

UTILIZAÇÃO DE ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS EM DEISCÊNCIAS DE FERIDAS CIRÚRGICAS EM PEDIATRIA.

Michiko Suzuki Yamamoto*

RESUMO

O estudo relata a experiência da utilização de Ácidos Graxos Essenciais (A.G.E.) em deiscências de feridas cirúrgicas em Pediatria. Nos quatro casos estudados, observou-se uma boa evolução da cicatrização, mostrando que o produto pode ser adequado no tratamento desses tipos de lesões. Quanto ao procedimento do curativo com esse produto, foi de fácil execução, não exigindo nenhum cuidado especial, e podendo ser realizado com facilidade pelos familiares após a alta. Além dessas características, promove o conforto do paciente, por não causar reação local e reduzindo a aderência da cobertura à ferida, evitando assim, traumas ao tecido de granulação na retirada do curativo. A autora recomenda a realização de novos estudos comparativos que possam comprovar a eficácia do produto.

UNITERMOS: A.G.E.. Curativos. Deiscências de feridas cirúrgicas.

ABSTRACT

The present study focuses on the use of essential fatty acids in surgical wound dehiscences in the Pediatric Surgery Nursery. Good healing evolution has been noted in the 4 patients included in this study, thus showing that essential fatty acids may be an adequate treat of this sort of wound. The wound care procedure is quite simple and may be performed by the patients relatives after hospital discharge. It does not lead to skin reactions and prevents adhesion of the wound secretions to the drapes thus preventing skin trauma by the time they are removed.

UNITERMS: Essential fatty acids. Wound care. Surgical wound dehiscences.

1 INTRODUÇÃO

Com os novos conceitos no tratamento de feridas, tornou-se necessário rever as práticas tradicionais, no que se refere aos antissépticos, às técnicas de limpeza e coberturas de feridas na nossa prática hospitalar.

A utilização de antissépticos tem por objetivo, controlar a proliferação bacteriana, ou seja, a infecção. Embora ocorra redução de microorganismos, estas soluções devem ser avaliadas em relação à sua toxicidade às células responsáveis pela cicatrização.

Segundo o estudo apresentado no International Forum on Wound Microbiology (1989), "Todos os anti-sépticos nas concentrações clínicas normais são tóxicos para as células em cicatrização "in vitro" e também, tem demonstrado ser destrutivos para os tecidos normais".

O polivinilpirrolidona-iodo a 10%, que contém 1% de iodo livre, é citotóxico para os fibroblastos, retardando a epitelização e diminuindo a força tensil da ferida. Para poder ser utilizado, este iodo necessita ser diluído à 0,001% o que compromete a sua eficiência ¹.

Outros aspectos negativos tem sido apontados para a não utilização de antissépticos, como sua atividade reduzida na presença de matéria orgânica, produção de efeitos sistêmicos indesejáveis ou irritação e reação alérgica ².

Os antibióticos tópicos por sua vez não devem ser administrados, a não ser que haja uma indicação precisa, pois têm várias desvantagens como a sensibilização cutânea, o desenvolvimento de resistência bacteriana, a inibição do processo de cicatrização e a inativação do antibiótico pela matéria orgânica da ferida ².

A limpeza da ferida deve ser realizada de modo a não causar danos no tecido viável. Para tanto, recomenda-se que seja utilizada limpeza das feridas com solução de SF 0,9% em jato, aquecida à 37°C, para que não prejudique o processo de cicatrização. Assim, atualmente solução salina 0,9% é o único agente de limpeza totalmente seguro e constitui o tratamento de escolha para a maioria das feridas ³.

, Assim como a técnica e o produto utilizados no processo de limpeza da ferida, influenciam na cicatrização, as coberturas tem sua indicação precisa e deve-se adequar às condições da lesão para que possa proporcionar uma cicatrização mais efetiva.

Estudos tem mostrado que mantendo a umidade na superfície da ferida a epitelização ocorre duas vezes mais rápido. Isto ocorre, pois as células epiteliais podem deslizar pela superfície da ferida, enquanto que nas feridas expostas, elas se movimentam por baixo da crosta, da exsudação seca e das camadas de células ressecadas para

* Enfermeira estomaterapeuta, Supervisora de Seção Hospitalar da Unidade de Cirurgia Pediátrica do ICR-HCFMUSP.

encontrar uma camada úmida. Outros benefícios são citados, como a diminuição da dor local proporcionado pelo ambiente úmido, provavelmente porque as extremidades do nervo mantêm se hidratados¹.

Estes conhecimentos tem fundamentado o desenvolvimento de diversos produtos que tem buscado atender características de um curativo ideal, definidos por Turner em 1982 e citados por DEALEY³

- Manter alta umidade na interface ferida/curativo;
- Remover o excesso de exsudação;
- Prevenir a contaminação bacteriana;
- Ser isento de partículas e tóxicos contaminantes da ferida;
- Fornecer isolamento térmico;
- Permitir sua remoção sem causar trauma à ferida.

Embora vários produtos estejam disponíveis no mercado, não existe um curativo ideal que atenda todos esses requisitos.

O objetivo deste relato é apresentar alguns casos de deiscências de feridas cirúrgicas em crianças e tratados com A.G.E.

Os A.G.E. são produtos originados de óleos vegetais poli-insaturados, e são encontrados nos lipídios estruturais das células. Esses não são sintetizados pelo organismo, pois os mamíferos não possuem as enzimas necessárias para produzi-los, portanto, devem obtê-los de fontes vegetais. Os ácidos linoleico e linolênico são considerados os únicos ácidos graxos conhecidos como essenciais e mais importantes para o homem e para a nutrição de muitas espécies de animais, especialmente o lactente humano. Os A. G. E. têm importante papel no transporte e metabolismo das gorduras e na manutenção da função e integridade estrutural das membranas celulares⁴.

Os A. G. E. têm excelente absorção para uso tópico, formando uma película, prevenindo escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporcionando nutrição celular local; e quando usados em lesões epidérmicas, possuem grande capacidade de regeneração tissular⁴.

Os compostos formados por dioxigenação de ácidos graxos representam papel fundamental nos processos de inflamação e proliferação celular, por serem agentes quimiotáticos poderosos, pois provocam o recrutamento de leucócitos para os locais de inflamação. O ácido linoleico é um mediador que acumula macrófagos e leucócitos e acelera o processo de cicatrização⁵.

O estudo comparativo da utilização de triglicérides de cadeia média com A.G.E. e polivinilpirrolidona-iodo no tratamento da úlceras de pressão, comprovou a efetividade da primeira solução, pois houve redução na área total das úlceras, sendo que com polivinilpirrolidona-iodo houve aumento da mesmas.

2 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido em forma de estudo de caso, junto à quatro crianças em tratamento na Clínica Cirúrgica Pediátrica. Todos os casos, com exceção do primeiro, trata-se de crianças internadas.

Antes de dar início ao trabalho, os seguintes critérios foram atendidos:

- 1 - Consentimento prévio da mãe quanto ao tratamento e tomada de imagens.
- 2 - Esclarecimento da mãe quanto ao produto e ação.
- 3 - Autorização do médico responsável pela criança.

A equipe de enfermagem da clínica foi orientada e treinada quanto à técnica do curativo (material e procedimento), conforme descritos abaixo.

Técnica do Curativo

MATERIAL

- Luva
- Solução fisiológica a 0,9% aquecida a 37°C
- Agulha de grosso calibre
- Gaze rayon
- Gaze comum
- Fita crepe
- Fita adesiva
- A.G.E.

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos
- Calçar as luvas
- Retirar o curativo anterior, observando o aspecto
- Irrigar a ferida com solução fisiológica 0,9%, aquecida, em jato
- Retirar se houver e quando possível o tecido desvitalizado, crostas e fibrina.
- Secar a região peri-ferida.
- Embeber a gaze rayon com o A. G. E. e cobrir toda a ferida.
- Cobrir com gaze comum, como curativo secundário.
- Enfaixar o abdômen com atadura de crepe ou fixar com micropore.

Frequência de troca:

Os curativos foram realizados de acordo com a necessidade de cada caso, ou seja, dependendo do volume do exsudato, em média de duas vezes ao dia.

A evolução da ferida foi acompanhada diariamente através de:

- Observação direta da ferida e região peri-ferida quanto à cor, aspecto, presença de secreção e crosta.
- Mensuração bidimensional, maior largura e maior comprimento por tratar-se de uma ferida rasa (1º caso).
- Registro fotográfico.

RESULTADOS

Em todos os casos estudados observamos que houve uma boa evolução da cicatrização. Notamos que o produto promove a limpeza da ferida, retirando a fibrina desvitalizada, evita a formação de crostas, acelerando o aparecimento de tecidos de granulação e contração da ferida.

1º CASO

Menor de 1 ano e 4 meses, do sexo masculino, submetido ao transplante hepático e colocação da tela de Marlex pela impossibilidade de aproximação das bordas da pele. Obteve alta hospitalar, sendo acompanhado com retornos semanais, fazendo uso de ciclosporina, prednisona, bactrin e nistatina via oral.

No início, o curativo era feito cobrindo-se a ferida com gazes secas, o que causava pequeno sangramento na retirada, devido à aderência destas à ferida.

Iniciamos o curativo com A.G.E., com ferida rasa medindo 16 cm de comprimento e 6 cm de largura. Quanto ao aspecto da ferida, apresentava-se com tecido de granulação, coberta por fibrina desvitalizada, sem sinais de infecção e presença de poucas crostas nas bordas da ferida (fig. 1).

No período de 30 dias houve diminuição acentuada da área da ferida, envolvendo para medidas de 11,5 cm X 3,2 cm.

Após 70 dias de curativo com A.G.E., houve diminuição da área da ferida e bom aspecto da mesma, sendo colocada uma cobertura de hidrocolóide.(fig.2). Esta permaneceu por uma semana, sendo observada cicatrização completa da ferida após a retirada.(fig. 3)

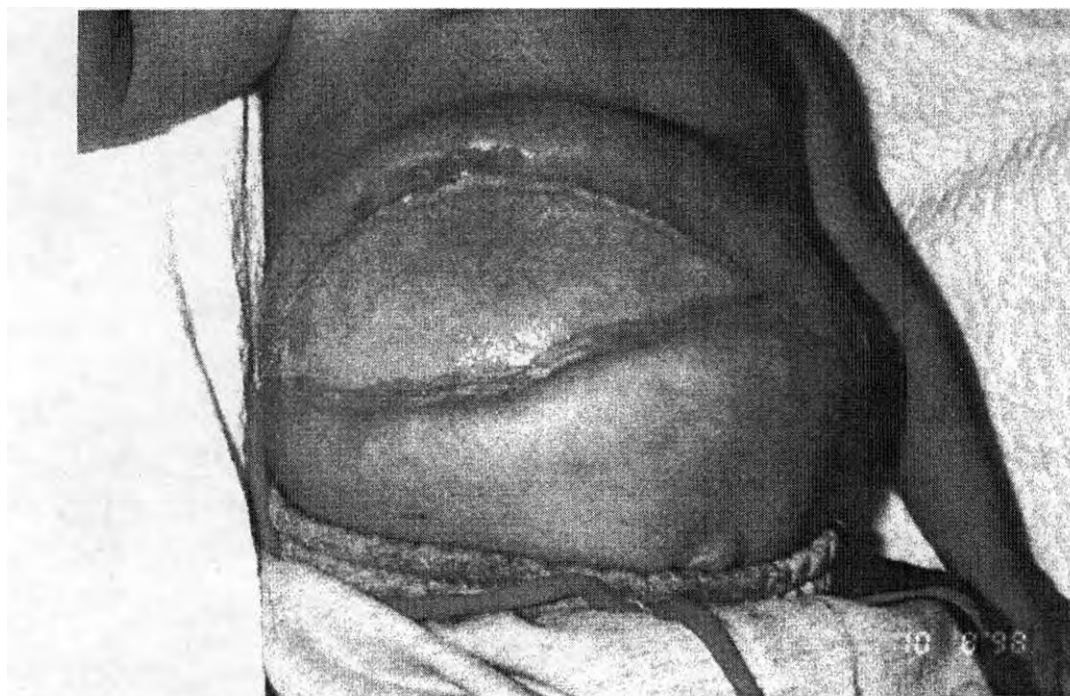


Figura 1: Ferida medindo 16cmx6cm, coberta por fibrina desvitalizada, quando foi iniciado curativo com A.G.E



Figura 2: Após 2 meses de tratamento com A.G.E., ferida medindo 5,5x1,5 cm.



Figura 3: Cicatrização completa com 2 meses e 20 dias de tratamento.

2º CASO

Menor de 4 meses de vida, sexo masculino, submetido à colectomia subtotal e ileostomia por enterocolite necrotizante. Na reconstituição de trânsito apresentou peritonite fecal devido à estenose de sigmóide infra-anastomótico, o que resultou em nova ileostomia e deiscência total da ferida. Recebeu antibioticoterapia e NPP.

As figuras 4 e 5 mostram uma rápida contração da ferida. Neste caso, houve um agravante por existir uma ileostomia muito próxima à ferida, com espaço aproximado de 2cm entre a ferida e o estoma, isto dificultava a adequada adesão da bolsa e fixação do curativo.

Outro procedimento necessário foi a colocação da barreira protetora na região periferida para evitar lesão de pele pelo fluido proveniente da ferida.

Após 6 dias, houve grande diminuição da área da ferida, com presença de tecido de granulação e ausência de tecido desvitalizado.

Após 16 dias, com a ferida praticamente fechada, o paciente teve alta, com a orientação de manter curativo com A.G.E. até a cicatrização.



Figura 4: Deiscência de ferida cirúrgica, curativo com A.G.E. e colocação de barreira protetora na região peri-ferida.



Figura 5: Contração da ferida após 16 dias de tratamento com A.G.E.

3º CASO

Menor de 4 meses de idade, do sexo masculino, com diagnóstico de ânus imperfurado e atresia de esôfago sem fistula, submetido à gastrostomia + esofagostomia. Apresentou deiscência da incisão cirúrgica no 7º PO. Foi colocada tela de Marlex, porém, houve saída da mesma e formação de fístulas enterocutâneas no leito da ferida.

Este caso apresentou-se com maior dificuldade pela presença de fístulas entéricas em número de três no leito da ferida, as quais drenavam fezes continuamente, dificultando a cicatrização e resultando em lesão na região periférica, o que levou-nos ao uso de barreira protetora de pele. Além disso, a presença de sonda da gastrostomia em meio à ferida com drenagem de líquido gástrico ao redor, dificultava ainda mais o manuseio da ferida (fig. 6).

Com a antibioticoterapia e recebendo NPP 20% e cuidados locais com a utilização de A.G.E., apresentou boa evolução da ferida. Em aproximadamente 30 dias, houve formação de tecido de granulação e contração significativa da ferida, possibilitando que a criança fosse submetida à cirurgia para fechamento das fístulas. Porém o paciente evoluiu com sepsis e óbito.



Figura 6: Presença de Fístulas entéricas no leito da ferida e barreira protetora ao redor da ferida.

4º CASO

Menor de 8 anos, do sexo masculino, portador de megacolon congênito e admitido para fechamento da colostomia, apresentou deiscência de parede após a cirurgia com secreção purulenta.

A figura 7 mostra a criança no 4º pós-operatório com deiscência de parede e saída de secreção purulenta. Após 7 dias de curativo com A.G.E. apresentou tecido de granulação e ausência de secreção ou fibrina desvitalizada. Após 12 dias, com a ferida em bom aspecto e praticamente cicatrizada, teve alta (fig. 8)



Figura 7: Deiscência de parede abdominal e presença de secreção purulenta.



Figura 8: Presença de tecido de granulação após 12 dias de curativo com A.G.E.

3 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostram que os A.G.E. constituem uma boa alternativa no tratamento de lesões de manuseio complexo.

Apresentou uma ótima evolução da cicatrização, com eliminação de secreção purulenta e fibrina desvitalizada, evitando formação de crostas, levando à formação de tecido de granulação

Não causou nenhuma reação, seja alérgica ou qualquer queixa de ardor ou dr.

Quanto ao procedimento do curativo é de fácil execução podendo ser realizado pelos familiares após alta, além de possibilitar a aplicação e retirada do curativo sem causar dor, oferecendo maior conforto ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**. São Paulo: Atheneu Editora, 1996:13
2. DEGREEF, H.J. How to heal a wound fast. **Dermatologic Clinics**. 1998; 16:365-74
3. DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**. São Paulo: Atheneu Editora, 1996:16
4. DECLAIR, V. Aplicação do TCM na prevenção de úlceras de decúbito. **Rev.Bras.Enferm.**, 47;1:27-30, 1994.
5. DECLAIR, V. Efeitos do triglicerídeo de cadeia média na aceleração do processo de feridas. **Nutrição Enteral e Esportiva** 1994;5:4
6. GOLDMEIER, S. Comparação dos triglicerídios de cadeia média com ácidos graxos essenciais, com o polivinilpirrolidona-iodo no tratamento das úlceras de decúbito. **Nutrição enteral**.