

EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

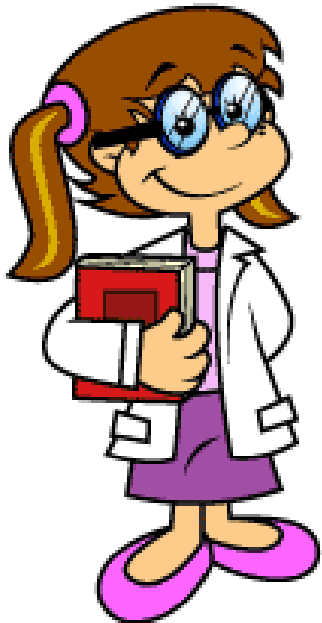
Curativo em Ferida Cirúrgica

Lágila Cristina Nogueira Martins

Thaís Santos Guerra Stacciarini

Ferida cirúrgica

Intencionais e realizadas sob condições assépticas, fundamentação teórica e científica, e com instrumentais apropriados



Drenos

Colocados no interior de uma ferida ou cavidade, afim de permitir a retirada de ar ou de secreções normais ou patológicas, evitando também o acúmulo de líquidos, e conseqüentemente estimulando o fechamento de espaços vazios

Fixadores externos

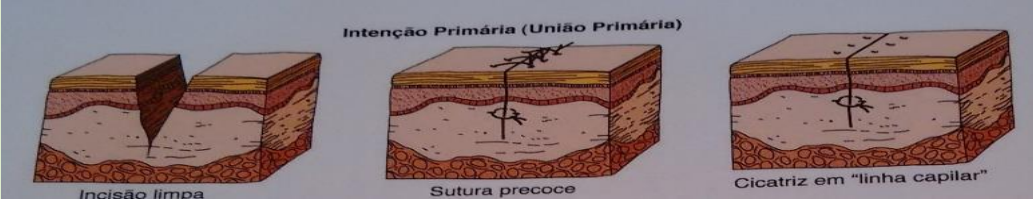

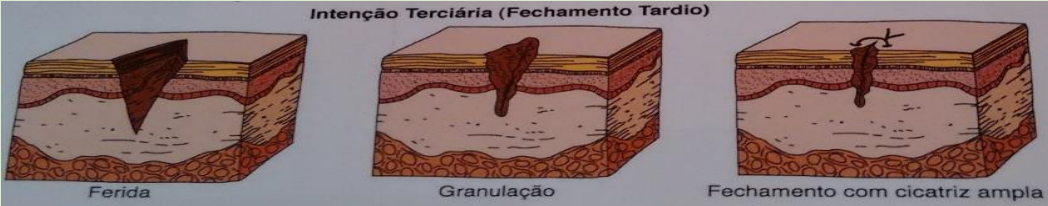
Dispositivos que permitem manter a estabilidade da estrutura óssea e de tecidos moles. São compostos por fios e pinos de fixação transóssea, as hastes de sustentação externa e os clampes.

Classificação das Feridas Cirúrgicas

Quanto ao potencial de contaminação:

Classificação	Definição
Limpa ou asséptica	Lesões realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação. Sem processo infeccioso. Ex: incisões cirúrgicas que não entram no sistema gastrointestinal, respiratório ou genitourinário.
Limpa contaminada	Tecidos colonizados por flora bacteriana pouco numerosa, sem processo infeccioso. Ex: acidente doméstico, situações cirúrgicas em que houve contato com o sistema gastrointestinal, respiratório ou genitourinário. Risco de infecção é de 10%.
Contaminada	Tecidos colonizados por flora bacteriana considerável, mas não virulenta. Ex: feridas cirúrgicas em que há quebra na assepsia ou quando ultrapassa o limite de tempo; feridas traumáticas com mais de 6 horas. Risco de infecção de 20 a 30%.
Infectada	Potencialmente colonizadas por detritos ou microrganismos, evidencia sinais de infecção como tecido desvitalizado, exsudação purulenta e odor característico.

Quanto ao tipo de cicatrização

Classificação	Definição
Primeira Intenção	<p>Perda tissular mínima, em que as bordas não são muito afastadas. Ex.: incisões cirúrgicas, sem infecção e sem muito edema.</p>  <p>Intenção Primária (União Primária)</p> <p>Incisão limpa Sutura precoce Cicatriz em "linha capilar"</p>
Segunda Intenção	<p>Feridas com perda de tecido de espessura plena, com bordas irregulares e que não se aproximam; com ou sem infecção. Ex.: lacerações profundas; queimaduras; lesões por pressão.</p>  <p>Intenção Secundária (Contração e Epitelialização)</p> <p>Ferida com hiato irregular Granulação O epitélio cresce sobre a cicatriz</p>
Terceira Intenção	<p>Também conhecido como fechamento primário tardio. Feridas profundas que não são suturadas de imediato, ou são deixadas abertas propositalmente, até que não haja sinais de infecção, sendo posteriormente suturadas</p>  <p>Intenção Terciária (Fechamento Tardio)</p> <p>Ferida Granulação Fechamento com cicatriz ampla</p>

PRIMEIRA INTENÇÃO



(Fonte: SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007)

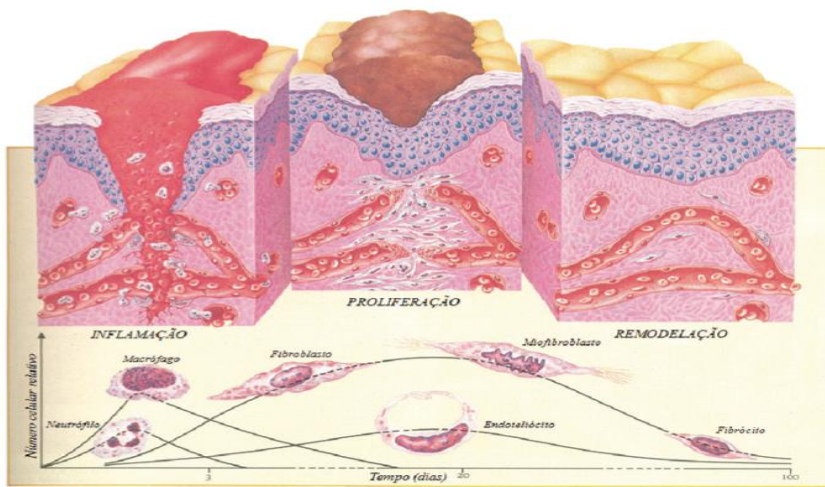


SEGUNDA INTENÇÃO

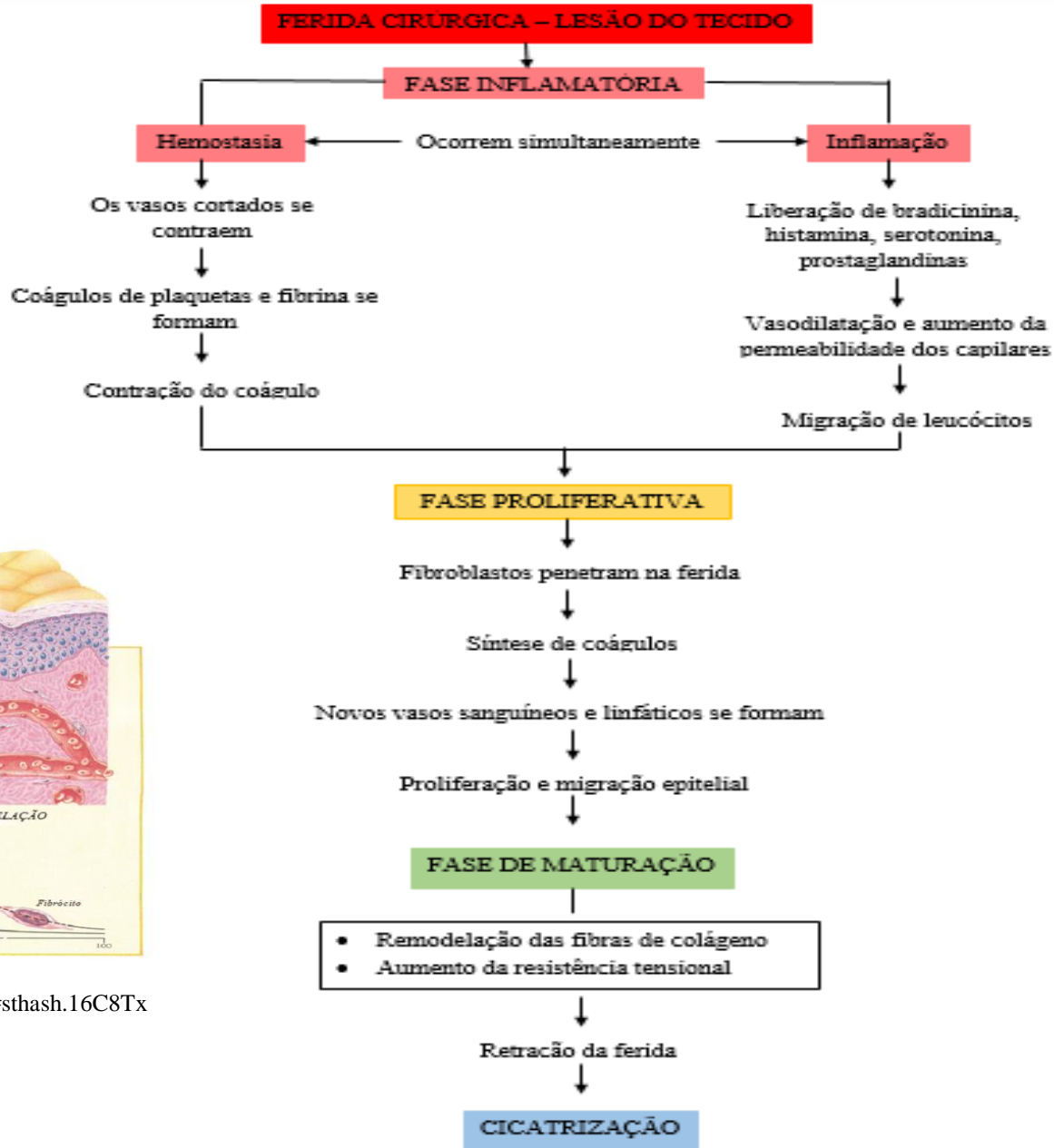


TERCEIRA INTENÇÃO

Fases do processo de cicatrização



(Fonte: <http://www.plasticaplexus.com.br/new/cicatrizacao.php#sthash.16C8TxPF.dpbs>)



(Fonte: POTTER; PERRY, 2009)

Avaliação da ferida em cada fase da cicatrização

❖ Inflamatória (do momento da lesão até o 4º dia pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor e margem da incisão	Vermelho claro para rosa, com bordas aproximadas sem nenhuma tensão.	Tensão evidente na linha de incisão
Inflamação do tecido adjacente	Tumefação, eritema, ou despigmentação da pele; quente ao toque, dor e edema	Nenhum sinal de inflamação presente, nenhuma tumefação, formação de hematoma
Tipo de drenagem	Sanguinolenta, progredindo para serosa	Secreção purulenta
Quantidade de drenagem	De moderada a mínima	Em excesso
Material de sutura	Presente. Podem ser suturas, grampos ou cola biológica	Não se aplica
Novo tecido (reepitelização)	Presente por volta do 4º dia ao longo de toda incisão	Ausente ao longo de toda a incisão

FASE INFLAMATÓRIA



❖ Proliferativa (do 5º ao 14º dia do pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor e margem da incisão	Vermelha, progredindo para rosa claro (tonicidade da pele)	As margens não estarem bem aproximadas e com tensão evidente na linha de incisão entre 5º e 9º dia e as bordas da ferida permanecerem vermelhas, progredindo para rosa claro entre 10º e 14º.
Inflamação do tecido adjacente	Ausente	Resposta inflamatória prolongada e entre o 5º e 9º dia formação de hematoma.
Tipo de drenagem	Ausente	Qualquer tipo de drenagem. Tingida de vermelho/amarelo ou pus.
Quantidade de drenagem	Ausente	Entre 5º e 9º dia: apresentar drenagem de quantidade moderada a mínima Entre 10º e 14º dia: apresentar drenagem em qualquer quantidade
Materiais de sutura	Indicação de remoção da sutura entre o sétimo e décimo dia, de acordo com prescrição médica e protocolo institucional, levando em consideração a situação clínica do cliente e a localização topográfica do sítio cirúrgico.	Presença ou não indicação de remoção de suturas ou fitas externas
Novo tecido	Presente ao longo de toda incisão	Ausente ao longo de toda a incisão. Entre 10º e 14º dia abertura da linha de incisão
Cicatrização das bordas	Presente por volta do 9º dia ao longo de toda a incisão	Ausente ao longo de toda a incisão. Entre 10º e 14º dia abertura da linha de incisão

FASE PROLIFERATIVA



Lesão em fase proliferativa avançada, com fibrina em bordas, tecido de granulação no centro da ferida e diminuição das bordas.

❖ Maturação/ remodelação (15º dia a 1, 2 anos do pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor da incisão	Rosa-pálido, progredindo para branco ou prata em clientes com pele clara, rosa-pálido, progredindo para mais escuro do que a cor normal da pele ou de pálido para branco em clientes com pele escura.	Formação de novo tecido, queiloide ou formação de cicatriz hipertrófica
Inflamação do tecido adjacente	Ausente	Estagnação do processo de cicatrização
Tipo de drenagem	Ausente	Qualquer tipo de drenagem presente
Quantidade de drenagem	Ausente	Qualquer quantidade presente
Material de sutura	Ausente	Presença de sutura e no caso de cicatrização por segunda intenção é anormal a ferida não se contrair ou as bordas não se aproximarem
Novo tecido	Presente	Ausente ou pele de aparência anormal, tais como queiloide ou cicatriz hipertrófica
Cicatrização das bordas	Presente	Formação de abscesso com ferida aberta para cicatrizar por segunda intenção

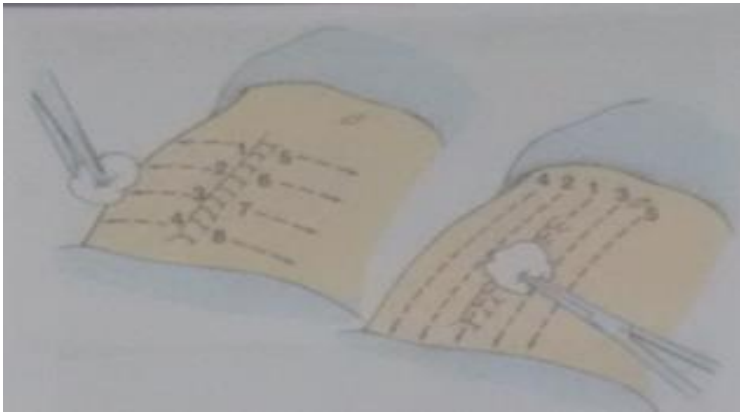
FASE DE MATURAÇÃO



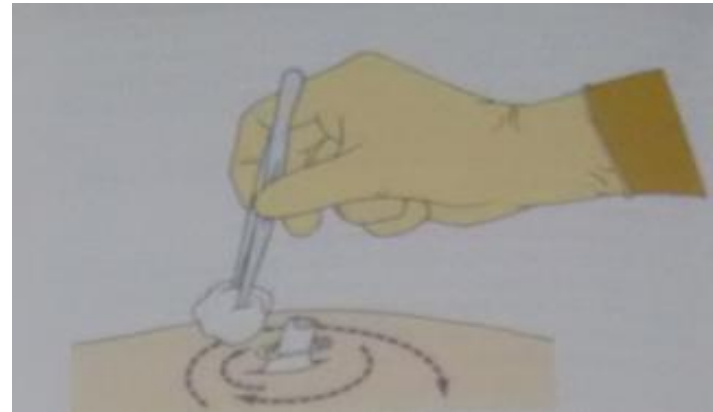
Critérios para a realização de curativos

Em todos os tipos de curativos:

- Administrar medicação analgésica prescrita, se necessário, de 10 a 30 minutos antes da troca de curativo.
- Realizar troca de curativo diariamente, se seco e limpo. Após o banho (proteger o curativo durante o banho).
- Realizar os curativos de forma independente e sempre iniciar o curativo pela ferida mais limpa.
- Realizar a limpeza sempre em sentido único e usando todas as faces da gaze.



Técnica correta de antissepsia da ferida cirúrgica



Técnica correta de antissepsia do sítio de inserção do dreno



- Identificar o curativo com o nome do profissional, data e hora que foi realizado.
- Na ausência de bandeja de curativo, utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo anterior e luvas esterilizadas para a realização do novo curativo (técnica estéril).
- Observar características da ferida e da pele adjacente (abcesso), levando em consideração a fase do processo de cicatrização em que a ferida se encontra.
- Orientar quanto aos cuidados com a ferida no domicílio.
- Os curativos em ferida cirúrgica podem ser realizados pelo enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem e acadêmicos de enfermagem e de medicina sob supervisão do professor e/ou responsável.
- Contraindicação: Instabilidade hemodinâmica importante agravada pela mobilidade do cliente durante a realização do curativo (Restrição relativa).



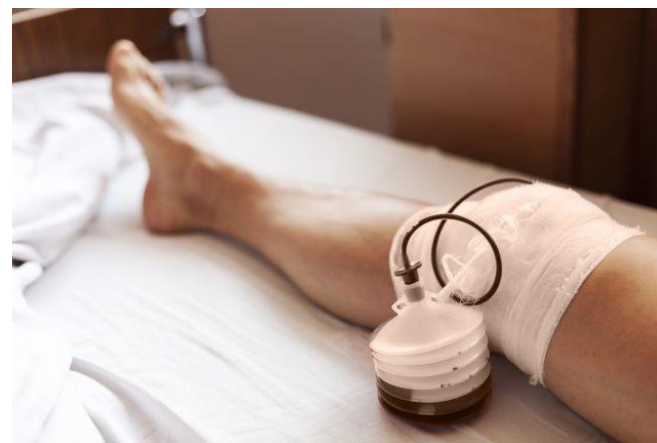
Avaliação do sítio cirúrgico

- Curativo estéril por 48 horas após a síntese da ferida e depois deste período se estiver limpo e seco, manter a ferida aberta (água e solução degermante a cada 24 horas).
- Observar características do exsudato;
- Inspeccionar e palpar a ferida após a remoção do curativo;
- Observar a presença de reações ocasionadas pelo material de sutura;
- Observar a presença de complicações, e comunicar o enfermeiro e registrar no prontuário.
- Reavaliar o plano de cuidado, se necessário.

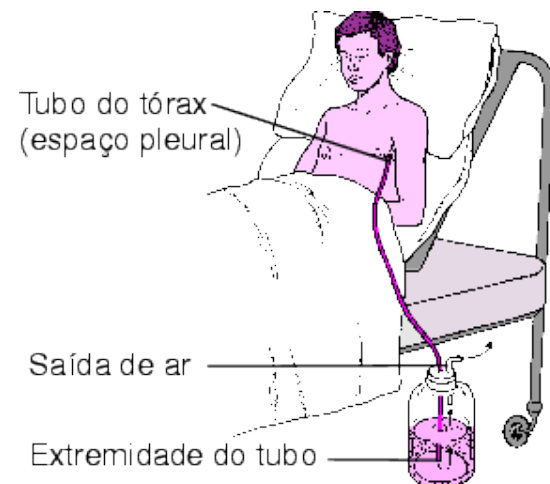


Avaliação dos sistemas de drenos

- Inspecionar e palpar o local de inserção do dreno, antes de iniciar o curativo.
- Avaliar as características e mensurar a quantidade de secreção drenada em cada plantão.
- Observar a pele adjacente.
- Utilizar bolsa coletora quando o volume drenado for superior a 50 mL a cada 24 horas.
- Desprezar o efluente drenado pelo “portovac” a cada seis horas.
- Observar sinais de complicações



- Em casos de drenagem torácica, manter o frasco de selo d'água abaixo do nível do tórax; clampear o dreno sempre que houver troca do selo d'água ou o frasco estiver acima do nível de tórax; não clampear durante o transporte do paciente; não deixar o frasco apoiado no chão; desprezar a secreção drenada e realizar a troca de selo d'água diariamente.
- Utilizar sistema de aspiração contínua quando for preciso drenar grandes volumes de ar ou líquidos;
- Certificar-se se todas as conexões do dreno estão bem fixadas.
- Manter a bolsa coletora de líquido posicionada sempre à altura do ventrículo lateral, ou seja, a nível do pavilhão auricular (nível 0 ou 10).
- Realizar curativo oclusivo, após retirada do dreno.

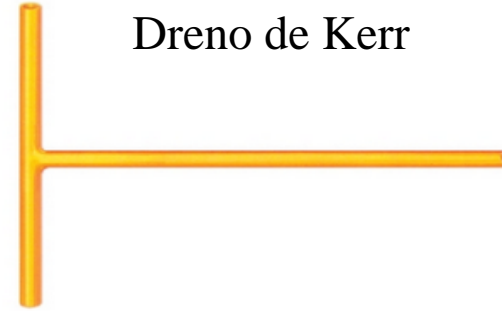


❖ Drenos

Dreno de Penrose



Dreno de Kerr

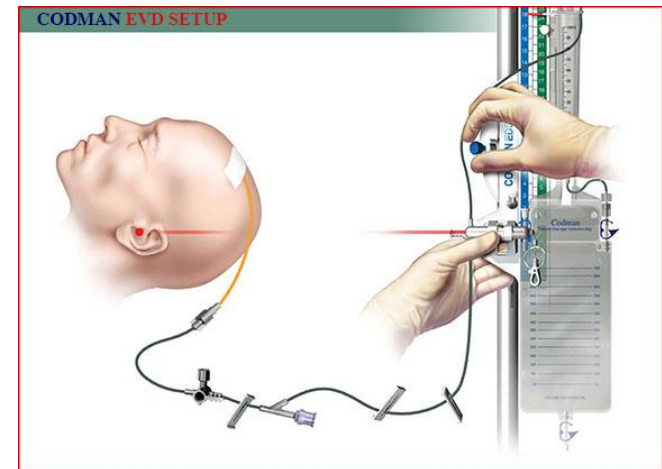


Dreno torácico

Dreno de sucção (Portovac)



Derivação Ventricular Externa



Avaliação dos fixadores externos

- Utilizar SF 0,9% para limpeza, álcool 70% para antissepsia; gazes, compressas esterilizadas e atadura para oclusão.
- Limpeza diária dos fixadores com álcool 70%. Rotular o frasco de álcool e ficar atento ao prazo de validade do mesmo.
- Observar se há presença de sinais flogísticos ao redor da inserção dos pinos.
- Manter o membro elevado, para prevenir ou reduzir edema.
- Implementar cuidados com a tração.
- Observar perfusão periférica, pulso, sensibilidade e edema.





Biossegurança e controle de infecções



- ❖ Conjunto de ações que visam a prevenção, minimização ou eliminação de riscos que comprometem a saúde humana, animal e o meio ambiente.
- ❖ Benefícios tanto para o profissional de saúde como para o cliente.
- ❖ O uso correto de EPIs e a higienização das mãos constituem os meios mais simples de prevenção de infecções relacionadas à assistência à Saúde, porém:
 - O uso de luvas não substitui a higienização das mãos;
 - Não lavar as mãos enluvasadas;
 - Não tocar desnecessariamente em superfícies e materiais usando luvas;
 - As luvas devem ser retiradas imediatamente após o procedimento. Retirá-las corretamente para evitar a contaminação das mãos.

Fatores de risco para o desenvolvimento de infecção no cliente com feridas

PRÉ-OPERATÓRIO

INTRAOPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO



Fatores relacionados ao cliente	Fatores relacionados ao ambiente de cuidado	Fatores relacionados à lesão
✓ Imunossupressão	✓ Ambiente para curativos inadequado, falta de planejamento e equipamentos	✓ Feridas agudas
✓ Desnutrição, anemia	✓ Superlotação, distância entre os leitos, espaços reduzidos	✓ Cirurgias contaminadas, longa duração, traumas, presença de tecido necrótico ou corpo estranho
✓ Uso de medicamentos (corticoides e imunossupressores)	✓ Relação profissionais de enfermagem-pacientes inadequada	✓ Feridas crônicas
✓ Redução da perfusão tecidual por hipóxia	✓ Falta de adesão à higienização das mãos	✓ Úlceras profundas e/ou extensas, tecido necrótico ou corpo estranho, localização próxima a áreas potencialmente contaminadas
✓ Doenças crônicas, arterial, metabólica, cardíaca, respiratória, anemia	✓ Uso incorreto ou incompleto de equipamento de proteção individual	✓ Diagnósticos clínico e laboratorial imprecisos e/ou tardios
✓ Institucionalização prolongada	✓ Uso indiscriminado de antimicrobianos e multirresistência	✓ Colonização e infecção por microrganismos multirresistentes
✓ Higiene precária	✓ Falta de insumos básicos, como curativos e luvas	✓ Disseminação, osteomielite e sepsis.
✓ Hábitos alimentares, tabagismo, obesidade, alcoolismo	✓ Higiene ambiental precária	
✓ Atividades ocupacionais de risco		

Complicações da cicatrização da ferida

❖ Hemorragia e perda de líquido intersticial

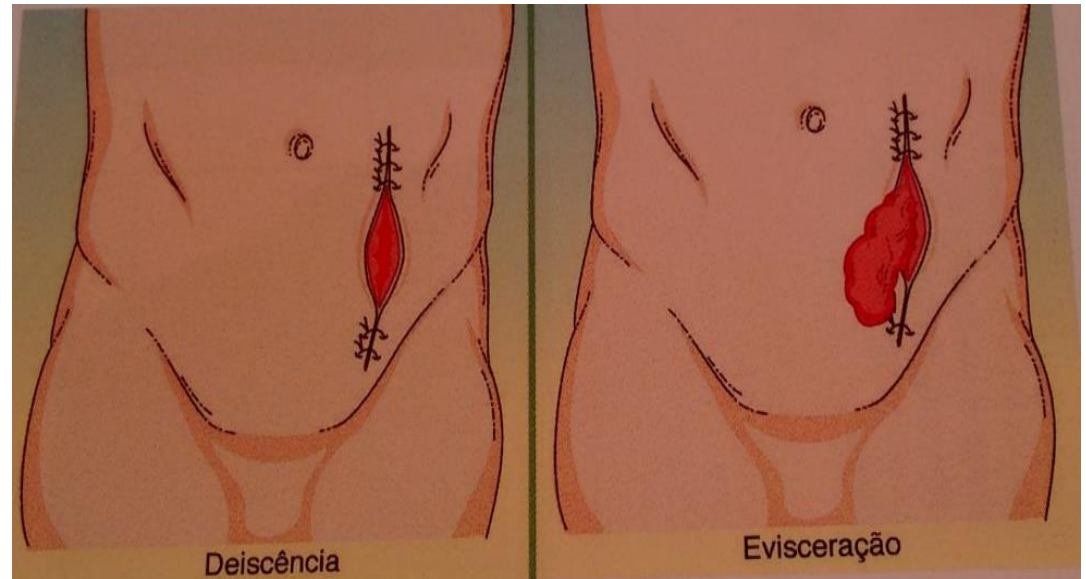
❖ Hematomas

❖ Infecção

❖ Deiscência

❖ Evisceração

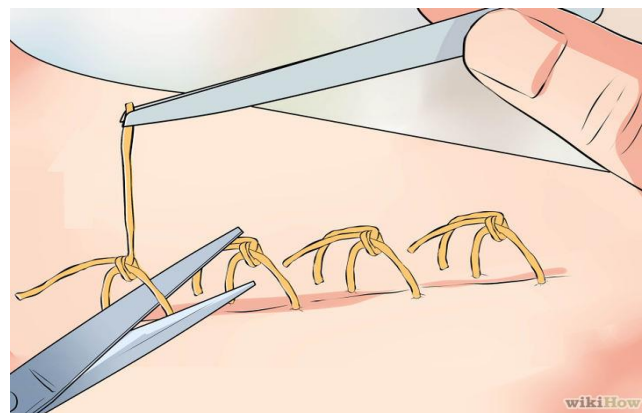
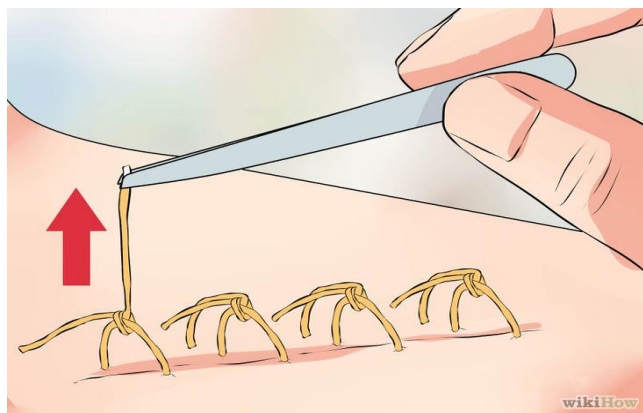
❖ Fístulas



(Fonte: CRAVEN; HIRNLE, 2006)

Retirada de pontos

- ❖ Acorre após a cicatrização da ferida, o que varia de sete a dez dias, dependendo da localização, eficiência da irrigação sanguínea dos tecidos e evolução do processo cicatricial e tipo de cicatrização (primeira, segunda ou terceira intenção).
- ❖ Antes da retirada, observar se todos os pontos estão secos e cicatrizados. No caso de sinais flogísticos não retirar os mesmos.
- ❖ O número de pontos deve ser contado antes e após a remoção.
- ❖ Em suturas contínuas, inicia-se a retirada por uma das extremidades da incisão.
- ❖ Para as suturas não contínuas, inicia-se a retirada pelo ponto central, extraíndo-se os demais pontos intercaladamente



Avaliação diagnóstica HC-UFTM

TABULAÇÃO DA COLETA DE DADOS – FERIDAS CIRÚRGICAS (18/03/2017)

	Nº DE PAC.	Nº DE PAC. FO	Nº PAC. FO e PRESC.	PRESC. SEGUIDA	CURATIVOS (quem realiza)	CURATIVOS (técnica)	CURATIVOS (local dos materiais)
UDIP	9	0	0	S	ENF	DA	CP
NEUROLOGIA	15	2	2	S	TAENF	DA	CP
C. CIRÚRGICA	43	25	0	N	TAENF	DA	CP
C. MÉDICA	36	0	0	Às vezes	ENF	DA	MR
ONCOHEMATO	4	0	0	S	ENF	E	CC
ORTOPEDIA	15	11	11	N (nº reduzido de técnicos)	TAENF	E	CC
G.O.	19	6	0	N	TAENF	E	CP
UTI – A	10	8	8	S	ENF	E	O (mesa auxiliar)
UTI – C	10	5	5	S	ENF	E	CC
UTI – N	20	2	2	S	ENF	DA	CC
BERÇARIO	11	0	0	N (não tem no setor)	ENF	DA	CC
PEDIATRIA	22	3	0	N	ENF	DA	CC
TOTAL	214	62	28	S – 6/N - 5	TAENF – 4/ ENF - 8	DA – 7/E - 5	CP –4/CC – 6/MR- 1/O - 1

LEGENDA:

S – Sim

N – Não

ENF – Enfermeiro

TAENF – Técnico

ou auxiliar de

enfermagem

SE – Somente

estéril

SL – Somente

Limpa

E - Estéril

L – Limpa

DA – De acordo

com a ferida

operatória

CC – Carrinho de

curativo

CP – Cama do

paciente

MR – Mesa de

refeições

O – Outros

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NOS SETORES COM PRESCRIÇÃO E FERIDA CIRÚRGICA

	Nº DE PAC. FO	Nº PAC. FO e PRESC.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES/ PRESCRIÇÕES
NEUROLOGIA	2	2	Integridade da pele prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Risco de Infecção (2)	Avaliar aspecto da ferida operatória (2); Observar condições de suturas (1); Realizar curativos (1).
ORTOPEDIA	11	11	Integridade da pele prejudicada (1) Integridade Tissular Prejudicada Risco de Infecção (7) Pacientes novos – Sem prescrição (3)	Avaliar aspecto da ferida operatória (3) Realizar curativo (5). Outros (2).
UTI – A	8	8	Integridade da pele prejudicada Integridade Tissular Prejudicada (2) Risco de Infecção (5) Outro (1)	Avaliar aspecto da ferida operatória (5) Implementar cuidados com drenos (1) Realizar curativo (1) Outros (2)
UTI – C	5	5	Integridade da pele prejudicada (2) Integridade Tissular Prejudicada Risco de Infecção (5)	Avaliar aspecto da ferida operatória (4) Implementar cuidados com drenos (1) Realizar curativo (4)
UTI – N	2	2	Integridade da pele prejudicada (1) Integridade Tissular Prejudicada Risco de Infecção (2)	Outros (2)

Referências

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2007.
- CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J.. **Fundamentos de Enfermagem**: Saúde e Função Humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1492 p.
- DANTAS, S. R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, p.2-137, 2001.
- FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. *Arq Cienc Saúde.*, v. 13, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2006.
- GEOVANINI, T. **Tratamento de feridas e curativos**: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014. 512p.
- POHL, F.F.; PETROIANU, A. **Tubos, sondas e drenos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 547p.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1480 p.
- SILVA, A.C.N. et al. Avaliação de risco biológico relacionada à biossegurança e controle de infecções. In: **Anais do Congresso Interamericano de Saúde Ambiental**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental, 2010, v. 8, p.15.
- SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas**: Fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007. 508 p.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico- cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 4v.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. *Fundamentos de enfermagem*: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
- TAZIMA, M.F.G.S.; VICENTE, Y.A.M.V.A.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-64, 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 168p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 201p.
- BRANDÃO, V.Z.; SOLER, Z.A.S.G. Implementação do processo de enfermagem para um paciente com fixador externo Ilizarov: estudo de caso. *Arq Cienc Saúde*, Aão José do Rio Preto, v. 13, n.3, p.61-64, 2006.



OBRIGADA

