

Feridas Crônicas e Agudas
Ferimentos Agudos

IruXol[®]***Mono***
colagenase

Revisão e Adaptação:

Lina Monetta

COREN: 26880

Enfermeira Mestre pela Universidade de São Paulo

Especialista em Enfermagem em Dermatologia

Diretora de Enfermagem da Bio Sana's

Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

© 2006 RTM Ltda. Tel: 55 11 5507.57.35 – Fax: 5507.57.34

e-mail: rtm@rtmbrasil.com.br – todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução total ou parcial sem autorização prévia por escrito dos editores.

FERIMENTOS AGUDOS

E. Oltra Rodríguez

Os ferimentos agudos são lesões produzidas por uma agressão externa acidental ou deliberada de qualquer etiologia, que provocam rompimento da solução de continuidade em uma ou várias camadas da pele, com ou sem perda de substância.

Não havendo complicações, os ferimentos superficiais evoluem naturalmente para a cicatrização de forma fisiológica. Porém, lesões tissulares de médio e grande porte tem seu processo de cicatrização mais complexo, seja pela proporção da injúria que exige maior esforço e tempo de reparo, seja pelo maior risco de complicações.

O tratamento moderno de feridas vem favorecer a cicatrização nestas lesões, pois objetiva:

- Proporcionar o meio ideal ao processo de cicatrização.
- Diminuir o tempo de cura.
- Evitar ou resolver as possíveis complicações.
- Obter o resultado funcional e estético melhor possível.

Classificação dos ferimentos

- Segundo o agente causal:
 - Incisos: agente afilado e cortante. Bordas nítidas,

limpas e regulares.

- Pontagudos: agente terminado em ponta. Profundos e com pequeno orifício de entrada.

- Contusos: agente de superfície ampla, bordas irregulares e contundentes, destruição tecidual importante.

O habitual é que os ferimentos não correspondam exclusivamente a uma destas definições mas sejam mistos.

• Segundo a profundidade:

- Arranhadura: compromete somente a epiderme.

- Escoriação: compromete somente a epiderme, porém com perda de substância.

- Penetrante: penetra em profundidade e atinge uma cavidade (tórax, etc).

- Perfurante: rompe a parede de vísceras ocas.

• Por sua complexidade:

- Simples ou superficial: a lesão atinge somente até o tecido celular subcutâneo. Bom prognóstico.

- Profunda ou complexa: produz lesões nas estruturas mais profundas e complexas (vasos e tendões, etc).

Maior risco de complicações.

• De acordo com a situação microbiana:

- Não Colonizada

- Colonizada

- Infectada

Cicatrização por 1ª intenção

Indicada em feridas assépticas, com escassa perda de

substância, tem curta evolução (de 6 a 12 horas, de acordo com as características do ferimento). As bordas estão aproximadas diretamente, a fim de evitar deslocamentos através de suturas ou de métodos adesivos cutâneos (aproximação das bordas com “pontos falsos”).

No estreito espaço entre as duas faces da ferida, é produzida inicialmente a formação do coágulo e a reação inflamatória, posteriormente a proliferação e migração de células epiteliais e, finalmente, a reparação da rede de tecido conjuntivo.

A cura é rápida e os resultados costumam ser aceitáveis, tanto estética como funcionalmente.

Cicatrização por 2ª intenção

O ferimento evolui para a cicatrização mais lentamente, através da síntese de tecido cicatricial em substituição à área lesionada. Está indicada em feridas infectadas, complexas, de longa evolução, com grande perda de substância, etc.

Caracteriza-se pela abundante proliferação do tecido de granulação, da reepitelização e da contração do ferimento, que tenta reduzir a superfície a ser recoberta.

A limpeza adequada

Os ferimentos devem ser limpos na primeira avaliação e na troca de cada curativo. O intuito é eliminar microrganismos e todo tipo de elementos que dificultem a cicatri-

zação, tais como: corpos estranhos, excesso de exsudato e de detritos, tecido necrótico, restos de tratamentos anteriores, etc.

Dependendo do tipo de trauma, durante a primeira limpeza, a lesão poderá conter muitos detritos e importante contaminação, nestes casos, devemos ser minuciosos e um pouco mais enérgicos na limpeza mecânica. A anestesia ou a analgesia poderão ser indicadas para minimizar os inconvenientes que possam ser produzidos ao paciente. Poderão ser utilizados materiais cirúrgicos, retirada mecânica com gases ou escova, água e sabão neutro ou solução salina isotônica em jato, de acordo com as necessidades. Nos curativos posteriores, é necessário encontrar um equilíbrio entre a limpeza e a preservação dos tecidos de neoformação, que são muito frágeis, será utilizada solução salina isotônica em jato.

A aplicação de agentes degermentes ou anti-sépticos, é recomendada para antisepsia da pele íntegra não sendo recomendável sua utilização de forma generalizada, especialmente a partir da fase de granulação, por serem citotóxicos e na fase de epitelização, na qual alguns deles podem deformar o tecido cicatricial.

A profilaxia antitetânica

O tétano, doença muito grave, causada pelo *Clostridium tetani*, não pode ser erradicada, porém, pode ser prevenida.

FERIMENTOS AGUDOS

Os profissionais da saúde devem promover a cobertura vacinal de todos os pacientes com ferimentos agudos ou crônicos.

Situação imunitária (doses recebidas)	Ferimento de baixo risco		Ferimento de alto risco	
	Tox.	IGHT	Tox.	IGHT
Desconhecida ou não confiável	Sim ⁽¹⁾	Não	Sim ⁽¹⁾	Sim
0 ou 1 dose	Sim ⁽¹⁾	Não	Sim ⁽¹⁾	Sim
2 doses	Sim ⁽¹⁾	Não	Sim ⁽¹⁾	Não ⁽²⁾
3 ou mais doses Última dose recebida há 10 ou mais anos	Sim	Não	Sim	Não
Última dose recebida entre 5 e 10 anos	Não	Não	Sim ⁽³⁾	Não
Última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não

Tox. = toxóide tetânico (vacina)

IGHT = imunoglobulina antitetânica humana

(1) = completar as séries de vacinação

(2) = administrar a IGHT se a ferida possui mais de 24 horas

(3) = antecipar a dose de reforço

Tempo para retirada dos pontos

A observação minuciosa da incisão cirúrgica, da região de inserção dos pontos e suas possíveis reações, estabelecerá o tempo que a sutura deve permanecer. Quanto mais tempo ela permanecer, maiores as possibilidades de reação inflamatória por rejeição do material e quanto menos tempo seja mantida, ocorre maior risco de deiscência.

Como orientação: face 4-5 dias, couro cabeludo 7-9 dias, tronco 8-12 dias, extremidades 10-14 dias.

Em muitos casos é aconselhável, depois de retirar a sutura, reforçar a linha da cicatriz, durante alguns dias, com tiras adesivas apropriadas.

Feridas agudas e dolorosas

A referência à dor por parte do paciente ou de seus cuidadores, deve ser sempre valorizada pelos profissionais de saúde. Deve ser avaliada a etiologia da dor e suas características, tais como: intensidade, duração, frequência e os fatores que agudizam a algia.

A dor pode ser abordada de maneira local, (meio úmido, tratamento da infecção caso existente, imobilização da região caso seja necessário, utilização de anestésicos tópicos ou por infiltração, etc), e utilizando analgesia sistêmica, caso seja necessário.

A importância da orientação adequada

Todo profissional de saúde deve orientar os pacientes e familiares, sobre os cuidados com a pele durante o tratamento. Estas orientações podem melhorar o resultado final da cicatrização. Por exemplo:

- Hidratação da região, através do uso de cremes ou lubrificantes, pelo menos até que a pele recupere suas funções (de 6 a 12 meses).
- Proteção das radiações solares, através do uso de filtro solar sobre a cicatriz.
- Avaliar a evolução da cicatriz e procurar um serviço especializado caso observe sinais de alteração da mesma

Complicações das feridas agudas

Merecem especial atenção: as hemorragias e o comprometimento de estruturas profundas, principalmente tendões e nervos (que devem ser permanentemente mantidos em meio úmido e livres de infecção).

A médio prazo, a complicação mais importante é a infecção, que deve ser prevenida através de limpeza adequada e avaliação sobre a necessidade de tratamento antibiótico.

É necessário monitorar minuciosamente os sinais da lesão e os sintomas do paciente, para estabelecer medidas locais e sistêmicas, caso sejam necessárias. Outra complicação a médio prazo dos ferimentos agudos da pele é sua cronificação, em decorrência de tratamento inadequado

ou tardio, ou pelas próprias características do paciente. A longo prazo, as retrações da cicatriz com suas conseqüências estéticas ou funcionais e as diferentes anomalias, tais como quelóides hipertróficos, hiperpigmentações, malignização, etc, são problemas pelos quais o paciente será encaminhado para um serviço especializado em cirurgia plástica.

Contaminação das feridas

Desde que haja solução de continuidade, poderá ocorrer a contaminação desta área que poderá ter diferentes procedências:

- Da margem do ferimento e região adjacente: para prevenção, esta área será tratada com higienização adequada e as precauções de manipulação correspondentes, especialmente no caso em que o ferimento é situado próximo de regiões contaminadas, tais como o períneo e fístulas.
- Do ambiente: orientar o paciente a nunca realizar o curativo em locais com presença de insetos e abundância de partículas voláteis. Solicitar uso de máscara para evitar a contaminação a partir das pulverizações por exalação (tossir, falar, etc), por parte de quem realize os curativos.
- Do material com o qual foi produzido o ferimento: é imprescindível uma limpeza eficaz do ferimento, para remoção de todas as partículas que permaneceram no seu leito.

- Dos agentes e materiais utilizados nos curativos: atualmente, recomenda-se técnica limpa para manipulação de feridas, porém, se for necessário uso de metais cirúrgicos (pinças, tesouras, etc..), deve-se utilizar sempre material estéril e possuir conhecimentos e habilidades para manipular o ferimento adequadamente. Os agentes que realizam a troca dos curativos (profissionais de saúde, cuidadores ou o próprio paciente) podem contaminar as lesões quando não as manuseiam adequadamente.

Avaliação do especialista

Diversos motivos podem justificar um encaminhamento ao profissional especializado em tratamento de feridas e seria desejável que em cada região ou centro de saúde estivessem protocolados os cuidados para manuseio e tratamento tópico das lesões da pele. Entre outros, podemos enumerar: os conhecimentos e a experiência do profissional, os recursos disponíveis e as características do ferimento e do paciente, como por exemplo:

- Os ferimentos na face, principalmente em indivíduos jovens e, especialmente, se estão situados entre as duas linhas verticais que unem imaginariamente o centro das pupilas com as comissuras dos lábios.
- Aqueles que afetam estruturas mais profundas (tendões, etc).
- Aqueles ferimentos que por sua situação ou dimen-

sões seriam suscetíveis de complicações graves ou pudessem comprometer a funcionalidade de um membro (futuras retrações, etc).

- Em pacientes com antecedentes de cicatrização anormal, ou que estejam recebendo antiagregantes plaquetários.
- Em pacientes não colaborativos, tais como algumas crianças, indivíduos especialmente ansiosos (nervosos), intoxicados por drogas, por álcool, etc.
- Em pacientes portadores de patologias que dificultam o processo cicatricial (diabetes, hipertensão, hepatopatia, nefropatia, entre outras) ou que esteja realizando tratamento imunossupressor.

Orientação pós-cirúrgica

O paciente deve conhecer e saber utilizar, caso seja necessário, a analgesia que tenha sido indicada. Serão excluídos os analgésicos com efeitos antiagregantes, tais como o ácido acetilsalicílico e deve conhecer o esquema antibiótico, caso tenha sido instituído.

Indicar recursos caso sejam constatadas complicações, tais como: hemorragia, deiscência da sutura, ou sinais de infecção.

Manter o membro ou a região operada imobilizados, pelo menos relativamente, durante 24-48 horas, para posteriormente ir avançando em direção à normalidade funcional, caso alguma circunstância concretamente não

contra-indique esse procedimento.

Orientar a maneira de conservar o curativo ou a bandagem limpos e lavar a região com água e sabão neutro, decorridas 24-48 horas, caso não exista impedimento por outras características, evitando a formação de crostas e a aplicação de anti-sépticos, especialmente aqueles que possuem risco potencial de colorir a cicatriz (aqueles baseados em mercuriocromo, iodo, etc).

Informar o paciente do momento em que deve estar presente para retirada da sutura, caso esta conduta seja necessária.

Bibliografia básica

- KRASNER, D. *Chronic Wound Care: a clinical source look for health care professionals*, 2ª ed: Health Management Publications, USA, 1997.
- ARRIBAS BLANCO, J.M. *Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia*. Madrid: Jarpyo Editores, 1993
- COMITÉ DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. *Academia Americana de Pediatría*. Red Book 1997. Barcelona: Medical Trends S.L., 1998.
- DE DIEGO CARMONA, J.A. *Patología quirúrgica*, vol 9, Madrid: Ediciones Luzán 5, 1988.
- GONZÁLEZ HERMOSO, F. *Práctica quirúrgica preclínica*. Universidad de La Laguna: Servicio de publicaciones, 1998.
- JILL, D. *Cuidado de las heridas*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.
- LÓPEZ CORRAL, J.C. *Actuación de enfermería ante las úlceras y heridas*. Madrid: Ediciones Luzán 5, 1992.
- POIRIER, J. *Cuaderno de histología humana*. Fascículo VII. Madrid: Editorial Marban, 1974.
- PROGRAMA SOFOS – ConvaTec – *Curso de actualización en la preven-*

- ción y tratamiento de las heridas.* Madrid: Drug Farma, S.L., 1998.
- SALLERAS SANMARTÍ, L. *Vacunaciones preventivas.* Barcelona: Masson Ediciones, 1998.
- TORRA BOU, J.E. *Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo.* Madrid: Jarpyo Editores, 1997.

