

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM FASCEÍTE NECROTIZANTE SECUNDÁRIA A CISTO PILONIDAL

Nursing diagnosis and interventions in necrotizing faciitis secondary to pilonidal cyst

Carlos Alberto Rucco Giúdice¹
Selma Regina Axcar Salotti²

¹Graduado em Fisioterapia e Enfermagem, especialista em Saúde da Família, fisioterapeuta da Associação Hospitalar de Bauru (Bauru-SP-Brasil).

²Professora Ms. da Faculdade de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), campus Bauru (SP), Diretora Técnica da Divisão de Enfermagem do Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru-SP-Brasil).

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2012.

RESUMO

Introdução: A doença pilonidal é uma afecção supurativa, de localização subcutânea, encontrada, quase sempre, na região sacrocóccigea. Apresenta sintomatologia complexa e apresentações clínicas variáveis. O retardo no seu diagnóstico pode desencadear fasceíte necrotizante, infecção rara, polibacteriana, destrutiva e rapidamente progressiva. **Objetivo:** O propósito deste estudo foi revisar criticamente o tema através da descrição de um caso de fasceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal com elaboração de diagnósticos e intervenções de Enfermagem. **Método:** Descreve-se o caso de um paciente de 14 anos apresentando fasceíte necrotizante extensa em região dorsal do tronco secundária a cisto pilonidal. **Resultado e Disucussão:** Inicialmente, o tratamento foi realizado com reposição e controle hidroeletrólítico, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico imediato e radical do tecido necrótico com cicatrização por segunda intenção. Os curativos foram diários, sen-

Recebido em: 15/10/2011
Aceito em: 28/12/2011

do realizados com Colagenase-Cloranfenicol. No 2º PO iniciaram-se as sessões de oxigenoterapia hiperbárica. No 16º PO, foi realizado enxerto dermo-epidérmico. Utilizou-se Granugenol (pasta) nas áreas doadoras diariamente. O tratamento hiperbárico estendeu-se até após a alta hospitalar, a qual ocorreu nove dias após o enxerto. As características das doenças são discutidas. Foram identificados 18 Diagnósticos de Enfermagem da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association, com as respectivas Intervenções / Atividades principais da Nursing Intervention Classification.

Palavras-chave: seio pilonidal. Fasciite necrosante. Planejamento de assistência ao paciente. Processos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: *Pilonidal disease is a subcutaneous suppurative infection usually found in the sacrococcygeal area, of complex symptomatology and varied clinical characteristics. Its late diagnosis may develop into necrotizing fasciitis, a destructive and rapidly spreading rare polybacterial infection. Objective: the objective of this research was to discuss and review this subject through the description of a case of necrotizing fasciitis secondary to pilonidal cyst, with the elaboration of Nursing diagnoses and interventions.*

Method: *The case involves a previously healthy 14 year-old patient who presented extensive necrotizing fasciitis in the dorsal part of the torso, secondary to pilonidal cyst. Results/Discussion:* *The initial treatment was done with hydroelectrolytic control and reposition, large spectrum antibiotic therapy and immediate and radical surgical debridement of the necrotized tissue with healing by second intention. Daily bandaging was done using Collagenase/Cloranphenicol. In the 2nd PO the hyperbaric oxygen therapy sessions were started. In the 16th PO, an dermoepidermic graft was done. Granugenol (balm) was daily applied to donating areas. The hyperbaric treatment was maintained until after the patient's discharge from hospital, which occurred nine days after graft. The characteristics of the disease are also discussed. It was possible to identify 18 Nursing Diagnoses of taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association, with the respective Interventions / Main activities of the Nursing Intervention Classification.*

Key words: *pilonidal sinus, necrotizing fasciitis, planning of patient assistance, nursing processes*

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceite necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

INTRODUÇÃO

Cisto Pilonidal

A doença pilonidal é uma patologia inflamatória crônica (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002; LIBONI e FREGNANI, 2007), que manifesta-se clinicamente com quadro inflamatório clássico, traduzido por dor, tumefação e rubor local. Os cistos pilonidais são descritos como cistos dermóides que contém folículos pilosos, pêlos e glândulas sebáceas. Há descrição destes no pênis, na região interdigital das mãos, na região cervical e no crânio. Porém, quase na totalidade das vezes, são encontrados na região sacrococcígea (BORGES *et al.*, 1999).

A doença pilonidal é caracterizada por uma fístula na região sacrococcígea. É uma afecção supurativa, de localização subcutânea, em cujo trajeto frequentemente há pêlos caducos (LIBONI e FREGNANI, 2007). A doença pilonidal tem o seu início quando a força de sucção existente sob a fissura dos glúteos puxa a derme da pele branda da linha média, provocando o aumento dos folículos de pêlo. Eventualmente, as forças sugam o conteúdo dos folículos aumentados para dentro da gordura subcutânea, desencadeando uma reação ao corpo estranho (BASCUM, 1986).

Acomete aproximadamente 25 pessoas a cada 100 mil, sendo mais comum entre a puberdade e os 25 anos de idade, aproximadamente. “É mais frequente em homens do que em mulheres (proporção de 4:1) e mais comum em brancos (83,8% dos casos)” (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Consiste em uma sintomatologia complexa, com apresentações clínicas variáveis em relação à forma, tamanho e consistência, podendo ir desde cistos assintomáticos até lesões dolorosas com drenagem ou secreção purulenta (GUPTA, 2006). Esta secreção é exteriorizada na pele por um ou mais orifícios situados na região da fenda interglútea. Entretanto, como a manifestação inicial é, habitualmente, na forma de abscesso (STRASSMANN *et al.*, 2004; LIBONI e FREGNANI, 2007), o diagnóstico geralmente não apresenta dificuldades, ou seja, a história clínica sugere a patologia e o exame físico confirma (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002).

“Os principais diagnósticos diferenciais são a fístula perianal, a hidradenite supurativa, o pioderma gangrenoso, o abscesso simples e as meningococcoses” (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Atualmente, apesar de ainda controversa, a maioria dos autores concorda que a etiopatogenia do cisto pilonidal, provavelmente, seja

adquirida (RAMOS *et al.*, 1991; STRASSMANN *et al.*, 2004; CORSI *et al.*, 2004). Além disso, esta doença também é considerada bem definida em seu aspecto clínico (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002; CORSI *et al.*, 2004). Porém, o mesmo não ocorre em relação ao melhor tratamento, o qual ainda é alvo de muitas discussões e incertezas (STRASSMANN *et al.*, 2004) e impõe duradoura incapacitação (NAHAS *et al.*, 1997).

Há diversas terapêuticas propostas, mas nenhuma delas tem estudos com amostragem e controle suficientes para definir o tratamento de escolha (STRASSMANN *et al.*, 2004), sendo a infecção e a recorrência os maiores problemas (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Apesar de existirem evidências da cura espontânea da doença como consequência das mudanças que ocorrem na deposição do tecido gorduroso da região sacral, a opção de conduta expectante não traz benefícios, considerando a magnitude da sintomatologia associada (NAHAS *et al.*, 1997). Medidas não cirúrgicas podem controlar os sintomas, mas apresentam altas taxas de reincidência e de falha no tratamento até de 30% (GUPTA, 2006), além da possibilidade de degeneração para o carcinoma espinocelular (NAHAS *et al.*, 1997).

O tratamento cirúrgico é o preferido pela maioria dos autores (STRASSMANN *et al.*, 2004) e tida como a única forma efetiva de tratamento (CORSI *et al.*, 2004).

Com o progresso do conhecimento do quadro anátomo-patológico desta afecção, as operações de excisão do cisto pela ampla ressecção local e a cicatrização por granulação (com a ferida aberta) passou a ser a técnica de escolha, em virtude da simplicidade do processo e das baixas taxas de reincidência (GUPTA, 2006).

As complicações da técnica fechada são as infecções (30%) (LIBONI e FREGNANI, 2007), que ocorrem tanto pela proximidade com a região anal, quanto pela formação de “espaço morto” (POSTIGLIONE e BRAGA, 2002), as coleções não infectadas, como seromas e hematomas (3%), as deiscências da ferida operatória (6%) (LIBONI e FREGNANI, 2007), além de taxas de recidiva ao redor de 20% (CORSI *et al.*, 2004). Por outro lado, o benefício está no menor período de cicatrização da ferida sacral (NAHAS *et al.*, 1997), 15 a 27 dias, em média (ARAUZ *et al.*, 2002).

No entanto, na cicatrização por segunda intenção, há maior frequência de dor e sangramento (LIBONI e FREGNANI, 2007), são maiores os períodos de atenção pós-operatória (RAMOS *et al.*, 1991), em média 56 dias, segundo Arauz *et al.* (2002) e Corsi *et al.* (2004), e 81,28 dias, segundo Strassmann *et al.* (2004), exigindo curativos regulares e minucioso cuidado com a ferida (CORSI *et al.*, 2004), além de afastamento das atividades físicas e profissionais (LIBONI

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
fascíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

e FREGNANI, 2007). Porém, é descartada a morbidade associada à deiscência da sutura pela contínua tensão sofrida, considerando-se sua localização (NAHAS *et al.*, 1997).

Na técnica aberta, procura-se manter a área cirúrgica limpa. Dor e desconforto pós-operatório se apresentam em torno de 28% dos doentes, principalmente pelo manuseio da ferida nos curativos. Caso isto ocorra, prefere-se que o doente permaneça hospitalizado (ARAUZ *et al.*, 2002). A dor pós-operatória pode ser diminuída, aumentando o conforto do paciente, com o uso de soluções hidrocolóides (STRASSMANN *et al.*, 2004).

Alguns autores realizam a síntese da ferida operatória com o descolamento e o avanço lateral dos retalhos cutâneo-gordurosos (LIBONI e FREGNANI, 2007). O fechamento com retalhos reduz o tempo de cicatrização com uma taxa de recidiva similar à de outros procedimentos (STRASSMANN *et al.*, 2004). Porém, há considerável chance de infecção do sítio cirúrgico, além do perigo do aumento da área infecciosa pelo descolamento do tecido subcutâneo. Existe também a possibilidade da ocorrência de necrose dos retalhos, o que aumenta a área cruenta da cirurgia, bem como o tempo de internação e o afastamento das atividades. Pode haver insuficiência de retalhos laterais, havendo necessidade de rotação de retalhos mais complexos, exigindo uma área de descolamento bem maior e um treinamento técnico cirúrgico especializado (LIBONI e FREGNANI, 2007).

Mais uma vez, não há consenso sobre a melhor opção de fechamento, uma vez que a maioria dos estudos não são randomizados ou não dispõem de seguimento criterioso a longo prazo (NAHAS *et al.*, 1997; STRASSMANN *et al.*, 2004).

Infelizmente, os objetivos primordiais do tratamento cirúrgico, que são a excisão completa do cisto com menor período de cicatrização e baixa ocorrência de recidiva não se encontram plenamente alcançados (NAHAS *et al.*, 1997). Porém, mais importante que o método cirúrgico executado é quando e como utilizá-lo adequadamente. A maioria das falhas está na avaliação pré-operatória e nos cuidados pós-operatórios (ARAUZ *et al.*, 2002).

Fasceíte Necrotizante

Alguns autores relatam que em certas infecções de pele e/ou tecido celular subcutâneo, como é o caso do cisto pilonidal, o retardo no diagnóstico pode permitir que uma infecção simples progrida para fasceíte necrotizante (COSTA *et al.*, 2004).

A fascíte necrotizante é uma infecção polibacteriana destrutiva e rapidamente progressiva, que mata de 30% a 60% dos pacientes em prazo que varia de 72 a 96 horas (COSTA *et al.*, 2004). Pode acometer ambos os sexos em todas as faixas etárias (AGNE *et al.*, 1997; BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004), sendo a maioria dos casos encontrados em indivíduos com, pelo menos, uma doença de base. No entanto, há relatos da ocorrência de fascíte necrotizante em adultos jovens, previamente saudáveis (COSTA *et al.*, 2004).

Apesar do aumento de casos nos últimos anos (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004), a fascíte necrotizante permanece uma doença rara (URBAN *et al.*, 1998; BONILLA e MICHEL, 2003). A incidência em adultos é estimada em 0,4 casos por 100.000 habitantes, enquanto que em crianças alcança 0,08 casos em 100.000 habitantes (BONILLA e MICHEL, 2003).

As taxas de mortalidade em adultos são relatadas entre 30% e 80% (LÓPEZ e HERRERA, 2002), 35% a 40% nos casos não complicados (COSTA *et al.*, 2004) e em torno de 73-76% nas formas graves (TOSTES *et al.*, 2000; BONILLA e MICHEL, 2003), sendo, portanto, proporcional ao tempo de início do tratamento, ao desbridamento cirúrgico amplo, aos cuidados intensivos e à antibioticoterapia de amplo espectro (URBAN *et al.*, 1998).

Desde 1990, a taxa de mortalidade global tem sido em torno de 30%, mas pode chegar a 100% nos casos não tratados cirurgicamente e quando há miosite (COSTA *et al.*, 2004). Porém, nos casos diagnosticados e tratados nos quatro dias imediatamente posteriores ao início dos sintomas, a mortalidade cai para 12% (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004).

Em 85% dos casos, as infecções ocorrem espontaneamente na comunidade, 10% são adquiridas em hospitais, 4% em asilos e apenas 1% após contato direto com o paciente portador da fascíte necrotizante (LÓPEZ e HERRERA, 2002). A introdução do organismo patógeno se faz por meio de qualquer solução de continuidade da pele, podendo se desenvolver seguindo uma variedade de lesões, incluindo traumas, abscessos, punção por agulhas, fraturas expostas, picadas de insetos, infecção dentária, lipoaspiração, queimadura, laceração ou qualquer procedimento cirúrgico (AGNE *et al.*, 1997; URBAN *et al.*, 1998).

A infecção pode afetar qualquer parte do corpo (URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000; BONILLA e MICHEL, 2003). Porém, quanto ao sítio primário mais comum da infecção, os membros inferiores representam cerca de 50% dos casos, 29% ocorrem nos membros superiores, 9% no tronco, 8% na região perianal e 1% na face (COSTA *et al.*, 2004). A localização está intimamente relacionada

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enferrmagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

com a mortalidade, sendo de maior gravidade as lesões na cabeça ou no tronco (BONILLA e MICHEL, 2003).

Ela destrói o tecido subcutâneo e a fáscia superficial (AGNE *et al.*, 1997; LÓPEZ e HERRERA, 2002; COSTA *et al.*, 2004), podendo acometer, ocasionalmente, a fáscia profunda (AGNE *et al.*, 1997; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; LÓPEZ e HERRERA, 2002). Devido ao seu caráter devastador, o diagnóstico e o tratamento devem ser precisos e oportunos, caso contrário, a destruição dos tecidos pode ser bastante extensa, demandando longo tempo de recuperação e altos índices de mortalidade (BONILLA e MICHEL, 2003).

A aparência “benigna” é enganadora e responsável pelo retardo no diagnóstico, tornando este difícil e incerto. A fasceíte necrotizante assemelha-se, inicialmente, com infecções superficiais de partes moles e, devido à alta frequência, à relativa facilidade no diagnóstico e à boa resposta ao tratamento destas infecções mais superficiais, pode-se incorrer em falhas terapêuticas nos casos que evoluem com comprometimento da fáscia superficial e tecido subcutâneo (COSTA *et al.*, 2004).

A fasceíte necrotizante frequentemente inicia-se com celulite e bolhas, como a celulite bolho-hemorrágica. Além destes, elas apresentam outros fatores em comum, como dor, evolução rápida para necrose e gangrena, fatores predisponentes, hemoculturas positivas em mais de 60% dos casos e também podem ter os mesmos agentes etiológicos (COSTA *et al.*, 2004).

Indícios diagnósticos incluem edema inelástico, palidez, eritema, cianose e hipoestesia cutâneas, associados à crepitação do subcutâneo, fraqueza muscular, odor fétido de exsudatos, ausência de linfangite, rápida progressão da infecção, falta de resposta à antibioticoterapia convencional e áreas de necrose (AGNE *et al.*, 1997; COSTA *et al.*, 2004).

Os sinais e sintomas sistêmicos incluem febre de início precoce, ansiedade, alterações do estado mental, taquicardia e taquipnéia, os quais estão geralmente acompanhados por hipocalcemia e aumento significativo dos níveis de creatina fosfoquinase. A hipocalcemia e o aumento da creatina fosfoquinase representam uma rápida progressão dos sinais e sintomas associados com uma alta taxa de toxicidade sistêmica e mortalidade (URBAN *et al.*, 1998; LÓPEZ e HERRERA, 2002).

As infecções invasivas graves geralmente ocorrem associadas a fatores predisponentes como diabetes *mellitus*, doença vascular periférica, nefropatia, hepatopatia crônica (LÓPEZ e HERRERA, 2002; COSTA *et al.*, 2004), idade avançada (acima de 50 anos), câncer, trauma, etilismo, desnutrição, obesidade, síndrome da imunodefici-

ência adquirida, pós-operatório, corticoterapia, quimioterapia, paraplegia, úlceras de decúbito, infecção por Herpes zoster, destacando-se o uso de drogas intravenosas como um crescente fator de risco para fascíte necrotizante (URBAN *et al.*, 1998).

Os fatores predisponentes estão presentes em 71% dos casos. Portanto, atenção a eles é importante na história clínica. Relato de trauma prévio pode ocorrer na maioria dos casos (COSTA *et al.*, 2004).

Os principais diagnósticos diferenciais são a erisipela, as piomiosites, as vasculites, a púrpura fulminante e a mionecrose clostridial (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999).

Nas fases iniciais, a pele apresenta placas descoloridas com margens indeterminadas, edema e sinais de linfangite, além de dor muito intensa e desproporcional (BONILLA e MICHEL, 2003). A infecção progride em algumas horas ou dias, o edema tecidual torna-se importante, ocorre a formação de área eritematosa que, posteriormente, torna-se cianótica e com bolhas de conteúdo amarelado ou avermelhado-escuro (COSTA *et al.*, 2004).

A área acometida torna-se rapidamente demarcada e circundada por borda eritematosa: início do processo necrótico devastador (BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004). A pele que recobre a lesão perde a sensibilidade por causa da destruição do tecido subcutâneo, trombose de vasos sanguíneos e necrose das fibras nervosas (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004).

Inicialmente não compromete a pele suprajacente, nem os músculos subjacentes (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999). Porém, com a extensão do processo necrótico, a pele torna-se comprometida (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004) e, na ausência de tratamento, é possível o envolvimento da camada muscular, resultando em miosite ou mionecrose (COSTA *et al.*, 2004).

Quando a apresentação é fulminante, rapidamente se instala bacteremia e sepse (BONILLA e MICHEL, 2003). Outras complicações potenciais são a insuficiência renal aguda, coagulopatia, alterações hepáticas e síndrome do desconforto respiratório agudo (COSTA *et al.*, 2004).

A fascíte necrotizante é classificada em tipo I e tipo II. A do tipo I, também chamada celulite necrotizante, caracteriza-se pelo isolamento de pelo menos uma espécie de anaeróbio obrigatório (os mais comuns são *Bacteroides*, *Clostridium* e *Peptostreptococcus spp.*), combinado com um ou mais organismos anaeróbios facultativos, como estreptococos não pertencentes ao grupo A e enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*). O tipo II, conhecido também como gangrena estreptocócica, é caracterizado pelo isolamento do *Streptococcus* do grupo A isolado ou associado ao *Staphylococcus*

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

aureus (LÓPEZ e HERRERA, 2002; BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004).

O tipo I é mais comum após cirurgias e em pacientes com diabetes e doença vascular periférica, enquanto o tipo II ocorre após ferimentos penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras e traumas (BONILLA e MICHEL, 2003; COSTA *et al.*, 2004). Este último tem sido o grande interesse epidemiológico mundial, devido ao aumento da incidência de infecções por *Streptococcus* do grupo A e sua alta mortalidade (LÓPEZ e HERRERA, 2002).

Nenhum microorganismo isoladamente é responsável pela faceíte necrotizante ou pela severa toxicidade sistêmica envolvida. Habitualmente dois ou mais germes são envolvidos na etiopatogenia. Agne *et al.* (1997) encontraram dois ou mais germes em quase 85% dos pacientes analisados, justificando a ausência de um germe no restante dos casos com a antibioticoterapia utilizada previamente à chegada do paciente no serviço. Além disso, a flora bacteriana muda durante o curso da doença, dificultando o tratamento (LIMA *et al.*, 2003).

“Testes bacteriológicos (diretos e culturas) a partir do exsudato da ferida, fluido da bolha, tecido excisado, material aspirado do subcutâneo e sangue são essenciais para o diagnóstico apropriado”. A biópsia também é um método complementar útil no estabelecimento precoce e preciso do diagnóstico dessas infecções, revelando um infiltrado maciço de polimorfonucleares com necrose focal e formação de microabscessos na fáscia e no tecido subcutâneo (COSTA *et al.*, 2004).

Há, inicialmente, um sinergismo entre vários grupos de bactérias, habitualmente cocos gram positivos e bacilos gram negativos, aeróbios e anaeróbios. O predomínio dos microorganismos aeróbios ocorre após a queda dos nutrientes do meio, visto que se adaptam melhor nessas condições. O metabolismo bacteriano resulta em acúmulo de gás carbônico e ácido lático, propiciando a propagação dos microorganismos aeróbios facultativos. Por fim, devido à grande acidificação do meio, os anaeróbios se tornam mais abundantes (URBAN *et al.*, 1998).

Alguns autores indicam a realização de radiografias para verificar a presença de gás nos tecidos, resultante do metabolismo bacteriano (AGNE *et al.*, 1997; BONILLA e MICHEL, 2003). Este gás aparece em 40% das infecções de partes moles nas primeiras 48 horas (AGNE *et al.*, 1997). Porém, ele é demonstrado radiograficamente apenas quando confinado superficialmente. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética permitem melhor avaliação das infecções de partes moles (COSTA *et al.*, 2004).

A tomografia computadorizada proporciona excelente visualização da presença do gás anormal, além da sua extensão. Também evidencia necrose com espessamento assimétrico da fáscia e ajuda no diagnóstico diferencial pela evidência de comprometimento muscular que sugerem outras condições que não a fascíte necrotizante, em que tal envolvimento é tardio e secundário (COSTA *et al.*, 2004).

A ressonância magnética é o exame mais específico, reconhecendo sinais pequenos de gás, fluido e potencial para visualizar a extensão do processo patológico de maneira mais efetiva (URBAN *et al.*, 1998).

O diagnóstico definitivo é feito à exploração cirúrgica (URBAN *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 2004), pela presença de necrose da fáscia (COSTA *et al.*, 2004), normalmente aderida durante o desbridamento (URBAN *et al.*, 1998).

O prognóstico depende fundamentalmente da idade (pior nos extremos de idade), do estado imunológico, da associação com enfermidades crônicas, da virulência das cepas infectantes, do diagnóstico precoce, da severidade da síndrome séptica, da intervenção cirúrgica rápida e agressiva e do acompanhamento adequado (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004).

Mesmo com todo avanço clínico-cirúrgico, o prognóstico permanece sombrio (AGNE *et al.*, 1997). Os óbitos precoces são resultantes de sepse, enquanto os tardios resultam da falência de múltiplos órgãos (URBAN *et al.*, 1998).

O tratamento inicial deve voltar-se para medidas de reposição e controle de alterações metabólicas (equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base), além de analgesia adequada. Há necessidade de monitorização invasiva em unidade de terapia intensiva para avaliação da função renal, cardíaca, pulmonar e metabólica (URBAN *et al.*, 1998; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999); intubação, oxigenação e ventilação mecânica em caso de insuficiência respiratória; e diálise na presença de insuficiência renal aguda (RODRÍGUEZ *et al.*, 1999).

Os pilares do tratamento são a antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e o desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, que devem ser iniciados precocemente, a fim de alcançar um prognóstico favorável (AGNE *et al.*, 1997; URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2004).

O retardo na intervenção cirúrgica pode trazer consequências adversas, tanto médicas quanto legais (COSTA *et al.*, 2004).

Devido à etiologia polimicrobiana da fascíte necrotizante, o tratamento antimicrobiano deve basear-se no Gram, cultura e antibiograma. Entretanto, quando ainda não se conhece o resultado bacteriológico, a terapia inicial deve ser dirigida para anaeróbios, entero-

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

bactérias e cocos Gram positivos. Em pacientes previamente hospitalizados e naqueles que já receberam antimicrobianos, torna-se conveniente ampliar o espectro contra Gram negativos (BONILLA e MICHEL, 2003).

A antibioticoterapia isolada não é efetiva devido à necrose e trombose dos vasos sanguíneos (URBAN *et al.*, 1998; TOSTES *et al.*, 2000), o que prejudica a concentração da droga no local da infecção (COSTA *et al.*, 2004).

O desbridamento cirúrgico deve ser imediato, com incisões longitudinais até a fáscia profunda e além da área necrótica (TOSTES *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2004), por meio de extensas fasciotomias até ser encontrado tecido íntegro (AGNE *et al.*, 1997). Deve-se ter a cautela de ressecar somente o tecido comprometido, evitando-se, na medida do possível, que fiquem grandes áreas cruentas, que poderão comprometer ainda mais o estado metabólico do paciente (URBAN *et al.*, 1998).

A ferida precisa ser reavaliada frequentemente para evidenciar se há progressão da necrose (AGNE *et al.*, 1997). Em geral, são necessários vários desbridamentos e enxerto de pele (URBAN *et al.*, 1998; RODRÍGUEZ *et al.*, 1999; COSTA *et al.*, 2004). Os enxertos e retalhos podem ser utilizados para cobrir superfícies ósseas, cartilagens, tendões e estruturas neuromusculares após o término do processo infeccioso local (URBAN *et al.*, 1998).

As medidas gerais de suporte devem ser agressivas, incluindo o controle da hipotensão e da disfunção de órgãos causadas pela sepse severa, prevenção de complicações do tratamento intensivo prolongado, incluindo as doenças tromboembólicas e a terapia nutricional (COSTA *et al.*, 2004).

Apesar de não haverem estudos randomizados e controlados que comprovem a eficácia do uso do oxigênio hiperbárico em infecções severas de partes moles, estudos *in vitro* e meta-análises de casos clínicos suportam o emprego dessa terapêutica (COSTA *et al.*, 2004). Além disso, esta medida tem o seu uso aprovado pelo *Food and Drug Administration* para o tratamento da faceíte necrotizante (URBAN *et al.*, 1998).

Depois de debelada a infecção, é então programada uma reconstrução das áreas destruídas pela faceíte necrotizante. Usam-se todos os recursos da cirurgia plástica: auto-enxertos, retalhos, etc., conforme as necessidades de cada caso (AGNE *et al.*, 1997).

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

O enfermeiro presta cuidados integrais e contínuos ao indivíduo, nos diversos níveis de atenção à saúde, necessitando, para tal, um método que lhe permita dispensar assistência mais qualificada e

organizar suas ações. Este método é conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (VARGAS e FRANÇA, 2007). Este modelo é uma ferramenta de linguagem padronizada internacionalmente, que vem se inserindo rapidamente na prática da Enfermagem e necessita de esforço conjunto de pesquisadores com o intuito de seu contínuo aprimoramento (NORTH, 2008).

A SAE vem sendo utilizada em instituições de saúde como uma metodologia assistencial por meio do Processo de Enfermagem (PE) (HERMIDA e ARAÚJO, 2006; VARGAS e FRANÇA, 2007), um método de tomada de decisões de forma deliberada que se apóia nos passos do método científico (CUNHA e BARROS, 2005), ou seja, a estrutura teórica da Enfermagem é aplicada à prática (HERMIDA, 2004; FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Embora o PE venha sendo implantado no Brasil desde a década de 70 (HERMIDA e ARAÚJO, 2006; HERMIDA, 2004; NORTH, 2008), somente em 1999 a SAE foi normatizada no Estado de São Paulo pela Decisão COREN-SP/DIR/008/1999, sendo homologada através da Decisão COFEN nº 001/2000 (CONSELHO REGIONAL, 2011). Porém, o apoio legal do COFEN foi dado em 2002, por meio da Resolução COFEN-272/2002, para a implementação da SAE em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras, sendo uma função privativa e prioritária do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL, 2011).

A legislação brasileira, através da Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/86, em seu artigo 8º, dispõe que “ao enfermeiro incumbe (...) a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...)” (BRASIL, 1986). Sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de Enfermagem junto à equipe são metas e desejos almejados pelos profissionais de Enfermagem. Porém, a cientificação profissional só será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Existe consenso na literatura que a SAE eleva a qualidade da assistência de Enfermagem (CUNHA e BARROS, 2005). Ela possibilita, por meio de fases inter-relacionadas e interdependentes, a identificação da presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes e, com consequentes diagnósticos classificados de Enfermagem e respectivas intervenções estabelecidas, a equipe de Enfermagem consegue prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado (REPPETTO e SOUZA, 2005; CUNHA e BARROS, 2005).

O cuidar/cuidado é o núcleo da prática cotidiana de Enfermagem (REPPETTO e SOUZA, 2005), mas somente é alcançada quando o

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

enfermeiro identifica uma necessidade e sabe o que fazer para atendê-la. Por este motivo, a SAE tem deixado de ser um meio ou instrumento de trabalho para constituir-se no próprio objeto de trabalho do enfermeiro (CUNHA e BARROS, 2005).

A prática da assistência de Enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio (REPPETTO e SOUZA, 2005). A Enfermagem deve privilegiar suas ações específicas/próprias junto ao cliente e atuar como parceira das demais profissionais, não apenas como suporte de ações médicas e administrativo-burocráticas, mas compartilhando seus saberes no atendimento às necessidades do paciente. Há uma interdependência entre o trabalho médico e de Enfermagem, porém, cada disciplina exerce funções específicas e tem uma visão diferente acerca do ser humano, enquanto objeto de estudo/trabalho que requer atenção de ambos (HERMIDA, 2004).

Assim, a SAE beneficia o paciente por meio de um atendimento individualizado, e também beneficia o enfermeiro, demonstrando a importância do PE (CUNHA e BARROS, 2005).

Os diagnósticos classificados de Enfermagem, anteriormente citados, são definidos pela *NANDA International* como julgamentos clínicos das respostas humanas aos processos vitais, problemas atuais ou potenciais. Eles fornecem a base para a seleção das intervenções de Enfermagem e para a avaliação dos cuidados, de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo, organizando e orientando ações de Enfermagem para atingir os resultados esperados, pelos quais o enfermeiro é responsável (VARGAS e FRANÇA, 2007). Já as intervenções de Enfermagem, também classificadas de forma abrangente e em linguagem padronizada, descrevem os tratamentos realizados pela Enfermagem (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

Essa padronização da linguagem, quando utilizada na documentação da prática, facilita a comparação e avaliação da eficácia dos cuidados prestados em uma multiplicidade de locais, por diferentes cuidadores. Ela não inibe a prática. Ao contrário, comunica aos demais a essência dos cuidados de Enfermagem e auxilia no aperfeiçoamento da prática por meio de pesquisas (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

As dificuldades encontradas na implementação do PE, apontadas por acadêmicos de Enfermagem, enfermeiros e docentes em diversos trabalhos, juntamente com a importância da implementação da SAE para qualificar a assistência de Enfermagem, justificam a relevância desta pesquisa para que se possa pensar em superar tais dificuldades no cotidiano da prática da Enfermagem assistencial. Tal relevância é

acrescida pelo fato de casos semelhantes ao descrito serem raramente encontrados na literatura.

Tomando-se esses aspectos em consideração, o objetivo do presente estudo é revisar esses assuntos de forma crítica através da descrição de um caso de faveíte necrotizante secundária a cisto pilonidal com elaboração de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

MÉTODO

Modelo ou Delineamento de Pesquisa

Nesta pesquisa, optou-se por um desenho não experimental, retrospectivo, exploratório e descritivo, de corte longitudinal, o qual alcança os objetivos propostos ao permitir a descrição do caso a ser estudado e a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, bem como suas respectivas Intervenções.

Considerações Éticas e Consentimentos

Para a realização da presente pesquisa, obteve-se o consentimento livre e esclarecido do responsável pelo paciente, visto que este era menor de idade além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL/Bauru/SP) (protocolo nº. 029/2009).

Instrumentos para Coleta de Informações

As informações foram coletadas a partir dos registros do prontuário de internação do paciente no Hospital de Base de Bauru, uma instituição filantrópica de grande porte, bem como das imagens fotográficas registradas e cedidas pela família e pela Oxibarimed - Oxigenoterapia Hiperbárica.

Os instrumentos utilizados para a coleta das informações e obtenção de dados, realizadas pelo próprio pesquisador nos meses de junho e julho de 2009, foram os próprios instrumentos/impressos presentes no prontuário do paciente.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faveíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

Padronização da Linguagem

Após a descrição do caso, a elaboração dos diagnósticos foi baseada na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (NORTH, 2008), e as intervenções na Nursing Interventions Classification (NIC) (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008).

RELATO DO CASO

D.M.R., 14 anos de idade, gênero feminino, cor da pele branca, religião evangélica, brasileira, natural de Bauru, Estado de São Paulo, solteira, estudante da oitava série do ensino fundamental. Mora com os pais, dois irmãos e uma sobrinha, em casa própria, de alvenaria, com 6 cômodos, provida de saneamento básico e luz elétrica.

Deu entrada no Pronto Socorro Municipal Central (PSMC) da cidade de Bauru, em abril de 2008, com queixa de dor em região lombar, há uma semana, e um pequeno cisto inflamado em região pilonidal, cuja secreção exteriorizava-se por um orifício na pele. A dor, de forte intensidade, dificultava atividades como caminhar, sentar-se, levantar-se ou deitar-se.

Nega etilismo, tabagismo, cirurgias prévias, doenças em tratamento e uso de medicações. Faz duas refeições ao dia (almoço e jantar). Raramente consome frutas, verduras e legumes e ingere cerca de meio litro de água por dia. Não pratica exercício físico regularmente.

Após avaliação médica e prescrição de Axetil Cefuroxima 250 mg a cada 12 horas, por sete dias, e Lumiracoxibe 100 mg a cada 24 horas, também por sete dias, foi orientada a retornar ao PSMC após uma semana para reavaliação.

Seguiu corretamente o tratamento indicado e sentiu redução gradativa da dor e consequente melhora na movimentação durante a semana subsequente. No oitavo dia após o início da terapia medicamentosa prescrita, amanheceu apática e pálida, foi levada a um consultório particular e encaminhada, em seguida, ao PSMC com indicação de internação.

Retornou ao PSMC com quadro séptico. Ao exame físico: consciente e desorientada, pouco comunicativa e pouco cooperativa; abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mucosas ocular e oral úmidas e descoradas; deambulando pouco e com auxílio, marcha lenta; anictérica, acianótica, apresentando palidez cutânea generalizada e turgor de pele preservado; tórax simétrico, expansibilidade simétrica diminuída difusamente, respiração espontânea, superficial, murmúrios vesiculares fisiologicamente distribu-

ídos, som claro pulmonar; aparelho cardiovascular sem alterações perceptíveis; abdome plano, RHA, flácido, indolor à palpação, sem massas palpáveis, timpânico; presença de abscesso em região pilonidal, junto ao cóccix, com exsudato de coloração escura e odor fétido, bem como crepitação difusa do tecido subcutâneo da região dorsal do tronco; membros inferiores sem edema ou hiperemia, pulsos palpáveis, perfusão periférica preservada. Sinais vitais: PA 100 x 60 mmHg, FC 96 bpm, FR 23 irpm e T (axilar) 37,5°C.

Após iniciada antibioticoterapia, às 12:00h, com Ceftriaxona IV 2 g e Metronidazol IV 500 mg, foi transferida para o Hospital de Base de Bauru (HBB), sendo internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) às 12:20h.

Os exames admissionais foram coletados, juntamente com a secreção proveniente do abscesso pilonidal para cultura e antibiograma. Foi prescrito e administrado Ciprofloxacino IV 400 mg e Metronidazol IV 500 mg, às 12:30h.

Os exames indicaram anemia (2,14 milhões de hemácias/ml de sangue venoso; 6,4 g/dl de hemoglobina total; 19,2% de hematócrito; índices hematimétricos revelaram leve anisocitose e policromasia); leucocitose secundária à infecção e necrose tecidual (46.200/ml); granulocitose tóxica e alterações degenerativas; uremia (70 mg/dl); hiponatremia (121,0 mEq/L); hipocalcemia (5,7 mg/dl); hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 6,81 mg/dl; bilirrubina direta: 5,87 mg/dl; e bilirrubina indireta 0,94 mg/dl), sem análise de outros exames que avaliam as funções hepáticas.

Na cultura da secreção, foi isolado *Proteus mirabilis* resistente à tetraciclina e sensível à amicacina, ceftriaxona, cefalotina, gentamicina, cefepime, ciprofloxacino, imipenem, piperacilina/tazobactam, sulfametopim, cefoxitina, ampicilina, ceftazidima e tigeciclina. A microbiologia não conseguiu isolar mais de um agente, provavelmente devido à antibioticoterapia empregada previamente à chegada do paciente na UTI.

Recebeu avaliação da equipe de Cirurgia Geral e hipótese diagnóstica de fascíte necrotizante: mantido Metronidazol IV 500 mg a cada oito horas, por três dias, e substituído Ciprofloxacino por Imipenem IV 1 g a cada 12 horas, por 14 dias, o qual foi administrado às 15:00h, sendo, em seguida, encaminhada ao centro cirúrgico.

A cirurgia durou 140 minutos, sendo realizado desbridamento de fascíte necrotizante com retirada de grande quantidade de pele. Fragmentos de pele e tecido subcutâneo foram encaminhados para laudo anatomopatológico: “pele e tecido subcutâneo com extenso processo inflamatório crônico abscessivo, necrozante do tecido adiposo”. Foram administradas três unidades de concentrado de hemácias no Centro Cirúrgico.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

Às 18:30h, retornou à UTI sob efeito anestésico e em ventilação mecânica, sob intubação orotraqueal. Foram coletadas novas amostras de sangue para exames laboratoriais, os quais continuavam indicando anemia, leucocitose, uremia, hiponatremia e hipocalcemia. Necessitou de fármaco vasoativo (Dopamina) desde a segunda hora do pós-operatório imediato e recebeu mais quatro unidades de concentrado de hemácias no primeiro pós-operatório.

Foi extubada após 24 horas de ventilação mecânica, sem intercorrência. A droga vasoativa foi diminuída gradativamente e suspensa no início do segundo dia de pós-operatório. Neste dia, iniciou tratamento por meio de oxigênio hiperbárico (duas sessões diárias) (Figura 1).

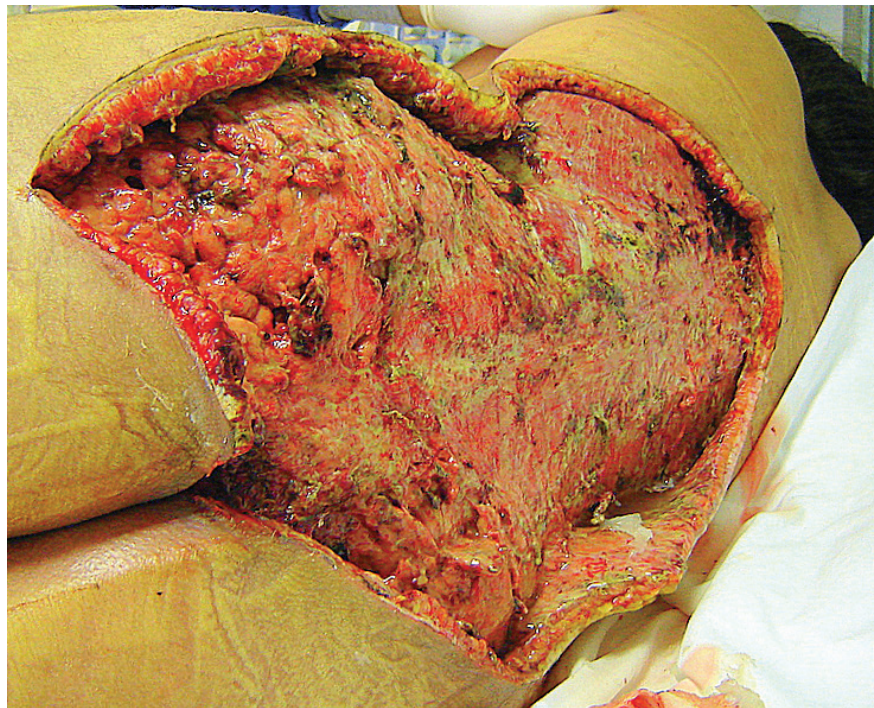


Figura 1 - Segundo pós-operatório de desbridamento de faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal.

Os curativos foram realizados duas vezes por dia utilizando Soro Fisiológico 0,9% aquecido para limpeza, Colagenase-Cloranfenicol no interior da ferida operatória e loção oleosa à base de ácidos graxos essenciais na pele íntegra peri-lesional.

No 9º pós-operatório, a frequência das sessões de oxigenoterapia hiperbárica diminuiu para uma vez ao dia (Figura 2).



Figura 2 - Nono pós-operatório de desbridamento de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal

No 16º PO (Figura 3), foi realizado enxerto dermo-epidérmico. Recebeu uma unidade de concentrado de hemácias no Centro Cirúrgico. Foi prescrito Cefalotina 1 g a cada seis horas, por oito dias. Utilizou-se Granugenol (pasta) nas áreas doadoras diariamente. O tratamento hiperbárico estendeu-se até após a alta hospitalar (totalizando 40 sessões), a qual ocorreu nove dias após o enxerto (Figura 4).



Figura 3 - Décimo sexto pós-operatório de desbridamento de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enfermagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.



Figura 4 – Cobertura da área cruenta com enxerto de pele.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diante do relato, foi possível identificar 11 Diagnósticos de Enfermagem (DE) da Taxonomia II da NANDA no período pré-operatório (Quadro 1) e 16 no período pós-operatório (Quadro 2), e as Intervenções principais para cada DE.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no período pré-operatório com suas respectivas Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<u>Dor aguda</u> ; caracterizada por posição para evitar dor e relato verbal de dor; relacionada a agentes lesivos (biológicos e físicos).	Administração de analgésicos Controle da dor
<u>Integridade da pele prejudicada</u> ; caracterizada por rompimento da superfície e destruição de camada da pele; relacionada a fatores mecânicos, estado metabólico prejudicado.	Cuidados com lesões Cuidados com local de incisão Supervisão da pele Controle de infecção Proteção contra infecção Posicionamento
<u>Risco de infecção</u> ; fatores de risco: defesas primárias inadequadas (pele rompida), destruição de tecidos.	Monitoração dos sinais vitais
<u>Mobilidade física prejudicada</u> ; caracterizada por amplitude limitada de movimento e movimentos lentos; relacionada à dor e relutância em iniciar o movimento.	Controle hídrico e da hipovolemia Monitoração hídrica e de eletrólitos Terapia endovenosa Controle de pressão sobre áreas do corpo Prevenção de úlceras de pressão Supervisão da pele Cuidado com o repouso no leito
<u>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</u> ; fator de risco: taxa metabólica alterada.	Melhora do enfrentamento Redução do estresse por mudança
<u>Risco de volume de líquidos deficiente</u> ; fatores de risco: perda de líquidos por vias anormais.	Controle da constipação/impactação
<u>Risco de integridade da pele prejudicada</u> ; fatores de risco: fatores mecânicos, circulação prejudicada, mudanças no estado metabólico.	Melhora da auto-estima
<u>Mobilidade no leito prejudicada</u> ; caracterizada por capacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; relacionada à dor.	
<u>Risco de síndrome do estresse por mudança</u> ; fatores de risco: estado de saúde diminuída, imprevisibilidade das experiências e mudança de um ambiente para outro.	
<u>Risco de constipação</u> ; fatores de risco: mudanças recentes de ambiente e nos padrões habituais de alimentação.	
<u>Risco de baixa auto-estima situacional</u> ; fatores de risco: doença física e prejuízo funcional.	

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco e SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em faceíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2012.

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no período pós-operatório com suas respectivas Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<u>Dor aguda</u> ; caracterizada por posição para evitar dor e relato verbal de dor; relacionada a agentes lesivos (biológicos e físicos).	Administração de analgésicos Controle da dor Controle da sedação Cuidados com lesões Cuidados com local de incisão Supervisão da pele
<u>Integridade da pele prejudicada</u> ; caracterizada por rompimento da superfície e destruição de camada da pele; relacionada a fatores mecânicos, circulação prejudicada, estado metabólico prejudicado e mudanças na pigmentação.	Controle de infecção Proteção contra infecção
<u>Risco de infecção</u> ; fatores de risco: defesas primárias inadequadas (pele rompida, diminuição da ação ciliar), defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina), destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada a patógenos, procedimentos invasivos.	Posicionamento Terapia com exercícios: deambulação
<u>Mobilidade física prejudicada</u> ; caracterizada por amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se e movimentos lentos; relacionada à dor e relutância em iniciar o movimento.	Controle do vômito Precauções contra aspiração Monitoração dos sinais vitais Regulação da temperatura: transoperatório
<u>Risco de aspiração</u> ; fatores de risco: nível de consciência reduzido e presença de sonda endotraqueal.	
<u>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</u> ; fatores de risco: inatividade, medicamentos que causam vasoconstrição, sedação e taxa metabólica alterada.	Controle hídrico e da hipovolemia Monitoração hídrica e de eletrólitos Terapia endovenosa
<u>Risco de volume de líquidos deficiente</u> ; fatores de risco: perda de líquidos por vias anormais.	Controle de pressão sobre áreas do corpo Prevenção de úlceras de pressão Supervisão da pele Melhora da comunicação: déficit da fala Escutar ativamente
<u>Risco de integridade da pele prejudicada</u> ; fatores de risco: fatores mecânicos, circulação prejudicada, mudanças no estado metabólico.	
<u>Comunicação verbal prejudicada</u> ; caracterizada por não conseguir falar; relacionada a barreiras físicas (intubação orotraqueal).	Cuidado com o repouso no leito
<u>Mobilidade no leito prejudicada</u> ; caracterizada por capacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; relacionada à dor.	Melhora do enfrentamento Redução do estresse por mudança
<u>Risco de síndrome do estresse por mudança</u> ; fatores de risco: estado de saúde diminuída, imprevisibilidade das experiências e mudança de um ambiente para outro.	Controle da constipação/impactação
<u>Risco de constipação</u> ; fatores de risco: mudanças recentes de ambiente e nos padrões habituais de alimentação.	Assistência no autocuidado: banho/higiene Banho
<u>Déficit no autocuidado para banho/higiene</u> ; caracterizado por incapacidade de acessar o banheiro e de lavar e secar o corpo; relacionado à dor.	Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário Controle do ambiente
<u>Déficit no autocuidado para higiene íntima</u> ; caracterizado por incapacidade de chegar ao vaso sanitário e de manipular as roupas para realizar a higiene íntima; relacionado à dor.	Assistência no autocuidado: vestir-se/ arrumar-se Cuidados com os cabelos Vestir
<u>Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se</u> ; caracterizado por capacidade prejudicada de tirar e colocar itens de vestuário necessários; relacionado à dor.	Melhora da auto-estima Facilitação da visita
<u>Risco de baixa auto-estima situacional</u> ; fatores de risco: doença física e prejuízo funcional.	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de um caso de fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal, bem como a discussão das características de tais doenças, propiciou a identificação de 27 Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA (NORTH..., 2008), sendo os principais: integridade da pele prejudicada e dor aguda; com suas respectivas Intervenções e Atividades principais de Enfermagem da NIC (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2008), de forma sistemática e padronizada.

A SAE promove assistência individualizada, melhora a organização do trabalho e, como consequência, otimiza os cuidados de Enfermagem dispensados.

O uso de linguagem de Enfermagem uniformizada proporciona melhor comunicação entre os enfermeiros, entre estes e outros profissionais da saúde e com o público, potencializando a otimização dos cuidados e permitindo clara documentação de tal contribuição. Além disso, facilita o ensino e favorece a pesquisa em Enfermagem.

Todos esses fatores contribuem positivamente em todo processo de recuperação da saúde, proporcionando ao cliente melhor qualidade de vida, sendo atingido, assim, o objetivo final do Processo de Enfermagem.

Sugere-se a realização e publicação de mais pesquisas envolvendo a aplicabilidade da SAE, tornando conhecidas as facilidades e dificuldades na implementação da mesma, bem como as atitudes resolutivas perante os problemas encontrados, a fim de servirem de exemplos para nortear ações de enfermeiros nas mais diversas instituições de saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão dos profissionais da Enfermagem quanto à importância da aplicação do Processo de Enfermagem, instrumento metodológico e sistemático para melhorar a assistência oferecida. Espera-se também, além da reflexão, a abertura de caminhos para colocar em prática o Processo de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGNE, H. C. C. *et al.* Fascíte necrotizante – Análise de 13 casos. **Rev Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 51-54, 1997.

BASCOM, J. U. Cirurgia pilonidal: como adequar o tratamento à enfermidade. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 89-94, 1986.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; SALOTTI, Selma Regina Axcar. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fascíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.

GIÚDICE, Carlos
Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma
Regina Axcar.
Diagnósticos e
intervenções de
enferrmagem em
faceíte necrotizante
secundária a cisto
pilonidal. *Salusvita*,
Bauru, v. 30, n. 3, p.
179-202, 2011.

BONILLA, R. A.; MICHEL, R. A. Fascitis necrosante. **Rev Soc Bol Ped**, Sucre, v. 42, n. 2, p. 102-105, 2003.

BORGES, G. *et al.* Pilonidal cyst on the vault. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 57, n. 2A, p. 273-276, 1999.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Decisão COREN-SP-DIR/008/1999. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/3857>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-272/2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>.

CORSI, P. R. *et al.* Tratamento cirúrgico do cisto pilonidal através de ressecção e fechamento primário com retalhos cutâneos. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 203-207, 2004.

COSTA, I. M. C. *et al.* Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. **An Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 211-224, 2004.

CUNHA, S. M. B; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Art-med, 2008.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Caracterização da produção do conhecimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

GUPTA, P. J. Resección de quiste pilonidal por radiofrecuencia: una mejor opción para la resección amplia y cicatrización com herida abierta. **Rev Colomb Cir**, Bogotá, v. 21, n. 1, p. 57-62, 2006.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 5 p. 675-679, 2006.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, 2004.

LIMA, E. B. *et al.* O papel da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento da gangrena gasosa clostridiana e da fasciíte necrotizante. **J Vasc Bras**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 220-224, 2003.

LÓPEZ, B. B.; HERRERA, I. S. El papel de los anti-inflamatorios no esteroideos en la producción de fasciíte necrotizante. **Acta Méd Costarric**, San Jose, v. 44, n. 1, p. 5-9, 2002.

NAHAS, S. C. *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico de cisto pilonidal não-complicado. **Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 287-290, 1997.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396 p.

POSTIGLIONE, M. G., BRAGA, D. C. Cisto pilonidal: técnica em quatro retalhos. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 1,2, p. 32-33, 2002.

RAMOS, A. C. *et al.* Tratamento do cisto pilonidal por método aberto utilizando eletrocauterização. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 5-8, 1991.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005.

RODRÍGUEZ, P. M. B. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Rev Cuba Ortop Traumatol**, Habana, v. 13, n. 1/2, p. 47-53, 1999.

STRASSMANN, V. *et al.* Tratamento cirúrgico da doença pilonidal: meta-análise dos principais procedimentos adotados mundialmente. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 257-261, 2004.

TOSTES, F. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Arq Catarin Med**, Florianópolis, v. 29 (supl. 1), p. 46-47, 2000.

URBAN, C. A. *et al.* Fasciíte necrotizante. **Rev Méd Paraná**, Curitiba, v. 56, n. 2/2, p. 60-70, 1998.

VARGAS, R. S.; FRANÇA, F. C. V. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 348-352, 2007.

GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco;
SALOTTI, Selma Regina Axcar.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem em fasciíte necrotizante secundária a cisto pilonidal. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 179-202, 2011.