

Preparação do leito da ferida 2021

R. Gary Sibbald, MD, DSc (Hons), MEd, BSc, FRCPC (Med Derm), FAAD, MAPWCA, JM, Professor de Medicina e Saúde Pública, Diretor, Curso Internacional Interprofissional de Tratamento de Feridas e Mestrado em Ciências em Saúde Comunitária, Escola de Saúde Pública Dalla Lana, Universidade de Toronto, Ontário, Canadá James A. Elliott, MMSc, Gerente de Projetos, ECHO Ontario Skin and Wound Care, Toronto Regional Wound Healing Clinic, Mississauga, Ontário, Canadá Reneeka Persaud-Jaimangal, MD, MScCH, IIWCC, Coordenador Clínico, ECHO Ontario Skin and Wound Care, Toronto Regional Wound Healing Clinic, Mississauga, Ontário, Canadá Laurie Goodman, MHScN, RN, IIWCC, Coordenador de Curso e Codiretor, WoundPedia, Mississauga, Ontário, Canadá David G. Armstrong, DPM, MD, PhD, Professor de Cirurgia e Diretor, Southwestern Academic Limb Salvage Alliance, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles Catherine Harley, RN, EMBA, Chief Executive Officer, Nurses Specialized in Wound, Ostomy & Continence Canada, Ottawa, Ontário, Canada Sunita Coelho, BScN, RN, IIWCC, Toronto Regional Wound Healing Clinic, Mississauga, Ontario, Canada Nancy Xi, MD, CCFP, Family Physician, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario, Canada Robyn Evans, MD, MSc, Diretor, Wound Healing Clinic, Women's College Hospital, Toronto, Ontário, Canadá Dieter O. Mayer, MD, FEBVS, FAPWCA, Department of Surgery, Cantonal Hospital of Fribourg, Switzerland Xiu Zhao, MD, CCFP, Family Physician, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontário, Canadá Jolene Heil, BScN, CNS, IIWCC, MCISc, Advanced Practice Nurse, Providence Care, Kingston, Ontário, Canadá Bharat Kotru, PhD, IIWCC, Podólogo, Max Super Specialty Hospital, Bathinda, Punjab, Índia Barbara Delmore, PhD, RN, CWCN, MAPWCA, IIWCC, FAAN, Senior Nurse Scientist, Center for Innovations in the Advancement of Care, NYU Langone Health, Nova York, NY Kimberly LeBlanc, PhD, RN, NSWOC, WOCC(C), FCAN, Presidente, Wound Ostomy Continence Institute, Nurses Specializado em Wound Ostomy Continence Care Canada, Ottawa, Ontário, Canadá Elizabeth A. Ayello, PhD, MS, BSN, RN, CWON, ETN, MAWPCA, FAAN, Professora Emérita, Excelsior College of Nursing, Albany, Nova York; Conselheiro Sênior do Instituto John A. Hartford de Enfermagem Geriátrica, Nova York; Presidente, Ayello, Harris, & Associates, Nova York, NY Hiske Smart, MA, RN, PG Dip (Reino Unido), IIWCC, Gerente, Unidade de Tratamento de Feridas e Oxigenoterapia Hiperbárica, Hospital Universitário King Hamad, Muharrag, Reino do Bahrain Gulnaz Tariq, MSc, RN, PG Dip (PAK), BSc, IIWCC, MSc (UK), Manager, Wound Care/Surgical Units, Sheikh Khalifa Medical City, Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos Afsaneh Alavi, MD, Consultor Sênior, Departamento de Dermatologia, Mayo Clinic, Rochester, MN Ranjani Somayaji, BScPT, MD, MPH, FRCPC, Professor Assistente, Departamentos de Medicina; Microbiologia, Imunologia e Doenças Infecciosas; e Ciências da Saúde Comunitária; Cumming School of Medicine, University of Calgary, Alberta, Canadá



OBJETIVO GERAL: Apresentar a atualização 2021 do paradigma de Preparação do Leito de Feridas.

PÚBLICO-ALVO: Esta atividade de educação continuada destina-se a médicos, médicos assistentes, enfermeiros e enfermeiros com interesse em cuidados com a pele e feridas.

OBJETIVOS/RESULTADOS DE APRENDIZAGEM: Após participar desta atividade educativa, o participante irá: 1.

Aplicar estratégias de avaliação de feridas.

2. Identifique as preocupações do paciente sobre os cuidados com a ferida.

3. Selecione as opções de tratamento para feridas curáveis, não curáveis e de manutenção.

A Dra. LeBlanc revelou que é palestrante da Hollister, Coloplast, 3M e Mölnlycke. A Dra. Ayello revelou que recebeu bolsas de educação/pesquisa da Sage/Stryker e Calmoseptine. O Dr. Sibbald recebeu doações da Mölnlycke, Calmoseptine e do Governo de Ontário para o Projeto ECHO Skin and Wound. Os demais autores, professores, funcionários e planejadores, incluindo cônjuges/parceiros (se houver), em qualquer posição para controlar o conteúdo desta atividade do CME/NCPD, revelaram que não têm relações financeiras ou interesses financeiros em qualquer empresa relevante para esta atividade educacional. Conteúdo digital suplementar está disponível para esse artigo. As citações diretas de URL aparecem no texto impresso e são fornecidas nas versões HTML e PDF deste artigo no site da revista (www.ASWCjournal.com).

Para ganhar crédito CME, você deve ler o artigo CME e completar o questionário online, respondendo corretamente pelo menos 7 das 10 perguntas. Esta atividade de educação continuada expirará para médicos em 31 de março de 2023 e para enfermeiros em 3 de março de 2023. Todos os testes agora estão apenas online; faça o teste em <http://cme.lww.com> para médicos e www.NursingCenter.com/CE/ASWC para enfermeiros. As informações completas do NCPD/CME estão na última página deste artigo. Copyright © 2021 o(s) autor(es). Publicado por Wolters Kluwer Health, Inc. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivativos 4.0 (CCBY-NC-ND), onde é permitido baixar e compartilhar o trabalho desde que devidamente citado. O trabalho não pode ser alterado de forma alguma ou utilizado comercialmente sem a permissão da revista.



RESUMO

A Preparação do Leito da Ferida é um paradigma para otimizar o tratamento de feridas crônicas. Essa abordagem holística examina o tratamento da causa e as preocupações centradas no paciente para determinar se uma ferida é curável, uma ferida de manutenção ou não curável (paliativa). Para feridas curáveis (com suprimento sanguíneo adequado e causa passível de correção), o equilíbrio de umidade é indicado juntamente com desbridamento ativo e controle de infecção local ou inflamação anormal. Em manutenção e feridas não curáveis, a ênfase muda para o conforto do paciente, alívio da dor, controle do odor, prevenção de infecção pela diminuição de bactérias na superfície da ferida, desbridamento conservador de esfacelo e gerenciamento de umidade, incluindo controle de exsudato. Nesta quarta revisão, os autores reformularam o modelo em 10 afirmações. Este artigo focará a literatura nos últimos 5 anos ou novas interpretações da literatura mais antiga. Esse processo foi desenvolvido para facilitar a tradução do conhecimento no ambiente clínico e melhorar os resultados dos pacientes a um custo menor para o sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: desbridamento, exsudato, cura, infecção, inflamação, controle de umidade, dor, paradigma, cuidado centrado no paciente, preparação do leito da ferida, cicatrização de feridas

ADV CUIDADOS COM A PELE 2021;34:183-95.

DOI: 10.1097 / 01.ASW.0000733724.87630.d6

INTRODUÇÃO

A Preparação do Leito da Ferida (WBP) é uma abordagem estruturada para a cicatrização de feridas. Agora entrando em sua terceira década de uso generalizado, o paradigma WBP foi publicado pela primeira vez em 2000, com atualizações periódicas em 2003, 2006, 2011, 2015 e agora 2021. Este artigo lista 10 declarações formuladas a partir de versões anteriores do modelo WBP, relata o resultados de uma pesquisa com os atuais profissionais de tratamento de feridas realizada para alcançar um consenso sobre esses princípios e resume as evidências relacionadas que ocorreram durante a afirmação. Esta última iteração apresenta as seguintes mudanças principais:

1. Doppler portátil audível (AHHD) da artéria dorsal do pé ou da artéria tibial posterior como uma alternativa ao tradicional índice de pressão tornozelo-braquial (ABPI) para a avaliação clínica do suprimento arterial adequado para curar e capacidade de aplicar a terapia de compressão com segurança
2. Abordagens atualizadas para o manejo da dor tópica e sistêmica para pessoas com feridas
3. Uma atualização sobre o manejo de feridas de manutenção e não curáveis
4. Novos facilitadores para facilitar a disseminação do conhecimento para os outros oito componentes do WBP

Sackett e colegas¹ definem a medicina baseada em evidências como "integrar a experiência clínica individual e a melhor evidência externa". Especificamente, os três pilares da medicina baseada em evidências incluem evidências científicas, conhecimento especializado e preferência do paciente. Eles estão incorporados nas 10 declarações incluídas no paradigma WBP 2021 (Figura 1).

O envolvimento das partes interessadas no processo de avaliação foi sugerido como estratégia para preencher a "lacuna de tradução". realizaram uma pesquisa abrangente da literatura recente, cujos resultados estão incluídos ao longo deste documento. Por fim, o WBP 2021 inclui um conjunto de facilitadores para a tradução do conhecimento em prática. Esses ativadores são ferramentas destinadas ao uso no ponto de atendimento para aprimorar a implementação das instruções do WBP.

MÉTODOS

Dez afirmações foram inicialmente desenvolvidas pelos autores com base em versões anteriores do paradigma WBP e informadas por uma revisão da literatura recente. Essas declarações iniciais foram usadas para criar uma pesquisa on-line e um conjunto de "habilitadores" visuais que adicionaram mais detalhes a cada declaração. Algumas das 10 declarações foram subdivididas em subdeclarações com letras (1A, 1B, 1C, etc.). A pesquisa foi revisada de forma iterativa e avaliada quanto à validade de face e conteúdo por um total de 20 desenvolvedores e partes interessadas externas no tratamento de feridas durante um período de 6 meses e finalizada para envio.

A pesquisa (Tabela Suplementar 1, <http://links.lww.com/NSW/A58>) foi enviada a uma amostra intencional de líderes de opinião (KOLs) de cura de feridas. Os autores escolheram pelo menos um KOL de cada continente e de cada profissão-chave de cura de feridas: médicos, enfermeiros e profissionais de saúde aliados. Para cada afirmação, os respondentes declararam se concordavam fortemente, alguns concordavam, discordavam um pouco ou discordavam totalmente.

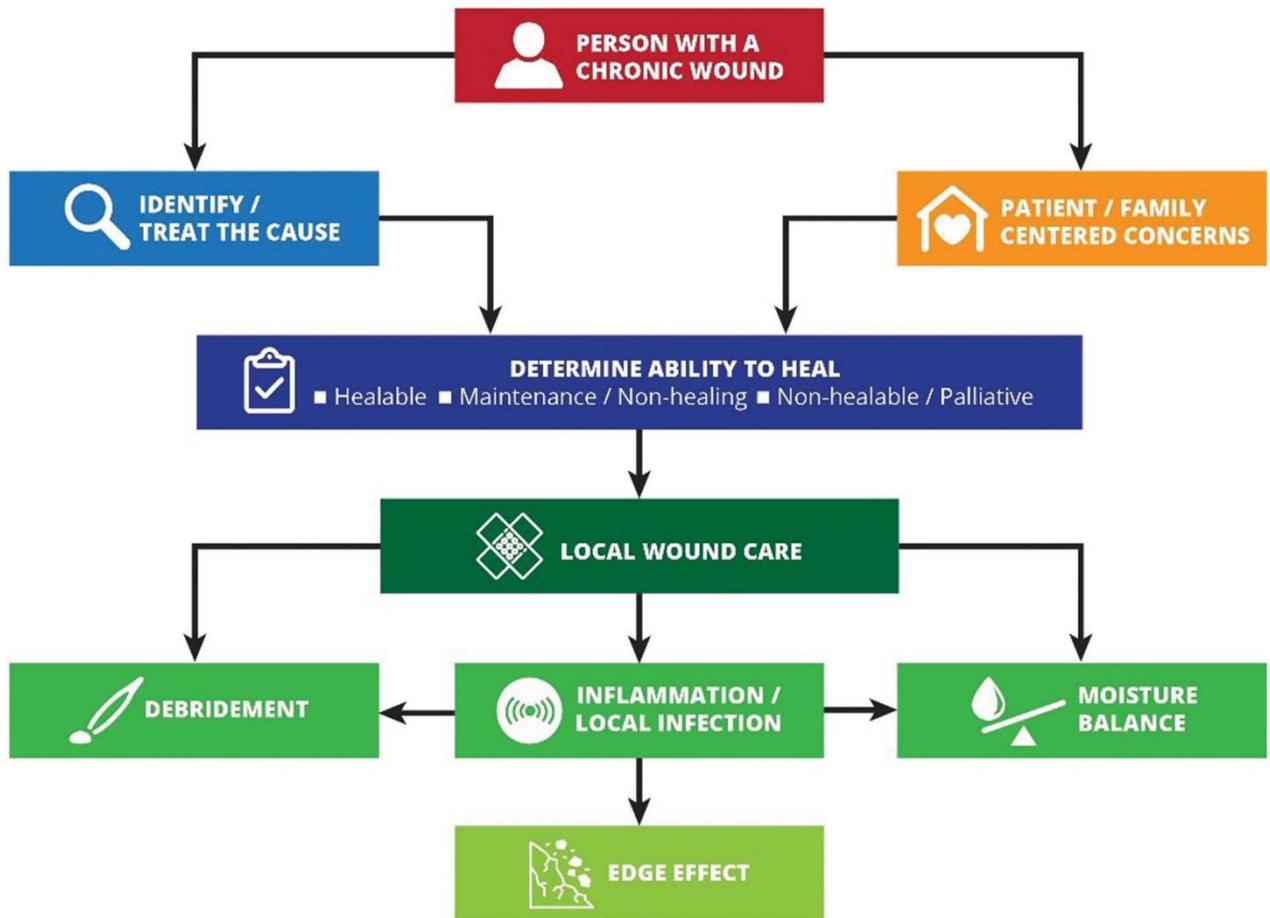
O nível de consenso desejado para a aceitação da afirmação foi de 80% dos entrevistados concordando um pouco ou concordando fortemente com a afirmação. A pesquisa também foi enviada para as turmas de graduação dos Cursos Internacionais Interprofissionais de Tratamento de Feridas (IIWCC) em Abu Dhabi e Canadá. Os entrevistados estavam completando um ano de treinamento KOL com um certificado de conclusão. A maioria (mas não todos) os membros da classe participaram voluntariamente.

RESULTADOS Foram solicitadas pesquisas de KOLs (n = 21) e alunos da turma do IIWCC 2020 de Abu Dhabi (n = 66) e Canadá (n = 65). O consenso dos 21 KOLs para cada afirmação ficou entre 86% e 100% (Tabela Suplementar 2, <http://links.lww.com/NSW/A59>). A turma do IIWCC de 2020 em Abu Dhabi demonstrou 98% a 100% de consenso (Tabela Suplementar 3, <http://links.lww.com/NSW/A60>), e a turma no Canadá alcançou um consenso de 85% a 100% (Tabela Suplementar 4, <http://links.lww.com/NSW/A61>). O resultado mais notável, além do geralmente alto nível de consenso, foi a concordância KOL comparativamente baixa com a Declaração

5



Figura 1. PREPARAÇÃO DO LEITO DE FERIDA PARADIGMA 2021



©WoundPedia 2021.

(ainda 86%; discutido posteriormente) e a alta concordância com todas as declarações entre os estudantes de Abu Dhabi. Isso pode ser porque os alunos em Abu Dhabi (de vários países da Ásia Ocidental e um pequeno número de alunos da África) tinham menos experiência em tratamento de feridas do que os outros grupos.

As 10 afirmações finais estão listadas na Tabela 1. Cada afirmação será agora expandida com mais detalhes em um resumo narrativo e com recursos visuais para tradução para a prática.

DECLARAÇÃO 1

Tratamento da causa O diagnóstico

e o tratamento da causa da ferida ótimos e oportunos são os aspectos mais importantes do tratamento de feridas crônicas.

Subdeclaração 1A. Determine se há suprimento sanguíneo suficiente para curar/perfusão adequada. Os médicos devem avaliar o suprimento vascular para úlceras de perna e pé para identificar se há suprimento sanguíneo adequado para curar. Um pulso palpável no pé do pé geralmente indica que há pelo menos 80 mm Hg de pressão no pé (Tabela 2).

O ABPI é uma relação da PA sistólica do tornozelo sobre a PA sistólica braquial obtida com um Doppler portátil de 8 MHz. Aproximadamente 8% dos indivíduos podem ter um pulso pedioso aberrante, e o pulso tibial posterior ou fibular deve ser palpado como alternativa.

A ABPI tem sido o padrão para avaliação do suprimento sanguíneo no pé. Um valor normal geralmente é igual ou maior que 0,9 e menor que 1,4; 5,6 abaixo de 0,9, pode haver alguma doença arterial, e acima de 1,4, os vasos do pé estão calcificados e o valor é impreciso.

Idealmente, o ABPI deve ser obtido após o paciente estar em decúbito por 20 minutos. Um manguito de BP é colocado sobre a área do fole da perna. O clínico localiza um sinal arterial audível no pé e o manguito é inflado até que o som desapareça. O manguito é desinsuflado e, quando o som reaparece, a PA sistólica é registrada. O mesmo procedimento é repetido sobre a artéria braquial.

Muitas vezes, edema e inflamação (incluindo insuficiência cardíaca congestiva, lipodermatoesclerose aguda ou subaguda ou tromboflebite), juntamente com infecção, podem resultar em dor. A dor aguda pode fazer a oclusão da parte inferior



Tabela 1. PREPARAÇÃO DO LEITO DE FERIDAS 2021: 10 DECLARAÇÕES FINAIS

Nº Declaração	Subdeclarações
1 Tratamento da causa	<p>A. Determine se há suprimento sanguíneo suficiente para curar/perfusão adequada.</p> <p>B. Identifique a(s) causa(s) o mais especificamente possível ou faça encaminhamentos apropriados C.</p> <p>Revise cofatores/comorbidades (doença sistêmica, cirurgia anterior, nutrição, medicamentos, pele frágil) que podem atrasar ou inibir a cicatrização 2 Preocupações centradas no paciente A. Gerenciar dor (diagnóstico e tratamento)</p>
	<p>B. Avaliar as atividades da vida diária, mobilidade/exercício, hábitos alimentares, bem-estar psicológico (saúde mental) e sistema de apoio (círculo de cuidados do paciente, acesso aos cuidados e restrições financeiras)</p> <p>C. Avaliar hábitos: tabagismo, álcool, uso de substâncias, higiene pessoal D. Capacitar os pacientes com educação e apoio para aumentar a adesão ao tratamento (coerência)</p>
3 Determinar a capacidade de cura (status pode mudar)	<p>A. Curável: suprimento sanguíneo adequado para curar e tratar a causa B.</p> <p>Manutenção: suprimento sanguíneo adequado para curar onde o paciente não pode ou não aderir ao plano de cuidados/sistema de saúde não possui recursos adequados C. Não curável: sangue inadequado suprimento e/ou uma causa que não pode ser corrigida (por exemplo, câncer terminal, balanço proteico negativo)</p>
4 Cuidados locais com feridas: monitore história da ferida e exame clínico	<p>A. Documentar a(s) ferida(s): localização, comprimento mais longo, largura mais larga em ângulos retos, formato da ferida, leito da ferida, exsudato, margem, descolamento, tunelamento, condição da pele ao redor e fotoimagem, quando disponível B. Limpeza: suavemente com água, solução salina, ou agentes antissépticos de baixa toxicidade C. Reavaliar e documentar as feridas em intervalos apropriados e regulares 5 Quando apropriado, desbridar A. Considerar desbridamento cirúrgico afiado (para o tecido sangrando) para feridas curáveis e feridas de desbridamento cirúrgico</p>
conservador com dor adequada para manutenção de feridas	<p>5 Quando apropriado, desbridar A. Considerar desbridamento cirúrgico afiado (para o tecido sangrando) para feridas curáveis e feridas de desbridamento cirúrgico</p>
6 Avaliar e tratar feridas para infecção/inflamação	<p>B. Considerar o tratamento de infecção profunda e circundante (três ou mais critérios STONEES) com antimicrobianos sistêmicos C. Avaliar e aliviar a inflamação persistente, incluindo a consideração de agentes anti-inflamatórios (curativos tópicos, medicação sistêmica)</p>
7 Gerenciamento de umidade	<p>A. Curável, equilíbrio de umidade e desbridamento autolítico: alginatos, hidrogéis, hidrocolóides, acrílicos, filmes B. Equilíbrio de umidade sozinho: superabsorventes, espumas, alginatos de cálcio, hidrofibras, hidrocolóides, filmes, hidrogéis C. Feridas não curáveis e de manutenção e redução de umidade : se necessário antibacteriano, anestésicos tópicos de baixa toxicidade: clorexidina/PHMB, iodo, ácido acético</p> <p>D. Embalagem da ferida: salina úmida (doar umidade) ou seca (absorver umidade), mas não antibacteriana; Gaze PHMB: antibacteriana, sem liberação – acima da ferida (permanece na gaze) apenas não na superfície da ferida; iodopovidona ou outra gaze embebida em anti-séptico: antibacteriano acima e na superfície da ferida</p>
8 Avaliar a taxa de cicatrização	<p>Uma ferida curável deve ser pelo menos 20% a 40% menor na semana 4 para cicatrizar na semana 12 A. Feridas estagnadas (curáveis) devem ser reavaliadas para diagnósticos alternativos; considerar biópsia da ferida, investigação adicional e/ou encaminhamento para uma equipe de avaliação interprofissional para otimizar o manejo A. Algumas modalidades ativas têm evidências fracas a mistas e</p>
9 Efeito de borda: use terapias ativas para feridas paradas, mas curáveis	<p>devem ser usadas apenas após avaliação interprofissional do paciente e com reavaliações regulares B. Os enxertos de pele têm variáveis mas evidências positivas, e produtos celulares e/ou à base de tecidos podem ou não ser rentáveis neste momento</p>
10 Apoio organizacional	<p>A. O apoio organizacional pode incluir uma cultura conducente à educação interprofissional e cuidados centrados no paciente, protocolos padronizados informados por evidências, pessoal adequado e programas de melhoria de qualidade estabelecidos que podem incluir auditorias, estudos de prevalência e incidência, navegação do paciente</p>

Abreviaturas: NERDS, Nonhealing, Exsudate aumento, Red friable granulation, Debris ou células mortas, e Smell; PHMB, polihexametileno biguanida; STONEES, Aumento do tamanho, Aumento da temperatura de 3° F versus a temperatura da imagem espelhada do membro oposto, Os (osso exposto ou sondagem direta), Novas áreas de ruptura na margem da ferida, Aumento do exsudato, Eritema e/ou edema e Olfato .

artéria da perna impossível. Além disso, até 80% das pessoas com diabetes ou 20% dos idosos terão vasos calcificados, fornecendo um ABPI artificialmente alto, tornando o teste impreciso.

Um teste alternativo é a avaliação do AHHD. Este teste pode ser realizado com o paciente sentado ou deitado, e o manguito de PA não é necessário ao redor da área da polaina. Uma quantidade adequada de gel é colocada sobre o dorso



Tabela 2. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO VASCULAR

Método	Indicação para cura 5,6
Pulso palpável – dorsalis pedis, tibial posterior	>80mmHg
Índice de pressão tornozelo-braquial (ABPI)	>0,6 e <1,4
Tensão transcutânea de O ₂	>30 mm Hg
Pressão do dedo do pé	>30–55 mm Hg
Doppler portátil audível	Som trifásico ou bifásico (representa ABPI \geq 0,9)

©WoundPedia 2021.

do pé e a forma de onda audível eliciada (Tabela 2; veja o seguinte vídeo para o procedimento de teste: <https://journals.lww.com/aswcjournal/Pages/videogallery.aspx?videoid=20>). Um sinal sonoro monofásico ou ausente indica a necessidade de uma avaliação vascular completa. O presença de um multifásico audível (bifásico/trifásico) onda indica que não há vascularização periférica significativa doença na extremidade inferior, e a terapia de compressão pode ser instituído. O pé deve ser verificado quanto ao normal temperatura e a ausência de rubor dependente (escuro vermelho) que empalidece com a elevação. Este físico exame pode ser usado para descartar um defeito angiossômico (oclusão arterial local ou segmentar). O dorsalis pedis ou pulso tibial posterior também deve ser palpável.

Um estudo de 2015 documentou os resultados das leituras de AHHD realizadas em 379 pernas em 200 pacientes, que foram comparado com leituras sequenciais de Doppler da perna inferior em um laboratório vascular certificado.⁷ O teste é específico para exclusão de doença arterial (tibial posterior, 98,6%; dorsalis pedis, 97,8%), mas não é sensível para um diagnóstico de doença arterial (tibial posterior, 37,5%; dorsalis pedis, 30,2%). Este teste é confiável, simples, rápido e barato. teste de exclusão à beira do leito para doença vascular periférica entre pacientes com ou sem diabetes. Os resultados são independentes da calcificação vascular.

Novamente, um resultado Doppler monofásico ou pulsos ausentes deve desencadear estudos com Doppler duplex segmentar da perna inferior do suprimento sanguíneo arterial. Em alguns casos, estudos venosos pode ser justificado, especialmente se houver a possibilidade de intervenção cirúrgica ou outra intervenção venosa. Este teste pode evitar atrasos administrar e é confiável.⁹ Qualquer profissional de saúde pode identificar rapidamente uma potencial deficiência nutricional e a necessidade de encaminhamento a um nutricionista.

Para úlceras em outras partes do corpo, é necessário perfusão adequada: verificar a temperatura da pele circundante. Examine a pele regional para dependentes rubor do braço ou perna distalmente. No corpo central, verifique a área quanto a edema ou necrose junto com o tempo de circulação (uma área branca de um dedo pressionado no a pele deve retornar em 3 segundos ou menos; caso contrário, há pode ser um compromisso). A circulação comprometida pode

indicar uma ferida de manutenção ou não curável até que o defeito subjacente é corrigido.

Subdeclaração 1B. Identifique a(s) causa(s) como especificamente possível ou fazer as referências apropriadas. Muitas vezes o causa de uma ferida que não cicatriza é um “diagnóstico inadequado”.

precisamente quanto possível, considerando úlceras de perna vasculares (venosas, mistas, arteriais, linfáticas ou combinadas), úlceras do pé diabético (neuropáticas, isquêmicas ou mistas) e lesões por pressão (que devem ser distinguidas de danos à pele associados à umidade); cada um tem específico considerações de gestão (Tabela 3). Outros diagnósticos incluem úlceras inflamatórias (pioderma gangrenoso, vasculites), úlceras malignas (pele primária, outras malignidades secundárias), traumas/cirurgias prévias, medicações e doenças congênitas ou adquiridas coexistentes.

Algumas condições coexistentes colocam a pele em risco. À medida que a pele envelhece, fica mais fino. Fotodano e hereditário (por exemplo, epidermólise bolhosa, síndrome de Ehlers-Danlos) ou adquirida (p. ex., penfigoide bolhoso, necrólise epidérmica tóxica) doenças dermatológicas aumentam a suscetibilidade a traumas, incluindo rasgos na pele. Além disso, áreas de pele associadas à umidade danos podem ser mais suscetíveis a lesões por pressão ou infecção.

Subdeclaração 1C. Revisar cofatores/comorbidades (doença sistêmica, cirurgia prévia, nutrição, medicamentos, pele fragilizada) que podem retardar ou inibir a cicatrização. A abordagem de cofatores modificáveis é importante para todas as pessoas com feridas crônicas (Figura 2). Encaminhamentos apropriados para o manejo ideal podem muitas vezes facilitar cura.

A avaliação nutricional pode ser facilitada com a Triagem Nutricional Canadense validada de duas perguntas

Ferramenta: 8

1. Você perdeu peso nos últimos 6 meses sem tentando perder esse peso? (Se o paciente relatar perda de peso, mas recuperou, considere como sem peso perda.)
2. Você tem comido menos do que o habitual por mais de uma semana?

Esta ferramenta tem muitas vantagens; não são necessários exames de sangue ou procedimentos diagnósticos, é simples e rápido administrar e é confiável.⁹ Qualquer profissional de saúde pode identificar rapidamente uma potencial deficiência nutricional e a necessidade de encaminhamento a um nutricionista.

DECLARAÇÃO 2

Preocupações Centradas no Paciente

Subdeclaração 2A. Gerir a dor (diagnóstico e tratamento). A dor é muitas vezes a principal preocupação dos pacientes, enquanto raramente é a principal preocupação dos prestadores de cuidados de saúde. A dor também deve ser quantificada. A classificação numérica escala (0–10) é normalmente usada (Tabela 4). Dor relatada níveis de 5 ou mais requerem intervenção.



Tabela 3. TRATAMENTO DA CAUSA DA FERIDA POR TIPO

Tratamento do tipo de ferida	
Todas as feridas Visam a nutrição ideal, controle de umidade, controle da dor	
úlceras venosas	<ul style="list-style-type: none"> • Bandagens de compressão para cicatrização • Meias para cicatrização e prevenção de recorrência • Alta compressão na ausência de doença arterial (índice de pressão tornozelo-braquial [ABPI] >0,9 ou sinal multifásico audível com Doppler portátil) • Compressão modificada com doença venosa/arterial mista (ABPI 0,6–0,9) • Redistribuir a pressão sobre as proeminências ósseas e áreas sob pressão • Reduzir as forças de cisalhamento
Pressão lesões	<ul style="list-style-type: none"> • Otimize a atividade física e a mobilidade • Gerencie a incontinência e a umidade
pé diabético	V = vascular: confirme o suprimento vascular adequado
úlceras	<ul style="list-style-type: none"> I = infecção: controlar a colonização crítica superficial/infecção profunda e circundante P = pressão: redistribui a pressão plantar/dorsal do pé (neuropatia) S = afiado: desbridamento cirúrgico seriado

©WoundPedia 2021.

Existem dois tipos principais de dor: nociceptiva e neuropática (Figura Suplementar 1, <http://links.lww.com/NSW/A62>). A dor nociceptiva está relacionada à lesão; dependente de estímulo; e normalmente associada a dor,

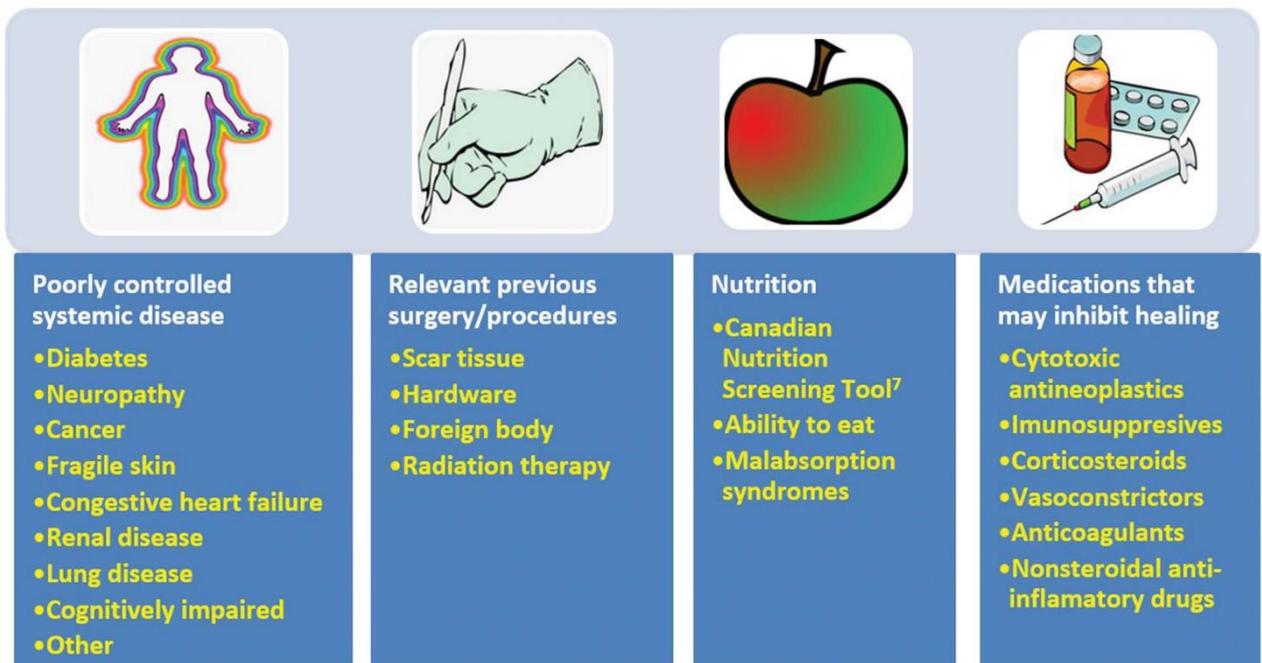
sensações de roer, tenro ou latejante. A dor neuropática é muitas vezes espontânea e descrita como queimação, pontada, picada ou esfaqueamento. Cada tipo tem uma base fisiológica diferente, necessitando de tratamento farmacológico diferente.

Uma revisão sistemática recente sobre analgésicos tópicos associados à dor em úlceras crônicas de perna demonstrou que um creme tópico (mistura eutética de anestésicos locais) foi superior a outras formulações para pessoas que vivem com úlceras crônicas de perna. alívio da dor e estratégias para incluir o uso de adesivos de silicone em substituição a outros adesivos acrílicos mais traumáticos na remoção do curativo.

O controle inadequado da dor pode ocorrer durante muitos componentes do cuidado local da ferida.¹¹ Para trocas dolorosas de curativos, a medicação oral deve ser administrada em um momento apropriado antes da troca. Entre as trocas de curativos, a dor geralmente está ligada à causa da ferida ou suas complicações. Considerar medidas não farmacológicas (musicoterapia, meditação, acupuntura, estimulação elétrica nervosa transcutânea, homeopatia, naturopatia e cura espiritual).

Em resumo, os direitos de um paciente em termos de dor envolvem os seis C's: todo paciente merece ser verificado, a causa determinada, as consequências do tratamento explicadas (com efeitos adversos), controle adequado, a capacidade de solicitar intervalos durante os procedimentos, e Conforto. Finalmente, os profissionais devem lembrar que o manejo da dor não documentado é equivalente a nenhum manejo da

Figura 2. COFATORES E COMORBIDADES A REVISAR PARA CICATRIZAÇÃO DE FERIMENTOS



©WoundPedia 2021.



Tabela 4. TRATAMENTO DA DOR RELACIONADA À FERIDA

Componente de dor simplificado	Ação Terapêutica •
Ferramenta de mensuração	Escala Numérica de Avaliação, 0–10 (escala de 11 pontos; 0 = sem dor, 5 = picada de abelha, 10 = bater a porta do carro com o polegar; a maioria das pessoas pode viver com 3 ou 4 em 10) • Escala de rostos: deficiência cognitiva, crianças pequenas, pessoas idosas • Queimaduras, picadas, tiros, esfaqueamentos (ver Figura Suplementar 1, http://links.lww.com/NSW/A62) • Gabapentina/
Dor neuropática	pregabulina, tricíclicos, maconha medicinal, seletiva inibidores da recaptção de serotonina • Roer, dolorido, sensível, latejante • Acetaminofeno, aspirina, anti-inflamatórios não esteróides, narcóticos (ação curta/longa) • Puxe lateralmente para liberar a ligação
Dor nociceptiva	adesiva e gire como os ponteiros de um relógio antes de levantar • Evite fortes adesivos (acrilatos, etc) e use adesivos de silicone ou curativos não adesivos • Use soluções salinas ou água (potável) à temperatura ambiente • Compressas ou embebições são menos
Remoção do curativo	traumáticas do que irrigação (certifique-se de que toda a solução seja recuperada e você possa visualizar a base da ferida sem sangramento induzido pelo procedimento ou trauma desnecessário) • A mistura eutética tópica de anestésicos locais é superior a outras
Limpeza de feridas (estéril necessária apenas com comprometimento imunológico, feridas pós-cirúrgicas profundas)	modalidades de dor tópica • Use uma camada espessa e oclua com curativo tipo filme por 10–30 min (período mais curto para genitalia, face, dobras; tempos mais longos nas costas ou pele espessa) • Pode complementar agentes tópicos com xilocaína intralesional com adrenalina (se não for artéria final e nenhuma outra contraindicação)
Desbridamento	

©WoundPedia 2021.

Subdeclaração 2B. Avaliar atividades de vida diária, mobilidade/exercício, hábitos alimentares, bem-estar psicológico (saúde mental) e sistema de apoio (círculo de cuidados do paciente, acesso aos cuidados e restrições financeiras). As preocupações centradas no paciente geralmente envolvem estruturas de apoio inadequadas. Eles também podem envolver a falta de agência do sistema de saúde, prejudicando o acesso a cuidados de saúde adequados. A saúde mental pessoal pode prejudicar a capacidade do paciente de lidar com o manejo de uma ferida crônica e ele pode precisar de ajuda. Há necessidade de assistentes sociais, coordenadores de alta e psicólogos clínicos para apoiar os sistemas na comunidade.

Subdeclaração 2C: Avaliar hábitos: tabagismo, álcool, uso de substâncias, higiene pessoal. Cada cigarro diminuirá a oxigenação local em 30% por uma hora.¹² Cigarros e outros produtos do tabaco podem ser um fator importante na prevenção da cicatrização de feridas crônicas ou atuar como um estímulo pró-inflamatório para pessoas com hidradenite supurativa.

O uso isolado de opiáceos (especialmente >10 mg/d) foi associado a um aumento no tamanho da ferida e redução da probabilidade de cicatrização em um estudo de 2017 com 450 pacientes.¹³

Subdeclaração 2D. Capacitar os pacientes com educação e apoio para aumentar a adesão ao tratamento (coerência).

Aujoulat e cols.¹⁴ examinaram o empoderamento do paciente em relação à educação sobre doenças crônicas. Eles determinaram que "os objetivos e resultados... não devem ser predefinidos pelos profissionais de saúde, nem restritos a algumas doenças e resultados relacionados ao tratamento, mas devem ser discutidos e negociados com cada paciente de acordo com sua própria situação particular e prioridades de vida." ¹⁴

Moore et al¹⁵ delinearão quatro passos para aumentar o envolvimento do paciente em seus cuidados: 1. Buscar a visão/compreensão do paciente sobre sua condição 2. Identificar medos/preocupações 3. Estabelecer o que é importante para o paciente 4. Avaliar a disposição para envolvimento em seus cuidados

DECLARAÇÃO 3

Determinar a capacidade de

cicatrização Um dos primeiros passos que os profissionais de saúde devem tomar após o diagnóstico é determinar a cura, sabendo que o estado da ferida pode mudar. Geralmente, as feridas crônicas se enquadram em uma das três categorias: curáveis, de manutenção e não curáveis. As estratégias locais de tratamento de feridas variam de acordo com a classificação (Tabela 5).

Subdeclaração 3A. Curável: suprimento sanguíneo adequado para curar e tratar a causa. Uma ferida curável tem suprimento de sangue suficiente para cicatrizar e a causa foi corrigida. Como regra, aproximadamente dois terços das feridas na comunidade são curáveis.

Subdeclaração 3B. Manutenção: suprimento de sangue adequado para curar onde o paciente não pode ou não vai aderir ao plano de cuidados/sistema de saúde não tem recursos adequados. Um quarto das feridas são feridas de manutenção, seja devido a problemas do paciente (por exemplo, recusa em usar bandagens de compressão) e/ou fatores do sistema de saúde que impedem a cicatrização (por exemplo, não pode comprar dispositivos de redistribuição de pressão plantar e o sistema não fornecerá o calçado).



Tabela 5. RESUMO DAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE FERIDAS LOCAL

Considerações sobre a classificação da cicatrização de feridas	Desbridamento Cirúrgico	Gerenciamento de Inflamação/Infecção	Gerenciamento de umidade
Curável	Fornecer ambiente úmido Promover a granulação	Ativo	Tratar inflamação/infecção (topicamente ou sistêmica) Equilíbrio de umidade
Manutenção	Diminui umidade e bactérias Conservador (sem sangramento) Prevenir a deterioração	Redução bacteriana Tópico antissepsia / antimicrobiano sistêmico	Redução de umidade
Não curável	Diminui a umidade e bactérias Remoção confortável de esfacelos Prevenir a infecção Aumente o conforto	Redução bacteriana Tópico antissepsia/antibióticos sistêmicos	Redução de umidade

Adaptado de Sibbald et al.16
©WoundPedia 2021.

Subdeclaração 3C. Não curável: sangue inadequado suprimento e/ou uma causa que não pode ser corrigida (por exemplo, câncer terminal, balanço proteico negativo). Aproximadamente 5% a 10% das feridas não são curáveis, muitas vezes devido ao suprimento sanguíneo inadequado que não pode ser tratado ou corrigido, doença crônica avançada ou processo de morte. Para pacientes com feridas não curáveis, os principais pontos de atenção tratar são dor, complicações infecciosas, exsudato, e controle de odor, bem como atividades de vida diária.

Treze KOLs da Wound Healing Society of South África conduziu uma recente revisão integrativa sistemática de feridas não curáveis e de manutenção.¹⁷ Este grupo de 13 membros painel originou 13 avaliações, 6 diretrizes de práticas recomendadas, 3 estudos de consenso e 6 estudos não experimentais originais. As três principais conclusões foram a necessidade de cuidados centrados no paciente, intervenção oportuna por profissionais de saúde qualificados provedores e um caminho de referência interprofissional.¹⁷

DECLARAÇÃO 4

Cuidados Locais de Feridas: Monitorar o Histórico e Clínico da Ferida Exame

Subdeclaração 4A. Ferimento(s) do documento: localização, mais longo comprimento largura maior em ângulos retos, forma da ferida, leito da ferida, exsudato, margem, descolamento, tunelamento, condição da pele circundante e foto-imagem quando acessível. A documentação da ferida é importante (Tabela 6). Documente a localização e o tamanho das feridas. Esses autores recomendam usar o maior comprimento e a maior largura perpendiculares um ao outro, embora o alinhamento da cabeça aos pés também seja comum. Escolha o método de medição que se alinha com a política institucional; consistência é o mais importante. Nota e monitorar descolamento, tunelamento, tipo de tecido na ferida leito, margens da ferida e características da pele perilesional.

Subdeclaração 4B. Limpeza: suavemente com água, soro fisiológico, ou agentes antissépticos de baixa toxicidade. Para feridas curáveis, os cuidados locais podem incluir desbridamento cirúrgico cortante, tratamento de infecções (infecções locais, infecções profundas e circunvizinhas) e gerenciamento de umidade. Para não curável feridas, o cuidado ideal pode ser direcionado para desbridamento de esfacelo, redução bacteriana e umidade

redução. Nesses casos, agentes antissépticos que podem ter alguma toxicidade tecidual pode ser preferível a permitir que a proliferação bacteriana cause mais dano tecidual levando à infecção.

Há extraordinariamente pouca evidência de alta qualidade sobre a tópico de limpeza de feridas (Tabela 7); consequentemente, é difícil tirar quaisquer conclusões. O tema da limpeza de feridas é um que requer mais pesquisas.¹⁹ Ao irrigar, observe o quantidade de solução que foi usada entrando e saindo do leito da ferida. Deve-se ter cuidado quando toda a ferida a cama não é claramente visualizada ou intacta. Cuidado para não prejudicar o leito da ferida por excesso de trauma.

Subdeclaração 4C. Reavaliar e documentar feridas em intervalos regulares e apropriados.

DECLARAÇÃO 5

Quando apropriado, desbride feridas com controle adequado da dor

O desbridamento é uma maneira de remover esfacelos, detritos ou substâncias estranhas que podem facilitar a infecção ou agir como um

Tabela 6. AVALIAÇÃO DE FERIMENTOS

Critério	Detalhes
Localização	Identificar usando terminologia médica aceita
Medição (ou método alternativo da cabeça aos pés, dependendo política da instalação)	Maior comprimento em qualquer direção (em cm) Largura mais larga em ângulo reto para o comprimento mais longo (em cm) Área de superfície total por comprimento maior largura maior (em cm ²)
Forma	Circular, oval, triangular, quadrada, outros
Enfraquecimento / tunelamento	Meça e descreva (em cm) Descreva a direção do relógio (a cabeça do paciente está 12h)
Cor da base da ferida	Porcentagem de tecido: rosa, amarelo, preto ou vermelho frável
Quantidade de exsudato	Nenhum, escasso, moderado, pesado
Margem	Normal, rolado/irregular/borda avançada, cribriforme
Pele perilesional	Normal, eritema, endurecimento, lesões satélites

©WoundPedia 2021.



Tabela 7. MÉTODOS DE LIMPEZA DE FERIDAS

Descrição do método	Objetivo	Riscos
<p>Compressa Use soro fisiológico estéril ou água potável</p> <p>Sem cavidades/túneis: pressionando suavemente o excesso umidade de uma gaze/pano umedecido aplicado para a ferida, removido, repetido</p> <p>Para cavidades/túneis: gaze de fita umedecida pode ser aplicado de forma semelhante embalando suavemente em túnel, removido e repetido</p>	<p>Ação adstringente (proteína coagulante) para remover detritos superficiais do leito da ferida</p> <p>superfície</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As compressas podem grudar na superfície da ferida ou pode haver dor local da aplicação ou remoção • A técnica defeituosa pode introduzir infecção • Lembre-se de deixar restos externos de gaze embalagem acima da ferida para facilitar a remoção
<p>Irrigação Fluxo suave e constante de solução através da ferida</p> <p>superfície quando a base da ferida está claramente visualizado</p>	<p>Hidrate a ferida</p> <p>Remova detritos mais profundos</p> <p>Auxiliar no exame visual da base da ferida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A solução de irrigação retida pode se acumular em bolso se a base da ferida não estiver visível • Trauma se a pressão for muito alta • Respingo de volta • A alta pressão pode levar as bactérias a compartimentos
<p>Imersão Imersão da ferida em solução aplicando um gaze/pano superhidratado na superfície da ferida (sem remoção do excesso de umidade antes da inscrição)</p>	<p>Hidrate a ferida</p> <p>Perturbação do equilíbrio de umidade</p> <p>Permitir a remoção física de detritos da superfície</p> <p>Maceração da pele circundante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrização prejudicada com introdução ou redistribuição de bactérias do fluido de imersão

Adaptado de Nicks et al.18
©WoundPedia 2021.

estímulo pró-inflamatório, prolongando o processo inflamatório estágio de cicatrização de feridas e retardando o processo proliferativo reparativo. O desbridamento cirúrgico afiado requer uma avaliação do suprimento sanguíneo para ter certeza de que é adequado para cura. Antes de começar, os provedores que estão considerando até mesmo métodos de desbridamento conservadores devem garantir que eles tenham competência apropriada, escopo de prática, o equipamentos e suporte em caso de sangramento, bem como como alinhamento com as políticas e procedimentos de suas instalações.

Embora tenha alcançado o consenso, o valor relativamente menor os níveis de concordância entre os KOLs para esta declaração foram provavelmente atribuível a limitações relacionadas à instalação em desbridamento cortante. Este procedimento requer experiência clínica, escopo apropriado de prática e disponibilidade de equipamentos para realizar o procedimento e parar sangramento, se necessário.

Subdeclaração 5A. Considere o desbridamento cirúrgico afiado (para o tecido sangrando) para feridas curáveis e desbridamento cirúrgico conservador para manutenção/feridas não curáveis. Para feridas curáveis, isso significa desbridamento cirúrgico cortante; desbridamento autolítico com curativos; ou enzimáticos, biológicos (vermes medicinais), ou desbridamento mecânico. Para feridas não curáveis e de manutenção, isso significa cirurgia conservadora ou outras métodos de remoção de esfacelos inviáveis.

O empoderamento do paciente pode ser modelado nos 4 passos Guia de Debridamento de Tomada de Decisão Clínica²⁰ para um acordo mútuo entre pacientes e médicos. Primeiro, pergunte se a ferida é capaz de cicatrizar. Se a resposta for sim, selecione o método apropriado com base nas preocupações do paciente e nas características da ferida. A seguir, investigue quais

características da ferida influenciam a escolha do desbridamento, como como infecção secundária, dor, tamanho da ferida e exsudato. Verificar quão seletivo é necessário um método de desbridamento; determinar se há algum risco para o tecido saudável quando o tecido necrosado está sendo desbridado. Por fim, considere os cuidados contexto. Alguns médicos e/ou tipos de recursos podem não estar disponível em todos os ambientes de cuidados. A regulamentação governamental e a política das instalações também podem ser fatores.²⁰

Subdeclaração 5B. Avalie a necessidade de alternativas modalidades de desbridamento: autolítico com curativos, enzimática, mecânica ou biológica. O desbridamento autolítico pode ser realizado via alginato de cálcio, hidrogel, e curativos hidrocolóides. Este tipo de desbridamento é muitas vezes relativamente indolor, mas pode ser mais lento do que a cirurgia métodos. O desbridamento enzimático (colagenase) é frequentemente usado onde o desbridamento cirúrgico ou curativos autolíticos não está disponível. É um método relativamente lento, e o tratamento requer receita médica.

O desbridamento mecânico pode ser realizado usando tecnologias avançadas, como ultrassom, que exigem limpeza ou condições estéreis com proteção contra contaminação bacteriana e patógenos bacterianos transportados pelo ar ou material particulado. Os sistemas Whirlpool podem contaminar áreas de pele emersa e pode causar contaminação cruzada entre pacientes. A gaze molhada a seca da linha Sa é de enfermagem demorada, dolorosa na remoção do curativo, e pode remover o tecido saudável e viável da superfície da ferida.

Moya-López e cols.²¹ publicaram recentemente uma revisão da terapia de desbridamento magnético para feridas crônicas. Larva A terapia pode ser mais rápida do que alguns outros métodos de desbridamento não cirúrgicos e é seletiva para pacientes desvitalizados.



tecido. Os autores concluíram que mais dados eram necessários por tipo de ferida, frequência de aplicação e eficácia de tratamento. As larvas não são indicadas para feridas isquêmicas e quando a infecção profunda e circundante não foi tratada sistemicamente.

DECLARAÇÃO 6

Avaliar e tratar feridas para infecção/inflamação

As infecções de feridas têm dois compartimentos: um superficial e outro profundo.^{10,12} As feridas podem ser consideradas como uma tigela de sopa: a fina camada na superfície de uma ferida é análogo ao compartimento superficial, e o lados e o fundo da tigela de sopa são equivalentes aos componentes circundantes e profundos de uma ferida crônica.

Subdeclaração 6A. Tratar infecção local (três ou mais critérios NERDS) com antimicrobianos tópicos (prata, iodo, polihexametileno-biguanida [PHMB]/clorexidina, azul de metileno/violeta cristalino, tensoativos). O superficial compartimento de uma ferida crônica é uma fina camada de células que podem ser tratadas topicamente. Quaisquer três ou mais NERDS (Não cicatrizante, aumento de exsudato, granulação friável vermelha, Os critérios de detritos ou células mortas e cheiro) são sinais de infecção, para a qual antimicrobianos tópicos podem ser indicados. Se a ferida for curável e a causa tratada, deve-se levar 4 semanas ou menos para melhorar. Os médicos devem saber que tratar o compartimento superficial da ferida requer curativos para liberar agentes antimicrobianos na superfície do ferimento. Curativos sem liberação funcionarão acima da ferida superfície, mas não pode penetrar no compartimento superficial. Isso pode impedir o crescimento bacteriano acima da ferida, mas pode ser necessário outro agente para atingir a superfície da ferida compartimento. Por exemplo, sprays antissépticos, como enxaguatórios bucais com clorexidina, geralmente têm menos álcool disponível com diminuição da queima e picadas locais em comparação com alguns antissépticos pré-cirúrgicos projetados para pele intacta. Alguns tópicos agentes liberam prata ou iodo em várias concentrações para penetrar no compartimento da superfície e tratar a infecção local.

Subdeclaração 6B. Considere o tratamento de infecção profunda e circundante (três ou mais critérios STONEES) com antimicrobianos sistêmicos. Agentes antimicrobianos tópicos penetram apenas alguns milímetros. Infecções profundas e circundantes podem exigir antimicrobianos sistêmicos Tabela 5, <http://links.lww.com/NSW/A63>). Quatro dos sete critérios STONEES representam as características circundantes das feridas (os lados da tigela de sopa): aumento Tamanho, temperatura elevada de 3° F sobre uma imagem espelhada da pele da ferida circundante, áreas novas ou satélites de envolvimento e uma celulite circundante (eritema ou Edema). A celulite nem sempre está presente quando crônica as feridas estão associadas a infecção profunda e circundante, e o eritema não é facilmente reconhecido na pele de cor ou a presença de edema. Os três restantes Os sinais de STONEES no leito da ferida incluem sondagem para osso (Os [latim para osso]), aumento de exsudato e cheiro.

Subdeclaração 6C. Avaliar e aliviar a inflamação persistente, incluindo a consideração de anti-inflamatórios agentes (curativos tópicos, medicação sistêmica). Outros fatores além de organismos infecciosos podem desempenhar um papel na uma resposta inflamatória persistente. Esses fatores incluem células invasoras (neutrófilos, macrófagos, linfócitos), imunocomplexos (vasculite),

inflamação (sarcoidose, etc), e outros. Considere estes fatores ao escolher uma terapia tópica ou sistêmica. Lá são alguns antimicrobianos tópicos que são pró-inflamatórios, como o iodo. Existem outros agentes que podem ser anti-inflamatórios, incluindo prata, e alguns que são neutros, como gaze/espuma PHMB e violeta genciana/ espuma azul de metileno.

A inflamação também pode levar ao atraso na cicatrização de feridas em ambos os compartimentos. Os testes de protease nem sempre estão disponíveis no ambiente clínico e pode apenas medir a superfície em vez de do que mudanças profundas. Alguns dos sinais de infecção também podem fazer parte da apresentação clínica da inflamação persistente. Figura suplementar 2 (<http://links.lww.com/NSW/A64>), The Sibbald Cube, descreve onde altas pró-provocações em feridas com e sem infecção podem prevenir cicatrização nos compartimentos superficial e profundo. Dados publicados recentemente indicam que biomarcadores podem prever a trajetória de cicatrização de úlceras venosas de perna.²² A terapia certa no momento certo poderia controlar de forma mais eficaz proteases, contaminação bacteriana, desbridamento e controle de umidade com tempo ótimo de fatores de crescimento, construções de matriz e componentes celulares.

Em relação às terapias tópicas, produtos à base de prata e mel têm relatado efeitos anti-inflamatórios. Esses agentes só deve ser usado com infecção local e inflamação por curtos períodos de tempo. Sistemicamente, vários antibacterianos agentes têm ação anti-inflamatória. Antimicrobianos comumente recomendados (alguns com efeitos anti-inflamatórios) para feridas e infecções de pele relacionadas estão listadas na Tabela Suplementar 5 (<http://links.lww.com/NSW/A63>).

DECLARAÇÃO 7

Gerenciamento de umidade

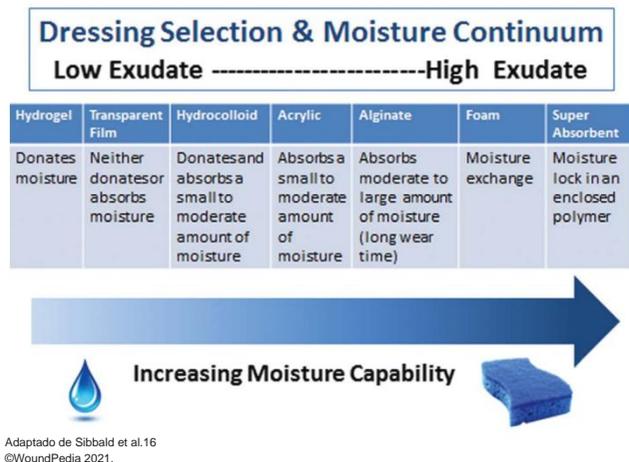
Os provedores devem selecionar um curativo apropriado para combinar as características da ferida e as necessidades individuais do paciente (Figura 3). O gerenciamento ideal de umidade depende de um cicatrização da ferida.

Subdeclaração 7A. Curável, equilíbrio de umidade e desbridamento autolítico: alginatos, hidrogéis, hidrocolóides, acrílicos, filmes. Em feridas curáveis, o equilíbrio de umidade pode ser alcançado escolhendo o curativo apropriado de o continuum de umidade no ativador (suplementar Tabela 6, <http://links.lww.com/NSW/A65>) que lista curativos para feridas de baixo a altamente exsudativo.

Subdeclaração 7B. Equilíbrio de umidade sozinho: super absorventes, espumas, alginatos de cálcio, hidrofibras, hidrocolóides, filmes, hidrogéis.



Figura 3. OTIMIZAR O GERENCIAMENTO DE UMIDADE



Subdeclaração 7C: Não curável e manutenção

feridas e redução de umidade: se necessário antibacteriano, anestésicos tópicos de baixa toxicidade: clorexidina/PHMB, iodo, ácido acético. Para pessoas com manutenção ou feridas não curáveis, umidade alva e redução de bactérias. As feridas precisam ser constantemente reavaliadas para a cura ou deterioração, e as escolhas de curativos podem precisar ser alteradas com base na apresentação.

Para essas feridas, os profissionais precisam equilibrar o paciente preferência e conforto para evitar a dor, bem como prevenir ressecamento excessivo de feridas. Os curativos de tule costumam ser os mais apropriados; são uma combinação de gaze ou tecido com um revestimento de petrolato ou parafina. Eles também podem conter um anti-séptico (por exemplo, clorexidina, iodo).

No entanto, vários curativos podem otimizar o controle da umidade.16 A clorexidina (0,5% em parafina branca impregnada em uma folha de tule) é ativa contra Gram-positivos e bactérias negativas; PHMB é uma espuma sem liberação, formulação de gaze/fita de embalagem. Os curativos de iodo (seja na molécula cadexomer ou como iodopovidona) têm um amplo espectro de atividade, embora eficácia diminuída na presença de pus ou exsudato. Observe que esses curativos podem ser tóxicos com uso prolongado em grandes áreas (como iodopovidona). Por fim, o ácido acético (0,5% a 1%, por exemplo, vinagre branco diluído) deve ser colocado usando gaze no leito da ferida geralmente por cerca de 5 a 10 minutos, muitas vezes como uma compressa rotativa. Esses curativos têm um baixo pH e são eficazes contra espécies de Pseudomonas; no entanto, eles podem selecionar outros organismos.16

Subdeclaração 7D: Embalagem da ferida: solução salina úmida (doar umidade) ou seca (absorve umidade), mas não antibacteriana; Gaze PHMB: antibacteriana, sem liberação acima da ferida (fica na gaze) só não na superfície da ferida; iodopovidona ou outra gaze embebida em anti-séptico: um antibacteriano acima e na superfície da ferida. Embalagem salina pode ser usado em feridas curáveis sem colonização crítica. Não é o propósito desses curativos aderir ao

leito da ferida para que haja trauma com a remoção do curativo. Se uma gaze salina seca grudar no leito da ferida, o gaze deve ser umedecida antes da aplicação e, se grudar, umedecido novamente antes da remoção. Os curativos alternativos devem então ser escolhido para manter a cicatrização úmida e interativa.

DECLARAÇÃO 8

Avalie a taxa de cura

Se uma ferida não for pelo menos 20% a 40% menor na semana 4, é improvável que cure na semana 12 (Figura 4).

Subdeclaração 8A. Feridas estagnadas (curáveis) devem ser reavaliado para diagnósticos alternativos; considere ferida biópsia, investigação adicional e/ou encaminhamento para uma equipe de avaliação interprofissional para otimizar o tratamento. A trajetória de cicatrização pode ser avaliada nas primeiras 4 a 8 semanas para prever se uma ferida provavelmente cicatrizará na semana 12, desde que não há novos fatores complicadores.9 Parado, mas curável as feridas muitas vezes precisam de uma avaliação interprofissional abrangente para otimizar o tratamento e melhorar a trajetória de cicatrização. Isso pode exigir a reclassificação de uma ferida para a categoria de manutenção ou não curável.

DECLARAÇÃO 9

Efeito de borda

Use terapias ativas para feridas paradas, mas curáveis. Ver Tabela Complementar 7 (<http://links.lww.com/NSW/A66>) para evidências sobre terapias adjuvantes: pressão negativa terapia de feridas, estimulação elétrica, celular e/ou produtos à base de tecidos, enxertos de pele, ultrassom e oxigenoterapia hiperbárica (Tabela 8).

Subdeclaração 9A. Algumas modalidades ativas têm à evidência mista e deve ser usado somente após avaliação interprofissional do paciente e com reavaliações regulares.

Subdeclaração 9B. Os enxertos de pele têm evidências variáveis, mas positivas, e os produtos à base de células e/ou tecidos podem ou não ser custo-efetivos no momento.

Figura 4. COMO CALCULAR A ÁREA DA SUPERFÍCIE DA FERIDA

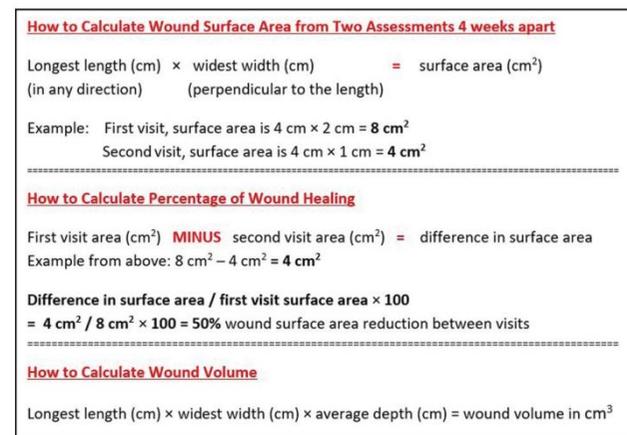




Tabela 8. TERAPIAS ADJUNTIVAS

Recomendação	Terapia
Benefício em pacientes cuidadosamente selecionados	Enxertos de pele: espessura parcial, espessura total
	Terapia de feridas por pressão negativa
	Oxigênio hiperbárico
Evidências incertas para prática clínica de rotina	Estimulação elétrica
	Ultrassom
	Estimulação neuromuscular
Não recomendado para a prática clínica neste momento	Terapia de luz (lasers e UV-C)
	Oxigênio tópico

Muitas terapias ativas apareceram e desapareceram na caixa de ferramentas de cicatrização de feridas. Essas terapias não apenas precisam estimular a cura, mas também devem ser custo-efetivas no contexto do sistema de saúde local. Algumas dessas terapias têm melhores evidências para feridas agudas do que para feridas crônicas que não cicatrizam (p. Se uma terapia ativa for selecionada, é imperativo que uma avaliação consistente e precisa da ferida seja realizada para que a progressão da ferida em qualquer direção possa ser determinada e a terapia descontinuada em tempo hábil se a ferida não estiver em uma trajetória de cicatrização. Mais ensaios controlados randomizados de alta qualidade sobre essas terapias são necessários antes que recomendações definitivas sobre seu uso possam ser feitas.

DECLARAÇÃO 10

Subdeclaração de Apoio

Organizacional 10A. O suporte organizacional pode incluir uma cultura que conduza à educação interprofissional e ao cuidado centrado no paciente, protocolos padronizados baseados em evidências, pessoal adequado e programas de melhoria de qualidade estabelecidos que podem incluir auditorias, estudos de prevalência e incidência e navegação do paciente.

Os elementos de um plano organizacional eficaz para implementação de diretrizes são os seguintes:²³ • Avaliar a prontidão organizacional e as barreiras à implementação, considerando as circunstâncias locais. • Envolver todos os membros (seja em uma função de apoio direto ou indireto) no processo de implementação. • Oferecer oportunidades educacionais contínuas para reforçar as melhores práticas. • Um ou mais indivíduos qualificados devem fornecer o apoio necessário para o processo de educação e implementação. • Proporcionar oportunidades de reflexão sobre a experiência pessoal e organizacional na implementação de diretrizes.

Muitas vezes, as barreiras para o sucesso da cicatrização de feridas estão relacionadas ao sistema de saúde e não à falta de conhecimento do profissional. É necessária uma melhor coordenação dos cuidados em todos os

o continuum, dos cuidados agudos aos crônicos, bem como a padronização de formulários e melhores práticas. Isso pode ser feito por meio do aprendizado situacional, mudando os sistemas de saúde para facilitar a avaliação interprofissional de problemas complexos dos pacientes e quebrando barreiras dentro e entre as organizações de saúde. Isso exige que as organizações invistam em recursos para educação interprofissional sobre práticas de tratamento de feridas, bem como coleta e revisão regular de resultados de dados de tratamento de feridas na forma de uma iniciativa de qualidade contínua.

Pacientes com feridas crônicas geralmente têm recursos limitados e vêm de níveis socioeconômicos mais baixos. Usar modelos de navegação do paciente para facilitar os encaminhamentos e vincular os prestadores de cuidados domiciliares aos coordenadores de cuidados para acessar os recursos do sistema é um caminho a seguir.^{24,25} No entanto, isso só é bem-sucedido quando os membros da equipe estão vinculados como parte de um modelo interprofissional coordenado.

Essas mudanças no sistema de saúde podem aumentar o valor.

O modelo de saúde de Porter liga a voz do paciente com o provedor, pagador, formulador de políticas e até mesmo o político para fornecer valor ao dólar da saúde.²⁶ Para que os sistemas mudem, os formuladores de políticas e os políticos devem estar cientes das inconsistências e desigualdades enfrentadas por pacientes e prestadores de cuidados de feridas como o primeiro passo para melhorar o tratamento de feridas centrado no paciente.

CONCLUSÕES

Essas 10 declarações informadas por evidências receberam consenso dos KOLs em pesquisas repetidas. O fornecimento de facilitadores destina-se a ajudar na disseminação do paradigma WBP na prática. Um esforço conjunto foi feito para enfatizar a importância da avaliação precoce e proativa da trajetória de cicatrização de feridas.

Ao intervir antes que as feridas se tornem crônicas, há benefícios para o paciente, provedores, pagadores e formuladores de políticas. Isso é mais importante agora do que nunca, diante dos crescentes custos de saúde e do envelhecimento da população.

PRATICAR PÉROLAS

- O AHHD é uma alternativa mais rápida ao ABPI que não requer que o paciente esteja em decúbito, não causa dor no manguito de PA e não é influenciado pela calcificação arterial.
- A Canadian Nutritional Screening Tool tem duas perguntas simples que podem ser realizadas por qualquer clínico sem exames de sangue ou investigações especiais para identificar pessoas que precisam de uma consulta com um nutricionista.
- Uma ferida curável deve ter a causa corrigida e deve ter suprimento sanguíneo adequado para cicatrizar. Uma ferida de manutenção ou não curável deve ser tratada para diminuir a umidade e as bactérias para prevenir a infecção local da ferida.
- Uma ferida deve ser pelo menos 20% a 40% menor na semana 4 para cicatrizar na semana 12.



REFERÊNCIAS

- Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, WS R. Medicina baseada em evidências: o que é e o que é não é. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
- Brownson RC, Eyster AA, Harris JK, Moore JB, Tabak RG. Divulgação de novas abordagens para a divulgação da ciência da saúde pública. *J Gestão de Saúde Pública* 2018;24(2):102-11.
- Keown K, Van Eerd D, Irvin E. Oportunidades de envolvimento das partes interessadas em revisões sistemáticas: transferência de conhecimento para políticas e práticas. *J Educação Continuada Prof. Saúde* 2008;28(2):67-72.
- Minkler M, Salvatore A. Abordagens participativas para o desenho e análise de estudos em pesquisa de disseminação e implementação. In: *Disseminação e Implementação da Pesquisa em Saúde: Traduzindo a Ciência para a Prática*. Nova York, NY: Oxford University Press; 2012:192-212.
- Geirhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. Diretriz da AHA/ACC de 2016 sobre o manejo de pacientes com doença arterial periférica dos membros inferiores: um relatório do American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulação* 2017; 135(12):e726-79.
- Beaumur M, Murray BA, Despatis MA, et al. *Recomendações de Boas Práticas para a Prevenção e Manejo de Úlceras Arteriais Periféricas*. Toronto, Ontário, Canadá: Feridas Canadá; 2020:1-75.
- Alavi A, Sibbald RG, Nabavizadeh R, Valaei F, Coutts P, Mayer D. Doppler portátil auditivo a ultrassonografia determina a exclusão confiável e barata de doença arterial periférica significativa. *Vascular* 2015;23(6):622-9.
- Sociedade Canadense de Nutrição, Força Tarefa Canadense de Desnutrição. Ferramenta Canadense de Triagem Nutricional (CNST). 2014. <http://nutritioncarecanada.ca/sites/default/uploads/files/CNST.pdf>. Último acesso em 14 de janeiro de 2021.
- Laporte M, Keller HH, Payette H, et al. Validade e confiabilidade do novo Canadian Nutrition Screening Tool no ambiente hospitalar do 'mundo real'. *Eur J Clin Nutr* 2015;69(5):558-64.
- Purcell A, Buckley T, King J, Moyle W, Marshall A. Analgésicos tópicos e agentes anestésicos locais para dor associada a úlceras crônicas nas pernas: uma revisão sistemática. *Cuidados Avançados para Feridas na Pele* 2020;33(5): 240-51.
- Woo KY, Couts PM, Price P, Harding K, Sibbald RG. Uma investigação cruzada randomizada de dor na troca de curativos comparando 2 curativos de espuma. *Cuidados Avançados para Feridas da Pele* 2009;22(7):304-10.
- Jensen J, Goodson W, Hopf H, Hunt T. O tabagismo diminui o oxigênio dos tecidos. *Arch Surg* 1991; 126(9):1131-4.
- Sharmugam VK, Couch KS, McNish S, Amdur RL. Relação entre o tratamento com opioides e a taxa de cicatrização em feridas crônicas: opioides em feridas crônicas. *Regeneração de reparo de feridas* 2017;25(1):120-30.
- Aujouat I, d'Hoore W, Deccache A. Empoderamento do paciente na teoria e na prática: polissemia ou cacofonia? *Paciente Educ Couns* 2007;66(11):13-20.
- Moore Z, Butcher G, Corbett LQ, et al. Explorando o conceito de uma abordagem de equipe para o tratamento de feridas: Gerenciando feridas como uma equipe. *J Wound Care* 2014;23 Supl 5b:S1-S38.
- Sibbald RG, Elliott JA, Ayello EA, Somayaji R. Otimizando a corda bamba de gerenciamento de umidade com Preparação do leito da ferida 2015. *Cuidados avançados com a pele* 2015;28(10):466-76.
- Boersema GC, Smart H, Giaquinto-Citlers MGC, et al. Manejo de feridas não curáveis e de manutenção: uma revisão integrativa sistemática e caminho de referência. *Cuidados de Feridas da Pele Adv* 2021; 34(1):11-22.
- Nicks BA, Ayello EA, Woo K, Nitzki-George D, Sibbald RG. Manejo de feridas agudas: revisitando a abordagem para considerações de avaliação, irrigação e fechamento. *Int J Emerg Med* 2010;3(4):399-407.
- Moulin D, Boulanger A, Clark A, et al. Tratamento farmacológico da dor neuropática crônica: declaração de consenso revisada da Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2014;19(6):328-35.
- Sibbald R, Niezgoda J, Ayello E. Debridement. In: *Fundamentos do Cuidado de Feridas: Princípios de Prática*. Baranoski S, Ayello EA, eds. 5ª edição. Filadélfia, PA: Wolters Kluwer; 2020.
- Moya-López J, Costela-Ruiz V, García-Rocio E, Sherman RA, De Luna-Bertos E. Vantagens de terapia de desbridamento de larvas para feridas crônicas: uma revisão bibliográfica. *Adv Cuidados com Feridas da Pele* 2020; 33(10):515-25.
- Stacey MC. Terapia de feridas crônicas direcionadas por biomarcadores - um novo paradigma de tratamento. *J Viabilidade do Tecido* 2020;29(3):180-3.
- Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário. Avaliação e Manejo das Úlceras do Pé de Pessoas com Diabetes. 2ª edição. Toronto, Ontário, Canadá: Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário; 2013.
- Freeman HP. A origem, evolução e princípios da navegação do paciente. *Biomarcadores de Epidemiol de Câncer Anterior* 2012;21(10):1614-7.
- Freund KM. Implementação de programas de navegação de pacientes baseados em evidências. *Acta Oncol* 2017;56(2): 123-7.
- Porter ME, Lee TH. A estratégia que vai consertar os cuidados de saúde. 2013. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>. Último acesso em 14 de janeiro de 2021.

Para mais de 147 artigos adicionais de desenvolvimento profissional contínuo relacionados a tópicos de Cuidados com a pele e feridas, acesse NursingCenter.com/CE.

Lippincott
NursingCenter®

INFORMAÇÕES DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA PARA MÉDICOS O Lippincott Continuing Medical Education Institute, Inc., é credenciado pelo Accreditation Council for Continuing Medical Education para fornecer educação médica continuada para médicos.

Lippincott Continuing Medical Education Institute, Inc., designa esta atividade CME baseada em periódicos para um máximo de 1 AMA PRA Categoria 1 Credit™. Os médicos devem reivindicar apenas o crédito proporcional à extensão de sua participação na atividade.

INFORMAÇÕES DE CREDENCIAMENTO DE PROVEDOR PARA ENFERMEIROS A Lippincott

Professional Development concederá 3,0 horas de contato, incluindo 1,0 créditos de farmacologia para esta atividade de educação continuada em enfermagem.

A LPD é credenciada como provedora de educação continuada em enfermagem pela Comissão de Credenciamento do American Nurses Credentialing Center.

Esta atividade também é aprovada pelo California Board of Registered Nursing, Provider Number CEP 11749 para 3,0 horas de contato.

A LWW também é um provedor aprovado pelo District of Columbia, Georgia e Florida CE Broker #50-1223.

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE Esta atividade

fornece crédito ANCC para enfermeiros e AMA PRA Categoria 1 Credit™ apenas para MDs e DOs. Todos os outros profissionais de saúde que participarem desta atividade receberão um certificado de participação que pode ser útil para os requisitos de EC de sua profissão individual.



Enfermagem Continuada
Desenvolvimento profissional

INSTRUÇÕES PARA EDUCAÇÃO CONTINUADA • Leia o artigo que

começa na página 183. Para enfermeiros que desejam fazer o teste para o horário de contato do NCPD, visite www.NursingCenter.com/ce/ASWC. Para médicos que desejam fazer o teste para crédito CME, visite <http://cme.lww.com>. Na opção Journal, selecione *Advances in Skin and Wound Care* e clique no título da atividade de EC. • Você precisará registrar sua conta pessoal do CE Planner antes de fazer os testes online. Seu planejador acompanhará todas as suas atividades online de desenvolvimento profissional da Lippincott para você. • Existe apenas uma resposta correta para cada pergunta. A pontuação de aprovação para este teste é de 7 respostas corretas. Se passar, você pode imprimir seu certificado de horas de contato ou crédito ganho e acessar o gabarito. Os enfermeiros que falham têm a opção de fazer o teste novamente sem custo adicional. Apenas a primeira inscrição enviada por médicos será aceita para crédito.

Prazo de inscrição: 31 de março de 2023 (médicos); 3 de março de 2023 (enfermeiros).

PAGAMENTO A

taxa de inscrição para esta atividade de EC é \$ 27,95 para enfermeiros; \$ 22,00 para médicos.