

A avaliação da ferida além da borda da ferida



Authors:
Caroline Dowsett,
Martin Nyløkke
Gronemann and
Keith Harding

Achados de recente estudo antropológico global destacaram a importância e relevância da pele periférica na evolução da ferida. O estudo revela que profissionais de saúde e pacientes veem a gestão da pele periférica como parte integral da cicatrização da ferida.

Enquanto as intrumentos atuais oferecem uma abordagem padronizada de avaliação da ferida, não há instrumento validado de fácil aplicação para avaliar a pele periférica. Este artigo explora o conceito de ir além da borda da ferida e apresenta um modelo intuitivo que integra a avaliação da pele periférica no paradigma de cicatrização da ferida.

Todo processo de avaliação da ferida é complexo e demanda uma série de habilidades clínicas e conhecimentos. Apesar da disponibilidade de instrumentos de avaliação para auxiliar os profissionais, não há consenso sobre quais devem ser adotados para uma abordagem consistente da gestão de feridas. Entretanto, há concordância geral de que os instrumentos devem ser de fácil utilização por todos os profissionais de saúde e envolvidos no tratamento de feridas independentemente do nível de especialização.

Qual a informação passada pelos atuais instrumentos de avaliação da ferida?

O conceito de preparação do leito da ferida foi introduzido por Vincent Falanga em 2000^[1]. Desde então, ganhou reconhecimento internacional como abordagem holística e sistemática para a avaliação e tratamento de barreiras para a cicatrização de feridas^[2]. A estrutura TIME, desenvolvida pelo The International Advisory Board on Wound Bed Preparation^[3], resume os quatro principais componentes da preparação do leito da ferida: (T = Tecido, não viável ou deficiente; I = Infecção ou inflamação; M = desequilíbrio de umidade; E = Borda da ferida, sem avanço ou descolando).

Essa estrutura oferece aos profissionais uma abordagem ponderada para selecionar intervenções na ferida através de análise sistemática de cada um dos componentes. Quando usada como parte de uma avaliação holística, pode ajudar a esclarecer a causa do problema e facilitar a tomada de decisão clínica sobre como restabelecer o ambiente biológico normal no leito da ferida para promover a cicatrização^[4].

A influência contínua da TIME^[5] e da preparação do leito da ferida são evidentes

nos critérios dos instrumentos de avaliação disponíveis. Algumas são elaboradas especificamente para avaliar determinados tipos de feridas. Por exemplo, a Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH <http://bit.ly/1CSOQ8C>, adaptado e validado para língua portuguesa), que categoriza as úlceras de acordo com a área de superfície, exsudato e tipo de tecido no leito da ferida, alinhado com as últimas diretrizes para úlceras de pressão da NPUAP/EPUAP^[6] e a Leg Ulcer Measurement Tool, que avalia a situação da ferida ao longo do tempo de forma que os profissionais possam determinar a eficácia de suas intervenções com precisão^[7].

Uma avaliação recente de 14 instrumentos de avaliação da ferida concluiu que apesar delas fornecerem uma estrutura para registrar certos parâmetros da situação da ferida, nenhuma atendeu todos os critérios para a ferramenta ideal de avaliação da ferida (fácil de usar, facilita a documentação, melhora a continuidade do tratamento), e muitas não orientavam a prática com relação ao próximo passo nem permitiam que os profissionais definissem metas para cicatrização e planejamento do tratamento^[8].

Apesar das evidências na literatura apoiarem a teoria de que educação sobre preparação do leito da ferida pode ajudar a usar esses instrumentos corretamente e melhorar a assistência^[2], muitos profissionais envolvidos na gestão da ferida não têm acesso a esse tipo de treinamento especializado. Além disso, não há instrumento validado e fácil de usar que inclua totalmente a pele periférica. Portanto, parece haver uma lacuna entre os instrumentos disponíveis e as necessidades dos profissionais para a tomada de decisão clínica ideal.

Novas perspectivas na cicatrização da ferida

Para entender melhor a tomada de decisão clínica e como viver com uma ferida afeta o comportamento humano, em 2013-14 foi

Caroline Dowsett é Enfermeira Consultora em Viabilidade de Tecido, East London NHS Foundation Trust/ Tissue Viability Service, Londres
Martin Gronemann é Gerente Senior, ReD Associates, Copenhagen, Dinamarca
Keith Harding é Reitor, Cardiff University Diretor Médico, Welsh Wound Innovation Centre, País de Gales



conduzido um estudo antropológico global incluindo 200 pacientes com feridas e profissionais de saúde do Reino Unido, Alemanha, Brasil e China. A ReD Associates, uma consultora em estratégia e inovação baseada na Dinamarca realizou um estudo que foi precedido por pesquisa quantitativa em 2009 com 875 profissionais de saúde da Alemanha, Reino Unido, França, Itália e Espanha, que forneceram informação de base para o estudo mais recente.

O estudo observou os comportamentos físicos, sociais e culturais dos pacientes com feridas e como isso afetava sua vida diária. Os pesquisadores passaram bastante tempo com pacientes e os familiares na casa deles. Além disso, também foi explorada a prática diária de gestão da ferida. A equipe acompanhou os pacientes nas consultas médicas em clínicas e hospitais.

Foram agrupadas as observações de cerca de 2000 fotos, aproximadamente 150–250 horas em instituições de saúde e mais de 100 entrevistas. Com isso, a equipe foi capaz de construir teorias, explorar padrões de dados e explicar as relações e causalidades entre os diversos temas. Na sequência, as conclusões do estudo foram validadas por pesquisa quantitativa com 412 profissionais de saúde e 104 pacientes no Brasil e na China, resultando em diversas ideias que oferecem nova perspectiva para a cicatrização de feridas.

Percepções dos pacientes

O impacto de ter uma ferida é imenso para os pacientes. Uma senhora relatou: “É como uma bomba que explode. Não dá para voltar atrás. E você não quer que aconteça de novo”. Mesmo para aqueles com outras condições médicas mais graves, geralmente a ferida é a principal preocupação pelo nível de interferência em sua vida diária. Como os pacientes se sentem impotentes e frustrados pelo processo de cicatrização da ferida não ser linear nem previsível, eles buscam formas de agir em sua condição. Isso ficou evidente com o comportamento de alguns pacientes que usavam pomadas para tratar a área periférica e ter certo senso de controle, por considerar a pele periférica uma área de menor risco do que a ferida propriamente dita.

A avaliação quantitativa confirmou que a maioria dos pacientes e familiares no estudo estava ativamente envolvida no tratamento das feridas. Sessenta e quatro por cento dos pacientes percebiam ‘seus parentes’ ou eles mesmos como os ajudantes mais importantes no cuidado com a ferida. Mais de 90% dos pacientes ou parentes desejavam saber mais, buscando informações em uma ou mais fontes para aprender sobre sua ferida e o tratamento.

O envolvimento ativo dos pacientes muitas vezes se dá pela necessidade de controle sobre suas vidas, apesar da variação da habilidade de manejo da ferida. Neste estudo, 73% dos pacientes e seus parentes aplicavam produtos na área da ferida, mas 60% dos pacientes afirmaram não seguir as orientações de seus profissionais de saúde por não usar os produtos prescritos, fazendo muito pouco ou em excesso na ânsia de acelerar a cicatrização.

Percepções dos profissionais de saúde

A principal preocupação dos profissionais de saúde é buscar modos efetivos de acelerar a cicatrização e remover as barreiras para alcançá-la. Eles enfatizaram a importância de proteger a pele periférica para prevenir complicações e a cicatrização demorada. Uma enfermeira inglesa relatou: “O princípio é o mesmo para todas as feridas: é necessário proteger a pele periférica. Se ela não for protegida a ferida nunca irá cicatrizar”. Todos os envolvidos no estudo compartilham esse mesmo ponto de vista.

Outros autores apoiam esses resultados afirmando que todos os pacientes que requerem tratamento da ferida estão em risco de danos à pele periférica⁹¹. Isso pode ser devido à idade avançada, comorbidades ou contato com exsudato da ferida e/ou a desvios de curativos. Além disso, um estudo de cinco Fundações do NHS inglês ($n=4772$) constatou que a pele circundante de 70% dos pacientes poderia ser caracterizada como seca, macerada, escoriada ou inflamada¹⁰⁰. Uma recente publicação relatou que dependendo do nível de exsudato, a pele periférica circundante era problemática ou doente em 60% a 76% das feridas ($n=958$)¹¹¹.

Isso sugere a necessidade de uma ferramenta de avaliação intuitiva que integre a avaliação da pele periférica e a ferida. Esta ferramenta que documenta o progresso em direção à cicatrização da ferida em diversos eixos pode ajudar a fortalecer o envolvimento dos pacientes e familiares e melhorar a concordância com o plano de tratamento prescrito.

Três eixos de cicatrização da ferida

Uma conclusão fundamental do estudo é que os profissionais dividem as feridas em três zonas ou eixos distintos mas interligados que exigem diferentes abordagens:

1. **Leito da ferida** — ‘o campo de batalha errático’. Aqui é importante procurar por sinais de tecido de granulação enquanto busca remover o tecido morto ou desvitalizado, gerenciar nível de exsudato e reduzir potencial de inflamação. Por sua imprevisibilidade, o leito da ferida é a zona mais monitorada.
2. **Borda da ferida** — ‘linha de frente’.



Aqui o objetivo é diminuir as barreiras à cicatrização pela redução de espaço morto, desbridamento de bordas espessas ou enroladas e melhorar a gestão de exsudato.

- 3. Pele periférica** — ‘zona defensiva que contém a ferida’. É necessário distinguir a área periférica e a da ferida existente para reduzir a chance de ruptura da pele protegendo-a do exsudato, evitando danos à pele periférica ou prevenindo mais danos.

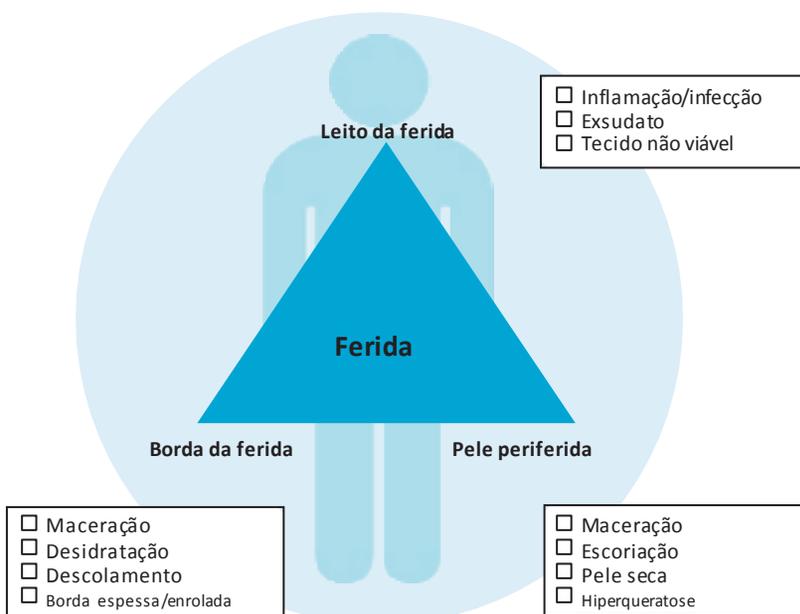
O leito da ferida, a borda da ferida e pele periférica podem ser vistos como os três eixos de um triângulo, cada um com sua importância significativa para a cicatrização.

Os instrumentos de avaliação tradicionalmente se concentram na ferida propriamente dita. No entanto, esta pesquisa indica um foco que leva a avaliação além da borda da ferida e inclui a área periférica. O triângulo de avaliação da ferida [Figura 1], apresenta uma estrutura simples que integra avaliação do leito da ferida, borda da ferida e pele periférica para ajudar na tomada de decisão clínica.

Indo além da borda da ferida

Como a pele periférica é problema significativo em feridas crônicas^[11], é necessária uma exploração mais profunda de seu conceito e relevância para a progressão da ferida dentro do paradigma de cicatrização, de forma que a

Figura 1. Modelo do triângulo de avaliação da ferida com os três eixos da cicatrização



Quadro 1: Até onde se estende a periférica?

A pele periférica é definida como a pele que circunda a ferida até 4cm da borda. Apesar deste conceito abranger a maioria das feridas, o dano pode se estender para fora, e qualquer pele sob o curativo pode estar em risco de ruptura adicional (devido a adesivos, umidade, vazamento de exsudato) e deve ser incluída na avaliação.

prática clínica avance, trazendo melhores resultados para os pacientes.

A área periférica foi previamente definida como a área de pele que se estende 4cm além da borda da ferida^[12] [Quadro 1]. Problemas frequentes nessa área incluem maceração, escoriação, pele seca (frágil) e hiperqueratose.

Os problemas mais comuns na prática clínica são associados com exsudato. O termo ‘dano à pele associado à umidade periférica’ é usado para descrever eritema e inflamação da pele no área de 4cm da borda da ferida, algumas vezes acompanhados por erosão e desnudação^[12,13].

Danos à pele periférica contribuem para prolongamento do tempo de cicatrização, podem causar dor e desconforto nos pacientes, além de afetar negativamente sua qualidade de vida^[9].

Os fatores que aumentam o risco de danos à pele periférica incluem a quantidade de exsudato, presença de proteínas de ligação da heparina, bactérias e toxinas associadas, histamina produzida por bactérias específicas, enzimas proteolíticas como matriz de metaloproteinases (MMPs) e citocinas inflamatórias (interleucina-1) no exsudato da ferida^[14].

Quando a pele periférica é inicialmente exposta ao exsudato, o estrato córneo absorve o fluido e incha. Maior exposição à umidade satura as camadas inferiores da epiderme, reduzindo sua função de proteção (barreira para água) e aumenta a chance de maceração. A redução da função de barreira da pele permite maior perda transepidérmica de água, levando à ressecamento da pele a partir da diminuição de lipídios em sua superfície. Isso também torna os pacientes mais suscetíveis a desenvolver dermatite de contato^[15].

O exsudato é formado no processo inflamatório de cicatrização da ferida. No entanto, quando em volume elevado, torna-se um desafio clínico que pode afetar a cicatrização na medida em que a pele hidratada em excesso torna-se macerada, potencialmente levando à ruptura. Em feridas agudas, o exsudato geralmente promove a cicatrização. Entretanto, o exsudato de feridas crônicas tem altos níveis de protease, o que pode inibir a cicatrização pelos danos causados ao leito

da ferida e pele circundante^[16]. O excesso de hidratação da pele pode atrasar a cicatrização, aumentar o risco de infecção, fricção e danos à pele, além de resultar em ampliação da ferida^[17].

Apresentações da pele periferida

Os termos maceração e escoriação muitas vezes são usados como sinônimos para descrever danos à pele periferida. Maceração é o amolecimento e ruptura da pele que resulta de exposição prolongada à umidade e exsudato da ferida. Pode impedir a migração das células através da superfície da ferida e causar dor e desconforto para o paciente. A maceração tem aparência esbranquiçada quando há pouca inflamação [Figura 2] e eritematosa quando a pele periferida está inflamada [Figura 3]. Inflamação da pele periferida também pode ser sinal de infecção clínica.

A escoriação é um ferimento na superfície do corpo causado por traumas como coceira, abrasão, queimadura térmica ou química [Figura 4]. A repetida aplicação e remoção de fitas adesivas e curativos pode causar trauma, irritação e descamação da pele.

Em algumas feridas a pele desidratada irá resultar em pele seca e/ou hiperqueratose [Figura 5]. Pacientes com úlcera venosa da perna muitas vezes têm lipodermatoesclerose, hiperpigmentação e pele seca na área periferida e pele circundante.

Todas essas apresentações da pele periferida irão exigir um plano individual de tratamento baseado no tratamento da causa subjacente.

Avaliação e tratamento: paradigmas de cicatrização de feridas desafiadores

A avaliação precisa do leito da ferida, borda da ferida e pele periferida dentro do contexto de abordagem holística é essencial para o tratamento e manejo eficazes da ferida.

Entretanto, não existe um instrumento validado e fácil de usar para avaliação da pele periferida.

Muitos dos instrumentos de avaliação da ferida existentes usam descritores limitados como saudável/intacta e macerada para descrever a área periferida. Ao mesmo tempo que a avaliação do exsudato oferece visão valiosa sobre o potencial de danos à pele periferida, ela não fornece os detalhes completos necessários para a gestão.

O objetivo da avaliação inicial deve ser a identificação dos pacientes com maior risco de danos à pele periferida a fim de garantir que medidas preventivas sejam colocadas em prática. Estas devem incluir: minimizar o contato da pele periferida com o exsudato da ferida; proteger a área com uma barreira adequada e usar curativos traumáticos ou de silicone macio para evitar descamação da pele. Pacientes com hiperqueratose ou calos podem ter essas condições reduzidas com desbridamento e um regime estruturado de cuidados com a pele que inclua limpeza e emolientes.

As opções de tratamento devem visar a melhoria do leito da ferida, promoção da cicatrização/migração das bordas e proteção da pele periferida. Os curativos têm um papel terapêutico na gestão do exsudato e proteção da pele periferida de maceração e escoriação^[18]. Um curativo eficaz deve proteger a ferida, absorver exsudato, preservar uma base úmida na ferida e remover excesso de exsudato.

Figura 2. Maceração com inflamação mínima

Figura 3. Maceração com eritema e inflamação

Figura 4. Escoriação por trauma

Figura 5. Hiperqueratose na superfície plantar inferior



O tempo de uso do curativo é outra consideração importante; níveis elevados de exsudato diminuem o tempo de uso e exigem curativos concebidos para maior capacidade de absorção. Um curativo eficiente também deve ser removido facilmente para evitar irritação ou remoção mecânica da pele periférica, o que a torna mais vulnerável a danos associados à umidade^[19]. A evolução de sistemas adesivos menos agressivos como a tecnologia do silicone macio permite trocas de curativo sem trauma dos tecidos durante a remoção e pode reduzir a necessidade de barreira protetora contra maceração da pele periférica^[20].

Futuras abordagens

A expansão do entendimento da avaliação da ferida para além da borda desafia os atuais paradigmas de cicatrização da ferida e tem importantes implicações para futuras abordagens de avaliação da ferida. O triângulo de avaliação [Figura 1] oferece um modelo dividido em leito da ferida, borda da ferida e pele periférica dentro do contexto holístico do cuidado.

É necessário desenvolver e integrar instrumentos de avaliação com foco na pele além da borda da ferida, incluindo a região periférica e pele circundante a fim de otimizar a prática, com a identificação precoce de pacientes em risco, prevenção adequada e estratégias de tratamento que melhorem os resultados para os pacientes. Economicamente, a prevenção é melhor que o tratamento da maceração, escoriação, aumento secundário da carga bacteriana e infecção da pele periférica. Compreender estes fatores é fundamental para desenvolver intervenções novas e de maior impacto que auxiliem a melhorar a tomada de decisões clínicas e atendam às necessidades de pacientes com feridas.

Conclusão

A avaliação da ferida deve ser abrangente, sistemática, baseada em evidências e fornecer informação de base para que os profissionais de saúde definam a situação atual da ferida, metas de tratamento realistas e monitorem o progresso ao longo do tempo usando as intervenções apropriadas. A pesquisa apresentada nesse estudo indica um foco mais amplo que leva a avaliação e o tratamento além da borda da ferida e inclui a pele periférica como parte da avaliação da ferida. Isso aumenta a demanda por instrumentos de avaliação e tratamento eficazes e eleva os padrões na busca de soluções suficientemente intuitivas em consonância com especialistas e não especialistas, incluindo pacientes e familiares, na gestão diária das feridas. O modelo do triângulo de avaliação da ferida apresentado oferece uma estrutura simples para a inclusão consistente da pele periférica na avaliação da ferida.

Wint

Agradecimentos

O estudo antropológico foi conduzido pela Coloplast e a ReD Associates, uma consultoria de estratégia e inovação baseada nas ciências humanas.

Referências

1. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regen* 2000; 8(5): 347-52.
2. Dowsett C. Use of TIME to improve community nurses' wound care knowledge and practice. *Wounds UK* 2009; 5(3): 14-21.
3. Schultz G, Sibbald G, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 2003; 1: 1-28.
4. Dowsett C, Newton H. Wound bed preparation: TIME in practice. *Wounds UK* 2004; 1(3): 48-70.
5. Leaper D, Schultz G, Carville K, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *Int Wound J* 2012; 9 (Suppl 2) 1-19.
6. National Advisory Pressure Ulcer Panel and European Advisory Pressure Ulcer Panel. Pressure Ulcer Treatment and Prevention, Quick Reference Guide, 2014. Available from: <http://bit.ly/1EACQWQ>
7. Woodbury MG, Houghton PE, Campbell K et al. Development, Validity, Reliability, and Responsiveness of a New Leg Ulcer Measurement Tool. *Adv Skin Wound Care* 2004; 17: 187-96.
8. Greatex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *Int Wound J* 2013; doi 10.1111/iwj.1200
9. Lawton S, Langoen A (2009). Assessing and managing vulnerable periwound skin. *World Wide Wounds* 2009. Available from: <http://www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html>
10. Ousey K, Stephenson J, Barrett S, et al. Wound care in five English NHS Trusts: Results of a survey. *Wounds UK* 2013; 9(4): 20-28
11. Cartier H, Barrett S, Campbell K, et al. Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: A multicentre product evaluation. *Wounds International* 2014; 10(4): 26-30.
12. Dowsett C, Allen L. Moisture-associated skin damage Made Easy. *Wounds UK* 2013. Available from: www.wounds-uk.com/made-easy
13. White R and Cutting K. Interventions to avoid maceration of the skin and wound bed. *Br J Nurs* 2003; 12,20; 1186-1201.
14. Gray M, Weir D. Prevention and treatment of moisture-associated skin damage (maceration) in the periwound skin. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007; 34:153-157.
15. Cameron J. The importance of contact dermatitis in the management of leg ulcers. *J Tissue Viability* 2004; 5(2): 52-55.
16. Romanelli M, Vowden K, Weir D. Exudate management Made Easy. *Wounds International* 2010. Available from www.woundsinternational.com
17. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M (2011) MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(5): 541-53.
18. World Union of Wound Healing Societies. *Wound Exudate and the Role of Dressings. A Consensus Document*. MEP Ltd: London, 2007.
19. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001;10:7-10
20. Hollinworth H. Challenges in protecting peri-wound skin. *Nursing Standard* 2009; 24(7): 53-62.