

Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós-cesária.

Proposal of establishment of a nursing protocol for the care of patients with abscess wall after cesarean section.

Gabrielle Oliveira Medeiros¹
Lissandra Martins Souza¹

RESUMO

Objetivo: Elaborar protocolo para atender as pacientes portadoras de abscesso de parede pós-cesarianas no setor de Alojamento Conjunto do Hospital Regional da Asa Sul – DF a partir do perfil da clientela e da avaliação da assistência de enfermagem prestada a essas pacientes.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa e quantitativa. Para elaboração do protocolo foi realizado a aplicação de questionário semiestruturado e roteiro de observação de campo. Em seguida definiram-se as normas terapêuticas e normas de atendimento, baseadas em evidências científicas.

Resultados: Foram entrevistadas 14 pacientes com diagnóstico de abscesso de parede associado à cesariana. A idade variou de 15 a 38 anos; 50% são solteiras; 36% não concluíram o ensino médio; e 64% apresentam uma renda per capita de 1 – 3 salários mínimos. Entre as mulheres com infecção de parede obteve-se a predominância das primigestas (64%). A média de consultas de pré-natal frequentadas pelas entrevistadas foi de 6.64. Com relação aos antecedentes pessoais/obstétricos observou-se o relato de 2 casos de anemia, 2 casos de hipertensão arterial crônica, 1 caso de infecção puerperal em cesárea anterior, 1 caso de tabagismo e 1 caso de seqüela de paralisia. A equipe médica e de enfermagem possuem conhecimento técnico científico acerca do cuidado deste grupo de pacientes, porém não existe uma sistematização do cuidado por meio de protocolo e tampouco trabalho multiprofissional.

Conclusão: Foi desenvolvido um protocolo para atender as pacientes portadoras de abscesso de parede pós-cesarianas no Setor de Alojamento Conjunto que poderá ser aplicado e testado futuramente.

Palavras-chave: Abscesso de Parede; Infecção Puerperal; Cesárea; Ferida Infectada; Protocolo de Enfermagem.

¹Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional da Asa Sul. Brasília-DF, Brasil.

Correspondência

Gabrielle Oliveira Medeiros
Quadra 03, conjunto N, casa 14, setor Sul,
Gama-DF. 72410-214, Brasil.
gabrielle_medeiros@yahoo.com.br

ABSTRACT

Objetives: To develop protocol to meet the patients with abscess wall after cesarean section in the sector Rooming Hospital Regional da Asa Sul - DF from the client profile and evaluation of nursing care to these patients.

Methods: This is an exploratory study of qualitative and quantitative approach. To develop this protocol was used to apply a semi-structured script and field observation. Then outlined the therapeutic norms and standards of care based on scientific evidence.

Results: We interviewed 14 patients with a diagnosis of abscess wall associated with cesarean section. The age ranged from 15 to 38 years, 50% are single, 36% not completed high school, and 64% have an income per capita from 1 to 3 minimum wages. Among the infected women of wall obtained the prevalence of pregnancy (64%). The average prenatal care attended the interviews was 6.64. Regarding the personal background / obstetric there was a report of 2 cases of anemia, 2 cases of chronic hypertension, 1 case of puerperal infection in previous cesarean section, 1 case of smoking and 1 case of sequelae of paralysis. The medical and nursing staff have scientific expertise regarding the care of this group of patients, but no systematic care through a protocol nor a multidisciplinary approach.

Conclusion: We developed a protocol to meet the patients with abscess wall after cesarean section in the Department of Rooming that can be applied and tested in the future.

Key words: Abscess Wall; Puerperal Infection; Cesarean Section; Infected Wound; The Protocol of Nursing.

INTRODUÇÃO

O Brasil é hoje um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo e apresenta um aumento crescente de partos cesárea desde a década de 70. Entre 1994 e 1996 o Brasil colaborou com uma das maiores taxas de cesárea (27,1%) quando comparado a outros países, sendo que as taxas atuais continuam muito elevadas¹.

A cesárea por tratar-se de um procedimento cirúrgico e invasivo, quando comparado ao parto normal, que é um processo natural e fisiológico, apresenta maior número de complicações. Tal fato foi constatado em pesquisa relacionada a complicações maternas associadas ao tipo de trabalho de parto com 1748 gestantes na qual pesquisadores

encontraram um total de 56,5% de complicações em cesáreas e 43,5% em parto normal¹.

No pós-operatório de cesárea são mais frequentes as seguintes ocorrências: Infecção de parede abdominal, endometriose, tromboflebite e hemorragias². A infecção da parede abdominal pertence ao rol das infecções nosocomiais e ocorre em 3 a 16% das operações cesarianas³. Internacionalmente, a infecção puerperal apresenta índices que oscilam entre 3 e 20%, com valores médios de 9%. No Brasil, esses índices variam em torno de 1 a 7,2%. Índices inferiores aos internacionais, mas que representam custos elevados à instituição hospitalar e prejuízos físicos, psicológicos, sociais e espirituais a paciente.

A infecção puerperal é definida como sendo qualquer infecção bacteriana do trato genital feminino no pós-parto recente³. Enquanto a infecção cirúrgica, como é o caso do abscesso de parede ocorrido após a cesárea, é definida como todo processo infeccioso inflamatório da ferida ou cavidade operada que drene secreção purulenta, com ou sem cultura positiva. Pode ser circunscrita à incisão ou envolver estruturas adjacentes à ferida, ou seja, tecidos outros que foram expostos ou manipulados durante a cirurgia⁴.

Frente aos casos de abscesso o tratamento médico é realizado por meio de abordagem cirúrgica da ferida operatória para drenagem das coleções. Nas coleções superficiais, o tratamento da cicatriz é efetuado com curativos e materiais apropriados, e a reaproximação das bordas está indicada quando não houver mais evidência de infecção. O fechamento por segunda intenção é uma opção para este tipo de lesão, contudo, o resultado estético é menos favorável. Nas coleções profundas, efetuam-se drenagem subaponeurótica, fechamento da aponeurose com fio monofilamentar e aproximação das bordas se não houver comprometimento superficial. A antibioticoterapia é também preconizada³.

E o cuidado de enfermagem para este tipo de infecção inclui a avaliação frequente dos sinais vitais e cuidar da ferida³ que envolve a avaliação da ferida, a realização de curativos e escolha da cobertura adequada até que seja realizada a ressutura. A assistência de enfermagem considera o aspecto psicológico emocional e espiritual da paciente e não somente o aspecto biológico.

Na atualidade existe no mercado mais de 2.000 produtos para tratar feridas, o que torna a escolha da cobertura correta uma tarefa difícil e desafiadora⁶. As coberturas que contêm prata tem sido as mais indicadas para tratamento de feridas infectadas.

As coberturas com prata contêm átomos de prata que são liberados lentamente como cátions com carga positiva (Ag⁺). Estes íons parecem ter um forte efeito bactericida: se unem as paredes bacterianas, provocando a ruptura da parede e a morte das bactérias. Os íons também se unem às enzimas bacterianas e impedem que elas realizem sua função, assim como ao DNA das células bacterianas, para interferir assim com a divisão e replicação celular⁷.

A Hidrofibra com prata garante absorção e retenção do exsudato. Já o carvão ativado com prata elimina odores desagradáveis não possui alta capacidade de absorver exsudato da ferida como a hidrofibra⁴. Ambos possuem ação bactericida.

Outras coberturas também podem ser utilizadas nas feridas infectadas. A escolha da cobertura é feita a partir da avaliação da ferida, da quantidade e característica de exsudato e tecido necrótico. A cobertura ideal é aquela capaz de garantir um ambiente propício para cicatrização. Todo esse processo de escolha é responsabilidade da (o) enfermeira (o) e da equipe de enfermagem.

Muitos produtos têm sido utilizados no tratamento de feridas, sem que a enfermagem conheça com exatidão os mecanismos de ação e resultados do contato destas substâncias como as lesões⁶. Também não se observa uma sistematização do cuidado, ou a presença de protocolo.

Protocolo é um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana com o objetivo de implantar um esquema terapêutico que maximize o potencial humano e reduza custos, resultando na sistematização da assistência, uma vez que requer o registro dos achados clínicos e das informações obtidas na entrevista⁴.

A criação de um protocolo poderá reduzir o período de internação das pacientes portadoras de feridas; reduzir os custos hospitalares e amenizar o estresse da paciente/equipe durante o período de internação. A organização de protocolos baseados em evidências poderá contribuir com o trabalho cotidiano das equipes de saúde, qualificando a atenção à saúde prestada a população como descreve Borges⁴.

No Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) do Distrito Federal, a prática assistencial no tratamento de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea ainda representa um desafio para enfermagem. Tal fato ocorre devido à falta de sistematização do cuidado (protocolo), à falta de programa de aperfeiçoamento contínuo e à falta de trabalho multiprofissional.

Nesse cenário, este estudo teve como objetivo propor um protocolo para o cuidado de enfermagem a pacientes acometidas por abscesso de parede pós-cesárea, a partir do perfil e da avaliação da assistência de enfermagem. Espera-se que o estudo possa contribuir com a melhoria da qualidade de atendimento às pacientes portadoras de abscesso

de parede pós-cesariana, bem como, com a formação técnico-científica dos profissionais envolvidos no cuidado de feridas.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa e quantitativa. Quanto à natureza trata-se de uma pesquisa aplicada visto que objetiva gerar conhecimento para aplicação prática no cenário do estudo.

Universo do Estudo

O HRAS é uma instituição pública com referência em prematuridade, no Distrito Federal. Exata característica hospitalar faz com que haja, estatisticamente, um número elevado de cesáreas frente às demais instituições do Distrito Federal.

Os partos cesárea são realizados por médicos residentes (supervisionados por médicos do serviço e preceptores) e por médicos *staffs* do serviço, e eventualmente por internos de medicina.

População/Amostra

A amostra estudada foi constituída de todas as pacientes internadas no Setor de Alojamento Conjunto, no período de maio a novembro de 2009, com diagnóstico médico de abscesso de parede associado à cesariana, totalizando 14 pacientes das 1345 cesáreas realizadas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) tendo sido aprovado sob o registro de n.º 094/09. As participantes da pesquisa foram esclarecidas quanto aos objetivos desse estudo pela pesquisadora e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado (anexo 6.1).

Procedimentos e Análise

A coleta de dados foi feita por meio de questionário e de um roteiro de observação de campo. Para preenchimento do questionário foram utilizadas informações respondidas pelas pacientes; consulta do prontuário e do cartão da gestante.

A técnica utilizada para a observação de campo foi a de *distanciamento total de participação* da vida do grupo, tendo como prioridade somente a observação⁸.

Os dados coletados pelo questionário e as informações colhidas através da observação de campo foram tabulados e organizados. Depois foi realizado levantamento de problemas a partir do referencial teórico, que nortearam a construção do protocolo, com a finalidade de atender a necessidade real da instituição, do serviço de enfermagem e sobretudo das pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos sujeitos

Durante o período de 1 de maio a 30 de novembro de 2009, do total de 1345 partos cesárea, 14 casos evoluíram com abscesso de parede, sendo necessária drenagem de parede, acompanhamento com antibioticoterapia, realização de curativos e por fim a ressutura.

A idade das puérperas com abscesso de parede variou de 15 a 38 anos, com média de 25.8 anos, desvio-padrão de 7.3 e mediana 24.5 anos. Guimarães ao pesquisar a Infecção Puerperal sob a ótica da Assistência Humanizada em uma Maternidade Pública, conclui que não há diferença estatisticamente significativa para a infecção puerperal em parturientes com idade até vinte anos ou para aquelas com mais de vinte anos⁹.

A maioria das mulheres que compõem a amostra é solteira (50%); não concluíram o ensino médio, cerca de 36%; e 64% apresentam uma renda per capita de 1-3 salários mínimos. Tais valores são apresentados na tabela 1.

A maioria dos estudos demonstra que nas pacientes de baixo nível socioeconômico, independente da raça, a infecção puerperal tem uma morbidade maior. Estas pacientes apresentam maior incidência de desnutrição, anemia, além de hábitos inadequados de higiene e também menor assistência pré-natal¹⁰. Nesta pesquisa não foi possível estabelecer tal correlação pois as pacientes entrevistadas relataram apenas dois casos de anemia, referem ter seguido todas as orientações acerca dos cuidados com a ferida operatória e em sua maioria, realizaram o pré-natal apesar de pertencerem a um baixo nível socioeconômico.

Tabela 1
Perfil socioeconômico das portadoras de abscesso de parede.

	N	%
Situação Conjugal		
Casada	04	29%
União Estável	03	21%
Solteira	07	50%
Escolaridade		
Fundamental Completo	02	14%
Fundamental Incompleto	04	29%
Médio Completo	02	14%
Médio Incompleto	05	36%
Superior	01	7%
Renda Percapta		
< 1 salário mínimo	03	21%
De 1 – 3 salários mínimos	09	64%
De 3 – 6 salários mínimos	02	14%

O número de consultas de pré-natal frequentadas pelas entrevistas variou entre 4 e 12 consultas, com média de 6.64. Apenas uma participante não frequentou nenhuma consulta do pré-natal. Média esta considerada pouco acima da recomendada pelo Ministério da Saúde que é de 6 consultas¹¹.

Um pré-natal de qualidade deve assegurar que, ao fim da gestação, haja um nascimento de uma criança saudável e a garantia de um bem-estar materno e neonatal. Neste estudo observa-se que não há relação direta entre o número de consultas de pré-natal frequentadas e a ocorrência de infecção de parede. Cabe neste momento questionar como está sendo a qualidade deste pré-natal e se a paciente está tendo acompanhamento no puerpério.

Entre as puérperas com infecção de parede observou-se a predominância das primigestas (64%). Das 4 secundigestas (29%), duas tinham tido parto anterior normal e duas parto anterior cesárea. Apenas uma entrevistada gestava seu 10.º filho e tinha tido seus outros 9 filhos de parto normal.

Com relação aos antecedentes pessoais/obstétricos observou-se o relato de 2 casos de anemia, 2 casos de hipertensão arterial crônica, 1 caso de infecção puerperal em cesárea anterior, 1 caso de tabagismo e 1 caso de seqüela de paralisia.

Oliveira cita como fatores que podem contribuir para infecção do sítio cirúrgico os relacionados ao microorganismo, como a carga microbiana e a virulência, e os relacionados aos pacientes os quais se destacam o diagnóstico de base – como

o diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, imunossupressão e a condição de extremos de idade¹².

Outro fator que está associado à dificuldade de cicatrização é a anemia. A hemoglobina é o principal veículo para o transporte de oxigênio, que é um elemento essencial para a formação do tecido de granulação. Se a cicatrização é lenta, o tecido estará mais exposto à entrada de microorganismos e à infecção.

Sendo assim, é fundamental que toda paciente com abscesso de parede tenha hemograma solicitado, e se necessário, a correção dos baixos índices de hemoglobina seja feita por meio de dieta ou de medicamentos.

Sabe-se que o tabagismo também interfere na cicatrização da ferida, pois atua causando uma vasoconstrição dos tecidos, que leva a uma hipóxia tecidual, gerando uma cicatrização defeituosa.

A Tabela 2, logo abaixo, mostra os dados referentes ao último parto das pacientes, a qual demonstra que a maioria das mulheres estudadas gestava filho a termo, não mostrando relação entre abscesso de parede e prematuridade ou pós-termo.

Tabela 2
Dados referentes ao último parto.

	N	%
Idade Gestacional		
Prematuridade	01	7%
Termo	13	93%
Horas de Bolsa Rota		
	Média	Desvio Padrão
	6.8	5.9
Horas de Trabalho de Parto		
	Média	Desvio Padrão
	7.4	4.4
Quantidade de Toque		
	Média	Desvio Padrão
	4.2	3.0

Quanto ao tempo de bolsa rota, horas de trabalho de parto e quantidades de toque (exame do colo uterino), não é possível realizar uma relação precisa com a infecção de sítio cirúrgico pós-cesárea devido a grande variação de valores demonstrada no alto desvio padrão.

Vários autores evidenciaram em estudos sobre infecção em parturientes submetidas a partos cesárea que essas apresentavam colonização do líquido amniótico seis horas após rotura das membranas e também identificaram que a prevalência de cul-

turas positivas de líquido amniótico em pacientes com membranas rotas foi de 27%⁹.

Guimarães observou em sua pesquisa associação significativa entre o número de toques e a infecção na modalidade de parto cesárea, o que pode também estar relacionado com a duração do trabalho de parto. Para o autor, há tendência ao aumento no risco de infecção à medida que aumenta o número de toques cervicais⁹.

Todas as puérperas receberam como profilaxia durante a cesárea a dosagem de 2g de Cefalotina, apesar da controvérsia sobre a sua utilização como profilaxia (pós clampeamento de cordão) em pacientes submetidas a cesárea¹³. Um estudo prospectivo e randomizado que avaliou o uso de antimicrobiano profilático em dois grupos de pacientes submetidas à cesariana concluiu que não há diferença significativa entre a incidência de infecções no grupo fez uso da cefalotina e o grupo que não fez uso¹⁰.

Segundo as puérperas deste estudo, elas receberam informações pelos profissionais quanto aos cuidados com o sítio cirúrgico (manutenção da cobertura por 24 h, limpeza com água e sabão do sítio cirúrgico, retirada dos pontos e cuidados de higiene) e seguiram todas as orientações. Não se sabe se as pacientes compreenderam as instruções recebidas e se realmente elas as executaram adequadamente. Seria necessário um acompanhamento direto delas, de preferência durante os dias de internação. A alta teria que ser dada mediante confirmação da capacidade de “autocuidar-se” em domicílio.

Cada entrevistada apresentou início dos sintomas de infecção puerperal em prazos diferentes variando entre 1 até 15 dias após a cesariana, com uma média de 4.57 dias, período o qual a maioria das pacientes encontra-se em casa.

Todas as pacientes internadas para tratamento de abscesso de parede iniciaram antibioticoterapia com Gentamicina 240mg, 1 vez ao dia e Clindamicina 600mg a cada 8 horas. O uso de tais antibióticos para tratamento de pacientes com infecções graves vem sido estudado ao longo da história. Balieiro estudou 17 pacientes que apresentavam quadro infeccioso grave no pós-operatório nos quais foram administrados a associação clindamicina-gentamicina. O índice de cura, 70,59%, foi considerado muito bom levando-se em conta as características das infecções. Outro fato relevan-

te foi a ausência de efeitos colaterais neste grupo estudado¹⁴.

Em nenhuma das entrevistadas foi colhido material para cultura ou realizado o antibiograma. Entretanto, a identificação do microorganismo causador da infecção no sítio cirúrgico é necessária, pois guiará a prescrição de antibioticoterapia dirigida e fornecerá dados para análise da flora prevalente na instituição hospitalar. A realização do antibiograma é de fundamental importância, especialmente devido ao surgimento de bactérias multirresistentes.

Não foi possível calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), pois o serviço não possuía balança para adultos. A literatura indica aumento na incidência de infecção nas pacientes com condições clínicas comprometidas e naquelas consideradas obesas⁹.

Sabe-se que o indivíduo obeso apresenta a camada de tecido subcutâneo exuberante, e este, por sinal, por ser pouco vascularizado, recebe um aporte insuficiente de oxigênio e nutrientes durante o processo de cicatrização retardando-o. Sendo assim, o cálculo do IMC deve fazer parte do exame físico realizado nas pacientes com abscesso de parede.

A caracterização da clientela foi fundamental para direcionar a construção do protocolo. Nesta etapa também foi possível identificar alguns fatores de risco associados ao abscesso de parede que nortearão a atuação da equipe multiprofissional.

No próximo tópico será feito a caracterização da instituição e da atuação da equipe profissional. Um protocolo deve atuar em consonância com a clientela atendida e com a filosofia de trabalho.

Características físicas do Setor de Alojamento Conjunto do HRAS

O Setor de Alojamento Conjunto (ALCON) é destinado às puérperas, que realizaram cesariana, e às pacientes com infecções puerperais. As pacientes com infecções puerperais são internadas em uma mesma enfermaria, visando proteger as demais puérperas do quadro de infecção. A enfermaria possui duas camas, berços para seus bebês, e banheiro de uso conjunto.

O HRAS possui no ALCON (Posto 05) uma sala de curativos que possui uma pia com água fria; dois armários, sendo um de uso exclusivo para guardar materiais utilizados na troca de curativos e outro

para guardar a parte de rouparia; uma mesa cirúrgica com colchão; um foco e uma mesa de apoio.

A secretaria de Saúde disponibiliza para tratamento de feridas gazes; solução fisiológica 0,9% (frasco com 500 ml); seringas e agulhas de diferentes calibres; Esparadrapo; Micropore; Equipamento de proteção individual; e algumas coberturas primárias (Hidrofibra com Prata, Alginato de Cálcio, Hidrocolóide, Carvão Ativado com Prata e Hidrogel). Não são disponibilizados pacotes para realização de curativos da Central de Material de Esterilização.

Equipe de cuidado e tratamento

Atualmente os profissionais diretamente envolvidos na assistência às pacientes portadoras de abscesso de parede pós-cesárea são os enfermeiros e os médicos. A admissão no Centro Obstétrico, a drenagem de parede, a antibióticoterapia e a resutura tem sido função da equipe médica. A admissão da paciente no ALCON, a realização de troca de curativo e a avaliação do aspecto da ferida é feita pelos enfermeiros. A decisão pela resutura é feita a partir da avaliação e discussão dos médicos e enfermeiros.

Se necessário, durante qualquer parte do tratamento é solicitado parecer de outros profissionais (psicólogo, nutricionista, assistente social). A interdisciplinaridade é uma garantia de que todas as variáveis associadas a cicatrização da ferida serão tratadas com devida competência, objetivando encontrar a melhor solução para cada caso¹⁵

Apesar dos profissionais de enfermagem possuírem embasamento teórico com relação ao cuidado das pacientes com abscesso de parede, identificou-se a falta de um protocolo e consequentemente de uniformidade das ações.

No período estudado, não houve nenhum curso ou treinamento de aperfeiçoamento na temática “feridas”. É evidente que muitos conceitos permanecem inalterados, pois se baseiam em princípios científicos. Outros, porém, continuam em constantes evoluções, como é o caso do surgimento das diferentes coberturas.

Prontuários e cartão da gestante

Durante o período de internação as evoluções clínicas são preenchidas no prontuário da paciente. Em apenas um deles foi encontrado uma ficha de

“Avaliação de feridas” preenchida. É um formulário disponível na Secretaria de Saúde utilizado para realizar avaliação primária da ferida e acompanhar a evolução das feridas, entretanto não é específico para ferida infectada.

Não se segue um padrão nas evoluções de enfermagem. Alguns aspectos na avaliação da ferida, tais como a caracterização do exsudato, não são anotados. A deficiência nos registros relativos à descrição das características das feridas também é mencionada por Bajay em seu artigo. Segundo ela a omissão de informações pode levar a equipe médica a retirar o curativo das pacientes para visualizar a característica da lesão, prejudicando o processo de cicatrização das feridas, consumindo material e tempo para refazê-lo¹⁶.

Atendimento pela Enfermagem/Técnica

A paciente chega ao ALCON após avaliação médica e drenagem do abscesso. Existe anamnese e avaliação primária realizada pelo enfermeiro, porém nem sempre é registrada. Baseado nas informações decide-se quais coberturas são as mais indicadas e assim qual será a periodicidade da troca destas coberturas. Também é considerada a quantidade de exsudato drenado, para realizar-se esta troca.

A técnica utilizada para limpeza da ferida é estéril, feita com solução fisiológica 0,9%, e gaze. Para aumentar o poder de retirada do tecido necrosado utiliza-se seringa e agulha. Após a limpeza é feita nova avaliação e decide-se qual cobertura será utilizada. Não são utilizados pacotes com pinças da Central de Materiais de Esterilização. O pacote que envolve a luva estéril é empregado como campo.

Foi verificado, durante as observações, que nem sempre a paciente é vista como um ser holístico. Os aspectos nutricionais e psicológicos, fundamentais na recuperação da ferida, algumas vezes passam despercebidos. A cicatrização é sistêmica, e o curativo, por si só, não é capaz de cicatrizar, pois quem desencadeia todo processo é o próprio organismo. Portanto, a avaliação deve englobar o portador da lesão, suas condições gerais, o *status* nutricional, psicológico, as funções sistêmicas prejudicadas e a presença de quaisquer afecções subjacentes que possam interferir no processo cicatricial¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realizar o levantamento do perfil das pacientes com abscesso de parede pós-cesariana e descrever o atendimento oferecido a estas pacientes foi desenvolvido um protocolo de enfermagem voltado para melhoria na qualidade da assistência de enfermagem a esta clientela.

Também foi considerado para elaboração do protocolo, os recursos materiais, como as opções terapêuticas disponíveis, e os recursos humanos também disponíveis na instituição em estudo.

O protocolo engloba a operacionalização de todo acompanhamento da paciente portadora de abscesso de parede. Fazem parte dele um fluxograma para tratamento de abscesso de parede (anexo 6.2), um quadro resumo das principais coberturas a serem utilizadas (anexo 6.3) e um formulário de primeira avaliação da paciente portadora de abscesso de parede pós-cesária (anexo 6.4).

O protocolo poderá passar por um processo de validação no ALCON e se aprovado ser implantado. As enfermeiras seriam o elo entre os demais profissionais e a paciente. A supervisora de enfermagem seria a responsável pela divulgação do protocolo.

REFERÊNCIAS

1. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.*, v.9 ,n. 1, abr. 2007.
2. Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo, Savier; 1994.
3. Zugaib M. *Obstetrícia*. São Paulo, Manole; 2008.
4. Borges E L et al. *Feridas: como tratar*. Belo Horizonte, Coopmed; 2008.
5. Lowdermilk D L, Shannon E P, Bobak I M. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre, Artmed; 2002.
6. Pereira A L, Bachion M M. Tratamento de feridas: Análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970 – 2003. *Revista Brasileira Enfermagem* 2005 mar-abr; 58 (2) : 208-13.
7. Vermeulen H, van Hattem JM, Storm-Versloot MN, Ubink DT. Plata tópica para el tratamiento de las heridas infectadas (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.
8. Minayo MCS, Deslandes S F, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, Vozes; 2003.
9. Guimarães E E R, Chianca T C M, Oliveira A C. Puerperal infection from the perspective of humanized delivery care at a public maternity hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007, vol.15, n.4, pp. 536-542.
10. Silva CHA, Soares CS, Paulino, I. Estudo prospectivo e randomizado do uso de antimicrobiano profilático em cesarianas. *Rev Bras Profiss Contr Infec Hosp* 1993; 2:4-6.
11. Brasil, Ministério da Saúde. *Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília, Ministério da Saúde; 2005.
12. Oliveira A C, Braz N J, Ribeiro M M. Incidência da infecção do sítio cirúrgico em um Hospital Universitário. *Cienc Cuid Saúde* 2007 Out/ Dez; 6 (4): 486-493.
13. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. *Prevenção da infecção de sítio cirúrgico*. São Paulo, Câmara Brasileira do Livro; 2001.
14. Balieiro J R D. Terapêutica com clindamicina e gentamicina em pacientes com infecções graves. *Folha Médica* 1986;93(3):189-92.
15. Fernandes A T. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo, Atheneu; 2000.
16. Bahay H B, Araújo I E M. Validação e confiabilidade de um instrumento de Avaliação de Feridas. *Acta Paul Enferm* 2006; 19 (3): 290-5.

Artigo baseado em Monografia de Título “Assistência de Enfermagem a Pacientes com Diagnóstico Médico de Abscesso de Parede: Criando um Protocolo” apresentada em 2010 no Hospital Regional da Asa Sul.

ANEXOS

Anexo 6.1

Protocolo de Atendimento às Pacientes Portadoras de Abscesso de Parede Pós-Cesárea do Hospital Regional da Asa Sul

Introdução

Este documento sistematiza ações de saúde voltadas ao cuidado da paciente portadora de abscesso de parede pós-cesárea. Abrange a atuação conjunta de uma equipe multiprofissional desde a admissão da paciente na instituição até sua alta.

Objetivos do Protocolo

Sistematizar as ações de saúde às pacientes portadoras de abscesso de parede pós-cesárea;

Otimizar o tempo de internação hospitalar da paciente no HRAS;

Operacionalização

As pacientes com diagnóstico de abscesso de parede abdominal serão atendidas e avaliadas na emergência do Centro Obstétrico pelo obstetra de plantão, sendo que aquelas que realizaram a cesariana no próprio hospital (HRAS) serão assim internadas, e aquelas que realizaram o procedimento em outra regional hospitalar serão encaminhadas ao hospital de origem. A paciente será medicada, realizará exames e aguardará no setor de observação do próprio centro obstétrico até que surja vaga no centro cirúrgico para realização da drenagem do abscesso. Após a drenagem, a paciente dará continuidade ao tratamento no setor Alojamento Conjunto – Posto 5 com acompanhamento da equipe multiprofissional (nutricionista, enfermeira, psicóloga, médico e serviço social se houver necessidade) até a ressutura da ferida e alta hospitalar.

Antibioticoterapia

A antibioticoterapia deve ser iniciada independentemente do resultado do *Swab* e do antibiograma de acordo com protocolo específico da equipe médica. Quando os resultados saírem, deverá haver adequação da medicação de modo que apenas o microorganismo encontrado seja combatido.

Técnica de Coleta de fragmento de lesão (ou tecido):

- A identificação do microorganismo causador da infecção no sítio cirúrgico é necessária, pois orientará no sentido da prescrição de antibioticoterapia dirigida e fornecerá dados para análise da flora prevalente numa dada instituição.
- Realizar a técnica do curativo, até a limpeza com soro fisiológico 0,9% e secagem com a gaze esterilizada
- Com o bisturi, tesoura ou instrumento para “punch” retirar pequeno fragmento de tecido do local onde houver maior suspeita de infecção (aproximadamente 4mm), porém evitando áreas de tecido necrosado e pus, as quais devem ser removidos.
- Inserir o fragmento no frasco de boca larga estéril e seco.

Concluir o curativo

Anotar horário da coleta, identificar o material (nome da paciente, registro e data da coleta) e encaminhar imediatamente ao laboratório juntamente com pedido da cultura

Avaliação Inicial no Alojamento Conjunto

No Alojamento Conjunto a paciente será avaliada pelos enfermeiros, que através da utilização de formulário próprio (anexo 6.4), realizará todo exame clínico (anamnese e exame físico).

A mensuração da ferida será feita por meio de uma régua de papel descartável, tomando como referência os pontos mais extensos do comprimento e da largura da ferida; traçam-se duas linhas de forma a obter um ângulo de 90°, anotam-se os valores em centímetros e com eles é então calculada a área da ferida. A profundidade deverá ser quantificada, com auxílio de uma seringa de insulina que será inserida no ponto mais profundo da ferida, que, posteriormente, deverá ser comparada na régua.

Todas as características da ferida devem ser anotadas, tais como, a porcentagem e aspecto dos tecidos de granulação e necróticos; aspecto, volume e odor do exsudato; e características da borda da ferida.

A dor também deverá ser quantificada subjetivamente, através de um escore de 0 a 10, no qual o 0 representa ausência de dor e o 10 representa dor intensa. Dependendo da intensidade da dor há a necessidade da utilização de analgésicos durante a realização da limpeza e troca de cobertura da ferida.

Após a avaliação inicial as pacientes poderão ser encaminhadas para outros profissionais de acordo com a sua necessidade.

Nova avaliação será feita a cada troca de curativo até que a ferida esteja preparada para ser ressurada.

Troca de Curativos

Limpeza

A limpeza deverá ser feita com a irrigação de solução fisiológica 0,9% morna e em jato utilizando seringa de 20 ml conectada a agulha 25 x 8 e o auxílio da gaze estéril. A limpeza deverá ser realizada da borda ao centro da ferida. A irrigação deve ser exaustiva até a retirada do debris e do exsudato presente no leito. Após a limpeza, o leito da ferida não deverá ser seco com gazes.

Não se recomenda a utilização de qualquer tipo de antisséptico, como por exemplo clorexidina, uma vez que estas soluções são inativadas na presença de matéria orgânica (fluido, sangue e outras secreções).

Indicação da cobertura

A Indicação da cobertura é baseada na avaliação da ferida, de acordo com a característica e quantidade do exsudato; porcentagem de tecido necrótico; odor da ferida; e área e profundidade da ferida.

Para o tratamento o serviço dispõe de:

- Carvão Ativado com prata
- Alginato de Cálcio em placa
- Hidrofibra com Prata
- Hidrogel

Para mais informações acerca da escolha da cobertura deve-se seguir o Fluxograma para Tratamento de Abscesso de Parede (anexo 6.2) e o Quadro resumo das principais coberturas a serem utilizadas no Tratamento de Abscesso de Parede (anexo 6.3.).

Orientações Gerais

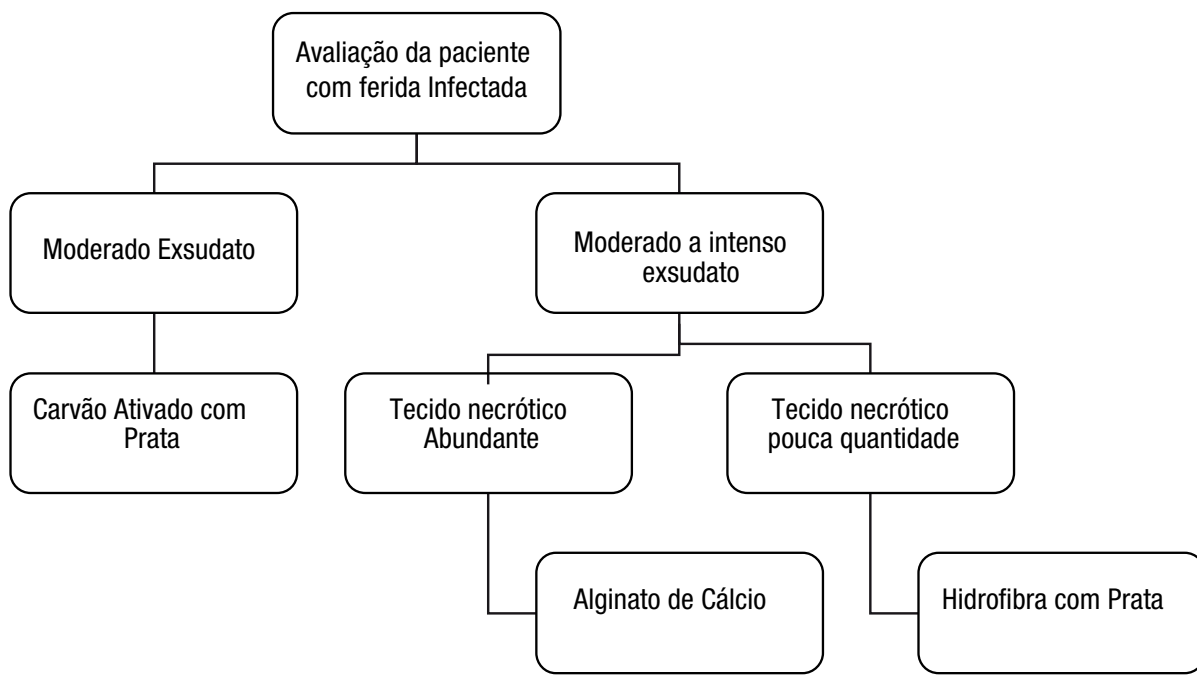
A paciente deve ser orientada a durante o banho de aspersão proteger a ferida com saco plástico. A cobertura só deverá ser retirada durante o procedimento.

Caso seja necessário somente a troca da cobertura secundária, não deverá haver irrigação da ferida e manuseio do leito.

O hidrogel pode ser associado ao alginato de Cálcio, carvão ativado e prata, dentre outras coberturas, se a ferida tiver pouco exsudato, para manter a umidade fisiológica e estimular o desbridamento autolítico.

ANEXO 6.2

Fluxograma para Tratamento de Abscesso de Parede pós-cesárea



ANEXO 6.3

Quadro Resumo das Principais Coberturas a Serem Utilizadas no Tratamento de Abscesso de Parede

Cobertura	Indicação	Ação	Prazo de Troca	Observação
Hidrofibra com Prata	- Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção. - feridas cavitárias. - Feridas sanguinolentas.	- alta capacidade de absorção - atividade antimicrobiana	- Pode permanecer na ferida até 7 dias ou mediante saturação do curativo.	-
Carvão Ativado com Prata	- Feridas infectadas ou não - Feridas com odor acentuado - Exsudato moderado	- Ação bactericida - Elimina odores desagradáveis - Não possui alta capacidade de absorção	- Pode permanecer na ferida de 3 – 7 dias ou mediante saturação do curativo.	- Contra-indicado feridas pouco exsudato ou presença de sangramento - A cobertura não poderá ser reutilizada.
Alginato de Cálcio	- Feridas infectadas ou não - Altamente exsudativas - Com presença de esfacelo (fibrina).	- Auxilia no desbridamento autolítico - Atividade Hemostática - Alta capacidade de absorção	- Pode permanecer na ferida até 5 dias, ou mediante saturação do curativo.	- Contra-indicado feridas pouco exsudato - Não deve ser umedecido.

ANEXO 6.4

Formulário de primeira avaliação da paciente Portadora de abscesso de parede pós-cesárea

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ anos

Endereço: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____ Habitação:

Própria Alugada Condições de Saneamento: Sim Não

HÁBITOS DE VIDA

Nº de refeições por dia: _____ Preferência alimentar: _____

Ingesta hídrica diária: _____ L Horas de sono: _____ h Tabagismo: Sim Não

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doenças associadas: Diabetes Hipertensão Arterial Lúpus Anemia

Paridade : G__P__C__A__ Casos de Abscesso de parede anteriores: Sim Não

Data do parto cesáreo: __/__/____

Foram dadas orientações quanto ao cuidado com o sítio cirúrgico? Sim Não

Quais Orientações? _____ Foram seguidas? Sim Não

Sintomas percebidos: _____

Data do Início dos Sintomas: __/__/____

Medicamentos em uso: _____

EXAME FÍSICO

PA: _____ x _____ Tº: _____ Peso : _____ Altura: _____ IMC _____

Característica do tecido Perilesional: Hiperemia Hematoma Maceração

Característica tecido lesão: _____ % Tecido granulação _____ % Tecido necrótico

Característica Exsudato: Purulento Sanguinolento Serossanguinolento

Quantidade Exsudato: Muito Médio Pouco

Escala de 1 – 10 da dor: _____

Medida da Ferida: Maior extensão: _____ Menor Extensão: _____ Profundidade: _____

RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS:
