



WHITE PAPER

(DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA

PRODUZIDO POR:
Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTFERIDAS)

TÍTULO:
(DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA

Os pontos de vista expressos nesta publicação são da inteira responsabilidade do grupo de peritos intervenientes.

GRUPO DE PERITOS APTFeridas:

Ana Rocha – IPOCFG, EPE - Serviço de Cuidados Paliativos | Grupo Feridas

Anabela Moura – Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Helena Vicente – IPOLFG, EPE - Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

Marisa Matos – IPOPCF, EPE - Serviço de Radioterapia Externa

Paulo Alves – Universidade Católica Portuguesa | Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Wounds Research Lab, Porto

Paulo Ramos – ARS Norte - USF Corino de Andrade, Póvoa de Varzim

Sara Carvalho – IPOLFG, EPE - Serviço Cirurgia Geral / Outros Tumores Sólidos | Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

Sylvie Gomes – IPOCFG, EPE - Serviço de Radioterapia | Grupo Feridas

ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO:

Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalho, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8

ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA:

assessoria@aptferidas.com

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. O QUE SÃO?	4
2. COMO SE DESENVOLVEM?	4
3. COMO SE TRATAM?	5
4. QUAIS OS PRINCIPAIS SINTOMAS QUE PODEM APRESENTAR?	5
5. VOU CUIDAR DE UMA PESSOA COM FM. COMEÇO POR ONDE?!	6
6. O QUE REPRESENTA O CONTROLO DOS SINTOMAS?	6
7. COMO SE CHEGA AO CONFORTO?	6
8. CONSTRUINDO O PENSO.	10
9. (DES)COBRIR A FM. O QUE É IMPORTANTE FAZER!	11
10. (DES)COBRIR A FM. O QUE NÃO É IMPORTANTE FAZER?	11
11. (DES)COBRIR O REGISTO DA FM. O QUE REGISTRAR?	11
12. CONSTRUIR A AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES NA PESSOA COM FM.	11
INFOGRAFIA	12
CASO CLÍNICO – ABORDAGEM HOLÍSTICA	13
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

As feridas malignas (FM) são uma realidade em oncologia, surgindo entre as inúmeras complicações de várias doenças oncológicas. Estão habitualmente associadas a estádios de doença avançada, por vezes já multitratada e incurável. Viver com uma FM pode ser uma experiência desafiante e até traumática (1), uma vez que é vista como um relembrar constante da presença de um cancro ou de uma morte inevitável. Esta vivência aumenta a vulnerabilidade da pessoa, perda de identidade corpórea, diminuição da autoestima, estigma social, constrangimento, depressão, medo, vergonha, culpa, raiva, ansiedade, e ainda uma sensação de perda de controlo do corpo e da própria vida (1-5).

A FM é uma entidade muito específica no universo das feridas complexas. O facto de a sua cicatrização ser "alheia" à ação do material de penso é a sua primeira especificidade. Segue-se o volume, as grandes dimensões, e as formas tão distintas como se apresentam no corpo da pessoa, desde os mais ocultos aos mais expostos como a face, ou íntimos como os genitais (6). A existência de um profissional de saúde capacitado para trabalhar a esperança (no controlo dos sintomas, não na cura) preservando a dignidade da Pessoa, pode fazer a diferença na sua qualidade de vida (QV) (2, 5, 7). Tudo deve começar com um sentimento de confiança, estabelecida numa relação terapêutica com o doente, que lhe permita exprimir as suas preocupações e que gere empatia, pois, a Pessoa com FM espera do profissional um verdadeiro suporte emocional (1).

A inexistência de um padrão nestas feridas, a escassa evidência científica e ausência de *guidelines*, dificultam a intervenção dos enfermeiros nesta área, fazendo-os sentir-se inseguros e impotentes (2).

Contrariamente ao que se possa pensar, as FM parecem estar a aumentar e não apenas restritas aos centros oncológicos. É com esta pertinência que surge este White Paper, dirigido sobretudo a enfermeiros, especialmente aos que terão mais dificuldade nesta área de intervenção, ou seja, aqueles cujo âmbito de cuidados tende a ser outro que não a oncologia, e de doentes com FM. Para a elaboração deste documento baseamo-nos no descrito na mais recente literatura, conjugado com a prática clínica. Pretendemos fazê-lo desmitificando algumas crenças e, sob uma visão prática, incluímos uma infografia e um caso clínico.

"A FM é uma entidade muito específica no universo das feridas complexas. (...) A existência de um profissional de saúde capacitado para trabalhar a esperança (no controlo dos sintomas, não na cura) preservando a dignidade da Pessoa, pode fazer a diferença na sua qualidade de vida."

"Viver com uma FM pode ser uma experiência desafiante e até traumática (1), uma vez que é vista como um relembrar constante da presença de um cancro ou de uma morte inevitável."

OS OBJETIVOS DESTES WHITE PAPER SÃO:

- Reconhecer os aspetos essenciais das características das FM;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa com FM;
- Partilhar conhecimentos teórico-práticos sobre a abordagem da Pessoa com FM.

1. O que são?

As FM (ou feridas tumorais ou feridas fungóides) podem surgir a partir de uma neoplasia primária da pele, de metástases cutâneas de uma outra neoplasia qualquer ou ainda através da erosão da pele de uma neoplasia subcutânea. Podem também surgir num local onde ocorreu uma ferida crónica (e.g. Úlcera de Perna) ou após um traumatismo importante (e.g. Queimaduras) e sendo, nesse caso, designadas de úlceras de Marjolin (8) (Figura 1).

Apesar de todos os tumores malignos terem o potencial de metastizar para qualquer área corporal, a sensibilidade da prática clínica está de acordo com o referido na literatura, que os locais do corpo mais atingidos por estas feridas são: mama (62%), cabeça e pescoço (24%), genitais, região inguinal e tórax posterior (3%) e outras áreas (8%) (6).

A incidência das FM é pouco estudada, mas estudos apontam para uma estimativa de que 5 a 10% dos doentes em estadió IV desenvolvam uma FM.

O prognóstico destes doentes é habitualmente reservado, embora não seja igual em todos os cenários de FM, sendo que a esperança de vida se situa habitualmente entre os 6 e 12 meses de vida (9).

No entanto, nas últimas quatro décadas tem-se vindo a assistir a um aumento da sobrevivência de pessoas com ferida maligna, fenómeno relacionado com os avanços verificados ao nível da oferta terapêutica em oncologia (6).

FIGURA 1. Úlcera de Perna com > 20 anos que malignizou com um carcinoma espinocelular



2. Como se desenvolvem?

As etiologias mais comuns são os tumores cutâneos (basalioma, carcinomas espinocelulares e melanoma) ou subcutâneos (sarcomas). É também comum no carcinoma da mama (especialmente na recidiva ou doença local avançada não tratada) e nos tumores da cabeça e do pescoço.

Embora possam ter várias apresentações, habitualmente surgem como um nódulo cutâneo ou subcutâneo resultante da proliferação do tumor (Figura 2). Evoluem aumentando de tamanho, com ulceração ou com o crescimento de mais nódulos. Podem apresentar-se como “cratera” ou como “couve-flor” ou numa combinação de ambas (Figura 3). O seu crescimento pode ser muito rápido, por vezes com aumento visível em 24h. A sua evolução pode originar fístulas ao trato respiratório ou gastrointestinal ou até estruturas vasculares (8).

Se a doença de base estiver controlada com os tratamentos antineoplásicos, as FM podem ser controláveis. No entanto, se não se verificar este controlo, assiste-se à extensão inexorável da doença local e ao agravamento dos sintomas associados, como a hemorragia, o odor, a dor, o prurido, o exsudado e a infeção (9).

FIGURA 2. FM resultante de nódulos subcutâneos (sarcoma) no dorso, de crescimento extremamente rápido, e alguns já a ulcerar



FIGURA 3. FM resultante de neoplasia da mama, tipo massa exófitica, “couve flor” e como uma pequena cratera

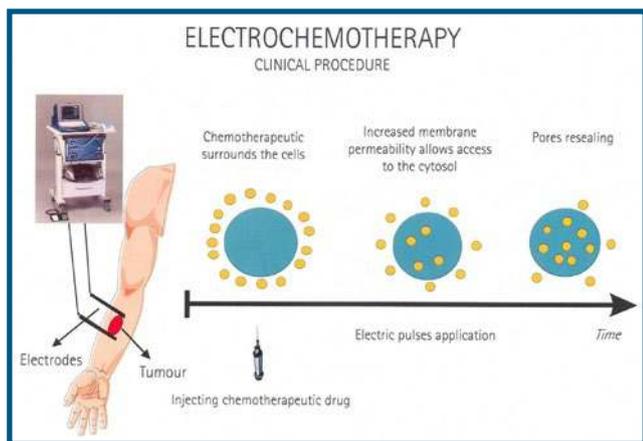


3. Como se tratam?

Sendo feridas que têm na sua origem neoplasias, apenas os tratamentos antineoplásicos tratam total ou parcialmente a FM. Existem abordagens terapêuticas dirigidas à FM como a cirurgia (em casos raros de lesões únicas e de pequenas dimensões), a radioterapia (controle hemostático em lesões de maiores dimensões) realizada de forma isolada ou combinada com quimioterapia (QT), havendo ainda casos de resposta completa, induzida pela QT, hormonoterapia e também a electroquimioterapia (EQT) (9).

A EQT consiste na administração concomitante de um citostático endovenoso em dose subterapêutica (habitualmente a bleomicina) e um impulso elétrico que causa electroporação da membrana citoplasmática das células que queremos tratar, sendo que nestas o citostático atinge uma concentração citotóxica (Figura 4). A corrente elétrica é administrada através de um elétrodo com agulhas. Esta técnica foi desenvolvida para o tratamento paliativo de metástases cutâneas e subcutâneas de melanoma e rapidamente se generalizou a várias outras etiologias. Tem como vantagens a ausência de sintomas sistémicos, a possibilidade de repetição do tratamento, incluindo a terapêutica em regime de ambulatório. É muito útil no controlo da dor e da hemorragia e são reportadas taxas de resposta completa de cerca de 80%. Em Portugal está disponível no IPO Lisboa desde 2008 (Figuras 5, 6 e 7).

FIGURA 4. Mecanismo de ação da EQT em esquema



Fonte: ESEPOE group

FIGURA 5. Outubro 2020 - FM antes de EQT

FIGURA 6. FM depois de EQT e inicia Imunoterapia

FIGURA 7. Fevereiro 2021 - FM encerrou 3 semanas depois



4. Quais os principais sintomas que podem apresentar?

Para ajudar a sistematizar os sintomas mais presentes na FM, a *European Oncology Nursing Society* (EONS) sugere a utilização da mnemónica "HOPES", adaptada de Woo & Sibbald (2010) (9):

H (*Haemorrhage* - Hemorragia)
O (*Odour* - Odor)
P (*Pain/Pruritus* - Dor/Prurido)
E (*Exudate* - Exsudado)
S (*Superficial Infection* - Infecção superficial)

4.1. Hemorragia - O tecido de granulação da FM é extremamente friável devido à estimulação dos fatores de crescimento endoteliais vasculares, resultando em neovascularização frágil (9-12), pelo que a aplicação e remoção inapropriadas do material de penso (6) favorecem a hemorragia. O desequilíbrio fisiológico das células derivado do crescimento tumoral, erosão dos vasos sanguíneos pelo tumor ou necrose dos tecidos são os responsáveis pela hemorragia espontânea das FM (6, 11, 12).

4.2. Odor - O mau odor na FM pode estar relacionado com vários fatores causais: vascularização pobre dos tecidos, elevada carga bacteriana (colonizante), infecção, elevado nível de exsudado (saturação/fuga de exsudado dos pensos). As FM são colonizadas por organismos aeróbios e anaeróbios, que produzem um odor fétido intensamente nauseante (9, 13, 14).

4.3. Dor - A presença de dor na FM pode advir da erosão e quebra das terminações nervosas da lesão que não podem ser reparadas (7, 15, 16). As células tumorais produzem fatores de crescimento verificando-se um aumento do tumor que pressionam estruturas e terminações nervosas, e surge edema resultante do comprometimento capilar e linfático (3, 7). Outros fatores como a exposição das terminações nervosas da derme, procedimentos inadequados no tratamento da ferida (16), infeções recorrentes, também podem causar dor. A dor psicoemocional é comum no doente oncológico, traduzindo-se na dor total (7, 16).

4.3. Prurido - Este sintoma surge pela pressão dos nódulos tumorais subcutâneos que desencadeiam irritação das terminações nervosas (17, 18). Este efeito é mais comum na doença inflamatória da mama.

4.4. Exsudado - A produção excessiva do exsudado relaciona-se tendencialmente com a progressão da doença oncológica e com o crescimento anárquico e descontrolado da FM. Para isso contribuem diversos fatores que se interrelacionam entre si: a alta permeabilidade vascular do tumor; inflamação, infecção e degradação tecidular pelo aumento de proteases (6, 19). Na presença de sinus ou fístulas, o exsudado da ferida pode ser contaminado com saliva, líquido peritoneal, fezes ou urina (6).

4.5. Infecção - A colonização bacteriana local da FM é expectável e deverá ser tratada com agentes tópicos de limpeza, desbridamento se apropriado, e agentes antimicrobianos. Apenas na presença de sinais inflamatórios sistémicos deve ser considerada a administração de antibióticos (9) (Figura 8).

FIGURA 8. FM sempre colonizada. Doente a fazer QT e com períodos de neutropenia. Perante sinais de infeção local ou sistémica, as medidas locais e/ou sistémicas adequam-se.



5. Vou cuidar de uma pessoa com FM.

Começo por onde?!

5.1. Conhecer a Pessoa e as suas prioridades:

Estamos numa filosofia de cuidados paliativos, pelo que as prioridades são as do doente, e não as da ferida. Subjacente à tomada de decisão, o profissional deverá ter conhecimento dessas prioridades, para responder com eficácia às necessidades de conforto identificadas.

Perceber se as expectativas do doente/família (e dos profissionais) estão ajustadas e ajudá-los a encontrar esse ajuste, com base numa comunicação eficaz transmitindo confiança nos cuidados.

5.2. Conhecer o estadio da doença e respetivo tratamento:

Resume-se a conhecer o plano para aquele doente: conhecimento da fase de doença em que este se encontra, e se está sob algum tratamento antineoplásico que atue no controlo da FM, ou se o agravamento da ferida e dos sintomas é o mais expectável.

5.3. Conhecer a ferida e os seus sintomas:

Importa conhecer a localização da FM, a aparência, dimensões, sintomas e qual é o mais relevante para o doente, e ainda quais as dificuldades (e.g. materiais, continuidade) (9, 20).

5.4. Conhecer/elaborar o plano de tratamento local, e verificar se está de acordo com os objetivos:

Perante a natureza incurável da doença oncológica e por sua vez da FM, considera-se essencial definir objetivos (realistas) para o tratamento local da FM, devendo ser negociados com o doente/família de modo que se sintam verdadeiramente parceiros de cuidados. Antes de qualquer atuação, há uma questão que obrigatoriamente tem de estar presente: **O que ganha o doente com esta minha intervenção?**

6. O que representa o controlo dos sintomas?

Controlar sintomas na FM é primeiramente aceitar que apenas se pode controlar o que é controlável! Não podendo reduzir ou eliminar o sintoma, ajudar o doente a viver o mais confortável e dignamente possível com esse sintoma!

7. Como se chega ao conforto?

O conforto de uma Pessoa com FM será multidimensional, já que existe uma doença oncológica em curso e habitualmente em progressão. No entanto, a perícia e a competência do enfermeiro na gestão dos sintomas da FM são um contributo fundamental e que exige conhecimento e persistência. Ser o mais efetivo possível neste controlo é um contributo relevante ao *outcome* nos cuidados à Pessoa com FM – **O CONFORTO!**

AINDA SOBRE O CONTROLO DE SINTOMAS DA FM

Para complementar a informação da infografia (apresentada na página 12), aprofundam-se algumas questões relevantes para a prática clínica.

7.1. Hemorragia

Como posso controlar a hemorragia?

- **Com condutas não farmacológicas:** remoção cuidadosa dos pensos (lentamente e com irrigação abundante), pensos não aderentes (e.g. siliconados), alginato de cálcio, compressão local (se recurso a compressas secas, utilizar um tule/fibra gelificante como interface para não aderir) e o uso de crioterapia (se já existem focos hemorrágicos) (11, 12, 21, 22) (Figura 9).
- **Com condutas farmacológicas tópicas:** incluem-se o uso de nitrato de prata e a adrenalina (1:1000) em focos hemorrágicos muito fortes. Nos pontos hemorrágicos menos intensos: o ácido aminocapróico (3 gr - 10 ml) ou o ácido tranexâmico (0,5–1 g, 5–10ml) habitualmente embebidos numa esponja hemostática, em cada ponto de sangramento (7, 9, 11, 12, 21-24). Nos focos hemorrágicos também podem ser aplicados isoladamente as esponjas hemostáticas, colagénio ou celulose oxidada. Em grandes áreas hemorrágicas, é adequado o sucralfato (e.g. disperso no penso primário) ou ácido aminocapróico pó dispersos pela FM.
- **Com condutas farmacológicas sistémicas:** aconselha-se a administração sistémica preventiva de ácido aminocapróico ou ácido tranexâmico 30' (E.V.) prévios à execução do penso ou em tomas horárias (P.O.) quando a presença de hemorragia é constante (7, 9, 11, 12, 21). Nestas situações, são ainda aconselhados tratamentos de radioterapia e EQT (11, 23, 25).
- **Na hemorragia fulminante/risco iminente de morte:** perante este risco, que pode ser fatal, o apoio deve estar acessível, tendo preparado toalhas de cor escura e benzodiazepínicos (midazolam) para administração via subcutânea (9, 22, 24). Dada a gravidade e complexidade destas situações e, no sentido de evitar vivências e recordações traumáticas para a família, perante um doente com FM cuja localização faça prever este tipo de hemorragia, ponderar um internamento preventivo.

FIGURA 9. FM com grande potencial hemorrágico que carece de medidas farmacológicas e não farmacológicas



7.2. Odor

O mau odor tem um profundo impacto na QV do doente. É causador de angústia, constrangimento, levando a sentimentos de culpa, isolamento social e depressão por parte do doente/família/cuidador (9, 17, 26). Sendo provavelmente o sintoma com mais impacto negativo na QV dos doentes, nas FM exsudativas, o controlo do odor é um aspeto muito desafiador, pois a mínima fuga “arrasta” a perceção do mau odor (9, 17, 26, 27).

Como posso avaliar o odor?

Perante a maioria das situações, gera-se um sentimento de impotência por não conseguir extinguir totalmente o mau odor da FM. A utilização de escalas de avaliação do odor são de grande utilidade para uma prática sistematizada e capaz de traduzir se o sintoma é controlado, em vez de categorizá-lo apenas como “fétido” (28, 29).

A literatura aborda várias escalas, no entanto quase todas têm como base **onde o odor é percebido**. A apresentada na Tabela 1, refere-se ao sistema TELER e é um dos exemplos mais referenciados (29), sendo a única validada. TELER (englobando também outras escalas de controlo de sintomas) (30) é um sistema que exige licenciamento, mas que no entanto pode ser inspirador à nossa prática clínica.

TABELA 1. Sistema TELER para avaliação do odor

SISTEMA TELER
5: Sem odor
4: Odor é detetado na remoção do curativo
3: Odor evidente ao retirar a roupa
2: Odor evidente a distância de “um braço”
1: Odor evidente ao entrar no quarto
0: Odor evidente ao entrar na casa/ala/clínica

Fonte (29)

Embora a perceção do odor seja subjetiva, a sua avaliação através de escalas aproxima-se muito mais da realidade sentida também pelo doente (31). Os enfermeiros que as utilizam, mesmo que apenas o façam mentalmente, confirmam a sua utilidade (Figura 10).

FIGURA 10. Extensa e volumosa massa exofítica (metástase de melanoma). Impossível eliminar o odor desta FM. Objetivo realista: odor todo contido dentro do penso



Como posso controlar o odor?

Seguindo essencialmente 4 tipos de abordagem: Limpeza e desbridamento (se adequado); trocas regulares de penso antes de este atingir a saturação; recurso a antimicrobianos e recurso a pensos filtrantes do odor (32).

DICA PRÁTICA 1

Compreender a origem do odor, colocando algumas questões:

- Quais as características da FM? (Tecido tumoral desvitalizado abundante? Localização e dimensão da ferida?)
- O exsudado repassa o penso e atinge a roupa por saturação e/ou fuga de exsudado?
- Existe sobrecarga microbiana? Infecção?
- Verifica-se deslocamento ou descolamento do penso?

1. A limpeza da ferida

Pode ser feita com soro fisiológico 0,9%, água potável, no duche (atenção à pressão e temperatura da água) (9). É importante limpar/lavar a pele circundante, “libertando-a” de crostas de exsudado seco e detritos, especialmente em zonas pilosas (e.g. barba, cabelo).

2. O desbridamento

A remoção de tecido tumoral não vascularizado pode deixar exposto um vaso nobre, com o inerente risco de rotura, que, ocorrendo, pode trazer consequências devastadoras para o doente. Além disso pode aumentar o exsudado, não lhe trazendo benefício (13, 17, 33). Assim, o desbridamento e o método são baseados na apresentação clínica, nos objetivos do tratamento e no conhecimento/perícia do profissional. Caso se opte por desbridar, deverão eleger-se os métodos autolítico/enzimático (9, 14, 26).

3. Gestão do exsudado

Recomenda-se tentar antecipar e gerir o aumento temporário do odor e do exsudado induzido pela autólise:

- Aumentando a frequência de execução do penso, antes de este ficar saturado;
- Contendo o exsudado (logo o odor) num penso selado e sem fugas (9, 14, 26).

4. Antimicrobianos

O recurso a antissépticos e pensos antimicrobianos (utilizados nas outras feridas) também poderão ser úteis na FM pelo efeito de diminuição da carga microbiana (9). Os antissépticos que têm por base ácido hipocloroso (HOCL) e hipoclorito de sódio (NaOCL) contribuem para diminuir a perceção do odor muito rapidamente, embora que, para que este efeito se prolongue no tempo, devam ser reaplicados pelo menos uma segunda vez/dia. Poderá ser usado apenas como solução de limpeza ou em combinação com o gel.

5. Antibióticos (Metronidazol)

As FM são uma exceção na indicação de aplicação tópica de antibióticos, especificamente com o metronidazol. O mecanismo de ação deste ocorre diretamente sobre os microrganismos (especialmente os anaeróbios) responsáveis pela produção dos ácidos voláteis causadores do odor. Este é considerado um método eficaz e seguro para controlar o odor e pode ser usado na FM a longo prazo. O metronidazol (gel ou creme 0,75%) é aplicado diretamente no leito da ferida, 1 a 2 vezes/dia por 14 dias (13). A redução da escala de odor notar-se-á em 2/3 dias. Quando o odor estiver controlado, deve ser descontinuada a aplicação, e reiniciar quando recidivar. Caso a redução da escala de odor não se faça sentir em 2/3 dias, deve-se ponderar adicionar outras medidas, nomeadamente a toma sistémica de metronidazol (oral/endovenosa), dependendo sempre da visão holística da situação e do benefício para o doente.

Apesar de controverso, na literatura, mas confirmado pela prática clínica, há autores que relatam evidência clínica na aplicação tópica de comprimidos triturados e misturados com água destilada (32). Outros relatam a eficácia da aplicação da solução endovenosa de metronidazol (500mg) embebido em compressas que devem repousar pelo menos 15 minutos na ferida (34).

6. Mel Manuka

O mel de Manuka é referenciado como efetivo na redução e até mesmo na eliminação do odor. Tal efeito deve-se ao facto de que perante a presença de glucose, as bactérias anaeróbias metabolizam-na preferencialmente, produzindo ácido láctico em vez das aminas, amónia e compostos de enxofre, responsáveis pelo mau odor. O mel tem ainda propriedades anti-inflamatórias, antimicrobianas e de desbridamento autolítico, o que pode ser útil na descontaminação e limpeza da FM (9, 14, 26, 32). Se houver um risco iminente de desbridamento de tecido tumoral que possa prejudicar o doente, este será contraindicado. A evidência da prática clínica na utilização do mel manuka revela que a sua ação é notada habitualmente em pouco mais de 24 horas.

7. Apósitos de carvão ativado

Sendo que este material atua como filtro para absorver o odor, a sua eficácia vai depender de se o penso estiver selado (32). Caso não seja possível o encerramento eficaz do penso (e.g. peri-traqueostoma), dever-se-á optar por outro método. De referir ainda que quando saturados perdem eficácia, pelo que pode ser inadequado para FM muito exsudativas (14, 31).

A utilização de apósitos com carvão ativado combinado com prata ou com apósitos absorventes podem ajudar a absorver e reduzir o odor (9, 13). Os primeiros, pela destruição microbiana, os segundos pela absorção.

Um estudo de revisão de literatura recente (28) sobre o controlo do odor na FM revela evidência de nível 2b e grau de recomendação B, para a utilização de:

- Polihexametileno-biguanida (PHMB), demonstrando ser eficaz na redução do odor em 4 dias;
- Nanocristalino de prata;
- Mel de Manuka (aplicado por um período de 4 semanas);
- Pensos secundários de chá verde, aplicados por sete dias (ajudam a absorver o exsudado e os antioxidantes atuam como desodorizante);
- Metronidazol.

Ainda neste estudo ficou demonstrada a contribuição dos apósitos com carvão ativado para o controlo do odor, mas com um nível de evidência 4 e grau de recomendação C.

8. Agentes para o ambiente e outras opções empíricas

Infelizmente, nem sempre é possível conter todo o odor dentro do penso, sendo percecionado fora do mesmo. As seguintes estratégias minimizam essa percepção:

- Ventilação/arejamento do quarto ou divisão em que o doente se encontra (26, 35);
- Recipientes com areia de gato, espuma de barbear, borras ou grãos de café, junto ao local onde o doente se encontra (9, 13, 17, 32, 35);
- Velas, óleos essenciais e produtos de aromaterapia. De salientar que alguns destes produtos em associação com o odor da FM podem resultar num odor desagradável e aumentar o desconforto no doente (9, 13, 17, 26, 32, 35);
- Na sequência desta dificuldade em reduzir a percepção do odor emanado do penso, e atendendo à capacidade adsorvente do café, se o doente aceitar, poder-se-ão criar bolsas de grãos de café puro, aprisionados em adesivo de tecido não tecido, e depois fixá-los exteriormente no penso (Figura 11).

De igual modo, poder-se-á utilizar material desodorizante para estomas de eliminação no penso de FM (26).

FIGURA 11. Elaboração de saquetas de grãos de café altamente adsorventes do mau odor



DICA PRÁTICA 2

7.3. Prurido

Embora seja um sintoma frequentemente subvalorizado, está descrito como sendo incapacitante e difícil de tratar, pois responde mal aos anti-histamínicos (17).

Como posso controlar o prurido?

- Aplicação tópica de cremes ou apósitos que mantenham a pele húmida ou fresca (ex. creme hidratante; hidrogel) se adaptado à FM (9, 17, 26).
- Utilização de produtos com mentol ou a capsaicina creme, em pele íntegra. A capsaicina atua localmente dessensibilizando as fibras dos nervos periféricos (9, 18).
- O recurso à TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea) pode ser benéfico uma vez que diminui ou interrompe as mensagens de dor e pode aumentar o nível de endorfinas (9, 17).
- Os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ex. Paroxetina) podem ser usados para redução do prurido (9, 17, 18).

7.4. Dor

Com posso controlar a dor?

Começar pela boa avaliação das características da dor é essencial. Diferentes tipos de dor têm diferentes abordagens.

- Se a dor for na FM e relacionada com a execução do penso:
 - > **Medidas farmacológicas sistémicas:** Garantir que o doente cumpre a toma prévia de um analgésico de ação rápida e curta.
 - > **Medidas farmacológicas tópicas:** A aplicação tópica de anestésicos locais (e.g. lidocaína gel) pela ação rápida, mas curta, pode reduzir essa dor (21-23).
 - > **Medidas não farmacológicas:** Utilizar material de penso não aderente, macio, confortável e suficientemente grande para cobrir toda a área evitando o trauma. A limpeza do leito da FM deve ser realizada por irrigação, se possível com soro morno, o que dá sensação de conforto ao doente. A remoção deve ser cuidadosa e o menos traumática possível (e.g. recorrer a removedores de adesivo) (7, 39).
- Se a dor for na FM, mas constante:
 - > **Medidas farmacológicas sistémicas:** É a medida preferencial e mais eficaz. O doente deve ter acesso a um esquema terapêutico (recomendado pela OMS) até ficar confortável com o gradiente da sua dor.
 - > **Medidas farmacológicas tópicas:** A aplicação tópica no leito da mistura de cloridrato de morfina 10 mg em 8cc de hidrogel, pode ser um adjuvante, mas cujo efeito máximo só vai ser sentido ≈2 horas (↑ concentração fármaco) após a aplicação, e decresce às 6, 12 e 24h. Descontinuar se não houver resposta positiva em 3-7 dias (36, 37). Note-se que as aplicações tópicas, apenas são eficazes se os recetores nervosos não forem danificados pelo tumor, pois o agente funciona por ligação a esses recetores (7, 38).
 - > **Medidas não farmacológicas:** Utilizar outras medidas como, por exemplo, distração e reiki.

A dor psicossocial e espiritual pode ser mais difícil de diagnosticar, até ser estabelecida uma relação terapêutica efetiva. Pode ser necessário um acompanhamento diferenciado e numa vertente multidisciplinar para uma abordagem da dor total na pessoa com FM (7, 16, 21, 23, 32).

7.5. Exsudado

As FM podem ser copiosamente exsudativas (mais de 1L/dia), tornando o seu controlo num grande desafio para os profissionais de saúde. Este revela ser de extrema importância uma vez que traz implicações diretas na redução do odor e prevenção de danos na pele perilesional (1, 7). **O objetivo é ter o exsudado contido num penso selado** (9).

Primeiro há que colocar as questões:

1. Há fuga de exsudado?
2. Há saturação de exsudado? As duas situações?
3. Há deslocamento do penso?

Com que material posso controlar o exsudado?

Perante a necessidade de utilizar duas ou mais camadas, a primeira deve ser de material não aderente, conformável, com capacidade de transferir o excesso de humidade para a segunda camada, podendo esta ser um penso de tecnologia seca (e.g. celulose, incontinência) (6, 22). As fibras gelificantes como primeira camada são, por isso, habitualmente um recurso importante no controlo do exsudado nas FM (33).

Em FM altamente exsudativas, os pensos de poliácrilatos podem ser de grande utilidade, já que estes materiais têm uma grande capacidade de absorção, de retenção e ainda de evaporação.

Sempre que adaptáveis e adequados, os sacos de fístula ou material de ostomia podem ser úteis no controlo de grandes quantidades de exsudado, especialmente na gestão de fístulas (6).

Pensos higiénicos e de incontinência como penso secundário poderão ser efetivos, uma vez que têm boa capacidade de absorção, estão facilmente acessíveis e são de baixo custo (6, 9, 20, 31). São ainda ótimos reforços para os pontos de fuga.

As espumas hidrocelulares e hidropolímeros, dependendo da sua qualidade, associados ou não a outro tipo de penso (e.g. antimicrobianos), também podem ser úteis em FM. Algumas têm associado silicone o que é vantajoso para a preservação da pele circundante e remoção atraumática do penso. Quando facilmente adaptáveis, as espumas permitem um bom sentido estético. Acresce a sua boa capacidade de selagem, o que, por si só, pode reduzir a perceção do odor. No entanto, a aplicação de espumas em FM pode ter o constrangimento de não serem adaptáveis a todo o tipo de feridas devido às suas localizações e características (e.g. lesões exofíticas, necróticas ou muito sujas). A perceção que emerge da prática mostra ainda que alguns doentes podem referir desconforto pela sensação de calor associada ao uso deste material (6, 9, 20, 31).

Nas feridas pouco exsudativas dever-se-á optar por pensos que mantenham o ambiente húmido e previnam a aderência e o traumatismo (9).

Proteção da pele circundante

O exsudado e os fluidos corporais em contacto continuado com a pele e/ou os pensos oclusivos causam inevitavelmente dano na pele com conseqüente inflamação e prurido. Como medida preventiva, é crucial que um produto barreira seja utilizado logo que o problema do exsudado/fluidos corporais seja identificado. Existe uma panóplia destes produtos, como as películas poliméricas, silicone, zinco, petrolato, dimeticone que devem ser aplicados consoante o estado da pele e respetivas indicações (6, 20).

O tipo de efluente é também um fator determinante para a frequência das aplicações. Por exemplo, saliva, conteúdo entérico ou fecal exigem material mais diferenciado, e mais reaplicações do que para o exsudado da ferida, devido à alcalinização/acidez e à presença de enzimas digestivas nestes fluidos que são particularmente tóxicos para a pele (40). Poderá ser considerada a utilização de selantes de pele com terpolímeros e cianacrilato. Sendo possível a sua aplicação em pele lesada, requerem menos aplicações (2x por semana), ajudam no controlo da dor e prevenção da infeção da pele circundante.

Para pessoas com pele extremamente frágil, o material de penso a utilizar deverá ser de silicone ou isentos de fixação com adesivo, devendo-se recorrer nesses casos à fixação com malhas tubulares, ligaduras, soutiens desportivos entre outros. Nas situações em que ocorra maceração dolorosa para a pessoa, a utilização controlada de corticoides tópicos pode aliviar o seu sofrimento (9).

7.6. Infeção

O diagnóstico diferencial de infeção na FM não é fácil, uma vez que os sintomas que normalmente caracterizam uma infeção podem ser intrínsecos ao crescimento da FM. Um súbito aumento dos sintomas pode ser um primeiro indicador de infeção (35).

Como posso controlar a infeção?

- Com uma limpeza da ferida e um desbridamento (se possível), pois estes ajudam a controlar a carga microbiana e diminuir a infeção.
- Recorrendo a pensos antimicrobianos.
- Pode também ser necessário recorrer a antibioterapia sistémica, no entanto, a sua eficácia pode estar comprometida pela deficiente vascularização da FM (9, 13, 14, 35).

Ter presente os objetivos/plano de cuidados do doente, ou seja, ponderar a utilidade da antibioterapia!

8. Construindo o penso...

Não existe material de penso exclusivamente direcionado para a FM, no entanto, importa sublinhar algumas características importantes que o penso deve ter:

- Ser confortável para o doente e esteticamente aceitável;
- Ser antiaderente;
- Ter a capacidade de absorver grandes volumes de exsudado, evitando o traumatismo na ferida e pele perilesional;
- Ter a capacidade de efetivar trocas gasosas;
- Ter a capacidade de reduzir o odor;
- Permitir manter tanto quanto possível a simetria do corpo da pessoa;
- Ser maleável e flexível, facilitando a sua adaptação a zonas anatómicas de maior complexidade e às lesões exofíticas (31, 33).

Perante a especificidade das FM, a situação global dos doentes, as suas preferências, e a frequente carência de recursos materiais, exige dos enfermeiros um esforço acrescido na criatividade, adaptação ou criação de um penso dirigido àquela Pessoa. A utilização de material menos convencional é um recurso eficaz, desde que não ponha em causa a segurança e o conforto do doente.

DICA PRÁTICA 3

1. O primeiro passo para encontrar um penso confortável e eficaz no controlo sintomático é a observação do penso que se remove e de todas as camadas subsequentes (análise das fugas e/ou saturação);
2. Construção prévia do penso, ajuda à sua aplicação não só pela rapidez (redução de dor e desconforto posicional do doente), como também na manutenção e ajuste do material ao corpo e à lesão (Figuras 12 e 13);

FIGURA 12. Penso secundário pré – montado para FM de grandes dimensões. Os pensos higiénicos e de incontinência estão estrategicamente colocados nos pontos já conhecidos de fuga.

FIGURA 13. O mesmo penso na face externa



3. A criação de modelos contribui positivamente para a continuidade de cuidados;
4. Perante a inexistência de material siliconado, e se os tules disponíveis (“gazes vaselinadas”) forem de trama larga, e que facilmente traumatizam o leito tumoral, a possibilidade de hidratar com hidrogel uma fibra de alginato/fibra gelificante, reduz o traumatismo na sua remoção;
5. Admitindo que não existem duas FM iguais, existem esquemas de penso que podem ser ajustados e transpostos para outra realidade.
6. A utilização de adesivos de filme de poliuretano em moldura nas zonas anatómicas mais difíceis são ótimos isolantes de pequenos pontos de fuga de exsudado, mas que causam a perceção de mau odor.
7. Os hidrocolóides são um recurso para o encerramento de pensos de FM em locais como a face, etc., funcionando como um adesivo moldável.

9. (Des)Cobrir a FM. O que É importante fazer!

- Validar às 24h a eficácia das nossas intervenções locais (e outras) e o conforto do doente/família;
- Retificar o que for possível e necessário;
- Perante dificuldades, solicitar ajuda a uma equipa com mais experiência na área;
- Se a FM está a responder ao antineoplásico e se assistimos à autólise do tecido tumoral, o desbridamento (incluindo o cortante) pode, eventualmente, trazer vantagem para o conforto do doente (higiene da ferida);
- Apesar das possibilidades de cicatrização das FM serem poucas, **ser perseverante e não desistir na busca do conforto do doente, NÃO BASTA TAPAR a FM COM COMPRESSAS!**

10. (Des)Cobrir a FM. O que Não é importante fazer?

- Não desbridar como primeira medida, sem conhecer o plano/objetivos de tratamento. **O PREJUÍZO PARA O DOENTE PODE SER GRANDE!** (e.g. risco de hemorragia, aumento de exsudado);
- Confundir drenagem de conteúdo tumoral (muito semelhante a pus), considerando a FM infetada e administrar antibióticos sistémicos. Recorde-se que as FM, tal como qualquer ferida crónica, estão colonizadas. A antibioterapia sistémica deve ficar reservada para quando existirem sinais sistémicos de infeção e se a fase da doença em que o doente se encontra (e.g. neutropenia), justificar essa toma.
- A zaragatoa da FM tem pouco valor (35), uma vez que são feridas tipicamente colonizadas.
- Utilizar linguagem como:
“Vamos ver hoje como está essa ferida.”
(pode criar expectativas de evolução favorável)

Substituir por exemplo:

“Como se sentiu com este penso?”

*“Vamos tentar outro, para ver se fica mais confortável.
O que acha?”*

- Medir a dimensão da ferida: Frequentemente nem é possível percebê-la! Substituir por uma foto (com consentimento escrito pelo doente). Esta garante a apresentação das características/dificuldades e a resposta à ação dos antineoplásicos;
- Utilizar técnica asséptica na execução do penso: Luvas e materiais limpos são suficientes.

11. (Des)Cobrir o registo da FM. O que registar?

Registar a FM em escalas de cicatrização (e.g. escala Revesch 2.0) colide com as características frequentemente não cicatrizáveis da FM, pois contém itens que não se adaptam ou que são desconhecidos nestas feridas (e.g. tecidos atingidos na profundidade) e carecem de sintomas comuns (e.g. hemorragia). Até à data, não havendo uma ferramenta adequada, será mais profícuo registar quais os sintomas a controlar que sobressaem do HOPES ou outro problema relevante (e.g. expectativas desajustadas, não aceitação da doença). Individualizar e, o mais sumariamente possível, adaptar ao modelo existente na instituição (físico/informático).

12. Construir a avaliação das intervenções na Pessoa com FM.

Caracterizar ou registar uma FM não é um ato simples. Não obstante esta complexidade, o *outcome* é sempre o mesmo – **O CONFORTO!** Sendo o controlo dos sintomas da FM e os problemas que estes geram à **Pessoa** seguramente um importante caminho para esta atingir esse conforto, como validar e registar o resultado das nossas intervenções no controlo desses sintomas? A literatura foi publicando algumas ferramentas de avaliação destas feridas (9,27,41), sendo a sua maior parte, extensas e exaustivas, logo pouco vantajosas para o dia a dia, e mais indicadas para investigação. De todas, a escala *Toronto Symptom Assessment System for Wounds* (TSAS-W), desenvolvida por Maida e colegas no Canadá em 2009 (41), surge como uma ferramenta de fácil utilização, que contemplando os 10 sintomas mais comuns neste tipo de feridas, permite a medição das variações no controlo dos sintomas. Estas variações estão contidas numa escala de 0-10, podendo ser pontuada pelo doente ou pelo cuidador. O resultado do score antes e depois da intervenção na FM, permite avaliar esse resultado: diretamente avaliar o seu conforto e, de forma indireta, avaliar alguma interferência na QV da **Pessoa** com FM. Num estudo de investigação multicêntrico para Adaptação cultural e linguística e validação da *Toronto Symptom Assessment System for Wounds* (TSAS-W) para o contexto português, esta escala já se encontra validada, aguardando a respetiva publicação. Contamos brevemente com a sua divulgação nacional, para que todos quantos cuidam de **Pessoas** com FM, outras feridas não cicatrizáveis, ou em contexto de Cuidados Paliativos, possam usufruir deste prático e funcional instrumento de registo.

HOPES

HEMORRAGIA · ODOR · DOR/PRURIDO · EXSUDADO · INFEÇÃO

HEMORRAGIA

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- > Cuidadosa remoção penso
- > Irrigação abundante
- > Pensos não aderentes
- > Compressão local ⚠
- > Crioterapia

HEMOSTÁTICOS

- > Alginato de cálcio
- > Colagénio
- > Celulose oxidada

COAGULANTES

- > Esponjas de gelatina (focos hemorrágicos)

AGENTES ESCLEROSANTES

- > Nitrato Prata (focos hemorrágicos)

ANTIFIBRINOLÍTICOS

- > Ácido tranexâmico (EV)
- > Ácido aminocapróico (sistémico ou tópico) (para zonas mais extensas)

ADSTRINGENTES

- > Sucralfato tópico (zonas mais extensas)

VASOCONSTRITORES

- > Adrenalina (1:1000) tópica (focos hemorrágicos)

HEMORRAGIA FULMINANTE/ RISCO IMINENTE DE MORTE ⚠

- > Toalhas escuras para minimizar impacto
- > Considerar sedação
- > Considerar internamento preventivo

CONSIDERAR

Eletroquimioterapia/Radioterapia

ODOR

DESBRIDAMENTO (Se adequado ⚠)

- > Preferencialmente, método autolítico/enzimático

GESTÃO EXSUDADO

- > Conter exsudado (e odor) num penso selado e sem fugas

ANTIMICROBIANOS

- > Prata
- > Cadexómero Iodo
- > Polihexametileno-biguanida (PHMB)
- > Antissépticos com base de ácido hipocloroso (HOCL) e hipoclorito de sódio (NaOCL)
- > Mel Manuka
- > ...

METRONIDAZOL

- > Gel/creme 0,75% leito da ferida
- > EV tópico
- > Sistémico: Oral/EV

CARVÃO ATIVADO

OPÇÕES EMPÍRICAS

- > Bolsa de café
- > Bolsa de chá verde
- > ...

DOR

DOR FM SE RELACIONADA COM EXECUÇÃO PENSO

- > Analgesia prévia à execução penso
- > Aplicação tópica anestésicos locais (e.g. lidocaína gel)
- > Cuidados locais à FM (material não aderente, atraumático, confortável, remoção cuidadosa...)

DOR FM MAS CONSTANTE

- > Controlo da dor de base (sistémico)
- > Aplicação no leito da ferida: cloridrato de morfina 10 mg em 8cc de hidrogel
- > Outras medidas não farmacológicas (e.g. distração, reiki)
- > ...

DOR

PSICOSSOCIAL E ESPIRITUAL

- > Abordagem multidisciplinar
- > Terapias complementares

PRURIDO

- > Cremes/apósitos mantenham pele húmida/fresca (e.g. creme hidratante; hidrogel)

- > Hidrogel com base de ácido hipocloroso (HOCL) e hipoclorito de sódio (NaOCL), pelo efeito anti-inflamatório e pela inibição da libertação da Histamina

- > Pele íntegra → capsaicina ou produtos com mentol

EXSUDADO

PENSOS PRIMÁRIOS

- > Películas antiaderentes (e.g. tules, silicones)
- > Fibras gelificantes (e.g. alginatos, carboximetilcelulose sódica)

SUPER ABSORVENTES

- (e.g. poliacrilatos)

ESPUMAS HIDROCELULARES E HIDROPOLÍMEROS

PENSOS SECUNDÁRIOS

- > Pensos perineais (e.g. incontinência)
- > Absorventes (e.g. celulose)

PROTEÇÃO PELE CIRCUNDANTE

- > **Produtos barreira** (e.g. películas poliméricas, silicone, zinco, petrolato, dimeticone)

- > **Pele circundante muito frágil**

- apósito de silicone ou sem fixação adesivo
- a malhas tubulares, ligaduras, soutiens desporto,...)

- > **Pele macerada e dolorosa**

- corticóide tópico

- > **Na pele lesada/macerada** ponderar a utilização de selantes de pele (e.g. terpolímero com cianoacrilato)

INFEÇÃO

LIMPEZA DA FERIDA

DESBRIDAMENTO (Se adequado ⚠)

ANTIMICROBIANOS

- > Prata
- > Cadexómero Iodo
- > Polihexametileno-biguanida (PHMB)
- > Antissépticos de nova geração
- > Mel Manuka
- > ...

SE SINAIS SISTÉMICOS DE INFEÇÃO

- Pode ser necessário recorrer a antibioterapia sistémica

CASO CLÍNICO

ABORDAGEM HOLÍSTICA

A Pessoa:

O Sr. A, de 64 anos, reside com a esposa. Dois filhos adultos e 2 netos. Família apoiante. Reformado de condutor de pesados há 3 anos (pela doença). Desportista, ex-futebolista amador. Porte atlético e atualmente ainda gosta de fazer caminhadas e bricolage doméstica. Perfil psicoemocional muito ansioso, especialmente nas adaptações à mudança, muito conversador.

O diagnóstico, a doença e o doente:

Antecedentes pessoais de TVP e TEP pelo que é hipocoagulado com apixabano. Diagnóstico de Rbdomiossarcoma pleomórfico da coxa direita há 10 anos, operado e submetido posteriormente a radioterapia. Até 2021, seguiram-se várias recidivas locais abordadas com diversas cirurgias, braquiterapia e perfusão isolada do membro, alternando com intervalos sem doença (± 2 anos), mas que progressivamente foram sendo menores. Doente vive este processo de doença com esperança, mas fixado no seu maior receio e recusa na amputação do membro, hipótese já abordada anteriormente pela equipa. Agora, novamente com progressão de doença local de crescimento muito mais rápido, e com metástase glútea contra lateral. Inicia quimioterapia paliativa e, até à data, apenas com efeito antiálgico sentido na massa glútea.

Durante este seu percurso, nos momentos mais críticos da cicatrização da ferida crónica (então ainda cirúrgica/rádica), foi seguido por uma equipa multidisciplinar (ambulatório do hospital oncológico) tendo-se estabelecido uma relação terapêutica. Este novo reaparecimento da doença ocorreu com esta equipa.

*“Vou cuidar de uma pessoa com FM.
Começo por onde?!”*

1. Conhecer a Pessoa e as suas prioridades:

Conhecendo já esta Pessoa e a sua dificuldade na adaptação à mudança, demonstrava agora mais insegurança e vulnerabilidade, mantendo o medo cristalizado da amputação. A necessidade de sentir confiança e segurança nos cuidados à FM era a sua prioridade: *“Posso continuar aqui?”* perguntou. Assim, as primeiras medidas:

- Garantir-lhe que seria a mesma equipa a tratar da sua FM funcionando como wound navigator! (o normal seria ser uma equipa de oncologia médica);
- Interromper o duche na ferida e a ajuda da esposa (habitual) na confecção do penso alternado com a intervenção da enfermagem, já que se previa um crescimento muito rápido da massa tumoral, o que deixou o doente mais confiante. A confiança gera conforto!

2. Conhecer o estadió da doença e respetivo tratamento:

Sendo este tipo de tumor quimiorresistente, não se esperam repercussões significativas no controlo da FM, pelo contrário, é expectável uma progressão local e sistémica da doença (com agravamento de sintomas também da FM). Trata-se de um plano global paliativo. Assim a equipa ativa a “lente sistémica”, englobando nos cuidados ao Sr. A, o ensino e a monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia, e a deteção de indicadores subjetivos das alterações de saúde desencadeados pelo esperado agravamento da doença. Em rede com a oncologia médica, a equipa funciona como gestora de caso.

3. Conhecer a ferida e os seus sintomas:

A ferida está representada na Figura 14, com sintomas por controlar: hemorragia odor, exsudado, volume causado pela ferida e pelo penso, irritação da pele circundante, preocupações estéticas.

FIGURA 14. FM: extensa e volumosa massa tumoral exofítica na coxa direita



4. Elaborar o plano de tratamento local, de acordo com os objetivos:

A relação com o Sr. A permitiu-nos rapidamente objetivar um plano terapêutico: a FM, os sintomas e os problemas que estes lhe causassem, ficariam a nosso cargo, assegurando o máximo conforto possível e permitindo-lhe manter as suas atividades diárias (e.g. passeios, compras). Ele ficaria com a missão, de vivendo um dia de cada vez, fazer-nos chegar as suas inquietações e desconfortos. Seria a pessoa mais importante para nos ajudar e as suas sugestões seriam aceites, desde que não comprometessem a sua segurança.

O momento da execução do tratamento da FM era oportunidade para validação das suas preocupações (e.g. ir ao batizado da neta) e depois, usando a técnica de distração (e.g. conversa sobre futebol), afastá-lo do olhar para a FM, pois aumentava a sua angústia, detetada em comentários do género *"Não posso nem imaginar se têm de me cortar a perna"; "Maldito tumor"*.

Assim em 3x semana, nesta fase, as opções para controlo de sintomas da FM estão descritas nesta sequência de figuras:

FIGURA 15. Sr. A. chega c/penso limpo externamente. Exsudado e odor contidos no penso. A bolsa externa de grãos de café anula o odor, sentido anteriormente muito à aproximação do doente. **CONFORTO**



FIGURA 16. Ao começar a descolar o penso ir molhando compressas com solução electrolisada. Neutraliza a concentração de odores emanados da FM e do penso. **Controlo Odor**



FIGURA 17. Depositar todo o material removido num saco e fechá-lo imediatamente. **Controlo Odor**



FIGURA 18. Remoção lenta e pensos bem hidratados com a solução electrolisada. Não ficam focos sangrantes, apenas se visualiza o sangue no penso sujo. **Controlo Hemorragia**



FIGURA 19. Atuação do antisséptico: solução electrolisada. **Controlo Odor**



FIGURA 20. Enquanto o antisséptico atua, a pele lava-se c/ água e sabão. Controle Integridade Cutânea. CONFORTO



FIGURA 21. Massagem c/creme barreira c/dimeticone. Controle Irritação Cutânea. Sensação de frescura. CONFORTO



FIGURA 22. Penso primário: alginato cálcio, envolvendo bem a FM. Fases mais hemorrágicas: penso transfer de exsudado siliconado. Nas fases menos hemorrágicas: Tule impregnado c/petrolato. Controle Hemorragia e Exsudado



FIGURA 23. A seguir à 1.ª camada protetora, um penso de alta absorção: poliacrilato de sódio de dupla face. Controle Exsudado



FIGURA 24. 2 pensos de incontinência isolam possíveis fugas e ajustam o poliacrilato à FM. Controle Exsudado



FIGURA 25. 2 pensos de carvão ativado associado a absorvente. Adsorve odor. (Durante ≈10 dias foi aplicado metronidazol gel tópico na FM). Controle Exsudado e Odor



FIGURA 26. Película polimérica em spray protege a pele da agressão contínua dos adesivos. **Controlo Integridade Cutânea**



FIGURA 27. 1 penso absorvente grande de celulose encerra o penso. Sr. A, indica o melhor posicionamento. **Controlo Questões Estéticas e Redução Efeito Volume do Penso**



FIGURA 28. Fixação c/adeseivo: no meio c/menor tensão para dar segurança na marcha e evitar fugas. **Controlo Exsudado**



FIGURA 29. Fixação c/adeseivo de acordo com as preferências do Sr. A, para ficar bem ajustado, evitando o deslize. O material de penso utilizado foi fino mas altamente absorvente para reduzir ao máximo o efeito volume do penso. **Controlo Exsudado, Questões Estéticas, Redução Efeito Volume do Penso**



FIGURA 30. Alteração da fixação da bolsa c/grãos de café mais para a esquerda. **Redução Efeito Volume do Penso**



FIGURA 31. Penso bem disfarçado debaixo do calção. **Controlo Questões Estéticas**
FIGURA 32. **CONFORTO!**



5. Construir a avaliação das intervenções na Pessoa com FM.

Para medir a eficácia das intervenções no Sr. A, utilizamos a título ilustrativo a escala de TSAS-W-PT. Pedimos-lhe para pontuar a média do grau de desconforto que sentia com cada um destes 10 itens de sintomas (Tabela 2).

Passados =10 dias do 1.º ciclo, Sr. A com neutropenia febril, e suspeita de novo TEP é internado num hospital da área da sua residência (hospital geral) durante 4 dias, tendo sido depois transferido para o seu hospital oncológico.

Quando regressa à consulta da “sua” equipa, já está mais recuperado fisicamente e a FM sobreponível. Apresentava-se muito mais inquieto e desabafou ter sentido muita insegurança e desconforto no outro hospital: *“As enfermeiras, muito novinhas, deviam ter terminado o curso há pouco tempo... diziam nunca ter visto uma ferida destas... tiravam fotografias e iam chamando mais colegas. Só punham compressas e uma ligadura.”*

Para obter um dado objetivo do resultado da intervenção no Sr. A, pedimos-lhe para se basear no que viveu nesse hospital e responder à TSAS-W-PT (Tabela 3):

TABELA 2.

Sem dor na execução do penso e/ou desbridamento	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa na execução do penso e/ou desbridamento
Sem dor entre mudanças do penso e/ou desbridamento	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa entre mudanças do penso e/ou desbridamento
Sem drenagem ou exsudado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Drenagem/exsudado intenso e/ou contínuo
Sem odor ¹⁾	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Odor intenso
Sem prurido ²⁾	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Prurido intenso
Sem hemorragia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Hemorragia intensa e/ou contínua
Sem preocupação estética ³⁾	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Preocupação estética intensa
Sem edema e/ou tumefação em redor da ferida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Edema e/ou tumefação intensos em redor da ferida
Sem volume ou efeito massa causados pela ferida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intensos causados pela ferida ⁴⁾
Sem volume ou efeito massa causados pelo penso ⁵⁾	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intensos causados pelo penso
Score Total	10	

Notas explicativas do Sr. A:

¹⁾ *Durmo de cabeça tapada. Com o café, a mim e à minha esposa só cheira café e nós gostamos.*

²⁾ *A massagem dá-me um alívio da comichão que fica na lembrança.*

³⁾ *Sinto segurança com o penso, sei que não vai cair.*

⁴⁾ *A ferida é muito grande.*

⁵⁾ *Este fim-de-semana ainda joguei um pouco à bola com o meu neto.*

TABELA 3.

Sem dor na execução do penso e/ou desbridamento	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa na execução do penso e/ou desbridamento ¹⁾
Sem dor entre mudanças do penso e/ou desbridamento	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa entre mudanças do penso e/ou desbridamento ²⁾
Sem drenagem ou exsudado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Drenagem/exsudado intenso e/ou contínuo
Sem odor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Odor intenso ³⁾
Sem prurido	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Prurido intenso
Sem hemorragia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Hemorragia intensa e/ou contínua ⁴⁾
Sem preocupação estética	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Preocupação estética intensa ⁵⁾
Sem edema e/ou tumefação em redor da ferida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Edema e/ou tumefação intensos em redor da ferida ⁶⁾
Sem volume ou efeito massa causados pela ferida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intensos causados pela ferida
Sem volume ou efeito massa causados pelo penso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intensos causados pelo penso ⁷⁾
Score Total	100	

Notas explicativas do Sr. A:

¹⁾ *As compressas ficavam coladas, com sangue seco e doía a retirar.*

²⁾ *Sentia-se o monte de compressas a friccionar enquanto eu também me mexia, roçavam.*

³⁾ *Não punham pomada, nem nada para o cheiro.*

⁴⁾ *Sempre que se trocava o penso, só se via sangue seco, fazia-me impressão.*

⁵⁾ *Tinha que andar sempre a puxar a ligadura porque descaía.*

⁶⁾ *Tinha a pele toda vermelha e inchada à volta da ferida. Nota: este edema e eritema foram sinais inflamatórios decorrentes da neutropenia e que resolveram com a antibioterapia.*

⁷⁾ *Sentia um volume imenso, e que não dava segurança.*

Notas Finais

O caso do Sr. A é um bom exemplo em como para a abordagem da Pessoa com FM tudo começa numa relação terapêutica. A mudança para o outro hospital e outra equipa desconhecida que, segundo ele, demonstrou insegurança na abordagem local da FM, aumentou a sua vulnerabilidade, o que seguramente também afetou a sua perceção do conforto no controlo dos sintomas. Não obstante a disponibilidade de material mais ou menos sofisticado, fica patente para que a promoção do conforto a uma Pessoa com FM aconteça verdadeiramente, todos os pormenores contam, não bastando tapar a ferida. **A insegurança gera desconforto!**

CONCLUSÃO

Sendo o universo da FM muito específico e exigente o conhecimento técnico-científico não se esgota neste documento. No entanto, procuramos deixar orientações e diretrizes gerais e inspiradoras, especialmente para os profissionais que menos convivem com esta realidade de cuidados. Esperamos que este conteúdo tenha sido profícuo para o desenvolvimento de habilidades e competências, transportáveis e aplicáveis na melhoria de cuidados ao conforto dos doentes que não pediram, mas veem o seu corpo dominado por uma FM que, sem pedir licença, desfigura a **Pessoa**.

No (Des)cobrir a FM está o reconhecer que não existem verdades absolutas e que a Pessoa estará sempre no centro da tomada de decisão. Ouvi-la, tendo o cuidado de não projetar as nossas preocupações, é o início do caminho para a ajudar a manter a sua dignidade e a sua re(identificação) corpórea.



(Des)cobrir a pessoa
é a peça essencial para
(Des)cobrir a FM!

REFERÊNCIAS

1. Taylor C. Malignant fungating wounds: A review of the patient and nurse experience. *Br J Community Nurs*. 2011;16(12 SUPPL.).
2. Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life Wounds. *Wounds UK - EWMA Spec*. 2017.
3. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds - The meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs [Internet]*. 2013;17(1):38–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>.
4. Robinson PJ, Holloway SL. Psychological factors associated with malignant fungating breast wounds. *J Eur Wound Manag Assoc*. 2019;20(Volume 20 (2), October 2019):19–22.
5. Nasir M. Fungating Wounds. *WCET 2nd Bienn Congr [Internet]*. 2018;38 no 3. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132213448&lang=pt-br&site=ehost-live>.
6. Vicente H. Úlceras Malignas. In: Parreira, Ana; Marques R, editor. *Feridas, manual de boas práticas*. 1a ed. Lidel, Edições Técnicas; 2017.
7. Cornish L. Holistic management of malignant wounds in palliative patients. *Br J Community Nurs*. 2019;24(September):S19–23.
8. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *J Wound Care*. 2009;18(7).
9. EONS. Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds. *Eur Oncol Nurs Soc*. 2015;30.
10. Gomes, Isabelle; Camargo T. Feridas Tumerais e Cuidado de Enfermagem: Buscando Evidências para o Controle de Sintomas. *Rev Enferm UERJ*. 2004;Vol 12:211–6.
11. Probst S. Evidence-based management of fungating wounds. *Palliat Wound Care Suppl*. 2010;7–11.
12. Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care [Internet]*. 2013 Jul;22(7):352–60. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2013.22.7.352>.
13. Yuen F, Sandaman D. Locally Advanced Cancers. Fowble B, Yom S, Yuen F, Sarah A, editors. *Skin Care in Radiation Oncology*. Springer; 2016. 199–209 p.
14. Service SC. Fungating wound clinical guidance. *Fungating*. 2020;7:1–39.
15. Naylor W et al. *Handbook of Wound Management in Cancer Care*. Blackwell Sci. 2001;16(1):22–45; 106 – 122.
16. Naylor W. Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds [Internet]. *World Wide Wounds*. 2002 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>.
17. Watson H, Hghes A. Symptom Management Guidelines: Care of malignant wounds. *BC Cancer Agency [Internet]*. 2015;1–7. Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/10.MalignantWounds.pdf>.
18. Gonçalves J. Controlo de sintomas: Prurido [Internet]. *Controlo de sintomas: Prurido*. [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://medicinapaliativa.pt/tools/upload/document/blog/200310203528.pdf>.
19. Tandler S, Stephen-Haynes J. Fungating wounds: Management and treatment options. *Br J Nurs*. 2017;26(12):S6–14.
20. Vicente H. Feridas Malignas. In: Barbosa, António; Pina, Paulo; Tavares, Filipa; Neto I, editor. *I Manual de Cuidados Paliativos*. 3a. Lisboa: AIDFM; 2016.
21. Soares R de S, Cunha DA de O da, Fuly P dos SC. Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas: revisão integrativa. *J Nurs UFPE online [Internet]*. 2019;13(1):3456–64. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/236438>.
22. Woo KY, Sibbald RG. Local Wound Care for Palliative and Malignant Wounds. *Palliat Care*. 2011;(September):223–39.
23. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(3):513–31.
24. Ubogagu E, Harris DG. Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):294–300.
25. Finlayson K, Teleni L, McCarthy AL. Topical opioids and antimicrobials for the management of pain, infection, and infection-related odors in malignant wounds: A systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(5):626–32.
26. Calianno C. Malignant wounds assessment and management algorithm. *Wound Care Made Incred Vis [Internet]*. 2018;167–76. Available from: <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/woundcare/files/08MalignantWounds.pdf>.
27. Savage P, Murphy-Kane P, Lee CT, Chung CS-L, Howell D. Validation of the Malignant Wound Assessment Tool - Research (MWAT-R) using cognitive interviewing. *Can Oncol Nurs J*. 2019;29(2):97–102.
28. Winardi A, Irwan AM. Topical treatment for controlling malignant wound odour. *J Eur Wound Manag Assoc*. 2019;20(Volume 20 (2), October 2019):7–13.
29. Souza M, Souza N, Melo J, Xavier M, Almeida G, Santos I. Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(5):2701–19. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=132262123&site=ehost-live>.
30. Browne N, Grocott P, Cowley S, Cameron J, Dealey C, Keogh A, et al. Woundcare Research for Appropriate Products (WRAP): Validation of the TELER method involving users. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(5):559–71.
31. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. *J Wound Care*. 2009;18(9):374–82.
32. Gethin G. Management of malodour in palliative wound care. *Br J Community Nursing, Wound Care*. 2011;28–36.
33. Selby T. Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nurs Times*. 2009;105 No 18:16–9.
34. Firmino F. Pacientes Portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem. 2005;51(4):347–59.
35. Winnipeg Regional Health Authority. Malignant Fungating Wounds Clinical Practice Guideline. 2018;(January):9–10.
36. NHS. Guidelines for the Use of Topical Morphine for Painful Skin Ulcers in Specialist Palliative Care. 2012;1–10.
37. Graham T, Grocott P, Probst S, Wanklyn S, Dawson J, Gethin G. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review. *Pain [Internet]*. 2013;154(10):1920–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.016>.
38. Twillman RK, Long TD, Cathers TA, Mueller DW. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(4):288–92.
39. Agra G, Fernandes M, Platel I, Freire M. Cuidados Paliativos com Pessoas vivendo com HIV: Uma revisão integrativa da literatura. *Prat Hosp*. 2013;XV(June):32–7.
40. Grocott P, Dealy C. Nursing aspects. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Claman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York. Oxford University Press; 2004. p. 628–39.
41. Maida V, Ennis M, Kuziemyk C. The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: a new clinical and research tool. *Adv Skin Wound Care*. 2009;22(10):468–74.



Rua Prof. Bismark, n.º 162,
4420-283 Gondomar, Portugal
Tel.: +351 222 026 725
aptferidas@aptferidas.com

www.aptferidas.com