

CONTROLO DA INFEÇÃO ASSOCIADA A DEISCÊNCIA DE FERIDA CIRÚRGICA PERIESTOMAL: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 02/12/2024

Carlinda Muriel da Silva Fernandes

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Débora Vanessa Rocha da Silva

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Valentina Pereira Soares

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

RESUMO: O risco de infeção do local cirúrgico depende de vários fatores, sendo que a presença bacteriana afeta negativamente o processo de cicatrização e aumenta o risco de complicações como a deiscência. No caso de feridas abdominais próximas a estomas, o local de incisão é próximo da origem da infeção, podendo ocorrer contaminação fecal da ferida. Assim, é exigido ao enfermeiro competências e conhecimento científico na prevenção, avaliação e tratamento da ferida. Para tal, é necessária uma avaliação pormenorizada da ferida, nomeadamente com recurso à

ferramenta de avaliação TIME. Realizado um estudo de caso com o objetivo de avaliar a evolução cicatricial da deiscência de uma ferida cirúrgica periestomal, através da aplicação de instrumento de avaliação TIME, e planear intervenções de enfermagem que minimizem o risco de infeção da ferida cirúrgica com deiscência. Este estudo reporta-se a uma pessoa do sexo masculino, com 67 anos, submetido a correção cirúrgica da hérnia paraestomal esquerda convertida em laparoscopia. Presença de deiscência do retalho cutâneo pediculado com desinervação parcial da colostomia na sua porção medial, com loca retromuscular comunicante com o estoma. A limpeza da ferida e o uso de produtos tópicos adequados para prevenir o contacto da ferida cirúrgica com o efluente podem auxiliar na prevenção da contaminação. Neste estudo de caso, o mel, além das suas propriedades terapêuticas, demonstrou criar uma barreira física à contaminação. Por outro lado, a literatura disponível mostrou existirem outras opções terapêuticas alternativas, igualmente viáveis. O enfermeiro tem um papel essencial na avaliação e tratamento da ferida cirúrgica periestomal e no controlo da contaminação da deiscência por efluentes.

Realça-se também a atuação primordial do profissional na educação para saúde, através da promoção e capacitação, e na vigilância e acompanhamento, de forma a prevenir e/ou detetar precocemente a presença de complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Colostomia; Deiscência; Enfermagem; Ferida Cirúrgica; Infecção.

INFECTION CONTROL ASSOCIATED WITH PERISTOMAL SURGICAL WOUND DEHISCENCE: CASE STUDY

ABSTRACT: The risk of surgical site infection depends on several factors, and the presence of bacteria negatively affects the healing process and increases the risk of complications such as dehiscence. In the case of abdominal wounds close to stomas, the incision site is close to the infectious source, and fecal contamination of the wound may occur. Thus, nurses are required to have skills and scientific knowledge in the prevention, assessment and treatment of wounds. For this, a detailed assessment of the wound is necessary, namely using the TIME assessment tool. A case study was carried out with the objective of evaluating the healing process evolution of the dehiscence of a peristomal surgical wound, through the application of the TIME assessment instrument, and planning nursing interventions that minimize the risk of infection of the surgical wound with dehiscence. Case study of a 67-year-old male underwent surgical correction of a left paraestomal hernia converted from laparoscopy. Presence of dehiscence of the pedicled skin flap with partial desinceration of the colostomy in its medial portion, with a retromuscular gap communicating with the stoma. The cleaning of the wound and the use of suitable topical products to prevent contact between the surgical wound and the effluent can help prevent contamination. In this case study, honey, in addition to its therapeutic properties, was shown to create a physical barrier to contamination. On the other hand, the available literature showed that there are other alternative therapeutic options, equally viable. The nurse has an essential role in the assessment and treatment of the peristomal surgical wound and in the control of contamination of the dehiscence by effluents. It also emphasizes the primary role of the professional in health education, through promotion and training, and in surveillance and follow-up, in order to prevent and/or early detect the presence of complications.

KEYWORDS: Colostomy; Dehiscence; Nursing; Surgical Wound; Infection.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011), a ferida cirúrgica define-se como: “corte de tecido produzido por um instrumento cortante de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e de sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.” (p.55).

As complicações do local cirúrgico são um dos resultados negativos e preveníveis no processo de reabilitação de indivíduos submetidos a cirurgias (DEBORD *et al.*, 2018; GONZÁLEZ *et al.*, 2022; HASKINS *et al.*, 2018), e são exemplos: a infeção do local cirúrgico, abcesso, deiscência, fístula, hipergranulação ou maceração da pele perilesional

(OUSEY *et al.*, 2016; DEBORD *et al.*, 2018; GONZÁLEZ *et al.*, 2022; MORGAN-JONES *et al.*, 2022; OUSEY *et al.*, 2018).

Os fatores que podem potencializar uma deficiente cicatrização da ferida podem ser locais e/ou sistêmicos. Alguns dos fatores locais são hipóxia, tecido desvitalizado, infecção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, stress/trauma mecânico contínuo. Relativamente aos fatores sistêmicos, relacionados com o estado geral do indivíduo, são exemplos: a idade avançada ou muito jovem, stresse psicológico, existência de doença crónica prévia (diabetes, obesidade, doença renal, doença respiratória crónica, imunossupressão, entre outros), terapêutica (corticosteroides, radioterapia, quimioterapia), abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo, entre outras), desnutrição e baixa adesão a planos terapêuticos (BALTAZAR, 2021; GONZÁLEZ *et al.*, 2022; LEAL & CARVALHO, 2014; SPIRA *et al.*, 2018). Outros autores como CIPRANDI *et al.* (2016), GONZÁLEZ *et al.* (2022) e SCALISE *et al.* (2016), introduzem também os fatores associados ao procedimento cirúrgico, como o tempo de duração do ato cirúrgico, a técnica de encerramento, os protocolos de assepsia, o uso de drenos, a condição de emergência, entre outros.

A infecção do local cirúrgico é a segunda infecção nosocomial mais frequente, correspondendo a 40% de todas as infeções relacionadas aos cuidados de saúde e os doentes submetidos a cirurgia colorretal estão mais propensos a desenvolver infeções (XU *et al.*, 2021). A maioria dessas infeções resulta da contaminação no local da incisão com microorganismos do próprio indivíduo (BATEMAN, 2012).

De acordo com AKIN *et al.* (2022), as infeções do local cirúrgico ocorrem em cerca de 2% a 5% das hospitalizações, têm taxas de mortalidade e morbilidade elevadas e são consideradas a causa mais comum de reinternamentos. O desenvolvimento desta complicação gera dor, sofrimento e ansiedade, e não só aumenta os custos económicos globais, mas também prolonga o retorno do utente às atividades de vida diária (CIPRANDI *et al.*, 2016; GONZÁLEZ *et al.*, 2022; HASKINS *et al.*, 2018; MORGAN-JONES *et al.*, 2022; OUSEY *et al.*, 2018; SPIRA *et al.*, 2018; SCALISE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2021).

A deiscência de ferida cirúrgica é a separação dos bordos de uma incisão cirúrgica fechada que foi feita na pele, com ou sem exposição ou protusão do tecido, órgãos ou implantes subjacentes. Uma incisão deiscente pode, ou não, apresentar sinais clínicos e sintomas de infeção (SANDY-HODGETTS *et al.*, 2020).

As feridas abdominais próximas a estomas são consideradas como casos complexos e desafiadores, por poderem apresentar deterioração da integridade da pele adjacente pelo vazamento do estoma e contaminação da ferida (BATEMAN, 2012).

Neste contexto, o local de incisão é próximo da origem da infeção, podendo ocorrer contaminação fecal da ferida, potenciando o risco de infeção.

A avaliação minuciosa da ferida cirúrgica e da pele circundante é fundamental para a deteção de uma complicação, tornando-se a chave para uma intervenção precoce e para

reduzir a probabilidade de uma complicação da ferida avançar para uma situação mais complexa (SANDY-HODGETTS *et al.*, 2020).

Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa com ferida exigem do enfermeiro competências e conhecimento científico relacionados com a prevenção, avaliação e tratamento de uma ferida e objetiva-se recolher o maior número de fatores que poderão interferir no processo de cicatrização (CAMPOS *et al.*, 2016 como citado por COUTINHO JÚNIOR *et al.*, 2020). Neste sentido, a ferramenta TIME é um modelo dinâmico formado por quatro parâmetros importantes, associados a obstáculos presentes no leito da ferida e que dificultam a cicatrização (ARON & GAMBA, 2009, ROCHA *et al.*, 2016 e MACHADO *et al.*, 2017 como citado por COUTINHO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Assim, o presente estudo de caso tem como objetivos avaliar a evolução cicatricial da deiscência de uma ferida cirúrgica periestomal, através da aplicação do instrumento de avaliação TIME, e planejar intervenções de enfermagem que minimizem o risco de infeção da ferida cirúrgica com deiscência.

O presente artigo inicia com a apresentação do caso em questão, com todas as suas especificidades. Posteriormente, serão descritas as intervenções de enfermagem relevantes e os principais resultados obtidos, bem como a sua fundamentação teórica e o que a bibliografia sugere em casos semelhantes. No fim será apresentada a discussão do caso.

2 | APRESENTAÇÃO DO CASO

Pessoa do sexo masculino, de 67 anos de idade, vive com a esposa, e é dono de um circo, onde exerce a sua atividade laboral. O negócio é familiar e é a única fonte de rendimento da família, encontrando-se atualmente encerrado, devido à sua situação de saúde.

Apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32,9 kg/m², sendo que pesa 95 quilogramas (kg) e mede 1,70 metros (m).

Como antecedentes de saúde relevantes apresenta: obesidade, diabetes *mellitus* tipo II insulinotratado, dislipidemia, hipertensão arterial, foi submetido a cirurgia intestinal com colostomia derivativa (2012) e a uma nefrectomia à esquerda (2016). Sofreu um enfarte agudo do miocárdio, em 2018 e foi submetido a correção cirúrgica de hérnia inguinal esquerda com colocação de prótese (2019). Apresentava independência no autocuidado.

Seguido na consulta externa de cirurgia geral de um hospital da área metropolitana do Porto, desde a primeira intervenção cirúrgica. Apresentava hérnia paraestomal esquerda e realizou estudo com Tomografia Computorizada (TAC) abdomino-pélvica, observando-se uma hérnia paraestomal esquerda volumosa, com colo estimado em 70 milímetros com gordura e ansas intestinais, que interfere nas suas atividades de vida diária.

Em fevereiro de 2023, deu entrada no serviço de cirurgia geral do referido hospital para ser submetido a uma cirurgia eletiva de correção cirúrgica da hérnia paraestomal

esquerda convertida de laparoscopia. Desta intervenção resultou uma ferida cirúrgica abdominal mediana, uma ferida cirúrgica abdominal laparoscópica e um dreno multitubular retromuscular.

No primeiro dia de pós-operatório iniciou dieta líquida ao almoço e foi removida sonda vesical.

No terceiro dia de pós-operatório, referiu dor epigástrica peri-incisional. A colostomia não estava funcionando, pelo que a equipa médica instituiu enemas de limpeza a horas fixas. Progrediu para dieta hipolipídica. No entanto, nesse mesmo dia, o enfermeiro responsável pelo doente teve necessidade de pedir observação médica urgente, uma vez que o doente referiu náusea persistente e agravamento da dor abdominal ao nível da ferida cirúrgica central. Após observação, regrediu para dieta hídrica fracionada e com indicação para colocar sonda nasogástrica, no caso de apresentar vômito. Iniciou fluidoterapia.

No quarto dia de pós-operatório, o doente tolerava levante e dieta hídrica. O abdómen apresentava-se distendido e timpanizado, mole e depressível, doloroso à palpação do hipogastro/flanco inferior esquerdo, sem defesa. A colostomia encontrava-se funcionando para gases e fezes em reduzida quantidade, e a pele circundante apresentava ligeiros sinais inflamatórios. O dreno apresentava drenagem de conteúdo sero-hemático. Por indicação médica, iniciou antibioterapia e progrediu para dieta líquida, conforme tolerância.

Ao sétimo dia de pós-operatório, o doente tolerava dieta hipolipídica, sem náuseas ou vômitos. Apresentava colostomia funcionando, com saída de fezes com padrão semelhante ao pré-operatório, mas mantinha o abdómen distendido. A ferida cirúrgica apresentava sinais inflamatórios (dor, calor e rubor incisional) mais proeminentes na região distal, com drenagem de conteúdo seropurulento aquando da exploração, pela equipa médica, assim como a região periestomal. A equipa médica optou por solicitar em exame um estudo microbiológico do exsudato e colheita de sangue. Relativamente à monitorização do líquido de drenagem, verificou-se um aumento significativo face aos registos anteriores. Em relação às análises sanguíneas efetuadas ao doente verificou-se um aumento dos valores dos parâmetros inflamatórios analíticos e a existência de uma lesão renal aguda, pelo que retomou fluidoterapia e foi novamente algaliado.

No nono dia de pós-operatório, foi efetuada nova exploração da ferida cirúrgica, pela equipa médica. A área peri-incisional apresentava sinais inflamatórios evidentes com deiscência na porção inferior e drenagem hemática/purulenta/entérica(?) espontânea. Foram removidos sete agafos da porção inferior.

Em consequência, o doente teve necessidade de realizar uma TAC abdomino-pélvica de urgência, onde se verificou um abscesso da parede abdominal lateralizado à esquerda de grande volume. Realizou drenagem percutânea na radiologia de intervenção.

No décimo primeiro dia de pós-operatório, a ferida cirúrgica mediana apresentava deiscência do 1/3 inferior e drenagem purulenta. As feridas cirúrgicas do flanco direito continuavam com sinais inflamatórios, sem sinais de deiscência ou drenagem.

No décimo terceiro dia de pós-operatório, a equipa de enfermagem solicitou a presença médica de urgência, uma vez que o dreno multitubular colocado no tecido celular subcutâneo apresentava drenagem entérica, que se confirmou pelo resultado microbiológico do exsudado. Após realização de nova TAC abdomino-pélvica urgente, o doente ficou em pausa alimentar e iniciou alimentação parentérica.

No décimo quinto dia de pós-operatório, a equipa médica, aquando da realização do tratamento de ferida, instilou azul de metileno pela colostomia e apresentou extravasamento pelas feridas medianas e flanco inferior esquerdo (avaliar ferida cirúrgica mencionado na tabela 1). Portanto, o doente apresentava uma perfuração cólica peri-protésica e foi novamente intervencionado cirurgicamente.

Foi submetido a excisão das próteses, reparação da ansa da colostomia e reconfeção da mesma com retalho cutâneo pediculado. Confirmada a comunicação da loca retromuscular com o estoma e a incisão de drenagem prévia na ferida cirúrgica inferior esquerda (avaliada ferida cirúrgica conforme mencionado na tabela 1).

No primeiro dia de pós-operatório, doente em pausa alimentar e iniciou nutrição parentérica. Os drenos ativos e com vácuo (lombar, peri-estoma e retromuscular) apresentavam conteúdo sero-hemático. A colostomia não estava funcionante. Apresentava deiscência do retalho cutâneo pediculado com desinervação parcial da colostomia na sua porção medial. Por impossibilidade de encerramento cirúrgico (ansa fixa e aderente), o doente ficou com loca retromuscular comunicante com o estoma.

Por indicação do cirurgião, iniciou-se limpeza, uma vez turno ou em SOS, com ácido hipocloroso e hipoclorito de sódio, ficando, posteriormente, com compressas embebidas no mesmo. Para facilitar a limpeza, optou-se pela colocação de dispositivos de ostomia de janela. Este sistema permitia remover apenas o saco e evitava a troca de placa constantemente, evitando-se a maceração peri-estoma. A troca da placa era de três em três dias, ou em SOS. A troca do saco era efetuada a cada tratamento. Quando a colostomia ficou funcionante, houve necessidade de haver intervenção do cirurgião para prescrever loperamida 2mg (três vezes por dia) e da nutricionista para otimizar a dieta obstipante prescrita.

Após vinte e um dias da segunda intervenção cirúrgica, a ferida apresentava melhorias significativas (presença de tecido de granulação em toda a sua extensão), pelo que a limpeza passou a ser efetuada uma vez por dia ou em SOS (sempre que a ostomia funcionava). Instituiu-se, ainda, para além da limpeza com o produto acima referido, tratamento com mel, para evitar o contacto das fezes com a granulação.

O doente cumpriu dezanove dias de antibioterapia e teve alta para o domicílio.

Foram efetuados ensinamentos de limpeza da ferida cirúrgica à esposa (cuidadora), de forma a dar continuidade ao tratamento. A esposa já tinha conhecimento e capacidade para tratar a ostomia de eliminação, desde 2012, pelo que foi, somente, disponibilizado material para a limpeza da ferida cirúrgica. Após avaliação da nutricionista, foi-lhe fornecido um plano alimentar. E, por fim, o doente foi, ainda, encaminhado para consulta de estomaterapia do referido hospital.

3 | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM / ATITUDES TERAPÊUTICAS

As intervenções abaixo mencionadas têm por base as parametrizações definidas para o serviço onde o doente esteve internado e foram elaboradas com base:

- Na avaliação da pessoa (história clínica, natureza do procedimento cirúrgico, medicação atual e avaliação psicossocial);
- Na avaliação da ferida com deiscência (avaliação do grau e TIME);
- No envolvimento da equipa multidisciplinar (enfermeiros, equipa médica e nutricionista);
- Na gestão da família e da pessoa (a comunicação e a escuta ativa foram a chave em todo este processo, bem como o controlo da dor);
- Na gestão local da ferida cirúrgica (limpeza minuciosa e frequente do leito da ferida, controlo do exsudado).

3.1 Foco: Ferida Cirúrgica

Diagnóstico: Ferida cirúrgica no abdómen central

Intervenção:

- Avaliar Ferida Cirúrgica – TIME (de 3/3 dias às 9h). Na tabela 1, apresentamos esta avaliação em dois momentos distintos, que marcaram tomada a decisão terapêutica de tratamento à ferida.

Tabela 1 – Avaliação da ferida cirúrgica através da ferramenta TIME

	Data de Avaliação: 28/02/2023	Data de Avaliação: 01/03/2023
T (Tecido)	Localização: abdominal; presença de agraços interruptos; dimensão: 3cmx2,5cmx2cm; deiscência parcial; grau de deiscência (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2018): 4a; Presença de loca; Tecido devitalizado: 80%; Tecido de granulação: 20%.	Localização: abdominal; sem material de sutura; dimensão 7cmx2,5cmx2cm; presença de loca; tecido devitalizado 90%; tecido de granulação 10%.
I (Inflamação/ Infeção)	Edema peri-lesional; Exsudato seropurulento; Inflamação e endurecimento; Calor local; Deiscência; Dor superior ao esperado.	Edema peri-lesional; inflamação e endurecimento; calor local.
M (Humidade/ Exsudado)	Exsudato purulento amarelado; Penso apresentava extravasamento do mesmo.	Exsudato sero-hemático; compressa na loca completamente saturada.
E (Bordos)	Maceração peri-lesional; Sinais de disseminação da infeção (calor).	Bordos danificados; maceração peri-lesional; sinais de disseminação da infeção: calor e edema mais alargado.

- Executar tratamento da ferida cirúrgica: limpeza com compressas e soro fisiológico a 0,9% (Turno fixo: manhã)
- Após a segunda intervenção cirúrgica a 01/03/2023, a limpeza foi efetuada, 1x/turno ou SOS, com ácido hipocloroso e hipoclorídico de sódio; a 23/03/2023, a limpeza manteve-se com o produto referido anteriormente, mais aplicação de mel (1x/dia ou SOS);
- Vigiar penso da ferida cirúrgica (sem horário).

3.2 Foco: Dor

Diagnóstico: Dor em grau moderado

Intervenção:

- Monitorizar dor (escala numérica) (7h-9h-15h-23h ou SOS);
- Vigiar dor (7h-9h-15h-23h ou SOS);
- Gerir analgésicos (SOS).

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

Intervenção:

- Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor (SOS);
- Ensinar sobre estratégias de alívio da dor (SOS).

3.3 Foco: Autocuidado

Diagnóstico: Dependente no autocuidado à ostomia de eliminação

Intervenção:

- Assistir no autocuidado ao estoma (sem horário);
- Otimizar ostomia de eliminação (sem horário);
- Otimizar dispositivos de ostomia (sem horário);
- Trocar dispositivos de ostomia (de 3/3 dias ou SOS);
- Trocar placa de colostomia (de 3/3 dias ou SOS);
- Trocar saco de colostomia (SOS);
- Vigiar estoma (sem horário);
- Vigiar pele periférica ao estoma (de 3/3 dias ou SOS).

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para tratar da ostomia de eliminação

Intervenção:

- Avaliar conhecimento do cuidador para tratar da ostomia de eliminação (SOS);
- Ensinar o cuidador para tratar da ostomia de eliminação (SOS).

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação

Intervenção:

- Avaliar capacidade do cuidador para tratar ostomia de eliminação (SOS);
- Treinar o cuidador para tratar da ostomia de eliminação (SOS).

3.4 Foco: Metabolismo Energético

Diagnóstico: Risco de hipoglicemia/hiperglicemia

Intervenção:

- Monitorizar glicemia capilar (doente em pausa alimentar: 7h-15h-23h).

4 | DISCUSSÃO

A deiscência da ferida cirúrgica tem impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores. Deste modo, o objetivo ideal do tratamento de feridas passa pela cicatrização da mesma, pela promoção e manutenção do conforto do doente e pela sua segurança e qualidade de vida (BATEMAN, 2012).

A formulação e implementação do plano de cuidados teve como principal dificuldade o facto de não ter sido possível avaliar o resultado da nossa intervenção, uma vez que o doente teve alta. De qualquer forma, consideramos que os objetivos foram cumpridos pois foi possível perceber a importância do controlo da contaminação da deiscência pelo efluente.

Através da análise do caso, foi possível concluir que a melhor forma de promover a cicatrização em feridas cirúrgicas com deiscência e evitar a maceração da pele peri-estomal é a realização do tratamento da ferida cirúrgica com produtos adequados, nomeadamente através da correta limpeza da ferida e da seleção de produtos com propriedades antimicrobianas, como é o caso do mel. A aplicação tópica do mel em feridas tem vindo a obter um reconhecimento no campo do controlo da infeção. Trata-se de um apósito de fácil manuseamento, ao qual se consagram propriedades com poder anti-inflamatório e antibacteriano, reduz o odor, dor e o edema (NUNES, 2020). Neste estudo de caso, e com aplicação do mel, conseguimos evitar a contaminação do leito da ferida cirúrgica, uma vez

que é criada uma barreira entre a loca e a ostomia de eliminação. Conseguimos ainda, diminuir o edema, o odor e o exsudado local, resultando numa melhoria significativa. Para além das suas propriedades terapêuticas, o mel criou uma barreira física à contaminação.

Além do exposto, com a leitura e análise da literatura disponível, foi possível verificar que existem outras opções terapêuticas alternativas, igualmente viáveis.

Neste sentido, GOSHERON (2018) sugere a utilização de pasta hidrocolóide para preenchimento da deiscência e posteriormente aplicação de placa e do saco da ostomia. Além disso, incluía a introdução prévia de outros apósitos, tais como apósitos de prata para controlo da infeção e a utilização de acessórios como anéis moldáveis para auxiliar o isolamento do estoma.

Também AYIK et al. (2020) reforçam a necessidade de prevenção de infeção e promovem utilização do preenchimento da deiscência com pasta hidrocolóide. Além disso, sugerem a utilização de cintos para aumentar a sustentação do material de ostomia.

No estudo realizado por TSUJINAKA et al. (2020) é fundamentada a irrigação da deiscência com solução salina e a utilização de alginatos ou hidrofibras para o seu preenchimento. Posteriormente, reforçam a necessidade de aplicação de pasta hidrocolóide antes de aplicar o saco e placa de ostomia.

De forma semelhante, ZHANG et al. (2020) realçam que a proteção da pele peri-estomal é crucial no manuseamento do estoma. Deste modo, torna-se necessário criar superfícies secas, preencher contornos irregulares e tratar as infeções existentes.

5 | CONCLUSÕES

O tratamento de feridas é uma área de intervenção do enfermeiro. É da sua responsabilidade proporcionar ao doente o melhor tratamento disponível de forma a promover a cicatrização e a melhorar a qualidade de vida do doente.

Atendendo que muitos dos fatores que dificultam a cicatrização de feridas são sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de diminuir a ocorrência de complicações e identificar precocemente a sua presença, é imprescindível uma avaliação geral e holística do doente e, no que diz respeito às feridas, deve ser aplicado o modelo TIME.

Por outro lado, quando existem complicações relacionadas com estomas de eliminação, mais especificamente contaminação da ferida cirúrgica próxima ao estoma, os enfermeiros têm um papel essencial na avaliação e tratamento dessa condição comum e desafiadora.

De forma sucinta, pode-se considerar que a aplicação do mel traz benefícios na cicatrização da ferida cirúrgica e no controlo de infeção associado à contaminação da mesma pelo efluente.

Além disso, as complicações ocorridas durante todo o percurso de internamento do doente aumentaram os seus níveis de ansiedade, dificultaram o manuseamento do estoma, impediram o doente de retornar precocemente às suas atividades de vida diárias

e, consequentemente, diminuíram a sua qualidade de vida.

De forma a obter resultados positivos é crucial enaltecer a envolvimento da equipa multidisciplinar. Do mesmo modo, a inclusão da esposa do doente também se revela bastante importante no sentido de potenciar os benefícios obtidos e a adesão ao regime terapêutico.

Conclui-se então que o enfermeiro tem uma atuação primordial na educação para saúde, através da promoção e capacitação, por meio do cuidado especializado, da independência para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

AKIN, T., KENDIRCI, M., AKGÜN, A. E., ÇETINKAYA, D., ER, S., AKIN, M., & YASTI, A. Ç. (2022). **Applying a Silver-containing Dressing to the Incision Site and Its Effect on the Development of Surgical Site Infection After Ostomy Closure: A Prospective Randomized Clinical Pilot Study.** Wound Management and Prevention, 68(4), 34-43. Available from: Silver-containing hydrofiber dressing and SSIs after ostomy closure (hmpglobelearningnetwork.com)

AYIK, C., ÖZDEN, D., & CENAN, D. (2020). **Ostomy complications, risk factors, and applied nursing care: a retrospective, descriptive study.** Wound Management and Prevention, 66(9), 20-30. doi:10.25270/wmp.2020.9.2030

BALTAZAR, Maria Anunciação Lopes. **Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2021. Available from: https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=121174&codigo=6nayANhE

BATEMAN, S. (2012). **The dehisced abdomen following invasive intervention.** Wounds UK, 8(2), 87-96.

CIPRANDI, G., DJOHAN, R., DOHMEN, P., SIBAI, B., SUGRUE, M., & TANNER, J. (2016). **Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT WUWHS Consensus Document.** Available from: <https://www.wuwhs.net>

COUTINHO JÚNIOR, N. F. L., BEZERRA, S. M. G., BRANCO, N. F. L. C., CARVALHO, M. R. D., ROCHA JÚNIOR, K., FERREIRA, L. F. O., & ROCHA, E. S. B. (2020). **Ferramenta TIME para avaliação de feridas: concordância interobservador.** Estima - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 18(1720). https://doi.org/10.30886/estima.v18.875_PT

DEBORD, J., NOVITSKY, Y., FITZGIBBONS, R., MISEREZ, M., & MONTGOMERY, A. (2018). **SSI, SSO, SSE, SSOPI: the elusive language of complications in hernia surgery.** Hernia, 22(5), 737-738. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1813-1>

GONZÁLEZ, C., CARVALHO, E., GALVÃO, N., NOGUEIRA, P., & SANTOS, V. (2022). **Prevalência de ferida operatória complicada e fatores associados em adultos internados em hospitais públicos.** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0477pt>

GOSHERON, E. (2018). **Mucocutaneous separation in stoma patients: a critical review.** Gastrointestinal Nursing, 16(10), 26-34.

HASKINS, I., HORNE, C., KRPATA, D., PRABHU, A., TASTALDI, L., PEREZ, A., ROSENBLATT, S., POULOSE, B., & ROSEN, M. (2018). **A call for standardization of wound events reporting following ventral hernia repair.** *Hernia*, 22(5), 729-736. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1748-6>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2011). **CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Vasa. Santa Maria da Feira.

LEAL, E., & CARVALHO, E. (2014). **Cicatrização de Feridas: O Fisiológico e o Patológico.** *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9(3), 133-143. Available from: RPD-Vol-9-nº-3-Setembro-2014-Artigo-de-Revisão-págs-133-143.pdf (revportdiabetes.com)

MORGAN-JONES, R., BANASIEWICZ, T., SZCZEPANIK, A., DEBRE, J., DOLEZEL, R., PÉCSI, O., & VILCZAK, M. (2022). **Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Eastern Europe.** Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incision-care-and-dressing-selection-surgical-incision-wounds-findings-international-meeting-surgeons-eastern-europe>

NUNES, C. M. G. **Evidência científica para o uso do mel farmacêutico no tratamento de feridas crônicas.** (2020). Monografia (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/52583>

OUSEY, K., DJOHAN, R., DOWSETT, C., FERREIRA, F., HURD, T., & ROMANELLI, M. (2018). **Surgical wound dehiscence: improving prevention and outcomes.** Available from: <https://pure.hud.ac.uk/en/publications/surgical-wound-dehiscence-improving-prevention-and-outcomes>

SANDY-HODGETTS, K., OUSEY, K., CONWAY, B., DJOHAN, R., NAIR, H. K. R., SERENE, T. E., & TARIQ, G. (2020). **International best practice recommendations for the early identification and prevention of surgical wound complications.** *Wounds International*. Available from: www.woundsinternational.com

SCALISE, A., CALAMITA, R., TARTAGLIONE, C., PIERANGELI, M., BOLLETTA, E., GIOACCHINI, M., GESUITA, R., & BENEDETTO, G. (2016). **Improving wound healing and preventing surgical site complications of closed surgical incisions: a possible role of Incisional Negative Pressure Wound Therapy.** A systematic review of the literature. *International Wound Journal*, 13(6), 1260-1281. <https://doi.org/10.1111/iwj.12492>

SILVA, A., PONTES, T., FARIAS, M., MUNIZ FILHA, M., ALEXANDRE, S., & RIBEIRO, S. (2020). **Characterization of children submitted to cardiac surgery that developed surgical site infection.** *Estima - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18(1820). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/888/324>

SPIRA, J., BORGES, E., SILVA, P., ABREU, M., GUEDES, A., & PIRES-JÚNIOR, J. (2018). **Factors associated with complex surgical wounds in breast and abdomen: a case-control observational study.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(3052). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2274.3052>

TSUJINAKA, S., TAN, K. Y., MIYAKURA, Y., FUKANO, R., OSHIMA, M., KONISHI, F., RIKIYAMA, T. (2020). **Current management of intestinal stomas and their complications.** *Journal of the Anus, Rectum and Colon*. 4(1), 25-33. doi:10.23922/jarc.2019-032

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. (2018). Consensus Document. **Surgical wound dehiscence: improving prevention and outcomes.** *Wounds International*. Available from www.woundsinternational.com

XU, Z., QU, H., GONG, Z., KANANI, G., ZHANG, F., REN, Y., SHAO, S., CHEN, X. L., & CHEN, X. (2021). **Risk factors for surgical site infection in patients undergoing colorectal surgery: A meta-analysis of observational studies.** PLoS ONE, 16(10), e0259107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259107>

YAMAMOTO, T., MORIMOTO, T., KITA, R., MASUI, H., KINOSHITA, H., SAKAMOTO, Y., OKADA, K., KOMORI, J., MIKI, A., KONDO, M., URYUHARA, K., KOBAYASHI, H., HASHIDA, H., KAIHARA, S., & HOSOTANI, R. (2015). **The preventive surgical site infection bundle in patients with colorectal perforation.** BMC Surgery, 15(128). DOI 10.1186/s12893-015-0115-0

ZHANG, D, CEN, J., LI, P., SHAO, L., WEI, J., CHEN, Z., LUO, J., CHEN, W., HUANG, Y. (2020). **Integrated treatment by an ostomy care team of a complicated mucocutaneous separation after radical cystectomy with ileal conduit urinary diversion: a case report.** Wound Management and Prevention, 66(8), 22-25. doi:10.25270/wmp.2020.8.2225