Machine Translated by Google

THAMES VALLEY & WESSEX NEONATAL REDE OPERACIONAL DE ENTREGA

Diretriz para Cuidados com Feridas Neonatais

Aprovado por /em:	**Thames Valley e Wessex ODN Governance Group, 5** de **junho de 2019**
Data da publicação	**V1 de junho de 2012**
Última revisão	**V2 junho de 2015, V3 fevereiro de 2019**
Data de revisão *(máximo de 3 anos)*	**Junho de 2022**
Autores	**Grupo de Cuidados de Qualidade ODN Neonatal do Vale do Tamisa**
Distribuição	**Grupo de Cuidados de Qualidade ODN Neonatal do Vale do Tamisa** **Fóruns Clínicos Neonatais de Thames Valley e Wessex** **Site da Rede Thames Valley e Wessex Neonatal** **Boletim eletrônico da Thames Valley e Wessex Neonatal Network**
Documentos relacionados	**Referências**

Alberta (2018) Avaliação da pele neonatal e prevenção de lesões. Serviços de Saúde de Alberta. Encontrado em; https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-neonatology-skin assessment-ps-99-01.pdf

Baharestani et al (2007) O painel consultivo nacional de úlcera por pressão. Úlcera de pressão em recém-nascidos e crianças. Um white paper NPUAP. Cuidados avançados para feridas na pele Vol 20, No 4, pp208-220.

Baharestani.MM (2007) Uma visão geral do conhecimento e considerações sobre cuidados com feridas pediátricas e neonatais. Manejo de feridas em ostomia. Vol 53, No 6, pp34-6, 38, 40.

Bartles.M et al (2017) Neonatal Wound Management. Hospital Infantil de Nottingham, Diretriz no G10.

BNF (2018) Prata. Encontrado em http://bnf.nice.org.uk/wound-management/ silver.html

Brighton (2018) Cuidados com a pele e feridas neonatais, Brighton and Sussex University Hospitals, encontrado em https://www.bsuh.nhs.uk/information-for professional/guidelines/ nursing-guidelines/

Cisler-Cahill.L (2006) Um protocolo para o uso de hidrogel amorfo - para apoiar a cicatrização de feridas em pacientes neonatais. Um complemento para cuidados com a pele de enfermagem. Rede Neonatal, Vol 25, No 4, pp267-73

Machine Translated by Google

Clifton-Koeppel R. (2006) Tratamento de feridas após extravasamento intravenoso periférico: Qual é a evidência? Revisão de enfermagem neonatal e infantil. Dezembro, Vol. 6, Nº 4, pp. 202-12.

Primos. Y (2014) Considerações sobre cuidados com feridas em recém-nascidos. Norma de Enfermagem, 16 de julho, Vol 28, nº 46, pp61-70

Delldot (2011) Página da Web - Título 'Cura de feridas', Wikipedia.org/wiki/Wound-healing, 09/02/2011.

Denyer.J (2014) Epidermólise Bolhosa (EB): manejo do recém-nascido com EB. Versão 2. www.gosh.nhs.uk

Gannon BA (2004) Epidermólise Bolhosa: fisiopatologia e cuidados de enfermagem. Rede Neonatal, Vol. 23, No 6, pp. 25-32, 55-60.

Garcia-Molina.P et al (2017) Úlceras por pressão neonatais: prevenção e tratamento. Pesquisa e relatórios em Neonatologia, 14 de setembro de 2017, Vol 7, pp29-39. Encontrado em; https://www.dovepress.com/neonatal-pressure-ulcers Prevention-and-treatment-peer-reviewed-fulltext-article-RRN

Relatório IAG (2005) Questões no cuidado de feridas neonatais.-minimizando trauma e dor. Publicação da Academia Tendra. www.tendra.com

Irving.V (1999) Gestão de uma ferida neonatal em um recém-nascido. Revista de tratamento de feridas. Vol. 8, nº 10, pp. 485-6.

Irving.V (1999) Lesões cutâneas iatrogênicas neonatais: uma perspectiva de enfermagem. Journal of Neonatal Nursing, Vol 5, no 5, pp10-13.

Irving.V (2001) Cuidando e protegendo a pele de recém-nascidos prematuros. Revista de tratamento de feridas. Vol. 10, Nº 7,

Irving.V (2001) Reduzindo o risco de decapagem epidérmica na população neonatal: Uma avaliação de um filme de barreira sem álcool. Journal of Neonatal Nursing, Vol 7, No ?, pp5-8

Irving.V (2001) Problemas de pele no bebê prematuro: evitando a prática ritualística. Enfermeira Profissional, Vol 17, Nº 1, pp63-66

Irving.V (2006) Woundcare para recém-nascidos prematuros. Infantil, Vol 2, no3, pp 102-06

Irving.V et al (2006) Cuidados com feridas neonatais - Minimizando trauma e dor (em nome do grupo consultivo neonatal) Wounds UK, Vol 2, No 1, pp33-41

Kaufman.LM (2007) Da ansiedade ao empoderamento: desenvolvendo um programa de pele, ferida e ostomia em uma unidade neonatal. ….39ª Conferência Anual de Enfermeiros de Feridas, Ostomia e Continência. Journal of ferida, ostomia e continência enfermagem, maio/junho, Vol 34 (s3) suplemento. S47-8.

King.A (2014) Curativos e produtos em Tratamento de Feridas Pediátricas. Avanços no cuidado de feridas, Vol 3, No4, pp324-34.

Krasner, Rodeheaver e Sibbald Eds. Feridas crônicas em recém-nascidos e crianças, No cuidado de feridas crônicas, um livro de fonte clínica para profissionais de saúde. 4ª Ed, Malvern PA, HMP Communications

Machine Translated by Google

	O'Neil (2006) O grupo nacional de benchmarking cirúrgico neonatal: Desenvolvimento de um benchmark para o manejo de estomas. Infantil pp84-6. , Volume 1, Nº 3, Pridding.B O uso de Activon Tulle em uma ferida extravasacional em um recém-nascido. Advancis Medical. Encontrado em www.advancis.co.uk Reda.B O uso de Activon Tube em uma ferida abdominal neonatal. Advansis médico. Encontrado em www.advancis.co.uk Reda.B O uso de Actilite em exonfalos neonatais. Advancis médico. Encontrado em www.advancis.co.uk Sawatsky-Dickinson e Bodnaryk (2006) Neonatal extravasamento intravenoso lesões-Avaliação de um protocolo de tratamento de feridas. Rede Neonatal, Vol 25, Nº 1, jan/fev, pp13-19 Taquino.LT (2000) Promovendo a cicatrização de feridas no ambiente neonatal: Processo versus protocolo. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, Jun, Vol 14, No 1, pp104-18. White.R et al (2016) Cuidados com feridas pediátricas: neonatos e lactentes. Ferimentos REINO UNIDO. Vol 12, No 3, pp8-11. Wilcoxson.M (2014) Neonatal Wound Management. Serviços Neonatais de Nottingham, Diretrizes Clínicas. Diretriz nº G10. Confiança do Hospital das Universidades de Nottingham. Wilkins.CE e Emmerson.AJB (2004) Lesões por extravasamento em unidades neonatais. Arquivos de doenças na infância. Edição Fetal e Neonatal. Vol 89, No 3, ppF274-75. Beall.V et al (2013) Extravasamento Neonatal. Recém-nascidos e Revisões de Enfermagem Infantil, 2013, Vol 13, No 4, pp189-95. August.DL et al (2014) Lesões por pressão na pele em uma Unidade Neonatal: Fato ou Ficção. Revista de Enfermagem Neonatal, 2014, Vol 20, pp129-137.
Implicações de raça, igualdade e outros deveres de diversidade para este documento	**Esta diretriz deve ser implementada de forma justa e sem preconceitos, seja em razão de raça, gênero, orientação sexual ou religião.**

Machine Translated by Google

Diretriz para Cuidados com Feridas Neonatais

Parágrafo	Conteúdo	Página
1,0	**Objetivo da Estrutura de Diretrizes**	**5**
2,0	**Escopo da Estrutura de Diretrizes**	**5**
3,0	**Resumo da diretriz**	**5-6**
4,0	**Estrutura de Diretrizes**	**5-25**
4.1	**Princípios gerais para cuidar de pacientes com feridas**	**6-7**
4.1.1	Processo de cura	6-7
4.1.2	Objetivos do tratamento de feridas	7
4.1.3	Avaliação de Feridas	7-8
4.1.4	Limpeza de Feridas	9
4.1.5	Objetivos do tratamento de feridas	10
4.1.6	Gestão prática	10
4.1.7	Cuidado Holístico do Paciente	11
4.2	**Princípios de Tratamento de Feridas Neonatais**	**11-13**
4.2.1	Feridas Neonatais	12
4.2.2	Pele Neonatal	12
4.2.3	Fatores de gerenciamento	13
4.2.4	Procedimentos de curativo	13
4.3	**Grade de curativo**	**11 - 14**
4.4	**Procedimento Básico de Tratamento de Feridas - algoritmo**	**17**
4,5	**Plano de Ação de Avaliação de Feridas**	**18 - 19**
4.6	**Diretrizes de Cuidados com Estoma Neonatal**	**20-23**
4.6.1	Cuidados pós-operatórios	20
4.6.2	Indicadores de preocupação/procura de aconselhamento médico	20
4.6.3	Cuidados de rotina do estoma	20-22
4.6.4	Dicas e dicas ao cuidar de estomas neonatais	22 - 23

Machine Translated by Google

4.6.5	Considerações dos Pais	23
4.7	**Ferramenta de avaliação do estoma neonatal**	**24 a 25**
5,0	**Apêndice**	**26**

1.0 Objetivo da Estrutura de Diretrizes

Fornecer uma base de evidências para a prática, buscando garantir o tratamento de feridas da mais alta qualidade para todos os recém-nascidos dentro da Rede Neonatal do Vale do Tâmisa e Wessex.

2.0 Escopo da Estrutura de Diretrizes

A diretriz se aplica a todas as unidades neonatais e maternidades cobertas pela Thames Valley & Wessex Neonatal Network. Isso inclui os seguintes hospitais:

Vale do Tamisa	
Buckinghamshire Healthcare NHS Trust	- Hospital Stoke Mandeville, Aylesbury
Frimley Health NHS Foundation Trust	- Hospital Wexham Park, Slough
Milton Keynes University Hospital NHS Foundation Trust	- Hospital Geral Milton Keynes
Hospitais da Universidade de Oxford NHS Foundation Trust	- Hospital John Radcliffe, Oxford
Hospitais da Universidade de Oxford NHS Foundation Trust	- Horton General Hospital, Banbury
Royal Berkshire NHS Foundation Trust	- Leitura
Wessex	
Dorset County Hospital NHS Foundation Trust	- Dorset
Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust	- Basingstoke
Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust	- Winchester
Ilha de Wight NHS Trust	- Hospital Santa Maria
Poole Hospital NHS Foundation Trust	- Hospital da Piscina
Hospitais de Portsmouth NHS Trust	- Hospital Rainha Alexandra
Salisbury NHS Foundation Trust	- Salisbury
University Hospital Southampton NHS Foundation Trust	- Hospital Princesa Anne
Western Sussex Hospitais NHS Foundation Trust	- Hospital St Richard, Chichester

3.0 Resumo da Diretriz.

Todas as feridas devem ser avaliadas e claramente documentadas usando uma ferramenta de avaliação de feridas. Isso deve incluir;

- o Local da ferida
- o Tamanho da ferida
- o Espessura

Machine Translated by Google

- o 'cor' do leito da ferida
- o Exsudato
- o Odor
- o Pele circundante
- o Maturidade da pele/gestação atual do bebê
- o Dor da ferida

Os objetivos do manejo de feridas são;

- o Prevenir avarias
- o Avaliação objetiva
- o Limpeza suave - quando necessário
- o Vestir para proteção e promover a cura
- o Cultura e tratamento se infectado.

Princípios de tratamento de feridas

- Feridas saudáveis e livres de detritos não requerem limpeza ritualística.
- Se houver tecido morto ou detritos estranhos, a ferida deve ser limpa
- O soro fisiológico 0,9% estéril é o limpador de feridas 'mais fisiológico' e pode ser usado para todos os tipos de feridas.
- A cicatrização de feridas úmidas é o princípio mais importante, curativos secos podem causar traumas repetidos o leito da ferida e retardar a cicatrização
- A otimização das necessidades nutricionais de cada recém-nascido terá um impacto positivo na cicatrização de feridas
- A oxigenação adequada dos tecidos da ferida é necessária para que ocorra a cicatrização da ferida. Portanto, a estabilidade fisiológica do bebê deve ser otimizada.

A pele neonatal tem características únicas que a tornam especialmente vulnerável a danos;

- frágil e imaturo
- a derme tem apenas 60% da espessura da pele adulta
- vulnerável a forças de cisalhamento e mais facilmente removido
- nenhuma gordura subcutânea é evidente até 29 semanas, e isso não é totalmente espessado até o termo
- O risco de absorção percutânea é aumentado
- antes das 28 semanas a pele é fina e pouco queratinizada, pelo que a sua função de barreira é muito limitada

- A equipe deve oferecer a todos os pais informações sobre a ferida de seu bebê e seus cuidados, com base em avaliação das necessidades de informação dos pais e nível de compreensão. Isso deve incluir uma discussão honesta sobre a causa, se iatrogênica.
- Envolver e apoiar os pais para cuidar de seu bebê com uma ferida, conforme apropriado

4.0 Estrutura de Diretrizes

4.1 Princípios gerais para cuidar de pacientes com feridas

4.1.1 Processo de cura: (Delldot 2011)

A cicatrização de feridas, ou reparo de feridas, é um processo intrincado no qual a pele (ou outro órgão-tecido) se repara após uma lesão. Na pele normal, a epiderme (camada mais externa) e a derme (camada interna ou mais profunda) existem em equilíbrio estável, formando uma barreira protetora contra o meio externo. Uma vez que a barreira protetora é quebrada, o processo normal (fisiológico) de cicatrização de feridas é imediatamente acionado.
O modelo clássico de cicatrização de feridas é dividido em três ou quatro fases sequenciais, porém sobrepostas: (1) hemostasia (não considerada uma fase por alguns autores), (2) inflamatória, (3) proliferativa e (4) remodelação. Após a lesão da pele, um conjunto de eventos bioquímicos complexos ocorre em um

Machine Translated by Google

cascata orquestrada para reparar o dano. Minutos após a lesão, as plaquetas (trombócitos) se agregam no local da lesão para formar um coágulo de fibrina. Este coágulo atua no controle do sangramento ativo (hemostase).

Na fase inflamatória, bactérias e detritos são fagocitados e removidos, e são liberados fatores que causam a migração e divisão das células envolvidas na fase proliferativa.

A fase proliferativa é caracterizada por angiogênese, deposição de colágeno , formação de tecido de granulação , epitelização e contração da ferida.[4] Na angiogênese, novos vasos sanguíneos são formados por células endoteliais vasculares.[5] Na fibroplasia e na formação do tecido de granulação, os fibroblastos crescem e formam uma nova matriz extracelular provisória (MEC) pela excreção de colágeno e fibronectina.[4] Ao mesmo tempo, ocorre a reepitelização da epiderme, na qual as células epiteliais proliferam e 'rastejam' sobre o leito da ferida, fornecendo cobertura para o novo tecido.[6]

Na contração, a ferida é diminuída pela ação dos miofibroblastos, que se fixam nas bordas da ferida e se contraem por meio de um mecanismo semelhante ao das células musculares lisas. Quando os papéis das células estão quase completos, as células desnecessárias sofrem apoptose.

Na fase de maturação e remodelação, o colágeno é remodelado e realinhado ao longo das linhas de tensão e as células que não são mais necessárias são removidas por apoptose. No entanto, esse processo não é apenas complexo, mas frágil e suscetível à interrupção ou falha levando à formação de feridas crônicas que não cicatrizam. Fatores que podem contribuir para isso incluem diabetes, doença venosa ou arterial, idade avançada e infecção.

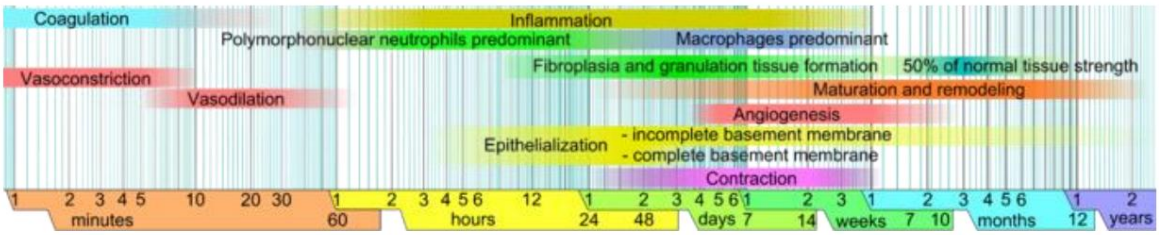


Diagrama mostrando os tempos aproximados das diferentes fases de cicatrização da ferida, com intervalos desbotados marcando uma variação substancial, dependendo principalmente do tamanho da ferida e das condições de cicatrização.

4.1.2 Objetivos do tratamento de feridas:

1. Prevenir avarias
2. Avaliação objetiva
3. Limpeza suave - quando necessário
4. Vestir-se para proteção e promover a cura
5. Cultive e trate se infectado.

4.1.3 Avaliação da Ferida:

“A avaliação sistemática de uma ferida em qualquer grupo de pacientes é essencial, pois fornece dados de base para avaliar a cicatrização e a eficácia do regime de tratamento”. (Crest 1998)

Toda avaliação deve ser claramente documentada usando uma ferramenta de avaliação. Quanto mais detalhada a descrição e documentação clínica, mais fácil será para os profissionais de saúde avaliarem a cura de plantão para plantão. É geralmente aceito que a avaliação deve incluir;

Machine Translated by Google

1: Local da ferida	-Ajuda a diferenciar entre feridas e pode indicar patologia da ferida.
2: Tamanho da ferida	-Meça a largura, largura e profundidade máximas e registre em milímetros. -Se o ferimento tiver uma forma incomum, considere traçar seu contorno para os registros. - O 'estadiamento' oficial de uma ferida não é necessário para recém-nascidos, esta é uma prática mais relevante para o tratamento de úlceras por pressão em adultos.
3: Espessura	-A espessura parcial envolve danos nos tecidos da epiderme e da derme. -A espessura total envolve danos ao tecido subcutâneo, músculo e osso.
4: 'cor' do leito da ferida	- Geralmente identificada como uma das 5 cores que ajudam a indicar o estágio de cicatrização e a saúde da ferida. O tipo de tecido identificado indicará o objetivo do tratamento. • Rosa: novo crescimento da pele (a ferida está sendo coberta por células.) • Vermelho: granulando (a ferida está sendo preenchida com tecido conjuntivo vascular tecido.) • Amarelo: esfacelo (detritos de células mortas acumulados na superfície). • Verde/amarelo: infectado. (vários indicadores de que organismos na ferida provocaram 'uma reação' no hospedeiro, por exemplo, secreção purulenta/ abscesso, mau cheiro, vermelhidão localizada, inchaço, pirexia.) • Preto: necrótico (tecido morto, que é preto ou marrom). -Como o tecido é identificado como um 'tipo', identifique quanto de cada um está presente, ou seja, 60% granulação, 25% esfacelo 15% echar.
5: Exsudato	O tipo e a quantidade influenciarão a escolha do curativo. *Modelo.* • Seroso: líquido claro sem pus, sangue ou detritos visíveis • Sanguinário: sanguinolento, parecendo ser inteiramente de sangue. • Serossanguinolento: sangue misturado com líquido claro. • Purulento: aspecto purulento, turvo e viscoso. Quantidade. • Seco: sem exsudatos produzidos. • Baixa: leito da ferida úmido (exsudatos escassos ou pequenos) • Moderado: a pele ao redor está molhada e há exsudatos no leito da ferida. • Alta: a pele ao redor está saturada e a ferida é banhada em fluido.
6: Odor	-Subjetivo e difícil de quantificar. • Nenhum • Cheiro perceptível na remoção do curativo • O cheiro se espalha para longe do paciente
7: Pele circundante	-Avaliar a cor da pele, umidade (maceração), integridade, endurecimento, edema, dor, presença de erupção cutânea, alterações tróficas da pele e infecção.
8: Maturidade da pele/gestação atual do bebê	-Estabeleça a gestação atual do bebê e descreva a translucidez, friabilidade e integridade da pele do bebê em geral.
9: Dor da ferida	-O tempo todo, intermitente ou apenas na hora de vestir.

Machine Translated by Google

4.1.4 Limpeza de Feridas:

"O objetivo da limpeza de feridas é quebrar a ligação entre o tecido e a partícula de sujeira, detritos estranhos ou bactérias e auxiliar na remoção da necrose". (Taquino, 2000, pág. 109)

- Feridas saudáveis e livres de detritos não requerem limpeza ritualística.
- Se houver tecido morto ou detritos estranhos, a ferida deve ser limpa, pois estes podem suportar o crescimento de organismos patogênicos.
- O soro fisiológico 0,9% estéril é o limpador de feridas 'mais fisiológico' e pode ser usado para todos os tipos de feridas.
- A solução salina deve estar pelo menos à temperatura ambiente e idealmente aquecida à temperatura do corpo. Fluidos frios reduzir a temperatura do leito da ferida e fazer cessar a atividade polimórfica e macrofágica, até que a temperatura da ferida aumente novamente. (Irving et al, 2006)
- Quando a limpeza é indicada a ferida deve ser irrigada (por exemplo com uma seringa) e não esfregado, pois o esfregaço pode danificar o tecido frágil de epitelização/granulação.
- Para realizar a irrigação da ferida use uma seringa de tamanho grande (idealmente 50/ 60 ml de volume) e usando o seringa goteja solução salina na ferida, minimizando a pressão do fluido exercida sobre a ferida. Irrigação deliberada de 'pistão' pode ser realizada usando uma seringa de 20 ml e uma agulha romba ou ponta de cateter, mas isso deve ser sempre sob a orientação de um especialista em feridas.
- Soluções anti-sépticas não devem ser usadas para limpeza de feridas. É geralmente aceito que a aplicação de antissépticos tópicos diretamente no leito da ferida é contraproducente e provavelmente tóxica para os tecidos recém-formados, causando um atraso na cicatrização ativa.

Observação. Precauções de controle de infecção vigilantes devem ser aplicadas ao cuidar de recém-nascidos com feridas. Lavagem das mãos, aventais de plástico e luvas.

Machine Translated by Google

4.1.5 Objetivos do Tratamento de Feridas:

Tabela de objetivos de cicatrização de feridas.
(Os objetivos do tratamento de uma ferida são determinados pela classificação do leito da ferida)

ROSA: Crescimento de pele nova/ Epitelização	-Mantenha a ferida quente e úmida (já que a epitelização ocorre 2 a 3 vezes mais rápido em um ambiente quente e úmido). -Gerenciar exsudato **-Proteção contra traumas.** • Use um curativo que mantenha um ambiente úmido e quente (p. curativos aderentes/filmes permeáveis ao vapor/hidrogéis/hidrocolóides/alginatos/ espumas). • A escolha do curativo dependerá do nível de exsudato.
VERMELHO: Granulação.	-Manter a ferida quente e úmida -Gerenciar o exsudato **-Proteção contra traumas.** • use um curativo que mantenha um ambiente úmido e quente (por exemplo, hidrogéis / hidrofibra / hidrocolóides / alginatos / curativos de espuma). • A escolha do curativo dependerá do nível de profundidade da ferida e da quantidade de exsudado.
Amarelo: Slough.	-Gestão de exsudado e desbridamento. -Coberturas que promovem autólise (por exemplo, hidrogéis, hidrocolóides, -alginatos, larvas). • Desbridamento com bisturi ou larvas. (somente profissionais experientes e especialistas) • -A escolha do curativo dependerá da profundidade da ferida e da quantidade de exsudato.
Verde: Infetado.	-Promover a cicatrização de feridas -Para que o paciente esteja livre de dor e desconforto e infecção. • Swab para organismos e sensibilidades • 'Todas as feridas estão colonizadas, mas nem todas as feridas estão infectadas', portanto, não diagnostique uma infecção de ferida apenas no swab da ferida. Procure por sinais de infecção local e sistêmica, garantindo que o estágio inflamatório da cicatrização não seja confundido com um sinal de infecção. • **As feridas que mostram evidência de infecção clínica requerem tratamento sistêmico. antibióticos.**
Preto: Necrótico	-Desbridamento e gestão do exsudado. • O tecido necrótico prolonga a cicatrização e, na maioria dos casos, deve ser removido, mas sempre em ambiente controlado sob orientação de profissionais treinados e experientes – geralmente um cirurgião em pacientes neonatais. • Os métodos de desbridamento podem incluir curativos/enzimas/larvas/bisturi.

4.1.6 Gestão prática:

Consulte a seção 3.3 (página 12 a 14) - Curativo, grade de referência rápida
(Mostrando produtos, características e aplicações neonatais.)

• A cicatrização úmida de feridas é o princípio mais importante. Quando o leito da ferida é mantido úmido;

1. Fagócitos e células epiteliais podem migrar mais facilmente para o local e realizar sua funções.
2. Fatores de crescimento e quimioatraentes são mais capazes de interagir com suas células-alvo.
3. A dor é significativamente reduzida.

Machine Translated by Google

- Curativos secos podem causar traumas repetidos no leito da ferida e retardar a cicatrização.

- Freqüentemente expressa-se a preocupação de que o uso de curativos oclusivos promova o crescimento de bactérias sob o curativo. No entanto, a pesquisa mostrou que esses curativos realmente minimizam as taxas de infecção (Taquino, 2000)

4.1.7 Cuidado holístico ao paciente:

4.1.7.1 Dor

- Existem duas fontes de dor. Em primeiro lugar, a dor contínua resultante da presença da ferida e, em segundo lugar, a dor mais curta que pode ser causada durante e após a troca do curativo.
- Ambas as fontes de dor precisam ser consideradas, avaliadas e tratadas de acordo com a dor local diretrizes de gestão. (Consulte Thames Valley e Wessex Neonatal ODN, Guideline Framework for Pain Minimisation.)

4.1.7.2 Nutrição

- O atendimento individualizado incluirá a consideração das necessidades nutricionais relacionadas à cicatrização de feridas.

4.1.7.3 Suporte fisiológico

- A oxigenação adequada dos tecidos da ferida é necessária para que ocorra a cicatrização da ferida. Desta forma a estabilidade fisiológica do bebé terá um impacto na cicatrização de feridas e deve ser optimizada.

4.1.7.4 Paciente/pais

Uma ferida pode ter vários impactos e preocupações para um paciente e sua família, incluindo;

- Dor e angústia •

Comprometimento com o estado geral de saúde do paciente,

- Possibilidade de cicatrização a longo prazo,
- Aparência desagradável da ferida
- Angústia ou raiva pela causa da ferida, se iatrogênica.
- Imagem corporal alterada

Os profissionais de saúde devem procurar superá-los;

- Fornecer informações sobre a ferida e seus cuidados, com base na avaliação das necessidades de informação e nível de compreensão.
- Discussão honesta sobre a causa se iatrogênica.
- Envolver o paciente/pais conforme apropriado

4.2 Princípios de cuidados com feridas neonatais

4.2.1 Feridas neonatais:

1. As feridas neonatais tendem a ser restritas a apenas alguns tipos.
2. Os neonatos geralmente apresentam mecanismos de cicatrização intactos e rápidos.

Machine Translated by Google

Tabela de causas mais comuns de feridas neonatais

Feridas traumáticas	- estrias epidérmicas - rasgamento de adesivos/ fricção/ - incisões
Feridas cirúrgicas	- reparos primários - drenos colocados cirurgicamente - raramente uma ferida cirúrgica deiscente
Escoriação de contato	- exposição a produtos químicos - exposição prolongada à umidade (especialmente dobras da pele - dermatite de contato irritante (assaduras)
Lesão por extravasamento.	- TPN - soluções de dextrose de alta concentração - soluções iónicas, ácidas e alcalinas. - inotrópicos -
Lesão térmica	calor das sondas - lâmpada de laringoscópio iluminada tocando inadvertidamente a pele
Lesões por pressão	- os recém-nascidos apresentam um risco relativamente baixo de ruptura da pele do tipo úlcera por pressão, mesmo sobre proeminências ósseas, devido à sua grande área de superfície em relação ao peso. O risco é elevado, no entanto, quando são utilizados relaxantes musculares farmacológicos ou há edema significativo/perfusão tecidual deficiente. -sondas de saturação - septo nasal se estiver recebendo CPAP nasal ou terapia de alto fluxo nasal. -colocado na tubulação -joelhos, occipital e orelhas são particularmente vulneráveis.
Lesões Isquêmicas	-efeitos de linha arterial. - banda amniótica intra-uterina
Condições congênitas.	-epidermólise bolhosa (ver protocolo separado para cuidados) -gastrosquise - espinha bífida

4.2.2 Pele Neonatal:

A pele neonatal tem características únicas que a tornam especialmente vulnerável a danos e requerem adaptação de práticas 'normais' de tratamento de feridas em adultos;

- É frágil e imaturo, aumentando o risco de dano tecidual iatrogênico.
- A derme tem apenas 60% da espessura da pele do adulto, quando bebê a termo.
- As fibrilas que conectam a epiderme e a derme são reduzidas em número e mais amplamente espaçado, tornando-o vulnerável a forças de cisalhamento e mais facilmente removido, principalmente por produtos adesivos.

- Nenhuma gordura subcutânea é evidente até 29 semanas, e isso não é totalmente espessado até o termo.
- O risco de absorção percutânea é aumentado em recém-nascidos.
- Antes das 28 semanas a pele é fina e pouco queratinizada, pelo que a sua função de barreira é muito limitada e expõe o bebé a;

  o Alta perda de água transepidérmica
  o Risco de perda excessiva de calor

Machine Translated by Google

4.2.3 Fatores de Gestão:

- Suporte termorregulador adicional pode ser necessário para recém-nascidos com uma ferida significativa, para minimizar a perda de calor causada por evaporação e condução.
- A maioria dos produtos para tratamento de feridas são projetados e testados em adultos. Assim, a escolha de produtos para tratamento de feridas para neonatos deve considerar ingredientes ativos e inertes que possam causar efeitos sistêmicos na absorção ou irritação local na pele.
- 'A gestão da dor é dificultada pela falta de consciência entre os profissionais de saúde que os recém-nascidos sentem dor, em parte devido ao fato de poderem não apresentar respostas comportamentais vigorosas à dor. Também pode haver ansiedade sobre os possíveis efeitos adversos da analgesia' (relatório IAG, 2005)
- A avaliação da dor deve ser realizada de acordo com a política local de tratamento da dor. As descobertas do avaliação também deve ser posta em prática. Consulte o protocolo de gestão da dor da unidade para obter mais conselhos e orientações.
- Os curativos do tipo alginato NÃO devem ser usados em recém-nascidos, pois o cálcio e o sódio contidos neles podem ser absorvidos sistemicamente
- Os curativos de colágeno são feitos de tecido conjuntivo bovino e NÃO devem ser usados em neonatos devido ao seu sistema imunológico imaturo.
- O uso de curativos impregnados com sulfadiazina de prata é contraindicado em neonatos.
- Considerar o cateterismo urinário se uma ferida for repetidamente contaminada. Especialmente nos recém-nascidos menores, quando seu tamanho pequeno pode significar que uma ferida está próxima à região da virilha, perianal ou períneo.

4.2.4 Procedimentos de curativo:

- Tenha duas pessoas para ajudar (a segunda pessoa pode ser um colega ou o pai do bebê). Um para fazer a troca do curativo e outro para conter/sucção não nutritiva.
- Evite iluminação forte e muito manuseio para reduzir o estresse do bebê.
- Avaliar o potencial de dor antes do procedimento e se administrar alívio farmacológico da dor ou sacarose, dê tempo para que ela entre em vigor.
- Mantenha as trocas de curativos no mínimo necessário.
- Prepare o curativo e o equipamento antes de perturbar ou expor o bebê, tanto para minimizar o desconforto quanto para auxiliar na termorregulação.
- Considere o uso de gaze elástica tubular para manter os curativos não adesivos no lugar.
- Tirar foto na troca do curativo, para evitar trocas extras para quem não estiver presente ver o ferimento.
- Permitir que os pais sejam envolvidos no curativo se desejarem ser

4.25 Buscando mais conselhos e cuidados.

- Quando uma ferida é grave, não respondendo ao tratamento ou surgem complexidades, seria normal procurar ajuda e aconselhamento de outros profissionais de saúde. Estes incluem;
  - o Especialista/equipe de Viabilidade de Tecidos
  - o Cirurgiões plásticos
  - o Unidade Neonatal Terciária – se o bebê estiver em uma LNU
  - o Cirurgiões pediátricos

Machine Translated by Google

4.3 Grade de curativo de feridas

Classificação de cores	Objetivo do cuidado	Curativo recomendado	Natureza do vestir	Comentários
Rosa: **Ferida epitelizante**	-Mantenha a ferida quente e úmida. -Gerenciar exsudato. -Proteja a ferida.	**Folhas hidrocolóides.** **Se a pele circundante estiver intacta**	-autoadesivo -absorve líquido -impermeável a bactérias (duoderma/ comfeel/ granuloflex)	-deixar no local por até 7 dias se o nível de exsudato permitir - não deve ser usado em feridas infectadas com organismos anaeróbios - As folhas de hidrocolóide devem ser removidas com cuidado.
		Curativo de silicone macio. **Se a pele ao redor estiver quebrada**	-camada de contato com a ferida de silicone macio -não adesivo -não absorvente (mepitel ou mepitel 1)	-requer camada de gaze como curativo secundário para absorver o exsudato -trocar curativo quando saturado - camada de silicone a ser alterada se os poros estiverem bloqueados, afetando a passagem do exsudato - geralmente 3-4 dias
Vermelho: **Ferida de granulação**	-Mantenha a ferida quente e úmida. -Gerenciar exsudato. -Promover a granulação. -Proteja a ferida.	**Hidrogel amorfo** **se baixo exsudato**	-incolor -inodoro -facilita o desbridamento autolítico -reidrata o esfacelo -absorve o exsudato (purilon/ intrasitegel/ active heal gel, considere medi honey gel)	aplique gel suficiente para cobrir a área da ferida -trocar o gel a cada 1-3 dias -gel pode ser removido com solução salina estéril
			- folha transparente fina com um lado adesivo. (opsite/ bioclusiva/ tegaderme)	- usar a técnica recomendada para remoção para evitar traumas na pele
			Considerar o método da luva/bota para conter hidrogel quando o curativo adesivo semipermeável não for prático ou inadequado. -camada de contato com a ferida de silicone	-risco de maceração da pele circundante saudável
		Curativo de silicone macio se houver exsudato moderado a alto.	macio -não adesivo -não absorvente (mepitel)	-requer camada de gaze como curativo secundário para cobrir e proteger a camada de silicone e absorver o exsudato. -trocar a gaze quando estiver solta ou suja. -camada de silicone a ser trocada a cada 4 dias, mais cedo se necessário.

Machine Translated by Google

Classificação de cores	Objetivo do cuidado	Curativo recomendado	Natureza do vestir	Comentários
Amarelo: Ferida esfacelada	-desbridamento -manejo de exsudato	**Folhas de hidrocolóide ou pasta hidrocolóide para peles frágeis.** **Para feridas planas ou rasas**	-autoadesivo -absorve líquido -impermeável a bactérias -facilita o desbridamento autolítico (duoderma/ comfeel/ granuloflex)	-deixar no local por até 7 dias se o nível de exsudato permitir - não deve ser usado em feridas infectadas com organismos anaeróbios -se a pasta for usada, será necessário um curativo não adesivo secundário (por exemplo, Atrauman)
		Hidrogel amorfo com curativo adesivo semipermeável. Para feridas mais profundas.	-incolor -inodoro -facilita o desbridamento autolítico -reidrata o esfacelo -absorve o exsudato (purilon/ intrasitegel/ granugel) - folha	-aplicar gel suficiente para cobrir a área da ferida e preencher a depressão, se houver -trocar o gel a cada 1-3 dias -gel pode ser removido com solução salina estéril
			fina transparente com um lado adesivo -(opsite/ bioclusiva/ tegaderme)	- usar a técnica recomendada para remoção para evitar traumas na pele
Verde: Feridas infectadas	-prevenir novas infecções -promover a cicatrização de feridas	**Curativo fibroso hidrocolóide com cobertura de espuma de poliuretano ou produtos de cobertura contendo mel.**	-folha não tecida estéril macia composta por fibras hidrocolóides -absorve o líquido em contato e retém -mantém o ambiente úmido - auxilia no desbridamento autolítico (aquacel, gaze impregnada de mel, tule activon, gel de feridas medi honey para cáries)	-a ser trocado diariamente como ferida infectada
			-camadas de contato hidrofílicas -camada externa hidrofóbica (lyofoam/ tielle/ allevyn/ mepilex,)	-certifique-se de que a superfície à prova d'água esteja posicionada para o lado de fora -segure usando tubigrip sempre que possível -ou com camada de gaze e adesivo mínimo

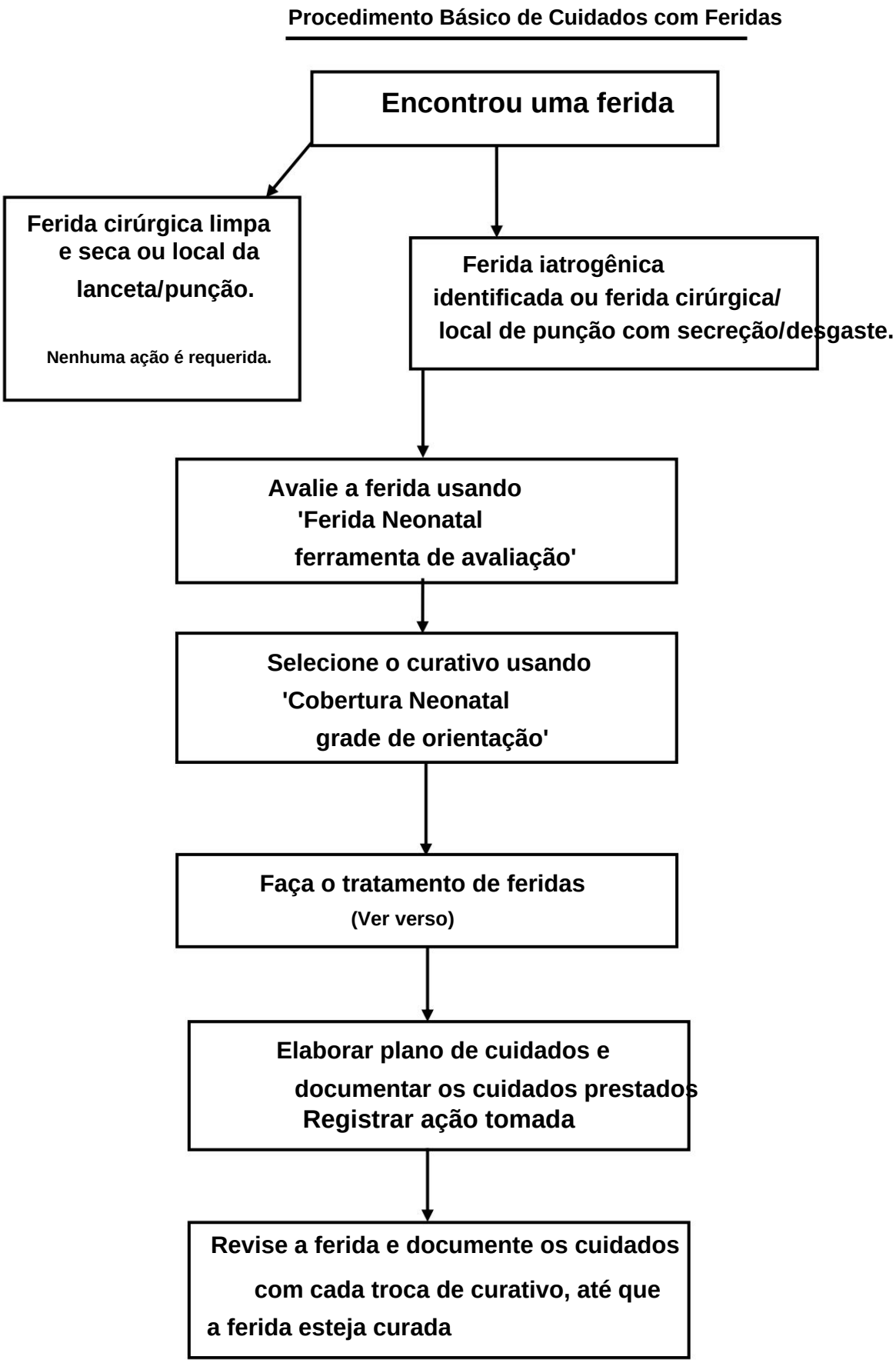
Machine Translated by Google

Classificação de cores	Objetivo do cuidado	Curativo recomendado	Natureza do vestir	Comentários
Preto: Feridas necróticas	-desbridamento -manejo de exsudato	**Folhas hidrocolóides.** Para feridas planas ou rasas	-autoadesivo -absorve líquido -impermeável a bactérias -facilita o desbridamento autolítico (duoderma/ comfeel/ granuloflex)	-deixar no local por até 7 dias se o nível de exsudato permitir - não deve ser usado em feridas infectadas com organismos anaeróbios
		Hidrogel amorfo com curativo adesivo semipermeável. Para feridas mais profundas.	-incolor -inodoro -facilita o desbridamento autolítico -reidrata o esfacelo -absorve o exsudato -mantém a umidade do leito da ferida (purilon/intrasitegel/granugel)	-aplicar gel suficiente para cobrir a área da ferida e preencher a depressão, se houver -trocar o gel a cada 1-3 dias -gel pode ser removido com solução salina estéril
			- folha transparente fina com um lado adesivo -(opsite/ bioclusiva/ tegaderme)	- usar a técnica recomendada para remoção para evitar traumas na pele

Para qualquer ferida que não seja feridas de epitelização 'rosa', encaminhe a ferida e seus cuidados para aconselhamento especializado.

Machine Translated by Google

4.4 Procedimento Básico de Cuidados com Feridas - algoritmo



Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

4.5 Plano de ação de avaliação de feridas

Avaliação de feridas e plano de ação

Adesivo do paciente

Achados iniciais da avaliação da ferida:

Data: ……

Gestação ao nascimento: ……

Gestação atual: ……

Cor do leito da ferida-

Localização da ferida: ……

-Rosa (novo crescimento da pele)

Descrição da ferida: ……

-Vermelho (granulado) ((

……

-Amarelo (esbranquiçado) (

Aparência peri-ferida: ……

-Verde/amarelo (infectado) (

Tamanho da ferida em mm: ……

-Preto (necrótico) ( )))))

Tipo de exsudato (se houver): ……

Causa da ferida (se conhecida): ……

Fotografia tirada (É)

necessário encaminhamento para especialista? SIM/NÃO Encaminhamento feito ( ) encontro: ……

(ou seja, viabilidade do tecido, cirurgiões plásticos, NNU terciário, cirurgiões pediátricos)

Plano de cuidados:

Objetivo do tratamento de feridas: …… Frequência prevista de troca de curativo:

Curativo primário: ……

……

Curativo secundário: ……

Revisão de feridas em andamento	Documentação de cuidados.
Data …….. Revisado por……	Esfregado……
Avaliação da dor ……	Limpo com ……
Alívio da dor dado ……	Vestida com ……
	……
Aparência……	Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos.
Tamanho……	Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor)
Cor……	……
Exsudato……	……
Comente……	Próximo curativo devido……
……	

Machine Translated by Google

Data …… Revisado por…… Avaliação da dor …… Alívio da dor dado …….. Aparência…….. Tamanho…… Cor…… Exsudato…… Comente…… ……..	Esfregado……..…… Limpo com …….. Vestida com …….. …….. Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos. Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor) …… …… Próximo curativo devido……
Revisão em andamento	**Ação tomada e plano**
Data …….. Revisado por…… Avaliação da dor …… Alívio da dor dado …….. Aparência…….. Tamanho…… Cor…… Exsudato…… Comente…… ……..	Esfregado……..…… Limpo com …….. Vestida com …….. …….. Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos. Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor) …… …… Próximo curativo devido……
Data …… Revisado por…… Avaliação da dor …… Alívio da dor dado …….. Aparência…….. Tamanho…… Cor…… Exsudato…… Comente…… ……..	Esfregado……..…… Limpo com …….. Vestida com …….. …….. Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos. Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor) …… …… Próximo curativo devido……
Data …… Revisados pela…….. Avaliação da dor …… Alívio da dor dado …….. Aparência…….. Tamanho…… Cor…… Exsudato…… Comente…… ……..	Esfregado……..…… Limpo com …….. Vestida com …….. …….. Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos. Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor) …… …… Próximo curativo devido……

Machine Translated by Google

Data …… Revisados pela…….. Avaliação da dor …… Alívio da dor dado …….. Aparência…….. Tamanho…… Cor…… Exsudato…… Comente…… ……..	Esfregado……..…… Limpo com …….. Vestida com …….. …….. Fotografia tirada ( ) colocada em prontuários médicos. Tolerância (fisiológica/ termorreguladora/ dor) …… …… Próximo curativo devido……

4.6 Diretrizes de Cuidados com Estoma Neonatal

3.6.1 Cuidados Pós-Operatórios:

• Observar o estoma de perto no pós-operatório imediato;
-Cor do estoma (deve ser vermelho escuro/rosa)
-Posição do estoma (deve ser ligeiramente elevado
-Aparência da ferida
• Cobrir o estoma com gaze impregnada de petróleo (ou seja, gelatina) e, em seguida, uma camada de gaze seca. • Quando o estoma se torna ativo, uma bolsa de estoma deve ser colocada. • Todas as ações do estoma devem ser documentadas na tabela de fluidos/alimentação – incluindo uma descrição da cor, consistência e indicação da quantidade.

• Se as perdas do estoma forem líquidas, o volume em mililitros deve ser medido e registrado. • O bebê pode ser banhado se estiver estável, 5 dias após a formação do estoma. A bolsa pode ser retirada ou ficar in situ para banho.

4.6.2 Indicadores de preocupação/consulta médica: • Se o estoma sangrar excessivamente (algum sangramento é normal na limpeza) • Se o estoma prolapsar • Se o estoma se retrair para o abdome • Se o estoma ficar escuro ou azulado • Se as perdas do estoma se tornarem cada vez mais aquosas

4.6.3 Cuidados de rotina com o estoma:

4.6.3.1 Para esvaziar a bolsa de estoma de fezes/flatos

1. Descontamine as mãos 2.
Coloque luvas não estéreis 3.
Identifique o receptor para fezes. Esta seria geralmente a fralda molhada, mas se o equilíbrio de fluidos preciso ser gravado, um pequeno pote lavável pode ser usado.
4. Desaperte a braçadeira/vedação na extremidade aberta do saco

Machine Translated by Google

5. Drene o conteúdo em uma fralda ou pote (se o conteúdo não puder ser drenado para baixo, pode ser necessário aspirar as fezes usando uma seringa com uma ponta romba anexada)
6. Limpe a extremidade aberta do saco com tecido ou bola de algodão limpa
7. Feche o grampo/vedação na extremidade aberta da bolsa de estoma.
8. Se a bolsa de estoma estiver dentro da fralda do bebê, certifique-se de que esteja posicionada confortavelmente para o bebê e tenha espaço para expandir à medida que as fezes/ flatos entram
9. Observe/meça o conteúdo e descarte de acordo com a política de confiança.
10. Descontaminar as mãos.
11. Documente as perdas de estoma

4.6.3.2. Para trocar a bolsa de estoma

1. Preparar equipamentos;
   - Tigela de água morna
   -Gaze ou lenços umedecidos sem fiapos
   -Nova bolsa de estoma com extremidade aberta selada
   -Tesoura pontiaguda para cortar o orifício para o estoma
   -Modelo da bolsa de estoma anterior (se aplicável)
   -Cotonete de filme de barreira líquida (sem álcool)
   - Lenço de remoção de adesivo (sem álcool)

2. Prepare o bebê;
   -Considere sacarose oral para controle da dor/desconforto
   -Ter chupeta disponível para sucção não nutritiva
   -Um assistente pode ser necessário para segurar o bebê e oferecer conforto
3. Descontaminar as mãos
4. Use um par de luvas não estéreis
5. Use água morna em uma gaze ou limpe para soltar o adesivo de barreira
6. Usando uma mão, retire a bolsa de estoma existente de cima para baixo, enquanto apoia a pele com o outro. Se a remoção for difícil, tente usar um lenço de remoção adesiva para ajudar no processo (estes devem ser usados com cautela em bebês com menos de 32 semanas de gestação).
7. Lave a área da pele periestomal com água e gaze/limpe
8. Seque bem a pele com tapinhas, não esfregue. Não use algodão.
9. Observe a pele quanto a sinais de escoriação/erupções/descamação epidérmica.
10. Aplique o filme de barreira líquida na pele ao redor do estoma e deixe secar
11. Corte o orifício de tamanho correto no flange da bolsa do estoma - considere a proximidade do umbigo, feridas, outros estomas ao localizar o orifício. O modelo da bolsa de estoma anterior pode orientar o tamanho do orifício e a localização.
12. Retire a proteção protetora do flange da bolsa de estoma e aplique a nova bolsa na pele para que a proteção fique nivelada com a superfície. Tente evitar tocar na superfície adesiva exposta, pois isso reduz sua qualidade adesiva.

13. Coloque a palma da mão sobre a bolsa e o flange no lugar no abdômen do bebê e mantenha a mão in situ por 1-2 minutos. Isso permite que o suporte hidrocolóide aqueça, suavize, molde e adira totalmente à pele.

14. Observe/meça o conteúdo e descarte a bolsa de estoma de acordo com a política de confiança.
15. Descontaminar as mãos.
16. Documente as perdas do estoma e complete o registro de cuidados e avaliação do estoma.

A bolsa de estoma deve ser trocada a cada três dias, se não for deslocada mais cedo, pois o estoma precisa ser visualizado e limpo pelo menos 72 horas por hora.

No entanto, dependendo da condição do bebê e do estoma, o volume de saída e outros obstáculos à adesão da bolsa, o tempo de uso aceitável pode ser de 12 a 48 horas

4.6.4 Sugestões e dicas ao cuidar de estomas neonatais:

Machine Translated by Google

4.6.4.1 Seleção e uso da bolsa de estoma

- Para um bebê pequeno, escolha uma bolsa com uma aba pequena, há mais chance de a aba ficar plana no abdômen e, portanto, será menos provável que se desaloje.
- Para um bebê maior, escolha uma bolsa com uma flange maior - isso aumentará a área de superfície do adesivo e melhorará as chances de a bolsa permanecer no lugar.
- Se o bebê tiver estoma e fístula mucosa, sempre que possível, selecione um produto que permita tanto estoma e fístula mucosa a serem incorporados na área do flange.
- Se um grande volume de fezes ou flatos estiver sendo produzido pelo estoma, use uma bolsa com maior capacidade. O saco encher-se-á com menos frequência e reduzirá a incidência de fugas/explosão.
- Se um saco for usado sem nenhum furo pré-cortado no flange, é possível que o usuário escolha a melhor localização para o buraco. Isso permite a oportunidade de cortar dois orifícios para estoma e fístula mucosa para que ambos sejam englobados em uma bolsa. Alternativamente, o orifício pode ser colocado em direção a um lado do flange, permitindo que a bolsa seja posicionada mais longe de 'obstruções', como a ferida abdominal, umbigo ou dobras na virilha.

- Para alguns bebês, a melhor opção (a curto prazo) pode ser não usar uma bolsa de estoma, se isso permitir recuperação de pele danificada ou infectada, ou a cicatrização de feridas.
- O objetivo do cuidado do estoma para cada neonato é desenvolver um sistema de bolsa que use o mínimo de produtos quanto possível, quanto mais fácil for o sistema, maior a probabilidade de ser seguido por vários prestadores de cuidados.

4.6.4.2 Colocar e manter o saco preso

- Se um lenço removedor de adesivo tiver sido usado para remover o saco anterior, ele pode deixar resíduos químicos na pele. Limpe a pele com água após o uso de tais lenços e evite seu uso sempre que possível.

- Evite limpar o estoma com algodão, fios se depositarão no estoma, o que pode interferir na aderência do saco.
- Se o filme de barreira líquido for usado na pele ao redor, deixe-o secar completamente para que o produto químico componente evapora antes de colocar a bolsa de estoma.
- Se a superfície da pele for muito irregular, a pele pode ser nivelada para fornecer uma superfície plana para adesão. este pode ser feito de duas maneiras;
  - o Usar uma barreira moldável/tira de calafetagem (procure aconselhamento do enfermeiro estoma.)
  - o A pasta de barreira da pele pode ser usada para proteger a pele e nivelar a superfície da pele ao mesmo tempo - no entanto, devido ao seu teor alcoólico, a pasta não deve ser a primeira escolha. • Se for usar pasta, aplique com moderação, concentrando-se nas áreas escoriadas e use um cotonete para colocar uma camada fina na borda do orifício da bolsa de estoma. Além disso, antes de aplicar a bolsa de estoma sobre a pasta, permita que a pasta 'saia' por 1 minuto - maximizando a evaporação do álcool da pasta. • A pele ao redor do estoma precisa estar bem seca antes de aplicar uma nova bolsa de estoma. Isso pode ser alcançado de várias maneiras;

  - o Tome cuidado extra com a pele seca usando gaze/toalhetes sem fiapos
  - o Um pó de barreira de pele pode ser aplicado - aplique com cuidado para evitar a inalação do pó bebê.
  - o Use o suprimento de ar/oxigênio do hospital para soprar suavemente na pele periestomal, permitindo que ela seque completamente. A tubulação usada para soprar ar/oxigênio na área do estoma deve ser mantida separadamente para essa finalidade, e não usada para fornecer ar/oxigênio facial.

4.6.4.3 Prevenção e tratamento da pele escoriada

- Os bebês engolem muito ar ao sugar e chorar, comprometendo a vedação da bolsa do estoma. Solte o gás regularmente e tente esvaziar o saco quando 1/3 estiver cheio de fezes ou gás. Se o gás for um problema específico, tente mudar o tipo de bolsa para uma com filtro de carvão incorporado.

Machine Translated by Google

- A película de barreira líquida, se utilizada para proteger a pele periestomal, deve ser isenta de álcool. Atualmente o único álcool produto gratuito no mercado é 'Cavilon'.
- Se estiver usando filme de barreira líquida, não coloque a bolsa de estoma sobre o filme molhado, pois ele atuará como cola. Em vez de de proteção da pele, quando pode ocorrer a descamação da bolsa na epiderme removida.
- Após a formação inicial, o tamanho do estoma diminuirá por até seis semanas, portanto, será necessário medir novamente o tamanho do estoma à medida que cada nova bolsa de estoma é aplicada.
- Os cuidadores devem procurar deixar um espaço de 2 mm entre a borda do estoma e o flange. Isso vai minimizar a exposição da pele ao conteúdo do saco. Se a flange for encaixada mais perto do estoma, o muco do estoma fará com que a bolsa se levante da pele.
- Incline a bolsa para estimular a drenagem do conteúdo do estoma.
- Cristais de gel especiais ou algodão podem ser colocados na bolsa, para absorver a perda do estoma e estimular a remoção da perda da pele vulnerável (procure aconselhamento do estomaterapeuta).
- É um erro comum, com bolsas de estoma de duas peças, os cuidadores omitirem o flange e aplicarem a bolsa diretamente na pele. Isso irá expor uma área significativa da pele periestomal à perda do estoma líquido e causará rapidamente escoriação da pele.

- A perda de epiderme pode resultar em 'choro' de exsudato seroso, se este fluido se acumular sob a bolsa pode reduzir sua adesão. Tente identificar e tratar a causa subjacente; Duas causas nem sempre consideradas

    - o Reação alérgica - altere o(s) produto(s) do estoma
    - o Infecção fúngica da pele - trate polvilhando a pele úmida com pó antifúngico, escove o excesso antes de aplicar o saco de estoma.

4.6.4. Considerações dos pais

- Informar os pais e envolvê-los nos cuidados com o estoma do bebê, de acordo com suas necessidades e desejos.
- Oferecer informações verbais e escritas aos pais
- Oferecer aos pais a oportunidade de se encontrarem com uma enfermeira estomaterapeuta para apoio e informação.
- Se o bebê tiver alta para casa com um estoma presente, será necessário um planejamento cuidadoso da alta. Isso deve ser coordenado pela enfermeira estomaterapeuta e incluirá;
    - o Ensino dos pais sobre cuidados com o estoma.
    - o Avaliação da competência dos pais para cuidar do estoma.
    - o Fornecimento de aparelhos de estoma para alta
    - o Organizar o fornecimento de aparelhos de estoma por GP na comunidade.
    - o Organizar apoio comunitário para os pais

Referências.

Bennett.Y (2006) Diretrizes de alta para uma criança com estomia. Greater Glasgow e Clyde, serviço para mulheres e crianças, site de Yorkhill. pp1-14.

Harrell-Bean.H e Klell.C (2006) Neonatal Ostomies, JOGNN, Vol 12, No s3, pp69-73s.

Rogers.V. (2003) Gerenciando Estomas prematuros: Mais do que apenas a bolsa. Revista de Enfermagem de Feridas, Ostomia e Continência. Vol. 30, Nº 2, pp. 100-110.

Southampton (2002) 'Cuidados com um estoma'. Unidade Neonatal do Hospital Geral de Southampton. Hospitais da Universidade de Southampton NHS Trust.

Machine Translated by Google

Ferramenta de avaliação do estoma neonatal

Adesivo do paciente

Data de avaliação inicial…… Concluído até……

Tipo de estoma		**Encaminhamento da enfermeira do estoma feito em e por;**	
Razão para a formação do estoma		**Nome dos enfermeiros de estoma**	
Data de formação do estoma		**Detalhes de contato da enfermeira de estoma**	
Estoma de período de tempo esperado necessário		**Os pais exigirão ensino sobre cuidados com o estoma antes da alta?**	
Instruções específicas dos cirurgiões ou da enfermaria anterior;			

Machine Translated by Google

Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....
Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....
Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....	Data..... Hora..... **Produtos de estoma usados** ....,..... .... **Condição da pele periestomal** .... **Condição do estoma** .... **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal.....

Machine Translated by Google

Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……	Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……	Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……
Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……	Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……	Data…….. Hora……. **Produtos de estoma usados** …… ……..,…… …… …… **Condição da pele periestomal** …… …… …… **Condição do estoma** …… …… …… **São necessários mais suprimentos de estoma?** Sim não Sinal……

5.0 Apêndice

4.1 Lista de curativos disponíveis no hospital local.

(Documento local fornecido pela unidade local.)

4.2 Protocolo de Técnica Asséptica Sem Toque.

(Documento local fornecido pela unidade local.)

4.3 Protocolo de Extravasamento Neonatal.

Machine Translated by Google

(Documento local fornecido pela unidade local)

Controle de versão:

Versão	Data	Detalhes	Autor(es)	Comentários
1	Junho de 2012	Novo	KR/Equipe	Aprovado o Conselho da Rede Neonatal.
2	Dezembro de 2015	Revisado com acordado emendas	KR/Equipe TV&W	Grupo de Governança ODN Neonatal aprovado em 10.01.16
3	fevereiro de 2019	Revisado e atualizado.	KR/Equipe TV&W	Grupo de Governança ODN Neonatal aprovado 5.6.19
Data de revisão: junho de 2022				