

**ANNE DENISE MAGALHÃES DE JESUS**

*Hospital da Luz, São Paulo, SP, Brasil.*

*Recebido em dezembro de 2018.*

*Aprovado em março de 2019.*

## INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO GRUPO DE PELE NO TRATAMENTO DA DEISCÊNCIA DE SUTURA EM FERIDA OPERATÓRIA: RELATO DE CASO

### RESUMO

**Introdução:** A deiscência é a abertura da ferida previamente suturada. É detectada pelo extravasamento de secreção serosa sanguinolenta pela ferida. Pode ser parcial, com alguns centímetros de abertura ou completa. Ocorre devido o excesso de tensão na sutura, infecção ou hematoma. **Objetivo:** Descrever a evolução satisfatória da assistência do grupo de pele no tratamento da deiscência de sutura em ferida operatória. **Método:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo para avaliação descritiva de um relato de caso, onde os dados já foram coletados na rotina e o projeto pretende divulgar o relato de um caso bem-sucedido. **Discussão:** Atualmente a variedade de curativos é cada vez maior com um arsenal terapêutico vasto capaz de auxiliar o reparo tecidual em várias situações. Cabe aos profissionais de saúde fazer a melhor escolha, sem nunca esquecer o quadro sistêmico que está envolvido no tratamento de uma ferida. **Considerações finais:** De acordo com os resultados obtidos a escolha da terapia por pressão negativa e o curativo de colágeno acarretaram em benefícios significativos para a melhora da ferida, sobretudo por facilitar a formação de um tecido de cicatrização ausente de infecção local em curto período de tempo.

**Palavras-Chave:** Deiscência; Curativos; Tratamento; Terapia por Pressão Negativa.

## INTERVENTION AND FOLLOW - UP OF THE SKIN GROUP IN THE TREATMENT OF SUTURE DEATHS IN OPERATING WOUND: CASE REPORT

### ABSTRACT

**Introduction:** Dehiscence is the opening of the previously sutured wound. It is detected by extravasation of bloody serous secretion from the wound. It can be partial, with a few centimeters of opening or complete. It occurs due to over tension in the suture, infection or hematoma. **Objective:** To describe the satisfactory evolution of skin group assistance in the treatment of surgical wound suture dehiscence. **Method:** This is a retrospective observational study for the descriptive evaluation of a case report, where data has already been collected in the routine and the project intends to divulge the report of a successful case. **Discussion:** Currently the variety of dressings is increasing with a vast therapeutic arsenal capable of assisting tissue repair in various situations. It is up to health professionals to make the best choice, without ever forgetting the systemic picture that is involved in treating a wound. **Final considerations:** According to the results obtained, the choice of the negative pressure therapy and the collagen dressing resulted in significant benefits for the improvement of the wound, especially for facilitating the formation of a scar tissue that is absent from local infection in a short period of time.

**Keywords:** Dehiscence; Dressings; Treatment; Negative Pressure Therapy.

## INTRODUÇÃO

A Ferida Operatória é considerada uma complicação biológica, mas que tem tendência à regressão espontânea completa, dentro de um prazo mais ou menos preestabelecido e com poucas variações individuais. Contudo, quando evidenciam-se fatores estranhos ao seu desenvolvimento normal, e que podem estar relacionados ao tipo de patologia, ao estado geral do paciente ou ao procedimento cirúrgico adotado, surgem complicações sistêmicas ou locais que merecem cuidados específicos. Dentre estas, destacam-se a infecção e a deiscência de sutura (SILVA, 2012, p. 182).

Deiscência é a abertura de ferida previamente suturada. É detectada pelo extravasamento de secreção serosa sanguinolenta pela ferida. Pode ser parcial, com alguns centímetros de abertura ou completa. Ocorre devido ao excesso de tensão na sutura, infecção ou hematoma (MALAGUTTI, 2014, p. 46).

Curativo ou cobertura é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para a sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução. Curativos podem ser, em algumas ocasiões, o próprio tratamento definitivo ou apenas uma etapa intermediária para o tratamento cirúrgico (SMANIOTO, 2012, p. 623).

Smanioto (2012, p. 623) diz que as coberturas utilizadas no tratamento: curativo com alginato de cálcio que são fibras de algas marinhas impregnadas com cálcio, o cálcio induz hemostasia; possui capacidade de absorver exsudatos; realiza desbridamento autolítico. Curativo não-aderente é uma tela de acetato de celulose e/ou tela de rayon com emulsão de petrolato, promove meio úmido. (4). O colágeno biológico são partículas hidrofílicas de colágeno de origem bovina. Existem ainda os compostos de colágeno (90%) e alginato (10%), o colágeno promove granulação e epitelização; quimiotático para macrófagos e fibroblastos; o alginato controla o exsudato, formando um gel que mantém o meio úmido (MANDELBAUM, 2003).

Segundo Lima (2017), a terapia por pressão negativa é um tipo de tratamento ativo na ferida que promove sua cicatrização em ambiente úmido, por meio de uma pressão subatmosférica controlada e aplicada localmente. Conhecido também como curativo a vácuo (VAC), traz como benefícios: o controle de drenagem das secreções, a redução do edema local, a redução da carga bacteriana e desenvolvimento precoce de um tecido de granulação pela estimulação angiogênica (JONES, 2016, p.646).

Entende-se que a pele é o maior órgão do ser humano, logo, é evidente a responsabilidade da equipe de saúde, principalmente enfermeiro, em promover e cooperar com o organismo humano para uma perfeita reconstrução tecidual. Nesse sentido, embora a cicatrização seja um complexo processo sistêmico que exija do organismo a ativação, produção e inibição de grande número de componentes moleculares e celulares, responsáveis pelo processo de restauração tissular, não se pode descuidar do tratamento tópico das feridas operatórias, pois este é um fator que pode prejudicar o organismo quanto à cicatrização (SILVA, 2012, p.182).

## RACIONALIDADE DO ESTUDO

O relato de caso se justifica através do potencial benefício à cura da lesão que surgiu a partir de uma deiscência de sutura em ferida operatória na pele de um paciente que havia sido submetido a procedimentos cirúrgicos anteriores na mesma região. Trata-se de um relato de caso e tratamento da ferida com resultado eficaz em curto prazo.



## OBJETIVO

Descrever a evolução satisfatória da assistência do grupo de pele no tratamento da deiscência de sutura em ferida operatória.

### Objetivo específico

Identificar coberturas adequadas para uma cicatrização em curto prazo.

## MÉTODO

Trata-se de relato de caso em que se busca descrever o tratamento de uma deiscência de sutura em ferida operatória. Realizada em um hospital verticalizado de uma operadora de saúde do município de São Paulo, no período de novembro de 2017 a março de 2018. A coleta de dados foi realizada por meio do banco de dados via prontuário eletrônico.

## DESENHO DO ESTUDO

Este protocolo descreve um estudo observacional retrospectivo para avaliação descritiva de um relato de caso. Com o intuito de descrever a eficácia do tratamento adotado para uma deiscência de sutura em ferida operatória no paciente atendido em Hospital privado no município de São Paulo. Compreenderá: coleta de dados, análise de prontuário e desfecho clínico.

## PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Apenas relato de caso, portanto não há análise estatística no presente estudo.

## RISCO E BENEFÍCIOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, portanto, para fins deste estudo não houve alteração da rotina de atendimento, inclusão de novas práticas, exames médicos ou procedimentos distintos realizados no tratamento do paciente. Dessa forma, não há riscos previstos para o paciente uma vez que se trata de estudo observacional.

## ASPECTOS ÉTICOS E REGULATÓRIOS

Este estudo será conduzido em conformidade com as resoluções nacionais e internacionais como Declaração de Helsinque, resolução CNS 466/12 e complementares do CNS/MS. O protocolo e todos os outros documentos aplicáveis serão encaminhados ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para que os mesmos sejam analisados e aprovados antes da elaboração e divulgação do relato de caso. Será aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido antes do estudo, o qual estará em anexo no projeto. A confidencialidade dos dados será seguida conforme prescrito nas normas que regulamentam pesquisa clínica no Brasil e caberá ao centro de pesquisa e ao pesquisador proteger a privacidade do paciente, limitando o uso de informações sobre o mesmo.

## RELATO DE CASO

EJT, 49 anos, sexo masculino, oriental, internado em 26/09/17 por HD: Fratura de Diáfise do Fêmur; tabagista, com história de trauma em MIE em 1986, onde

passou por várias cirurgias ortopédicas; em 2006 apresentou osteomielite em MIE e artrose de joelho, realizou tratamento para osteomielite e colocou prótese de quadril em 2006. Em setembro de 2017 sofreu acidente de moto onde apresentou fratura de diáfise do fêmur esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico 27/09/17. Em 30/09/17 paciente solicitou alta a pedido retornando ao hospital em 01/10/17 com quadro de algia intensa, tendo alta hospitalar em 06/10/17. Retornou em 13/10/17 referindo algia em quadril e coxa E, apresentando eritema e saída de exsudato seroso em incisão cirúrgica, iniciado antibiótico vancomicina e cefepima. Em 18/10/17 paciente submetido a novo procedimento cirúrgico.

Solicitado em 11/11/17 acompanhamento do grupo de pele para avaliação da ferida em região femoral a E, estágio 4, dimensão: 13,0x6,0x5,0cm, com presença de tecido de granulação, exsudato sanguinolento em grande quantidade, sem odor, bordas aderidas. Prescrito curativo com fibra de alginato de cálcio, 3 vezes ao dia.

Realizado novo procedimento cirúrgico em 15/11/17 devido complicações; mantendo antibiótico meropenem e teicoplanina. No dia 24/11/17 iniciado tratamento com câmara hiperbárica e mantendo curativo com fibra de alginato de cálcio, 3 vezes ao dia. 30/11/17 retirado sutura de ferida operatória conforme prescrição médica.

Em 06/12/17 ferida em região femoral E, estágio 4, dimensão: 12,0x5,0x5,0 cm, com presença de tecido de granulação em 90% da lesão e tecido adiposo 10%, exsudato serosanguinolento em média quantidade, sem odor, bordas aderidas. Apresentando exposição da prótese.

Figura 1: Ferida em região femoral a E com exposição de prótese.



Término das sessões de câmara hiperbárica em 07/12/17. Em 08/12/17 instalado terapia por pressão negativa, com curativo não-aderente para proteção da prótese. Ferida estágio 4, dimensão: 12,0x5,0x5,0cm, com presença de tecido de granulação em 90%, tecido adiposo em 10%, exsudato serosanguinolento em média quantidade, sem odor, bordas aderidas.



Figura 2: Ferida antes da 1ª instalação do curativo VAC.



Troca em 13/12/17 do curativo da terapia por pressão negativa. Não há mais exposição da prótese. Ferida apresentando aumento do tecido de granulação. Dimensão: 11,0x4,0x3,0cm.

Figura 3: Depois de 6 dias de curativo VAC, não há exposição de prótese.



Em 21/12/17 realizado troca do curativo da terapia por pressão negativa, dimensão: 11,0x3,5x2,5cm, com presença de tecido de granulação, exsudato serosanguinolento em pequena quantidade, bordas aderidas.

Figura 4: Ferida após 14 dias da utilização do curativo VAC.



Realizado troca do curativo em 27/12/17. Ferida estágio 4, dimensão: 10,5x3,5x2,0cm, com presença de tecido de granulação em 100%, exsudato serosanguinolento em pequena quantidade, bordas aderidas.

Figura 5: diminuição da dimensão, após 20 dias do curativo VAC.



Retirado curativo VAC em 18/01/18. Ferida com dimensão: 9,0x2,5x0,5cm, tecido de granulação em 100% da lesão. Iniciado tratamento com curativo de colágeno, troca 1 vez ao dia.



Figura 6: Ferida após 42 dias da utilização do curativo VAC.



Ferida em 30/01/18 sendo utilizado curativo de colágeno, dimensão: 7,5x1,0x0,5cm.

Figura 7: Ferida após 13 dias da utilização do curativo de colágeno.



Em 07/02/18 ferida apresentando melhora significativa em fase de cicatrização, alterado para curativo não-aderente, troca 1 vez ao dia. Dimensão: 6,0x0,7x0,0cm.

Figura 8: Ferida após 21 dias da utilização do curativo de colágeno.



Mantendo curativo não-aderente, troca 1 vez ao dia. Ferida em processo de cicatrização, dimensão:  $6,0 \times 0,5 \times 0,0$  cm, com presença de tecido de granulação, exsudato serosanguinolento em pequena quantidade, sem odor, bordas aderidas.

Figura 9: Ferida após 6 dias de utilização de curativo não-aderente.



Em 21/02/18 ferida apresentando aumento do tecido de epitelização em fase final de cicatrização, dimensão:  $4,0 \times 0,4 \times 0,0$  cm, exsudato serosanguinolento em pequena quantidade, sem odor, bordas aderidas. Sendo realizado uma vez ao dia com curativo não-aderente.



Figura 10: Ferida após 15 dias de utilização do curativo não-aderente.



Paciente apresentando lesão em região femoral a E cicatrizada, suspenso a utilização do curativo não-aderente.

Figura 11: Ferida após 27 dias de utilização do curativo não-aderente.



A cicatrização da ferida possibilitou a reabordagem cirúrgica para implante da prótese realizada em 28/03/18. Ferida operatória mantendo sutura, sem presença de deiscência, limpa e seca.

Figura 12: Ferida após procedimento cirúrgico.



Após procedimento cirúrgico paciente segue acompanhado pela equipe de fisioterapia, sendo realizado fisioterapia motora, deambulando com andador. Retirado sutura da ferida operatória conforme prescrição médica, ferida cicatrizada sem presença de deiscência.

## DISCUSSÃO

O uso tópico da terapia por pressão negativa tem sido amplamente estudado na literatura mundial nos últimos 20 anos, a grande maioria dos ensaios clínicos demonstra a efetividade dessa terapêutica no tratamento de ferimentos superficiais. Os benefícios de tal terapêutica em feridas complexas graves, com extensas perdas de partes moles associadas a infecções locais, têm sido relatados nos últimos anos. (2). O VAC é composto de espuma de poliuretano preta reticulado ou álcool polivinil e uma pressão negativa contínua ou intermitente, portanto, especialmente adequado a feridas de exsudato intenso. A interação da espuma e tecido sob pressão negativa contínua resulta em macro e micro deformações, as quais estimulam a formação do tecido de granulação e neovascularização. (3)

O tratamento com a terapia por pressão negativa foi realizado durante 42 dias, com trocas a cada 5-7 dias, mantendo pressão contínua de 125 mmHG. A dimensão da lesão na primeira instalação era de 12,0x5,0x5,0cm, na última instalação 9,0x2,5x0,5cm. Foi utilizado curativo não-aderente antes da aplicação da espuma para proteção da prótese no período que a mesma era visível.

Os curativos de colágeno acham-se disponíveis em placas, géis e pós. Acredita-se que a adição do colágeno no leito da ferida acelera a reepitelização, por promover a migração celular. O uso desse curativo requer um curativo secundário. (6)

Utilizado o curativo de colágeno durante 19 dias, sendo realizado a troca uma vez ao dia, dimensão inicial: 9,0x2,5x0,5cm, término: 6,0x0,7x0,0cm. Após a utilização do curativo de colágeno, iniciado tratamento com curativo não-aderente, devido ferida estar em processo de cicatrização com aumento do tecido de granulação e epitelização.

O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico, depende da evolução das fases da reparação tecidual, e é inicialmente clínico, principalmente utilizando curativos e coberturas. Atualmente a variedade de curativos é cada vez maior com um arsenal terapêutico vasto capaz de auxiliar o reparo tecidual em várias situações. Cabe aos



profissionais de saúde fazer a melhor escolha, sem nunca esquecer o quadro sistêmico que está envolvido no tratamento de uma ferida. (4)

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos a escolha da terapia por pressão negativa e o curativo de colágeno acarretaram em benefícios significativos para a melhora da ferida, sobretudo por facilitar a formação de um tecido de cicatrização ausente de infecção local em curto período de tempo.

A utilização dos curativos requer uma análise criteriosa e periódica da ferida. O acompanhamento contínuo e alterações quanto às classes de coberturas a serem utilizadas podem ser essenciais ao longo do processo de cicatrização.

## REFERÊNCIAS

- 1 - JONES D. A. et al. Aplicação da terapia por pressão negativa no tratamento de feridas infectadas. Estudo de casos. Rev Bras, Salvador, 2016. 646-651p.
- 2 - LIMA RVKS, COLTRO O. S; JÚNIOR J. A. F. Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas. Rev Col Bras Cir. Vol 44. No.1. Rio de Janeiro, 2017.
- 3 - MALAGUTTI W; KAKIHARA C. T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 3a. ed. São Paulo: Martinari, 2014. 46 e 127p.
- 4 - MANDELBAUM S. H, SANTIS; E. P. MANDELBAUM M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte II. Na. Bras. Dermatol. Vol.78 no.5, Rio de Janeiro, 2003.
- 5 - SMANIOTO P. H. S, et al. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. Rev Bras Cir Plást. 2012. 623-6p.
- 6 - SILVA C. G; CROSSETI M. G. O. Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. Rev Gaúcha Enferm. 2012.182-189p.