

FERIDAS TRAUMÁTICAS: ASSISTÊNCIA À LESÕES COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO E ÓSSEA

*Ana Cristina Beust da Silva
**Silvana Mara Janning Prazeres
***Vânia Declair

Introdução

“A ferida traumática é conceituada como uma lesão tecidual causada por um agente vulnerante que, atuando sobre qualquer superfície corporal, de localização interna ou externa, promove uma alteração na fisiologia tissular, com ou sem solução de continuidade do plano afetado”. Montovani, et al.(1) Winter, na década de sessenta publicou um artigo pioneiro sobre cicatrização em meio úmido. As vantagens do meio úmido são bem conhecidas atuando na síntese de colágeno, angiogênese, defesa contra infecção pela ação promovida pelos leucócitos, e remoção de tecido necrótico e microorganismos através dos macrófagos.

Südkamp afirmou que “no que tange a fratura, a dificuldade é fazer uma análise correta da extensão da lesão de partes moles, bem como determinar quais passos e procedimentos devem ser instituídos e em qual seqüência”. A visão transdisciplinar do enfermeiro é para as autoras fator decisivo na otimização do tratamento de lesões traumáticas graves. Em muitos casos, procedimentos como aplicação de retalhos livres ou rotação de retalho estão indicados e seriam a melhor opção de cobertura e tratamento precoce da exposição óssea e/ou tendinosa. No entanto, muitas vezes por falta de recursos materiais e/ou humano de profissional especializado, curativos que mantêm o meio úmido da ferida como alginatos, telas de silicone e ácidos graxos insaturados podem fazer a diferença no tratamento destas lesões, pois esses produtos mantêm a preservação tecidual do tecido do membro afetado assim como de sua função.

Em áreas onde não é possível a rotação de retalho muscular, a enxertia de pele sobre a área óssea ou sobre o tendão pode implicar em adesão da pele a estes planos com conseqüente diminuição de mobilidade. Casos que acometem crianças têm resultados ainda mais incertos, devido às retrações

provocadas pelo crescimento. (Costa e Kuwae).

No trauma, o dano tecidual geralmente não pode ter sua extensão total avaliada no primeiro momento. Fatores como: tipo de trauma, intensidade e direção da força aplicada, área do corpo afetada, índice de contaminação da ferida, tempo decorrido do trauma até os primeiros socorros e patologias pré-existentes, produzirão diferentes respostas aos mecanismos fisiológicos da reparação tecidual. As áreas de lesão inicialmente identificadas são análogas às zonas de lesão causada por queimadura, as quais apresentam zona com estase e hiperemia. Vários autores já descreveram e chegaram ao consenso de que o tecido necrótico deverá sempre desbridado independentemente da técnica de desbridamento que for optada.

Fernandes, após a observação de vários casos, comprovou que a realização de suturas tensas em área hiperemiada a fim de cobrir precocemente tendão e/ou osso exposto resultam no agravamento da isquemia e conseqüentemente aumentam o dano tecidual local por necrose ou infecção. Relatou ainda que a contra-indicação de sutura precoce estaria mais vinculada ao grau de sujidade do ferimento e a tensão dos bordos do que ao tempo decorrido entre o trauma e o atendimento. Sem dúvida o uso precoce de coberturas protetoras permite a redução do número e do porte de intervenções cirúrgicas favorecendo os resultados estéticos e funcionais do membro afetado.

O tratamento tópico das feridas traumáticas é foco de discussões na literatura e na prática diária. A introdução de curativos de meio úmido tem disponibilizado a discussão do melhor método para tratamento de lesões com exposição óssea e/ou do tendão, uma vez que vários profissionais da área da saúde têm em sua prática diária a conduta da aplicação de gaze de algodão associada á pomadas como forma de estimular o tecido de granulação. A literatura atual indica a utilização do meio úmido como a for-

ma ideal de estimular a mitose celular, diminuir o risco de infecção e melhorar a neovascularização dos tecidos acometidos

As autoras analisaram os paradigmas referentes à falta da formação do tecido de granulação sobre áreas com exposição óssea e/ou do tendão. Observaram que na instituição pesquisada, Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre Rio Grande do Sul, unidade de traumatologia, havia a indicação da utilização de curativos secos (gaze de algodão com pomada) como forma de estimular o tecido de granulação em pacientes vítimas de trauma grave de extremidades, com comprometimento muscular ósseo e/ou do tendão, e neurológico do membro afetado. Constataram que esta conduta provocava dano tecidual nas trocas de curativo, sangramento e agravamento do dano ao tecido periosteal e tendinoso, pelo ressecamento destas estruturas e assim optaram pela troca da conduta terapêutica e passaram a utilizar coberturas não aderentes ao tecido em reparação, neste caso alginato de cálcio, película de silicone e ácidos graxos insaturados.

Objetivos

1. Comparar os paradigmas referentes aos curativos de lesões traumáticas com as novas técnicas e tecnologias utilizadas atualmente.
2. Implantar terapêutica mais moderna e eficaz para feridas traumáticas, com exposição óssea e/ou de tendão no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre RS.

Material e métodos

Foram selecionados, aleatoriamente, 11 pacientes portadores de lesões traumáticas, envolvendo exposição óssea e/ou de tendão. Os curativos foram realizados diariamente e utilizamos películas de alginato de cálcio e sódio (Melgisorb) ou película de silicone (Mepitel), ambos associados aos ácidos graxos insaturados. O alginato de cálcio e sódio (Melgisorb) e a película de silicone (Mepitel) foram utiliza-

FERIDAS TRAUMÁTICAS: ASSISTÊNCIA À LESÕES COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO E ÓSSEA

dos com a finalidade de evitar o trauma da lesão por atrito ou durante a retirada do curativo.

Para a determinação de escolha entre alginato de cálcio e sódio (Melgisorb) e película de silicone (Mepitel) foi decisivo analisar a ferida, sendo o alginato de cálcio e sódio (Melgisorb) utilizado em feridas cavitárias e a película de silicone (Mepitel) utilizado em feridas planas (Prazeres).

O AGE foi utilizado com a finalidade de aumentar a multiplicação celular e a angiogênese, estimulando assim o tecido de granulação (Declair). A técnica de curativo seguiu o princípio de realização de procedimento sem trauma, portanto a limpeza da lesão foi somente realizada com jato de soro fisiológico 0,9% aquecido.

Resultados

No decorrer deste trabalho observamos a quebra dos paradigmas, reconhecendo a potencialidade danosa do meio seco, então utilizado, como terapêutica do tratamento de feridas na instituição onde realizamos este estudo. A evolução do processo de reparação tecidual com a utilização de cobertura que manteve o meio úmido da área lesionada favoreceu o desenvolvimento dos tecido de granulação comprovando-se desta forma que o processo de reparação tissular em meio úmido é decisivo para a manutenção da vitalidade tecidual.

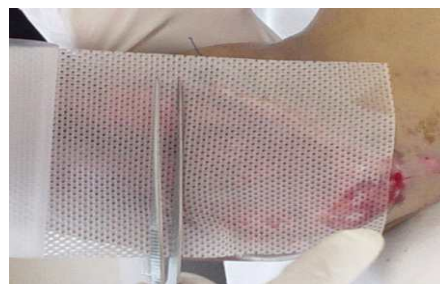
Os pacientes estudados apresentaram cicatrização total de lesão em tempo inferior ao obtido na utilização gaze de algodão seca e pomada. Esses resultados levaram a alta precoce desses pacientes com redução do custo de internação hospitalar, melhor estética da cicatriz, diminuição do uso de antibioticoterapia e analgésicos e melhor aproveitamento do tempo pela equipe de enfermagem envolvida no processo da assistência à esses pacientes. Em alguns casos tornou-se desnecessário o retorno do paciente ao Centro Cirúrgico para procedimento de desbridamento, o que era bem

comum quando se utilizava a terapêutica anterior.

Foi possível observar granulação precoce sobre o perisóstio, a fáscia da musculatura e sobre o tendão com o uso de alginato de cálcio e sódio (Melgisorb), películas de silicone (Mepitel) associados aos ácidos graxos essenciais.

Lesão em MSD devido a trauma por esmagamento. Perda total tecido, com muito sangramento.

Dor: grau 10 (analgesia prévia c/ morfina 0,5mg - sc). Curativo inicial: gaze de algodão que foi substituída por tela de silicone e ácidos graxos insaturados.



02/12/05



09.12.05



14.01.06

Bibliografia: www.vascularin.com.br

Dra. Vânia Declair
Monitora de Pesquisa Clínica



Silvana Prazeres
Av. Polônia, 530 sala 205
São Geraldo
Porto Alegre RS
CEP 90230-110
Fone: (51) 9115-5112
e-mail: silprazeres@terra.com.br

