

TRATAMENTO DE FERIDAS

Vamos iniciar este trabalho falando de Técnicas de Curativos, pois para que possamos tratar as feridas temos que além de indicar o tratamento, realizar um curativo proporcionando cuidados quanto a limpeza e assepsia da pele, proteção e conforto ao paciente.

Antes de iniciar o procedimento, devemos nos atentar aos passos a seguir:

- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá realizar, tirando dúvidas caso houver;
- Avalie a melhor posição para facilitar o procedimento e o conforto do paciente;
- Observar prescrição de analgésicos, e caso administração, aguardar 20 min para iniciar o curativo;
- Observar e promover a privacidade do paciente;
- Se necessário, coloque um protetor de colchão para não sujar as roupas de cama;
- Reunir os materiais em um local limpo e higienizado;
- Calcular a quantidade de gaze a ser utilizada antes de abrir para que não haja desperdícios;
- Utilizar sempre saco plástico para descartes de materiais.

Técnica de Curativo Limpo

1 – Lavar as mão;

2 – Separar o material: - Gaze

- Soro Fisiológico 0,9% 250 ml

- Agulha de injeção para furar o frasco

- Micropore ou esparadrapo ou transpore;

- Luvas de procedimentos;

- saco plástico para descarte de material;

- Material e/ou dispositivo indicado pelo enfermeiro/médico

especialista;

3 – Abrir o material em um local limpo e higienizado;

4 – Lavar as mãos;

5 – Retirar o curativo com cuidado umedecendo o adesivo com soro para não lesar a pele, isso se não foi retirado na hora do banho conforme orientação acima;

6 – Lavar as mãos;

7 – Calçar as luvas;

8 - Fazer um furo no frasco com a agulha, ou pode-se conectar a agulha na tampa do frasco para a irrigação, que deve ser realizada em toda a ferida de forma que fique a uma distância de aproximadamente 20cm entre o frasco de soro e a ferida.

9 – Após a irrigação, secar ao redor da ferida com gaze, tomando cuidado para não esfregar a ferida e nem secar, pois essa deve ser mantida úmida;

10 – Aplicar o curativo indicado pelo enfermeiro/médico especialista;

11 – Fechar com o adesivo ou curativo secundário.

Técnica de Curativo Estéril:

1 – Lavar as mãos;

2 – Reunir materias

- Luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Campo Estéril;
- Gazes;
- SF 0,9% (quantidade necessária);
- Agulha para injeção;
- Saco plástico para descarte do material;
- Micropore, Transpore, esparadrapo;
- Material para o curativo indicado pelo enfermeiro/médico especialista;
- Lavar as mãos;
- Abrir o campo estéril em um local limpo e higienizado;
- Abrir todos os materiais estéreis dentro desse campo;
- Lavar as mãos;
- Calçar a luva de procedimento;
- Retirar o curativo anterior caso necessário;
- Lavar as mãos;

- Calçar a luva de procedimento;
- Fazer um furo com a agulha no frasco de SF 0,9%;
- Realizar a irrigação em toda a ferida, deixando um espaço de aproximadamente 20cm entre o frasco e a ferida;
- Lavar as mãos;
- Calçar a luva estéril;
- Secar em volta da ferida com cuidado para não esfregar o leito;
- Não secar o leito da ferida;
- Aplicar o curativo indicado pelo enfermeiro/médico especialista;
- Fechar a ferida conforme o curativo;
- Reunir todo material no saco plástico para o descarte;
- Lavar as mãos.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- A irrigação é muito importante, sendo utilizado toda a quantidade do frasco, isso remove qualquer corpo estranho que venha interferir no processo de cicatrização sem causar lesão na mucosa íntegra.
- Manter a ferida fechada para proteção de qualquer interferência externa.
- Em situações em que se faz necessário desbridamento de tecido morto será necessário pinça anatômica e bisturi, seguindo técnica estéril.

Avaliação para indicação do tratamento

Para a indicação de qualquer tratamento de feridas é preciso sempre considerar alguns critérios importantes no momento da avaliação como:

1 – Condições Clínicas do Paciente – Estado geral do paciente, observar quanto a :

Nutrição – É muito importante, dietas ricas em vitaminas e proteínas vão interferir diretamente com o tempo de cicatrização da ferida.

Hidratação – O paciente desidratado tem maior dificuldade no tratamento e tempo cicatrização das feridas.

Estado neurológico – A colaboração do paciente é muito importante para o sucesso do tratamento.

Idade – Entre outros baixa resistência do idoso.

Localização Anatômica da ferida – A localização interfere, pois dependendo por exemplo em lugares em que dificultam o curativo como na região sacra onde o paciente dorme em cima da ferida.

Mobilidade – O paciente em condições de mobilidade normal a possui mais condições para a rapidez da cicatrização.

Condições Sociais – De uma forma geral facilita o tratamento quando o paciente tem pessoas como da família para auxílio no tratamento, bem como condições monetária para compra de materiais e dispositivos necessários.

Uso de Medicamentos – Imunossupressores interferem no tratamento devido a baixa resistência causada para o paciente.

Tempo da Existência da Ferida – Feridas crônicas devem ser avaliadas à partir de vários critérios, assim como uso de terapias anteriores, uso de pomadas que interferem na cicatrização não sendo seletiva em relação ao dano do tecido viável.

Avaliação da Ferida:

- Localização anatômica;
- Forma e tamanho;
- Bordas e profundidade;
- Tecido de granulação;
- Quantidade de tecido necrótico;
- Drenagem de exsudatos;
- Condições da pele em volta da ferida.

2 – Características das feridas – Como a ferida foi produzida, podendo ser:

Incisas – cirúrgicas, fechadas por suturas geralmente. Técnica de curativo limpo.

Excisas – quando há remoção de uma área da pele, por exemplo, para enxertos como área doadora. Técnica de curativo estéril.

Punção – geralmente por procedimentos terapêuticos como, biópsias, colocação de cateteres entre outros. Técnica de curativo estéril.

Perfurantes – causadas por pregos, alfinetes entre outros, a gravidade vai depender da profundidade. Técnica de curativo limpo.

Lacerantes/Contusas – esmagamentos, retirada de tecidos da pele. Técnica de curativo limpo.

Perfuro/Contusas – produzidas por arma de fogo. Técnica de curativo limpo.

Escoriações – geralmente produzidas por meio mecânico, atinge somente a epiderme, o tecido recupera-se integralmente. Técnica de curativo limpo.

Úlceras venosas – É a perda da pele em algumas ou todas as camadas que não cicatrizam e na maioria das vezes se tornam crônicas, geralmente ocorrem nas pernas e pé, afetam as pessoas mais velhas.

Entre as causas, cerca de 85% são consequências de má circulação do sangue, a trombose venosa profunda (TVP), o diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

Ela ocorre geralmente após uma trombose venosa profunda (TVP), flebite ou varizes de membros inferiores de longa duração.

Tratamento – Diminuir a hipertensão venosa com uso de meias elásticas. Para o curativo, utilizar técnica de curativo limpo, manter o local limpo e protegido com ataduras, trocar o curativo conforme orientação do enfermeiro especialista.

Prevenção das Úlceras:

- Evitar ficar em pé por longos períodos;
- Evitar o uso de sapatos altos;
- Manter o peso corporal adequado;
- Evitar sobre peso e obesidade;
- Prática de exercícios físicos moderados regularmente;
- Tratamento adequado das varizes.

Úlceras Arteriais – É uma ferida provocada por problemas circulatórios, devido ao acúmulo de gordura na artéria impedindo o fluxo de sangue adequadamente. Aparecem nas pernas geralmente na parte superior da canela ou nas extremidades dos dedos. Está frequentemente associadas a arteriosclerose, sendo fatores de risco, diabetes mellitus não controlada, tabagismo, colesterol e triglicérides elevados, hipertensão, pessoas acima dos 45 anos de idade. Afeta mais homens que mulheres.

Os sintomas são:

- Ferida de formato circular;
- Pele fria e esbranquiçada;
- Dor com melhora ao repouso
- Marcha claudicante.

Tratamento – Pode variar de medicamentos a cirurgias, o curativo deve seguir técnica de curativo limpo, não utilizar métodos de compressão, o acompanhamento deve ser por médico vascular e enfermeiro. Em alguns casos há a necessidade de amputação do membro afetado.

Prevenção:

- Manter níveis de colesterol e triglicérides normal;
- Tratar pressão alta;
- Prestar atenção em feridas que demoram mais de 3 semanas pra cicatrizar;
- Manter diabetes controlada, caso tenha a doença.

Queimaduras – É uma lesão na pele ou em outros tecidos, podem ser superficiais ou profundas, tem como agentes causadores:

- Calor – exposição a líquidos ou objetos quentes, vapor ou luz solar;
- Frio – exposição ao frio
- Eletricidade – raios e correntes elétricas;
- Substâncias químicas – produtos corrosivos;
- Radiação – aparelhos de Rx, ultravioleta, nuclear.

Quanto a profundidade temos:

1º Grau – Atingem as camadas superficiais da pele, causando vermelhidão, inchaço, dor local, sem formação de bolhas;

2º Grau – Atingem as camadas mais profundas, ou seja, epiderme e derme, causando formação de bolhas, pele avermelhada, dor, inchaço, desprendimento das camadas da pele;

3º Grau – São queimaduras mais profundas que atingem todas as camadas da pele, podendo chegar aos ossos. Apresenta pouca ou nenhuma dor, a coloração torna-se branca ou preta devido a carbonização dos tecidos.

A consequência mais grave é a porcentagem de área corporal atingida. Para o cálculo em porcentagem, devemos ter como base a palma da mão que corresponde a 1% de área queimada.

Podemos afirmar que 15% de área atingida será considerado um grande queimado.

As manifestações mais importantes das queimaduras são:

- Perda de líquidos corporais;
- Formação de substâncias tóxicas;
- Destruição dos tecidos;
-

Tratamento – Para a realização dos curativos devemos utilizar técnica de curativo estéril, manter o local limpo e protegido, acompanhamento e prescrição médica.

Feridas Oncológicas – O câncer de pele ocorre devido ao crescimento anormal e descontrolado de células na pele, com grande dificuldade de cicatrização.

O tratamento vai depender do tipo e estágio em que se encontra o câncer, dessa forma na maioria das vezes o médico deverá acompanhar e indicar o tratamento juntamente com o enfermeiro.

Úlceras por pressão – área de perda tecidual, geralmente ocorre em cima de uma estrutura óssea ou alguma região de fragilidade, como, sacro, calcâneo, e ou ísquio, podendo também ser observado em outras localizações com menor frequência. Está associada a falta de mobilidade do paciente, sendo um indicador de fragilidade.

Vários fatores estão relacionados a Úlceras por pressão:

- Idade avançada;
- Mesma posição durante um longo período de tempo, comum em pacientes acamados;
- Traumatismos;
- Desnutrição;
- Incontinência urinária e fecal;
- Umidade local excessiva;
- Edemas.

Todo paciente em situação de risco deve ser avaliado criteriosamente para um plano de prevenção como:

- Reduzir ou eliminar área de pressão aumentada sobre a pele, podendo fazer uso de apoios como coxins, almofadas, colchões (caixa de ovo) entre outros;
- Mudança de posição a cada 2 horas, estudos apontam que ocorre sofrimento tecidual sobre pressão após esse tempo;
- Alimentação e hidratação estão diretamente associadas a efetividade da prevenção e sucesso na cicatrização. Dietas ricas em vitaminas e proteínas;
- Manter o paciente limpo e seco;
- Uso de hidratantes na pele a base de AGE;
- Massagem com loção umectante nas regiões da pele sadia.

Todas as Úlceras por pressão são colonizadas por bactérias e podem se tornar infectadas. Sinais como aumento da temperatura, dor, edema e hipersensibilidade são indicativos de infecção, dessa forma se o paciente apresentar dois desses sinais e/ou sintomas o médico deverá ser consultado, pois o tratamento geralmente é sistêmico com uso de antibióticos.

As Úlceras por pressão são classificadas por estágios, são eles;

Estágio I – Pele intacta com hiperemia (vermelhidão) de uma área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea, sua cor pode diferir da pele ao redor.

Tratamento – Manter o local limpo e protegido, utilizar óleos a base de AGE, realizando cuidados como orientado acima para a prevenção da progressão da lesão.

Estágio II – Perda parcial da espessura da pele, leito da ferida de coloração vermelho/pálida. Pode apresentar-se ainda com uma bolha (preenchida de exsudato seroso) intacta ou aberta/rompida.

Tratamento – Realizar técnica de curativo limpo, manter o local limpo e protegido, seguir orientações acima para evitar a progressão da lesão.

Estágio III – Perda do tecido em sua espessura total, a gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição do osso, tendão ou músculos. Pode incluir descolamento e túneis.

Tratamento – Realizar técnica de curativo limpo, manter o local limpo e protegido, seguir as orientações acima para evitar a progressão da lesão.

Estágio IV – Perda total do tecido com exposição óssea, tendões e músculos, pode haver presença de esfacelos (tecido morto de cor amarela/pálida) ou escaras (tecido morto escuro) em algumas partes da ferida. Frequentemente inclui descolamentos e túneis.

Tratamento – Realizar técnica de curativo limpo, na presença de tecido morto é necessário desbridamento com uso de pinça anatômica e bisturi e deverá ser realizado por enfermeiro/médico especializado utilizando técnica de curativo estéril. Manter o local limpo e protegido.

3 – Quanto ao grau de Contaminação – Isso vai depender do tempo e a quantidade de microrganismos presentes na ferida. Sendo assim podemos dividir em:

Feridas Limpas Em condições assépticas sem microrganismos;

Feridas Limpas Contaminadas – Feridas com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinais de contaminação significativa;

Feridas Contaminadas – Feridas com tempo maior que 6 horas entre o trauma e o atendimento sem sinais de infecção.

Feridas Infectadas – Feridas com presença de agentes infecciosos no local e com evidências de intensa reação inflamatória, podendo conter pus.