

Relatório de Reunião: O desafio do espaço morto na prática clínica - como você administra isso?



Detalhes do autor (sentido horário a partir do canto superior esquerdo)
Caroline Dowsett,
Bernd von Hallern,
Marcelo Ruettimann
Liberato de Moura

Um simpósio intitulado “O desafio do espaço morto na prática clínica - Como você administra isso?” foi realizado na conferência da Associação Europeia de Tratamento de Feridas (EWMA) em Cracóvia, Polônia, 2018. O simpósio abordou os desafios clínicos do espaço morto na ferida - o espaço morto que pode se apresentar entre o leito da ferida e o curativo. Os palestrantes abordaram como identificar o espaço morto com o Triângulo de Avaliação das Feridas e como administrar e preencher o espaço morto. O Triângulo de Avaliação das Feridas fornece uma estrutura holística com uma abordagem sistemática, desde a avaliação da ferida até a definição de metas de gestão, para orientar a escolha de tratamento ideal (Dowsett et al, 2015a).

Caroline Dowsett, Enfermeira Clínica Especialista em Viabilidade de Tecidos, começou a sessão explicando os desafios do tratamento de feridas que os profissionais enfrentam atualmente. No total, 1,5 - 2 milhões de pessoas na Europa sofrem de feridas agudas ou crônicas (Lindholm e Searle, 2016). As feridas crônicas podem esgotar os recursos (Guest et al, 2015), 21% das feridas crônicas não cicatrizaram após 1 ano (Jorgensen, 2013) e 17,8% mantiveram suas feridas por 1-5 anos (Ousey, 2013).

O tratamento eficaz da ferida depende da determinação da causa e da identificação de quaisquer condições subjacentes relacionadas que podem contribuir para a ferida e sua cicatrização demorada (por exemplo, diabetes e comorbidades associadas). Isso pode ser alcançado por meio de avaliação inicial completa da ferida, monitoramento do progresso e desenvolvimento de um plano de manejo (World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2008).

Avaliação de feridas

A avaliação de feridas é parte integrante do tratamento de feridas, mas muitas vezes pode ser inconsistente (Dowsett et al, 2015a). Uma avaliação minuciosa da ferida deve ser: estruturada, sistemática e concluída dentro de um contexto de atendimento holístico ao paciente. Deve incluir medições da ferida e avaliação do leito da ferida, da borda da ferida e da pele perilesão, e deve ser clara e facilmente documentada para que haja uma continuidade do tratamento (WUWHS, 2008).

Triângulo de Avaliação de Feridas

O Triângulo de Avaliação de Feridas [Figura 1] foi estabelecido em 2014 e é uma estrutura holística bem reconhecida para o tratamento de feridas com uma base de evidências crescente (Dowsett et al, 2015a; 2015b; WUWHS, 2016; Dowsett e von Hallern, 2017). É uma estrutura simples e fácil de usar para avaliação, reavaliação e para o gerenciamento de feridas e estende os conceitos atuais de preparação do leito da ferida além da borda da ferida, para incorporar a pele perilesão (Dowsett et al, 2015b).

Avaliação do leito da ferida

O monitoramento da viabilidade do tecido, tipo e nível de exsudato e presença de infecção fazem parte da avaliação do leito da ferida. O leito da ferida precisa ser monitorado e reavaliado conforme as características mudam com as intervenções adequadas (Dowsett et al, 2015a). A realização de uma medição inicial e mensurações sequenciais do tamanho, da aparência e do local da ferida direcionará o tratamento e o gerenciamento (Muller-Sloof e McKenzie, 2017). O método de mensuração do tamanho e da profundidade da ferida deve ser consistente para rastrear o progresso ou a deterioração da lesão.

Avaliação da borda da ferida

A migração da borda da lesão é essencial para a cicatrização da ferida e é um bom indicador da progressão da ferida: uma redução da área da ferida de 20–40% em 4 semanas é um indicador aceitável de cicatrização (Flanagan, 2003). Avaliar a borda da ferida quanto ao risco de maceração, grau de descolamento e

TRADUÇÃO LIVRE
INGLÊS – PORTUGUÊS

Caroline Dowsett Carol é Enfermeira Clínica Especialista em Viabilidade de Tecidos, East London NHS Foundation Trust, Londres e Enfermeira Independente, Consultora em Tratamento de Feridas, Londres, Reino Unido

Bernd von Hallern é Especialista de Feridas certificado ICW, em Elbe Klinikum Stade, Alemanha

Marcelo Ruettimann Liberato de Moura é Especialista em Cirurgia Vasculare Endovascular, Doença Venosa Crônica, Coordenador do Programa,

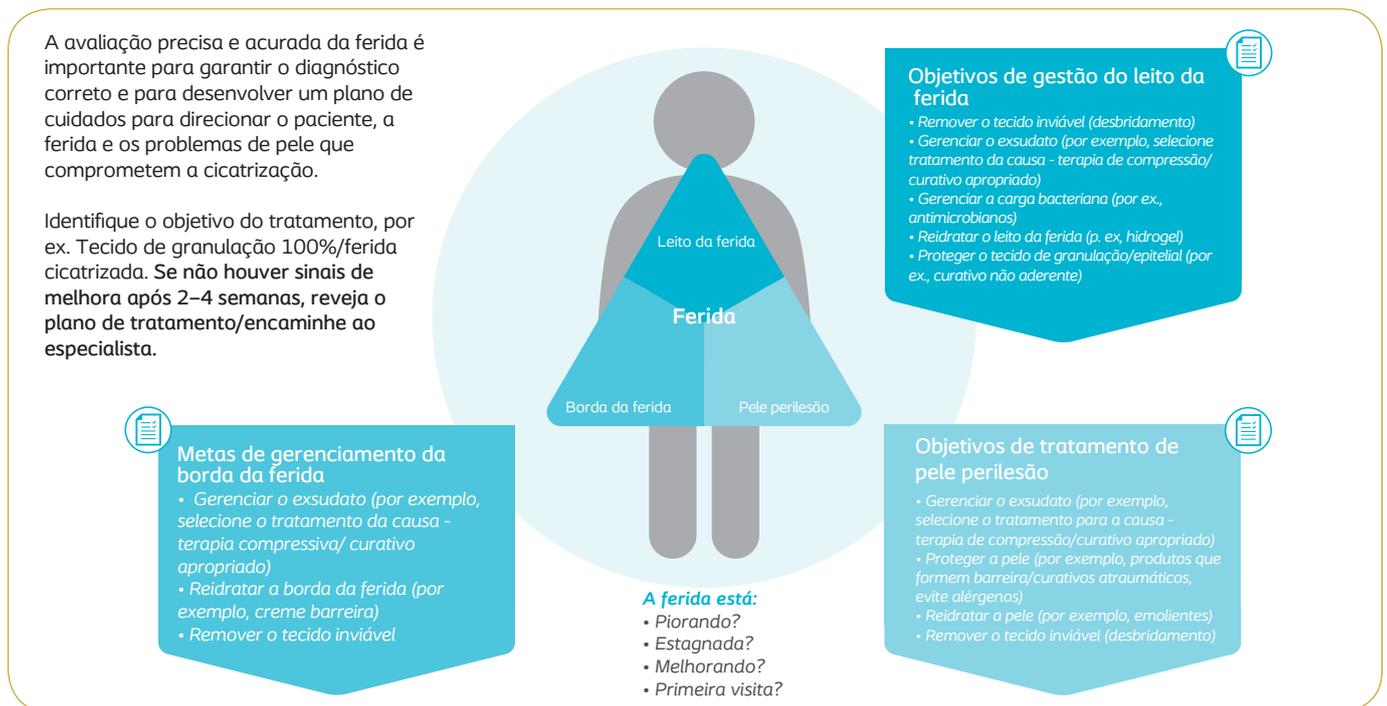


Figura 1. Usando o Triângulo de Avaliação de Feridas - elaborando um plano de gestão (Dowsett et al, 2015b).

e necessidade de desbridamento fazem parte da avaliação da borda da ferida. A avaliação também pode determinar a eficácia dos curativos em termos de absorção e retenção de líquidos para prevenir a maceração.

Avaliação da pele perilesão

A pele perilesão foi definida como a pele ao redor da ferida dentro de 4 cm da borda da ferida. Embora esta definição cubra a maioria das feridas, deve-se reconhecer que o dano pode se estender para além dessa área, pois qualquer tecido sob o curativo pode estar em risco de se deteriorar (por exemplo, devido a adesivos, umidade, vazamento de exsudato) e deve ser incluída em uma avaliação. A pele perilesão pode ser um problema significativo em feridas crônicas, uma vez que 60-70% das feridas apresentam problemas na pele perilesão (por exemplo, pele seca, irritada, macerada) ou pele não saudável (Cartier et al, 2014).

Identificando o espaço morto na ferida

A lacuna da ferida ou "espaço morto" é a área entre o leito da ferida e o curativo, que ocorre quando um curativo não se conforma totalmente ao leito da ferida (Snyder, 2005; Cutting et al, 2009). O fluido pode se acumular no espaço morto, o que aumenta o risco de infecção (Cutting et al, 2009), visto que esses acúmulos de exsudato formam um ambiente propício para o crescimento bacteriano (Young, 2012); portanto, é imperativo gerenciar essas lacunas na ferida. Feridas altamente

exsudativas e com descolamento e um ângulo acentuado entre a pele ao redor da ferida e o leito da ferida apresentam maior risco de apresentar o espaço morto. O Triângulo de Avaliação de Feridas pode ser usado para:

- Identificar e avaliar o espaço morto e avaliar o impacto das intervenções
- Medir a profundidade da ferida como parte da avaliação da ferida
- Identificar topografias e cavidades irregulares do leito da ferida
- Identificar áreas de descolamento.

Tratando o espaço morto

O curativo ideal para gerenciar o espaço morto se adapta ao leito da ferida e absorve e retém o exsudato da ferida para ajudar a prevenir complicações. O segundo orador da sessão, Bernd von Hallern, reiterou o porquê uma avaliação completa da lesão é um primeiro passo crucial no gerenciamento do espaço morto e forneceu aos delegados dicas sobre como manejar a lacuna na prática clínica.

O espaço morto é um desafio clínico, pois há:

- Um risco elevado de acúmulo de exsudato, o que pode aumentar o risco de vazamento e maceração ou infecção (Cutting et al 2009; Young, 2012)
- O potencial para uso inadequado de curativos; alguns curativos podem não se conformar totalmente ao leito da ferida, levando ao acúmulo de exsudato ou vazamento.

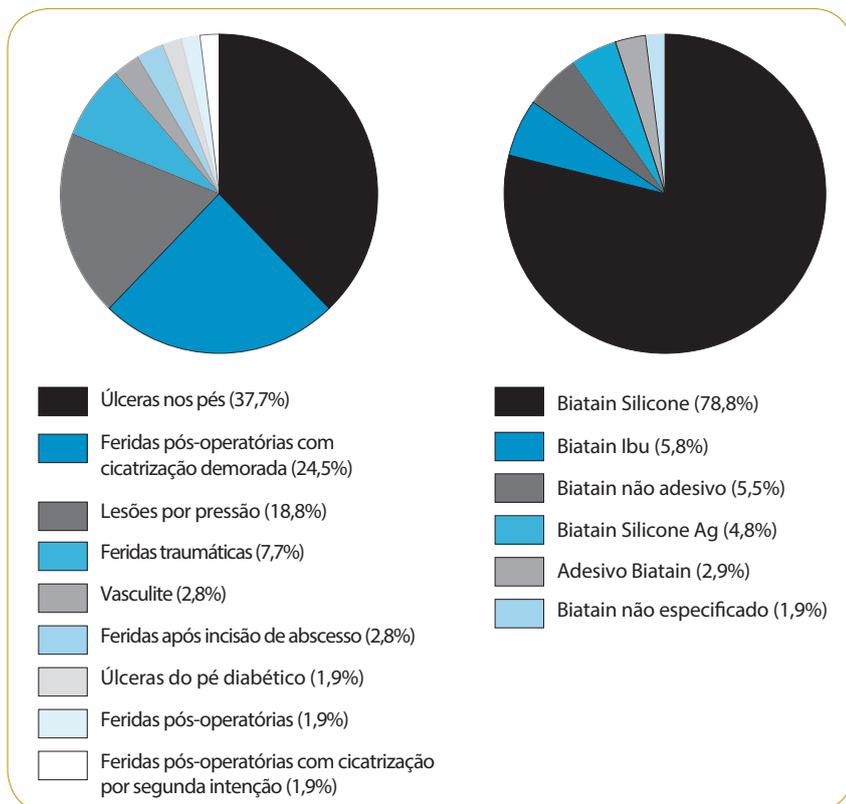


Figura 2. Número de pacientes (n = 104) e tipos de curativos usados entre 2013–2014 (Braunwarth e von Hallern, 2017).

Quadro 1. Dicas práticas para medir a profundidade da ferida

- A profundidade da ferida deve ser medida semanalmente e documentada
- O comprimento e a largura podem ser medidos com uma régua, e a profundidade do ferimento, a borda do ferimento e o descolamento podem ser medidos com uma sonda, fórceps ou similar

Quadro 2. Estudos de caso, cortesia de Bernd von Hallern.

Caso 1: Lesão venosa infectada na parte inferior da perna após lesão traumática

Um paciente de 82 anos com artrite reumatoide apresentou uma ferida traumática de 6 semanas de duração na parte inferior da perna, que tinha 6 mm de profundidade. O Biatain Silicone Ag foi selecionado como parte do tratamento antimicrobiano local pois a ferida estava infectada. Durante os primeiros 2 dias de tratamento, o curativo foi trocado a cada 24 horas. Quando os sinais clínicos de infecção reduziram, o curativo foi trocado a cada 2 dias. O curativo se adaptou bem ao leito da ferida e aos contornos do corpo.



Caso 2: Ferida pós-operatória no baixo abdome

Uma paciente foi submetida à histerectomia, mas a ferida evoluiu com deiscência e estava produzindo uma grande quantidade de exsudato. A ferida apresentava uma profundidade de 12 mm e o curativo Biatain Silicone foi selecionado para a absorção vertical do exsudato e pela capacidade de se conformar ao leito da ferida. O curativo foi trocado após 3 dias e as bordas da ferida não apresentavam sinais de maceração. O curativo foi eficaz em se conformar ao leito da ferida e reduzir o acúmulo de exsudato.



A primeira etapa para tratar o espaço morto é determinar o tamanho da lacuna. Bernd von Hallern forneceu dicas práticas para medir a profundidade da ferida [Quadro 1].

Bernd von Hallern apresentou dados de 2013-2017 de 104 casos de pacientes de vários tipos, tamanhos e profundidades (1-42 mm) e níveis de exsudato, que foram tratados com curativos da linha de curativos de espuma Biatain® [Figura 2] (Braunwarth e von Hallern, 2017). As trocas de curativo ocorreram a cada 1-4 dias, e nenhum preenchimento foi usado (Braunwarth e von Hallern, 2018).

Nenhum acúmulo de exsudato ou maceração foram observado nas bordas da ferida ou na pele perilesão. Em todos os casos, o curativo de espuma se adaptou ao leito da ferida e absorveu suficientemente o exsudato verticalmente (Braunwarth e von Hallern, 2017).

Bernd von Hallern apresentou estudos de caso [Quadro 2] em que curativos de espuma Biatain® foram usados para gerenciar a lacuna. Os estudos de caso demonstram que os curativos da linha de curativos de espuma Biatain podem ser usados em diferentes tipos de feridas e podem se conformar a diferentes tamanhos e profundidades do leito da ferida (Braunwarth e von Hallern, 2018).

Fechando a lacuna

Marcelo Ruettimann Liberato de Moura, especialista em cirurgia vascular e endovascular, encerrou o simpósio com detalhes do programa de treinamento da Ruettiman Company para doença venosa crônica ([DVC] ou insuficiência venosa crônica) em Salvador, Brasil [Quadro 3]. A DVC está associada à dor e edema nas pernas, veias varicosas e prurido, que é progressivo e pode evoluir para feridas difíceis de tratar e gerenciar.

No Brasil, estima-se que 6 milhões de pessoas apresentem DVC avançada (Moura et al, 2018) e 1,3 milhões apresentam úlceras venosas. A população de risco tende a ser oriunda de áreas de baixa renda, com múltiplas lesões de longa duração com etiologias e comorbidades complexas. O tratamento para úlceras venosas deve incluir uma abordagem holística e sistemática [Figura 3]. O programa de treinamento da Ruettiman Company oferece treinamento em Escleroterapia com Espuma Guiada por Ultrassonografia (UGFS) para tratar a causa de DVC, além de cobrir a educação do paciente sobre compressão e gerenciamento de feridas.

Um programa de DVC local

Em maio de 2013, um programa de treinamento social e ambulatorial foi aprovado em Salvador, Brasil, para tratar membros de uma população de baixa renda com DVC avançada. De maio de 2013 a 2016, 2.894 pacientes e 4.851 membros foram tratados e acompanhados por uma média de 22,5 meses. Uma taxa de cicatrização das úlceras de 77% foi alcançada nesses primeiros 4 anos do programa (Moura et al, 2018). Uma abordagem sistemática holística para uma população de baixa renda com DVC avançada,

Box 3. The Ruettiman Company training programme

From December 2011 to May 2018, 934 vascular surgeons from Brazil, Europe and Latin America have been trained. The training includes live case demonstrations of ultrasound guided foam sclerotherapy (UGFS), compression, wound care and dressing selection.

UGFS is an established treatment for varicose veins in Western Europe and the USA (NICE, 2013; Rabe et al, 2014). It is a 30-minute outpatient procedure, and as such is associated with lower clinical and patient costs compared to open surgery.

The Ruettiman Company training programme is supported by the Coloplast Medical Education programme and approved by local city government.

The Ruettiman Institute, a non-profit Association, organises the Outpatient Social Program, along with the Local Government System of Salvador, Bahia, Brazil.

que compreende a seleção correta do paciente, UGFS, compressão e tratamento adequado da ferida, pode ser segura e eficaz. Ao passo de ser sustentável tanto política quanto economicamente para a comunidade local.

Entre maio de 2013 e maio de 2018, o programa social ambulatorial atendeu 4.062 pacientes com excelentes resultados. Se o protocolo correto for implementado, melhores resultados clínicos, como cicatrização e aumento da qualidade de vida, são possíveis. Em áreas de baixa renda, melhorias na autoestima e, principalmente, na esperança podem ter um grande impacto nos pacientes, em suas famílias e em suas comunidades.

Úlceras venosas exsudativas profundas são um desafio enfrentado no dia a dia, e o Biatain



Figura 3. Protocolo de tratamento para úlceras venosas de perna como parte do Protocolo do Programa Social Ambulatorial e do programa de treinamento Ruettiman.

Quadro 4. Estudos de caso cortesia de Marcelo Ruettimann Liberato de Moura.

Caso 1: Úlcera Venosa de Perna bilaterais não cicatrizável

Esta é uma mulher de 40 anos de idade com Lesão Venosa bilateral não cicatrizável presentes há 4 anos. Apresentava IMC de 34,3 kg/m², hipertensão e trabalhava como faxineira. As feridas eram altamente exsudativas, então as principais considerações para este indivíduo eram o manuseio do exsudato e o controle da infecção.

O paciente recebeu escleroterapia com espuma guiada por ultrassom (UGFS) e compressão bilateral como parte do Protocolo do Programa Social Ambulatorial [Figura 3]. As feridas foram avaliadas usando o Triângulo de Avaliação de Feridas, e um curativo Biatain Alginato Ag foi usado por 1 semana. Em seguida, foi utilizado o curativo Biatain Silicone, que se adaptou ao leito da ferida e protegeu a pele perilesão do alto nível de exsudato. Esta paciente necessitou de terapia de compressão inelástica de alta pressão e o curativo de silicone foi adequado para uso sob compressão. Após 5 semanas de tratamento, as feridas em ambas as pernas cicatrizaram.



Perna esq. (dia 1)

Perna esq. (dia 40)

Perna dir. (dia 1)

Perna dir. (dia 22)

Ambas as feridas tratadas

Caso 2. Lesão Venosa de longa data

Paciente do sexo masculino, 44 anos de idade, com Úlcera Venosa na perna esquerda há 12 anos. Ele era obeso (IMC de 38,7 kg/m²), apresentava hipertensão e depressão associadas à segregação social causada pela presença da ferida. Aos 34 anos de idade, aposentou-se antecipadamente devido à Lesão Venosa na perna, estando há 10 anos afastado do trabalho e recebendo auxílio-invalidez da previdência social. Ele compareceu a centros de saúde públicos duas a três vezes por semana durante 10 anos sem nenhuma melhora na ferida, que era dolorosa.

Como parte do Protocolo do Programa Social Ambulatorial [Figura 3], os cuidados incluíam escleroterapia com espuma guiada por ultrassom (UGFS), compressão e gerenciamento das feridas. A ferida foi avaliada usando o Triângulo de Avaliação de Feridas e o curativo Biatain Ag foi selecionado como um curativo adesivo leve e absorvente sob compressão. O curativo adaptou-se perfeitamente ao leito da ferida. Ao longo de 6 semanas, de 11 de novembro de 2016 a 23 de dezembro de 2016, a ferida cicatrizou. Quase um ano depois, em setembro de 2017, a ferida ainda estava curada.



(da esquerda para a direita)

Dia 1

Dia 12

Dia 16

(da esquerda para a direita) Dia 26

Dia 47

Dia 194 (24 semanas e 5 dias)

Principais Pontos

1. O Triângulo de Avaliação de Feridas é uma abordagem simples e estruturada para o gerenciamento de feridas, orientando o usuário desde a avaliação da ferida no leito da ferida, borda da ferida e pele perilesão até os objetivos de tratamento e opções de tratamento.

2. Biatain® Silicone adapta-se ao leito da ferida e prevê o gerenciamento eficaz do exsudato, reduzindo assim o acúmulo de exsudato.

3. Como parte de uma abordagem holística e estruturada para o tratamento de feridas, o Triângulo de Avaliação de Feridas pode ajudar a reduzir a carga em feridas desafiadoras, também no desafio do

curativo Biatain se conformou ao leito da ferida enquanto absorveu o exsudato sob compressão e o reteve mantendo-o afastado da ferida, tornando-o adequado para este grupo de pacientes e tipo de ferida. Marcelo apresentou estudos de caso [Quadro 4] no qual o Triângulo de Avaliação de Feridas e cobertura Biatain foram usados como parte da via de tratamento. Os casos destacam o impacto do tratamento nos pacientes, como melhora na qualidade de vida, na autoestima e na capacidade de retorno ao trabalho.

Conclusão

Como parte de uma abordagem holística e estruturada para o tratamento de feridas, o Triângulo de Avaliação de Feridas pode ajudar a reduzir a carga em feridas desafiadoras e o desafio do espaço morto da ferida. O Triângulo de Avaliação de Feridas fornece uma estrutura holística da avaliação da ferida até o estabelecimento de metas ideais de tratamento. Os relatos de caso apresentados pelos palestrantes no simpósio demonstraram que os curativos de silicone Biatain proporcionaram um controle eficaz do exsudato, adaptando-se ao leito da ferida e reduzindo o acúmulo de exsudato. Portanto, os curativos de Biatain Silicone podem reduzir os riscos associados ao espaço morto na ferida e fornecer à ferida as condições ideais para a cicatrização.

Wint

Triângulo de Avaliação de Feridas e o gráfico relacionado são marcas comerciais com registro pendente. © [2018-09.] Biatain® é uma marca comercial pertencente à Coloplast A/S. Todos os direitos reservados Coloplast A/S

Mais informações podem ser encontradas em www.triangleofwoundassessment.com.

Declaração: este relatório de reunião foi apoiado por uma bolsa educacional irrestrita da Coloplast.

Referências

Braunwarth H, von Hallern B (2017) Conformability of a foam dressing – clinical experience based on 104 cases. Poster presentation. Wounds UK Conference, Harrogate, 2017
 Braunwarth H, von Hallern B (2018) Conformability of a foam dressing – clinical experience based on 104 cases. Poster presentation. EWMA, Krakow, Poland, 2018
 Cartier H, Barrett S, Campbell K et al (2014) Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: a multicentre product evaluation. *Wounds International* 10(4): 26–30
 Cutting K, White R, Hoekstra H et al (2009) Topical silver-impregnated dressings and the importance of the dressing technology. *Int Wound J* 6(5): 396–402
 Dowsett C, Gronemann M, Harding K (2015a)

Taking wound assessment beyond the edge. *Wounds International* 6(1): 19–23
 Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KG (2015b) The Triangle of Wound Assessment Made Easy. London, Wounds International. Available at: www.woundsinternational.com
 Dowsett C, von Hallern B (2017) The Triangle of Wound Assessment: a holistic framework from wound assessment to management goals and treatments. *Wounds International* 8 (4): 34–9
 Flanagan M (2003) Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy Wound Manage* 49(10):28-40
 Guest J, Ayoub N, McIlwraith T et al (2015) Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open* 5(12): e009283
 Jorgensen SF, Nygaard R, Posnett J (2013) Meeting the challenges of wound care in Danish home care. *JWound Care* 22(10): 540–5
 Lindholm C, Searle R (2016) Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J* 13 (suppl. S2): 5–15
 Moura MRL, Soares SL, Barros KJF et al (2018) Midterm results of an outpatient program with ultrasound guided foam sclerotherapy for treating chronic venous disease in low income population of Salvador, Brazil. *Int Angiol* 37(11) Suppl 1: 38
 Muller-Sloof E, McKenzie T (2017) Meeting report: the Triangle of Wound Assessment: implementing a simple and structured approach to wound management. *Wounds International* 8(3): 32–9
 NICE (2013) Ultrasound-guided foam sclerotherapy for varicose veins (IPG440). London: NICE. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg440> (accessed 27.06.18)
 Ousey K, Stephenson J, Barrett S et al (2013) Wound care in five English NHS Trusts. Results of a survey. *Wounds UK* 9(4): 20-8
 Rabe E, Breu FX, Cavezzi A et al (2014) Guideline Group. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. *Phlebology* 29(6): 338–54
 Snyder RJ (2005) Managing dead space: an overview. *Podiatry Manage* 24: 171–4
 World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) (2008) Principles of best practice: Diagnostics and wounds. A consensus document. London, MEP Ltd. Available at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/diagnostics-and-wounds-wuwhs-consensus-document> (accessed 28.08.18)
 World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) (2016) Position Document. *Advances in Wound Care: The Triangle of Wound Assessment*. London, Wounds International. Available at: <http://bit.ly/2Brk2uw> (accessed 16.05.2018)
 Young L (2012) Identifying infection in chronic wounds. *Wound Pract Research* 20(1): 38–44