

Orientações pós-operatórias na cirurgia dermatológica: revisão da literatura em perguntas e respostas

Postoperative guidelines in dermatologic surgery: a literature review in questions and answers

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20191141422>

RESUMO

Após o término de uma cirurgia dermatológica, o dermatologista continua responsável pelo paciente, com o qual deve dividir as responsabilidades deste período. As orientações sobre cuidados pós-operatórios necessários com as feridas cirúrgicas são de extrema importância e precisam ser repassadas claramente para entendimento do paciente, e reforçadas de forma escrita. A boa comunicação com o paciente evita complicações para os cirurgiões. Esse artigo surgiu diante da inquietude dos autores em padronizar as orientações de pós-operatório na cirurgia dermatológica. É uma revisão com os principais questionamentos dos autores, organizada na forma de perguntas e respostas, a fim de auxiliar os dermatologistas ao realizarem procedimentos cirúrgicos.

Palavras-Chave: Cuidados pós-operatórios; Bandagens; Complicações pós-operatórias

ABSTRACT

The responsibility of the dermatologist continues after the end of a dermatologic surgery and must be shared with the patient. That is why the guidelines on postoperative care necessary with wounds are critical and need to be passed on clearly, at the patient's understanding level, and reinforced in writing. Good communication with patients helps the surgeon to avoid complications. The authors' concern to standardize the postoperative guidelines in dermatologic surgery originated the development of this article. A literature review, with the authors' main inquiries, was organized in questions and answers form, to assist dermatologists when performing surgical procedures.

Keywords: Postoperative care; Bandages; Postoperative complications

Artigos de Revisão

Autores:

Bruna Paninson¹

Caroline Brandão²

Marcia Ramos-E-Silva²

¹ Serviço de Dermatologia e Pós-graduação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Marcia Ramos-E-Silva

Rua Dona Mariana, 143 / C-32

22280-020 Rio de Janeiro (RJ), Brasil

E-mail: ramos.e.silva@dermato.med.br

Data de recebimento: 11/07/2019

Data de aprovação: 16/10/2019

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia e curso de pós-graduação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro HUCFF/UFRJ e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de interesse: Nenhum.



INTRODUÇÃO

A cirurgia dermatológica é um procedimento comum no dia a dia do dermatologista. É considerada segura e com baixo risco de complicação, no entanto mesmo cirurgias dermatológicas experientes estão sujeitos a alguma complicação durante a sua prática profissional. Assim sendo, é preferível preveni-la a tratá-la. É necessário bom planejamento, técnica meticulosa e boa comunicação com o paciente.

O ideal é fornecer aos pacientes as orientações pós-operatórias por escrito e também usar o telefone para comunicação em casos de emergência. Ligações no pós-operatório para avaliar o estado do paciente são um meio fácil de detectar precocemente complicações, aumentando a satisfação do paciente. Diante desses desafios, foi criado um conjunto de indagações, cujas respostas podem auxiliar a padronizar a conversa com o paciente no pós-operatório. A maioria das orientações encontradas na literatura são baseadas nos estudos de outras especialidades médicas, como cirurgia torácica e cardíaca, bem como estudo de enfermagem. Assim, é também necessário compilar as informações de acordo com o ambiente da cirurgia dermatológica.

MÉTODOS

Este artigo é uma revisão narrativa de literatura, que visa padronizar as orientações necessárias para o paciente após sua cirurgia dermatológica. As recomendações estão organizadas em forma de perguntas e respostas. Os autores formularam 10 perguntas pertinentes sobre as principais orientações que os pacientes devem receber após o término de uma cirurgia dermatológica, e as respostas foram elaboradas por meio de uma análise da literatura, publicações em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Como realizar o primeiro curativo após a cirurgia dermatológica?

Após o término da cirurgia e assim que a ferida for adequadamente coberta, o paciente ou o seu cuidador será responsável pelos cuidados da ferida em casa. Com isso, ele(a) deve receber informações detalhadas, de preferência de forma escrita, sobre como cuidar de sua ferida operatória.

O primeiro curativo compressivo simples que deve permanecer intacto por 24 a 48 horas é realizado pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro) com uma camada fina de pomada (vaselina sólida, petrolatum) e uma gaze não aderente, cortada de forma a cobrir as dimensões da linha de sutura. Deve-se colocar uma camada absorvente de gaze fixada por uma camada externa de fita cirúrgica.¹ A pomada oclusiva deve ser reaplicada e, dependendo do local e do nível de atividade do paciente, orienta-se colocar um curativo leve ou atadura, se necessário.¹

2. Quando realizar a troca do curativo após procedimento cirúrgico dermatológico?

No final do procedimento cirúrgico, coloca-se uma cobertura sobre a ferida, com o objetivo de prevenir a entrada de bactérias no local da sutura, além de dar a sustentação física à ferida e absorver exsudatos. Essa cobertura é, em geral, removida

no dia seguinte,² e realizada uma nova cobertura. Por ter a finalidade de absorver exsudatos, dentre outras ações, o curativo deve ser mantido enquanto permanecer sangramento e/ou drenagem de secreção.^{2,3}

O tempo exato que o curativo cirúrgico deve permanecer na ferida ainda é controverso na literatura e na prática clínica. O curativo serve como barreira para micro-organismos exógenos, desde que sua superfície externa permaneça seca. Ao se tornar úmido, perde sua capacidade de proteção.^{2,3}

Durante as primeiras 24 horas, os neutrófilos aparecem nas bordas da ferida cirúrgica, dirigindo-se ao coágulo de fibrina formado. As bordas tornam-se mais espessas e, em 24 a 48 horas, as células epiteliais das bordas migram e crescem ao longo da derme e abaixo da crosta superficial, fundindo-se na linha média. Com isso, temos provas fisiológicas de que a ferida está selada do meio externo. Há muito tempo, tem sido questionada a necessidade de permanência do curativo além de 12 a 24 horas. Hoje se sabe que não há aumento do risco de infecção do sítio cirúrgico neste período, mesmo se a ferida operatória ficar exposta.²

A remoção precoce do curativo permite o exame fácil da ferida e detecção precoce de complicações, além de reduzir os gastos com as trocas de curativos, permitindo também que os pacientes realizem suas práticas diárias de higiene. Essas orientações são válidas para feridas operatórias consideradas limpas e com fechamento por primeira intenção.^{2,3}

Deve-se considerar também a vontade do paciente, pois muitos deles se sentem mais seguros quando suas feridas operatórias permanecem ocluídas. Com isso é recomendado colocar uma gaze sobre a linha de sutura e esparadrapo nas bordas, deixando o centro sem oclusão. Para muitos pacientes, essa conduta melhora sua autoestima.²

Caso seja da vontade do paciente manter o curativo, as trocas devem ser realizadas diariamente. No caso de a ferida operatória permanecer sem exsudação, não há necessidade de manter o curativo, mas apenas realizar a limpeza com água corrente e espuma de sabão neutro durante o banho.⁴

Diante de um sítio cirúrgico com saída de secreção serosa e/ou sanguinolenta é indicada a lavagem com soro fisiológico, quantas vezes forem necessárias até a interrupção da drenagem, e permanência de curativo oclusivo. Recomenda-se curativo com gaze estéril e o mínimo de fita adesiva para evitar que a secreção suje roupas de cama e do paciente.² Manter minimamente úmido, com petrolatum ou vaselina, para melhor cicatrização. Este conselho é também válido para os pacientes que desejam manter suas feridas operatórias sem oclusão com curativos.^{1,3}

Caso o paciente permaneça com o curativo, deve ser repetido duas a três vezes ao dia, na dependência da quantidade de transudado da ferida, até que os pontos de sutura sejam removidos. Banhar a área do curativo pode ser útil para removê-lo nos casos de aderência ou grande edema no local. O novo curativo deve ser não aderente, absorvente, protetor e seguro.⁵

3. Como realizar a limpeza da ferida operatória?

Os pacientes devem ser orientados a retirar o curativo em 24 a 48 horas e limpar a ferida com água e sabão neutro

ou com soro fisiológico. Não há necessidade de uso de outras substâncias.¹

Detergentes, peróxido de hidrogênio e soluções concentradas de iodo-povidona devem ser evitados por dano nos tecidos e toxicidade direta.⁶ O peróxido de hidrogênio pode ser usado, mas com moderação e com o objetivo de remover sangue seco ou crostas, pois seu uso excessivo pode prejudicar a cicatrização da ferida, por irritação aos tecidos.⁵

Clorexidina e álcool 70% são indicados para a limpeza de pele íntegra, mas podem causar hipersensibilidade, citotoxicidade de fibroblastos e neutrófilos com diminuição da quimiotaxia, aumento da inflamação, dano às células endoteliais, retardo na contração da ferida e cicatrização demorada se usados na ferida operatória (aberta).^{5,6} O álcool 70% pode causar ressecamento da pele, mesmo na pele íntegra, se usado repetidamente.⁷

4. Quais mudanças nas atividades diárias devem ser orientadas?

Os pacientes devem ser orientados sobre como modificar suas rotinas, começando pelo banho, em geral 24 horas após a cirurgia, evitando molhar o curativo. Com isso, qualquer atividade em que a ferida possa ser submergida (banho, natação) deverá ser evitada, pois a imersão pode aumentar o risco de infecção e de deiscência de feridas.⁵ Existem alguns curativos oclusivos impermeáveis mais recentes que permitem que o paciente tome banho nas primeiras 24 horas, tais como hidrogel e películas transparentes de poliuretano.⁵

Atividade física deve ser evitada por, pelo menos, 24 a 48 horas após a cirurgia, pois o estresse sobre a ferida pode causar deiscência. Cada caso deve ser avaliado, de acordo com a idade e o nível de atividade física de cada paciente bem como as características da ferida operatória, como extensão, localização e profundidade, para maiores restrições.⁵

Todos devem ser orientados e incentivados a suspender o hábito de fumar, mas, caso isso seja impossível, deve-se minimizar para menos de 1 maço/dia durante uma semana antes e por até quatro semanas após a cirurgia. O tabaco é um inibidor crucial da cicatrização de feridas e uma das principais causas de falha de enxertos. Com isso, deve ser enfatizado ao paciente de maneira direta que o hábito de fumar causa vasoconstrição, inibe a epitelização da ferida, reduz os níveis de oxigênio no leito e inibe a deposição de colágeno, afetando as fases de cicatrização.⁵

Pacientes etilistas sociais devem ser orientados a suspender o consumo de álcool 48 horas antes da cirurgia, devido à interferência do álcool com o anestésico e possível aumento da dor local durante a cirurgia.^{5,8} Em alcoólatras, não é recomendada a suspensão abrupta devido ao risco de sintomas graves após a retirada.⁹

Atividades extenuantes, como em especial levantamento de peso e exercício vigoroso, e recreações devem ser suspensas por 24 a 48 horas.⁸ Deve-se avaliar as peculiaridades de cada paciente individualmente, levando-se em consideração a idade, nível pré-operatório de atividade e extensão, localização e profundidade da ferida.⁵

5. Quando realizar a retirada de pontos?

Apesar de controversa, a retirada precoce dos pontos diminui a possibilidade de marcas na pele, melhorando o resultado estético. Os pontos devem permanecer na cicatriz o menor tempo possível e devem ser mantidos apenas o tempo suficiente para permitir a epitelização completa ao longo das margens da ferida.^{1,8}

Nos pacientes mais jovens, saudáveis e não fumantes, os pontos podem ser retirados precocemente, em comparação a pacientes com idade mais avançada, fumantes ou diabéticos, devido à lentidão da cicatrização da ferida.¹

Antes da retirada dos pontos, a remoção mecânica das crostas, com auxílio de água oxigenada ou soro fisiológico, facilita a visualização da sutura. A permanência dos pontos varia com a localização anatômica de acordo com as orientações abaixo:^{1,8,10}

- Pálpebras: dois a quatro dias
- Face: até sete dias
- Pescoço: dois a sete dias
- Couro cabeludo: sete a 10 dias
- Tronco e extremidades: 10 a 14 dias
- Sobre as articulações: até 10 dias
- Mucosa oral e genitoanal: três a cinco dias

Após a retirada, deve-se manter uma proteção adicional, porque a cicatrização ainda não está completa neste momento. Alguns autores sugerem o uso de fitas adesivas microporadas para manutenção da tensão apropriada, conservando-as no período de seis semanas a seis meses, dependendo do local, para reduzir o edema e minimizar a cicatriz.¹

Com o objetivo de modular e, até mesmo, reduzir a cicatriz pós-cirúrgica, existem estudos apontando o uso injetável de toxina botulínica tipo A (BTA) de forma segura e efetiva. Nos últimos anos, essa prática é descrita para cicatrizes hipertroóficas e questionada para uso em cicatrizes pós-cirúrgicas. O fator principal para o aspecto final da cicatriz é a tensão entre as bordas. A tensão exacerba a reação inflamatória e leva ao aumento de fibrose ao prolongar o eritema da ferida. A injeção precoce de BTA melhora o aspecto estético da ferida cirúrgica, pois age diminuindo a tensão, inibindo diretamente a ativação de fibroblastos e TGF- β 1, suprimindo a ampliação da cicatriz, reduzindo o eritema e diminuindo efetivamente a linha de incisão.¹¹

6. Quais são os cuidados necessários para evitar sangramento local?

A avaliação pré-operatória dos pacientes, seu histórico de coagulação e de doenças bem como as medicações em uso são importantes para prevenir o sangramento e a formação de hematomas.^{9,12}

O uso de anticoagulantes e a hipertensão arterial sistêmica aumentam o risco de sangramento, bem como o etilismo, pois inibe a atividade qualitativa das plaquetas, levando a um maior sangramento.¹²

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) devem ser suspensos de três a cinco dias antes da cirurgia e reintroduzidos após três a sete dias.¹³ Ginkgo biloba, vitamina E, alho, gengibre, sulfato de glicosamina e condroitina também podem aumentar o risco de sangramento intra e pós-operatório e por isso devem ser suspensos sete dias antes da cirurgia.^{12,13} A capsaicina pode diminuir a concentração do fator VIII e, apesar de informações inconsistentes na

literatura, a suspensão da medicação duas semanas antes da cirurgia com reintrodução após duas semanas deve ser indicada.¹³

Estudos mais recentes enfatizam que não há diferenças estatísticas no risco de sangramento pós-operatório de pacientes em uso de AAS, warfarin e AINES e o grupo controle.^{14,15} Não é necessário suspender anticoagulantes e antiplaquetários para realizar cirurgia dermatológica. O AAS não aumenta o risco de sangramento intenso, a menos que o tempo de sangramento esteja alargado, o que acontece em apenas 25% dos pacientes que usam este medicamento.¹⁶

Para procedimentos pequenos, o risco de sangramento é mínimo.¹⁷ A determinação do tempo de sangramento é necessária para avaliar o risco em procedimentos maiores.⁹ Para pacientes que usam AAS com finalidade analgésica/anti-inflamatória ou prevenção primária, a orientação é a de suspender a droga 10 a 14 dias antes do procedimento. Os pacientes que a usam para prevenção secundária devem manter o uso devido ao risco cardioembólico.^{13,17}

Apesar do aumento do risco de sangramento perióperatório com os antagonistas da vitamina K (warfarina), não é necessária sua suspensão, pois o sangramento pode ser controlado durante a cirurgia.¹² O risco de eventos trombóticos com a suspensão da medicação é de 1 em 278 a 1 em 11.500.¹² Assim, o risco cardiovascular tromboembólico é maior do que o benefício da suspensão da droga.^{13,18}

Outras medicações, como heparina não fracionada, tienopiridinas (clopidogrel, ticlopidina e prasugrel), inibidores de trombina (lepirudina, argatroban, dabigatran), inibidores indiretos do fator Xa (fondaparinux), inibidores da fosfodiesterase (dipiridamol), não devem ser suspensos.¹³ Os inibidores diretos do fator Xa (rivaroxabana) necessitam de mais estudos para serem avaliados. A orientação é de aguardar o término do tratamento para realizar o procedimento cirúrgico dermatológico.¹³

O sangramento pode causar uma série de problemas, tanto para o paciente quanto para o cirurgião. Durante o procedimento, encobre o local da cirurgia e, por isso, é importante manter o campo seco para visualização e para posterior prevenção da formação de hematomas. A hemostasia é parte fundamental da cirurgia e deve ser realizada com bisturi elétrico. Deve-se prestar atenção em toda a ferida, inclusive nas bordas descoladas, à procura de vasos sangrantes.

Existe a opção de curativos especiais com materiais hemostáticos que podem ser usados em feridas abertas para conter o sangramento. As esponjas de gelatina ou de pó, colágeno microfibrilar, trombina tópica para acelerar a coagulação e celulose oxidada são exemplos desses produtos. Para sangramentos de grande vulto no intraoperatório, a colocação de um dreno de Penrose é indicada para auxiliar na hemostasia e diminuir as taxas de infecção.¹⁶

No pós-operatório, uma bandagem composta de gaze absorvente em grande quantidade e fita resistente auxilia na compressão da ferida. Aplicação de gelo local também reduz o sangramento. Os pacientes devem ser orientados a limitar suas atividades restringindo a elevação do local operado e evitando o levantamento de pesos maiores que 4 a 7kg.¹⁶

7. Como controlar a dor no pós-operatório?

Os pacientes devem ser informados e orientados sobre o aparecimento de edema e desconforto pós-cirúrgico. Durante as primeiras 48 horas, a primeira alteração é o desconforto local, que deverá ser tratado com analgésico comum (paracetamol e dipirona, medicações de uso corriqueiro no Brasil). Ingestão de álcool, AAS e qualquer substância contendo aspirina, além de AINES (incluindo ibuprofeno), deverão ser evitados, pois aumentam a probabilidade de sangramento acidental no pós-operatório. O paciente deve ser reavaliado pelo médico se o desconforto permanecer.¹⁶

Dor no pós-operatório compromete o estado geral do paciente. É mais intensa nas primeiras 24 a 36 horas, melhorando após 48 horas. Não devemos menosprezar a dor do paciente, pois ela é subjetiva e o seu limiar é imensurável.¹⁹

8. Como orientar as possíveis complicações dos procedimentos cirúrgicos?

As complicações pós-operatórias são consideradas incomuns, mas devem ser explicadas para o paciente no momento da assinatura do termo de consentimento informado.¹⁶

Orientar o paciente é essencial para evitarem-se complicações pós-operatórias. O paciente pode apresentar edema, equimose, eritema e maior sensibilidade da pele, todos considerados alterações normais e esperadas.¹⁶

As quatro complicações mais frequentes são hematomas, infecção, deiscência da ferida e necrose.¹⁶

O hematoma é uma coleção de sangue no local da cirurgia que cursa com edema e dor no local com aumento progressivo, conforme sua expansão. A drenagem de coleções flutuantes é mandatória, visto que interferem na cicatrização da ferida, favorecem a infecção local e podem levar à necrose.¹⁶

O uso de antibióticos, quando houver sinais de infecção, é indicado após a drenagem, e a classe de antibiótico a ser escolhida depende da localização da ferida, com a cefalosporina de primeira geração (cefalexina) considerada a primeira linha de tratamento.¹⁶

A equimose pode ser alarmante para o paciente, mas raramente implica outro problema além da estética. Deve-se descartar uma equimose mascarando um hematoma por meio do exame físico. É prevalente ao redor dos olhos, nos pacientes com coagulopatias, nos usuários de anticoagulantes e nos idosos, mesmo que a cirurgia não tenha sido realizada nas pálpebras. Todos os pacientes devem ser orientados sobre o possível aparecimento de equimose e a aplicar gelo no local durante o pós-operatório imediato para diminuir a sua formação.¹⁶

A deiscência da ferida cirúrgica é a abertura espontânea das suturas com a separação de todas as camadas da ferida. Quando há descolamento e/ou perda da camada superficial da pele, da epiderme, ao redor da ferida cirúrgica, denomina-se epidermólise pós-cirúrgica. Ambas são consequências de outras complicações: hematoma, seroma, infecção, necrose, desenho de reparo inadequado e/ou remoção precoce da sutura, e situações como idade avançada, diabetes, neoplasias, más condições nutricionais, drogas (corticoides e certos antibióticos), tabagismo, entre outros. Quando ocorre deiscência, opta-se por fechamento

por segunda intenção. Caso não haja sinais de infecção, quando detectado nas primeiras 24 horas, pode ser realizado um novo fechamento, com as bordas da ferida friáveis.¹⁶

A necrose ocorre quando há comprometimento da perfusão vascular e é, em geral, resultado de outra complicação. O fechamento da lesão sob tensão pode afetar o plexo superficial dérmico, prejudicando a perfusão sanguínea e determinando palidez no tecido. Outra causa é o descolamento extenso em um plano excessivamente superficial, interrompendo as arteríolas que fazem a irrigação local. A utilização de materiais adequados, como gancho ao invés da pinça, para levantar o tecido em vez de esmagá-lo, prevenirá o dano tecidual por esmagamento. A sutura por planos, em camadas, ajuda a eliminar a tensão no tecido. Os nós dos pontos devem estar seguros e não apertados, para não comprometer o suprimento sanguíneo.¹⁶

Outra complicação que pode ocorrer é o seroma, uma coleção de fluido seroso acumulado nos espaços potenciais após a cirurgia, muito comum após divisões extensas. O fechamento em camadas elimina esse espaço. O seroma é identificado como uma massa macia abaixo ou adjacente à linha de sutura. Deve ser drenado, pois essa coleção dificulta a cicatrização, aumenta a possibilidade de infecção e aplica pressão na epiderme em cicatrização.¹⁶

Os pacientes devem ser orientados sobre complicações a longo prazo, tais como: parestesia, dor, comprometimento motor na dependência da localização, prurido, eritema e alteração de pigmentação da pele, que pode ocorrer no local da ferida operatória por vários meses após a cirurgia.¹⁶

9. Qual o risco de infecção de ferida cirúrgica após cirurgia de pele? E o que fazer para evitar esse risco?

A taxa de infecção de ferida operatória é muito baixa (0,91 a 1,3%), se a técnica cirúrgica for limpa.^{13,20}

O risco de infecção se reduz se o paciente tomar banho antes da cirurgia, por isso deve ser orientado a realizá-lo na noite anterior da cirurgia com agente antisséptico. Deve-se evitar tricotomia 24 horas antes, mas, se for necessária, recomenda-se aparar os pelos com tesoura ou máquina de cortar cabelo, no centro cirúrgico.^{13,21} O corte é melhor alternativa do que barbear com navalhas.¹⁸

Dentre os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico estão localização do procedimento abaixo do joelho, nos lábios, orelhas e virilhas, tabagismo, imunossupressão (inclusive diabetes) e colonização.¹³ Outro achado interessante é uma taxa maior de infecção nas lesões tumorais malignas do que benignas.²⁰

Os antibióticos pré e pós-operatórios aumentam o custo e a resistência bacteriana. São indicados como profilaxia nos retalhos ou enxerto de nariz e orelha, fechamento sob tensão, inflamação ou infecção de sítio cirúrgico, procedimentos abaixo dos joelhos, cirurgia nas mãos, diabetes *mellitus* não controlado e imunodeficiência.¹³

A antibioticoprofilaxia deve ser realizada 30 a 60 minutos antes da cirurgia. Sulfametoxazol-trimetoprim 800/160mg, ciprofloxacina 500mg e levofloxacina 500mg por via oral ou uso endovenoso de cefalotina 1g são os preconizados.¹³

Os antibióticos tópicos não previnem infecção de ferida operatória, por isso não devem ser usados para essa finalidade, além de aumentarem o risco de resistência bacteriana e de dermatite de contato.¹³

Alguns estudos recentes observaram que a descolonização bacteriana com mupirocina tópica é útil para pacientes portadores nasais de *Staphylococcus aureus*, reduzindo as taxas de infecções de sítios cirúrgicos.¹³

10. Quanto tempo é necessário acompanhar o paciente após cirurgia dermatológica?

Cada paciente deve ser avaliado individualmente e seu acompanhamento se faz conforme o tipo, extensão e localização da ferida operatória. Caso haja complicação, o tempo de acompanhamento pode ser prolongado até a completa resolução da complicação. Cada profissional deve avaliar o tempo necessário de acompanhamento para cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo foi elaborado para facilitar a rotina do dia a dia dos cirurgiões dermatológicos e desmistificar algumas práticas antigas, já atualizadas na literatura. O objetivo principal dos autores foi fornecer informações concisas sobre os cuidados pós-operatórios, resumidos no quadro 1 a seguir:

QUADRO 1: CUIDADO DE FERIDAS CIRÚRGICAS – SITUAÇÕES E ORIENTAÇÕES

Situação	ORIENTAÇÃO
Cuidados pré-cirúrgicos para diminuir infecção e outras complicações	Banho com antissépticos 24 horas antes. Tricotomia com máquina ou tesoura no pré-operatório imediato. Profilaxia antibiótica, se necessária. A critério médico: suspensão ou não de AINES três a cinco dias antes e de anticoagulantes sete dias antes.
Cuidados com 1º curativo pelo médico	Feito com camada fina de pomada tipo petrolatum, gaze não aderente e fita cirúrgica. Deixar nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia, pois irá manter a ferida limpa e úmida, além de ajudar a prevenir sangramentos.
Limpeza da ferida operatória e curativos	2º curativo: após o tempo indicado, retirar delicadamente o curativo e limpar a área com água, sabão neutro, soro fisiológico ou álcool. Não usar: clorexidina, peróxido de hidrogênio. 3º curativo em diante: pode ser feito após o banho diário. Não borrifar água diretamente na ferida, deixar a água correr gentilmente sobre a ferida para retirar o sabão ou sobre o curativo. Após o banho, retirar completamente o curativo e secar a região suavemente com gaze. Aplicar camada de pomada (vaselina sólida, Aquaphor pomada cicatrizante ou Bepantol derma) e refazer o curativo. Repetir a troca do curativo após o banho diário até a retirada dos pontos. Não mergulhar a ferida na água (chuveiro forte, banheira de hidromassagem, piscina etc.) até uma semana após a retirada dos pontos.
Manutenção da ferida no pós-operatório	Feridas cicatrizam melhor quando ficam úmidas; se uma crosta surgir, isso demonstra que a ferida está muito seca. Feridas secas fazem mais cicatrizes e curam mais devagar. Pode ser mantida aberta, se não houver exsudação. Nesse caso, devem ser mantidas úmidas pela aplicação quatro vezes ao dia de uma das pomadas acima diretamente na ferida até cicatrizar-se completamente e sem nenhum local aberto. A critério do médico e de acordo com a preferência do paciente, pode ser mantida ocluída.
Mudanças nas atividades diárias	Evitar toda atividade física por 24-48 horas. Evitar esticar ou usar excessivamente a área operada nas três primeiras semanas após a cirurgia e, depois disso, retornar lentamente às atividades na área afetada, pois os pontos podem se abrir. Suspender tabagismo e álcool. Evitar levantar pesos maiores que 4kg.
Retirada de pontos	Retirada de pontos; em geral, processo indolor, mas por vezes há algum desconforto. Uma consulta será agendada para isso. Pálpebras: dois-quatro dias ¹ Face: até sete dias ^{1,8} Pescoço: dois-sete dias ^{1,8} Couro cabeludo: sete-10 dias ¹ Tronco e extremidades: 10-14 dias ^{1,8} Sobre articulações: até 10 dias ¹ Mucosa oral e genitoanal: três a cinco dias ¹⁰
Presença de sangramento tardio	Feridas por vezes sangram. Hemorragias podem, em geral, ser controladas com aplicação de pressão contínua na região: compressão do local da cirurgia por 10 minutos com gaze e em um único movimento (sem ficar tirando e colocando a gaze várias vezes). Aplicação local de gelo. Curativo compressivo.
Controle da dor	Leve desconforto e inchaço podem acontecer durante a cicatrização, em geral seis a 24 horas após a cirurgia. Analgésicos comuns, como paracetamol e dipirona, podem ser usados, se necessário. Um pouco de vermelhidão ao redor da ferida é normal do processo cicatricial e não significa infecção. Continuar evitando tomar anti-inflamatórios, vitamina E, ginkgo biloba, alho, ginseng, glicosamina e óleo de peixe por três dias após a cirurgia. No caso de a pele ao redor da ferida tornar-se cada vez mais vermelha, inchada, quente e dolorida, isso pode ser uma infecção. Reavaliação médica, se a dor permanecer.
Complicações Pós-operatórias	Seroma, hematoma, equimose, infecção, deiscência e necrose. Essas situações necessitam de orientação do médico.

REFERÊNCIAS

1. Pobleto-Lopes C. Cirurgia excisional básica. In: Vidimos AT, Ammirati CT, Pobleto-Lopez C. *Requisitos em Dermatologia: Dermatologia cirúrgica*. Rio de Janeiro; Elsevier: 2010. p.123-137.
2. Ferreira AM, Andrade D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. *Arq ciênc saúde*. 2006;13(1):27-33.
3. Sharp KA, McLaws ML Wound dressings for surgical sites (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;2(CD003091). DOI: 10.1002/14651858.CD003091.
4. Peruzzo AB, Negeliskii C, Antunes MC, Coelho RP, Tramontini SJ. Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. *Mom & Perspec Saúde*. 2005;18(2):56-69.
5. Ebner JA, Maytin EV. Cicatrização de ferida cutânea. In: Vidimos AT, Ammirati CT, Pobleto-Lopez C. *Requisitos em Dermatologia: Dermatologia cirúrgica*. Rio de Janeiro; Elsevier: 2010: 81-100.
6. Powers JG, Higham C, Broussard K, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: chronic wound care and management. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(4):607-25.
7. Moriya T, Módena JLP. Assepsia e antisepsia: técnicas de esterilização. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(3):265-73.
8. Bezerra SMC. O pós operatório na cirurgia dermatológica. *An Bras Dermatol*. 2017;68(4):205-7.
9. Grandinetti LM, McGillis ST. Avaliação pré-operatória do paciente de cirurgia dermatológica. In: Vidimos AT, Ammirati CT, Pobleto-Lopez C. *Requisitos em Dermatologia: Dermatologia cirúrgica*. Rio de Janeiro; Elsevier: 2010: 73-80.
10. Mirastschijski U, Jokuszies A, Vogt PM. Cicatrização de feridas cutâneas: biologia do reparo, ferida e tratamento da cicatriz. In: Neligan PC, Gurtner GC. *Cirurgia Plástica - princípios*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2015: 267-96.
11. Kim YS, Lee HJ, Cho SH, Lee JD, Kim HS. Early postoperative treatment of thyroidectomy scars botulinum toxin: a split-scar, double-blind randomized controlled trial. *Wound Repair Regen*. 2014;22(5):605-12.
12. Pimentel ER, Oliveira JP, Bloch LD, Niwa AB. Risk of complications during dermatologic surgery: protocol for excisional surgery. *An Bras Dermatol*. 2005;80(5):493-8.
13. Borges JR, Fleury Junior LFF, Ribeiro AMQ. Pre-operative care in dermatologic surgery. *Surg Cosmet Dermatol*. 2014;6(2):161-8.
14. Billinsley EM, Maloney ME. Intraoperative and postoperative bleeding problems in patients taking warfarin, aspirin, and others nonsteroidal anti-inflammatory agents: a prospective study. *Dermatol Surg*. 1997;23(5):381-5.
15. Cook JL, Perone JB. A prospective evaluation of the incidence of complications associated with Mohs micrographic surgery. *Arch Dermatol*. 2003;139(2):143-52.
16. Allen EJ, Youker SR. Complicações cirúrgicas. In: Vidimos AT, Ammirati CT, Pobleto-Lopez C. *Requisitos em Dermatologia: Dermatologia cirúrgica*. Rio de Janeiro; Elsevier. 2010:207-17.
17. Bordeaux JS, Martires KJ, Goldberg D, Pattee SF, Fu P, Maloney ME. Prospective evaluation of dermatologic surgery complications including patients on multiple antiplatelet and anticoagulant medications. *J Am Acad Dermatol* 2011;65(3):576-83.
18. Saleh K, Schmidtchen A. Surgical site infections in Dermatologic Surgery: etiology, pathogenesis, and current preventative measures. *Dermatol Surg*. 2015;41(5):537-49.
19. Stracieri LDS. Cuidados e complicações pós-operatória. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(4):465-8.
20. Reis NA, Machado Filho CDS, Timoner FR. Prophylaxis in dermatologic surgery. *Surg Cosmet Dermatol*. 2010;2(1):47-53.
21. Fernandes EO, Guerra EE, Pitrez FAB. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. *Rev AMRIGS*. 2010;54(2):240-58.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bruna Paninon |  ORCID 0000-0001-9163-3265

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Caroline Brandão |  ORCID 0000-0002-1955-4551

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Marcia Ramos-E-Silva |  ORCID 0000-0003-1625-0760

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.