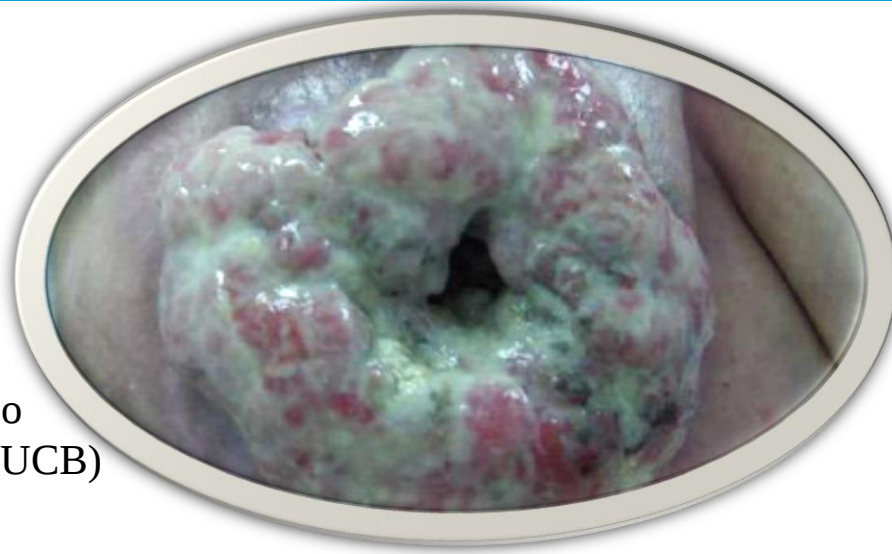




Ferida Maligna

Agostinha Andrade^{1 4}, Claudina Lucena^{3 5}, Cristina Martins^{1 4}, M^a Beatriz Gonçalves^{2 4}, Patricia Pinto^{1 4}.



Introdução

As feridas malignas (FM) são uma realidade em oncologia, o seu aumento foge ao nosso controlo e é um desafio diário. As feridas não devem definir as pessoas, mas a forma como tratamos as pessoas com FM pode definir todo o seu processo de doença e sobretudo a sua qualidade de vida. Viver com uma FM é mais do que um desafio, entre a dor excruciante e a perda da identidade corporal, temos inúmeros fatores psicológicos e psicossociais. Poderá dizer-se que a FM, tem uma identidade própria, que de forma destrutiva e incapacitante retira a identidade da pessoa que está doente. Todos os envolvidos neste processo (doente, família e equipa disciplinar) devem saber que a cura não é o objetivo e o material que usamos no seu tratamento não evita a progressão da doença mas pode e deve promover o máximo de conforto possível. As pessoas que cuidamos devem ser sempre o nosso centro de atenção, neste caso, o melhor é deixarmo-nos guiar por elas, permitir-lhes que nos digam como é mais confortável, menos visível, menos doloroso. Com todo o nosso tempo possível, aplicando todos os nossos conhecimentos técnicos, científicos e algo muito útil (que não se aprende em nenhuma escola do Mundo), como EMPATIA, CONFIANÇA e HUMANIDADE, para que o objetivo não seja SÓ cuidar da ferida mas da PESSOA com a ferida.

Definição

As Feridas Malignas (FM) são lesões fungóides que surgem quando são afetadas células cancerígenas ao nível da epiderme, derme e tecidos adjacentes, podendo atingir o sistema vascular e linfático, ulcerando a superfície do corpo (Ázera, J, 2014). As FM, também conhecidas como feridas tumorais, são feridas decorrentes da infiltração da pele por células neoplásicas (Vicente, H, 2014). Estas podem despontar de uma lesão neoplásica primária da pele, de metástases cutâneas de uma outra neoplasia qualquer ou ainda através da erosão da pele de uma neoplasia subcutânea (Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P., 2021). As FM são uma realidade em oncologia, surgindo entre as inúmeras possíveis complicações de determinados tipos de doenças oncológicas que se revelam sem exceção, devastadoras para o indivíduo (Vicente, H, 2014). Quanto à evolução, está profundamente relacionada com estádios de doença avançada e incontrolável, em que frequentemente se manifesta uma progressão célere e incurável. Na atualidade a oferta terapêutica é ainda limitada e, na sua grande maioria, o prognóstico dos doentes com FM é muito reservado (Vicente, H, 2014). Nas últimas quatro décadas tem havido um aumento da sobrevivência destes doentes com FM, relacionado com os progressos ao nível da oferta terapêutica oncológica (Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P., 2021).

Classificação

As feridas malignas podem ser classificadas quanto:

- À origem podendo ser primárias (quando se origina no local do tumor primário), metastáticas (se tem origem no local da metástase) ou recorrentes (quando após a cicatrização há o surgimento de uma nova lesão no mesmo local);
- À aparência, em que se classificam como feridas ulcerativas malignas (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), feridas proliferativas malignas (semelhantes à couve- flor) e feridas proliferativas malignas ulceradas (com união do aspeto vegetativo com partes ulceradas);
- Ao estadiamento (1, 1N, 2, 3 e 4) segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (citado por INCA, 2009);
- Estádio 1: Pele íntegra. Coloração avermelhada. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.
- Estádio 1N: Ferida fechada ou aberta superficialmente com orifícios que drenam exsudado límpido, amarelado ou purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou húmida, com ou sem dor ou prurido. Não apresenta odor.
- Estádio 2: Ferida aberta envolve a epiderme e a derme. Podem aparecer ulcerações superficiais, as quais podem apresentar-se friáveis e sensíveis à manipulação, com ausência de exsudado (lesões secas) ou pouco exsudativas (lesões húmidas).
- Estádio 3: Ferida envolve epiderme, derme e tecido celular subcutâneo. São geralmente friáveis, com cheiro fétido e exsudativas. Podem apresentar lesões internas em risco de rutura iminente. Tecido de coloração avermelhada. O leito da ferida é maioritariamente de coloração amarelada.
- Estádio 4: Ferida invade estruturas anatómicas profundas. Apresenta profundidade expressiva, exsudado abundante, odor fétido e dor. Tecido circundante é de coloração avermelhada, violácea.

A European Oncology Nursing Society (EONS) sugere a utilização da mnemónica “HOPES”, adaptada de Woo & Sibbald (2010).

H (Haemorrhage – Hemorragia)

O (Odour – Odor)

P (Pain/Pruritus – Dor/Prurido)

E (Exudate – Exsudado)

S (Superficial Infection – Infecção Superficial)

Hemorragia

O tecido de granulação da FM é friável, devido à estimulação dos fatores de crescimento endoteliais vasculares, do qual resulta a formação abundante de vasos sanguíneos que são frágeis (Woo & Sibbald, 2010). Pode manifestar-se desde pequenos focos hemorrágicos, até as hemorragias fulminantes e maciças, que podem constituir ameaça à vida.

Odor

Sintoma major das FM, com impacto altamente negativo na qualidade de vida e bem-estar do doente/família. Usualmente descrito como sendo o sintoma mais angustiante e o que causa maior estigma social (Alexander, 2009). Associado a múltiplos fatores: colonização aeróbia e anaeróbia, necrose tecidular, infecção, exsudado abundante.

Pode agravar sintomas como náuseas e vômito.

HEMORRAGIA	ODOR	DOR	EXSUDATO	INFEÇÃO
Medidas não farmacológicas - Remover cuidadosamente os pensos, com abundante irrigação; - Utilizar pensos não aderentes; - Aplicar compressão local; - Crioterapia; - Usar toalhas escuras em caso de hemorragia fulminante;	- Realizar desbridamento autolítico/enzimático caso seja pertinente; - Conter odor e exsudado em penso oclusivo sem fugas; - Utilizar antimicrobianos (Prata, Cadexômero Iodo; Polihexametileno-biguanida (PHMB), Antissépticos com base de ácido hipocloroso e hipoclorito de sódio, Mel Manuka); - Aplicar gel/creme de metronidazol no leito da ferida; - Usar carvão ativado ou opções empíricas como bolsa de café ou bolsa de chá verde.	- Relacionada com execução penso - Administrar analgesia prévia à execução penso - Aplicar anestésicos locais tópicos (lidocaina gel) - Privilegiar material não aderente, atraumático e confortável. Constante - Controlar dor de base de modo sistémico; - Aplicar no leito da ferida: cloridrato de Morfina - Promover outras medidas não farmacológicas (distração, reiki) Psicossocial e espiritual - Facilitar uma abordagem multidisciplinar; - Realizar terapias complementares; - Envolver o doente na toma da de decisões.	- Utilizar películas antiaderentes (tules, silicones); - Usar fibras gelificantes (alginatos, carboxilmetilcelulose sódica) - Usar pensos super absorventes (poliacrilatos), espumas hidrocelulares e Hidropolímeros. Proteção da pele circundante - Usar produtos barreira (películas poliméricas, silicone, zinco, petrolato, dimeticone) - Utilizar apósito de silicone ou sem fixação adesivo, malhas tubulares, ligaduras, soutiens desporto,...) em caso de pele muito frágil; -Aplicar corticóide tópico em pele macerada e dolorosa; - Ponderar a utilização de selantes de pele em pele lesada/macerada (terpolímero com cianoacrilato).	- Promover a limpeza da ferida e desbridamento, se adequado; - Utilizar Microbianos: > Prata > Cadexômero Iodo > Polihexametileno-biguanida (PHMB) > Antissépticos de nova geração > Mel Manuka... Em caso de sinais sistémicos de infeção poderá ser necessário recorrer a antibioterapia sistémica.
Medidas farmacológicas - Utilizar material hemostático (alginato de cálcio, colagénio, celulose oxidada); - Usar esponjas de gelatina em pequenos focos; - Aplicar nitrato de prata ou sucralfato tópico; - Usar antifibrinolíticos (ácido tranexâmico, ácido aminocapróico); - Utilizar vasoconstritores como adrenalina tópica 1:1000.		PRURIDO - Aplicar cremes/apósitos que mantenham pele húmida/ fresca (creme hidratante; hidrogel, hidrogel com base de ácido hipocloroso e hipoclorito de sódio, pelo efeito anti-inflamatório e pela inibição da libertação da Histamina - Em caso de pele íntegra capsaicina ou produtos com mentol.		

Conclusão

As feridas malignas têm um grande impacto na vida da pessoa, não só pelas alterações significativas que provoca na autoimagem, como também, na sua vida social e na realização das suas atividades de vida diárias (Gomes e Camargo, 2004). Por outro lado, encontram-se muitas vezes associados sentimentos como a vergonha, estigma e inutilidade (Alvarez et al, 2007; Deale, 2001; Piggins, 2003). Assim, os cuidados à pessoa com ferida maligna devem incluir o controlo de sintomas e a avaliação dos problemas psicossociais que surgem com a progressão da doença (Polletti et al, 2002).

Segundo Saunders e Regnard (1989), citados por Naylor (2005), o “tratamento deve ser realista e aceite pelo utente e cuidadores. Se o tratamento não promover a qualidade de vida ou sensação de bem-estar, deve ser mudado.” É essencial para a qualidade de cuidados, procurar identificar as expectativas, os medos e as prioridades da pessoa de forma a envolvê-la no tratamento da ferida. Neste contexto, as metas do tratamento de feridas devem passar pelo controlo de sintomas e promoção do conforto e qualidade de vida. Moody e Grocott (1993) definiram como objetivos do tratamento de feridas: o conforto; a qualidade de vida; o controlo de sintomas e a promoção da confiança e uma sensação de bem-estar (Haynes, 2008). Em conclusão cada ferida, assim como cada pessoa, é única e por isso requer uma valorização e tratamento individualizado.



“ Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”
Carl G Jung