

Definindo metas do tratamento

Para a maioria dos pacientes, as escolhas de tratamento devem visar a correção da causa subjacente (ex: terapia compressiva para resolver doença venosa subjacente e oferecer alívio da pressão/carga para tratar úlceras do pé diabético e úlceras por pressão) e gestão do ambiente da ferida para promover a sua cicatrização.

Os objetivos do tratamento devem ser:

- proteger o tecido de granulação/epitelial²⁴
- desbridamento de tecido não viável (ex. necrótico ou esfacelo) para reduzir risco de infecção^{25,26}
- gerenciar equilíbrio de umidade (reidratar ou reduzir níveis de exsudato para criar um ambiente úmido de ferida, ex. usando curativo adequado)^{27,28}. A gangrena seca é exceção, nesse caso, o objetivo é manter a ferida seca e não úmida.
- reduzir carga microbiana/gestão da infecção (a terapia antimicrobiana tópica, incluindo agentes antissépticos, pode ser usada para infecção local combinada com antibioticoterapia para infecção sistêmica)^{17,29}
- proteger a pele circundante (ex. reduzir risco de maceração devido a excesso de umidade ou reidratar a pele ressecada)^{30,31}
- melhorar o bem-estar do paciente (ex. reduzir a dor e minimizar odor da ferida)^{32,33}.

Os objetivos do tratamento mudam com o tempo, conforme a ferida progride para a cura. É importante definir a frequência de troca de curativos frente a esses objetivos e registrar as razões para tal frequência (ex. nível de exsudato, tempo estimado de uso).

O curativo deve ser reavaliado a cada troca, com reavaliação regular da atual terapia para garantir que ela permaneça eficaz. Por exemplo, a pro-

dução de exsudato geralmente diminui conforme há a cicatrização da ferida. Qualquer mudança de cor ou consistência do exsudato ou aumento de odor ou nível de produção de mandam análise minuciosa imediata e reavaliação do plano de tratamento⁹.

Documentando a avaliação da ferida

Ferramentas formais de avaliação da ferida são úteis para garantir a cobertura de todas as áreas relevantes durante o procedimento e orientar o que deve ser documentado.

Todas as observações e avaliações (inclusive fotos), plano de gestão, justificativa e calendário de reavaliação devem ser documentados para ajudar a monitorar e facilitar a comunicação entre cuidadores^{34,35}. Devem ser usadas terminologia e linguagem comumente aceitas para maior clareza.

Envolvendo o paciente na avaliação da ferida

Pacientes com feridas podem se sentir impotentes pela falta de controle sobre seu plano de gestão³⁶. A busca e inclusão das experiências e prioridades dos pacientes no processo de avaliação, compartilhando a consequente tomada de decisões são formas importantes de empoderá-los³⁷.

O empoderamento melhora a qualidade da relação entre pacientes e profissionais de saúde por aumentar a concordância com intervenções do tratamento e incentivar a autoavaliação e gestão, o que aumenta as chances de melhores resultados³¹.

Em recente estudo antropológico⁵, a avaliação quantitativa confirmou que a maioria dos pacientes e seus familiares estavam ativamente envolvidos no seu tratamento de feridas e 64% dos pacientes percebiam eles mes-

mos ou seus parentes como mais importantes ajudantes no cuidado com a ferida. Mais de 90% dos pacientes desejavam informações adicionais sobre a ferida e o tratamento e buscavam-na em uma ou mais fontes.

O Triângulo de Avaliação da Ferida é uma ferramenta simples que pode ajudar a envolver os pacientes na gestão de suas feridas. A informação deve ser fornecida com linguagem simples e de fácil entendimento. O material impresso é uma forma útil de reforçar informação verbal^{38,39}. Ao entender o Triângulo de Avaliação da Ferida, os pacientes poderão reconhecer sinais de evolução positiva, da necessidade de reavaliação ou nova intervenção.

Benefícios do uso do Triângulo de Avaliação da Ferida

O Triângulo de Avaliação da Ferida fornece uma estrutura fácil de usar que pode ser totalmente integrada a uma avaliação holística do paciente. A simplicidade das três zonas do triângulo envolve os pacientes na gestão da sua ferida.

O desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de feridas intuitiva que vai além da borda da ferida e inclui a pele periferida amplia as oportunidades para melhor tomada de decisões. A prática avança pela facilidade de identificação precoce dos pacientes com risco de problemas na pele periferida e pela implementação de estratégias de prevenção e tratamento adequadas. Esta ferramenta oferece uma evolução natural do pensamento atual e baseia-se em pesquisa antropológica recente⁵ que mostrou a importância de integrar a área periferida na avaliação:

- para pacientes
- para clínicos
- para a cicatrização
- para bons resultados dos pacientes.

Referências

1. Nix D. Skin and wound inspection and assessment. In: Bryant RA, Nix DP (eds). Acute and chronic wounds. Missouri, USA: Elsevier Mosby, 2012.
2. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 2000; 8(5): 347-52.
3. Schultz G, Sibbald G, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen 2003; 11: 1-28.
4. Greatrex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. Int Wound J 2013; doi: 10.1111/ijw.12100.
5. Dowsett C, Gronemann M, Harding K. Taking wound assessment beyond the wound edge. Wounds International 2015; 6(1): 6-10.
6. Ousey K, Stephenson J, Barrett S, et al. Wound care in fi e English NHS Trusts: results of a survey. Wounds UK 2013; 9(4): 20-8.
7. 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.
8. Ferretti DE, Harkins SM. Assessment of peri-wound skin. In: Milne CT, Corbett LQ, Dubuc DL (eds). Wound Ostomy, and Continence Nursing Secrets. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus Inc; 2003: 45-8.
9. Brown A, Flanagan M. Assessing skin integrity. In: Flanagan M (ed). Wound healing and skin integrity. Principles and Practice. Wiley-Blackwell, 2013: 52-65.
10. Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. J Am Coll Clin Wound Specialists 2012; 4(4): 84-91.
11. Guo S, DiPietro LA. Factors affecting wound healing. J Dent Res 2010; 89(3): 219-29.
12. Gethin G. The importance of continuous wound measuring. Wounds UK 2006; 2(2): 60-8.
13. Langemo D, Anderson J, Hanson D, et al. Measuring wound length, width and area: which technique? Adv Skin Wound Care 2008; 21(1): 42-7.
14. Baranoski S, Ayello EA, Langemo DK. Wound assessment. In: Baranoski S, Ayello EA (eds). Wound care essentials: practice principles. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2012: 101-25.
15. 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.
16. RCN Clinical Guidelines. Management of patients with venous leg ulcers. Audit protocol, 2000. Available from: <http://bit.ly/117usy1>
17. World Union of Wound Healing Societies

Resumo

Uma nova abordagem para avaliação da ferida foi desenvolvida após uma pesquisa indicar que os profissionais de saúde consideram a ferida como três zonas ou eixos distintos: o leito da ferida, borda da ferida e a pele periferida. Esta é a forma de avaliação do Triângulo de Avaliação de Feridas. O uso desta ferramenta como parte de avaliação holística ajuda os profissionais de saúde a olharem além da ferida apenas, o que demonstrou ser importante para os resultados clínicos e dos pacientes.

© Wounds International 2015 - Available from: www.woundsinternational.com

Triângulo de Avaliação da Ferida

guia fácil



© Wounds International | May 2015 www.woundsinternational.com

Referências

18. Cutting K, White R, Mahoney P. Clinical identification of wound infection: a Delphi approach In: European Wound Management Association (EWMA) Position Document. Identifying criteria for wound infection. MEP: London, 2005.
19. Eagle M. Wound assessment: the patient and the wound. Wound Essentials 2009; 4: 14-24.
20. Grey JE, Enoch S, Harding KG. Wound assessment. In: Grey JE, Harding KG (eds). ABC of Wound Healing. Blackwell Publishing, 2006: 1-4.
21. McManus J. Principles of skin and wound care: the palliative approach. End of Life Care 2007; 1(1): 8-19.
22. Lawton S, Langoen A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
23. Cameron J. Exudate and the care of the periwound skin. Nursing Standard 2004; 19(7): 62-8.
24. Dowsett C, Newton H. Wound bed preparation: TIME in practice. Wounds UK 2005;1(3): 58-70.
25. Strohal R, Apelqvist J, Dissemmond J et al EWMA Document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement. MA Publishing, 2014.
26. Wounds UK. Debridement in a changing NHS. A consensus document. Wounds UK, 2014. Available from www.wounds-uk.com
27. Romanelli M, Vowden K, Weir D. Exudate Management Made Easy. Wounds International 2010; 1(2): Available from: www.woundsinternational.com
28. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: wound exudate and the role of dressings. A consensus document. London: MEP Ltd, 2007. Available from: www.woundsinternational.com
29. Swanson T, Grothier L, Schultz G. Wound infection made easy. Wounds International 2014. Available from: www.woundsinternational.com
30. Langoen A, Lawton S. Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
31. Bianchi J. Protecting the integrity of the periwound skin. Wound Essentials 2012; 1: 58-64.
32. Wounds International. Optimising well being in people living with a wound. An international consensus. London: Wounds International, 2012. Available from: www.woundsinternational.com
33. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002.

Apoio com bolsa educacional da Coloplast. As opiniões aqui expressas não necessariamente refletem as da Coloplast.

© Wounds International 2015 - Available from: www.woundsinternational.com

Triângulo de Avaliação da Ferida

guia fácil



© Wounds International | May 2015 www.woundsinternational.com

Introdução

A avaliação da ferida é essencial na seleção das estratégias terapêuticas apropriadas para alcançar objetivos clínicos como a cicatrização de feridas e aumento do bem-estar dos pacientes. Este guia descreve uma nova abordagem de avaliação da ferida que encoraja um olhar clínico além da borda da ferida para uma avaliação e gestão rotineiras da pele periferida utilizando o novo Triângulo de Avaliação da Ferida.

Autores: Dowsett C (UK), Protz K(Alemanha), Drouard M (França), Harding KG (UK). Detalhes dos autores na página 6.

Importância da avaliação da ferida

Na avaliação da ferida, as informações são obtidas por meio de observação, questionamento, exames físicos e clínicos para formular um plano de gestão¹. Ela também pode fornecer um referencial para monitorar a ferida, a eficácia de estratégias terapêuticas ao longo do tempo e o impacto no bem-estar do paciente. Os conceitos de preparação do leito da ferida e a estrutura TIME foram concebidos para auxiliar na tomada de decisão conectando a avaliação e as ações clínicas^{2,3}. Desde então, foram desenvolvidas diversas ferramentas de avaliação de feridas usando os princípios de preparação do leito da ferida⁴.

É necessária uma nova abordagem para avaliação de ferida?

Um estudo antropológico mundial foi realizado em 2013-14, com o objetivo de compreender melhor o impacto de uma ferida nos pacientes e explorar a prática diária de gestão de feridas⁵. Um achado do estudo mostrou que os profissionais dividem as feridas em três zonas ou eixos distintos mas interligados: leito da ferida, borda da ferida e pele periferida. Apesar do leito da ferida ser considerado o eixo mais intensamente monitorado, o estudo revelou que profissionais de saúde e pacientes veem a gestão da pele periferida como parte integrante da cura de feridas⁵.

A literatura confirma que problemas na pele periferida são comuns. Uma pesquisa de Fundação do NHS da Inglaterra (n=4772) mostrou que a pele circundante de 70% dos pacientes foi caracterizada como seca, com maceração, escoriações ou inflamada⁶. Uma publicação recente relatou que dependendo do nível de exsudato, a pele periferida circundante era problemática ou não saudável em 60% a 76% das feridas (n=958)⁷. Como a pele

periferida não saudável é um problema significativo em feridas crônicas, sua avaliação deve ser mais explorada, considerando sua relevância para a progressão da ferida no paradigma da cicatrização.

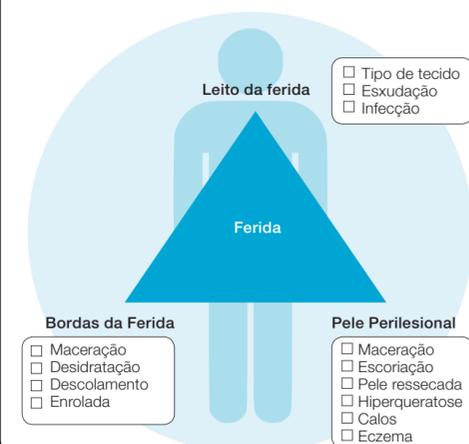
A área periferida foi definida previamente como a região de pele que se estende até 4cm além da borda da ferida⁸. Em algumas feridas, o dano se estende além dessa área, deixando toda pele sob do curativo em risco de ruptura havendo a necessidade dessa área deve ser incluída na avaliação. Os problemas na área periferida frequentemente incluem maceração, escoriação, pele ressecada (frágil), hiperqueratose, calos e eczema.

As ferramentas atuais oferecem uma abordagem padronizada para avaliação da ferida, se concentram na própria ferida e usam descritores limitados para caracterizar a área periferida⁴. É necessária uma ferramenta de avaliação fácil de usar que incorpore a avaliação da área periferida no paradigma de cura da ferida^{5,9}.

O Triângulo de Avaliação da Ferida

O Triângulo de Avaliação da Ferida é uma nova ferramenta que estende os conceitos atuais de preparação do leito da ferida e TIME para além da borda da ferida⁵. A avaliação da ferida é dividida em três áreas: leito da ferida, borda da ferida e pele periferida. Esta ferramenta deve ser usada no contexto de uma avaliação holística que envolvendo o paciente, cuidadores e familiares (Figura 1).

Figura 1 | Triângulo de Avaliação da Ferida. Adaptado de⁵



Usando o Triângulo de Avaliação da Ferida

O Triângulo de Avaliação da Ferida identifica três zonas ou eixos distintos mas interligados⁵ que exigem abordagens diferentes:

- **Leito da ferida:** procurar por sinais de tecido de granulação ao remover o tecido morto ou desvitalizado, manejar o nível de exsudato e reduzir a carga microbiana na ferida.
- **Borda da ferida:** diminuir as barreiras para a cicatrização da ferida reduzindo o descolamento do espaço morto, com desbridamento de bordas espessas ou enroladas e melhorando o manejo do exsudato para minimizar o risco de maceração.
- **Pele periférica:** reidratar a pele ressecada e evitar exposição à exsudato/umidade para minimizar potenciais danos.

Figuras 2–4 Mostram como o Triângulo de Avaliação da Ferida pode ser aplicado na prática, com recomendações para documentação e sobre o objetivo do tratamento (Figura 5) para orientar a tomada de decisão clínica. O Triângulo de Avaliação da Ferida deve ser usado como parte da avaliação holística dos pacientes.

Fazendo uma avaliação holística

O objetivo da avaliação holística é uma visão geral do estado de saúde dos pacientes, da causa, duração e estado da ferida, e quaisquer fatores que impeçam a cicatrização^{10,11}, incluindo:

- comorbidades, por exemplo diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, venosas/arteriais, malignidade.

Figura 2 | Aplicação do Triângulo de Avaliação da Ferida — Leito da ferida

Medições iniciais e seriadas do tamanho (comprimento, largura ou área, profundidade), aparência e localização da ferida, ajudam a estabelecer uma referência basal para o tratamento e monitorar qualquer resposta às intervenções^{12,13}. O método de medição deve ser usado com consistência para auxiliar o rastreamento significativo de alterações ao longo de determinado número de dias (7–14 dias, por ex.)¹⁴. Problemas no leito da ferida podem se estender para além das bordas até a pele circundante (por ex. maceração, eritema, edema).

Registre tamanho: comp. ___cm largura ___cm profundidade ___cm																																		
Registre localização																																		
Tipo de tecido	Exsudato	Infecção																																
<p>Assinale</p> <p>Necrótico Δ ___%</p> <p>Esfacelo Δ ___%</p> <p>Granulação Δ ___%</p> <p>Epitelização Δ ___%</p>	<p>Assinale todas Δ aplicáveis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nível</th> <th>Tipo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seco Δ</td> <td>Fino/aquoso Δ</td> </tr> <tr> <td>Baixo Δ</td> <td>Espesso Δ</td> </tr> <tr> <td>Médio Δ</td> <td>Turvo Δ</td> </tr> <tr> <td>Alto Δ</td> <td>Purulento (amarelo/marrom/verde) Δ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Rosa/vermelho Δ</td> </tr> </tbody> </table>	Nível	Tipo	Seco Δ	Fino/aquoso Δ	Baixo Δ	Espesso Δ	Médio Δ	Turvo Δ	Alto Δ	Purulento (amarelo/marrom/verde) Δ		Rosa/vermelho Δ	<p>Assinale todas Δ aplicáveis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Local</th> <th>Disseminando/sistêmica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↑ Dor Δ</td> <td>Quanto ao local e:</td> </tr> <tr> <td>Eritema Δ</td> <td>Eritema Δ</td> </tr> <tr> <td>Edema Δ</td> <td>Pirexia Δ</td> </tr> <tr> <td>Calor local Δ</td> <td>Abscesso/pus Δ</td> </tr> <tr> <td>↑ Exsudato Δ</td> <td>Ruptura da ferida Δ</td> </tr> <tr> <td>Cicatrização demorada Δ</td> <td>Celulite Δ</td> </tr> <tr> <td>Sangramento/tecido de granulação friável Δ</td> <td>Mal-estar geral Δ</td> </tr> <tr> <td>Mau cheiro Δ</td> <td>Contagem elevada de glóbulos brancos Δ</td> </tr> <tr> <td>Tecido de granulação irregular Δ</td> <td>Linfangite Δ</td> </tr> </tbody> </table>	Local	Disseminando/sistêmica	↑ Dor Δ	Quanto ao local e:	Eritema Δ	Eritema Δ	Edema Δ	Pirexia Δ	Calor local Δ	Abscesso/pus Δ	↑ Exsudato Δ	Ruptura da ferida Δ	Cicatrização demorada Δ	Celulite Δ	Sangramento/tecido de granulação friável Δ	Mal-estar geral Δ	Mau cheiro Δ	Contagem elevada de glóbulos brancos Δ	Tecido de granulação irregular Δ	Linfangite Δ
Nível	Tipo																																	
Seco Δ	Fino/aquoso Δ																																	
Baixo Δ	Espesso Δ																																	
Médio Δ	Turvo Δ																																	
Alto Δ	Purulento (amarelo/marrom/verde) Δ																																	
	Rosa/vermelho Δ																																	
Local	Disseminando/sistêmica																																	
↑ Dor Δ	Quanto ao local e:																																	
Eritema Δ	Eritema Δ																																	
Edema Δ	Pirexia Δ																																	
Calor local Δ	Abscesso/pus Δ																																	
↑ Exsudato Δ	Ruptura da ferida Δ																																	
Cicatrização demorada Δ	Celulite Δ																																	
Sangramento/tecido de granulação friável Δ	Mal-estar geral Δ																																	
Mau cheiro Δ	Contagem elevada de glóbulos brancos Δ																																	
Tecido de granulação irregular Δ	Linfangite Δ																																	
Registre tipos de tecido e % de tecido visível no leito da ferida	Registre nível e tipo (consistência e cor, por ex.)	Registre sinais e sintomas. Podem ser específicos da etiologia																																
Objetivo: remover tecido não viável (exemplo: redução de risco de infecção). Proteger e promover crescimento de tecido novo	Objetivo: tratar a causa (exemplo: terapia compressiva) e gerenciar equilíbrio de umidade (Exceção: gangrena seca)	Objetivo: identificar infecção e gerenciar carga microbiana para tratar infecção/ controlar odor																																

2

Figura 3 | Aplicação do Triângulo de Avaliação da Ferida — Borda da ferida

Na cicatrização, as células epiteliais migram através do leito da ferida para cobrir a sua superfície (epitelização). Para permitir a migração, as bordas da ferida devem estar úmidas, intactas, ligadas e alinhadas com a base da ferida¹. A avaliação da borda da ferida pode fornecer informações sobre a etiologia da ferida, como a cicatrização está progredindo e se o plano de manejo atual é eficaz¹⁵. Os problemas comuns incluem:

Maceração	Desidratação	Descolamento	Enrolamento das bordas
			
Δ	Δ	Δ medida ___cm	Δ
Avalie borda da ferida para nível de umidade	Avalie borda da ferida para nível de umidade	Use posições do relógio para registrar localização. Registre extensão do descolamento	Avalie quantidade de enrolamento (pode estar associado a espessamento)
Objetivo: estabelecer causa e corrigir. Responder às preocupações do paciente. Encaminhar p/ especialista	Objetivo: estabelecer causa e corrigir (ex. reidratação) Encaminhar p/ especialista	Objetivo: reduzir quantidade de descolamento/permitir aderência da borda (ex. estimular granulação)	Objetivo: retornar as condições da borda da ferida para as condições que permitam o avanço epitelial

- medicamentos, por ex. corticosteroides, anticoagulantes, imunossupressores, agentes quimioterápicos, medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais
- infecção sistêmica ou local (ex. osteomielite)
- oxigenação reduzida e perfusão tecidual
- idade avançada
- dor
- nutrição e hidratação deficientes
- estilo de vida, ex. elevada ingestão de álcool, tabagismo
- obesidade.

Além disso, é importante compreender como a ferida afeta a vida diária do paciente, por exemplo, níveis de dor entre e durante trocas de curativo, distúrbios do sono, vazamento e mau cheiro.

Investigações adicionais podem ser necessárias em certos tipos de feridas, como o ITB em pacientes com úlceras venosas ou arteriais¹⁶. Entretanto, o diagnóstico de infecção da ferida é uma decisão clínica. Análises microbiológicas não devem ser usadas rotineiramente, mas quando necessário, a biópsia da ferida fornece informações mais precisas¹⁷. Os sinais e sintomas de infecção podem variar de acordo com o tipo da ferida. Por exem-

3

Figura 4 | Aplicação do Triângulo de Avaliação da Ferida — Pele periférica

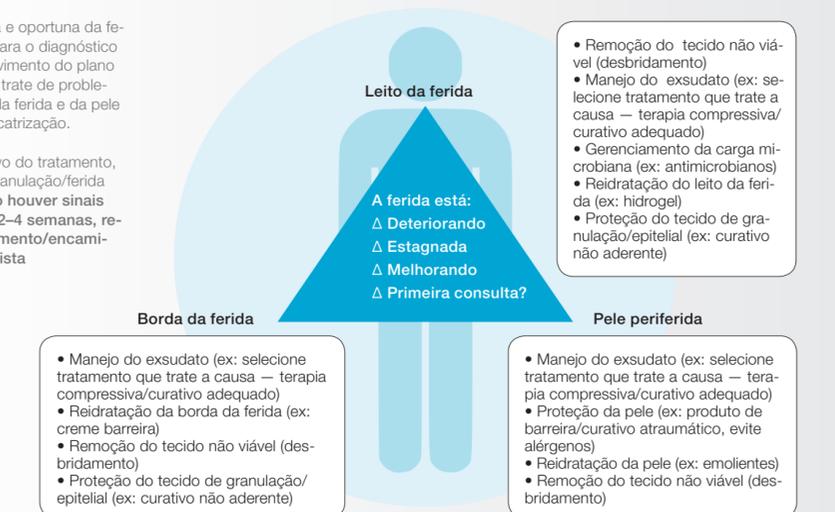
Problemas na pele periférica (pele até 4cm além da borda da ferida e qualquer pele sob o curativo) são comuns e podem atrasar a cicatrização, causar dor e desconforto, aumentar a ferida e afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes^{5,7,22}. A quantidade de exsudato é fator chave no aumento de risco de danos à pele periférica. Maior exposição à umidade reduz a função de barreira da pele e aumenta o risco de sua ruptura e maceração, o que pode tornar os pacientes mais suscetíveis a desenvolver dermatite de contato²³. Eritema e inchaço também podem indicar infecção, que deve ser tratada de acordo com protocolos locais. Além da pele periférica, os pacientes com feridas também devem ser avaliados para problemas que possam afetar sua pele de maneira mais ampla.

Maceração	Escoriação	Pele ressecada	Hiperqueratose	Calo	Eczema
					
Δ ___cm	Δ ___cm	Δ ___cm	Δ ___cm	Δ ___cm	Δ ___cm
Avalie e pele periférica e registre a extensão de quaisquer problemas, por exemplo: <1–4cm da borda da ferida					
Objetivo: proteger área periférica e manter a pele saudável intacta. Estabelecer causa e corrigir, ex. minimizar contato com umidade ou reidratar pele periférica		Objetivo: remoção de placas de hiperqueratose e reidratação		Objetivo: remoção de calos e pressão/carga para evitar recorrência	
				Objetivo: aliviar sintomas e evitar alérgenos	

Figura 5 | Aplicação do Triângulo de Avaliação da Ferida — Elaboração de um plano de gestão

A avaliação precisa e oportuna da ferida é importante para o diagnóstico correto e desenvolvimento do plano de assistência que trate de problemas do paciente, da ferida e da pele que impactam a cicatrização.

Identifique o objetivo do tratamento, ex. 100% tecido granulação/ferida cicatrizada. Se não houver sinais de melhora após 2–4 semanas, revise o plano tratamento/encaminhe para especialista



4