

Estudo preliminar sobre registros de deiscência de ferida operatória em um hospital universitário

Graciete S. Marques,^{1*} Priscila Francisca Almeida,² Larissa Raíssa C. de Farias,³ Dayse C. do Nascimento⁴

Resumo

Introdução: Uma das complicações graves da fase pós-operatória é a deiscência da ferida operatória (FO). Essa ocorrência mobiliza toda equipe de saúde e acarreta cuidados específicos com o paciente cirúrgico associados ao tempo de internação, custos e riscos envolvidos. **Objetivos:** Conhecer o perfil do paciente com deiscência de FO e descrever as condutas com base no registro da equipe de saúde contido no prontuário. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, realizado em duas unidades de internação de cirurgia geral de um hospital universitário de grande porte, durante o terceiro trimestre de 2013. Os participantes foram selecionados a partir da consulta aos prontuários, e o critério de inclusão foi a presença do termo “deiscência” nos registros de médicos e enfermeiros. **Resultados:** Foram registrados 10 casos de deiscências de FO; a maioria em mulheres com histórico prévio de doenças associadas, a partir das 96 horas de pós-operatório. O sítio cirúrgico mais evidenciado foi a região abdominal. **Conclusões:** Embora limitada, a casuística evidenciou não haver uniformidade de condutas e cuidados nos registros de médicos e enfermeiros. Recomenda-se a utilização de protocolos específicos para feridas cirúrgicas visando direcionar a tomada de decisão clínica mais acurada.

Descritores: Deiscência da ferida operatória; Prontuários; Procedimentos curativos; Enfermagem cirúrgica.

Abstract

Preliminary study on operatory wound dehiscence records in a university hospital

Introduction: One of the serious complications of the postoperative phase is the wound dehiscence (WD). It mobilizes the entire healthcare team and brings specific care to surgical patients associated with hospitalization time, costs and risks involved. **Objectives:** To know the profile of patients with WD and describe the behavior based on the record of the health team registered in the medical records. **Methods:** This is a descriptive, exploratory and retrospective study carried out in two general surgical inpatient units of a large university hospital, during the third quarter of 2013. The information on the medical records was driving the selection of participants, and the inclusion criterion was the presence of the term “dehiscence” on the records. **Results:** There were 10 dehiscences, most of which in women with history of associated diseases, from the 96 postoperative hours. The most evident surgical site was the abdominal region. **Conclusions:** However limited, the sample showed from the records of both doctors and nurses that there was no uniformity of conduct and care. The use of specific pro-

1. Seção de Cirurgia Plástica. Comissão de Curativos. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
2. Seção de Cirurgia Geral. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
3. Centro Universitário Facex (UNIFACEX). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
4. Comissão de Curativos. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Boulevard Vinte e Oito de Setembro, 77, 3º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20550-030.
E-mail: gracietesmar@gmail.com

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(4):312-319
doi: 10.12957/rhupe.2016.31605
Recebido em 15/06/2016. Aprovado em 22/11/2017.

ocols for surgical wounds is strongly recommended, aiming at more accurate clinical decision-making.

Keywords: Surgical wound dehiscence; Medical records; Therapeutics; Surgical nursing.

Resumen

Estudio preliminar sobre registros de dehiscencia de herida operatória en un hospital universitário

Introducción: Una de las complicaciones graves de la fase postoperatoria es la aparición de dehiscencia de la herida (DH). Por consiguiente, esta ocurrencia moviliza a todo el equipo de salud y conlleva cuidados específicos para los pacientes quirúrgicos asociados con el tiempo de hospitalización, los costos y los riesgos involucrados. **Objetivos:** Conocer el perfil de los pacientes con dehiscencia de la herida y describir el comportamiento basado en el registro del equipo de salud contenido en el prontuario. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y retrospectivo llevado a cabo en dos unidades de hospitalización de cirugía general de un gran hospital universitario, durante el tercer trimestre de 2013. Se seleccionó a los participantes a partir de la consulta de los registros médicos, el criterio de inclusión fue la presencia del término “dehiscencia” en los registros de médicos y enfermeros. **Resultados:** Se mostraron 10 dehiscencias, la mayoría en las mujeres con un historial previo de enfermedades asociadas, a partir de las 96 horas del postoperatorio. El abdomen fue

el sitio quirúrgico más evidenciado. Conclusiones: Aunque limitada, la muestra no tenía uniformidad de conducta ni de cuidado en los registros de los médicos y enfermeros. Se recomienda el uso de protocolos específicos para las heridas

Introdução

A integridade cutânea desempenha fatores importantes do ciclo vital do ser humano. A pele é uma barreira protetora contra organismos causadores de doença, além de ser um órgão sensorial para dor, temperatura e toque. A perda de sua integridade coloca em risco a segurança do organismo e provoca uma reação complexa de cicatrização.¹⁻⁴

A ferida operatória (FO) é aquela produzida cirurgicamente por um objeto cortante, ferida esta cuja cicatrização pode ser de primeira, segunda ou terceira intenção. A cicatrização por primeira intenção ocorre em feridas assépticas, com um mínimo de destruição tissular, fechadas adequadamente por união primária pela sutura. A cicatrização por segunda intenção acontece em feridas infectadas ou em feridas cujas bordas não foram aproximadas. Já a cicatrização por terceira intenção ocorre em feridas profundas que não foram suturadas anteriormente ou que se romperam e são ressuturadas em momento posterior.^{4,6-9}

A deiscência é uma complicação grave na cicatrização da FO, descrita como ruptura da sutura com separação das bordas sem a protusão de órgãos. Pode ser classificada como parcial, com poucos centímetros, ou completamente aberta, devido ao excesso de tensão na ferida, hematoma ou infecção, ou pode, ainda, ser resultante de distensão abdominal acentuada ou tosse exaustante, acentuada por fatores como idade avançada, nutrição inadequada e doença pulmonar ou cardiovascular. Em incisões abdominais pode ocorrer a evisceração, considerada como evento gravíssimo.^{1,2,4,6-8}

A deiscência da ferida operatória mobiliza toda equipe de saúde e acarreta cuidados específicos associados ao tempo de internação e recuperação do paciente cirúrgico, aumenta os gastos com a hospitalização, sendo capaz de provocar comorbidades, problemas psicossociais e incapacitantes e pode levar a óbito.^{7-8,11,12}

Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 2008 estimou que a deiscência ocorre em 0,5-3,4% das cirurgias abdominais e pélvicas. O mesmo estudo reforça que a complicação prolonga o tempo de internação (9,5 dias de pós-operatório), além de ser relatada como motivo de reinternações.^{11,12}

No Brasil, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda à Comissão de Infecção Hospitalar

quirúrgicas directas con el proposito de tomar decisiones clínicas más precisas.

Palabras clave: Dehiscencia de la herida quirúrgica; Registros médicos, Terapéutica; Enfermería quirúrgica.

(CCIH) de cada instituição o uso do indicador sobre taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC), como parâmetro de qualidade e segurança ao paciente.¹⁴ A taxa de ISC é descrita como uma das três principais entre as infecções em serviços de saúde e compreende 14% a 16% das infecções encontradas nos pacientes hospitalizados.¹³ Ainda em relação à ISC, a ANVISA e o The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) recomendam considerar os planos envolvidos: superficial e profundo avaliados até os 30 primeiros dias de pós-operatório. Os critérios da ISC na deiscência parcial ou total da parede ou abertura da ferida pelo cirurgião são baseadas em pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar superior a 37,8 °C, dor ou aumento da sensibilidade local, exceto se a cultura for negativa.¹²⁻¹⁴

Ressalta-se que os cuidados dispensados caracterizam-se por uma avaliação rigorosa do sítio cirúrgico, exame físico da ferida e pele adjacente, relacionando os achados com o processo de cicatrização, assim como emprego de conduta padronizada pela equipe de saúde.^{17-9,14}

Destaca-se que a boa comunicação é indispensável ao trabalho multidisciplinar. Nesse aspecto, a utilização do registro clínico pela equipe de saúde no prontuário é uma ferramenta essencial de transmissão de informações sobre a evolução do paciente.^{8,15,16} Sendo assim, o Conselho Federal de Medicina define o prontuário como um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.¹⁷

Sob essa ótica, no prontuário devem constar dados sobre a saúde do paciente e nele também devem ser assinaladas as medidas associadas e a variabilidade de cuidados adotados pelos respectivos profissionais. Ressalta-se que o registro é uma prova legal de que o procedimento foi prestado e serve como meio de avaliação dos serviços de saúde.^{8,15-17}

O hospital de ensino é um espaço privilegiado de aprendizagem de diversas profissões de saúde, onde é permitida a interação dinâmica entre ensino e prática, com desafios constantes relacionados aos cuidados com

as feridas e a tecnologia dos produtos que requerem conhecimentos atualizados na avaliação e intervenção. Nesse sentido, reforçamos a importância dos registros no prontuário do paciente, pois os mesmos oferecem visibilidade e valorização da prática.¹⁶

A pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil do paciente com deiscência na ferida operatória nas unidades de internação de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e descrever as condutas implementadas pela equipe de saúde, tendo como base os registros contidos no prontuário.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva do tipo documental, exploratório-descritiva.¹⁹ A coleta de dados nos prontuários transcorreu no terceiro trimestre de 2013, nas unidades de internação de Cirurgia Geral do HUPE, em duas enfermarias, feminina e masculina, totalizando 20 leitos. A média de internação foi de 3 dias, prevalecendo a correção de hérnias da parede abdominal para os homens e da colecistectomia para as mulheres.^{10,25}

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE com o parecer nº 314.157/2013. A análise foi descrita pelas amostragens e os dados foram levantados após o tratamento estatístico simples registrado em planilha do Microsoft Office Excel 2010, na qual foram efetuados os cálculos de frequência e posteriormente a análise descritiva.

Resultados

Ao fim de três meses, chegou-se ao quantitativo de 10 casos de deiscência de FO registrados nos prontuários de pacientes internados. Dos 10 pacientes, o maior número de casos foi do sexo feminino, com idade igual ou superior a 31 anos e histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A Tabela 1 aponta dados relacionados às variáveis de sexo, idade, comorbidade e a intervenção cirúrgica à qual o paciente foi submetido. O sexo feminino apresentou maior frequência.

Em relação à história mórbida (Tabela 1), destaca-se que cinco pacientes apresentaram duas ou mais doenças prévias as quais contribuíram para a complicação no processo de cicatrização.

Foram identificados, entre os pacientes estudados, cinco com histórico de cirurgias prévias, porém sem referência à ocorrência de deiscência de ferida operatória em cirurgia anterior.

Tabela 1. Perfil biodemográfico dos pacientes com deiscência de ferida operatória internados nas unidades de Cirurgia Geral de um hospital universitário. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

	Variável	Pacientes (n)
Sexo	Feminino	8
	Masculino	2
Idade em anos/ faixa etária	De 31 a 40	1
	De 41 a 50	2
	De 51 a 60	2
	De 61 a 70	3
	De 71 a 80	1
	≥ 81	1
Comorbidades	Hipertensão arterial	5
	Diabetes mellitus	4
	Síndrome nefrótica	1
	Infecção do trato urinário	1
	Hipotireoidismo	1
	HIV	1
	Neoplasia	1
	Asma	1
	Obesidade	1
	Não registrado	1
	Sem comorbidade	1
Abordagem cirúrgica	Gastroenteroanostomose	2
	Duodenopancreatectomia	2
	Laparotomia exploradora	2
	Retossigmoidectomia	2
	Exerese de sarcoma em tecido mole escapular com rotação de retalho muscular	1
	Exerese de sarcoma em tecido mole glúteo-trocantariana com rotação de retalho	1

Fonte: Autoria própria (2013).

A localização da deiscência na ferida operatória relaciona-se à cirurgia realizada, com o predomínio da região abdominal (8 casos), conforme indicado na Tabela 1. Foram detectadas duas deiscências fora da região abdominal, uma na região glúteo-trocanteriana, outra na região escapular.

Dos prontuários estudados, dois pacientes apresentaram deiscência antes de completar 48 horas de pós-operatório e sete pacientes a partir do 4º dia (96 horas).

Quanto aos curativos, foram registradas de uma (maioria) a três a trocas diárias quando havia grande quantidade de exsudato. Dentre os produtos utilizados na troca do curativo cirúrgico, o soro fisiológico 0,9% foi o mais utilizado sob a forma de irrigação de toda área da ferida e periférica.

Foram identificados cinco registros de antisepsia com clorexidina degermante, após a irrigação com o soro fisiológico 0,9%, e o uso de álcool a 70% utilizado como limpeza com gaze, antes da aplicação do degermante.

Discussão

As unidades de internação de Cirurgia Geral, que constituíram o cenário da pesquisa, possuem considerável rotatividade de pacientes, cujo tempo de internação é de poucos dias, graças principalmente às técnicas cirúrgicas por videolaparoscopia, minimamente invasivas.^{10,25} Ademais, tem sido abordado na literatura que cirurgias invasivas e mais complexas prolongam o tempo de internação. A partir deste fato, infere-se que a equipe multidisciplinar deve prestar uma assistência de qualidade a fim de prevenir e tratar as possíveis complicações do período pós-operatório.^{7,8,13}

Tabela 2. Registro no prontuário do material utilizado no curativo dos pacientes com deiscência de ferida operatória nas unidades de internação da Cirurgia Geral de um hospital de grande porte. Rio de Janeiro, 2013.

Produtos utilizados no curativo de deiscência	Pacientes (n)
Soro fisiológico 0,9% sem associação	5
Soro fisiológico 0,9% + AGE	1
Soro fisiológico 0,9%+ Clorexidine degermante	1
Soro fisiológico 0,9% + Álcool a 70%	1
Soro fisiológico 0,9%+ Alginato de cálcio + Hidropolímero	1
Álcool a 70%	1
Total	10

Fonte: Autoria própria (2013).

As referidas unidades são caracterizadas por receber uma população adulta, com jovens e idosos, com perfil cirúrgico eletivo. A especialidade de Cirurgia Geral assiste pacientes com problemas passíveis de tratamento cirúrgico, relacionados principalmente aos sistemas digestivo e endócrino (especificamente alterações tireoidianas). Também realiza correções de hérnias da parede abdominal, bem como investigações diagnósticas por meio de biópsias ou exames invasivos. As abordagens cirúrgicas encontradas no presente estudo confirmam este perfil.^{10,21,25}

As deiscências foram percebidas nos procedimentos cirúrgicos abdominais, com grandes ressecções, confirmando os estudos sobre o assunto.^{2,7,11,12,21-24}

Estudos americanos identificaram vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de deiscência da ferida abdominal, tais como: idade superior a 65 anos, sexo masculino, tabagismo, obesidade, corticoterapia crônica, anemia, icterícia, uremia, diabetes, hipoalbuminemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, infecção e cirurgia de emergência. Há também a doença a ser tratada e o tipo de abordagem cirúrgica. Em outros trabalhos, identificou-se que o consumo de opiáceos tem um efeito imunossupressor, comprometendo as respostas de defesa e afetando negativamente a cicatrização de feridas, favorecendo em tese a ocorrência da deiscência.^{11,12}

Além desses aspectos, confirma-se que o surgimento da deiscência é um processo complexo influenciado por fatores tanto de natureza geral e local, bem como do momento operatório (pré, intra e pós-operatório), sendo a taxa de ISC o elemento preditor mais importante para a deiscência da ferida abdominal.¹²

Desse modo, o retardo do processo de cicatrização está relacionado a diversos fatores sistêmicos ou locais, lentificando uma ou mais fases da cicatrização, que aumenta em vigência de ISC, pois interfere no metabolismo do colágeno e prolonga a fase inflamatória, impedindo assim a epitelização.^{1,4,6,11-13}

Os fatores sistêmicos são associados às doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).^{11,12,21} Tais doenças apresentam maior prevalência em âmbito nacional, aumentando o número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida com impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral.²⁰

Os fatores locais aumentam a incidência de infecção da ferida operatória, destacando-se aqueles relacionados com o ambiente, o paciente e a ferida.^{1,6,7,21-23}

Nos registros pesquisados, identificaram-se a hiper-

Artigo original

tensão arterial e o diabetes como comorbidades. Tais doenças acometem, respectivamente, 23,3% e 6,3% dos adultos brasileiros.²⁰ Essas comorbidades, por sua vez, intensificam, durante a internação cirúrgica, o retardo do processo de cicatrização, motivo pelo qual deve haver monitoramento e controle durante todo o perioperatório pela equipe multidisciplinar.^{4,6,10}

Nesse contexto, outros fatores sistêmicos envolvidos, tais como a idade, estado nutricional e doenças crônicas como, por exemplo, a insuficiência renal e o diabetes, quando relacionados com as condições do indivíduo, influenciam diretamente no tempo e na qualidade da cicatrização.^{4,6,11,12,21,22}

Assim, tanto as cirurgias de emergência, como também as cirurgias em que haja ressecção intestinal com anastomoses baixas, corroboram para o surgimento das deiscências, assim como a obesidade, tensão na linha de sutura, desnutrição, infecção, dentre outros.^{6,7,13,21}

Ainda sob o aspecto do retardo da cicatrização, as feridas cirúrgicas oncológicas, dependendo de sua localização e extensão, exigirão da equipe cirúrgica habilidade durante o ato cirúrgico e avaliação redobrada da FO no pós-operatório. O controle e a profilaxia das infecções em pacientes cirúrgicos é uma condição multifatorial que inclui o preparo do paciente e da equipe cirúrgica, sendo necessária uma adequada profilaxia antimicrobiana, esterilização do instrumental cirúrgico, limpeza e desinfecção das salas cirúrgicas, roupas adequadas no centro cirúrgico, assepsia e técnica cirúrgica apropriada, seguido de cuidados no pós-operatório e participação da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH).^{13,14,21-23}

A CCIH é um órgão de assessoria da autoridade máxima da instituição (direção) composta por equipe multiprofissional. Tem como algumas de suas competências elaborar e implementar ações para adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares, assim como o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.¹⁴

Nesse hospital, A CCIH realiza a vigilância de infecção do sítio cirúrgico nas unidades intensivas de CTI Geral e CTI Cardíaco, no Centro Obstétrico e no Núcleo Perinatal. A equipe da CCIH informa que em 2013, tal vigilância sobre a taxa de ISC era extensiva às unidades cirúrgicas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Ortopedia, contudo, os dados estatísticos não foram encontrados.

A vigilância de ISC na unidade de internação deve

ser monitorada diariamente pelo médico cirurgião e enfermeiro. Esses profissionais podem interceder preventivamente com conduta e objetivos comuns a fim de proporcionar qualidade e segurança nas ações ao paciente.¹⁴

Deve-se pressupor uma mobilização de toda equipe multidisciplinar, situação em que é configurada uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de distintas áreas profissionais.¹⁵

Com relação à ocorrência de duas deiscências fora da região abdominal, deve-se considerar a complexidade do procedimento cirúrgico executado, com o qual foi associada a reconstrução com retalho muscular, o que pode ter influenciado na complicação da cicatrização devido ao aporte circulatório insuficiente. Cabe salientar que tais pacientes também possuíam como comorbidade o diabetes mellitus.^{2,6,22,23}

Sete pacientes tiveram em seu prontuário o registro da ocorrência da deiscência a partir das 96 horas de pós-operatório, fato mais prematuro do que os estudos sobre essa temática, apontando maior frequência após o 9º dia. Tal casuística se mostra limitada pelo período pesquisado, exigindo novo estudo com um maior número de variáveis envolvidas.

Quanto à realização do procedimento de troca de curativo, parte integrante do processo de trabalho do enfermeiro, cabe reforçar a competência desse profissional também para avaliar e instituir condutas para a cicatrização da FO.^{1,3-9,24}

O enfermeiro deve pautar suas ações na Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, cujo Artigo 6º orienta, após implementação do Processo de Enfermagem, registrar o que foi executado, assim como os resultados alcançados.²⁶

A instituição ou prescrição de produtos, coberturas e tempo de troca devem estar de acordo com as características avaliadas na FO e também conforme os recursos disponíveis no hospital, em atendimento aos protocolos da Comissão de Curativo local.

Com o avanço tecnológico, há uma grande variedade de produtos disponíveis no mercado que oferecem cicatrização de lesões de pele por meios diversos.^{1,5,7,9,11,12} A manutenção do meio úmido favorece a cicatrização e é fundamental para uma recuperação tissular adequada. Logo, é essencial conhecer as características e aplicação das coberturas, de acordo com sua composição, mecanismo de ação, indicação e o intervalo de troca, além de reconhecer contraindicações, vantagens e limitações

do produto; avaliar o processo cicatricial e utilizar a cobertura de acordo com a necessidade da ferida e com suas características funcionais, tais como, epitelização, absorção de exsudato, desbridamento, antibiótico, antisséptico e proteção.^{1,5-9,24}

Nos prontuários analisados, havia nove registros de pacientes nos quais as coberturas primárias colocadas em contato diretamente sobre a ferida foram de aplicação de gazes e/ou compressas estéreis, ocluídas com adesivo impermeável ou hipoalérgico. As coberturas oclusivas têm a função de cobrir a área da ferida, impermeabilizando-a total ou parcialmente, garantindo uma umidade fisiológica no leito da ferida e evitando a formação de crosta ou maceração.⁸

O uso do soro fisiológico a 0,9%, neste caso, é benéfico para o tratamento de feridas, uma vez que se trata de uma solução inócua às células do tecido de granulação, não apresenta toxicidade ao organismo, remove os restos celulares por meio da força hidráulica sem, contudo traumatizar a ferida.⁹

Quanto aos registros da utilização de antissépticos, é importante reforçar que têm como função o preparo da pele na higienização das mãos ou antecedendo alguns procedimentos como cirurgias. Foram encontrados, nessa pesquisa, o álcool 70% e a clorexidina degermante, porém não se detectou de que maneira foram utilizados. Destacamos que uso do primeiro é recomendado para a limpeza física da pele, adequado para antisepsia das mãos e preparo do sítio cirúrgico, o segundo tem efeito residual, fácil para lavagem das mãos e do sítio cirúrgico ou preparo pré-operatório da pele do paciente.^{9,14,24}

Quanto às condutas registradas como instituídas, com aplicação de ácidos graxos essenciais (AGE) em óleo; do alginato de cálcio e hidropolímero em placa, julgamos pertinentes algumas observações a seguir.

Com relação aos AGE, sua ação baseia-se em promover quimiotaxia e angiogênese, manter o meio úmido e acelerar a granulação. Porém, sua indicação é para feridas em fase de granulação e na ausência de processos infecciosos, fato que não parece corresponder como conduta ideal neste estudo.⁸⁻⁹

O alginato de cálcio possui ação hemostática, mantém o meio úmido, absorve o exsudato e preenche cavidades e seu uso é indicado em feridas cavitárias e exsudativas. Possui também como vantagem a diminuição da frequência de troca dos curativos, sendo recomendado a cada 48-72 horas e/ou conforme grau de saturação.⁷⁻⁹

A placa de hidropolímero é recomendada em fe-

ridas exsudativas, pois absorve e retém o exsudato em sua estrutura porosa moldando-se ao leito da ferida, proporciona ambiente úmido, estimula o desbridamento autolítico e diminui o odor da ferida.⁷⁻⁹

Não houve registro do uso de papaína e da terapia por pressão negativa. A papaína é um produto instituído nesse hospital pela comissão de curativos há mais de duas décadas, manipulada pela farmácia sob a forma de pó. É indicado, dentre outros casos, no tratamento de feridas abertas, removendo exsudatos inflamatórios e restos necróticos ou purulentos, estimulando a força tênsil das cicatrizes e acelerando o processo de cicatrização.⁹ É recomendado também no desbridamento de tecidos desvitalizados.

O curativo a vácuo (VAC), ou terapia por pressão negativa (TNP), é citado em estudos internacionais e nacionais, recomendado nos casos de deiscência abdominal. O VAC promove a formação de tecido de granulação e perfusão, reduz edema e remove exsudato.^{8-9,11,12}

Ao executar o procedimento de curativo, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro) deve realizar uma avaliação rigorosa da FO, do sítio cirúrgico, dos drenos cirúrgicos, da área perilesional. Devem-se avaliar: estado das bordas da ferida, integridade de suturas, calor, rubor, edema, dor ou drenagem, reações ou traumas causados por produtos e coberturas. No caso de haver suspeita de ruptura da sutura, recomenda-se posicionar o paciente corretamente no leito para evitar tensão sobre a área cirúrgica. Durante a avaliação deve-se confirmar se houve abertura das bordas e se esta ocorreu de forma total ou parcial, mensurar extensão, observar se há ou não protusão de órgãos, cuja presença demanda a cobertura visceral com curativos estéreis e umedecidos com soro fisiológico e comunicação imediata à equipe cirúrgica.^{6-9,14,24}

A conduta na deiscência de FO consiste na irrigação local com soro fisiológico a 0,9% em temperatura ambiente, utilizando curativos com coberturas e produtos adequados a fim de absorver o exsudato enquanto houver sangramento ou drenagem de secreção. A cobertura primária deve agir como barreira contra micro-organismos exógenos permanecendo por até 24 horas de acordo com o tipo.^{7,8,13} Vale ressaltar que houve limitações na coleta de registros nos prontuários utilizados como fontes primárias desta pesquisa: as informações em relação ao tabagismo eram insuficientes, assim como sobre o índice de massa corpórea (IMC), o uso de analgésicos e antimicrobianos, os aspectos da ferida e das condutas prescritas. Entretanto, tais limitações não comprometeram o alcance dos objeti-

vos propostos neste estudo, considerando o desenho adotado, pois favorecem outros estudos prospectivos sobre as deiscências.

Conclusões

O estudo retrospectivo ofereceu limitações ao tratamento estatístico, no entanto, indicou para o período estudado, que a deiscência é um acometimento mais frequente em mulheres acima dos 50 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus, tendo como sítio cirúrgico mais percebido a região abdominal.

Ficou evidenciado, nas anotações de médicos e enfermeiros, não haver uniformidade de condutas e cuidados. Tal achado nos remete à reflexão sobre a segurança na assistência ao paciente assim como a segurança do profissional envolvido. Nesse sentido, destacamos a importância dos registros no prontuário do paciente, tanto do ponto de vista legal de tratamento e cuidados propostos, como também da qualidade do serviço.

A equipe de saúde foco deste estudo utilizou diversos tipos de produtos nas deiscências sem padronização, o que nos remete à ausência ou pouca divulgação de protocolos institucionais para feridas.

Acredita-se, portanto, que a utilização de protocolos institucionais para o cuidado com feridas cirúrgicas leve à tomada de decisão clínica mais acurada.

Referências

1. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo. Atheneu, 2008. 240 p.
2. Fonseca-Neto OCL, Vasconcelos R, Mirian AL. Fatores de risco associados à deiscência aponeurótica no fechamento da parede abdominal. ABCD, São Paulo, 2008;21(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Set. 2012.
3. Melo EM, Fernandez VS. Avaliação do conhecimento do enfermeiro acerca das coberturas de última geração. Rev. Estima. 2011;9(4):12-20.
4. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 461 p.
5. Malagutti W, Kakiyama C. Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011. 637 p.
6. Timby BK. Enfermagem Médico-cirúrgica. 8ª ed. Barueri: Manole; 2005. 1256 p.
7. Giordani CS, Crossetti MGO. Curativos para tratamento de deiscência em feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. 2012;33(3):182-189. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85424/000865840.pdf?sequence>. Acesso em out 2016.
8. Ferreira AM, Andrade D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenção de enfermagem no pós-operatório. Arq Ciênc Saúde. 2006;13(1):27-33. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&sr=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=463658&indexSearch=ID>. Acesso em 22 Set. 2012.
9. Almeida CE, Nascimento CCS, Brandão ES. Manual para realização de curativos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2003. p.7-8.
10. Silva MF, Rodrigues FR, Marques GS, et al. Unidade Cirurgia Geral. In: Silva MVG, Oliveira AMG (Org) Plantão de enfermagem: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar. Rio de Janeiro: Nogueira Rouelle, 2009. p.195-215.
11. Shanmugam VK, Fernandez S, Evans KK, et al. Postoperative wound dehiscence: predictors and associations. Wound repair and regeneration : official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society. 2015;23(2):184-190. doi:10.1111/wrr.12268. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587566/>> [acesso:18 out 2016]
12. Kenig J, Richter P, Lasek A, et al. The efficacy of risk scores for predicting abdominal wound dehiscence: a case-controlled validation study. BMC Surgery 2014;14:65. doi: 10.1186/1471-2482-14-65. disponível em <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159378/> [acesso : 18 out 2016]
13. Silva QCG, Barbosa MH. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 2):89-95. disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_14.pdf> acesso em [de out de 2016]
14. HUPE. CCIH.POP 10 – Prevenção de infecção em sítio de cirurgia cardíaca. 2011. disponível em < http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/pdfs/_POP%2010_Prevencao_de_infeccao_em_sitio_de_cirurgia_cardiaca.pdf> acesso em [18 de out de 2016]
15. Peduzzi M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001;35(1). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 21 Out. 2012.
16. Carvalho RS, Kara-José N, Noma RK, et al. Prontuário incompleto no pronto-socorro: uma barreira para a qualidade em saúde. Moreira Jr Editora. Dez 2008:218-222.
17. Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002. Acesso em out 2013.
18. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013. 624p.
19. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008. p. 27-28;147-154.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
21. Almeida RS. Fechamento da parede abdominal. In: Marques RG (Org.) Técnica operatória e cirurgia experimental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.417-423.
22. Tavares M. Sarcomas de partes moles, revisão de literatura a propósito de um caso. Cadernos UniFOA. Volta redonda. 2007;2(4). disponível em <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/04/88.pdf>. Acesso em: out/2013.

23. Baras F, Teixeira W, Lofego JAP, et al. Retalho tensor da fascia lata: versatilidade nos defeitos de segmento inferior do tronco. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012;27(3):65.
24. Anselmo AM, Ferrari JAS, Rodrigues CDS, et al. As Práticas de Cuidado, Entre Médicos e Enfermeiros, em Feridas Abdominais por Deiscência de Sutura. Rev Estima. 2005;3(4):29-34.
25. Cruz NM, Marques GS, Rodrigues FR, et al. Perfil dos pacientes internados nas unidades de cirurgia geral de um hospital universitário. (Anais de Resumos da 26ª 25.UERJ sem Muros. p.614. ISSN 2175.0963) 15ª semana de Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UERJ; 2015. Disponível em: www.sr3.uerj.br/usm/cd/semanadegraduacao.pdf. Acesso em: out/2015.
26. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358 de outubro de 2009. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009>. Acesso em: out/2013.