

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA A UM PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER

Gleycielle Alexandre Cavalcante; André dos Santos Silva; ; Sandrelli Meridiana de Fátima Ramos dos Santos Medeiros; Táciela Thamires de Melo Santos; Sueli Moreno Senna

*Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (CAV),
gleycinhacavalcante@hotmail.com*

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (CAV); andre_jhun@hotmail.com

*Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (CAV);
sandrelli_meridiana@hotmail.com*

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (CAV); email

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; susenna@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Fournier (SF) é uma doença rara caracterizada por fascíte necrosante polimicrobiana sinérgico¹, que pode ter origem no escroto e no pênis, em homens e na vulva e na virilha em mulheres². Esta progressão da necrose acontece pela endarterite obliterante, causada pela isquemia e trombose de vasos subcutâneos, permitindo que microrganismos penetrem tecidos subcutâneos e adjacentes. Jean Alfred Fournier foi o primeiro a descrever esta infecção em 1883¹, caracterizando-a como de etiologia idiopática e rapidamente progressiva que afetava homens jovens².

Atualmente, a maior parte dos casos desta patologia tem etiologia na região perineal¹. Fatores predisponentes incluem: estados debilitantes (desnutrição, sepse) ou imunossupressores (diabetes mellitus, alcoolismo crônico, doença maligna subjacente, AIDS, sarampo, uso de quimioterápicos, leucemias), doenças colorretais e urogenitais, pós-operatório (com uso de instrumentação urológica, herniorrafia, hemorroidectomia, orquiectomia, prostatectomia), uso de drogas endovenosas e

trauma (local, mecânico, técnico, químico, incluindo mordeduras, arranhões, intercurso anal e o próprio coito)². A SF ameaça significativamente a vida do indivíduo; causa dor, edema, febre, ferida, necessitando tratamentos cirúrgicos e curativos dolorosos. Em decorrência de sua patologia, a qualidade de vida fica profundamente prejudicada¹. Portanto o objetivo deste trabalho é descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) a um paciente portador de Síndrome de Fournier, por meio da utilização da taxonomia NNN (NANDA-I³, NIC⁴ e NOC⁵).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratória, do tipo caso clínico, realizado com um paciente que apresentava Síndrome de Fournier, admitido no dia 11/12/2013 em um hospital público no município do Recife – PE, acompanhado por um período de 5 dias. A coleta de dados por meio de uma entrevista clínica ao paciente, exames físicos e prontuário. Os diagnósticos de Enfermagem foram formulados com base no NANDA-I 2012-2014. A elaboração do planejamento e a prescrição das intervenções de enfermagem foram feitas por meio da NIC, na qual foram estabelecidas metas e prioridades e resultados a serem alcançados. Por fim, foi avaliada a reação do paciente diante das intervenções de enfermagem e a extensão do alcance dos resultados de enfermagem, com base na NOC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

LJF, sexo masculino, 63 anos, chegou ao serviço de emergência do hospital no dia 11/12/2013 com queixas de dor testicular, edema de testículos, inapetente e grande quantidade de secreção purulenta pelo orifício perianal. O paciente informou que os sintomas haviam se iniciado depois de evacuar um osso de frango, o qual lesionou a região anorretal. Após o episódio, se iniciou um quadro de febre, edema escrotal e presença de abscesso em períneo. O paciente foi diagnosticado com Síndrome de Fournier. O paciente negou diabetes mellitus, hipertensão, tabagismo, etilismo e alergias, além de não fazer uso de medicamentos antes da lesão. Efetuou-se no mesmo dia um amplo desbridamento de tecidos desvitalizados envolvendo região inguinal esquerda, bolsa escrotal e períneo até região glútea. Concomitantemente ao desbridamento de tecidos foi realizada uma cirurgia para colostomia na região sigmoide.

Evolução de enfermagem: Consciente, orientado, comunicativo e concilia sono e repouso. Tórax normal, simétrico. Eupneico (19 VPM), com boa expansão torácica. Murmúrios vesiculares presentes (MVP), sem ruídos adventícios (SRA). Normotenso (130x80mmHg), normosfígmico (80 BPM). Boa perfusão periférica em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Ausência de baqueteamento digital. Bulhas Normofonéticas em 2 tempos. Dieta de líquidos brancos por via oral. Ingesta hídrica diminuída. Abdome globoso. Ruídos Hidroaéreos (RHA) presentes (+), hiperativos. Não referiu dor à palpação abdominal. Diurese colúrica por sonda vesical de demora (SVD), 250 ml no coletor.

Evacuação por colostomia em QIE, com fezes pastosas, de pouca quantidade com presença de muco. Mucosa do estoma rósea e hidratada. Normocorado, higiene corporal preservada, exceto em região genital. Hidratado, afebril (36,2°C). Mucosa oral íntegra e preservada, com boa higienização. Acesso venoso periférico (AVP) em Membro Superior Esquerdo (MSE) instalado em 11/12/2013. Ferida Operatória (FO) em região hipogástrica seca e limpa. FO na bolsa escrotal com exposição dos testículos. FO profunda em região inguinal esquerda que segue até o ânus, com presença de tecido desvitalizado e exsudato e aspecto acastanhado e odor fétido. Em uso dos medicamentos: Ciprofloxacino, Metronidazol, Dipirona, Plazil, Clindamicina e Tramadol.

Foram encontrados os seguintes diagnósticos de maior prioridade: integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos e evidenciado por destruição de camadas da pele, dor aguda evidenciado por relato verbal de dor, risco de infecção relacionado à destruição dos tecidos, risco de integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física, risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado à ingestão hídrica deficiente, mobilidade física prejudicada relacionada à dor evidenciada por amplitude limitada de movimento, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionadas a fatores psicológicos e evidenciado por falta de interesse na comida, conhecimento deficiente relacionado à verbalização do problema evidenciado por interpretação errônea das informações. As seguintes intervenções foram executadas: aplicação de curativo oclusivo e avaliação da ferida a cada troca de curativo, avaliação abrangente da dor e administração de analgésicos prescritos, avaliação dos sinais flogísticos e orientação da família para comunicar sinais e sintomas, orientação sobre a mudança

de decúbito, encorajamento da deambulação e orientação aos cuidadores a informar sobre alterações na pele, estímulo da ingestão de líquidos e explicação da importância de aumentar a ingestão líquida, estímulo ao paciente para envolver-se nas trocas de posições, estímulo da aceitação da dieta e fornecimento de informações à equipe nutricional sobre a necessidade de atender às preferências alimentares do paciente e, por fim, descrição do processo da doença. Os seguintes resultados foram alcançados: tecido de granulação, relato de controle da dor, integridade da pele, aumento da ingestão de líquidos, mobilidade para o lado quando deitado, aumento da disposição para aceitação da dieta, descrição da causa da doença ou dos fatores colaboradores.

CONCLUSÕES

A SF causa um desconforto e afeta profundamente a qualidade de vida dos portadores. Provoca dor, edema, febre e lesão tecidual, necessitando de tratamento cirúrgico e medicamentoso. Acarreta em problemas físicos, econômicos e familiares ao paciente. Por meio da utilização da SAEP ao paciente com SF foi possível perceber o quanto essa ferramenta é necessária para o processo de cuidar. Traz um olhar crítico acerca do paciente com SF de forma a proporcionar melhor atendimento ao paciente e à sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Fuentes Valdés E, Roca NA, Andrade JK, Cunha YF. Gangrena de Fournier. Revista Cubana de Cirugía. [periódico online]. 2013 [capturado em: 27 ago. 2015]; 52 (2): 91-100. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v52n2/cir02213.pdf>.
- ² Dornelas MT, Correa MP, Barra FM, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. [periódico online]. 2012 [capturado em: 27 ago. 2015]; 27 (4): 600-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n4/22.pdf>.
- ³ North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012. 606 p.

⁴ Dochterman JM, Bulechek GM, Garcez RM. Nursing interventions classification (NIC). 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

⁵ MAAS, M. L.; SWANSON, E; JOHNSON, M.; MOORHEAD, S. **NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 880 p.

