

Gerenciando o espaço morto para promover a cicatrização de feridas crônicas: um consenso internacional

Autores:

David H Keast, Kimberly Bain, Christoffer Hoffmann, Terry Swanson, Caroline Dowsett, Jose L Lázaro-Martínez, Tonny Karlsmark, Karl-Christian Münter, Marcelo Ruettimann Liberato de Moura, Mary R Brennan, Hubert Vuagnat, Alessandro Greco, Wen Bing e Mark Bain.

As feridas que não cicatrizam afetam negativamente os sistemas de saúde e a qualidade de vida dos pacientes (Sen et al., 2009). Os 85 especialistas em feridas desenvolveram um consenso internacional sobre como avaliar e tratar feridas crônicas para diminuir a carga sobre os pacientes e os sistemas de saúde. Chegou-se a um consenso sobre a importância de gerenciar com eficácia o espaço morto entre o leito da ferida e o curativo para controlar o exsudato, criar um ambiente de cicatrização ideal e diminuir o tempo deste processo.

Financiamento:

A pesquisa foi financiada pela Coloplast A/S.

Conflito de Interesses:

Cada um dos autores já atuou como consultor para a Coloplast no passado, bem como para outros fornecedores e empresas de saúde. Christoffer Hoffmann é funcionário da Coloplast.

Princípios Éticos:

Os autores garantem que este manuscrito é um trabalho original, não foi publicado antes e não está sendo considerado para publicação por outra editora.

Aprovação Ética:

Esta pesquisa não exigiu aprovação ética e não incluiu pacientes ou os dados deles. Foram recolhidas apenas opiniões diretamente com profissionais de saúde, que consentiram com o processo

Versão:

Tradução livre – Inglês/Português.

Detalhes do autor na p59

As feridas crônicas provocam uma substancial carga econômica para os sistemas de saúde em todo o mundo e reduzem significativamente a qualidade de vida dos afetados. Muitas vezes, provocam no paciente complicações de saúde graves, amputação e morte (Posnett e Franks, 2008; Guest et al., 2015; Jabrink et al., 2017). Um grupo internacional de especialistas em tratamento de feridas, apoiado por um facilitador profissional, empreendeu um processo de construção de consenso Delphi, modificado em 2019, com o objetivo de desenvolver estratégias para avançar o resultado de menos dias com feridas crônicas. O objetivo desta jornada era chegar a um consenso sobre como avaliar e tratar feridas crônicas, para então aumentar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir a carga econômica sobre os sistemas internacionais de saúde.

Os profissionais buscaram entrar em um consenso de como gerenciar da melhor forma o espaço entre o leito da ferida e o curativo, o chamado espaço morto. Também compartilharam conhecimentos sobre melhores práticas baseadas em evidências e no atendimento clínico nesta importante área do tratamento de feridas crônicas.

Os 85 especialistas em tratamento de feridas de 19 países participaram do processo de consenso que durou 4 meses e terminou em novembro de 2019. O processo incluiu pesquisas Delphi tradicionais e diálogos facilitados virtuais e presenciais.

O trabalho resultou em um consenso sobre as melhores práticas na avaliação e manejo

de feridas crônicas em todo o mundo para chegar ao objetivo de menos dias com feridas crônicas.

Metodologia

A construção de um consenso é o processo de ajudar grupos a chegarem a um entendimento comum sobre um problema ou solução (Innes, 2004). É o processo de ajudar as pessoas a refletirem juntas, usando habilidades de pensamento crítico para tomar decisões e construir uma inteligência coletiva do grupo. O conceito de construção do consenso é baseado na crença de que quando as pessoas pensam juntas elas podem tomar melhores decisões (Bain e Hansen, 2020). Um processo Delphi modificado foi utilizado para chegar a um consenso sobre como gerenciar o espaço morto. O Delphi Modificado combina o rigor e a validação do método científico tradicional Delphi com processos de colaboração baseados em evidências (Bain e Hansen, 2020). O processo incluiu elementos da metodologia de pesquisa Delphi, NGT-R (Rand Nominal Group Technique) e facilitação de processo (Dalkey e Helmer, 1963; Murphy et al., 1998; Schuman, 2001; Grol et al., 2005; Stone e Jones, 2017).

Esse processo de consenso foi fundamentado por uma revisão sistemática da literatura sobre como gerenciar o espaço entre o leito da ferida e o curativo. Os principais conteúdos encontrados nesta da revisão foram apresentados e discutidos na sessão de diálogo interativo presencial.

David H Keast é Cientista Associado, Lawson Health Research Institute, Canadá; Kimberly Bain é Socio Sênior de Construções, BainGroup Consulting, Canadá; Christoffer Hoffmann é Gerente Sênior, Coloplast A/S, Dinamarca; Terry Swanson é do Manejo de Feridas NP, Warrnambool, Vic. Austrália; Caroline Dowsett é Enfermeira Especialista em Viabilidade de Tecidos, East London NHS Foundation Trust London, UK; Jose L Lázaro-Martínez é Chefe da Unidade de Pé Diabético, Universidad Complutense de Madrid, Espanha; Tonny Karlsmark é Consultor MD, Department of Dermato-Venereology and Copenhagen Wound Healing Center, Bispebjerg University Hospital, Copenhagen, Dinamarca; Karl-Christian Münter é Dr. Med, Gemeinschaftspraxis Bramfeld, Hamburg, Alemanha; Marcelo Ruettimann Liberato de Moura é especialista em Cirurgia Vascular, Ruettiman Institute President, D'Or Institute for Research & Education (IDOR), São Rafael SA Hospital, Salvador, Bahia, Brasil; Mary R Brennan é Diretor Assistente do Wound & Ostomy Care, North Shore University Hospital, Manhasset, New York, EUA; Hubert Vuagnat é Chefe Médico, Wound Care Center Geneva University Hospital, Suíça; Alessandro Greco é Dermatologista Consultor, Outpatient Wound Care Centre, Local Health Care System Frosinone, Itália; Wen Bing é Diretor, Peking University First Hospital, Beijing, China; Mark Bain é Sócio Sênior, Estratégia de Dados, BainGroup Consulting, Canadá

Os principais achados da literatura foram:

- A lacuna entre o leito da ferida e o curativo deve ser evitada, pois influencia negativamente a cicatrização (Keast et al., 2014; Braunwarth et al., 2017; Dowsett et al., 2018; Dowsett et al., 2019);
- O aumento da invasão bacteriana e a cicatrização prejudicada são resultados do espaço morto não preenchido. (Ousey e Cook, 2012; Swanson et al., 2014; Dowsett et al., 2019);
- O manejo eficaz desta lacuna ajuda a diminuir o risco de infecção (Benbow e Stevens, 2010; Swanson et al., 2015; International Wound Infection Institute [IWII], 2016);
- O manejo eficaz do exsudato permite a cicatrização úmida de feridas e evita a maceração do leito da ferida e da pele perilesional (World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2007; 2019; Adderley, 2010; Romanelli et al., 2010; Haryanto et al., 2017);
- A seleção de curativos adequados pode ajudar a controlar o exsudato e evitar o acúmulo dele (Adderley, 2010; Romanelli et al., 2010; Cartier et al., 2014; Keast et al., 2014);
- A literatura identifica qual a função que o curativo deve ter para o manejo eficaz do exsudato, mas não fornece orientação sobre como gerenciar o espaço morto entre o leito da ferida e o curativo.

Duas pesquisas foram enviadas a 87 especialistas em tratamento de feridas de 19 países e dois idiomas (inglês e chinês). Em 2019, as pesquisas foram realizadas online. A primeira ocorreu em setembro e a segunda em outubro.

O primeiro levantamento foi respondido por 71 especialistas, com uma taxa de resposta de 82%. Esta pesquisa focou nas práticas atuais de tratamento de feridas crônicas e nas melhores práticas para a avaliação delas. Os entrevistados passaram de 8 a 12 minutos completando o questionário, com uma taxa de conclusão geral de 96% - nem todas as perguntas eram obrigatórias.

A segunda pesquisa recebeu 61 retornos, com uma taxa de resposta de 71%. Ela focou em tópicos mais específicos e levou a um estreitamento do consenso.

Em novembro de 2019, 84 dos especialistas se reuniram na Dinamarca para revisar as evidências da pesquisa e os resultados do processo Delphi. Em seguida, iniciaram um diálogo interativo facilitado. O objetivo da reunião era chegar a um consenso sobre como os profissionais de saúde podem gerenciar de forma eficaz o espaço morto e criar um ambiente ideal de cicatrização para as feridas crônicas. O diálogo interativo presencial foi projetado para ser um processo iterativo round-robin. Assim, foi possível reunir as opiniões de todos os participantes e dar tempo pra que eles aprofundassem suas ideias com os colegas de outros países, construindo assim uma inteligência coletiva.

Os organizadores dividiram os participantes em grupos de oito a nove pessoas. Cada grupo contava com integrantes de todo o mundo e com diversas profissões – enfermeiras, cirurgiões, dermatologistas, médicos, podólogos, farmacêuticos e educadores de saúde. Os grupos passaram por uma série de estações de discussão, em um processo interativo, no qual puderam ver as contribuições dos colegas e agregar suas perspectivas sobre cada tema.

Oito estações estavam ao longo do que foi chamado de "Estrada para o Consenso", que circundava o perímetro das instalações da reunião. Cada estação numerada de 1 a 8 tinha um tópico, um resumo da pesquisa relevante e uma série de perguntas abertas para orientar as discussões. Os grupos eram autofacilitados e incentivados a discutir suas ideias sobre cada um dos tópicos, orientados pelas questões abertas. As visões coletivas foram documentadas em post-its de 21 x 15 cm. Estas anotações foram colocadas na parede de diálogo para que outras pessoas pudessem ver e comentar.

Nas duas primeiras rodadas de diálogo, os grupos tiveram 15 minutos para discutir e documentar sua sabedoria coletiva. Conforme as rodadas continuavam, o tempo foi reduzido. Nas duas últimas rodadas, os grupos tiveram 8 minutos para ler todos os comentários, discutir pontos de vista e adicionar colocações que ainda não estavam na parede. Depois que todos os grupos percorreram as oito estações, os participantes tiveram dez minutos para percorrer o "Caminho do Consenso" e revisar a documentação de cada estação. Eles foram incentivados a adicionar marcas de verificação nos comentários que gostaram e adicionar mais anotações, se assim desejassem.

Ao final do processo, todos os comentários de cada estação foram transcritos e agrupados tematicamente pelos facilitadores. Os temas foram gerados indutivamente (Boyatis, 1998) a partir dos comentários transcritos e utilizando o processo de confiabilidade, conforme definido por Lincoln e Guba (1985) e refinado por Nowell et al. (2017).

Os resultados foram apresentados aos participantes, que concluíram o processo de validação dos resultados 30 dias após o evento.

Participantes

Os participantes eram especialistas qualificados no tratamento de feridas, com um alto nível de experiência. Entre eles, 45% tinham mais de 20 anos de experiência e 86% tinham mais de 10 anos de experiência. Cerca de 18% dos participantes relataram que sua prática é 100% de tratamento de feridas. A quantidade média de tempo cuidando das feridas em uma semana de trabalho era de 65%.

Os participantes incluíam: médicos (29%), enfermeiros especialistas (61%) e outros profissionais de saúde (10%).

Cerca de 65% tinham credenciais especializadas em tratamento de feridas, treinamento ou qualificações acadêmicas. Outros 13%, por exemplo, receberam treinamento no local de trabalho em tratamento de feridas [Figura 1].

Resultados da pesquisa

Quase todos os participantes (96%) concordaram que o tratamento de feridas deve ser focado principalmente em fornecer um ambiente de cicatrização ideal; 90% concordaram que o fator mais importante na promoção de um ambiente de cicatrização ideal para feridas é administrar o espaço entre o leito da ferida e o curativo, aqui também referido como "a lacuna" e "espaço morto".

Cerca de 98% dos participantes concordaram que gerenciar a lacuna da ferida é importante ou muito importante para uma cicatrização eficaz.

A maioria dos participantes (98%) também esteve de acordo que o gerenciamento eficaz do espaço morto deve promover o equilíbrio da umidade na ferida, além do gerenciamento do exsudato – cerca de 96% concordaram com este procedimento [Figura 2].

Quando questionados sobre por que gerenciar a lacuna era importante para o tratamento eficaz de feridas crônicas, os participantes ressaltaram, em ordem de prioridade:

- Remove o acúmulo de exsudato do leito da ferida;
- Diminui o risco de infecção, evitando que o exsudato vaze para a borda da ferida e pele perilesional;
- Diminui o risco de desenvolvimento de biofilme na ferida;
- Proporciona um ambiente de cicatrização úmido. [Figura 3]

Cerca de 85% dos participantes identificaram o manejo do exsudato como o fator de sucesso mais importante para o manejo do espaço morto em feridas crônicas [Figura 4]; 82% dos profissionais indicaram que uma avaliação completa da ferida deve ser realizada pelo menos uma vez por semana. Um total de 99% dos especialistas concordaram que avaliar a ferida a cada troca de curativo fornece uma oportunidade para diagnosticar e tratar uma infecção nos estágios iniciais e diminuir o potencial de infecções com risco de vida ou amputação de membros [Figura 5].

Para avaliar o espaço morto, os participantes concordaram que os profissionais de saúde devem se concentrar em [Figura 6]:

- avaliar o leito da ferida (profundidade, enfraquecimento, tunelamento e fístulas, estrutura subjacente do leito da ferida e topografia, qualidade do tecido (granulação e necrose);
- Exsudato (qualidade, cor e odor);
- Tempo de ferida;
- Infecção/colonização de carga biológica;

- Borda da ferida e pele perilesional;
- Etiologia;

Quando questionados sobre o que deve ser incluído em uma lista para avaliar feridas crônicas, os participantes chegaram a um consenso sobre as categorias a seguir:

- Progressão da ferida e características da ferida;
- Histórico do paciente e estado de saúde;
- Sinais de infecção.

Para que não houvesse muitas variáveis, os especialistas optaram por avaliar exclusivamente feridas crônicas de até 2 cm de profundidade.

Cerca de 83% dos participantes concordaram que a melhor escolha de curativo para feridas com esta profundidade é aquele que se ajusta ao leito da ferida.

A escolha mais adequada do curativo (44%), o conforto do paciente (28%) e a capacidade de autocuidado (28%) foram os fatores mais importantes apontados pelos especialistas para cuidar de uma ferida crônica.

Para promover a cicatrização de feridas, os participantes também apontaram as características mais importantes de um curativo: propriedades antimicrobianas, absorção vertical do exsudato, conforto do paciente e conformabilidade ao leito da ferida [Tabela 1].

Consenso

O consenso foi alcançado em uma série de áreas principais:

- As melhores práticas de tratamento de feridas devem se concentrar em fornecer um ambiente de cicatrização ideal;
- Gerenciar o espaço morto é um dos melhores métodos para promover um ambiente de cicatrização ideal;
- O manejo desta lacuna deve se concentrar no equilíbrio da umidade e no manejo de exsudato, essenciais para uma cicatrização eficaz;
- A melhor maneira de gerenciar o espaço morto de até 2 cm de profundidade é preenchê-lo com um curativo que se ajuste ao leito da ferida;
- As duas características mais importantes do curativo para promover a cicatrização são a conformabilidade ao leito da ferida e as propriedades antimicrobianas;

O processo de consenso também resultou em recomendações detalhadas, além de diretrizes que podem formar a base de uma lista de verificação com orientações básicas para gerenciar o espaço morto, identificar os sinais de alerta de infecção e quando encaminhar os pacientes a um especialista em tratamento de feridas.

Como a maioria dos pacientes com feridas crônicas são tratados por profissionais de saúde sem treinamento especializado, os participantes concordaram que o desenvolvimento de diretrizes práticas acessíveis no gerenciamento do espaço morto seria um próximo passo importante.

Figura 1: treinamento especializado em tratamento de feridas

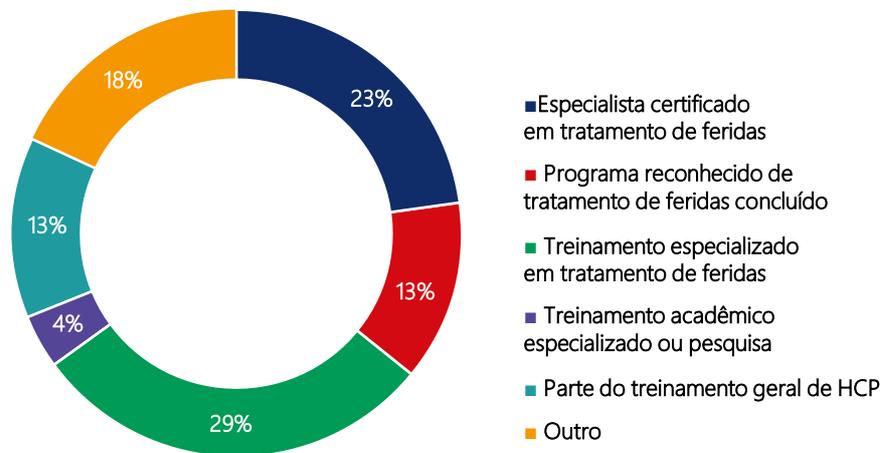


Figura 2: o manejo eficaz do exsudato da ferida é uma das melhores maneiras de promover um ambiente de cicatrização ideal

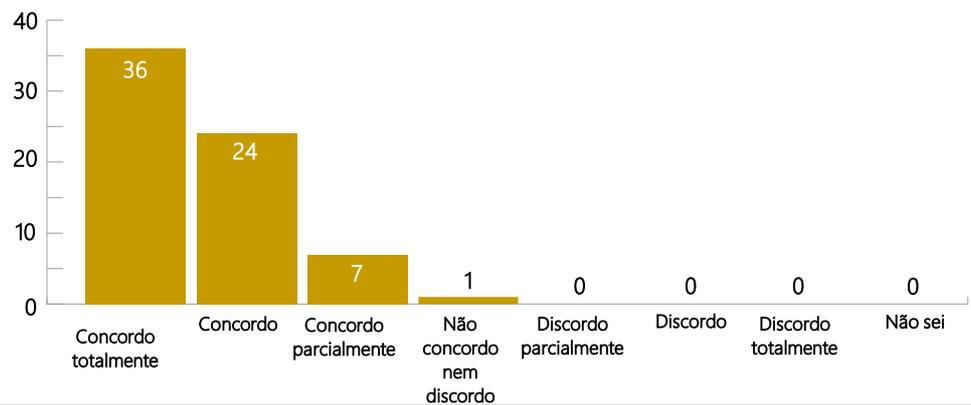


Figura 3: Por que é importante gerenciar o espaço morto em feridas crônicas?

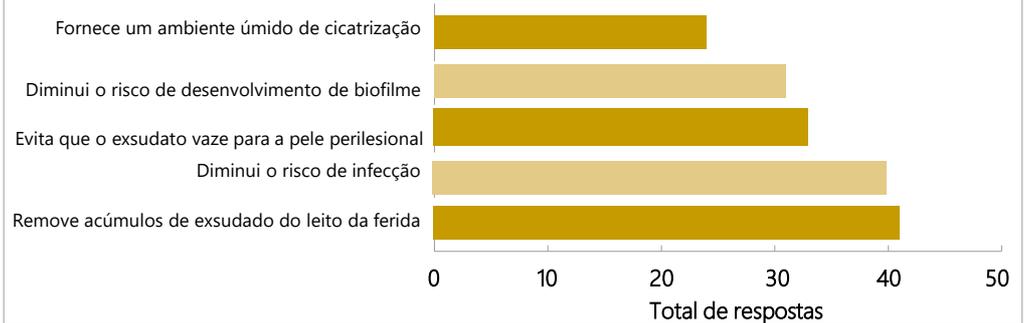


Figura 3: Por que é importante gerenciar o espaço morto em feridas crônicas?

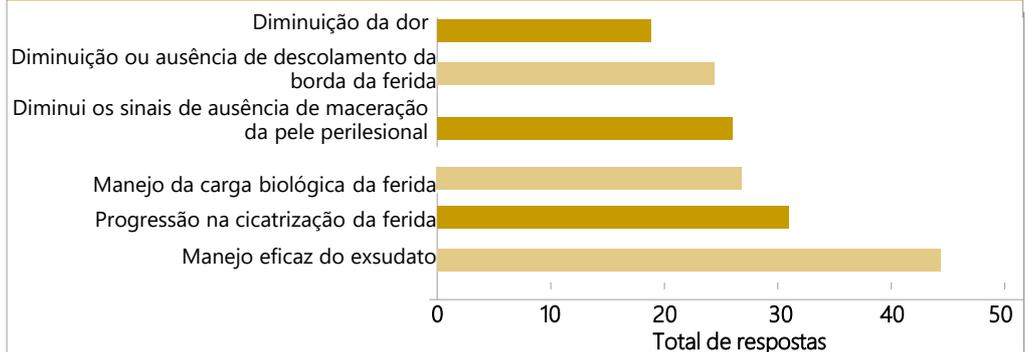


Figura 5: A avaliação da ferida em cada troca de curativo oferece uma oportunidade de diagnosticar e tratar uma infecção nos estágios iniciais, além de diminuir o potencial de infecções com risco de perda de membros

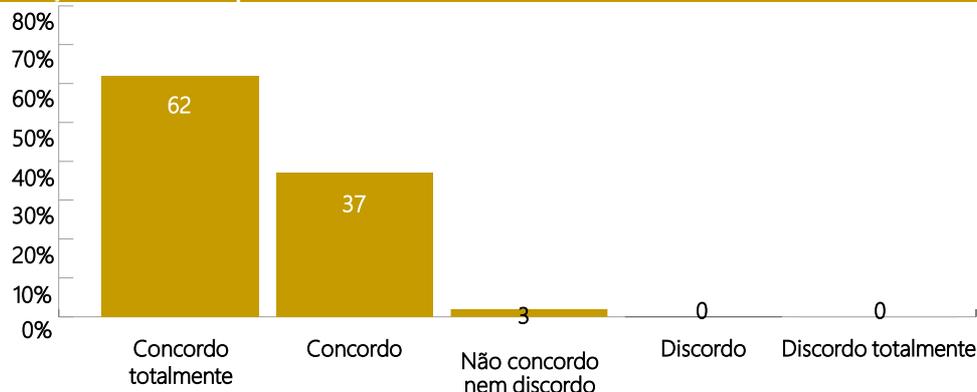


Figura 6: Fatores que devem ser avaliados no espaço morto de feridas crônicas

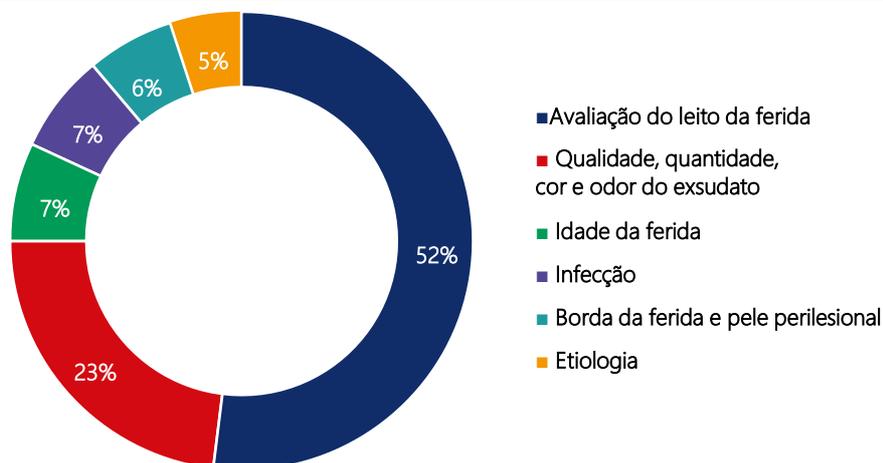


Tabela 1: Características mais importantes do curativo para promover a cicatrização

As melhores opções de curativos segundo os participantes	Respostas
Propriedades antimicrobianas	49
Absorção vertical de exsudato para proteger o tecido circundante	37
Conforto do paciente e capacidade de autocuidado	28
Ajusta-se ao leito da ferida	27
Eficácia de custos	21
Promove um ambiente úmido de cicatrização	14

Conclusão

Estima-se que 1 a 2% da população em países desenvolvidos terá uma ferida crônica durante sua vida (Jabrink et al., 2016). O objetivo deste projeto era chegar a um consenso sobre como avaliar e tratar feridas crônicas para diminuir o número de dias com elas. Assim, seria possível minimizar o ônus econômico das feridas nos sistemas de saúde e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Os especialistas concluíram que diretrizes acessíveis baseadas em evidências e na

experiência da gestão do espaço morto são necessárias para diminuir o número de dias com feridas. Estes direcionamentos ajudarão a interromper o cuidado de rotina ou ritual e encorajar o cuidado holístico planejado para feridas, focado na cicatrização delas. Embora este projeto tenha chegado a um consenso sobre a importância de gerenciar o espaço morto, mais trabalho será necessário para desenvolver diretrizes que ajudem os profissionais de saúde efetivamente a mover evidências de tratamento de feridas e escolher melhores práticas clínicas.

Wint

Referências

- Adderly UJ (2010) Managing wound exudate and promoting healing. *Br J Community Nurs* 15(3): S15--20
- Bain K, Hansen AS (2020) Strengthening implementation success using large-scale consensus decision-making — A new approach to creating medical practice guidelines. *Eval Program Plann* 79: 101730
- Benbow M, Stevens J (2010) Exudate, infection and patient quality of life. *Br J Nurs* 19(20): S30–6
- Braunwarth H, Forster J, Schmitt M et al (2017) *Wound Depth and the Need of a Wound Filler in Chronic Wounds*. Poster presentation at Wounds UK Conference, Harrogate, November 13–15 2017
- Boyatzis R (1998) *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Sage: Thousand Oaks, CA
- Cartier H, Barrett S, Campbell K et al (2014) Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: A multicentre product evaluation. *Wounds International* 10(4): 26–30
- Dalkey N, Helmer O (1963) An Experimental Application of the DELPHI Method to the Use of Experts. *Management Science* 9(3): 458–67
- Dowsett C, Swanson T, Karlsmark T (2019) Focus on the Triangle of Wound Assessment – addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. *Wounds International* 10(3): 16–21
- Dowsett C, von Hallern B, Ruettimann Liberato de Moura M (2018) Meeting report: The gap challenge in clinical practice – how do you manage it? *Wounds International* 9(3): 60–5
- Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T et al (2015) Health economic burden that wounds impose on the national Health Services in the UK. *BMJ* 5(12): e009283
- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis, D (2005) *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier: Edinburgh
- Haryanto H, Arisandi D, Suriadi S et al (2017) Relationship between maceration and wound healing on diabetic foot ulcers in Indonesia: a prospective study. *Int Wound J* 14(3): 516–22
- Innes JE (2004) Consensus Building: Clarifications for the Critics. *Planning Theory* 3(1): 5–20
- International Wound Infection Institute (2016) *Wound Infection in Clinical Practice*. Wounds International: London. Available at: <https://bit.ly/2ZCfTm4> (accessed 15.09.2020)
- Järbrink K, Ni G, Sonnergren H et al (2017) The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review. *Syst Rev* 6(1): 15
- Järbrink K, Ni G, Sonnergren H et al (2016) Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systemic review. *Syst Rev* 5(1): 152
- Keast D, Swanson T, Carville K et al (2014) Ten top tips: Understanding and managing wound biofilm. *Wounds International* 5(2): 20–4
- Lincoln Y, Guba EG (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage: Newbury Park, CA
- Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D et al (1998) Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess* 2(16): iii-274
- Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ (2017) Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods* 16(1): 1–13
- Ousey K, Cook L (2012) Wound assessment made easy. *Wounds UK* 8(2): 1–4
- Posnett J, Franks PJ (2008) The burden of chronic wounds in the UK. *Nurs Times* 104(3): 44–5
- Romanelli M, Weir D (2010) Exudate management made easy. *Wounds International* 1(2): 1–6
- Schuman S (2001) Group facilitation: a superlative task. *Group Facilitation* 3: 1–3
- Sen CK, Gordillo GM, Roy S et al (2009) Human skin wounds: a major snowballing threat to public health and the economy. *Wound Repair Regen* 17(6): 763–71
- Stone E, Jones BF (2017) *The Science Behind the Growing Importance of Collaboration*. Kellogg Insight 9(6). Available at: <https://bit.ly/3c7ttmj> (accessed 15.09.2020)
- Swanson T, Keast D, Cooper R et al (2015) Ten top tips: identification of wound infection in a chronic wound. *Wound International* 6(2): 22–7
- Swanson T, Grothier L, Schultz G (2014) *Wound Infection Made Easy*. Wounds International: London. Available at: <https://bit.ly/32wsh8J> (accessed 15.09.2020)
- World Union of Wound Healing Societies (2007) *Principles of Best Practice: Wound Exudate and the Role of Dressings. A Consensus Document*. MEP Ltd: London. Available at: <https://bit.ly/3htXHkF> (accessed 15.09.2020)
- World Union of Wound Healing Societies (2019) *WUWHS Consensus Document. Wound Exudate: Effective Assessment and Management*. Wounds International: London. Available at: <https://bit.ly/2FG1wV> (accessed 15.09.2020)