

COMUNICAÇÃO Nº 15

TÍTULO: ABORDAGEM AO TRATAMENTO DA FERIDA TRAUMÁTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Autor: Tânia Isabel de Jesus Gonçalves; Bruna Pinheiro

Introdução

Todos os anos, são milhares os pacientes que se deslocam aos serviços de urgência para tratamento de feridas agudas. (2) De acordo com dados das Comissões de controlo e prevenção de doenças Norte- Americanas, as feridas abertas (excluindo a cabeça), foram a primeira causa de diagnóstico em homens com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos, que se deslocaram aos serviços de urgência. (1) O tratamento deste tipo de feridas pode variar de profissional para profissional (2) e corresponde a cerca de 5 a 20% das queixas prestadas por negligência médica, sendo as causas mais comuns a falha na detecção de corpos estranhos, um incorrecto diagnóstico de uma ferida infectada bem como de lesões nas estruturas adjacentes à ferida, como nervos e tendões. (1) Assim sendo e de acordo com dados do American College of Emergency Physicians, sendo as feridas traumáticas diferentes de uma ferida cirúrgica padronizada, é vital que seja alcançado um consenso em relação ao seu tratamento. (3)

Objetivos

Reconhecer os diferentes tipos de feridas traumáticas no serviço de urgência;

Compreender a importância de um tratamento atempado e adequado aos diferentes tipos de feridas traumáticas;

Estabelecer métodos de atuação uniformes perante uma ferida traumática;

Identificar o tratamento mais recomendado para os diferentes tipos de feridas traumáticas;

Metodologia

Revisão da literatura baseada na pesquisa online de artigos científicos, com recurso a motores de busca (B-On e EBSCO), utilizando as seguintes palavras-chave: feridas, traumática, emergência e protocolo, tendo sido selecionados artigos publicados nos últimos 12 anos. A título de complemento foi realizada também pesquisa bibliográfica em livros sobre a temática.

Desenvolvimento

Uma ferida é considerada como uma interrupção da continuidade de um tecido corporal, de maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma patologia clínica. (4) Assim sendo, as feridas podem ser classificadas, de acordo com o tempo de cicatrização tecidual, em agudas ou crônicas. As feridas agudas são provocadas por procedimentos cirúrgicos ou trauma e a sua cicatrização ocorre no tempo adequado e à partida, sem complicações. Enquanto, feridas crônicas, são aquelas que não cicatrizam no tempo esperado e que desenvolvem complicações. (5) Neste artigo pretende dar-se especial destaque ao tipo de feridas agudas originadas por um evento traumático. Assim sendo, feridas traumáticas são consideradas tipicamente como cortes, mordeduras, abrasões, lacerações ou picadas (6), provocadas por uma fonte de energia incontável ou aguda que entra em contacto com o corpo, e este, ao não ter condições para suportar essa mesma energia aguda, é originada uma lesão que pode provocar algum tipo de dano na pele e/ou seus tecidos adjacentes. (7) Considerando o grupo de feridas traumáticas, foi possível verificar que cerca de 70% das mesmas no momento em que ocorreram se apresentavam contaminadas por organismos potencialmente patogénicos que poderiam conduzir a uma infecção. (3), no entanto, através de uma avaliação e preparação adequada da ferida, pode ocorrer uma diminuição desse mesmo risco de infecção, bem como uma promoção da cicatrização, tendo em vista os melhores resultados para o paciente. (2) No que concerne a avaliação da ferida, é importante que seja obtida inicialmente e sempre que possível, uma história detalhada do mecanismo da lesão que a provocou, de modo a estabelecer indícios importantes acerca da profundidade da ferida, presença de detritos ou corpos estranhos (ex: vidros, gravilha), grau de contaminação, possibilidade de lesões nas estruturas adjacentes. (1), tempo desde que ocorreu a lesão, situação imunitária do paciente (ex: vacina tétano), doenças relevantes (ex: diabetes, doenças vasculares periféricas), medicação habitual relevante como esteróides ou varfarina e alergias a material de pensos ou antibióticos. (8) Seguidamente deve ser realizada uma correcta inspecção/ examinação da ferida, onde deverá ser contemplada a descrição do local anatómico da mesma, bem como tamanho e profundidade, o envolvimento de estruturas adjacentes, sinais inflamatórios, tumefacção, tipo de ferida (mordedura, picada, laceração, abrasão ou corte), cor e perfusão tecidual, presença de hematoma, sangramento ou corpos estranhos e pesquisa de sensibilidade no local da ferida. (8) Após a obtenção de todos estes dados, segue-se a limpeza da ferida, sendo a solução salina, a solução mais utilizada no processo de irrigação, no entanto, estudos comprovam que a irrigação de uma ferida traumática com água potável é tão eficaz como uma solução salina e sem aumentar o risco de infecção, representando ainda uma diminuição de custos para o hospital. (1) Agentes como iodopovidona e peróxido de hidrogénio, não devem ser utilizados como solutos de limpeza/irrigação de uma ferida, pois para além de apresentarem efeitos tóxicos nos tecidos, podem prejudicar a cicatrização, não existindo ainda evidência científica que alterem o nível de infecção comparativamente com a solução salina ou água potável. (1) Se possível, a solução utilizada na limpeza/irrigação da ferida deverá ser aquecida a uma temperatura de 37 °C. (9) No que toca a pressão utilizada para irrigação deste tipo de feridas, pode-se dizer que não se trata de um tema consensual, pois autores consideram que irrigação a baixa pressão pode manter detritos ou corpos estranhos na ferida e que uma irrigação a alta pressão pode provocar traumatismo dos tecidos saudáveis e pode propagar

outras bactérias para o leito da ferida (9) Assim sendo, a pressão utilizada na irrigação dependerá do tamanho e nível de contaminação da ferida, e será tanto mais eficaz na redução da colonização bacteriana, quanto mais adequada for ao tipo de ferida. (1) Irrigação a baixa pressão é utilizada em feridas relativamente limpas e pode ser realizada apenas com uma seringa, enquanto que irrigação a alta pressão é utilizada em feridas altamente contaminadas e pode ser conseguida através do uso de uma agulha de 19 gauges ou de um cateter do mesmo calibre conectado a uma seringa de 30 a 60 ml. Apesar deste último método de irrigação ser bastante eficaz na redução da infecção, segundo alguns estudos, quando mal realizado pode conduzir a um aumento da infecção cruzada devido aos salpicos dos solutos utilizados. (9) Nos casos, em que a ferida requeira uma limpeza mais extensa deverá ser contactado o médico cirurgião responsável para observar a ferida. (1) Sempre que a preparação e manuseamento deste tipo de feridas envolva áreas que contenham cabelos e que seja necessária a sua remoção, alguma literatura mostra que deve ser evitado o uso de giletes, pois estas libertam a flora bacteriana normal presente nos folículos capilares, aumentando o risco de infecção, devendo por isso, ser substituídas por tesouras para retirar apenas os cabelos mais circundantes. (1) Devido a gravidade das feridas traumáticas e à sua vasta etiologia, o seu tratamento pode ser tão simples quanto a realização de limpeza e aplicação de um penso ou poderá ser mais complexo, requerendo uma intervenção cirúrgica. (10) Acresce ainda a todos estes aspectos, que a realização de um adequado tratamento a uma ferida traumática irá reduzir a dor ao paciente, aplicar a pressão necessária para suspender hemorragia, quando for caso disso, imobilizar o local afectado, proteger o local da ferida e tecidos circundantes e promover uma adequada cicatrização da mesma. (11) O tratamento ideal de feridas traumáticas deve ser rápido, de fácil utilização, que não provoque dor, apresente excelentes resultados cosméticos, um baixo risco de infecção e que apresentasse um baixo custo para a instituição hospitalar, no entanto, sabe-se que não existe nenhum tratamento que reúna todos estes critérios, apresentando cada tratamento as suas vantagens e desvantagens. (1) As feridas traumáticas podem ser encerradas através de um encerramento primário, encerramento primário atrasado e/ou por encerramento secundário. Sendo a grande maioria das feridas traumáticas presentes nos serviços de urgências alvo de tratamento por encerramento primário, apenas será referenciado este último modelo ao longo deste artigo. O encerramento primário corresponde ao tipo tratamento que conduz a uma menor taxa de infecção, ocorrendo apenas em menos de 5% das feridas tratadas (1) e correspondem a este modelo, técnicas como realização de sutura, aplicação de steristrips e aplicação de cola adesiva. Encontram-se excluídas deste tipo de encerramento primário, feridas resultantes de mordeduras humanas ou de animal (excepto na face), feridas muito contaminadas e feridas na face ou couro cabeludo com mais de 24 horas ou outras lacerações com mais de 12 horas. (8) No caso das suturas, a técnica mais utilizada é a de sutura descontínua (8), sendo que o local circundante a lesão deverá ser desinfectado com um anti-séptico (iodopor ou clorhexidina), antes de ser realizada a infiltração da anestesia, para evitar que bactérias presentes na flora comum da pele sejam arrastadas para o leito da ferida (1). Os tipos de anestésicos mais comumente utilizados dividem-se em 2 grupos: amidas (lidocaína e bupivacaína) e esterés (procaína e tetracaína). Apesar das alergias a lidocaína serem consideradas raras, nos casos em que pacientes apresentem alergias prévias em ambos os grupos de anestésicos, poderá ser realizada uma infiltração local com difenidramina ou álcool benzílico. (1) Nas situações em que a ferida traumática se apresente muito sangrante

poderá ainda ser combinado o uso de anestético com um agente vasoconstritor como a epinefrina, permitindo uma melhor hemóstase da ferida e reduzindo a absorção vascular das moléculas anestésicas, permitindo que o seu efeito seja mais duradouro. (1) Apesar da escolha do tamanho do fio de sutura ficar na maior parte das vezes ao critério do clínico que assiste o doente, o tamanho que deverá ser utilizado no couro cabeludo é de 3/0, na face de 6/0 ou 5/0, nas mãos 5/0 ou 4/0, sobre grandes articulações 3/0 e noutros locais 3/0 ou 4/0. (8) Após a realização da sutura deverá ser realizado um penso não aderente ou aplicado spray de opsite, deverão ser dadas indicações ao paciente acerca dos cuidados a ter com a ferida/penso, da periodicidade da realização dos pensos e de quando será necessário retirar os pontos: couro cabeludo 7 dias, face 3 a 5 dias, superfícies planas 7 dias, mão 7 a 10 dias, articulações 10 a 14 dias e região dorsal 10 a 14 dias. (8) As feridas traumáticas podem ainda ser tratadas com recurso ao uso de adesivos de encerramento da pele, tal como steristrips, que apenas podem ser utilizados no caso de feridas superficiais e que não se encontrem sobre grande tensão, tais como feridas nas pontas dos dedos por exemplo. Uma outra opção de tratamento pode ser também o uso de cola adesiva que apenas pode ser utilizada em feridas com menos de 8 cm e que não envolvam estruturas adjacentes, estejam sobre tensão, se encontrem muito infectadas, apresentem hemorragia persistente e feridas que se apresentem muito próximas dos olhos. A cola adesiva ao final de 5 a 10 dias irá formar uma crosta que irá cair, pelo que deve ser aconselhado o paciente a não retirar a mesma. Assim sendo, existem ainda outros cuidados que deverão ser transmitidos ao paciente, como evitar que a ferida se suje, que se mantenha seca e limpa, que deverá entrar em contacto com o enfermeiro ou médico sempre que ocorram sinais de infecção, como vermelhidão, inflamação, calor local ou formação de exsudado purulento. (8) É importante ainda, que seja verificado se o paciente tem a vacina do tétano actualizada, uma vez que as feridas que se encontram descritas em estudos como as de maior risco de virem a desenvolver tétano são feridas contaminadas por fezes, saliva, terra, queimaduras, lesões por esmagamento e misseis, picadas e mordeduras. Assim sendo e de acordo com o Committee of Immunization Practices and the Centers for Disease Control and Prevention, deve fazer parte dos cuidados aos pacientes com feridas traumáticas no serviço de urgência a administração da vacina do tétano ou Imunoglobulina antitetânica, caso seja necessário. (1) A vacina do tétano encontra-se apenas indicada nos casos em que o paciente não tenha recebido a vacina nos últimos 10 anos, tenha recebido menos que 3 doses ao longo da vida ou que haja uma história incerta de imunização. A imunoglobulina antitânica deverá apenas ser administradas em pacientes com feridas mais contaminadas e que não tenham recebido imunização prévia ou a história de imunização seja incerta. A dose recomendada para todos os pacientes de todas as idades é de 250 unidades por via intra muscular. (1)

Conclusão

Sendo o tratamento de feridas traumáticas, um procedimento frequentemente realizado nos serviços de urgência este artigo procura destacar alguns dos fatores que condicionam uma correta cicatrização deste tipo de feridas.

Assim sendo, o objetivo final do tratamento das feridas traumáticas é que este ocorra em tempo útil, minimize o desconforto do paciente e diminua o risco de infeção. A par destes fatores, deve ser sempre realizada uma correta inspeção da ferida, de modo a identificar

potenciais corpos estranhos e lesões nas estruturas adjacentes, uma correta limpeza/irrigação tendo em conta a pressão adequada ao tipo de ferida, uma correta anestesia local, tratamento e prevenção de infeção por tétano através da administração de vacina do tétano e/ou imunoglobulina antitetânica. Conclui-se assim, e de acordo com o American College of Emergency Physicians, que existe uma lacuna no que diz respeito ao tratamento das feridas traumáticas, uma vez que não existem protocolos padronizados para o tratamento das mesmas (3) bem como bibliografia recente, sendo por isso importante que esta temática seja abordada e estudada de forma mais consistente dentro de cada instituição hospitalar de modo a permitir uma prática de cuidados uniforme e equitativa, tendo em vista uma melhor e mais eficaz cicatrização deste tipo de feridas.

Referências Bibliográficas

Cocuzza, Tina A; Murano, Tiffany; Kulkarni, Miriam, Stitches, Staples, and Glue: Wound Repair in the Emergency Department, *Emergency Medicine Reports*; 5/9/2011, Vol. 32 Issue 12, p129-143, 15p;

Storer A. et al, *Emergency Nursing Resource: Wound Preparation*, Emergency Nurses Association, p. 1, December 2011;

Ferguson, Anne, *Traumatic Wounds*, Trauma. ORG: nursing: witnesses resuscitation, Outubro 2000;

Cesaretti IUR, *Processo fisiológico de cicatrização da ferida*. *Pelle Sana* 1998;2:10-2;

Santos VLCG, *Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio*. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306;

<http://www.woundcarecenters.org/wound-types/traumaticwounds.html>, acessido a 24 de Fevereiro de 2013;

Sheehy's, *Enfermagem de Urgência- Da teoria à prática*, 4ª edição, Lusociência, 1998, ISBN:972-8383-16-9;

NHS, *Protocol for the Management of traumatic wounds*, Outubro 2011, p. 1-7;

Dearden, Christine, et al, *Traumatic Wounds: cleansing and dressing*, *Nursing Times*, Julho 2001 p.1-3;

<http://www.woundcarecenters.org/wound-types/traumatic-wounds.html>, acessido a 24 de Fevereiro de 2013;

http://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Wound_dressings_acute_traumatic_wounds, acessido em 24 de Fevereiro de 2013.