

**Pioartrite de quadril em paciente pediátrico: um relato de caso****Hip pioartrite in a pediatric patient: a case report**

DOI:10.34117/bjdv6n1-166

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 15/01/2020

**Mirieli Louveira de Figueiredo**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Anhanguera UNIDERP.

Instituição: Universidade Anhanguera UNIDERP.

Endereço: R. Alexandre Herculano, 1400 - Taquaral Bosque, Campo Grande - MS, Brasil.

E-mail: miri\_miroca@live.com

**Tatiani Cação de Moraes**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Anhanguera UNIDERP.

Instituição: Universidade Anhanguera UNIDERP.

Endereço: R. Alexandre Herculano, 1400 - Taquaral Bosque, Campo Grande - MS, Brasil.

E-mail: tatiani.moraes@hotmail.com

**Suellem Luzia Costa Borges**

Graduada em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela Universidade Anhanguera –

UNIDERP. Doutoranda em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional - Universidade Anhanguera – UNIDERP.

Instituição: Universidade Anhanguera UNIDERP.

Endereço: R. Alexandre Herculano, 1400 - Taquaral Bosque, Campo Grande - MS, Brasil.

E-mail: suellemlcb@gmail.com

**RESUMO**

Introdução: A algia em quadril apresenta-se como uma queixa relativamente comum nas salas de emergência pediátrica. Neste cenário, a Pioartrite, caracterizada pela invasão bacteriana de um espaço articular, apresenta-se como uma grave condição, necessitando de tratamento urgente para que se evitem complicações permanentes e até mesmo a morte do paciente. Objetivos: Relatar o caso de um paciente internado no setor de Pediatria para tratamento de Pioartrite de quadril, analisando este em comparação com os casos semelhantes que se encontram na literatura. Método: As informações foram obtidas através da realização de anamnese e exame físico, além da coleta de dados do prontuário do paciente, em um hospital de grande porte na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul (MS), durante estágio no setor de Pediatria, em abril de 2019. Para referencial teórico foram utilizados artigos encontrados em revistas eletrônicas e na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), além de trabalhos publicados online. Resultados: Nota-se uma grande escassez de artigos e estudos brasileiros acerca desta afecção, principalmente estudos voltados especificamente ao público pediátrico e à assistência de enfermagem prestada nestes casos. Foram incluídos apenas sete artigos encontrados em revistas eletrônicas e no banco de dados, além de um trabalho publicado online, sendo que apenas quatro destes abordaram especificamente a Pioartrite em quadril. O diagnóstico diferencial e precoce é de extrema importância para a prevenção de complicações. Conclusão: A Pioartrite constitui-se como uma doença extremamente debilitante e com alta taxa de morbimortalidade no âmbito da pediatria, podendo acarretar sérias sequelas permanentes aos pacientes. Maiores estudos acerca desta condição no público infantil se fazem necessários. A realização de estudos de caso apresenta-se como um importante método de investigação científica, propiciando aos acadêmicos um enorme ganho de conhecimento e o desenvolvimento da capacidade

de relacionar teoria e prática, habilidade fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Artrite séptica; Enfermagem Pediátrica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Hip pain is a relatively common complaint in pediatric emergency rooms. In this scenario, Piorthritis, characterized by bacterial invasion of a joint space, presents itself as a serious condition, requiring urgent treatment to avoid permanent complications and even death of the patient. **Objectives:** To report the case of a patient admitted to the Pediatrics sector for treatment of hip Piorthritis, analyzing this compared to similar cases found in the literature. **Method:** Information was obtained through anamnesis and physical examination, as well as data collection from the patient's medical records, in a large hospital in the city of Campo Grande - Mato Grosso do Sul (MS), during internship in the Pediatrics, April 2019. For theoretical reference were used articles found in electronic journals and in the database SciELO (Scientific Electronic Library Online), as well as works published online. **Results:** There is a great shortage of Brazilian articles and studies about this condition, especially studies aimed specifically at the pediatric public and the nursing care provided in these cases. Only seven articles found in electronic journals and the database were included, as well as a paper published online, and only four of them specifically addressed hip Piorthritis. Differential and early diagnosis is of utmost importance for the prevention of complications. **Conclusion:** Piorthritis is an extremely debilitating disease with a high rate of morbidity and mortality in pediatrics, and can cause serious permanent sequelae to patients. Further studies on this condition in children are needed. Case studies are presented as an important method of scientific investigation, providing academics with a huge gain of knowledge and the development of the ability to relate theory and practice, a fundamental skill for the development of Nursing Care Systematization (SAE).

**Keywords:** Children's Health; Septic arthritis; Pediatric nursing.

## **1 INTRODUÇÃO**

A Piorrite constitui-se como uma importante afecção no âmbito da pediatria, podendo afetar de forma agressiva qualquer articulação do corpo. O desenvolvimento de uma infecção em região articular é extremamente prejudicial para o crescimento e amadurecimento das crianças, considerando-se que estas se encontram em fase de desenvolvimento - principalmente em relação às estruturas ósseas -. Outro ponto inerente a estes quadros é o grande impacto psicossocial causado pela doença, tanto na criança, quanto em sua família (KOTZIAS; OLIVEIRA; STIPP, 2011).

A enfermagem está em constante contato com o paciente e seus familiares, podendo proporcionar conforto e acolhimento, além de preparar e orientar a família acerca das possíveis complicações causadas pela doença. O estudo acerca desta doença torna-se, portanto, fundamental para a formação de enfermeiros capacitados e para que novas estratégias assistenciais sejam traçadas (SANTOS; MIRANDA, 2016).

## 2 MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, realizado em um hospital de grande porte na cidade de Campo Grande – MS, com paciente de seis anos de idade, internado no setor de Pós-operatório Pediátrico, nos dias 10 e 11 de abril de 2019. Os dados do histórico de enfermagem do paciente foram coletados respeitando-se a confidencialidade, sem qualquer tipo de vazamento de informações. O referencial bibliográfico foi consultado em artigos e periódicos disponíveis na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), em revistas eletrônicas, além de trabalhos publicados *online*. As palavras-chave utilizadas para pesquisa de artigos científicos foram: Piorrite; Saúde da Criança; Artrite séptica; Enfermagem Pediátrica. Como critérios de inclusão: foram incluídos artigos que não fugiam ao tema, que se enquadravam às palavras-chave e que estavam em língua portuguesa. Como critérios de exclusão: foram excluídos artigos que fugiam ao tema.

## 3 HISTÓRICO DO PACIENTE

Paciente com seis anos de idade, 23 kg, admitido no setor de Ortopedia e Traumatologia, advindo do Pronto Socorro, no dia 02 de abril de 2019, com caráter de urgência. Durante a triagem, a mãe - que o acompanhava -, relatou que há cerca de cinco dias a criança havia passado a apresentar febre de início súbito, após a mesma sofrer trauma decorrente de uma “bolada” durante um jogo de futebol, sem outras queixas associadas. No entanto, segundo a mesma, após dois dias, a febre persistia - cessando com a utilização de Dipirona - e a criança passou a se queixar de intensas dores em quadril, além de apresentar dificuldade para movimentar todo o membro inferior esquerdo.

No mesmo dia da admissão foi realizada uma Ultrassonografia (US) de quadril esquerdo, a qual apresentou derrame articular hipoecoico associado a espessamento sinovial. Além disso, ao exame físico, a criança apresentava palidez tóxica, taquicardia, taquipneia e rotação externa fixa do membro. O paciente recebeu o diagnóstico de Piorrite não especificada do quadril esquerdo.

Em 03 de abril, durante a madrugada, foi realizada a primeira drenagem cirúrgica da articulação - com saída de aproximadamente 05 ml de secreção purulenta -, além de coleta de material para cultura. Ainda no dia 03, o paciente apresentou saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) de 94% e temperatura de 37,4°C, sinais preocupantes, foi então solicitada a curva térmica, a fim de se monitorar a variação da temperatura corporal do mesmo.

Em 04 de abril houve a solicitação médica de exame radiográfico da bacia com urgência, além da recomendação de uma reabordagem cirúrgica, visto que o paciente evoluía com piora do quadro geral, com persistência da febre e rotação externa extrema do membro. Na evolução médica destaca-se o estado psicológico da criança, que já havia feito terapia - recomendação da escola - por ser uma criança pouco comunicativa. A mãe referiu que a criança não ia ao banheiro por medo de sentir dor

ao movimentar-se. O paciente apresentava-se sempre apático e choroso, comunicando-se, geralmente, apenas com sua mãe, referindo muita dor em membro inferior esquerdo. O acompanhamento psicológico do mesmo foi, então, solicitado.

No dia 05 de abril o ortopedista responsável realizou a solicitação de outra US de quadril e membro inferior esquerdos, tendo este apresentado o mesmo resultado da anterior. Além disso, foi solicitada uma RM de articulação coxofemoral e coxa esquerda. Ainda no dia 05, houve a realização de mais um procedimento cirúrgico de investigação, com exploração articular (com sinovectomia parcial) de médias e grandes articulações, sendo feita, ainda, a drenagem de um abscesso articular presente na área explorada, tenólise - para recuperação da mobilidade -, e colhimento de fragmento da capsula articular para a realização de cultura. A antibioticoterapia foi suspensa nesse dia, sendo readequada com prescrição de Meropenen associado à Vancomicina. Posteriormente, foi prescrito Lactulona (xarope), para tratar os sintomas da constipação intestinal e promover a evacuação.

Em 07 de abril houve o levantamento de suspeita de formação de coleção (infiltrado inflamatório) em coxa esquerda, após resultado da RM - que apresentou alteração na musculatura da mesma -. No mesmo dia a criança apresentou de um episódio de febre, porém, havia melhora no estado geral da mesma e nos resultados de exames laboratoriais. No dia seguinte, foi realizada mais uma US da articulação do quadril esquerdo, a fim de se investigar a presença de secreção purulenta na região. Em 09 de abril o paciente seria submetido a uma nova abordagem cirúrgica, caso o mesmo apresentasse outro episódio de febre. O procedimento não foi realizado, pois a criança se manteve com quadro afebril neste período. O paciente seguia aos cuidados da enfermagem.

O paciente apresentava perda constante do acesso venoso periférico (AVP), durante todo o período de internação - até a data da coleta de dados -, mesmo com o uso de Filme de Poliuretano Transparente, em consequência da sudorese intensa que o mesmo produzia. Isto tornava necessária a realização de diversos procedimentos de punção venosa, o que causava extremo desconforto à criança, que apresentava grande angústia e dor, além de choro forte durante estes procedimentos. Não houve a realização de qualquer adaptação para a fixação do acesso por parte da enfermagem, até a data da coleta de dados. A confirmação da suspeita de coleção em musculatura da coxa esquerda também não havia sido realizada, até o momento.

### 3.1 EXAMES SOLICITADOS

Os exames solicitados, até o momento da coleta de dados, foram: Ultrassonografia de quadril / coxofemoral esquerdo – tendo estas apresentado derrame articular espesso e espessamento sinovial; Radiografia de quadril esquerdo – a qual apresentou aumento do espaço articular -; Ressonância de articulação coxofemoral e coxa esquerda; Hemograma Completo – apresentando 21. 430 leucócitos;

PCR Reativa - apresentando valor extremamente aumentado, de 520 mg/dL; Hemocultura – com resultado positivo -.

### 3.2 MEDICAÇÕES PRESCRITAS

Inicialmente, como antibioticoterapia foram prescritos 1 g de Oxacilina (500 mg) e 1 g de Ceftriaxona (1 g), ambas diluídas em 40 ml e 60 ml de SF 0,9%, respectivamente, 430 ml de soro glicosado (SG) 5% para equilíbrio hidroeletrólítico, com 4,3 ml de KCL (19,1%) e 17,2 ml de NaCL (20%), soro fisiológico (SF) 0,9% para hidratação, além de 5 ml de Dipirona Sódica 2 ml/amp. (ped.), em caso de dor ou febre. Posteriormente, foi adicionada à prescrição 1 mg/kg/dia de Bromoprida, para casos de náuseas/ vômitos e 23 gotas de Paracetamol, em casos de dor ou febre. Como o paciente continuava apresentando quadro febril e evoluía com piora, a antibioticoterapia teve de ser readequada, sendo substituída por 40 mg/kg/dia de Vancomicina e 60 mg/kg/dia de Meropenem.

## 4 PIOARTRITE

A Pioartrite ou Artrite Séptica pode ser caracterizada como uma resposta inflamatória decorrente de uma invasão bacteriana que atinge os espaços articulares. Esta é uma afecção que pode atingir todas as faixas etárias, porém, sua prevalência apresenta-se mais concentrada no público pediátrico. Quando diagnosticada ou tratada de maneira tardia, a infecção pode se proliferar rapidamente, disseminando-se sobre a cartilagem articular, destruindo-a. Em relação à artrite séptica de quadril - forma mais comum e danosa da doença -, o diagnóstico e tratamento precoce é um ponto fundamental para que se evitem danos maiores, como a destruição irreversível da cabeça femoral (ZONER *et al.*, 2005).

A invasão bacteriana pode ocorrer de diversas maneiras, sendo as mais comuns a disseminação hematogênica - quando o sangue já contaminado por bactérias adentra os espaços articulares -, o desenvolvimento à partir de um foco infeccioso já instalado em região próxima à articulação - como nos casos de diagnóstico prévio de osteomielite, abscesso ou celulite -, e a inoculação direta através de materiais contaminados, como cateteres, durante procedimentos invasivos (NASSIF *et al.*, 2009).

Dentre os agentes causadores, o *Staphylococcus aureus* se apresenta como o principal microrganismo presente nos casos, em todas as faixas etárias, entretanto, outros microrganismos, como o *Streptococcus* e o *Haemophylos Influenza* também podem ser encontrados. Vale destacar que qualquer agente infeccioso pode acometer os espaços articulares, causando uma reação inflamatória (KOTZIAS NETO; OLIVEIRA; STIPP, 2011; NASSIF *et al.*, 2009).

Com a invasão bacteriana dos espaços articulares, há a liberação de endotoxinas - partes integrantes das membranas de bactérias gram-negativas, liberadas após a destruição destas -,

seguinte-se pela liberação de citocinas, moléculas que emitem sinais para as células imunes -. Esta resposta imune causa uma reação inflamatória, mediada pelo sistema imunológico, que acaba degradando o líquido sinovial e, posteriormente, a cartilagem articular logo nas primeiras 48 horas. Após esse processo, a membrana sinovial se torna espessa e hiperemiada, a quantidade de líquido sinovial produzida aumenta, o que, conseqüentemente, distende a articulação. A partir desse ponto, inicia-se a degradação da cartilagem hialina, o que pode ser irreversível. Ademais, pode haver disseminação da infecção para regiões adjacentes, além de anquilose, com perda da mobilidade articular (KOTZIAS NETO; OLIVEIRA; STIPP, 2011).

#### 4. 1 ASPECTOS CLÍNICOS

As principais manifestações clínicas da Piorrite são leucocitose - níveis elevados de glóbulos brancos no sangue -, com valores superiores a 12.000 cels/mm<sup>3</sup>, velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada, com valor superior a 50 mm/h, hemocultura positiva, além de proteína C reativa (PCR) elevada, com valores superiores a 01 mg/dL. Ademais, há presença de achados radiográficos e no exame de RM, com detecção de derrame articular e espessamento sinovial. Ao exame físico, o paciente pode apresentar edema, eritema e dor na região afetada, além de limitação funcional importante (ROSA *et al.*, 2011).

#### 4. 2 SINTOMAS

Dentre os sintomas apresentados, destacam-se a dor intensa na região afetada, limitação do quadril e dificuldade / impossibilidade de movimentar o membro inferior acometido, prejuízo na mobilidade - em decorrência da dor -, além de febre persistente. Outros sintomas, como irritabilidade e anorexia, também podem ser encontrados. Quanto menor a idade da criança, menor o número de sintomas específicos a serem apresentados (NAKA *et al.*, 2001).

#### 4. 3 DIAGNÓSTICO

Em pacientes pediátricos, a investigação etiológica de queixas álgicas de quadril deve ser uma prática precoce, considerando-se seu estado geral e as particularidades apresentadas em cada caso. O diagnóstico diferencial deve ser realizado por parâmetros seguindo-se os achados clínicos que o paciente apresenta e suas queixas, tendo em conta o histórico e exame físico do mesmo. Os principais exames diagnósticos a serem realizados podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Avaliação laboratorial / exames para diagnóstico de Pioartrite na criança

EXAMES	INDICATIVOS DE PIOARTRITE
ULTRASSONOGRRAFIA	Presença de derrame articular
HEMOGRAMA/EXAMES LABORATORIAIS	Leucocitose (>12.000 cels/mm <sup>3</sup> ), VHS elevada (>50 mm/h), PCR elevada (>1 mg/dL), hemocultura +
RADIOGRAFIA	Aumento do espaço articular e borramento da gordura periarticular

(Fonte: Adaptado de Rosa *et al.*, 2011).

É importante destacar a necessidade de se realizar o diagnóstico diferencial nesses casos, visto que a Pioartrite possui sintomas muito semelhantes aos da Sinovite transitória em crianças, sendo esta segunda, entretanto, uma afecção não infecciosa e relativamente comum na população pediátrica. A principal diferença entre as duas condições é o fato de que a Sinovite transitória não apresenta agente bacteriano como causa, tendo causa idiopática, com ausência de sinais de infecção, tanto em exames laboratoriais, quanto de imagem (HAMIDAH; VASCONCELOS, 2013).

#### 4. 4 TRATAMENTO

A avaliação da equipe de ortopedia faz-se obrigatória assim que a suspeita de Pioartrite se estabelece, dessa forma, pode-se realizar o mais urgentemente possível a punção articular na área afetada. A intervenção cirúrgica de urgência evidencia-se como uma boa linha terapêutica, pois além de promover alívio ao paciente, auxilia no fechamento do diagnóstico, possibilitando a coleta de material para cultura (MATOS; GUARNIERO; GODOY JÚNIOR, 2006).

Associada à cirurgia, tem-se a antibioticoterapia empírica precoce, iniciada o mais rápido possível, mesmo sem a certeza do tipo de agente causador da doença. Esta conduta baseia-se na concepção de que o atraso do início tratamento da Pioartrite favorece significativamente o desenvolvimento de complicações e sequelas permanentes. Dentre os antibióticos mais utilizados, a Oxacilina se apresenta como o mais presente no tratamento empírico, entretanto, é importante que as drogas sejam escolhidas conforme o Gram (positivo ou negativo) apresentado no líquido sinovial (MATOS; GUARNIERO; GODOY JÚNIOR, 2006).

A fisioterapia e analgesia são outras medidas fundamentais para o tratamento da doença, visto que os pacientes sentem dor de alta intensidade, o que interfere na adesão ao tratamento. É comum que as crianças tenham receio em movimentar o membro afetado, pelo fato de a dor ao movimento ser muito intensa, isso dificulta a promoção e recuperação da mobilidade da mesma, além de aumentar

o tempo de internação, fatores determinantes no prognóstico do paciente. O controle da dor é feito através de analgésicos comuns ou anti-inflamatórios não esteroides (ZONER *et al.*, 2005). As principais medidas terapêuticas podem ser observadas na Tabela 2.

**Tabela 2** – Antibióticos, analgésicos e outras medidas terapêuticas para o tratamento de Piorrite na criança

ANTIBIÓTICOS/ANALGÉSICOS/OUTRAS MEDIDAS	INDICAÇÕES/CONDIÇÕES
OXACILINA, CEFTRIAXONA, AMINOGLICOSÍDEO, CLINDAMICINA, GENTAMICINA, VANCOMICINA, ENTRE OUTROS	Administrar os antibióticos por via parenteral inicialmente, nos primeiros 3-5 dias. Pode ser administrada por via oral após esse período, caso haja melhora do quadro geral. Adequar conforme bacterioscopia e evolução do quadro/tolerância do paciente.
ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS	Para redução dos sinais inflamatórios e consequentemente da dor.
FISIOTERAPIA	Para melhora/recuperação da mobilidade. O acompanhamento deve ser realizado por quanto tempo for necessário, mesmo após alta hospitalar.
DRENAGEM CIRÚRGICA (ARTROTOMIA)	Para limpeza e descompressão da articulação, além de redução do inoculo bacteriano.

(Fonte: Adaptado de Kotzias Neto; Oliveira; Stipp, 2011).

O tratamento dura cerca de 2 a 4 semanas em pacientes sem comorbidades e com boa evolução. O tempo de antibioticoterapia ainda não teve um consenso único definidor. Alguns autores referem que a duração ideal seria de três semanas, por via parenteral, e mais três semanas por via oral, enquanto outros indicam o tempo mínimo de uma semana de terapia endovenosa e mais três semanas de terapia via oral, após melhora do quadro geral. Estudos demonstram que a utilização de antibióticos por maior tempo está relacionada à reincidência de sintomas e sequelas importantes (NASSIF *et al.*, 2009).

## 5 RESULTADOS

Nota-se uma grande escassez de artigos e estudos brasileiros realizados especificamente acerca da Pioartrite em crianças. Foram incluídos apenas seis artigos encontrados em revistas eletrônicas e no banco de dados, além de um trabalho publicado *online*, sendo que apenas quatro destes abordaram especificamente a Pioartrite em quadril. As datas de publicação também são fatores a serem ponderados, já que o ano de 2013 compreende a publicação mais recente encontrada acerca desta temática.

A atuação da enfermagem nestes casos ainda é pouco explorada, sendo baseada principalmente na assistência direta ao paciente. Observa-se que a equipe de enfermagem possui grandes oportunidades de promover o bem-estar da criança internada, devendo atentar-se principalmente para a redução da dor - já que esta é fator extremamente estressante para as crianças e seus familiares - além da promoção do conforto e acolhimento. O atendimento interdisciplinar torna-se fundamental nestes casos, principalmente em relação à assistência fisioterapêutica e psicológica.

## 6 DISCUSSÃO

Apesar de a Pioartrite ser uma condição grave, com altas taxas de morbimortalidade dentre o público infantil, esta ainda não possui protocolos assistenciais suficientes, tanto em relação à quantidade, quanto à qualidade, visto que foi possível encontrarmos na literatura apenas uma proposta de protocolo clínico voltada especificamente ao paciente pediátrico. Sendo assim, faz-se necessária a elaboração de protocolos integrais que direcionem a terapêutica a ser implementada, considerando-se aspectos como idade, presença de comorbidades e/ou complicações, peso, nível de gravidade da infecção, além da saúde mental da criança.

O paciente em questão apresentava todos os sinais, sintomas e aspectos clínicos característicos de Pioartrite grave. Nota-se que o quadro teve evolução rápida, com grandes danos à articulação e membro inferior afetado. Pode-se aferir que isto se deve em grande parte à demora na procura pelo atendimento de saúde - o paciente foi avaliado por profissionais cerca de cinco dias após o aparecimento dos sintomas -, já que a degradação articular inicia-se logo nas primeiras 48 horas após a infecção.

A causa do desenvolvimento da afecção nesta criança se apresenta como uma questão a ser melhor elucidada, visto que o trauma causado pela “bolada” por si só não explica o desenvolvimento de Pioartrite - a pele permaneceu íntegra -. Acredita-se que a infecção tenha se desenvolvido após disseminação hematogênica de um foco infeccioso de outro sítio, ou em decorrência de uma doença articular prévia. Isto demonstra uma lacuna no processo de cuidado desse paciente, pois é preciso

investigar ativamente as possíveis causas relacionadas à Piorrite, possibilitando o tratamento adequado desta e a prevenção de maiores complicações que possam surgir posteriormente.

Considera-se que a perda constante de acesso por parte da criança poderia ter sido melhor avaliada e abordada pela equipe de enfermagem. Os profissionais poderiam ter buscado uma forma de adaptação para a fixação do acesso, a fim de reduzir a necessidade de realização de punções, promovendo, assim, o conforto da criança e melhorando a adesão desta ao tratamento. A aplicação de produtos adstringentes na região adjacente pode ser uma alternativa para a redução da sudorese e melhora da fixação do acesso. Outra medida disponível é a aplicação de talco antisséptico.

O comportamento retraído do paciente é outro ponto importante a ser destacado, sendo notável que este poderia ter sido mais estimulado a interagir com as outras crianças internadas no quarto, bem como a participar de atividades recreativas, como pinturas, desenhos ou artesanato no leito. A enfermagem tem protagonismo na realização destas ações, pois é o grupo de profissionais que tem mais contato com o paciente. A assistência integral desta criança deve ser realizada de forma rigorosa, com caráter holístico, considerando-se as possíveis sequelas permanentes causadas pela doença e seus impactos psicossociais.

## **7 CONCLUSÃO**

Pode-se aferir que o diagnóstico e tratamento da Piorrite ainda apresentam grandes impasses no âmbito da comunidade científica. Diversos são os profissionais envolvidos no atendimento à criança internada para tratamento da doença, conseqüentemente, diversas são as linhas terapêuticas e concepções acerca da melhor forma de tratar esta. Neste contexto, não há um consenso, entre todas estas áreas, que propicie um protocolo de diagnóstico e tratamento integral e interdisciplinar.

Faz-se, portanto, de grande valia a realização de maiores estudos acerca desta condição e suas implicações para a saúde da criança, além de se discutir melhor o papel da assistência de enfermagem e sua contribuição para estes casos. A elaboração de protocolos específicos, integrais e multidisciplinares, tanto para diagnóstico, quanto para abordagens terapêuticas, é outra medida necessária.

## **REFERÊNCIAS**

1. HAMIDAH, N. M; VASCONCELOS, F. L. **Artrite séptica em pediatria: proposta de um protocolo clínico**, 2013.

2. KOTZIAS NETO, A.; OLIVEIRA, M. A.; STIPP, W. N. Avaliação do tratamento da artrite séptica do quadril. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo, v. 46, supl. 4, p. 14-20, 2011.
3. MATOS M. A.; GUARNIERO R.; GODOY JÚNIOR R.M. Artrite séptica do quadril. **Rev Bras Ortop.** 2006;41(6):187-94.
4. NAKA, E. N. et al. Quadril doloroso em crianças e adolescentes: análise de 52 casos. **Pediatria** (São Paulo), 23 (4) :290-7, 2001.
5. NASSIF, K. C. et al. Artrite séptica em pediatria. **Rev Med Minas Gerais**, 19 (2 Supl 3): S39-S45, 2009.
6. ROSA, J. R. P.; KOJIMA, C. M.; FERNANDES, L. F. L.; HEHN, B. J.; SANTILI C. Fluxograma diferencial entre a artrite séptica e sinovite transitória do quadril em crianças. **Acta Ortop. Bras.**, 19(4) 202-5, 2011.
7. SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, p. 350-359, jul/set. 2016.
8. ZONER, C. S. et al . Quadril doloroso na criança. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 389-395, dez. 2005.