



ARTIGO DE REVISÃO

MANEJO DE SINAIS E SINTOMAS EM FERIDAS TUMORAIS: REVISÃO INTEGRATIVA*

MANAGEMENT OF SIGNS AND SYMPTOMS IN MALIGNANT WOUNDS: AN INTEGRATIVE REVIEW

LA GESTIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HERIDAS MALIGNAS: REVISIÓN INTEGRADORA

Carlos de Jesus Sacramento¹, Paula Elaine Diniz dos Reis², Giovana Paula Rezende Simino³, Christiane Inocencio Vasques⁴.

RESUMO

Trata-se de revisão integrativa com objetivo de identificar intervenções de enfermagem disponíveis para o controle ou redução de sinais e sintomas decorrentes de feridas tumorais em pacientes oncológicos. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca COCHRANE, U. S. National Library of Medicine and The National Institutes of Health e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Foram incluídos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. As evidências foram apresentadas em quatro categorias: odor, exsudato, sangramento e dor. Os estudos analisados apresentam evidências fracas para estabelecer protocolo de condutas no manejo das FTs, pois são intervenções avaliadas ainda em pequeno número de pacientes e com desenho metodológico que não produz evidências fortes. As medidas implementadas, comumente, não são descritas em sua totalidade, o que dificultou a análise dos dados e, conseqüentemente, os resultados desta revisão.

Descritores: Cicatrização; Ferida tumoral; Enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem; Revisão integrativa.

ABSTRACT

This was an integrative literature review in order to identify nursing interventions available for the control or reduction of signs and symptoms of malignant wounds in cancer patients. Data collection was performed in the databases Latin American and Caribbean Health Sciences, Cochrane Library, US National Library of Medicine and The National Institutes of Health and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Twelve articles that met the inclusion criteria were included. Evidence was presented in four categories: odor, exudate, bleeding and pain. The analyzed studies showed weak evidence to establish protocol behavior in the management of MW, as they are interventions which are still evaluated in small numbers of patients, and with a methodological design that does not produce strong evidence. The implemented measures, commonly, are not described at all, making it difficult to analyze the data and consequently the results of this review.

Descriptors: Wound healing; Malignant wounds; Oncology nursing; Nursing care; Integrative review.

RESUMEN

Se trata de una revisión integradora de la literatura con el fin de identificar las intervenciones de enfermería disponibles para el control o reducción de los signos y síntomas de las heridas del tumor en pacientes con cáncer. La recolección de datos se realizó en las bases de datos Literatura Latinoamericana y Ciencias de la Salud del Caribe, Cochrane Library, Estados Unidos Biblioteca Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de Salud y Cumulative Index de Enfermería y Salud Aliada Literatura. Se incluyeron 12 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Se presentaron pruebas en cuatro categorías: olor, exudado, sangrado y dolor. Los estudios analizados mostraron una débil evidencia para establecer el comportamiento de protocolo en la gestión de FT, ya que se evalúan las intervenciones, incluso en un pequeño número de pacientes y el diseño metodológico que no producen una fuerte evidencia. Las medidas implementadas, comúnmente, no se describen en absoluto, por lo que es difícil analizar los datos y por consiguiente, los resultados de esta revisión.

Descriptores: Cicatrización de heridas; Herida tumoral; Enfermería oncológica; Atención de Enfermería, Revisión integradora.

*Trabalho desenvolvido junto ao Grupo de Pesquisa Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa aplicada à Prática Clínica em Oncologia, vinculado ao CNPq.

¹ Enfermeiro. Residente em Enfermagem em Atenção Oncológica do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília, ² Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, ³ Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, ⁴ Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO

As feridas tumorais (FTs), também conhecidas por feridas tumorais malignas cutâneas, acometem cerca de 5 a 10% dos pacientes com diagnóstico de câncer ^(1,2), sendo mais frequentes no câncer de mama, cabeça e pescoço ^(2,3).

Tais feridas possuem características importantes que as diferenciam de outras lesões de pele, a saber: odor fétido, dor, exsudato, sangramentos e a não cicatrização da ferida. Esses sinais e sintomas relacionados às FTs, habitualmente, desencadeiam sérios distúrbios de autoimagem e problemas sociais, especialmente quando localizada na região da cabeça e pescoço ^(1,4).

Diversas terapias podem ser utilizadas para o controle de sinais e sintomas das FTs, como a radioterapia, a quimioterapia e, ainda, a hormonioterapia, indicada em casos de câncer de mama responsivos ao tratamento, que leva à redução da ferida, porém de forma lenta. Existem ainda outros tratamentos sistêmicos e tópicos, tais como os farmacológicos que envolvem o uso de anestésicos, analgésicos e antibióticos ou, ainda, os não farmacológicos de aplicação tópica, a exemplo de antissépticos e coberturas ^(2-3,5,7).

De maneira geral, o enfermeiro possui importância fundamental na avaliação das feridas, uma vez que é o profissional que está em contato contínuo com o paciente. Ademais, sua competência profissional permite a realização da anamnese e exame físico adequados, bem como a indicação e realização da intervenção apropriada para cada situação, cujos objetivos são manter a integridade tissular, aliviar o desconforto, promover sono reparador, autoaceitação, orientar sobre os cuidados com a pele e prevenção de complicações ^(8,10).

O manejo da FT se faz imprescindível nesse contexto e, para que ocorra de maneira

sistematizada, é necessário conhecer as evidências científicas acerca das melhores intervenções para controle ou redução dos sinais e sintomas apresentados.

Assim, o presente estudo tem como objetivos descrever as intervenções de enfermagem disponíveis para o controle ou a redução dos sinais e sintomas decorrentes de feridas tumorais malignas cutâneas em pacientes oncológicos.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, cujo método consiste em realizar síntese do conhecimento produzido sobre determinado assunto a partir de diferentes abordagens metodológicas, sendo construída por meio de análise sistemática e ampla dos estudos disponíveis na literatura científica ^(11,13).

Critério de elegibilidade

Para a construção da questão norteadora deste estudo, foi utilizada a estratégia Pico, acrônimo para (**P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcome - desfecho) ⁽¹³⁻¹⁴⁾, sendo os componentes descritos da seguinte forma: P - Pacientes oncológicos com feridas tumorais malignas cutâneas; I - tratamentos tópicos disponíveis para o controle dos sinais e sintomas das FTs (dor, odor, exsudato e sangramento); C - relação de benefício entre os tratamentos existentes e/ou não tratamento; O - controle ou redução dos sinais e sintomas das feridas tumorais. A partir dessa estratégia emergiu a seguinte questão norteadora: quais são os tratamentos tópicos disponíveis para o controle ou redução dos sinais e sintomas decorrentes de feridas tumorais malignas cutâneas em pacientes oncológicos?

Fontes de informação

Foram consultadas as bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), COCHRANE Library, PUBMED (U. S. National Library of Medicine and The National Institutes of Health) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

Buscas

Foram realizadas em outubro de 2014 e atualizadas em março de 2015. Para tanto, utilizou-se os descritores não controlados *fungatingwounds* e *malignantwounds*, que foram cruzados com as palavras-chave *odor*, *pain*, *exudate* e *bleeding*. As chaves de busca foram estabelecidas e aplicadas igualmente em cada uma das bases de dados consultadas, a saber: [*fungatingwounds* (*odor* OR *pain* OR *exudate* OR *bleeding*)] e [*malignantwounds* (*odor* OR *pain* OR *exudate* OR *bleeding*)]. Foram incluídos todos os estudos que abordassem intervenções de enfermagem com vistas ao manejo de pelo menos um dos sintomas característicos das feridas tumorais malignas cutâneas: odor, dor, exsudato e sangramento; publicados em inglês, português e espanhol.

Processo de coleta de dados

Para coleta dos dados foi construído instrumento baseado no proposto por Vasques *et al.* ⁽¹⁵⁾ composto por dados de identificação do estudo (autores, ano de publicação, tipo de periódico, categorias profissionais envolvidas) e dados relativos ao método e resultados (delineamento, objetivos, amostra,

análise dos resultados encontrados, contribuição para enfermagem e classificação quanto ao nível de evidência).

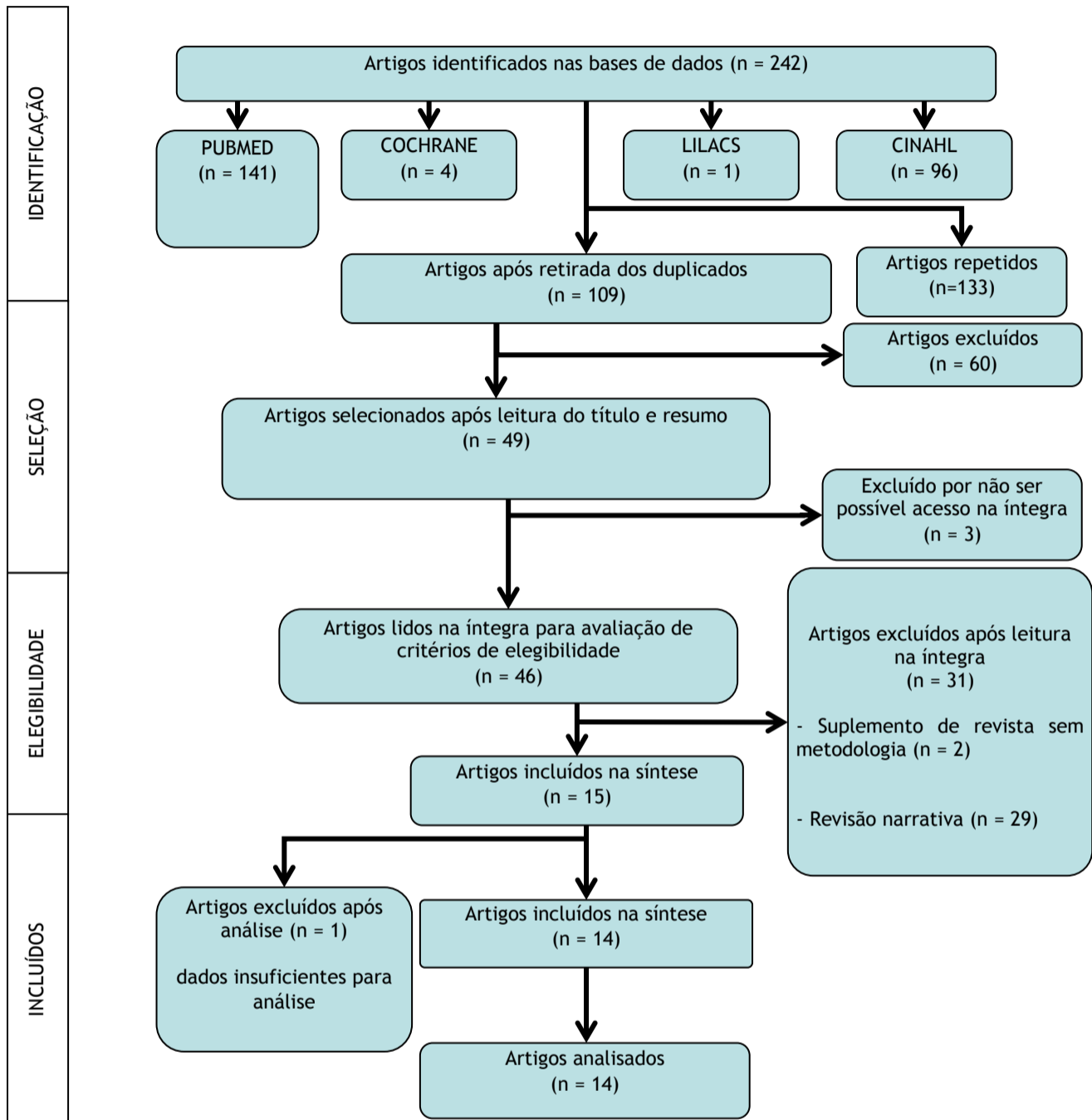
Os estudos analisados foram classificados de acordo com o nível de evidência, a saber: nível 1 - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seleção dos estudos

Foram identificados 242 artigos nas quatro bases de dados consultadas. Após exclusão de artigos repetidos ou que não atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, foram incluídos para síntese 14 artigos. O processo de identificação, inclusão e exclusão dos artigos está apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Seleção dos estudos incluídos na síntese; Brasília, 2015.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Características dos estudos

Os artigos analisados foram publicados no período de 1998 a 2014 em diversos tipos de revistas, tais como: enfermagem geral (n = 2), enfermagem oncológica (n = 1), outras especialidades de enfermagem (n = 1), publicações médicas (n = 2) e publicações em revistas de outras áreas da saúde (n = 6). Os estudos foram desenvolvidos em nove países:

Inglaterra (n = 4), Estados Unidos (n = 2), Singapura (n = 1), Austrália (n = 1), Taiwan (n = 1), África do Sul (n = 1), Japão (n = 1), Dinamarca (n = 1), França (n=1) e Grécia (n = 1). De acordo com o nível de evidência, os artigos foram classificados em nível 2 (n = 2), nível 3 (n = 2), nível 6 (n = 9) e nível 7 (n=1). Outros dados podem ser identificados na figura 2.

Figura 2: Artigos selecionados para a síntese segundo autores, ano de publicação, país de origem, amostra, desfecho avaliado e nível de evidência; Brasília, 2015.

| AUTORES/ ANO | PAÍS | AMOSTRA | SINAL/ SINTOMA AVALIADO | RESULTADOS | NÍVEL DE EVIDÊNCIA |
|--|----------------|---------|--|---|-----------------------|
| ⁽²⁴⁾ Grocott P, 1998 | Inglaterra | 03 | Exsudato | O controle do exsudato foi obtido a partir do uso de coberturas de camadas simples, duplas ou triplas, com modelagem não volumosas para evitar lesões na pele adjacente à ferida. | 6 |
| ⁽²⁵⁾ Grocott P, 2000 | Inglaterra | 45 | Exsudato | Manejo ideal do exsudato com o uso de cobertura de hidrogel de dupla camada e filme de alta capacidade de transferência de vapor e curativo em base gel de glicerina, hidrocoloide oclusivo e cobertura absorvente. | 3 |
| ⁽²⁶⁾ Naylor W, 2001 | Inglaterra | 01 | Exsudato | Melhora no controle do exsudato com redução das necessidades de trocas de curativo para 3/3 dias com cobertura de espuma hidropolímero (Tielleplus®). | 7 |
| ⁽³⁰⁾ Beynon T et al., 2003 | Inglaterra | 03 | Dor | Redução da dor com o uso do Lutrol gel®. | 6 |
| ⁽²²⁾ Kalinski C et al., 2005 | Estados Unidos | 16 | Odor | Redução completa do odor em 63% dos casos (p < 0,05), já nas primeiras 24 horas de uso (p < 0,05). | 3 |
| ⁽¹⁷⁾ Yian LG, 2005 | Singapura | 02 | Odor e exsudato | Controle de odor e exsudato com uso de chá verde. Período entre troca dos curativos foi de 8-12 horas, com absorção de 35-40g de exsudato. | 6 |
| ⁽¹⁸⁾ Mercier D, Knevitt A, 2005 | Austrália | 04 | Odor | Redução do mau odor por meio do uso de creme contendo Lavanda (<i>Lavendulaangustifolha</i>), Patchouli (<i>Pogostemoncablin</i>) e óleo de Melaleuca (<i>Melaleucaalternifolia</i>) numa concentração que variou de 2,5% a 5%. | 6 |
| ⁽²³⁾ Lo SF et Al, 2007 | Taiwan | 01 | Odor e exsudato | Regressão total da ferida após oito semanas com a ferramenta TIME. | 6 |
| ⁽¹⁹⁾ Maund M, 2008 | África do Sul | 02 | Odor, exsudato e dor | Melhora no controle do exsudato e alívio da dor utilizando hidrogel iônico (Actiformcool gel®) + cobertura de espuma hidrocélular. Odor reduzido em três semanas. | 6 |
| ⁽²⁸⁾ Kakimoto M et al., 2010 | Japão | 05 | Sangramento | Redução do sangramento ativo, do odor e do exsudato com o uso da pasta <i>Mohs</i> . | 6 |
| ⁽²¹⁾ Lund-Nielsen B et al., 2011 | Dinamarca | 69 | Tamanho da ferida, limpeza, odor, exsudato e dor | Não houve significância na comparação entre bandagem impregnada com mel (Algivon®) e cobertura com prata nanocristalina (Acticoat®) em diminuição do tamanho da ferida (p=0.563), grau de limpeza (p=0.145), odor (p=0.862), exsudação (p=0.728) e dor (p=0.733). | 2 |
| ⁽²⁰⁾ Kalemikerakiset al., 2012 | Grécia | 26 | Odor | Redução do odor em 76% do grupo tratado com espuma com prata e redução de 30% no grupo tratado com espuma sem prata (p=0.049). | 2 |
| ⁽²⁹⁾ Recka K, Montagnini M, Vitale CA, 2012 | Estados Unidos | 1 | Sangramento | Sangramento controlado com o uso de agentes tópicos (Oximetazolina spray - vasoconstritor + Glicopirrolato) juntamente com cobertura não oclusiva + gaze. | 6 |
| ⁽²⁷⁾ Riot S et al., 2014 | França | 5 | Exsudato | Redução do exsudato, odor e dor, diminuição do número de trocas de curativo e melhora de interações sociais com uso de curativo de pressão negativa. | 6 |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Síntese dos resultados

Para fins de análise, os resultados estão apresentados em quatro categorias, a saber: odor, exsudato, sangramento e dor. Ressalta-se que o mesmo estudo pode aparecer em duas categorias distintas por abordar dois ou mais sintomas.

Odor

O manejo do odor nas FTs foi avaliado em cinco estudos^(17,21). Um estudo de caso⁽¹⁷⁾ avaliou a efetividade do uso de saquinhos de chá verde como cobertura secundária em curativos em duas pacientes com câncer de mama com feridas tumorais estágios 3 e 4, respectivamente. Houve redução do odor avaliado pelos relatos de satisfação dos sujeitos do estudo; além da diminuição do número de troca dos curativos, conseguindo mantê-los por 8 a 12 horas.

Um relato de quatro casos⁽¹⁸⁾ descreveu o uso de aromaterapia tópica como intervenção para mascarar o odor de feridas tumorais presentes em pacientes sob cuidados paliativos. Foi utilizado creme à base de água adicionado de óleos essenciais de Lavanda (*Lavandula angustifolia*), Patchouli (*Pogostemon cablin*) e Melaleuca (*Melaleuca alternifolia*) em concentrações que variaram entre 2,5 a 5%; aplicados duas vezes ao dia. Os resultados apontam que três pacientes tiveram odor reduzido com a dosagem de 2,5% e para o quarto paciente houve necessidade de aumentar a concentração para 5% para que houvesse a redução do sinal. Além disso, os autores afirmaram que os custos da aromaterapia suplantam os de outros produtos comumente utilizados como cobertura para os curativos, sendo o custo da aromaterapia de AU\$0,40 (dólar australiano), o equivalente a R\$ 1,08 (valor baseado no ano de publicação: 2005). Foram descritas, ainda, mudanças de comportamento dos pacientes avaliados como maior interação com seus familiares e diminuição do isolamento social após os

resultados obtidos com a aromaterapia implementada.

Outro relato de dois casos⁽¹⁹⁾ avaliou o uso de hidrogel iônico (Actiformcool gel®) + espuma hidrocélular *versus* hidrogel iônico (Actiformcool gel®) + espuma hidrocélular com adesivo nas bordas. Os produtos utilizados possuem a característica de manter a umidade ideal e proporcionar proteção das terminações nervosas, fato que provê maior conforto. O protocolo de manejo do caso 1 envolvia o uso do hidrogel iônico como cobertura primária e espuma hidrocélular como cobertura secundária, ambas trocadas a cada 48 horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária. Notou-se que após duas semanas de uso os tecidos necróticos se apresentaram mais macios, fato que permitiu a realização de suaves debridamentos mecânicos, reduzindo o tecido necrótico e em consequência obteve-se redução drástica do odor; bem como diminuição do número de trocas do curativo devido à redução de exsudato. Já no caso 2, utilizou-se hidrogel iônico como cobertura primária e espuma com bordas adesivas como cobertura secundária. Esse curativo absorveu completamente o exsudato, protegendo a pele perilesão, além de reduzir o odor. As trocas, nesse caso, foram realizadas a cada 48 horas, tempo maior que com os outros tipos de curativos.

Os curativos tipo espuma com prata foram avaliados em estudo experimental⁽²⁰⁾ com amostra de 26 pacientes. Estes foram randomizados em grupo experimental (n = 13), no qual foi realizada limpeza da ferida com solução salina e polivinilpirrolidona iodo (PVPI) 10% associada à cobertura primária com espuma com prata e grupo controle (n = 13), cuja limpeza foi feita com solução salina e PVPI 10% associados à cobertura primária com espuma sem prata. A troca foi feita de acordo com a necessidade de cada paciente, dependendo da quantidade de exsudato. Os pacientes foram avaliados em relação ao odor no D1 e, posteriormente, uma vez por semana

até o final do estudo (4 meses). Os resultados demonstraram redução de odor em 76% dos pacientes do grupo experimental, enquanto no grupo controle houve redução em apenas 30% ($p = 0,049$), indicando que a espuma com prata é mais eficaz na redução de odor. Os autores destacam que a forma de avaliação do desfecho foi baseada na experiência clínica olfativa dos profissionais e na opinião dos cuidadores quanto à mensuração do odor, que julgaram se este havia reduzido, aumentado ou se mantinha como o inicial.

Estudo experimental ⁽²¹⁾, cuja amostra foi composta por 69 pacientes, avaliou o uso de cobertura revestida por mel (Algivon[®]) + cobertura secundária absorvente (Sorbion[®]) em 35 indivíduos *versus* cobertura primária com prata nanocristalina (Acticoat[®]) + bandagem de espuma (AllevinAdhesive[®]) em 34 indivíduos, com objetivo de reduzir odor e exsudato. O odor foi avaliado no *baseline* e ao longo do tratamento (4 semanas), por meio da escala verbal (VRS) que o classifica em 1: sem mau odor, 2: mau odor leve, 3: mau odor moderado e 4: mau odor forte. As intervenções foram implementadas por 4 semanas e o resultado não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0.862$). No entanto, houve redução significativa do mau odor ao longo do tratamento ($p=0,036$). Os autores citam, ainda, a ocorrência de possíveis efeitos indesejados como pequenas dores em pontada nos primeiros 20-30 minutos após a colocação das coberturas testadas devido à estimulação de receptores nociceptivos, tal evento foi creditado à liberação dos íons prata e ao ácido contido na cobertura impregnada com mel.

O uso de metronidazol gel a 75% foi avaliado para redução do odor ⁽²²⁾ em 16 pacientes durante duas semanas. Estes foram avaliados imediatamente antes de iniciar a aplicação da substância e diariamente em relação ao grau de odor, de acordo com uma escala visual em que 0: sem dor, 1-4: odor

leve, 5-8: odor moderado, 9-10: odor severo. A limpeza da ferida era realizada com solução salina e posteriormente aplicado o metronidazol gel. O curativo utilizava como cobertura primária gaze embebida em petrolato (Adaptic[®]) e gaze estéril como cobertura secundária. Os resultados apontaram redução completa do odor em 63% dos casos ($p < 0,05$), já nas primeiras 24 horas de uso ($p < 0,05$).

Exsudato

O relato de caso ⁽²³⁾ foi conduzido aplicando ao cuidado de ferida tumoral a ferramenta Time - manejo do Tecido; controle da Infecção e Inflamação; equilíbrio da umidade “Moisture” e bordas da ferida “Edges”. O leito da ferida foi limpo com soro fisiológico 0,9% aquecido, aplicando jatos sob pressão nas áreas onde existia tecido desvitalizado e jatos sem pressão em áreas com tecido de granulação para evitar danos. Após tratamento de infecção local, realizado por quatro semanas, foi implementado o uso de cobertura de Hidrogel (DuoDERMHydroactiveSterile Gel[®]). A infecção foi combatida durante as primeiras quatro semanas com uso de Metronidazol tópico sob a forma de gel, aplicado diretamente no leito da ferida, juntamente com cobertura de hidrofibra impregnado com Prata (Aquacel Ag[®]) e gaze como cobertura secundária, ambos trocados duas vezes por semana. O equilíbrio da umidade foi obtido nas primeiras quatro semanas devido às propriedades de absorção do excesso de exsudato e manutenção de umidade do Aquacel Ag[®]. Após esse período, essa cobertura foi substituída por espuma (Biatain[®]). A proteção da pele adjacente à lesão foi feita já na limpeza, foi utilizado sabão líquido com pH entre 4,5-5,7, removedor de resíduos de adesivos das fitas de fixação previamente utilizadas, pó de proteção da pele periestoma seguido de filme de barreira (Cavilon No Sting BarrierFilm[®]), bem como a aplicação de hidrocoloide

(Duoderm[®]) nas áreas de fixação dos adesivos. Essa estratégia obteve sucesso na redução do exsudato, facilitou debridamento de tecido necrosado e, conseqüentemente, reduziu o mau odor.

Estudos ^(24,25) afirmam que os materiais utilizados para controle do exsudato devem possuir tecnologias de transferência de vapor, com o uso de produtos de camadas simples, duplas ou triplas ⁽²⁴⁾. Além disso, os materiais utilizados devem ter boa conformação ao tamanho e posição da FT ^(24,25) e devem ser capazes de conter o exsudato da ferida entre as trocas e serem pouco volumosos; além disso, sua aplicação deve ser feita com atenção especial ao adesivo para que não lesione a pele próxima à ferida ⁽²⁵⁾.

Sete sistemas de manejo de exsudato foram avaliados em 45 pacientes ⁽²⁵⁾ quanto à capacidade de absorção, retenção de exsudato e drenagem do excesso de exsudato pelo curativo. O Sistema 1 avaliou cobertura dupla camada não aderente com uma porção hidrofílica e outra hidrofóbica, gaze seca e materiais de fixação; Sistema 2 - cobertura de alginato dupla camada, gaze seca e materiais de fixação; Sistema 3 - espuma de vapor permeável; Sistema 4 - hidrocoloide oclusivo, curativo gel com glicerina e cobertura absorvente utilizada em pacientes com incontinência; Sistema 5 - cobertura de hidrogel de dupla camada e filme de alta capacidade de transferência de vapor; Sistema 6 - cobertura primária de tripla camada não aderente e filme de alta capacidade de transferência de vapor; Sistema 7 - fibra de alginato dupla camada, espuma de alginato e filme de alta capacidade de transferência de vapor.

Os melhores resultados no controle do exsudato foram encontrados com a aplicação das coberturas propostas pelos sistemas 4 e 5, que obtiveram sucesso em reduzir o exsudato sem diminuir drasticamente a umidade local da ferida, provendo proteção contra traumas e danos relativos ao ressecamento da ferida,

bem como um ambiente propício para o debridamento autolítico.

Em um estudo de caso ⁽²⁶⁾, relatou-se a utilização de cobertura de hidropolímero (Tielleplus[®]) em uma paciente de 69 anos com carcinoma em mama direita e FT em hemitórax direito e antebraço direito. Os resultados apontam redução da necessidade de trocas de curativo, que após o uso de hidropolímero passou a ser realizada a cada 3 dias, devido à capacidade de retenção de exsudato do produto, aumento do conforto ocasionado pela redução do volume e da conformação do curativo no corpo e redução do odor devido ao uso de Metronidazol gel no leito da ferida concomitantemente ao Tielleplus[®].

A redução do exsudato também foi aferida como efeito secundário após implementação de medida alternativa em um estudo de caso ⁽¹⁷⁾, no qual o uso de um conjunto de cinco saquinhos de chá verde como cobertura secundária demonstrou capacidade de reter de 35 a 40g de exsudato sem que houvesse extravasamento para a região próxima ao leito da ferida. Já em estudo experimental ⁽²¹⁾ com 69 pacientes, o exsudato foi avaliado segundo a escala VRS, que o classifica em 1 - ausência de exsudato (nenhuma troca de curativo em uma semana), 2 - pequeno volume, troca de curativo 1 vez por semana, 3 - volume moderado, troca a cada 2 ou 3 dias, 4 - grande volume com troca de curativo diária ou a cada dois dias. As intervenções foram implementadas por 4 semanas e o resultado não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0.728$).

O controle do exsudato por meio de terapia de pressão negativa foi descrito em série de casos ⁽²⁷⁾. Tal terapia aborda o conceito proposto pelos autores, denominado "NPWT *ad vitam*", que consistia em debridamento cirúrgico dos tecidos necróticos e bordas perilesional das FTs e instalação de sistema composto por cobertura primária de

espuma convencional (V.A.C granufoam®) e filme plástico a vácuo (V.A.C. KCI®), como cobertura secundária, no pós-operatório imediato, além de manutenção deste conquanto não houvessem efeitos indesejados. Essa técnica foi implementada em 5 pacientes com FT. Os pesquisadores instalavam o sistema em modo contínuo e pressão de 100-125mmHg e o curativo mantido entre 5-8 dias. O paciente era mantido internado ao menos até a primeira avaliação, realizada durante a primeira troca do curativo. Caso o resultado fosse positivo, o paciente era liberado para manutenção do tratamento em casa com a troca realizada por enfermeiros especializados. A avaliação das lesões compreendia a dor, frequência de trocas do curativo, odor, exsudato e sensação de bem-estar do paciente. Houve redução de exsudato, de acordo com a avaliação dos autores. Secundariamente, houve redução de odor, avaliado por meio da diminuição da frequência de trocas do curativo, dore melhora da sensação de bem-estar referida pelos próprios pacientes. Os autores relataram não ter havido qualquer evento de sangramento nos pacientes avaliados.

Sangramento

Para reduzir sangramento, o uso da técnica hemostática química, denominada quimiocirurgia, foi aplicada em cinco pacientes com câncer de mama ⁽²⁸⁾. Essa técnica consiste na aplicação tópica de um produto denominado pasta *Mohs*, composta por 60g de cloreto de zinco, 30 mL de água destilada, 30g de pó de Zinco e 15 mL de glicerina. Segundo os autores, há necessidade de administração prévia de anestésico devido a possíveis episódios de dor durante a aplicação da quimiocirurgia. Além disso, a área perilesão deve ser protegida com gaze e a pasta aplicada diretamente na lesão durante cinco a dez minutos, tempo suficiente para interromper o sangramento. Os resultados apontaram redução significativa do

sangramento nos cinco pacientes avaliados e, de forma secundária, redução do odor e exsudato. O controle do sangramento foi mantido por um período que variou de 3 semanas a 3 meses, o que propiciou a troca de curativos, em domicílio, pelos familiares após orientações da equipe.

O uso de oximetazolina spray foi descrito em relato de caso ⁽²⁹⁾ de um paciente com extensa lesão submandibular que apresentava perdas sanguíneas a cada troca de curativo. O spray era aplicado diretamente na ferida seguido de cobertura primária não aderente e cobertura secundária com gaze. A fim de evitar o acúmulo de secreção na traqueostomia do paciente e reduzir a quantidade de manipulações da área adjacente à ferida, foi utilizado Glicopirrolato. As coberturas utilizadas não foram divulgadas; no entanto os autores trazem exemplos de coberturas com propriedade não aderente: a base de silicone (Mepitel® e Mepilex®); hidrogéis (Kendall Aquaflo®, Medline Derma-Gel®); gaze embebida em *petrolatum* e coberturas de espuma. Os resultados demonstraram controle do sangramento, observando-se um aspecto mais confortável do paciente, que veio a óbito de forma mais humanizada e sem sangramentos após 17 dias de implementação de cuidados.

Dor

Um relato de três casos ⁽³⁰⁾ descreveu a utilização do produto denominado Lutrol gel®, gel termorreversível que possui propriedade de aumentar a viscosidade de acordo com o aumento da temperatura do local onde está em contato, o que acontece particularmente acima dos 20°C. Após uso do Lutrol gel®, os pacientes apresentaram melhora da dor na pele perilesão (n=2) e na pele periestoma (n=1). As análises foram feitas a partir de uma escala vertical numérica (*NRS* em inglês) de 11 pontos, em que 0 representa “ausência total de dor” e 10 representa “pior dor possível”.

O alívio da dor segue a mesma escala, em que 0 representa “sem alívio da dor” e 10 representa “alívio completo da dor”. Para a avaliação da condição da pele, foi utilizada uma escala numérica de seis pontos baseada no sistema TELLER onde 0 representa pele com eritema e macerada” e o 6 representa “pele intacta sem áreas de rubor”. No 1º caso, uma paciente com lesão dolorosa (NRS = 10) em região vulvar com classificação TELLER = 1 (pele extremamente ruborizada com rachaduras ou formação de bolhas), recebeu aplicação de Lutrol gel® em pele perilesão juntamente com hidrogel em área de lesão, o resultado foi relatado pela paciente como alívio dos sintomas após 20 minutos de aplicação, que perdurou por um período de 6 a 8 horas. Oito dias após início do tratamento, a paciente relatou dor NRS = 7 e alívio da dor NRS = 8, sendo que a classificação da pele manteve-se com TELLER = 1. O tratamento foi seguido com a paciente em casa com o auxílio de uma enfermeira, mantendo redução dos sintomas até sua morte meses depois. Caso 2: utilização de Lutrol gel® com lidocaína gel proporcionou melhora da dor (NRS = 6) durante uma semana e do incômodo causado por lesões em região perineal após radioterapia. A pele foi avaliada e observou-se escoriações e áreas de inflamação intensa com ruptura da pele (TELLER = 1). A paciente utilizou o Lutrol gel® com lidocaína 2%. Após uma semana de uso, sua dor obteve classificação NRS = 4, alívio da dor com NRS = 8. A pele foi reavaliada e mantinha ainda áreas bastante ruborizadas, porém sem rachaduras (TELLER = 2). O tratamento foi continuado por dois anos quando a paciente morreu por causas não relacionadas à lesão.

O terceiro caso, um paciente com colostomia pós fístula colo-vaginal secundária ao tratamento radioterápico, apresentava dor na pele periestoma devido à irritação proveniente de contato da pele com fezes de consistência diarreica. O Lutrol gel® sem lidocaína começou a ser utilizado e após uma

semana de uso a dor que era 11 na escala NRS caiu para 9 e depois para 7; após três meses caiu para 2. Sua condição de pele foi descrita como alívio completo após os 3 meses. Quanto à classificação da pele, na primeira semana não houve ganho substancial na condição (TELLER = 1), um mês após início do uso houve melhora, TELLER = 3 (pele ruborizada com manchas vermelhas) e três meses após o uso do produto as rachaduras da pele estavam curadas, apresentando apenas um discreto rubor com TELLER = 4 (pele com rubor difuso).

Os autores recomendam o Lutrol gel® para proteção de regiões de difícil acesso como períneo, fístulas, estomias e toda pele que entre em contato direto com evacuações ou limpezas frequentes. O resultado alcançado no caso 3 sugere que o produto possa ter efetividade também como barreira para proteger a pele saudável dos ataques de soluções, secreções, excrementos e tratamentos. Além disso, os pacientes relataram diminuição da dor e aumento na amplitude de movimentos.

O manejo da dor também foi avaliado no estudo experimental ⁽²¹⁾ que comparou o uso de coberturas primárias com prata nanocristalina (Acticoat®) e cobertura impregnada com mel (Algivon®) em 69 pacientes. Foi utilizada a escala visual analógica (VAS), em que 0 representa nenhuma dor e 10 a pior dor possível. Os resultados indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0.733). Os autores justificam os dados inconsistentes devido à dificuldade dos pacientes em relatar a localização da dor, entre tecidos mais profundos acometidos pelo tumor e os tecidos mais superficiais das feridas tumorais.

Sumário de evidências

O presente estudo buscou descrever as evidências científicas acerca de intervenções tópicas disponíveis para controle ou redução dos sinais e sintomas decorrentes de feridas

tumorais malignas cutâneas, a saber: dor, odor, exsudato e sangramento.

Os resultados dessa síntese demonstraram baixo nível de evidência para o manejo tópico das FTs, uma vez que os estudos aqui analisados são, em sua maioria, oriundos de relato de casos e opinião de especialistas. Isso pode ser explicado, em parte, devido à baixa prevalência de feridas tumorais, bem como à dificuldade de se realizar estudos comparativos devido às características de progressão dos sintomas que as FTs possuem.

Os curativos de espuma com prata ⁽²⁰⁾ foram recomendados por reduzirem em 76% o odor em feridas, em relação aos 30% obtidos no grupo controle, que utilizou espuma sem prata como cobertura primária com $p=0,049$. Essa cobertura também foi comparada à cobertura revestida por mel (Algivon®) ⁽²¹⁾ não obtendo diferença estatisticamente significativa entre as duas ($p=0,862$) nas quatro semanas de estudo. Em contrapartida, foram citadas desvantagens do seu uso como dor local sentida durante os primeiros 20-30 minutos da aplicação do produto, possivelmente, devido à liberação de íons Prata no leito da ferida ⁽²¹⁾.

Outra estratégia avaliada foi o uso de saquinhos de chá verde como cobertura secundária ⁽¹⁷⁾, por meio dos quais se obteve o controle de odor pela retenção do exsudato produzido nas lesões. O uso de metronidazol gel a 75% também demonstrou controle do odor na maior parte dos pacientes avaliados já nas primeiras 24 horas após a aplicação ⁽²²⁾.

Para aqueles casos em que existe dificuldade no alcance de sucesso nas estratégias de controle do odor, foi descrito o uso de óleos essenciais de Lavanda, Patchouli ou Melaleuca em apresentação de creme à base de água, que apresenta menor custo em relação aos curativos “tradicionais” e retorno positivo dos pacientes sob estudo com descrição de melhora no convívio social com diminuição do isolamento ⁽¹⁸⁾.

O controle do odor foi também obtido de forma secundária naqueles estudos que abordaram a redução do exsudato ^(19,21,27), sob a justificativa de que a redução desse sintoma, por meio do melhor controle da umidade local e da redução do tecido necrótico, acabaram por influenciar a redução do mau odor.

Cabe destacar que o controle do exsudato é importante, pois melhora as características da área de lesão e perilesão, tal como descrito com a utilização da ferramenta Time, que sugere que o controle da umidade seja um dos pilares do manejo da FT⁽²³⁾; assim como a terapia de pressão negativa ⁽²⁷⁾. Além disso, a redução do exsudato permite troca menos frequente de curativos, o que permite oferecer melhor condição de vida ao paciente.

Algumas características foram citadas como imprescindíveis para a cobertura que visa ao controle ideal do exsudato ^(17,24,26), tais como tecnologia de transferência de vapor, camadas simples, duplas ou triplas, a serem utilizadas de acordo com o grau de exsudação apresentado pela ferida; além de coberturas que se moldem aos contornos do corpo humano e sejam não aderentes para evitar traumas durante o processo de remoção do curativo.

O sangramento é um sinal que ocorre frequentemente em FT, principalmente durante a troca de curativo, devido à extensa vascularização presente nessas lesões, características próprias da neoplasia maligna. Vasoconstrictores como a Oximetazolina spray ⁽²⁹⁾ e técnicas de quimioterapia como a aplicação da pasta Mohs⁽²⁸⁾ apresentaram grande potencial hemostático, apesar do pequeno número de pacientes submetidos às técnicas.

Em relação à dor, o uso de gel termorreversível (Lutrol gel®) com ou sem lidocaína gel concomitante ⁽³⁰⁾, bem como de coberturas hidrocélulas e de espuma não aderente aliado a hidrogel (ActiFormCool® gel)

⁽¹⁹⁾, foram descritos como intervenções terapêuticas devido à manutenção da umidade no leito da ferida e proteção das terminações nervosas ⁽¹⁹⁾ e até mesmo profiláticas, por meio da hidratação da pele com formação de barreira protetora diante das agressões oriundas de secreções, conteúdos ácidos ou até mesmo traumas na retirada das coberturas ⁽³⁰⁾; porém, com baixo grau de evidência.

Limitações

Os estudos analisados apresentam evidências fracas para estabelecer protocolo de condutas no manejo de sinais e sintomas das FTs, pois são intervenções avaliadas ainda em pequeno número de pacientes e sem o devido rigor metodológico necessário para produção de evidências fortes. As medidas implementadas comumente não são descritas em sua totalidade, o que dificultou a análise dos dados e, conseqüentemente, os resultados desta revisão.

Diferentes instrumentos ou ausência de instrumentos e escalas para mensuração dos desfechos também prejudicou a análise e comparação entre os estudos que utilizaram os mesmos tipos de cobertura. Observou-se que a avaliação dos desfechos, na maioria dos estudos, foi baseada nos relatos dos pacientes.

O financiamento e/ou patrocínio de grandes empresas multinacionais fabricantes dos produtos testados aliado à falta de metodologias detalhadas em determinadas produções não favorece a confiabilidade dos resultados.

CONCLUSÃO

Muitos são os produtos disponíveis para o manejo de sinais e sintomas decorrentes de feridas tumorais. Observou-se que as intervenções utilizadas com o objetivo de reduzir exsudato também ocasionaram a redução do odor. Aquelas aplicadas para redução de sangramento, como vasoconstritores, foram efetivas na amostra

estudada; assim como o gel termorreversível para o controle da dor. Entretanto, não é possível recomendar o uso de qualquer destas intervenções por se tratarem de estudos cujos delineamentos não são capazes de confirmar a efetividade das intervenções aqui analisadas.

Cabe ressaltar a importância da condução de estudos clínicos comparativos, por enfermeiros que lidam com esta temática na prática clínica, afim de que seja possível traçar condutas para o manejo mais efetivo das feridas tumorais.

* O estudo encontra-se no formato recomendado pelo Prisma (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies) para apresentação de estudos de revisão.

REFERÊNCIAS

- 1- Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. Br. j. nurs. 2001. S33-S36.
- 2- Lo SF, Hayter M, Hu WY, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. J. adv. nurs. 2012; 68(6):1312-21.
- 3- Zeppetella G. Symptom Control In: Zeppetella G, editor. Palliative care in clinical practice. London: Springer-Verlag; 2012. p. 25-146.
- 4- Poletti NAA, Caliri MHL, Simão CD, Soares R, Juliani KB, Tácito VE. Feridas malignas: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Cancerol. 2002; 48(3):411-7.
- 5- Sopata M, Tomaszewska E, Muszyński Z, Ciupińska M, Kotlińska-Lemieszek A. The pilot study assessing efficacy and versatility of novel therapy for neoplastic ulceration: clinical and microbiological aspects. Postep. Derm. Alergol. 2013; 4: 237-45.
- 6- Matsubara MGS. Feridas neoplásicas. In: Matsubara MGS, Villela D, Hashimoto SY, Reis HCS, Saconato RA, Denardi UA *et al.* Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar; 2011. p. 33-46.

- 7- Graves M, Sun V. Providing quality wound care at the end of life. *J. hosp. palliat. nurs.* 2013;15 (2):66-74.
- 8- Leite AC. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. *Rev. cient. HCE.* 2007; 2(2): 36-40.
- 9- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Cap. 56 - Cuidados aos pacientes com problemas dermatológicos. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner&Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro-RJ: Ed. Guanabara Koogan; 2005. p. 1678-1720.
- 10- Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.
- 11- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* (Online). 2008; 17(4):758-64.
- 12- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. São Paulo: Einstein; 2010; 8 (1 Pt 1); 102-6.
- 13- Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- 14- Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latinoam. Enfermagem* (online). 2007, v. 15, n. 3.
- 15- Vasques CI, Rodrigues CC, Reis PED, de Carvalho EC. Nursing care for Hodgkin's lymphoma patients subject to chemotherapy: an integrative review. *Online braz.J. nurs.*(Internet). 2008 March [Cited 2014 Apr 27]; 7 (1): Disponível em:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1416>
- 16- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.
- 17- Yian LG. Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Nurs. j. Singapore.* 2005 Jun; 32(2):42-8.
- 18- Mercier D, Knevitt A. Using topical aromatherapy for the management of fungating wounds in a palliative care unit. *J. wound care.* 2005 Nov; 14(10):497-501.
- 19- Maund M. Use of an ionic sheet hydrogel dressing on fungating wounds: two case studies. *J. wound care.*2009 Sep; 18(9):374-82.
- 20- Kalemikerakis J, Vardaki Z, Fouka G, Vlachou E, Gkovina U, Kosma E, Dionyssopoulos A. Comparison of foam dressings with silver versus foam dressings without silver in the care of malodorous malignant fungating wounds. *J. BUON.* 2012, 17:560-4.
- 21- Lund-Nielsen B, Adamsen L, Kolmos HJ, Rorth M, Tolver A, Gottrup F. The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds-a randomized study. *Wound repair regen.*2011;19(6):664-70.
- 22- Kalinski C, Schnepf M, Laboy D, Hernandez L, Nusbaum J, McGrinder B, Comfort C, Alvarez OM. Effectiveness of a topical formulation containing Metronidazole for wound odor and exudate control. *Wounds.* 2005 April; 17(4):84-90.
- 23- Lo SF, Hsu MY, Hu WY. Using wound bed preparation to heal a malignant fungating wound: a single case study. *J. wound care.*2007 Oct; 16(9):373-6.
- 24- Grocott P. Exudate management in fungating wounds. *J. wound care.* 1998; 7(9):445-8.
- 25- Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J. wound care.* 2000; 9(1):4-9.
- 26- Naylor W. Using a new foam dressing in the care of fungating wounds. *Br. j. nurs.*2001 Mar; 10(6 Suppl):S24-30.

27- Riot S, de Bonnezeze G, Garrido I, Ferron G, Grolleau J-L, Chaput B. Is the use of negative pressure wound therapy for a malignant wound legitimate in a palliative context? "The concept of NPWT *advitam*": A case series. *Palliat. med.* 2014 Dec; 28(10):1-4

28- Kakimoto M, Tokita H, Okamura T, Yoshino K. A chemical hemostatic technique for bleeding from malignant wounds. *J. palliat. med.* 2010 Jan; 13(1):11-3.

29- Recka K, Montagnini M, Vitale CA. Management of bleeding associated with malignant wounds. *J. palliat. med.* 2012 Aug; 15(8):952-4.

30- Beynon T, Laverty D, Baxter A, Forsey P, Grocott P. Lutrol gel: A potential role in wounds? *J. painsymptommanage.* 2003 Aug; 26(2):776-80.

NOTA: Trabalho desenvolvido como pré-requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Área de Concentração Enfermagem em Atenção Oncológica.

Recebido em: 10/03/2015

Versão final reapresentada em: 18/04/2015

Aprovado em: 18/04/2015

Endereço de correspondência

Christiane Inocencio Vasques
Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro,
Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de
Enfermagem, Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70910-
900.

E-mail: chvasques@unb.br