

## 27. FASCIÍTE NECROSANTE EM CRIANÇA: UM DESAFIO PARA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR COM ENFOQUE NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Lílian Cagliari Linhares Barreto<sup>1</sup>; Adriana Peixoto<sup>2</sup>

**Problematização:** A fasciíte necrosante (FN) é uma infecção aguda de etiologia bacteriana que progride rapidamente para a destruição do tecido subcutâneo e fáscia superficial. O índice de mortalidade na população infantil é elevado, caso não haja diagnóstico e tratamento precoce. Em crianças, o curso da doença costuma ser fulminante e fatal. Segundo Murphy et al (1995) a taxa de mortalidade na população pediátrica varia em torno de 10% a 60% e pode atingir acima de 70% em neonatos. O aumento da sobrevivência e a terapêutica adequada dependem diretamente da suspeição clínica precoce da doença e do diagnóstico preciso. O tratamento preconizado é o desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia sistêmica e a participação da equipe interdisciplinar. Em alguns casos mais graves pode haver necessidade de terapia coadjuvante como oxigênio hiperbárica e enxerto de pele (Amaro et al, 2006). **Objeto do estudo:** Feridas causadas pela fasciíte necrosante. **Objetivo:** Descrever o cuidado e a evolução das lesões causadas pela FN. **Método:** Este estudo de caso relata a nossa experiência e intervenção de enfermagem no tratamento das feridas ocasionadas pela FN de um lactente de 8 meses, realizado no IFF em dezembro de 2007. O recorte foi no período de internação na Unidade Intermediária (UI). Os dados foram coletados através dos registros fotográficos. A cicatrização das feridas foi registrada no prontuário através das evoluções dos enfermeiros. O consentimento da divulgação de imagem foi autorizado pelo responsável. **Resultados e Discussão:** O lactente foi admitido na UI no 13º dia de desbridamento cirúrgico das lesões. A primeira, na região infra-axilar direita apresentava a seguinte mensuração: 5cm de largura, 3cm de comprimento e 0,5cm de profundidade. Na avaliação foi constatada a presença de 2/3 de tecido de necrose de liquefação e 1/3 de tecido de granulação. A segunda localizada na região infra-clavicular apresentava 4cm de largura, 7cm de comprimento e 1,5cm de profundidade. Evidenciou-se bordos irregulares com 1/2 de necrose de liquefação e 1/2 de tecido róseo de granulação com grande quantidade de exsudato marrom e amarelado. Na discussão sobre o tratamento das feridas foi proposta a terapia de oxigênio hiperbárica pela equipe médica. A enfermeira da Comissão de Curativos sugeriu o acompanhamento e intervenção de enfermagem com o fechamento das lesões sendo aceita pelo grupo. Na prescrição de enfermagem optou-se pela limpeza com soro fisiológico a 0,9%, alginato de cálcio somente para as áreas necrosadas e cobertura secundária através do hidrocolóide. Os curativos foram trocados diariamente e o cuidado sistematizado. Depois de 9 dias de internação na UI, a lesão infra-clavicular regrediu de tamanho para 3cm de largura, 2cm de comprimento e regressão total da profundidade. Evoluiu para

2/3 de tecido de granulação e 1/3 de tecido desvitalizado. A outra diminuiu para 5cm de comprimento, 5cm de largura e 0,5cm de profundidade e presença de maior quantidade de tecido de granulação no leito da ferida. Conclusão: Concluímos que a abordagem interdisciplinar e o parecer técnico do enfermeiro colaboraram para a boa prática do cuidado com feridas diminuindo o tempo de internação, o custo em relação à terapia hiperbárica e o risco de infecção.

**Descritores:** ferida e cuidado.

<sup>1</sup> Mestre Saúde da Criança e da Mulher, enf do IFF-Fiocruz.

<sup>2</sup> Mestre Saúde da Criança e da Mulher; enf do IFF-Fiocruz.