

## 833 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA ABDOMINAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Tipo:** POSTER

**Autores:** MARIA NEYZE MARTINS FERNANDES (UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI), RENAN ALVES SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE), LUIS FERNANDO REIS MACEDO (UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI), RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO), MIRNA FONTENELE DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), YTERFANIA SOARES FEITOSA (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), LUIS RAFAEL LEITE SAMPAIO (UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI)

**INTRODUÇÃO:** Deiscência da ferida operatória abdominal ou aponeurótica pode ser definida como a separação da fáscia anterior aproximada, podendo ser parcial ou total, com eliminação do conteúdo abdominal, também designada de evisceração. O processo de cicatrização de feridas cirúrgicas envolve a interação de diversos fatores que influenciam em algumas etapas, a inflamação, a reepitelização, a contração e a síntese do colágeno. Dentre estes fatores podemos elencar o ambiente físico, os procedimentos adotados em cada um desses períodos, como também a colonização do leito por diversos microrganismos, além das condições clínicas apresentada pelo indivíduo. Neste contexto os sujeitos que possuem IMC acima 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência abdominal superior a 88cm nas mulheres e 102cm nos homens apresentam maior risco de incidirem com complicações no processo de cicatrização das feridas operatórias. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem prestada a paciente com deiscência de ferida operatória após tratamento cirúrgico de hérnia umbilical encarcerada. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência da assistência de enfermagem em estomaterapia prestada a paciente que evoluiu com deiscência da ferida operatória após tratamento cirúrgico de hérnia encarcerada, que apresentava como característica de risco para esta complicação o acúmulo de tecido adiposo em região abdominal. O mesmo foi acompanhado por uma equipe em saúde composta por enfermeiros estomaterapeutas, enfermeiros generalistas e acadêmicos de enfermagem nas instalações de um ambulatório em estomaterapia de uma universidade estadual e pela equipe médica responsável pelo procedimento cirúrgico, totalizando um período de 6 meses desde a apresentação da complicação no pós cirúrgico até a total reepitelização do leito da ferida operatória. **.RESULTADOS:** A assistência prestada consistiu na limpeza diária da ferida, removendo secreções, debris e resquícios de produtos, usando gazes estéreis, solução fisiológica a 0,9% e sabonete antisséptico com PHMB, seguido da aplicação de solução de PHMB a 0,2%, com ação de 15 minutos no leito da lesão. A cobertura primária foi realizada com alginato de cálcio (Suprasorb A + Ag) seguido de cobertura secundária de gazes e micropore, com intervalos de roca da cobertura primária de 72 horas e secundária 24 horas. Quando o processo de cicatrização foi evoluindo e o leito da lesão apresentava-se plano, total contração de bordas e reepitelização do leito, foi adotado como cobertura primária de manutenção a papaína a 5% seguida de cobertura secundária de gazes e micropore até a total reestruturação e fortalecimento do tecido de granulação. Foi realizado também, a orientação quanto ao controle de peso e escolhas mais saudáveis de alimentos, além do cuidado durante a deambulação com o controle da pressão no local da ferida.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que o uso de uma cobertura de baixo poder aquisitivo como curativo diário e a avaliação das variáveis específicas, limpeza, dieta e cuidados com a ferida operatória, influenciaram para o bom desfecho da assistência de enfermagem em estomaterapia a paciente obeso com deiscência de ferida operatória.