comunicação verbal prejudicada 	Orientação cognitiva	Monitorar o estado neurológico (por exemplo, nível de consciência e confusão); Monitorar cuidadosamente causas fisiológicas para aumento da confusão que possam ser agudas ou reversíveis; Monitorar os processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados à capacidade de falar.

Abreviações: NANDA, do inglês *North America Nursing Diagnosis Association*; NOC, do inglês *Nursing Outcomes Classification*; NIC, do inglês *Nursing Interventions Classification*; SSVV, Sinais Vitais.

DISCUSSÃO

A práxis do enfermeiro que presta cuidados críticos exige desenvolvimento científico dos profissionais, sobretudo aqueles que envolvem assistência neurocrítica. Observa-se, geralmente, que o diagnóstico de rombencefalite ocorre de maneira tardia e dispendiosa, já que depende de

resultados de exames laboratoriais e de imagem¹⁴. Além disso, em virtude das características relacionadas e da evolução clínica desta condição, os profissionais envolvidos precisam dominar com perspicácia o PE desenvolvido para o indivíduo, a fim de que se consiga reconhecer os sinais de gravidade do caso e prestar cuidados de forma resolutiva e eficaz.

Dessa maneira, as ações devem ser direcionadas para estratégias que incluam a avaliação do nível e conteúdo da consciência, e das funções vitais; manutenção do estado hemodinâmico, sobretudo da perfusão e oxigenação cerebral; prevenção e controle das IRAS e reabilitação¹⁵.

Pacientes que apresentam essa condição neurocrítica geralmente evoluem com instabilidade hemodinâmica, alterações do nível de consciência e necessidade de suporte ventilatório invasivo, implicando na necessidade de internação em leito de UTI, uso de sedativos, analgésicos e drogas vasoativas, assim como de dispositivos invasivos¹⁶.

A partir desse quadro, salienta-se que quanto maior o número de necessidades básicas afetadas do paciente, maior será a urgência em planejar e traçar um plano de cuidados, visando a SAE e consequentemente, eficiência e resolutividade do cuidado prestado¹⁷.

Destaca-se que as intervenções de enfermagem são indispensáveis frente aos cuidados do paciente neurocrítico, tornando-se um grande desafio para toda equipe, já que indivíduos com esse perfil clínico requerem cuidados contínuos, atenção criteriosa e mínima manipulação, com o objetivo de evitar lesões secundárias ou agravamento do caso¹⁸. Dentre as principais intervenções de enfermagem direcionadas ao paciente deste estudo, sobressaem-se as de manutenção de funções vitais e prevenção de complicações, como posicionamento neutro, monitorização neurológica, prevenção de infecção relacionada aos dispositivos invasivos, e prevenção de lesões por pressão e por fricção.

O acompanhamento do nível e conteúdo da consciência de pacientes neurocríticos caracteriza-se como um parâmetro relevante para identificar a evolução do estado neurológico, com ênfase para a sua piora ou melhora. A ECG, apesar de possuir aplicação prioritária para casos de traumatismo cranioencefálico, permite identificações rápidas de disfunções do nível de consciência, já que é usualmente utilizada por diversos profissionais de saúde^{19,20}.

Um estudo realizado em hospitais públicos e privados com 1.289 pacientes neurocríticos, evidenciou que há uma maior probabilidade de sobrevida naqueles pacientes com maior valor na ECG, além de que durante a internação o acréscimo de um ponto no escore aumenta em 42% a sobrevida (HR do inglês, *Hazard Ratio* = 1,42)¹⁶.

No cenário dos cuidados intensivos, escalas que avaliam o grau de sedação, analgesia e delírio substituem a ECG em indivíduos sob o uso de sedativos. Dentre as variadas escalas aplicadas nessa perspectiva, destacam-se a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), *Escala de conductas indicadoras de dolor* (ESCID) e a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU), respectivamente²¹.

Outras escalas comumente utilizadas em UTI também são aplicadas ao caso clínico deste estudo, como a *Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk* (BRADEN), que analisa a possibilidade de desenvolvimento

de lesão por pressão (LPP) a partir de fatores preditivos²².

A aplicação dessa escala se justifica em virtude de condições neurocríticas como a rombencefalite implicaram em longos períodos de internação, que se associam a mobilidade reduzida, nível de consciência alterado, déficit nutricional, restrição ao leito e dessa maneira, risco de desenvolvimento de lesões por pressão^{18,23}.

A mudança de decúbito nesses pacientes, no entanto, deve ser realizada com bastante cautela, uma vez que em caso de instabilidade hemodinâmica, essa intervenção pode contribuir para o aumento da pressão intracraniana e ocorrência de lesões cerebrais secundárias²⁴.

Além dessas medidas, a prevenção e controle de IRAS constituem uma das estratégias prioritárias para que se qualifique a assistência à saúde de pacientes neurocríticos, já que a permanência do indivíduo na UTI se caracteriza como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de processos infecciosos, dadas as chances de colonização por microrganismos multirresistentes e infecções cruzadas²⁵.

Destaca-se que as intervenções incluem, sobretudo, a qualidade da inserção dos dispositivos invasivos e os cuidados de manutenção, considerando a existência de forte correlação entre o uso de cateter venoso central e infecções de corrente sanguínea, cateter vesical de demora e infecções do trato urinário, intubação orotraqueal associada à VM e pneumonia associada à VM (PAVM)²⁵.

Um dos tratamentos realizados pelo paciente no caso clínico foi a plasmaférese, que se refere a um conjunto de procedimentos no qual ocorre a separação dos componentes sanguíneos através de centrifugação, resultando em um filtrado de plasma que é substituído geralmente por uma solução de albumina. Este tipo de tratamento é indicado em uma variedade de condições, incluindo algumas neurológicas como encefalites^{26,27}.

CONCLUSÃO

O papel da equipe de enfermagem é de extrema importância frente ao paciente crítico, vista a melhora do quadro clínico. Portanto, faz-se necessário que os profissionais ampliem o conhecimento técnico científico sobre patologias raras como a rombencefalite, a fim de reconhecer os sinais de gravidade para prestar os cuidados de forma adequada e eficaz.

Os resultados deste estudo trazem importantes contribuições para prática clínica e o planejamento da assistência, contribuindo para prática baseada em evidências científica no contexto da enfermagem, direcionando os pontos que precisam ser aprimorados, bem como as fragilidades que devem ser revistas junto à gestão para que possam ser implementadas ações, como capacitações para a equipe de enfermagem que presta cuidados aos pacientes neurocríticos.

Agradecimentos: O presente trabalho foi realizado como parte do Programa de Residência da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE). Agradecemos a toda equipe do Hospital da Restauração e da UPE pela importante contribuição na formação dos residentes de Enfermagem.

Contribuições dos autores: *Maria Inês dos Santos:* coleta de dados, conteúdo intelectual e científico do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita do trabalho; *Ana Carolina Bezerra de Lima:* coleta de dados, conteúdo intelectual e científico do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita do trabalho; *Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo:* coleta de dados, conteúdo intelectual e científico do estudo, escrita do trabalho; *Leonardo Silva da Costa:* escrita e revisão crítica do trabalho; *Juliane da Silva Pereira:* escrita e revisão crítica do trabalho; *Rebeca Cavalcanti Leal:* escrita e revisão crítica do trabalho; *Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado:* conteúdo intelectual e científico do estudo, revisão crítica do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Tan IL, Mowry EM, Steele SU, Pardo CA, McArthur JC, Nath A, et al. Brainstem encephalitis: etiologies, treatment, and predictors of outcome. *J Neurol*. 2013;260:2312-2319. doi: <https://doi.org/10.1007/s00415-013-6986-z>
2. Campos LG, Trindade RAR, Faistauer A, Pérez JA, Vedolin LM, Duarte JA. Rhombencephalitis: pictorial essay. *Radiol Bras*. 2016;49(5):329-336. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0189>
3. Sedano R, Fica A, Guíñez D, Braun S, Porte L, Dabanch J, et al. Infecciones por *Listeria monocytogenes*, una experiencia de dos décadas. *Rev Chilena Infectol*. 2013;30(4):417-25. doi: <https://doi.org/10.4067/S0716-10182013000400011>
4. Jubelt B, Mihai C, Li TM, Veerapaneni P. Rhombencephalitis - brainstem encephalitis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11:543-552. doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-011-0228-5>
5. Venkatesan A, Geocadin RG. Diagnosis and management of acute encephalitis: a practical approach. *Neurol Clin Pract*. 2014;4(3):206-215. doi: <https://doi.org/10.1212/CPJ.000000000000036>
6. Arslan F, Meynet E, Sunbul M, Sipahi, OR, Kurtaran B, Kaia S, et al. The clinical features, diagnosis, treatment, and prognosis of neuroinvasive listeriosis: a multinational study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2015;34:1213-1221. doi: <https://doi.org/10.1007/s10096-015-2346-5>
7. Diallo IM, Boubacar S, Mansaré ML, Cissé O, Nyassindé J, Ndong MEY, et al. Diagnosis approach and management of rhombencephalitis: literature review. *Clin Neurol Neurosci*. 2017;1(3):47-51. doi: <https://doi.org/10.11648/j.cnn.20170103.14>
8. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. p.100.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. NANDA Internacional. 11ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2018. p.488.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 6ª ed. Oxford, UK: Elsevier; 2018. p.696.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2020. p.440.
14. Costa S, Valverde A. Romboencefalite e abscessos cerebrais por *Listeria monocytogenes* – um desafio clínico. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*. 2013;1(1):49-52. Disponível em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/14/15>
15. Sacco TL, Davis JG. Management of intracranial pressure part II: nonpharmacologic interventions. *Dimens Crit Care Nurs*. 2019;38(2):61-69. doi: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000341>
16. Arruda PL, Xavier RO, Lira GG, Arruda RG, Melo RA, Fernandes FECV. Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018016903505>
17. Barcelos DG, Santos CM, Manhães LSP, Azevedo AS. Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico na unidade de terapia intensiva. *Perspect Online Biol Saude*. 2016;22(6):41-53. doi: <https://doi.org/10.25242/886862220161097>
18. Lima MLS, Ribeiro KRA, Gonçalves FAF, Borges MM, Guimarães NN. Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2019;11(1):255-562. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262>
19. Santos WC, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. *Einstein (São Paulo)*. 2016;14(2):213-218. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3618>
20. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*. 2014;33(1):22-32. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626195>

21. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Via-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas. *Enferm Intens.* 2020;31(1):3-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002>
22. Jansen RCS, Silva KBA, Moura MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190413. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>
23. Caciano KRPS, Saavedra JLI, Monteiro EL, Volpáti NV, Amaral TLM, Sacramento DS, et al. Nursing interventions for neurocritical patients. *Rev Enferm UFPE online.* 2020;14:e243847. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243847>
24. Backes MTS, Magnus LM, Backes DS. Decubitus change in patients with severe brain injury from the perspective of intensivists nurses. *Enferm em Foco.* 2018;9(2):28-34. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1063>
25. Hespanhol LAB, Ramos SCS, Ribeiro Júnior OC, Araújo TS, Martins AB. Infecção relacionada con la asistencia a la salud en unidad de cuidados intensivos adulto. *Enfermería Glob (Espanha).* 2019;18(1):215-254. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.296481>
26. Stieglitz E, Huang J. Plasmapheresis. *Medscape* [citado em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1895577-overview>
27. Chevret S, Hughes RAC, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):001798. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001798.pub3>

Recebido: 29.08.2022

Aceito: 23.01.2023