

Caso Clínico

Intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa com ferida cirúrgica complexa: estudo de caso

Nursing approach in the care of surgical wound with dehiscence: a case study

Ana Catarina Oliveira^{1*}, Ana Duarte¹, Teresa Silveira²

¹ Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa. acvsousa@ulslo.min-saude.pt, asduarte@ulslo.min-saude.pt

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. tsilveira@esscvp.eu

A ferida cirúrgica complexa com deiscência e necrose constitui um desafio significativo para a enfermagem, particularmente no contexto neurocirúrgico. Esta complicação pode comprometer a recuperação da pessoa, aumentar o risco de infeção e prolongar o tempo de internamento. O presente caso descreve o tratamento de uma ferida cirúrgica com deiscência após craniotomia parietal esquerda. A metodologia utilizada foi observacional e descritiva, do tipo estudo de caso. Descreve-se o tratamento através de desbridamento mecânico e químico, aplicação de apósitos adequados à fase de cicatrização, promovendo uma evolução favorável até à cicatrização total da ferida.

The complex surgical wound with dehiscence and surgical wound necrosis, pose a significant challenge for nursing, particularly in the neurosurgical context. This complication can compromise the patient's recovery, increase the risk of infection, and prolong hospital stay. This case describes the treatment of a surgical wound with dehiscence after left parietal craniotomy. The methodology used was observational and descriptive, of the case study type. The treatment is described through mechanical and chemical debridement, application of dressings appropriate to the healing phase, promoting a favorable evolution until complete wound healing.

PALAVRAS-CHAVE: Deiscência da ferida cirúrgica; cuidados de enfermagem; estudo de caso.

KEY WORDS: Surgical wound dehiscence; nursing care; case study.

Submetido em 27.11.2025; Aceite em 07.01.2026; Publicado em 31.03.2026.

* **Correspondência:** Ana Catarina Oliveira
Email: acvsousa@ulslo.min-saude.pt

© 2026 Os autores. Este artigo encontra-se licenciado sob *Creative Commons Attribution 4.0 International* ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))

INTRODUÇÃO

As feridas cirúrgicas decorrem de intervenções cirúrgicas, realizadas em contexto eletivo ou de urgência, nas quais se espera que a cicatrização dos tecidos ocorra de forma rápida e com o mínimo de perda funcional. Contudo, ao longo deste processo, é fundamental considerar o grau de contaminação a que as feridas poderão estar sujeitas, uma vez que esses fatores podem influenciar o processo de cicatrização e favorecer o surgimento de complicações¹.

A classificação e avaliação das feridas cirúrgicas constituem etapas essenciais na gestão clínica, uma vez que orientam a tomada de decisão terapêutica e permitem a monitorização da evolução cicatricial. Embora existam diferentes modelos e conceitos de avaliação descritos na literatura, como o *Wound Bed Preparation* e o *Triangle of Wound Assessment*, destaca-se a avaliação fundamentada no acrónimo TIMERS; este facilita a identificação dos principais obstáculos à cicatrização e a implementação de intervenções direcionadas, tais como o desbridamento de tecidos não viáveis, o controlo da infeção/inflamação e a manutenção de um ambiente húmido adequado^{2,3}.

Assim, a integração deste modelo de avaliação de feridas proporciona uma estratégia clínica estruturada e baseada em evidência, permitindo a monitorização e gestão adequadas das feridas cirúrgicas, com o objetivo de otimizar resultados, promover a cicatrização eficaz e reduzir a incidência de complicações associadas^{3,4}.

São consideradas feridas complexas aquelas que não cicatrizam dentro de um período expectável de até oito semanas e que requerem uma abordagem especializada e multidisciplinar. Estas feridas envolvem a perda da continuidade da pele e, frequentemente, dos tecidos subjacentes, sendo o seu processo de cicatrização dificultado por condições sistémicas ou locais, como acontece, por exemplo, nas feridas cirúrgicas com complicações, nas úlceras de pressão, entre outras⁴.

Entre as possíveis complicações da ferida cirúrgica, destaca-se a deiscência, uma situação clínica em que ocorre a “falha parcial ou total na união dos tecidos incisados, resultando na abertura da ferida”^{2,p.2136}. Esta complicação pode surgir até 30 dias após o procedimento cirúrgico^{2,3}. A deiscência da ferida cirúrgica é uma complicação de natureza multifatorial, com prevalência provavelmente subestimada devido a inconsistências na terminologia usada como nas subnotificações. Os fatores de risco incluem componentes modificáveis, como infeção, desnutrição e técnica cirúrgica, e não modificáveis, como idade, tipo de cirurgia e comorbilidades. O impacto económico é expressivo, traduzindo-se no aumento da morbilidade, no tempo de internamento, aumento das taxas de readmissões e consequentemente de custos para os sistemas de saúde, para além das repercussões negativas no bem-estar físico, psicológico e social das pessoas^{5,7}.

No caso da cirurgia craniana, como a craniotomia, o risco é particularmente relevante, uma vez que o couro cabeludo é uma área naturalmente colonizada por microrganismos, apesar de as

intervenções neurocirúrgicas serem consideradas limpas³.

Neste contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental na equipa multidisciplinar, sendo crucial a sua intervenção na identificação precoce de complicações da ferida cirúrgica e na implementação de estratégias terapêuticas adequadas, minimizando complicações e promovendo o encerramento eficaz da ferida^{5,6}.

Deste modo, a tomada de decisão em enfermagem traduz-se num processo deliberativo que resulta da análise e ponderação de diferentes alternativas de ação, identificadas pelo profissional com base na avaliação da ferida cirúrgica. Esta decisão não se restringe apenas ao ato técnico, mas articula-se com o raciocínio clínico, a responsabilidade profissional e o julgamento ético, encontrando-se intrinsecamente relacionada com o desenvolvimento socioprofissional e com o nível de perícia clínica do enfermeiro. Esta inter-relação estabelece uma influência recíproca entre o exercício autónomo, a capacitação e o empoderamento do profissional, refletindo-se diretamente na qualidade, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem prestados⁸.

O tratamento da ferida cirúrgica com deiscência requer uma abordagem sistematizada, que neste caso particular incluiu desbridamento cirúrgico e aplicação de apósitos adequados à promoção de granulação e epitelização dos tecidos⁴.

A conceção deste caso foi alicerçada na Teoria Centrada na Pessoa, que coloca a pessoa no centro do processo dos cuidados, focando os seus valores, preferências e contexto de vida, promovendo a humanização, autonomia, melhor adesão ao diagnóstico e tratamento da doença, promovendo melhores resultados^{9,10}.

A metodologia utilizada foi observacional e descritiva, do tipo estudo de caso, permitindo uma

análise completa e aprofundada da pessoa em estudo¹¹.

Os critérios de seleção estabelecidos para este estudo foi a pessoa adulta, internada no serviço cirúrgico com presença de uma ferida cirúrgica complexa.

A recolha de dados baseou-se na análise da documentação clínica, da qual foi extraída informação relativa às variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e clínicas (estado nutricional e índice de massa corporal) essenciais para a caracterização do perfil da pessoa em estudo.

No que respeita à avaliação da evolução da ferida e aos tratamentos instituídos, como classificação, localização, dimensões e características do tecido presente no leito da ferida, recorreu-se ao acrónimo TIMERS, que vai de encontro à teoria que sustenta este artigo e que, com esta avaliação, permite uma visão holística reconhecendo a pessoa no centro do cuidado, tendo em consideração os seus fatores sociais e psicológicos que afetam a cicatrização da ferida. Recorreu-se, também, aos registos de enfermagem, os quais documentam de forma sistemática e cronológica os cuidados prestados à pessoa. Estes registos constituem parte integrante do processo de enfermagem, assumindo-se como uma ferramenta essencial na prática profissional, que sustenta o exercício autónomo do enfermeiro e contribui para a promoção da qualidade e da segurança dos cuidados^{7,12}.

Como principal limitação metodológica, salienta-se o facto de se tratar de um estudo de caso único, referente a uma ferida complexa no couro cabeludo, cuja especificidade, complexidade e individualidade da pessoa impossibilitam a generalização dos resultados obtidos.

Garantiu-se o cumprimento de princípios e valores éticos universais, nomeadamente o respeito pela pessoa humana, pela sua dignidade, pelos seus direitos fundamentais e pelo seu ecossistema. Esta

intervenção respeitou igualmente os princípios de autonomia, beneficência/não maleficência e justiça, bem como os princípios da confidencialidade, anonimato e proteção da vulnerabilidade humana. Foram integralmente respeitados os princípios constantes da Declaração de Helsínquia (última atualização em Helsínquia, Finlândia, 2024), da Organização Mundial da Saúde, e da Comunidade Europeia⁵. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido, através do qual o participante autorizou, por escrito, a partilha da sua experiência de saúde antes do início do estudo. Foi obtido o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde onde decorreu este estudo.

O objetivo deste estudo de caso é descrever a intervenção de enfermagem no tratamento de uma ferida cirúrgica complexa que evoluiu com complicação de deiscência e necrose.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O estudo de caso refere-se a uma pessoa do género feminino, 62 anos, previamente autónoma, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo, hipertensão arterial e tabagismo, diagnosticada com acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média esquerda. Nutricionalmente com um índice de massa corporal de 27,6; elevado risco de úlcera de pressão (score 8 na Escala de Braden) e com risco de infeção presente.

A 16/12/2024 foi submetida a uma craniotomia parietal esquerda descompressiva. No 15º dia do pós-operatório apresentou febre e saída de exsudado purulento da ferida cirúrgica. O estudo microbiológico do exsudado da ferida identificou a presença de *Staphylococcus aureus*, pelo que iniciou antibioterapia dirigida.

A 07/01/2025 ocorreu deiscência da ferida cirúrgica com dimensão de aproximadamente 12cm de

comprimento por 3cm de largura, com 80% de tecido necrótico e 20% de fibrina, ausência de exsudado, sem odor e bordos em epíbole. Foram implementados tratamentos sistematizados e monitorização contínua da ferida. O tratamento iniciou-se com limpeza da ferida utilizando soro fisiológico tépido, evitando o atraso no processo de cicatrização, aplicação de colagenase para realização de desbridamento enzimático do tecido necrótico e fibrina, protegendo os bordos com óxido de zinco. Manteve-se com dor suportável (na escala visual analógica) ao longo do tratamento (Figura 1).

A 10/01/2025, foi realizada irrigação com soro fisiológico tépido e iniciado desbridamento cirúrgico para remoção de tecido necrótico destacável do leito da ferida. Após desbridamento cirúrgico foi aplicada novamente colagenase para manutenção de desbridamento enzimático e limpeza do leito da ferida. Foram realizadas intervenções diariamente, mantendo a eficácia da colagenase. A doente manteve-se com dor suportável ao longo do procedimento (Figura 2).

A 25/01/2025, a ferida apresentava 70% de tecido de granulação e 30% de tecido de fibrina, exsudado compatível com líquido cefalorraquidiano e os bordos mantiveram-se delimitados e rosados. Por este motivo, a ferida foi suturada pelo médico assistente, de modo a evitar a drenagem de líquido cefalorraquidiano (Figura 3).

Para realizar a gestão de exsudado da ferida e controlo de infeção, foi alterado o tratamento da ferida para aplicação de apósito de hidrofibra impregnada em prata. Progressivamente, a ferida apresentou tecido de granulação, atingindo inicialmente 100% da área da lesão. Posteriormente, observou-se o desenvolvimento de tecido de epitelização, acompanhado por redução gradual da sua dimensão em percentagem de 100% e posteriormente tecido de epitelização, com redução gradual da sua dimensão (Figura 4).

A 03/02/2025, no 48º dia do pós-operatório, a ferida foi considerada cicatrizada (Figura 5). Posteriormente,

a doente teve alta médica da especialidade e foi transferida para o hospital da área de residência.

Durante este processo foram identificados diagnósticos de enfermagem (de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE^{®6}). Com base os diagnósticos identificados, foram definidas intervenções de enfermagem, assim como os resultados esperados, conforme apresentados na Tabela 1.

DISCUSSÃO

O presente artigo descreve um caso clínico com intervenção de enfermagem no tratamento de uma ferida cirúrgica que teve uma complicação de deiscência e necrose.

Verificaram-se antecedentes pessoais que favoreceram o aumento do risco de deiscência da ferida cirúrgica, nomeadamente hipertensão arterial, hábitos tabágicos e administração de corticoides, o que está em consonância com a evidência descrita na literatura².

A utilização de desbridamento enzimático com colagenase demonstrou ser uma estratégia eficaz para a remoção progressiva do tecido inviável, promovendo simultaneamente a formação de tecido de granulação viável. Estes resultados estão em consonância com a evidência científica disponível, que refere que o desbridamento enzimático com colagenase permite uma preparação rápida do leito da ferida, favorece o desenvolvimento de tecido de granulação em menor tempo, apresenta uma maior taxa de formação deste tecido, é geralmente menos doloroso e revela-se mais económico quando comparado com outros tipos de desbridamento. Contudo, alguns estudos descrevem um risco aumentado de ocorrência de eventos adversos, ainda que a literatura ressalve a

necessidade de investigações adicionais para a confirmação destes achados^{7,8}.

Outros autores referem que o desbridamento enzimático, nomeadamente com colagenase, constitui uma alternativa válida e segura ao desbridamento cirúrgico, sendo considerado um método eficaz, embora ainda subutilizado e sob explorado na sua prática clínica⁹.

A evidência científica na utilização do desbridamento enzimático e autolítico, evidencia uma melhoria significativamente superior nas feridas tratadas com o método enzimático, com taxas de formação de tecido de granulação e epitelização mais elevadas. A taxa de cicatrização atingiu 65% nas feridas tratadas com colagenase, contrastando com 50% no grupo submetido ao desbridamento autolítico. Os mesmos autores salientam que o método enzimático é frequentemente preferido em feridas mais graves, devido à sua comprovada eficácia⁷.

Apesar da intercorrência observada, a fístula de líquido cefalorraquidiano, a sutura e a introdução do apósito de hidrofibras com prata contribuiu para o controlo microbiano local, gestão do exsudado do leito da ferida e para a otimização da cicatrização¹⁰. Observou-se assim uma evolução favorável até ao encerramento total da ferida, reforçando a importância da avaliação sistemática e da tomada de decisão clínica baseada na observação e avaliação da ferida (Tabela 2).

Os resultados obtidos corroboram a evidência existente ao destacarem o papel do enfermeiro na gestão de feridas cirúrgicas com deiscência, nomeadamente no que se refere à escolha criteriosa dos métodos de desbridamento e dos apósitos adequados, à prevenção de infeções e à promoção da cicatrização eficaz^{2,3}.

Em suma, a deiscência de uma ferida cirúrgica após uma craniotomia representa um desafio para a enfermagem, exigindo intervenções sistematizadas e tratamento adequado. Este estudo de caso reforça a importância de intervenções precoces, estruturadas e individualizadas, maximizando a eficácia do tratamento, promovendo a cicatrização e minimizando complicações associadas.

Importa salientar que este estudo de caso representa um primeiro passo para a implementação e desenvolvimento deste tipo de investigação, aproximando a produção científica da prática clínica, nomeadamente através da integração de princípios da prática baseada na evidência.

Adicionalmente, recomenda-se a elaboração e implementação de protocolos de intervenção sistematizados e integrados para o tratamento da ferida cirúrgica no couro cabeludo, com particular enfoque nos procedimentos de lavagem e desinfecção. Tal recomendação justifica-se pelo papel central do enfermeiro na tomada de decisão clínica, assegurando cuidados seguros, consistentes e de elevada qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Filipe A, Parreira A. Feridas Cirúrgicas. Em: Feridas - Manual de boas práticas. Lidel; 2017. p. 218.
2. Falabella AF. Debridement and wound bed preparation. *Dermatol Ther*. 2006;19(6):317–25.
3. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 2019;23(Sup3a):S1–50.
4. Menoita E. Gestão de Feridas Complexas. 2ª edição. Lisboa: Sabooks Editora; 2025.
5. Souza TR de, Ito VY, Gomes VC, Mendes BP, Amaral ABNP do. Deiscência da ferida operatória: uma revisão de literatura. *REASE*. 2024;10(4):2135–41.
6. Borges GA de S, Diccini S. Protocolo de curativo em craniotomia e incidência de infecção. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2004;17(2):195–200.
7. Baltazar M. Avaliação da ferida Cirúrgica: documentação de Enfermagem [Internet]. [Coimbra]: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1353395>
8. Nunes L. Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. Em: *Enfermagem Avançada*. Lousã: Lidel; 2024.
9. Ribeiro RV, Signor E, Forgiarini G. Aproximação teórica do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2023;12(10):e59121043453–e59121043453.
10. Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 8 edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2014.
11. Polit, D. & Beck, C. *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice [Internet]*. [citado 19 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.fnac.pt/Nursing-research-POLIT-DENISE/a7652705?origin=google_pla_livro&gad_source=1&gclid=CjwKCAjwk43ABhBIEiwAvvMEB7myv5g8DtBNo7YTgtui1aj93eGZg_RYEZx_haNIauleAuKosNiWQBoCtc4QAvD_BwE
12. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. 2015. [citado 19 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
13. Deodato S. Ética da Investigação em Saúde. Em: *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel; 2022.
14. CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros; 2011.
15. Amadeh A, Mohebbi N, Amadeh Z, Jamshidbeigi A. Comparative efficacy of autolytic and collagenase-based enzymatic debridement in chronic wound healing: a comprehensive systematic review. *Int Wound J*. 2025;22(4):1–10.
16. Thomas DC, Tsu CL, Nain RA, Arsat N, Fun SS, Sahid Nik Lah NA. The role of debridement in wound bed preparation in chronic wound: a narrative review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;71:102876.
17. Mathioudaki E, Vitsos A, Rallis MC. Proteolytic enzymes and wound debridement: a literature review. *Wounds*. 2024;36(11):357–65.
18. Silva AVC, Caires TFT. Eficácia da prata tópica na redução da área de feridas infectadas - uma revisão sistemática. *RFE*. 2021;(46):1690–6.

Tabela 1 - Diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados

Diagnósticos Enfermagem	Intervenções Enfermagem	Resultados esperados
Autocuidado comprometido em grau elevado (higiene, comer, beber e uso sanitário)	- Assistir nos autocuidados (sem horário); - Incentivar o autocuidado (sem horário).	Autocuidado comprometido em grau moderado
Consciência	Avaliar escala de coma de Glasgow (1x/turno). - Monitorizar nutrição (diário); - Monitorizar glicémia capilar (3x/dia); - Avaliar a pele (sem horário).	Sem nutrição comprometida
Nutrição comprometida	- Assistir no posicionamento (2/2h).	Posicionamento comprometido grau moderado
Posicionamento comprometido grau elevado	- Avaliar risco de infeção (1x/dia). - Monitorizar a dor (1x/turno); - Vigiar a dor (sem horário); - Assistir a pessoa no controlo da dor através do posicionamento (2/2horas); - Assistir a pessoa a identificar estratégias do alívio da dor (sem horário).	Sem infeção Sem dor
Infeção, risco	- Avaliar ferida cirúrgica (frequência realizada de acordo com o tratamento instituído); - Executar tratamento de ferida cirúrgica (frequência realizada de acordo com o tratamento instituído); - Vigiar penso de ferida cirúrgica (sem horário); - Remover material da ferida cirúrgica (01/02/2025); - Reforçar penso da ferida (SOS).	Sem ferida
Dor, presente	- Vigiar sinais de UP - Aliviar zonas de pressão através de dispositivos (2/2horas); - Posicionar (2/2horas).	Risco de úlcera de pressão reduzido
Ferida cirúrgica presente	- Assistir a pessoa a promover a aceitação do seu estado de saúde (sem horário); - Incentivar a comunicação de emoções (sem horário); - Incentivar a aceitação do seu estado de saúde (sem horário).	
Úlcera de pressão, risco	- Avaliação do regime terapêutico (1x/dia); - Incentivar envolvimento do prestador de cuidados (sem horário).	Sem adesão ao regime terapêutico comprometido
Aceitação do seu estado de saúde		
Adesão ao regime terapêutico		

Adaptado de CIPE^{®14}

Tabela 2 – Avaliação da ferida cirúrgica

Data	Dia de tratamento	Extensão (cm)	Largura (cm)	Tipo de tecido	Tratamento utilizado
07/01/2025	0	12	3	80% de tecido necrótico e 20% de tecido de fibrina	Desbridamento enzimático com collagenase e cortante. Colocado óxido de zinco nos bordos.
14/01/2025	7	8	2,5	80% tecido de fibrina, bordos com tecido de epitelização	Mantido tratamento anterior.
25/01/2025	18	5	1	Presença de biofilme, 90% tecido de granulação rosado e húmido e 10% tecido de fibrina	Sutura dos bordos da ferida por fístula de líquido cefalorraquidiano. Aplicado apósito de hidrofibras com prata.
01/02/2025	25	1	0,5	80% de tecido de epitelização e 20% de tecido de granulação vermelho vivo.	Mantido tratamento anterior.
03/02/2025	27	0	0	100% tecido de granulação	Ferida exposta

Figura 1 – Ferida cirúrgica com deiscência (07/01/2025)



Avaliação TIMERS

T – 80% tecido de necrose desidratada e 20% de tecido de fibrina, firmemente aderente ao leito da ferida.

I – Infecção presente (existe atraso na cicatrização, deterioração do leito da ferida e aumento do tecido desvitalizado), presença de *Staphylococcus aureus* iniciou antibioterapia dirigida.

M – Ausência de exsudado, desequilíbrio da humidade, odor ausente.

E – Bordos em epíbolo, estagnação na migração dos bordos, pele circundante ruborizada.

R – Estagnação no processo de cicatrização, implementação de tratamento com desbridamento enzimático com colagenase e cortante. Colocado óxido de zinco nos bordos.

S – Pessoa com alteração do estado neurológico, score 10 na *Escala de Coma de Glasgow* (não verbaliza, localiza a dor e abre os olhos espontaneamente) é necessário ter em conta os fatores sociais como a educação ao cuidador com linguagem acessível (nutrição, posicionamentos), motivação, reforço positivo,

respeitando a decisão e perceção dos objetivos de saúde da pessoa/cuidador.

Figura 2 – Ferida cirúrgica complexa (14/01/2025)



Avaliação TIMERS

T – 80% tecido de fibrina amarelo aderente ao leito da ferida.

I – Infecção presente, mantém antibioterapia dirigida.

M – Ferida com exsudado amarelo viscoso em moderada quantidade (apresenta repasse no penso primário), odor ausente.

E – Bordos em epíbolo, pele circundante ruborizada. Não é possível determinar a profundidade dos tecidos envolvidos devido a camada de fibrina que não permite a visualização da extensão total. Dor suportável.

R – Mantém tratamento anterior, a ferida encontra-se com evolução positiva.

S – Mantém o score neurológico, cuidador apresenta feedback positivo dos ensinamentos realizados (nutrição e posicionamentos), mantida motivação e reforço positivo tendo em conta os objetivos da saúde da pessoa/cuidador.

Figura 3 – Ferida cirúrgica complexa (25/01/2025)



Avaliação TIMERS

T – Leito da ferida com biofilme, 90% tecido de granulação rosado e húmido e 10% tecido de fibrina.

I – Infecção presente, continua a realizar antibioterapia dirigida.

M – Exsudado molhado amarelo/acastanhado em quantidade moderada. Odor ausente, dor suportável (0-3).

E – Bordos delimitados (distinguíveis do leito da ferida). Profundidade derme e epiderme afetada. Pele circundante macerada.

R – Mudança de tratamento uma vez que a ferida se encontrava com fístula e teve de ser suturada novamente. Limpeza com soro fisiológico, removido biofilme e realizado desbridamento cortante com tecido de fibrina amarelada. Colocação de apósito de hidrofibras com prata, para absorver o exsudado.

S – Mantém as intervenções sociais.

Figura 4 – Ferida cirúrgica com deiscência (01/02/2025)



Avaliação TIMERS:

- T – Mantém biofilme, 80% de tecido de epitelização e 20% de tecido de granulação vermelho vivo.
- I – Infecção presente, mantém antibioterapia dirigida.
- M – Exsudado húmido e claro em quantidade reduzida. Odor ausente, dor suportável.
- E – Bordos não distintos. Profundidade derme e epiderme afetada. Pele circundante seca. Dor suportável.
- R – Mantém tratamento anterior.
- S - Mantém as intervenções sociais.

Figura 5 – Ferida cirúrgica cicatrizada (03/02/2025)



Avaliação TIMERS:

- T - 100% de tecido epitelizado, regenerado. Ferida completamente coberta com epitélio.
- I – Infecção controlada, término de antibioterapia.
- M- Sem evidência de exsudado;
- E – Bordos não distintos. Redução da área da ferida e bordos epitelizados.
- R – Encerramento completo da ferida, cicatriz exposta.
- S – Melhoria do estado neurológico, score 12 na Escala de Coma de Glasgow (emite sons, cumpre ordens e abre os olhos espontaneamente) Mantém as mesmas intervenções sociais ainda que a ferida tenha cicatrizado.