GUIA DE BOAS PRÁTICAS

PREPARO DO LEITO DA LESÃO

DESBRIDAMENTO

SOBEST
associação brasileira de estomaterapia
• ESTOMIAS • FERIDAS • INCONTINÊNCIAS

APOIO INSTITUCIONAL
URGO

ENF. ET SUELY RODRIGUES THULER

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, pós-graduada em Podiatria Clínica pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, mestranda em Educação nas Profissões de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica-PUC SP, Diretora da Stay Care. Diretora do Departamento de Comunicação e Marketing da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST gestão 2015/2017.

PROFA DRA. MARIA ANGELA BOCCARA DE PAULA

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, Mestre e doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo –USP, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Estomaterapia e Coordenadora Adjunta do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, políticas e práticas sociais da Universidade de Taubaté, Presidente da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST gestão 2015/2017.

ESTE GUIA FOI DESENVOLVIDO COM O APOIO INSTITUCIONAL DA URGO.

APRESENTAÇÃO DO GUIA PRÁTICO

PREPARO DO LEITO DA LESÃO: DESBRIDAMENTO

Na prática profissional cotidiana o enfermeiro se depara com diversas situações em que necessita realizar o desbridamento, componente importante no preparo do leito da lesão, indispensável para oferecer condições adequadas para induzir o processo de reparação do tecido e para que o tratamento a ser instituído possa ser eficiente.

Assim, este pequeno guia prático traz conceitos básicos sobre o procedimento, situações em que deve e não deve ser realizado, os tipos de desbridamento, bem como um algoritmo para nortear a prática do enfermeiro nesta tão importante etapa do tratamento da pessoa com lesão de pele.

A Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências ao desenvolver este material tem como objetivo contribuir para que a prática do enfermeiro especialista esteja sempre pautada no conhecimento científico e em preceitos éticos, buscando sempre a qualidade da assistência prestada e o reconhecimento da profissão.

Utilizem esse material no dia a dia profissional, compartilhem com os colegas e continuemos a fazer a diferença na vida daqueles que necessitam do nosso trabalho.

Profa Dra Maria Angela Boccara de Paula
Presidente da SOBEST – Gestão 2015-2017

FERIDAS CRÔNICAS E COMPLEXAS

As feridas crônicas e complexas constituem um desafio para os profissionais e grande problema de saúde pública, apesar de não quantificadas. Envelhecimento da população, com conseqüente aumento de prevalência de doenças crônicas, diagnostico tardio das complicações, falta ou inexistência de controle dos fatores de risco, recursos humanos, estrutura física adequada e de tecnologias para o tratamento constituem elevados ônus sociais e econômicos[1].

A cicatrização de feridas é um processo complexo desenvolvido em quatro fases: hemostase, inflamatória, proliferativa e remodelação, que se sobrepõem. Baixa perfusão sanguínea, trauma/pressão, presença de corpos estranhos, células senescentes e microorganismos no leito da ferida são alguns dos fatores que prolongam/impedem o processo de regeneração celular por ocasionar a permanência em qualquer uma das fases. Portanto, as características do tecido presente no leito da ferida desempenham papel muito importante na evolução do processo de cicatrização e o reconhecimento e descrição destas são partes essenciais de uma boa avaliação[1,2].

O tecido inviável ou deficiente atrasa a cicatrização, proporciona meio adequado para crescimento de microorganismos, prolonga a resposta inflamatória e cria barreira para formação do tecido de granulação e epitelização[2,3]. Além de ser fator predisponente para formação de biofilmes.

Os biofilmes podem estar presentes no leito da ferida, no exsudato, no esfacelo e no tecido necrótico. São altamente resistentes aos tratamentos antimicrobianos e são compostos por 10 a 20% de microrganismos envolvidos por uma matriz tridimensional denominada substancia polimérica extracelular (EPS) que perfazem os 80 a 90% restantes. As EPS são formadas por proteínas, polissacarídeos, íons aniônicos e catiônicos, DNA extracelular e diversos micro e macro componentes[3,4].

A avaliação constante do leito e das margens da ferida é indispensável para o sucesso do tratamento. O conceito do "Preparo do Leito da Ferida - Wound Bed Preparation (WBP)" consiste na abordagem sistematizada das barreiras que retardam ou impedem a cicatrização de feridas crônicas. O acrônimo TIME (T – tecido: inviáveis ou deficientes, I – infecção/inflamação, M – umidade em desequilíbrio e E – margem da ferida que não avança ou apresenta espaço morto) foi desenvolvido por especialistas para sistematizar a observação das características do leito, sua relação com anormalidades locais e sistêmicas e auxiliar na escolha da conduta mais adequada [3,4]. Tem início (T) com a eliminação de tecidos inviáveis/senescentes, por meio da utilização de soluções para limpeza e desbridamento[3,5].

DESBRIDAMENTO

Desbridamento é um componente importante no gerenciamento da ferida e pode ser definido como o ato de remoção de material necrótico, tecido desvitalizado, crostas, tecido infectado, hiperqueratose, corpos estranhos, fragmentos de ossos, microorganismos ou qualquer outro tipo de carga biológica de uma ferida com o objetivo de promover a cicatrização da mesma[6,7]. O conhecimento dos métodos disponiveis para desbridamento, vantagens, desvantagens e riscos é indispensavel para definir o que será mais eficiente e adequado para o tipo de ferida e as condições fisicas e emocionais da pessoa.

Considerando uma abordagem global para cicatrização de feridas, o desbridamento não se restringe apenas ao leito da ferida e é considerado parte de um processo para criar meios para atingir objetivos clínicos como o aumento da qualidade de vida, redução de odores, melhora da microcirculação, normalização bioquímica, incluindo balanço das metaloproteinases da matriz, controle da umidade e estimulação das bordas da ferida, contribuindo para o desenvolvimento do tecido de granulação e de epitelização[6].

Gráfico 1 Objetivos do desbridamento

TIPOS DE DESBRIDAMENTO

1. DESBRIDAMENTO INICIAL

O desbridamento inicial consiste na retirada de tecidos inviáveis aderidos ao leito e/ou na área periferida, incluindo o tecido queratinizado, por meio de métodos autolíticos, enzimáticos, biológicos, mecânicos ou instrumentais, abrangendo as bordas da ferida e a pele[4,5,6,7]. Difere do ato de limpeza, responsável pela remoção de resíduos metabólicos soltos e sujidades[5]. A remoção de hiperqueratose periferida está incluída nesta definição de desbridamento. Necessita ser repetido desde que os parâmetros clínicos persistam ou recorram[7].

O leito da ferida pode estar coberto por esfacelo (**Fig. 1**), termo usado para descrever e documentar o tecido inviável de consistência macia, de coloração amarelada, formado por bactérias, fibrina, elastina, colágeno e leucócitos, microorganismos e materiais proteicos, podendo estar bem aderidos ou não ao leito da ferida[1,4,6].

O tecido necrótico apresenta-se como uma crosta de consistência dura, seca, escura, denominada escara (**Fig. 2 e 3**), que pode ocorrer em úlceras de várias etiologias, portanto, escara não é sinônimo de lesão por pressão[8].

São pré-requisitos indispensáveis para escolha do método mais adequado a avaliação integral, aceitação, compreensão e envolvimento da pessoa, familiares e cuidadores no planejamento e execução do tratamento.

O consentimento livre e esclarecido deve ser assinado antes do início do tratamento, pelo paciente ou responsável, quando este não for capaz de tomar a decisão[4,6,7].

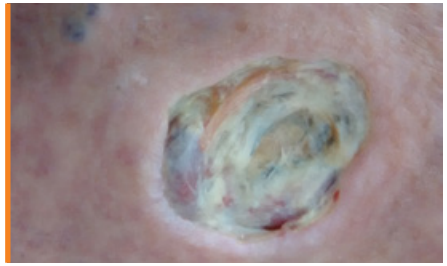


Fig. 1 Tecido desvitalizado/esfacelo

Fig. 2 Escara

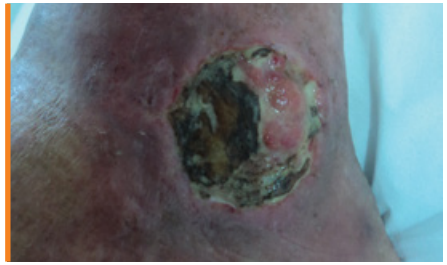


Fig. 3

Imagens: arquivo Stay Care

2. DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

O desbridamento de manutenção caracteriza-se pela contínua remoção da carga celular composta por fibroblastos envelhecidos, queratinócitos, materiais de matriz celular, não visíveis a olho nu e que necessitam ser permanentemente removidos para viabilizar a cicatrização[5,6,7]. Alguns tipos de feridas apresentam nova formação de esfacelos após desbridamentos, de causa ainda desconhecida, supostamente, devido a reação do organismo a presença de biofilme, necessitando de remoção constante. O desbridamento de manutenção deve ser realizado, mesmo em face de um leito aparentemente saudável, se a ferida não está mostrando evidência de cicatrização[6,7].

3. DESBRIDAMENTO DE HIPERQUERATOSE

Hiperqueratose é um espessamento da camada córnea da pele, resultado de excessiva proliferação de células produtoras de queratina sobre a superfície da pele que contribui para o aumento da espessura da epiderme e da derme[9].

A hiperqueratose do membro inferior ocorre com frequencia em pessoas com linfedema, hipertensão venosa e eczemas. Apresenta-se como um tecido escamoso, seco e vermelho, com manchas marrons ou cinza, podendo evoluir com fissuras e feridas (**Fig. 4**). O uso de emolientes para higienização e umectação diária e, semanalmente, quando em terapia compressiva, são medidas preventivas. Estabelecida a hiperqueratose, após a aplicação de creme emoliente deve-se retitar suavemente o tecido descamativo[9]. A hiperqueratose plantar (calos e calosidades) tem como causa o atrito e a pressão, são comuns nas bordas e na pele adjacente das úlceras neuropáticas e requerem desbridamento instrumental cortante após aplicacão de solução emoliente[7,9] (**Fig. 5 e 6**).

Fig. 4 Hiperqueratose em membro inferior

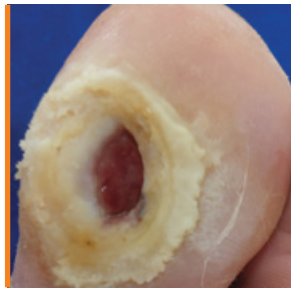


Fig. 5 Hiperqueratose

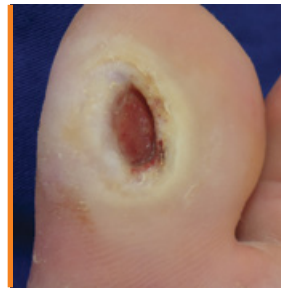


Fig. 6 Hiperqueratose após desbridamento

Imagens: arquivo Stay Care

QUANDO DESBRIDAR?

Antes de proceder o desbridamento é necessário que o profissional avalie[6]:

A PESSOA

- CONDIÇÕES CLÍNICAS
- DOENÇAS DE BASE
- PERFUSÃO SANGUÍNEA
- CONDIÇÃO MENTAL E EMOCIONAL

A NECROSE

- TIPO
- QUANTIDADE
- ADERÊNCIA

QUANDO NÃO DESBRIDAR?

- DOENTE EM FASE TERMINAL
- ESCARA ESTÁVEL NO CALCANHAR
- ESCARA SECA EM MEMBROS ISQUÊMICOS
- TERAPIA ANTICOAGULANTE E DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS

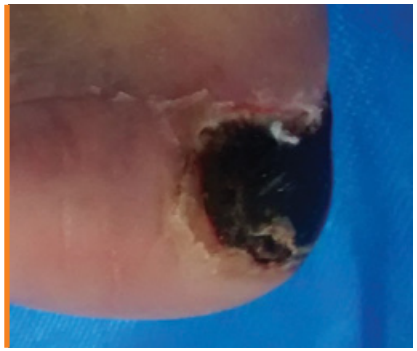


Imagem: arquivo Stay Care

Fig. 7

O desbridamento de escaras não é recomendado quando a pessoa encontra-se em fase terminal, sem condições clinicas para a cicatrização e em escaras estáveis no calcanhar (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) porque servem como "cobertura biológica natural"[8] (**Fig. 7**).

É imprescindível a avaliação vascular, antes do desbridamento de úlceras de membros inferiores para descartar possível insuficiência arterial, e na presença de baixa perfusão ou ausência, a recomendação é efetuar limpeza, aplicar antissépticos, cobrir com gaze seca e observar sinais de infecção enquanto aguarda a revascularização[10].

Contra-indicações relativas incluem a terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos[6].

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

A escolha do método deve considerar, além do tipo de tecido, de materiais biológicos presentes no leito da ferida e da quantidade de exsudato, a habilidade técnica do profissional, avaliação da dor, idade, respeito a preferência e envolvimento da pessoa, o que resultará em melhor aceitação e sucesso[7,10].

1. DESBRIDAMENTO AUTOLÍTICO

Trata-se de método seletivo e seguro que consiste em promover meio úmido e manutenção da temperatura em torno de 37º, proporcionando ambiente adequado para que as enzimas presentes no leito da ferida e os macrófagos realizem a lise e fagocitose do tecido necrótico[6,7,10].

A escolha deve atender ao tipo de tecido a ser desbridado e a quantidade de exsudato: hidrogéis para fornecer umidade, hidrocolóides em presença de pequeno/médio exsudato, alginatos, hidrofibras, fibras hidro-desbridantes e espumas para controle do excesso de exsudato; coberturas impregnadas com antissépticos para controle microbiano[6,9,10,11].

Dependendo da cobertura utilizada pode ter como desvantagem o aumento do odor, crescimento bacteriano, vazamento, ocasionando, por vezes a maceração das bordas da lesão, sendo necessário proteger a pele com um creme de barreira. Desbridamento autolitico pode ser utilizado em feridas infectadas, apenas se a infecção estiver sob controle. O método autolítico pode ser associado ao instrumental, para facilitar a retirada dos tecidos inviáveis[10].

- MICROAMBIENTE ÚMIDO
  - QUEBRA NATURAL DO TECIDO NECRÓTICO
- AÇÃO DE ENZIMAS LISOSSÔMICAS ENDÓGENAS
- ATIVIDADE MACROFÁGICA
- LIQUEFAÇÃO DE DETRITOS
- SEPARAÇÃO DO TECIDO VIÁVEL DO INVIÁVEL

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

Produtos para desbridamento autolítico podem ser encontrados em formulações com propriedades diferentes e serem definidos nos seguintes grupos:

- Hidrogéis, ou coberturas à base de hidrogel, são tridimensionais, homopolímeros reticulados ou copolímeros, saturado com água. A proporção de água em coberturas de hidrogel pode variar de 30% a 90%. Agentes de formação de gel diferentes, como carboximetilcelulose, podem ser incorporados aos hidrogéis, assim como alginato e propilenoglicol [6,11].

- Hidrocolóides são compostos de carboximetilcelulose, gelatina, pectina e elastômeros que se transformam em um gel quando o exsudado é absorvido [2,6,11].

- Espumas hidrofílicas, hidropolímeros ou hidrocelulares, tem como principal função o controle da umidade no leito da ferida. Quando adicionadas a substancias surfactantes e umectantes promovem desbridamento autolitico [6,11].

- Hidrofibras, incluindo fibras de carboximetilcelulose, que se transformam em gel quando entram em contato com o fluido da ferida, facilitando assim a remoção de tecidos não-viáveis. São altamente absorventes e tem como opção também apresentações impregnadas com prata [6,12,13].

- Fibras hidrodesbridantes (ou fibras poliabsorventes), são compostas por polímeros de poliacrilato de amônia envoltas em um núcleo acrílico. Ao gelificar em contato com o exsudato, elas possuem afinidade as estruturas moleculares que compõe o esfacelo e promovem um efeito desbridante. Esta composição promove coesão e resistência necessária para garantir a remoção do curativo em uma só peça após a gelificação. A absorção vertical do exsudato nas fibras hidrodesbridantes, sem difusão para as laterais, protege a pele das bordas da ferida e impede a maceração. As fibras hidrodesbridantes são associadas a matriz cicatrizante TLC, composta por uma camada de carboximetilcelulose distribuídas sob a forma de partículas lipofílicas, quando em contato com o exsudato, forma um gel lipido-colóide que favorece a manutenção de um ambiente úmido "ideal" para a ferida, promove a multiplicação dos fibroblastos e a cicatrização, e permite a retirada do curativo de maneira atraumática, evitando sangramento e dor[14, 15].

- Iodo Cadexômero, foi introduzido em 1980 como uma alternativa ao PVP-I. Promove liberação controlada de iodo elementar a 0,9% com reduzida citotoxicidade, encapsulado em microesfera de amido modificado e polietileno glicol. Indicado para desbridamento e agente anti-séptico, controla o exsudato e exerce ação antimicrobiana. A dose total recomendada não deve exceder 150g por semana e o tratamento não deve ultrapassar 90 dias. Não devem ser utilizados em pessoas com sensibilidade ao iodo, doença de Hashimoto, e distúrbios da tireoide [6,11].

- Coberturas à base de mel exercem efeito osmótico que atrai linfa ao leito da ferida, produzindo o ambiente úmido. O mel tem propriedade anti-bacteriana. Deve ser evitado em pessoas com sensibilidade a picadas de abelhas e produtos a base de mel [16,17].

- Algumas coberturas combinam características autolíticas, de absorção e antimicrobiana no processo de desbridamento e podem incluir alginato de cálcio, polímeros hidratados, polietileno glicol, lipidocoloides, hidrocoloides, entre outros [6,11].

VANTAGENS

- Método seletivo de fácil aplicação. Pode reduzir custos devido a necessidade de menos trocas.

DESVANTAGENS

- Hidrogéis: uso excessivo ou em uma ferida altamente exsudativa, pode levar a maceração da pele peri-ferida, o que prejudica a função de barreira protetora da pele, proporcionando uma porta de entrada para as infecções causadas por bactérias ou fungos.

- Antimicrobianos podem ocasionar dermatite, citotoxicidade, resistência bacteriana e retardo da cicatrização.

2. DESBRIDAMENTO BIOLÓGICO

O desbridamento biológico (Maggot-terapia) consiste na utilização larvas esterilizadas colocadas no leito da ferida. Estas secretam enzimas que liquefazem o tecido necrótico e o ingerem, limpando assim a ferida[16].

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

3. DESBRIDAMENTO ENZIMÁTICO

O desbridamento enzimático é semelhante ao autolítico por utilizar enzimas, neste caso enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele, como não é uma prática comum, é importante que a seleção da enzima a ser utilizada, seja por aquelas que atuem em vários tipos de tecidos e em pHs variados[10,11].

A colagenase é uma enzima muito utilizada no desbridamento enzimático, obtida da bactéria clostridium histolyticum, mais efetiva em pH entre 6 a 8 e sua ação é decompor as fibras de colágeno, responsáveis pela adesão do tecido necrótico ao leito da lesão [10,11].

A fibrinolisina, obtida do plasma bovino é específica para degradar a fibrina e age em pH de 7 a 8 [10,11].

A papaína, muito utilizada no Brasil é composta por 17 diferentes aminoácidos e por enzimas proteolíticas e peroxidases, atua em pH de 3 a 12 e, em temperaturas entre 20º a 50º. É encontrada em forma de pó, gel ou pasta. Em pó deve ser diluída imediatamente antes da execução do curativo e age por 20 minutos e, em gel ou pasta por 24 horas. Em escaras pode ser utilizado o gel em concentração entre 10 a 15% e cobertas por filme transparente para manter a umidade, para esfacelos a concentração deve ser de 6 a 10%, com controle adequado do exsudato[10,11,19].

As enzimas podem ser inativadas por agentes de limpeza, na presença de metais pesados e antibióticos.

4. DESBRIDAMENTO MECÂNICO

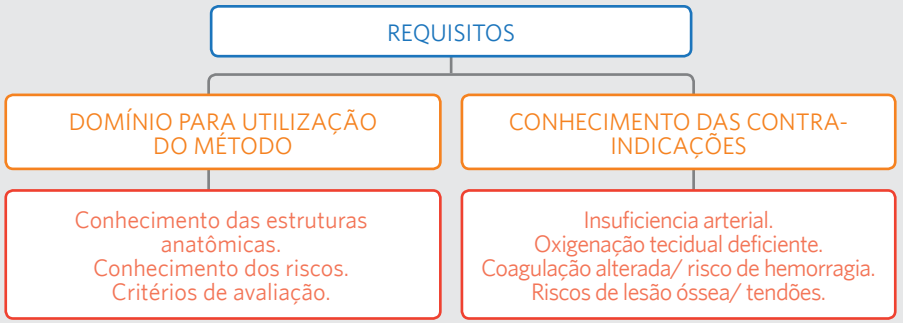
Trata-se de método não seletivo, pois retira também o tecido viável. Pode ser realizado com a utilização das seguintes técnicas[4,6,10]

- **Fricção:** realizada com gazes ou esponjas umedecidas em soluções de limpeza;
- **Úmido-seco:** consiste em cobrir a ferida com gaze seca, aguardar que esta fique aderida ao leito para retirá-la.
- **Irrigação:** realizada com soro morno em jato.
- **Hidroterapia:** realizada em tanques com turbilhonamento.

5. DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL

No desbridamento instrumental são utilizados instrumentais cortantes (bisturi e tesoura)[4,6,10]. Procedimento realizado exclusivamente por médicos e enfermeiros, exige dos profissionais competência, conhecimento das estruturas anatômicas e dos riscos, segurança e habilidade para sua realização, bem como critérios de avaliação.

- **Contra-indicações:** insuficiência arterial e as coagulopatias.
- **Riscos:** hemorragia, lesão de tendões e ossos.



MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

5.1 DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

É um método seletivo e tem como objetivo a retirada do tecido necrótico com abordagem conservadora, isto é, acima do tecido viável[4,10]. Deve ser realizado em ambiente iluminado, em posição confortável, observando-se constantemente as condições do doente, os fatores de risco envolvidos e o procedimento deve ser interrompido quando há sangramento excessivo.

Tem como vantagens: ser seletivo, remover quantidade maior de tecido necrótico, possibilidade de ser associado a outros métodos como o autolítico ou o enzimático[4,10].

Como desbridamento instrumental não faz parte da formação do enfermeiro na graduação é imprescindível que busque a capacitação ou especialização.

Remoção seletiva de tecidos necrosados. Realizados com instrumentos cortantes.

Realizada acima do tecido viável. Não deve ocasionar dor e sangramento.

Realizado apenas por médicos e enfermeiros especializados/ capacitados.

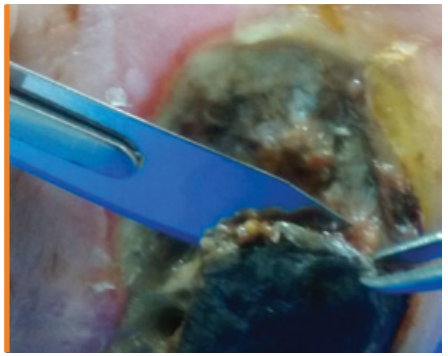


Imagem: arquivo Stay Care

Fig. 8

TÉCNICA DE COVER

Uma das abordagens da escara se realiza por meio do deslocamento de uma das bordas da crosta, utilizando uma lâmina de bisturi (**Fig. 9**), a seguir pinçá-la e tracioná-la prosseguindo com o corte paralelo ao leito da ferida de forma a descolar toda escara (técnica de Cover) (**Fig. 10**).

Descolar a borda da escara utilizando uma lâmina de bisturi

Pinçá-la e tracioná-la

Cortá-la paralelamente ao leito

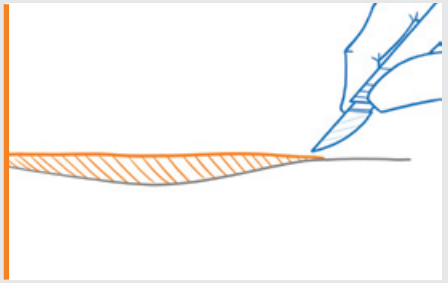


Fig. 9

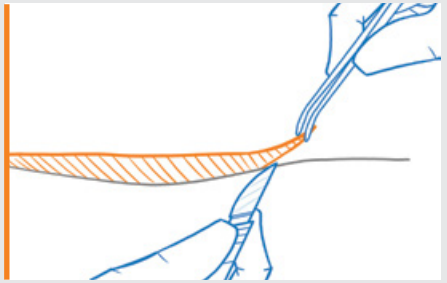


Fig. 10

TÉCNICA DE SQUARE

Outra técnica, mais simples e segura, consiste em realizar incisões paralelas em toda crosta (técnica de Square), formando quadradinhos e posteriormente pinçá-los e cortá-los um a um[10] (**Fig. 11, e 12**).

Incisões paralelas no sentido vertical e horizontal

Cortar cada quadradinho paralelamente ao leito

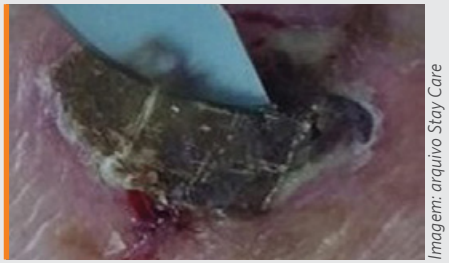


Imagem: arquivo Stay Care

Fig. 11

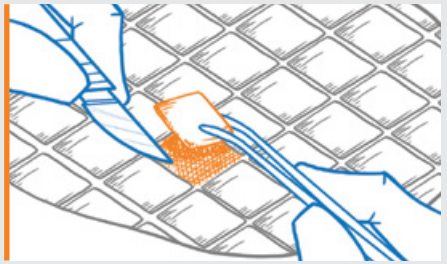


Fig. 12

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

5.2 DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR + DESBRIDAMENTO AUTOLITICO/ENZIMÁTICO

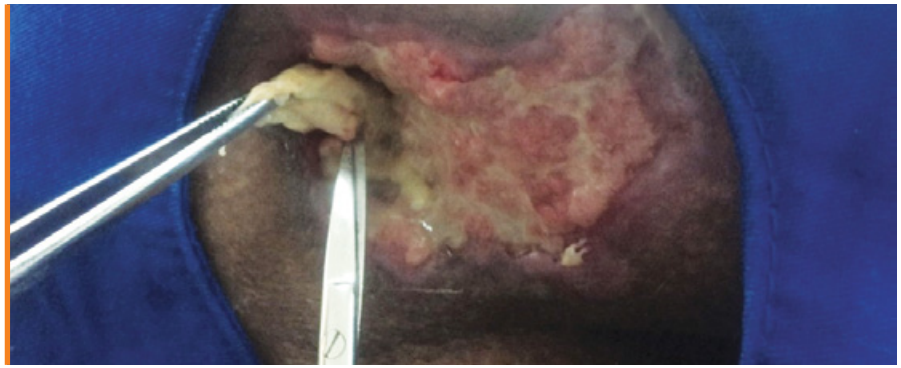
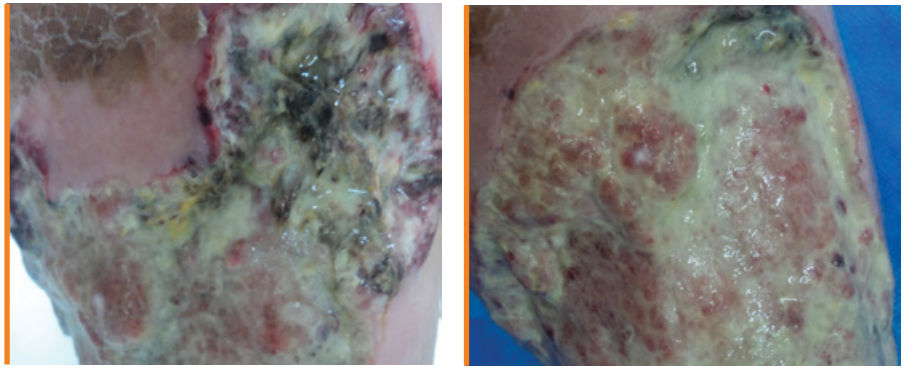


Fig. 12. Os esfacelos podem ser removidos, cuidadosamente, utilizando pinça e tesoura.

Quando a escara estiver muito seca e dura ou o esfacelo estiver muito aderido ao leito da ferida, a associação do método autolítico ou enzimático facilitará a remoção, por meio do método instrumental conservador[10].



Imagens: arquivo Stay Care

Fig. 13A e 13B - Desbridamento autolítico e instrumental conservador

6. DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

O método instrumental cirúrgico consiste na excisão ou ressecção de toda área necrótica, incluindo parte do tecido viável, na tentativa de transformar feridas crônicas em agudas, e deve ser executada por cirurgião experiente[4,6,10].

Tem como grande vantagem a rapidez da retirada do tecido desvitalizado e como desvantagens o custo elevado, o risco anestésico, risco de sangramentos e infecção.

- EXCISÃO DE TODA NECROSE E DA MARGEM VIÁVEL
- DEVE SER REALIZADO POR CIRURGIÃO EXPERIENTE
- TIPO DE ANESTESIA DE ACORDO COM A REGIÃO, TAMANHO E PROFUNDIDADE DA LESÃO

ALGORITMO

O algoritmo abaixo tem como objetivo propor um modelo simples com abordagem estruturada para escolha de técnicas e produtos disponíveis para desbridamento. O profissional deve sempre levar em conta o tipo de tecido a ser desbridado, sua habilidade técnica e conhecimento, disponibilidade da tecnologia, custo-efetividade do procedimento a ser realizado, dor, perfusão sanguínea no local, comorbidades e idade. Cabe ressaltar ainda que é imprescindível considerar escolha e consentimento da pessoa.

ESFACELO SECO ADERIDO

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO
Fornecer umidade, desprender o esfacelo aderido ao leito.

TECNOLOGIA
Hidrogel/ enzimas exógenas

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO
Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periferida.

TECNOLOGIA
Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

ESFACELO ÚMIDO

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO
Controlar a umidade, remover esfacelo.

TECNOLOGIA
Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO
Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periferida.

TECNOLOGIA
Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

ESCARA

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO
Remover o tecido necrótico seco e aderido ao leito da ferida.

TECNOLOGIA
Hidrogel, enzimas exógenas e instrumental cortante.

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO
Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periferida.

TECNOLOGIA
Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

HIPERQUERATOSE

OBJETIVO
Manter a pele saudável.

MEDIDAS PROFILÁTICAS
Umectação diária.

TECNOLOGIA
Retirar com delicadeza o tecido descamativo, após aplicação de creme emoliente.

HIPERQUERATOSE PERI-FERIDA NEUROPÁTICA
Desbridamento instrumental após aplicação de solução emoliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desbridamento, importante integrante do processo de limpeza da ferida e do preparo do leito da ferida, tem como objetivo remover tecidos inviáveis, reduzir a colonização por microorganismos, favorecer a cicatrização em sua fase inicial e manter o leito saudável durante todo processo até a total reepitelizacão.

Exige conhecimento e capacitação do profissional para escolha do melhor método a ser empregado, tendo como objetivo a cicatrização da lesão, observando-se as condições gerais da pessoa com ferida, suas crenças, estado emocional, limiar de dor, tendo como foco a melhoria da qualidade de vida.

Faz parte das competências do enfermeiro executar o desbridamento autolítico, instrumental, químicoe mecânico, de acordo com a Resolução COFEN nº. 0502/2015: executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico[20] (**Anexo 1**).

RESOLUÇÃO COFEN Nº. 0502/2015

NORMA TÉCNICA QUE REGULAMENTA A COMPETÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS FERIDAS

I. OBJETIVO

Regulamentar a competência da equipe de enfermagem, visando o efetivo cuidado e segurança do paciente submetido ao procedimento.

II. GLOSSÁRIO

III. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO ÀS FERIDAS

1. GERAL:

A) Realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas.

2. ESPECÍFICAS:

A) Abertura de consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado às feridas de forma autônoma e empreendedora, preferencialmente pelo enfermeiro especialista na área.

B) O procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde.

C) Estabelecer prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas, estabelecidas em Programas de Saúde ou Protocolos Institucionais.

NORMA TÉCNICA

D) Realizar curativos de feridas em Estágio III e IV.

E) Os curativos de feridas em Estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao Técnico de Enfermagem.

F) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico.

G) Participar em conjunto com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado às feridas.

H) Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.

I) Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um individuo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e continua da pele.

J) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D.

K) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como coberturas de ferida, laser de baixa intensidade, terapia por pressão negativa, entre outros.

L) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.

M) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.

N) Coordenar e/ou participar de testes de produtos/medicamentos a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas.

O) Prescrever cuidados de enfermagem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.

P) Solicitação de exames laboratoriais inerentes ao processo do cuidado às feridas, mediante protocolo institucional.

Q) Utilização de materiais, equipamentos e medicamentos que venham a ser aprovados pela Anvisa para a prevenção e cuidado às feridas.

R) Utilização de tecnologias na prevenção e cuidado às feridas, desde que haja comprovação científica e aprovação pela Anvisa.

S) Efetuar, coordenador e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.

T) Quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional.

U) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente, quanto ao cuidado com as feridas.

IV. ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM FERIDAS

A) Realizar curativo nas feridas em estágio I e II.

B) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV.

C) Realizar o curativo nas feridas em estágio III, quando delegado pelo Enfermeiro.

D) Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida.

E) Registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.

F) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro.

G) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

V. ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM FERIDAS

A) Realizar o curativo de feridas em estágio I.

B) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV.

C) Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida.

D) Registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.

E) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro.

F) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. Gamba MA. Feridas Crônicas in Gamba MA, Petri V, Costa MTF. Feridas: prevenção, causas e tratamento, 1ª edição, Rio de Janeiro, Santos Ed. 2016, p.277-280.

2. Wound Debridement Guide. South West Regional Wound Care Program Last Updated March 12, 2015. Disponível em **www.swrwoundcareprogram.ca/Uploads** (acesso em junho de 2016).

3. Steven L, Percival SL, Finnegan S, Donelli G, Vuotto C, Rimmer S, Benjamin A. Lipsky BA. Antiseptics for treating infected wounds: Efficacy on biofilms and effect of pH. Critical Reviews in Microbiology · October 2014. **www.researchgate.net/publication** (acesso em junho de 2016).

4. Percival SL, Suleman L. Slough and biofilm: removal of barriers to wound healing by desloughing. Journal of Wound Care, vol 24, nol. 11, November 2015.

5. Dowsett C, Newton H. Wound Bed Preparation: TIME in practice. Clinical Practice Development. Disponível em **www.woundsinternational.com/.../content_86.pdf** (acesso em junho de 2016).

6. EWMA Document: Debridament an updated overview and clarification of the principle role of debridement. Journal of Wound Care, vol. 22, n. 1 EWMA Document, 2013. **www.ewma.org/debridement** (acesso em julho de 2016).

7. Falanga V, Brem H, Ennis WJ, Wolcon R, Gould LJ, et al. Maintenance Debridement in the Treatment of Difficult to Heal Chronic Wounds. Supplement to OWM June 2008 Disponível em **www.o-wm.com/files/docs/HPSuppl_OnlineLO.pdf** (acesso em julho de 2016).

8. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. (**www.npuap.org**) (**www.epuap.org**). (acesso em julho de 2016).

9. The All Wales Guidance for the Management of Hyperkeratosis of the Lower Limb, September 2014 , Clinical Support Manager Published by: Wounds UK, London. Web: **www.wounds-uk.com** (acesso em agosto de 2016).

10. Yamada, BFA, Limpeza e Desbridamento no Tratamento da Ulcera por Pressão, in Blanes L, Ferreira LM, Prevenção e Tratamento de Ulcera por Pressão, São Paulo, Ed. Atheneu, 2014.

11. Yamada BFA, Goncalves CCS, Cacicchioli MGS, Pulido KCS, Oliveira RA, Thuler SR. Terapia Tópica no Tratamento de Ulcera por Pressão: coberturas, in Blanes L, Ferreira LM, Prevenção e Tratamento de Ulcera por Pressão, São Paulo, Ed. Atheneu, 2014.

12. Douglas Queen, BSc, PhD, MBA. Technology update: Understanding Hydrofiber® Technology. **http://www.wintjournal.com/media/journals/_/376/files/wij1-5-29-32.pdf** (acesso em agosto de 2016).

13. Bugedo A, Bowler F, Bishop SM, 2012. Assessment of the in vitro physical properties of AQUACEL™ Ag Extra™ and AQUACEL™ Ag dressings. Technical Assessment. WHRI3602 TA235. 2012, Data on File, ConvaTec Inc.

14. Meaume S, Perez J, Sebbane G, Dompmartin A, Bressieux JM, Leguyadec T, Tacca O, Bohbot S. Tratamento Inovador de feridas cronicas com um inovador curativo absorvente. Journal of Wound Care volume 21, numero 7, julho de 2012.

15. Bohbot S, Meaume S, Tacca O, Dissemond J, Perceau G dressinet al. Evaluation of two fibrous wound dressings for the management of leg ulcers: results or a European randomized controlled trial (EARTH RCT). Journal of Wound Care, vol. 23, no. 3, march 2014.

16. MOLAN, P.C. The role of honey in the management of wounds. J Wound Care, vol.8, n.8, p.415, 2001. Disponível em **http://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/2041/The%20role%20of%20honey.pdf?sequence=1**. (Acesso em agosto de 2016).

17. Gethin G. Efficacy of Honey as a desloughing agent: overview of current evidence, EWMA Journal, 2008 vol 8,2, p31-35.

18. Geraghty J, Baisi L, Stephens C et al. Larval debridement therapy: traumatic injury management. London: Wounds UK, 2014 10(3). Supplement. Available to download from: **www.wounds-uk.com**

19. Brito Junior LC, Ferreira PL. Cicatrização de Feridas Contaminadas tratadas com papaína. Medicina (Ribeirao Preto) 2015, 48(2) 166-74. **www.revista.fmrpusp.br** (acesso em agosto de 2016).

20. COFEN Resolução COFEN no. 0502/2015. Competência da Equipe de Enfermagem no cuidado de feridas. Disponível em **http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html**

SOBEST
associação brasileira de estomaterapia
• ESTOMIAS • FERIDAS • INCONTINÊNCIAS

APOIO INSTITUCIONAL
URGO

SEDE SOBEST
Rua Antonio de Godoi, 35
República - São Paulo/SP
CEP 01034-000
Tel.: (11) 3081-0659

www.sobest.org.br