

NECESSIDADE DE PENSO CIRÚRGICO NO PÓS-OPERATÓRIO: CONTIBUTO PARA UMA PRÁTICA SEGURA

Autores: Ana Alves, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Central do Funchal; Isabel Rabiais, Universidade Católica Portuguesa; Sérgio Deodato, Universidade Católica Portuguesa; Rita Ribeiro, Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Coimbra.

Introdução: Apesar dos grandes avanços em todas as áreas da cirurgia, o controle da infecção continua a ser um desafio, principalmente no que constitui a infecção do local cirúrgico (Medeiros et al., 2003).

Os cuidados de enfermagem, no período pós-operatório, devem direcionar-se para a recuperação, prevenção de complicações, bem como a educação para o autocuidado (Duarte et al, 2014).

O penso cirúrgico permite proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Dados atuais reforçam que a infecção do local cirúrgico (ILC) representou 18% das infeções hospitalares, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia, no inquérito de prevalência efetuado em Portugal em 2012 que abrangeu 103 hospitais, realizado pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2012). A adesão a princípios assépticos restritos e a observação cuidadosa do local operatório é essencial para reduzir ao mínimo o risco de ILC pós-operatória (Rothrock, 2008).



Objetivo: Identificar a necessidade de realização de penso cirúrgico no pós-operatório.

Materiais e Métodos: Revisão sistemática da literatura, cujos descritores foram:

“Surgical wound”, “Pos operative” e “Surgical Patch”, utilizando o método PICO no intervalo de tempo entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016.

Foram selecionadas sete artigos para análise.

Resultados: Os estudos traduzem resultados distintos sobre a necessidade de cuidados/ambiente asséptico na ferida cirúrgica no pós-operatório imediato e na utilização de penso cirúrgico.

Constatou-se num dos estudos que nas feridas cirúrgicas frequentes deve aplicar-se um penso oclusivo simples que pode ser removido definitivamente após 24 ou 48 horas pois o penso oclusivo mantém o ambiente fisiológico necessário à cicatrização da ferida, a conservação da humidade no local evita a formação de crosta, a qual dificulta a epitelização, sendo que deste modo o penso oclusivo aumenta a taxa de reepitelização em 30 a 50% e a síntese de colágeno em 20 à 60% em comparação às feridas expostas, diminuindo a taxa de infecção (2.6%).

Quatro dos estudos analisados, demonstram que a realização do penso cirúrgico oclusivo com lavagem e desinfecção padronizada no pós-operatório imediato não apresenta diminuição da prevalência de infecção, sendo que um desses estudos, demonstra ainda, que o banho no pós-operatório imediato ou após as 48h da cirurgia, ou seja, sem cuidados assépticos na realização do penso não apresenta diferença estatisticamente significativa no desenvolvimento de infecção da ferida cirúrgica.

Outro estudo demonstra que a administração de oxigénio suplementar durante a cirurgia e durante duas horas no pós-operatório imediato diminui a incidência de infecção da ferida cirúrgica, bem como a eficácia da terapia da ferida cirúrgica por pressão negativa.

Conclusão: Não existe diferença significativa entre a opção da utilização de um penso oclusivo nas primeiras 48 horas em relação à utilização de um penso não oclusivo nas mesmas condições, bem como que é improvável que o uso da água potável seja nocivo, quando utilizada na limpeza das feridas (tendo em consideração a qualidade da água, a natureza das feridas e as condições gerais dos utentes).

Os enfermeiros assumem uma responsabilidade importante no tratamento de feridas, tanto em relação ao conhecimento técnico para avaliação contínua das lesões, quanto à qualidade e quantidade dos pensos utilizados.

Neste processo de construção de cuidados, os enfermeiros devem ser considerados essenciais nos processos de tomada de decisão em que estão envolvidos, sendo para isso necessário que integrem os contributos dos diferentes referenciais de cuidados de forma a proporcionar a melhoria contínua da qualidade desses mesmos cuidados.

Bibliografia: Alves, A., Rabiais, I., Nascimento M. (2015). Promoting Interventions Of Sleep And Comfort In Intensive United Care Patients [Versão eletrónica]. *International Journal of Nursing*, 2(2), doi: 10.15640/ij.n.v2i2n1. Recuperado em 15 de março de 2016, de http://ijnet.com/journals/vol_2_No_2_December_201511.pdf. Benfield, L. (2003). Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthcare Nurse*, 21, 804-811. Cassiani S., Gimenes F., Morzan A. (2009). O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 413-7. Direção Geral de Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência Relativa*. Lisboa: DGS, Direção Geral de Saúde (2013). *Norma nº 024/2013 de 23/2/2013*. Lisboa: DGS, Duarte R., Lynch G., Cangro R. (2014). Pós-operatório imediato de transplante pulmonar: mapeamento de intervenções de enfermagem [Versão eletrónica]. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(5) doi: 10.1590/0104-1169.3620.2480. Recuperado em 15 de março de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rla/v22n5/pt_3104-1169-aae-22-05-00778.pdf. Durmilo, J. (2014). Tissue adhesives for closure of surgical incisions. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25431843>. Elkin, M., Perry, A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência. Portugal: Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise (2014). *Prevenção e Controlo de Infetões e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014*. Lisboa: DGS. Hahn, T., Coyne, R., Hartono, W., Jones, W., Essex, T. (1992). CDC definitions of nosocomial surgical site infections: 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 13(10), 606-8. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Lisboa: INSRJ. Leal, M. (2006). *Cirurgia Ambulatória: estereótipos atuais ou seu impacto sobre a enfermagem?* *Pensar Enfermagem*, 10(1), 67-74. Mabum, A. et al. (2004). *Secretaria de saúde. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas*. São Paulo: Mandelbaum, S., Di Santis, E., Mandelbaum, M. (2003). *Construção, avaliação e recursos auxiliares. Manuais Brasileiros de Dermatologia*, 7(8). Medeiros, A., Neto, T., Ribeiro, A., Pinto, F., Uchôa, R., Carvalho, M. (2003). *Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário*. Mendes, A., Fracoli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metanálise qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 771-778. Nykiet, L. et al. (2011). Evidence-Based Practice and Family Presence during the post-operative nurse rounds. *Journal of Emergency Nursing*, 27(1), 9-16. *Obtenção dos Estudos* (2009). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Decisão*. Lisboa: DE. Pereira, R., Carne, J. et al. (2013). Evidência e investigação em feridas: Contributos para uma Prática Clínica Avançada. In *4º Fórum Brasileiro de Aberto e Feridas*. Abertura -Phaz, F., Fiores, S. (2003). *Pós e Pós-Operatório em Cirurgia Geral e Especializada*. São Paulo: Armazém Editora. Posaol, J. (2004). *Centro cirúrgico: planeamento, organização e gestão*. São Paulo: Érica -Prado, P. (2008). *Acções gerentes essenciais enriquecidas com vitamina E e ácido linólico como pensos em feridas crónicas*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 193-196. Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem no Doente Cirúrgico*. Loures: Lusociência. Sandy-Hogden, K., Walters, R. (2015). Effectiveness of negative pressure wound therapy: systematic review and meta-analysis. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253303>. Santos, C., Pereira, Nogue, C. (2007). *Atividade para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 508-511. Santos and Kemp (2011). *Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios*. Básico elementos for the surgery and perioperative care. In *Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica – 3ª Parte*. Capilulu / BRASIL - Schibrom, M., Cecília E., Sitas F., Carne F., Pessoa B., Amozio G. (2014). High-concentration supplemental perioperative oxygen and surgical site infection following elective colorectal surgery for rectal cancer: a prospective, randomized, double-blind, controlled, single-site trial. *Am J Surg*, 208(5), 719-26. Sousa, F., Santos, L. (2007). *Cuidado da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso*. *Revista Referência*, 11(4), 25-43. Toon, C., Smith, S. et al. (2013). Early versus delayed postoperative bathing or showering to prevent wound complications. *Cochrane database Syst Rev*, 10. Turjanen, J., Salmann, E., et al. (2012). Effect of triclosan-coated sutures on the incidence of surgical wound infection after lower limb revascularization surgery: a randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*, 36(10), 2535-2538.