

Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem

Patients carriers of neoplastic wounds in palliative care services: contributions to elaboration of nursing protocol interventions

Flávia Firmino

Resumo

O artigo tem por objetivo sugerir um protocolo de intervenções de enfermagem elaborado para guiar a prática de realização de curativos em pacientes portadores de feridas neoplásicas. Tendo em vista a diversidade de condutas nesse tipo de cuidado, foi realizada revisão de literatura nos tópicos de estadiamento, algoritmo de condutas e protocolos de intervenções nos curativos, bem como na abordagem ao paciente. A partir dos dados da literatura e da prática, no serviço de ambulatório de uma instituição federal especializada em cuidados paliativos, é sugerido um protocolo que leva em consideração a importância dos conceitos de oncogênese e palição frente à escolha de produtos e técnicas mais favoráveis ao controle dos sinais e sintomas dos quais estas feridas apresentam.

Palavras-chave: Feridas neoplásicas; Lesões crônicas; Feridas tumorais malignas cutâneas; Feridas vegetativas; Enfermagem oncológica; Cuidados paliativos.

Abstract

This paper aims to suggest a nursing intervention protocol that was elaborated to guide the wound dressing practice in patients carriers of neoplastic wounds. Given the diversity of conducts possible for this kind of care, a literature review was accomplished on the topics of classification, behavior algorithm and dressing intervention protocols, as well as the approach to patients. From the literature data and based on the clinic service practice, on a federal institution specialized in oncological palliative care, it is suggested a protocol which takes into account the importance of carcinogenic and palliative concepts to use products and techniques which are more favorable to the control of signs and symptoms presented in such wounds.

Key words: Neoplastic wounds; Chronic lesions; Malignant cutaneous tumorous wounds; Vegetative wounds; Oncology nursing; Palliative care.

INTRODUÇÃO

Define-se Cuidados Paliativos como uma forma de assistência a qual visa cuidar de pessoas cuja doença não responde mais ao tratamento curativo e se caracteriza por preconizar uma postura ativa frente ao controle dos sinais e sintomas inerentes à fase avançada da doença que se tornou incurável. Nesta fase, ao invés de buscar a cura passa-se a visar o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos presentes. O objetivo é diminuir ao máximo que se puder, o sofrimento físico e psicológico e alcançar a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família.¹

O modelo deriva da assistência inglesa a qual se desenvolvia nos *hospices* medievais: instituições monásticas que davam assistência a peregrinos que rumavam a lugares santos. Prestavam cuidado simples focados no controle dos sintomas físicos e espirituais para proporcionar conforto. Foi implementado por Cecily Saunders, que entre as décadas de 50 e 60 realizou estudos voltados para o controle da dor cruciante em pessoas com câncer em estágio terminal. E, prosseguindo no firme propósito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes ditos "moribundos", fundou o *San Christopher's Hospice* em 1967.² Na década de 70, este modelo assistencial passou a ser adotado no Canadá e nos Estados Unidos e, paulatinamente, fixou espaço no sistema de saúde dos países desenvolvidos como uma medida necessária, diante dos benefícios que traz aos pacientes e às instituições de saúde dentro de uma perspectiva humanitária, mas também racional do ponto de vista econômico.

No início da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar a prestação de cuidados paliativos como uma de suas recomendações para os programas de prevenção e controle do câncer.¹ Em 1998, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) inaugurou o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO)*, e passou a enfatizar cuidados paliativos como modelo de assistência e a formar recursos humanos nas áreas de medicina e de enfermagem voltados, especificamente, para este fim. Houve, ainda, a expedição da portaria n. 19 de 03 de janeiro de 2002,^{3,4} do Ministério da Saúde, a qual determina a implantação de serviços de cuidados paliativos e dor no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes acontecimentos põem em evidência a assistência a ser prestada na fase avançada da doença oncológica.

Dentre as diversas práticas assistenciais que se executam junto aos pacientes com câncer avançado, destaca-se o cuidado aos pacientes portadores das feridas neoplásicas. Estima-se que cerca de 5% a 10% dos pacientes oncológicos são acometidos por estas feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos.⁵ As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida da pessoa portadora de câncer, já que tais feridas, progressivamente, vão desfigurando o corpo e tornando-se friáveis, dolorosas, secretivas e com odor fétido. Realizar um curativo efetivo, confortável ao paciente e esteticamente aceitável torna-se um desafio para a equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

O protocolo proposto levou em consideração o controle dos sinais e sintomas físicos decorrentes das feridas neoplásicas: dor, prurido, sangramento, secreção, odor e fistulas. A proposta corresponde à nova abordagem da literatura frente ao tipo de ferida e sua evolução.

Na busca bibliográfica utilizou-se a base de dados Medline através das palavras *fungating wounds*. Uma vez que havia a informação prévia do uso do Metronidazol como antibiótico de eleição para estas feridas,** as palavras foram cruzadas com o termo "Metronidazole". Foram identificados periódicos correspondentes ao período de 1984 a 2003 e obtidos somente aqueles disponíveis nos acervos bibliográficos das unidades I, II e III do INCA, os quais totalizaram 15 artigos. Desses, somente 01 artigo corresponde a estudo clínico (dublo-cego, randomizado, envolvendo o uso de metronidazol sistêmico para o controle do odor das feridas neoplásicas) e os demais são baseados em relatos de caso e indicação de condutas advindas da prática assistencial, portanto com embasamento empírico.

Foram utilizados os livros *Oxford Textbook of Palliative Medicine* e o *Textbook of Palliative Nursing*, por serem referências na área da palição. Outros livros serviram de suporte para melhor compreensão das informações encontradas sobre produtos e condutas preconizadas. Na fase de leitura do material obtido foi identificado um protocolo já existente na literatura americana construído com embasamento da prática assistencial. Após re-leitura, reflexões, e contato com outros profissionais experientes, deu-se início a redação de um protocolo que melhor se adequasse à realidade

* Atualmente o CSTO passou a ser denominado de Hospital de Câncer IV e referido como HC IV.

** Informação verbal relatada pela enfermeira estomaterapeuta do Instituto Nacional de Câncer (INCA) Edjane Faria Amorin (In memoriam), em 1998 em resposta a orientação solicitada pela autora.

institucional vivenciada.

Com o material obtido foi possível elaborar os tópicos que se seguem, além do protocolo de intervenções proposto.

CONCEITO E DENOMINAÇÃO DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento e em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, ocorre a formação de uma ferida evolutivamente exofítica.⁵

As denominações mais comuns que estas feridas recebem são "feridas neoplásicas" ou "feridas tumorais". Foi utilizado no protocolo o termo: "feridas tumorais malignas cutâneas" pois aqueles comumente usados não apreendem as características evolutivas e não indicam a localização da ferida. Destacamos o uso dos termos: "feridas ulcerativas malignas" (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), "feridas fungosas malignas ulceradas" (união do aspecto vegetativo e partes ulceradas), "feridas fungosas malignas" (quando são semelhantes à couve-flor) ou ainda "feridas neoplásicas vegetantes".⁶

FORMAÇÃO

A formação das feridas neoplásicas está definida por três eventos a saber: a) crescimento do tumor, o qual irá causar o rompimento da pele, b) neovascularização, a qual fornece substratos para o crescimento tumoral e c) invasão da membrana basal das células saudáveis, a qual configura o processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida.⁵

Destaca-se, na formação destas feridas, a invasão metastática da base da membrana, e essa invasão inclui três eventos: a) atração das células específicas para a base da membrana; b) degeneração da base da membrana pelas células tumorais, com secreção direta de protease e outras enzimas hidrolíticas e formação de uma dura fibrose desmoplásica e c) movimento do tumor por pseudopodia - protusão em direção determinada por quimioatrativos dentro da matriz celular alterada pela proteólise. Pelo crescimento que corre dentro da pele e das estruturas de suporte das células, a vascularização é diminuída, passando a haver isquemia e necrose capilar predominante nas bordas adjacentes da ferida já constituída.⁵

Este evento será retroalimentado pelos processos de angiogênese e vasculogênese. É necessário destacarmos que a angiogênese é a formação de um vaso sanguíneo suplementar a partir de outros pré-existentes (vasculogênese). Quando ocorre rompimento destes

capilares, o sangramento torna-se, muitas vezes, de difícil controle porque no tumor, as plaquetas têm função diminuída. De outra forma, a proliferação das células cancerígenas, também, podem realizar erosão de vasos sanguíneos adjacentes, ocasionando sangramento que pode levar o paciente a óbito. Durante seu processo de crescimento acelerado, o tumor pode exercer pressão e/ou invasão sobre estruturas e terminações nervosas, ocasionando dor. Pelo processo inflamatório que cursa com este crescimento agressivo, ocorre liberação de histaminas, responsáveis pelas freqüentes queixas de prurido ao redor da ferida.⁵

Com o crescimento anormal, desorganizado, tem-se a formação, no sítio da lesão, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde ocorrerá contaminação por microrganismos aeróbicos como *Pseudomonas aeruginosa* e *Stafilococcus aureus*, e, principalmente, microrganismos anaeróbicos como as Bacteróides. Como produto do metabolismo final desses microrganismos, são liberados os ácidos graxos voláteis, como o ácido acético, caprótico, entre outros, que provocam odor fétido às feridas tumorais. Este odor é descrito, muitas vezes, como "intolerável" e "nauseante", por conter também os gases putrescina e cadaverina que ocorre da interação da flora aeróbica e anaeróbica as quais colonizam e infectam estas feridas.^{5,7-11}

ESTADIAMENTO

A classificação para esta entidade de feridas foi proposta pelas enfermeiras Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox,⁵ em 1999. Estas autoras elaboraram um estadiamento classificatório com base naquele adotado universalmente para classificação das úlceras por pressão. O estadiamento está descrito no Quadro 01.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O protocolo sugerido considerou o algoritmo apresentado na Figura 1 e Quadro 2, que aponta intervenções a partir dos sinais e sintomas presentes na ferida tumoral maligna cutânea (FTMC).

DISCUSSÃO

Os conhecimentos sobre as feridas tumorais malignas (FTMC) e os produtos elegíveis para realização de curativos são informações essenciais para a Enfermagem Oncológica em função da incidência destas feridas nos pacientes com câncer avançado. Porém, este conhecimento ainda está incipiente e sendo conduzido, em partes, pelo raciocínio adotado em outras feridas categorizadas como feridas crônicas a exemplo das úlceras diabéticas e vasculogênicas onde a cicatrização é almejada.

Quadro 01. Descrição do estadiamento classificatório das feridas neoplásicas

Estádio 1 – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.

Estádio 1N - Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

Estádio 2 – Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exhibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.

Estádio 3 – Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

Estádio 4 – Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Têm profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exhibe coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

Fonte: Haisfield-Wolfe, Baxendale-Cox. Staging of Malignant Cutaneous Wounds: a pilot study. ONS, 26 (6):1055-56, 1999.

Saber o comportamento da célula tumoral frente a um produto cicatrizante é um fato inexplorado, mas intrigante à luz dos princípios da carcinogênese. Observa-se, na prática, que os pacientes portadores destas feridas, sob tratamento pela radioterapia e quimioterapia, têm considerável resposta à redução e involução do processo desfigurante que elas ocasionam, fato que fala a favor da utilização de produtos cicatrizantes. Mas, considerando que a recidiva do tumor pode ser consequência de uma única célula alterada, questiona-se o uso dos produtos cicatrizantes, visto que eles induzem a divisão celular para fins de reparação tecidual.

Os pacientes excluídos da fase de tratamento curativo, à medida que o quadro clínico se agrava, caminham para o aumento progressivo da ferida neoplásica, onde o tecido necrótico prolifera e o uso dos antissépticos, considerados citotóxicos para o tecido de granulação, passa a ser útil porque a cicatrização

não é a meta. O objetivo é alcançar o controle da secreção e do odor, sangramento, dor e prurido e a meta é o curativo confortável, funcional e estético.^{5,12,13}

O controle do odor e da secreção requer limpeza criteriosa e cuidadosa, com o uso de soluções antissépticas.¹⁴ No consenso entre toxicidade e efetividade, proteger a pele e as bordas da ferida tumoral com pomada à base de óxido de zinco tem sido técnica recomendada.¹⁵ Na prática vivenciada, esta ação mostrou-se efetiva, também, como técnica de analgesia, uma vez que os pacientes que dela se utilizaram referiram sentir menos dor ao redor da ferida. Provavelmente, isto se deu porque tais pacientes tiveram a pele ao redor da ferida protegida tanto das soluções antissépticas como da drenagem corrosiva produzida no sítio da lesão, o que diminuiu o grau de maceração e erosão peri-lesional.

Destaca-se que o uso de antissépticos nas feridas neoplásicas, como o hipoclorito de sódio a 0,25%

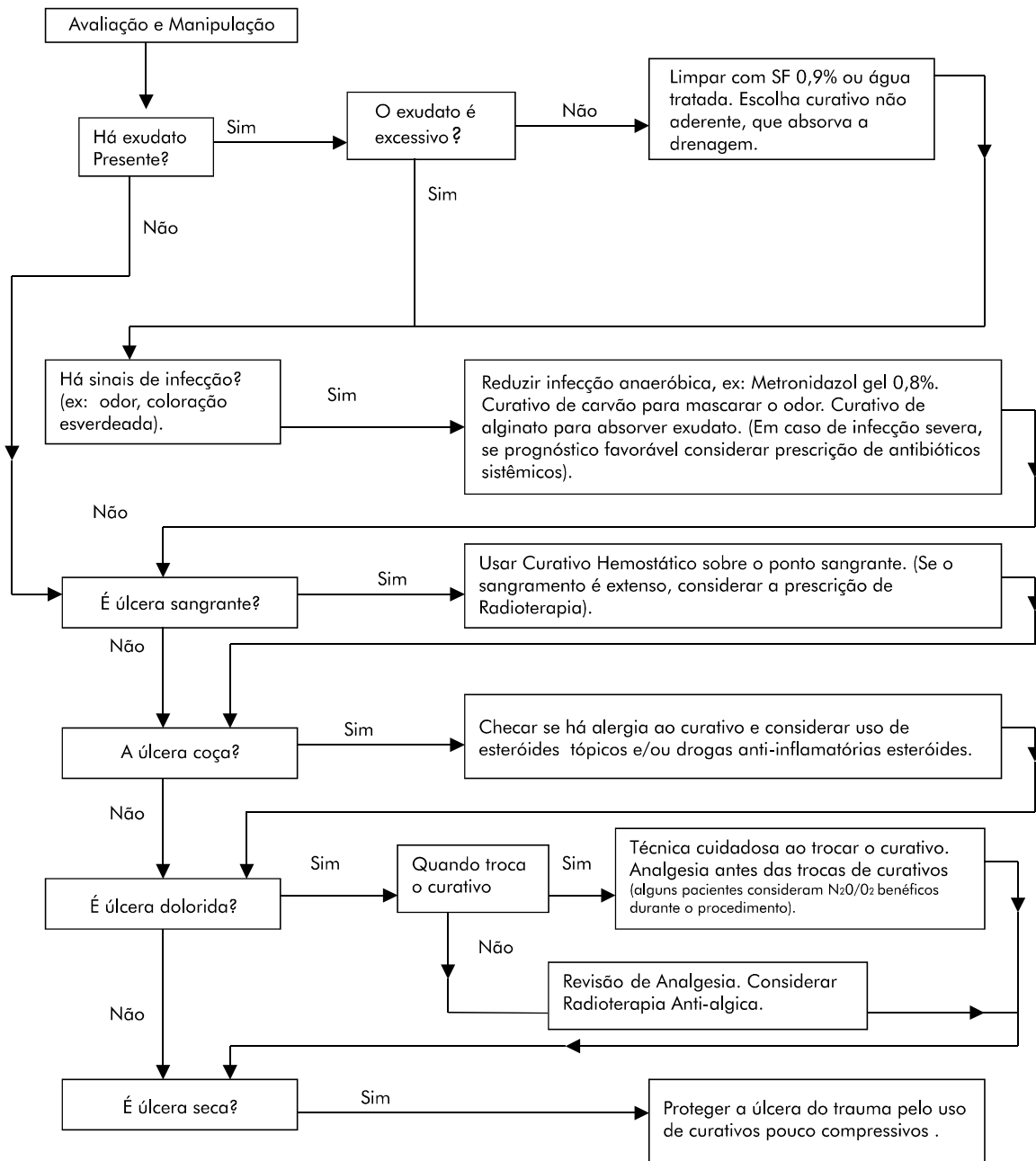


Figura 1. Algoritmo de curativos tumorais

Fonte: Miller, C. Textbook Medicine Palliative. Doyle, et al. 2001, p. 645.

(também conhecido como Solução de Dakin modificada), a clorexedina a 4% ou solução aquosa a 1% e povidona iododado (PVPI) têm uso indicado,^{5,6,10,12-18} ainda que esta prática seja julgada como inadequada devido aos efeitos citotóxicos que causam ao tecido viável de cicatrização. O conceito da palição e a melhora na qualidade de vida, pelo controle dos sinais e sintomas em detrimento da cicatrização tornam o uso dos antissépticos como opção ponderável¹³⁻¹⁶ de

forma que foram inclusos no protocolo elaborado.

O odor é citado na literatura como o sintoma mais castigante destas feridas, em decorrência da sensação de enojamento e isolamento social que imputa ao paciente.^{5,13,17,19} Para controlar este sintoma, foi proposto o uso sistêmico de Metronidazol, a partir do estudo clínico randomizado, duplo-cego, de Ashford, et al (1984).²⁰ Porém, o uso contínuo deste antibiótico por via sistêmica leva a rápida intolerância gástrica,

impossibilitando seu uso por tempo prolongado.^{20,21} Foi observada, empiricamente, uma tolerância média de 15 a 30 dias em pacientes que utilizaram 750mg/dia. Desprovido dessa droga o odor torna-se aumentado, obtendo classificação III conforme a escala gradual elaborada no protocolo sugerido. Esta mesma realidade, no passado, guiou a prática de se empregar esta droga na forma tópica.^{13,20,22} Tal conduta é contra indicada pelo FDA, porém foi utilizada para controle do odor em feridas de úlceras por pressão (UP)²² e feridas tumorais até a criação da forma em gel a 0,8% após a década de

noventa na Inglaterra e nos Estados Unidos.^{2,8,10,15,17,20-23}

Seguindo o algoritmo de condutas, o Metronidazol gel 0,8% foi utilizado em um paciente que apresentou ferida tumoral em couro cabeludo, extremamente fétida. Surgiu resultado satisfatório do controle do odor (passou do Grau III para o Grau I após 72 horas de aplicação, com diminuição perceptiva a partir das primeiras 24 horas de uso, trocando-se curativo 2 vezes ao dia) e o paciente seguiu adquirindo a formulação até o final de sua vida.^{***} Nos demais pacientes, seguiu-se o uso do metronidazol conforme especificado no Quadro 3.

Quadro 2. Intervenções de Enfermagem: protocolo para o cuidado de pacientes com feridas malignas cutâneas*

Responsabilidades da enfermeira
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a ferida <ul style="list-style-type: none"> ○ Tamanho e configuração ○ Área de envolvimento ○ Cor da lesão ○ Extensão da ferida (fistula/tecido ao redor) ○ Odor ○ Exsudato ○ Sangramento ○ Dor ○ Prurido ○ Descamação ○ Acometimento ou invasão de órgãos e sistemas • Avaliar a progressão ou mudanças na ferida • Obter os produtos necessários/apropriados para a ferida • Ensinar o cuidado ao paciente, cuidador, familiar e outras pessoas importantes para o paciente • Encaminhar o paciente à psicologia/ass.social de maneira apropriada (através de parecer) se necessário
Intervenções básicas
<ul style="list-style-type: none"> • Limpar a ferida para remoção superficial de bactérias e debris • Conter/absorver exsudato • Eliminar o espaço morto (preenchê-lo com gazes/produtos) • Eliminar a adesão de gazes às bordas/superfície da ferida • Manter o leito da ferida úmido • Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente • Empregar técnica cautelosa visando analgesia • Retirar as gazes anteriores com irrigação abundante • Irrigar o leito da ferida com jato de seringa 20ml/agulha 40x12 • Utilizar luvas estéreis no ambiente hospitalar • Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de bactérias no ambiente)

*** O paciente tinha condições financeiras para tal aquisição (frasco contendo 30 mg custava aproximadamente R\$ 7,00 em uma farmácia de manipulação situada na zona Sul do Rio de Janeiro).

* Derivado do protocolo proposto por Haisfield-Wolfé, M. E; Rund, C. Ostomy/Wound Management. Vol. 43, N. 1. January/February, 1997.

Intervenções específicas

Dor

- Monitorar o nível de dor pela EVA
- Considerar o uso de gelo/ Opióides VO/ EV/ ou SC (se prescritos como “SOS” resgate)
- Readequar o horário de troca de curativos, quando o paciente já estiver em uso de Gabapentina ou Carbamazepina
- Planejar o curativo, de acordo com a necessidade de analgesia prévia (iniciar após 30min. para analgesia via oral e SC e 5 min. para EV. Via tópica início imediato)
- Aplicar gazes embebidas em: Hidróxido de alumínio
- Considerar o uso de Lidocaína 2%
- Empregar técnica cautelosa – sem esfregaço do leito ulceral
- Retirar os adesivos cuidadosamente com o uso de éter (se possível anestésico tópico)
- Irrigar o leito ulceral com AD ou SF 0,9% e aplicar óxido de zinco (pomada) nas bordas, e ao redor da ferida
- Observar a necessidade de analgesia, após a realização do curativo
- Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito. Considerar a necessidade de antiinflamatórios EV, RXT antiálgica, ou cirurgia junto à equipe médica
- Registrar o número da EVA e a analgesia empregada
- Comunicar a equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada

Secreção

- Curativos absorptivos: carvão ativado/alginato de cálcio e zobec como cobertura secundária. Atentar para a proteção da pele ao redor (empregar óxido de zinco na pele danificada, e utilizá-lo nas bordas da ferida antes de utilizar antissépticos)
- Avaliar os benefícios de colher material para cultura (aspirado ou em swab). Registrar o procedimento, fazer o seguimento para detectar o momento da chegada do resultado e comunicar à equipe médica para avaliação

Prurido

- Investigar se a causa do prurido é decorrente de alergia proveniente dos produtos utilizados no curativo
- Aplicar Dexametasona creme 0,1% no local referido
- Avaliar a necessidade de terapia sistêmica, junto à equipe médica, se o prurido for persistente
- Inspeccionar o local atentando aos sinais de candidíase cutânea (hiperemia e manchas/pápulas esbranquiçadas) ao redor da ferida. Nestes casos, aplicar pomada Sulfadiazina de Prata 1%

Necrose

- Avaliar a necessidade de desbridamento
 - Avaliar o *status* do paciente
 - PS 4 com piora expressiva do estado clínico efetuar desbridamento mecânico superficial
 - Episódios de sangramento progressivo (há menos de 7 dias) não desbridar
 - Selecionar forma de desbridamento (mecânico, químico, autolítico)
- OBS:** Considerar uso de Hipoclorito de Sódio 0,25% para desbridamento químico, mantendo gazes umedecidas com esta solução no leito da ferida. Requer troca de curativo 3 – 4 vezes ao dia. Quando optar pelo uso de Hipoclorito, utilizar sem outro tipo de antisséptico. É elegível para desbridamento leve a moderado. Já a Colagenase é elegível para desbridamento em úlceras por pressão; úlcera vasculogênicas diabéticas etc. No entanto, está contra-indicada para desbridamento em feridas tumorais de estágio avançado, pois se mostrou ineficaz em nossa prática.

<p>Fístulas cutâneas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar óxido de zinco na pele ao redor da fistula • Aplicar hioscina tópica nas fistulas de baixo débito • Considerar uso de esteróides tópicos (se houver inflamação) • Ponderar o uso de bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocolóide ao redor da pele • Realizar curativo absortivo com carvão ativado e/ou alginato de cálcio, com gaze tipo “zobec” como cobertura secundária
<p>Sangramento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gaze, compressa ou toalha (evitar a de cor branca) • Considerar a aplicação de SF 0,9% gelado; curativos a base de colágeno hemostático (gelfoam); alginato de cálcio, ácido tranexâmico ou adrenalina solução injetável topicamente sobre a ferida em seus pontos sangrantes; • Manter o meio úmido evitando aderências de gazes no sítio ou na superfície e bordas da lesão • Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de iniciar <ul style="list-style-type: none"> ○ coagulante sistêmico como o ácido tranexâmico (1,5 mg - 1 mg a cada 4h por um período de 5 -10 dias); ○ intervenção cirúrgica; ○ radioterapia antihemorrágica e/ou ○ sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhados de agitação, ○ desespero e angústia do paciente. • Avaliar a necessidade de colher exames laboratoriais (como hb/ht) com vistas a hemotransfusões.
<p>Odor grau I (sentido ao abrir curativo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder à limpeza com SF 0,9% + antissepsia (Hipoclorito de Sódio ou PVPI) • Retirar antisséptico e manter gazes embebidas com Hidróxido de Alumínio no leito da ferida • Outras opções: Sulfadiazina de Prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida com SF 0,9%. Ocluir com gaze embebida em vaselina líquida
<p>Odor grau II (sentido sem abrir curativo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder à limpeza da ferida + antissepsia acima • Irrigar ferida com solução de Metronidazol (1 cp 250mg diluído para 250ml de SF 0,9% ou água tratada. A concentração pode ser aumentada em até 4 cp de 250mg para 50 ml de Sf 0,9% ou água tratada) • Verificar o tecido necrótico endurecido: se houver necessidade, fazer escarotomia e aplicar comprimidos secos e macerados sobre a ferida. Ocluir com gaze embebida em vaselina líquida. A solução pode ser substituída pela pomada vaginal de Metronidazol, gel 0,8% ou sol. injetável diluída na proporção 1/1 (100ml droga diluída em 100 ml de Sf 0,9% ou água tratada)
<p>Odor grau III (fétido e nauseante)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar emergência dermatológica ○ Seguir passos acima e ○ Considerar junto a equipe médica a possibilidade de associar uso de Metronidazol sistêmico IV ao uso tópico, podendo seguir, posteriormente, com uso sistêmico via oral, porém mantendo o uso tópico

Condições a serem reportadas

À equipe médica:

- Exsudato ou mau-cheiro
- Mau-cheiro excessivo
- Prurido persistente e presença de celulite (que solicitem medicação sistêmica)
- Piora ou mudanças na característica da dor (o que pode exigir novo esquema terapêutico de analgesia)
- Sangramento severo
- Estresse emocional severo
- Febre (pois será indicativo da necessidade de antibioticoterapia sistêmica a critério médico)
- Mudanças não usuais na ferida (míiase, fístulas e comprometimento de outros órgãos)

À Psicologia

- Estresse emocional
- Sedação paliativa
- Depressão
- Mudança de humor seguida de episódios de algia e/ou sangramento associados a ferida

Ao Serviço Social

- Dificuldades financeiras de obtenção de produtos necessários ao cuidado da ferida
- Dificuldades de entendimento paciente/família em relação às orientações

Ensinar/Educar

- O paciente e seus familiares quanto aos cuidados necessários a ferida
- As condições que ele(s) deve(m) reportar ao profissional de saúde

Resultados esperados com uso do protocolo

Em relação à ferida

- Manejo efetivo dos sinais e sintomas
- Controle do odor
- Diminuição de trocas de curativos
- Otimização da pele ao redor da ferida/fístula
- Controle da infecção local
- Curativos funcionais e de melhor estética
- Conforto pela realização de curativos efetivos

Em relação ao paciente

- Que ele saiba usar intervenções para o cuidado da ferida de acordo com as necessidades específicas
- Que ele saiba identificar e reportar as condições de maneira apropriada
- Que ele tenha conforto, nível satisfatório de funcionalidade e praticidade do curativo, e bem-estar psicológico

Em relação à equipe de saúde:

- Ter segurança técnica
- Desempenhar prática homogênea
- Assegurar ao paciente a diminuição do trauma relacionado à ferida

Documentar

- Avaliação do paciente e da ferida
- Todas as intervenções
- Educação realizada ao paciente e/ou família sinalizando os pontos de dificuldade de entendimento e habilidade
- Resultados obtidos

Para controle institucional

- Notificar o uso do Metronidazol à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Quadro 3. Modos de utilização do Metronidazol tópico em Feridas Tumorais Malignas Cutâneas e Úlceras Fétidas*

Apresentação	Forma de preparo	Forma de aplicação	Observação
Comprimidos (cp) 250 mg.	Macerar e diluir em água destilada, tratada ou em soro fisiológico na proporção de 1cp de 250mg para 250ml de SF 0,9% ou água tratada. Pode-se dobrar a dosagem na dependência da extensão da ferida.	Após a limpeza da ferida, irrigar com a solução de Metronidazol e deixar no leito da ferida gazes umedecidas com esta mesma solução irrigadora. A "papa" de comprimidos macerados que fica em repouso no fundo do recipiente poderá ser aplicada na gaze e deixada em contato com o sítio da lesão. Somente para feridas com tecido necrótico não endurecidos.	A dose máxima para diluição do Metronidazol cp é a dosagem de 800mg de comprimidos para 50 ml de água destilada ou SF0,9%, em que se tem 16 mg/ml. Porém como temos cp 250 mg adotamos até 4cp/50ml, que corresponde a 20mg/ml. Fechar a lesão com gazes embebidas em vaselina, seguidas de gazes secas.
Solução endovenosa	Realizar diluição na proporção de 1/1 = 100ml da solução para 100ml de SF 0,9% ou água tratada.	Após a irrigação, aplicar gazes umedecidas com a mesma solução, diretamente na lesão. Perfaz 1mg/ml. Somente para feridas com tecido necrótico não escurecido.	Fechar a lesão com gazes embebidas em vaselina, seguidas de gazes secas. Se aplicação for na vagina, realizar lavagem através de seringa de 20 ml e agulha 40x12. Se a lesão for cavitária pode-se irrigar com auxílio da seringa de insulina, ou ainda sonda vesical de alívio.
Macerado e seco, sem diluição.	Macerar a droga com o auxílio de um macerador exceto de alumínio (pelo risco de interação da droga com metais).	Em feridas com tecido necrótico escurecido, aderido; realizar limpeza com SF 0,9% e escarotomia (riscar a casca do tecido com agulha 40x12 ou lâmina de bisturi). Salpicar sobre a ferida.	Fechar a ferida com gazes umedecidas em SF 0,9% e após esse procedimento com gaze embebida em vaselina líquida.
Geléia vaginal	Aplicar intravaginal ou topicamente na ferida.	Uso em qualquer ferida como pomada antimicrobiana.	Aplicar topicamente após a limpeza da ferida. Uso intravaginal, se odor por tumor ginecológico, devendo ser associado ao uso sistêmico, se odor fétido intenso.
Comprimidos de 250 mg diluídos e associados à Sulfadiazina de Prata 1% + óleo mineral.	Preparar a solução (1cp para cada 50ml de água tratada ou SF 0,9%) e adicionar 1 a 2 colheres de sopa de Sulfadiazina e ½ colher de óleo mineral.	Realizar a limpeza da ferida com SF 0,9% ou água tratada. Aplicar a "papa" resultante da mistura indicada sobre a ferida.	Trata-se de uma "papa" indicada para feridas de cavidade oral, necrose de base de língua e mucosa jugal. Adequar a dose à aplicação única sempre que possível. Caso contrário manter o preparo guardado somente por três dias, sob refrigeração tomando as medidas necessárias para não haver contaminação.

* Embasado nos trabalhos de Gomolin, I. H, Brandt, L. Topical Metronidazole Therapy for Pressure Sores of Geriatric Patients. Journal of The American Geriatrics Society, Vo. 31. N 11: 710-712, 1984.

Asfhord, R. Plant, G. T. Maher, J. Double-blind trial of metronidazole in malodorous ulcerating tumours. The Lancet. 1984, June 2: 1232-33. Seaman, S. Home care for pain, odor, and drainage in tumor-associated wounds. In Practice corner: What methods do you use to manage tumor-associated wounds? ONS. Vol. 22, n. 6, 1995, p. 987. Colaboração: Enf. Rosângela Aparecida Saconato (São Paulo - SP).

Tal como o gel, as demais formulações tópicas mostraram-se efetivas, ocorrendo na prática o que está descrito na literatura: melhor controle do odor fétido dentro do período de 24 a 72 horas com trocas diárias dos curativos (de uma a duas vezes).^{8,10,13,18,22}

A aplicação local de antibióticos nas feridas é um tema polêmico no tratamento das feridas. Alguns autores referem que o tratamento de escolha para as feridas infectadas é a antibioticoterapia sistêmica, pois assim há maior segurança de se alcançar níveis séricos indicados. Destacam que as feridas crônicas não permitem que os antibióticos locais alcancem níveis suficientes para conter a infecção devido à presença de crostas, secreções, alteração dos níveis de pH no sítio da lesão e presença de bactérias que se mantêm sob a proteção de uma capa fibrinosa, ou produção própria de um tipo de biofilme o qual dificulta a penetração do antibiótico em suas paredes, o que pode desenvolver resistência bacteriana, e não obter o resultado terapêutico resolutivo esperado.²⁴ Outros autores ponderam a este respeito que as FTMC apresentam um contraste com os outros tipos de feridas crônicas, porque nelas a preparação tópica do antibiótico poderia atuar de modo otimizado justamente pela diminuição de perfusão da droga para os tecidos profundos em decorrência do tecido necrótico e pelo fato da vascularização débil do tumor impedir a absorção sistêmica e conseqüente disseminação da droga.¹⁴ Desta forma, a atuação local estaria reforçada no sítio da ferida.

Na elaboração do protocolo, optou-se por manter o uso do metronidazol tendo em vista a revisão de literatura efetuada e os benefícios obtidos, ainda que numa vertente empírica porque a literatura apresenta informações que não são baseadas em pesquisas.¹³ Abre-se aqui um espaço para a práxis da enfermagem oncológica.

A literatura aponta, também, o uso tópico de outras drogas sistêmicas como a adrenalina para conter o sangramento capilar, o uso de hioscina para aplicação em fistulas com baixa drenagem¹² e o uso de hidróxido de alumínio para o controle do odor e da dor em queimação presente, sobretudo, no leito da ferida em sua fase mais ulcerativa.¹⁴ O uso de gel anestésico, como a lidocaína, está indicado para o controle da dor.^{2,15} Estes apontamentos foram contemplados no protocolo elaborado.

O desbridamento, ou seja; a retirada de tecido necrótico do leito da ferida,²⁵ também, tem uso controverso no contexto das FTMC. Talvez, o sangramento capilar comumente presente e as grandes massas de tecido necrótico, tunelizações e profundidade presentes colaborem para a tendência a contra indicação desse método. Dealey (1996)²⁶ refere que o desbridamento pode reduzir o odor e a exsudação

presentes nestas feridas e pode ser feito tanto pelo método mecânico quanto pelo enzimático ou autolítico, porém a localização, o tamanho e a difusão da lesão podem afetar a opção pelo desbridamento.

Durante a confecção do protocolo destacaram-se duas experiências: em um paciente a indicação de desbridamento se fez pertinente na ferida de estadiamento grau IV, localizada na região axilar à D e obteve-se controle efetivo do odor associando-se o uso tópico de metronidazol. Para um paciente portador de câncer de boca com FTMC estadiamento IV e com formação de fistula oro-facial a D, procurou-se preservar a massa necrótica. Quando ela, espontaneamente, soltou-se houve aumento da fistula e o paciente passou a ter extravasamento de alimento pela face. Essas duas situações exemplificam que a opção pelo desbridamento deve ser feita de maneira criteriosa, corroborando a explanação de Dealey (1996). Desta forma, o desbridamento é contemplado no protocolo proposto.

Ponderando as considerações acima discutidas foi elaborado o Quadro 4 o qual aponta os embasamentos teóricos que sustentaram o protocolo sugerido.

CONCLUSÕES

O protocolo sugerido procurou oferecer medidas condizentes com a necessidade dos pacientes portadores de feridas tumorais malignas cutâneas numa perspectiva coerente com os princípios da carcinogênese e da palição, enfocando a melhoria na qualidade da vida que resta a esses pacientes.

Embora as informações contidas na literatura que consubstancializou o protocolo não estejam respaldadas por experimentos que forneçam evidências clínicas, elas apontam um caminho a seguir. Concluiu-se que há necessidade de se realizar pesquisas os quais gerem dados que possam validar e/ou iluminar as condutas que estão preconizadas do ponto de vista empírico. A realização de pesquisas, nesta temática, poderá vir a ser considerada uma das grandes demandas da enfermagem oncológica brasileira.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) pela oportunidade do aprimoramento profissional e à Divisão Técnico - Científica (DTC) da unidade HC IV pelo estímulo à pesquisa; ao apoio e incentivo da Dra. Cláudia Naylor Lisboa; ao Dr. Maurílio Martins; a todo corpo clínico do HC IV pelo conhecimento compartilhado e a todas as enfermeiras desta mesma unidade pelo apoio ao trabalho

desenvolvido em campo. De modo especial, registra-se o agradecimento a enfermeira Rosângela Aparecida Saconato pela troca de informações e experiências que

se reverteram em incentivos à realização desta pesquisa em prol da melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado portadores de feridas tumorais.

Quadro 4. Embasamento para construção do Protocolo

<p>Quanto à ferida tumoral</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À medida que se aproxima o fim da vida, ela passa a exacerbar sinais e sintomas necessitando de controle dos mesmos ^{1,2,3,4}. ▪ As úlceras por pressão e outras instaladas apresentam piora por infecção progressiva ¹. ▪ A falta do controle dos sinais e sintomas causa estresse físico e psicológico ao paciente, cuidadores, familiares e profissionais de saúde.^{5,6} ▪ Têm configurações disformes necessitando de técnica criativa e atenta à fim de manter a simetria do corpo o máximo possível, devido a alteração da imagem corporal que o paciente vivencia ^{1,2,5,6,7}. ▪ Em cuidados paliativos a meta é a qualidade de vida pelo controle agressivo dos sintomas, o que justifica e impõe aos profissionais atentar ao controle dos sinais e sintomas decorrentes da ferida tumoral. ^{1,8} ▪ O odor é um dos sintomas mais difíceis de controlar e também aquele de maior impacto negativo pela sensação de enojamento e isolamento social que impõe ao paciente São feridas infectadas por flora bacteriana mista, porém com prevalência da espécie <i>Bacteróides</i> que são anaeróbicas e responsáveis pelo mau cheiro que emanam dessas feridas e caracterizam os pacientes oncológicos ^{1,2,4,5,8}. <p>Quanto ao controle de infecção do ambiente hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otimizar técnicas de controle de infecção pela aderência às precauções padrão, raciocínio científico e zelo pela boa prática (que preconizam uso de luvas e gases estéreis, lavagem das mãos, proteção do curativo com saco plástico durante o banho de leito/aspersão, separação de ambiente limpo x contaminado para procedimentos invasivos e preparo de medicações) ^{9,10,13}. <p>Quanto ao controle do odor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Está preconizado o uso de Metronidazol tópico e/ou sistêmico por ser esta a droga mais efetiva frente as <i>Bacteróides</i>. ▪ A segunda opção para o uso sistêmico é a Clindamicina; a ser empregada somente nos casos onde o Metronidazol não estiver indicado (ex. pacientes alcoolistas na vigência da terapêutica, ou casos de resistência bacteriana)¹. 	<p>Quanto ao uso do Metronidazol</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertence ao grupo dos imidazolóis, com indicação primeira para Tricomoníase Vaginal, porém consolidou-se como droga de opção para o tratamento de infecções por bactérias anaeróbicas da espécie <i>Bacteróides</i>. ▪ Efeitos colaterais mais incidentes recaem sobre o trato gastrointestinal com náusea, vômito, gosto metálico na boca. Porém pode acometer sistema nervoso central e desencadear quadro de convulsões¹⁴. ▪ O uso tópico na forma de comprimidos diluídos, solução injetável como solução de irrigação e a geléia vaginal aplicada diretamente na ferida está descrito na literatura ^{15,16,17} porém contra indicado pelo FDA e desprovido de estudos clínicos que mensurem grau de absorção e/ou resistência bacteriana para paciente/cuidadores e profissionais de saúde ^{1,14}. ▪ Efetivo na prática ^{1,8,15,16,17}. <p>Quanto ao controle da infecção no paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acordo com a lógica dos princípios dos cuidados paliativos, deve-se otimizar a terapêutica mediante PS favorável do paciente instituindo uso de antibioticoterapia sistêmica para controle local da infecção, quando a tópica for insuficiente e o paciente apresentar sinais clínicos de infecção local intensa (como celulite) e sistêmica (taquicardia, hipertermia) ^{8,18,19}. <p>Quanto ao risco de resistência bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ponderar riscos x benefícios. ▪ Riscos considerados pela comunidade científica, porém mantido devido aos benefícios do controle do odor, tempo de uso e qualidade de vida ^{1,5,20,21}. ▪ Manter rigor na execução técnica (uso de luvas e máscaras para o profissional de saúde e uso de luvas para o cuidador). ▪ Desenvolver pesquisas que visem responder as questões inerentes.
--	--

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil. Ginebra: OMS; 1999.
2. Doyle D, Hanks G, Mac Donald N. Textbook of palliative care. 2nd ed. Canada: Oxford; 1999.
3. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2a ed. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2002.
4. Portaria do Gabinete do Ministério Nacional de Saúde no. 19, de 3 de janeiro de 2002.
5. Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nur Forum*. 1999 Jul;26(6):1055-64.
6. Santos CMC. Tratamento tópico de feridas fungosas [homepage na Internet]. [citado em 16 jan 2002]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/grad/monografia/1999/2219668.htm>
7. Ellis LM, Liu WF, Fan F, Reinmuth N, Shaheen RM, Jung YD, et al. Role of angiogenesis inhibitors in cancer treatment. *Oncology*. 2001 Jul;15(7 Suppl 8):39-46.
8. Carruth AK. Antifungal agent used topically to control odor. *Oncol Nur Forum*. 1993;20(8):1262.
9. Upright C, Salton C, Fred R, Murphy J. Evaluation of mesalt dressings and continuous wet saline dressings in ulcerating metastatic skin lesions. *Cancer Nurs*. 1994;17(2):149-55.
10. Melious N. Using Metronidazole (Flagyl) for odor control. *Oncol Nur Forum*. 1985;22(6):987.
11. Manning MP. Metastases to skin. *Semin Oncol Nur*. 1998 Aug;14(30):240-3.
12. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Manage*. 1997 Jan-Feb;43(1):56-60.
13. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. *Int J Palliat Nurs*. 2002;8(2):57-66.
14. Bates-Jensen B, Early L, Seaman S. Skin disorders. In: Ferrell BR, Coyle N. Textbook of palliative nursing. New York: Oxford University Press; 2001. p. 226-34.
15. Seaman S. Home care for pain, odor, and drainage in tumor-associated wounds. In practice corner: what methods do you use to manage tumor-associated wounds? *Oncol Nur Forum*. 1985;22(6):987.
16. Naylor W. Palliative management of fungating wounds: clinical management. *Eur J Palliat Care*. 2003;10(3):93-7.
17. Piggitt C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9(5):216-21.
18. Miller C. Nursing aspects. In: Doyle D, Geoffrey WCH, Mc Donald N. Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998. p. 646-7.
19. Schulz V, Triska OH, Tonkin K. Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Dec;24(6):572-7.
20. Asfhord R, Plant GT, Maher J, Teare L. Double-blind trial of metronidazole in malodorous ulcerating tumours. *Lancet*. 1984 Jun 2;1(8388):1232-3.
21. Clinical pharmacology. Metronidazole [homepage on the Internet]. [cited 2003 Jul 30]. Available from: http://www.cai.mcgill.ca/MedEd/DrugDB/metronidazole/metronidazole_db.htm
22. Gomolin IH, Brandt L. Topical metronidazole therapy for pressure sores of geriatric patients. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(11):710-2.
23. Bauer C, Gerlach MA, Doughty D. Care of metastatic skin lesions. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2000;27:247-51.
24. Gomes FSL, Carvalho DV. Tratamento de ferida: revisão da literatura. *REME Rev Min Enferm*. 2002 jan-dez;6(1/2):67-72.
25. Borges EL. Técnica limpa versus técnica estéril no manuseio de feridas. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1999;33(No Espec).
26. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996.
27. Mandelbaum MHS. Recursos destinados ao tratamento de feridas. Simpósio Avanços e Controvérsias no Cuidado com a Pele no Contexto da Infecção Hospitalar. 2001 mar 16-17. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2001.
28. EnferNurse. Fale comigo. Técnica de curativos [homepage na Internet]. [citado em 16 mar 2004]. Disponível em: <http://www.enfer nurse.hpg.ig.com.br/id22.html>
29. Jorge AS, Dantas PE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.