

Utilização de uma camada de contacto de silicone e de um penso de espuma não adesiva

SUMÁRIO

Os hematomas do membro inferior são feridas traumáticas que podem ter consequências graves e muitas vezes debilitantes, sobretudo em idosos. A cicatrização da ferida pode ser prolongada devido a múltiplos fatores, incluindo comportamentos perturbadores do utente devido a uma cognição deficiente provocada pela demência.

Este estudo de caso descreve o tratamento de um utente idoso com demência que se encontrava num lar de idosos e que sofreu um hematoma extenso que resultou numa ferida complexa. A gestão das feridas foi efetuada de acordo com as restrições locais impostas pela COVID-19.

É realçada a importância da utilização de estruturas holísticas de avaliação de feridas e de abordagens baseadas em provas para a gestão de feridas, de modo a permitir a obtenção de resultados positivos na cicatrização de feridas.

Palavras-chave Hematoma, escolhas de produtos, cuidados a idosos, demência, avaliação de feridas

Como referência Carter H, Prentice J. Use of a silicone contact layer and non adhesive foam dressing. WCET® Journal 2024; 44(3):20-25.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.44.3.20-25>

INTRODUÇÃO

Os hematomas subcutâneos secundários como consequência de um traumatismo são comuns nos idosos¹ e são definidos por Megson (2011)² como "...um extravasamento de sangue para fora dos vasos sanguíneos". O sangue acumula-se nos tecidos subcutâneos ou nos espaços intramusculares e apresenta-se como uma quantidade elevada de sangue vermelho-escuro/preto que se projeta acima da superfície da pele.^{3,4} Os hematomas de grandes dimensões podem exercer uma pressão significativa que excede a existente nos capilares dérmicos e subdérmicos, o que pode dar origem à necrose da pele sobrejacente.³ O tratamento dos hematomas depende da dimensão do hematoma e do estado de saúde do indivíduo. Os hematomas mais pequenos podem ser facilmente reabsorvidos. No caso de hematomas maiores ou muito grandes, a avaliação do hematoma deve determinar se o hematoma pode ser tratado de forma conservadora com pensos e cicatrizar por esta segunda via se ocorrer eliminação local ou se pode ser necessária uma evacuação cirúrgica imediata.⁴ Quando ocorre uma lesão por traumatismo contundente, os medicamentos

como a terapêutica anticoagulante e com esteróides colocam uma pessoa em maior risco de desenvolver um hematoma concomitante.^{1,4,5}

Existe uma relação direta entre a idade avançada, a demência e a ocorrência de quedas, o que aumenta o risco de os idosos sofrerem uma ou mais feridas nas extremidades inferiores. Para além disso, as pessoas com demência, perda de memória e com declínio cognitivo podem não compreender as instruções para a gestão de feridas ou ficar agitadas com os processos de colocação de pensos e assim recusarem os cuidados oferecidos.^{6,7}

A avaliação da ferida é fundamental para as estratégias iniciais e contínuas de gestão da ferida e para a avaliação da cicatrização da ferida. Duas estruturas de avaliação de feridas mais frequentemente utilizadas são o Triângulo de Avaliação de Feridas⁸ e a Preparação do Leito da Ferida.⁹ Coletivamente, os elementos destes paradigmas descrevem como avaliar uma pessoa e a sua ferida, determinar as características da ferida e da pele perilesional, compreender os fatores que podem prejudicar ou promover a cicatrização de feridas e discutir estratégias relevantes de gestão de feridas, utilizando uma abordagem interprofissional.

Este estudo de caso aborda a gestão de uma utente idosa num lar de idosos australiano que sofreu um hematoma na extremidade inferior, o qual conduziu a uma ferida complexa crónica.

ANTECEDENTES

Uma mulher de 95 anos, residente permanente num lar de idosos (a utente), sofreu um hematoma traumático no membro inferior esquerdo durante a assistência à mobilidade e na utilização de um guincho de pé. A lesão foi sofrida no dia de Ano Novo de

Helen Carter*

RN

Enfermeira clínica especialista em integridade da pele, Hall e Prior Saúde e Grupo de Cuidados a Idosos, Nova Gales do Sul, Austrália

Jenny Prentice

PhD RN STN

Enfermeira Consultora em Feridas, Pele, Ostomia Hall e Prior Health and Grupo de Cuidados a Idosos, Perth, Austrália Ocidental

* Autor correspondente

2022, mas apenas foi identificada na manhã seguinte, quando os funcionários lhe retiraram os protetores dos membros para tratar da higiene pessoal e dos cuidados com a pele para prevenir lesões por pressão.

A história médica passada da utente inclui demência avançada, amnésia global, afasia, disfagia, incontinência de urina e de fezes, acidente vascular cerebral, hemorragia intracraniana (2014), psoríase, visão prejudicada devido a degeneração macular relacionada com a idade e com o glaucoma, audição deficiente, hipertensão, varizes, púrpura senil, quedas recorrentes com fraturas - # R) colo do fémur com inserção de haste gama (2021) e # R) úmero (2022), dor crónica, osteoartrite, espondilose vertebral, doença óssea metastática - L) úmero.

Para além destas condições co-mórbidas, teve uma redução recente do seu estado de mobilidade em relação ao estado inicial devido a uma queda, a qual exigiu tratamento cirúrgico com Redução Aberta e Fixação Interna (ORIF) por fratura do colo do fémur direito, cerca de 4 semanas antes de sofrer o hematoma. Na altura da lesão, a utente estava presa a uma cadeira.

As alterações recentes da medicação incluíram a adição de analgesia com opióides (pós-operatória) e a conclusão recente da terapia anticoagulante pós-operatória. Os seus medicamentos habituais incluíam: Macuvissão, Cálcio e vitamina D, Paracetamol, Latanoprost, Furoato de mometsaona, Calcipotriol; Dipropionato de betametasona. As alergias foram registadas como Co-trimoxazol, Enxofre e Penicilina.

Globalmente, o estado de saúde geral da utente foi considerado débil. Em 2 de janeiro de 2022, foi efetuada uma referência para o Enfermeiro Clínico Especialista em Integridade da Pele (CNSSI) para analisar a utente e o seu hematoma. Simultaneamente, foi enviada uma referência para o médico de clínica geral (GP) da utente. Além disso, deve salientar-se que este incidente ocorreu quando o lar de idosos estava em isolamento e confinamento devido à COVID 19.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Avaliação inicial da ferida e estratégias de gestão da ferida

Em 2 de janeiro de 2022, o pessoal de enfermagem registado no lar de idosos classificou a lesão como "uma contusão", no entanto, encaminhou a utente para análise no portal eletrónico interno de encaminhamento para o CNSSI e para o médico de família, em conformidade com a política do estabelecimento para a lesão em causa. Uma fotografia acompanhava o encaminhamento (Figura 1). Em 3 de janeiro de 2022, através do portal de referência eletrónico interno foram dados conselhos provisórios para manter a integridade do hematoma, até que a lesão pudesse ser revista clinicamente no dia seguinte.

Na avaliação clínica efetuada pelo CNSSI em 4 de janeiro de 2022 e utilizando os parâmetros do Triângulo de Avaliação de Feridas como quadro orientador, verificou-se o seguinte

- Avaliação do leito da ferida:
 - Tipo de tecido: Hematoma com retalho não viável
 - Exsudado: Pouco exsudado sanguíneo, mas sem hemorragia ativa

- Infeção: A inflamação está a resolver-se sem sinais clínicos de infeção, mas permanecendo em risco de infeção
- Avaliação do bordo da ferida: Bordos da ferida bem definidos e desidratados
- Avaliação da pele peri-ferida: Pele seca.

Para além dos parâmetros acima referidos, o hematoma media 180 mm L X 65 mm W e com profundidade desconhecida. Não foram detetadas outras anomalias no membro inferior.

GESTÃO CLÍNICA

Objetivos de cuidados a curto prazo e estratégias iniciais de gestão de feridas

Na revisão clínica inicial do hematoma, foi identificado que era essencial uma monitorização rigorosa e que a perfusão do membro, os níveis de exsudado e o potencial para mais hemorragias e inchaços deviam, ao longo do dia, ser monitorizados de perto. Por conseguinte, os objetivos iniciais dos cuidados e da gestão do hematoma foram conservadores e adotaram os princípios do R.I.C.E.; Repouso, Gelo, Compressão e Elevação.¹⁰ Além disso, o médico de clínica geral prescreveu uma aplicação diária de creme Hirudoid para ajudar a aliviar a dor localizada, a inflamação e os hematomas.

Em termos do R.I.C.E., verificou-se o seguinte:

- R: O repouso na cama foi imposto durante uma semana, tendo o CNSSI recomendado, em 10/1/22, que a utente "só pode estar sentada à hora das refeições durante a próxima semana"
- I: O gelo foi aplicado de acordo com os princípios gerais R.I.C.E. durante aproximadamente 20 minutos de quatro em quatro horas, conforme tolerado pela utente
- C: A compressão foi aplicada utilizando uma camada de Tubigrip tamanho E
- E: A elevação foi efetuada com repouso na cama e com uma almofada macia colocada longitudinalmente, de modo a garantir que o calcanhar não sofresse qualquer pressão.

Estratégias iniciais de gestão de feridas

As estratégias iniciais de gestão da ferida incluíram a preparação do leito da ferida utilizando uma técnica asséptica, a higiene dos membros inferiores e os cuidados com a pele, assim como a escolha de pensos para proteger e preservar a integridade do hematoma. O regime incluía:

- Agente de limpeza de feridas: N/Salina
- Higiene dos membros inferiores: Inspeção da pele e aquando da mudança do penso, lavagem do membro com água morna e hidratação
- Cuidados com a pele peri-ferida: Película de barreira para os bordos da ferida/pele peri-ferida, conjuntamente com emoliente para a pele circundante para melhorar a condição da pele, reduzir a secura e reduzir o risco de danos futuros
- Penso primário: Camada de contacto de silicone; Adaptic Touch™ (3M)
- Penso secundário: Almofada estéril altamente absorvente; Impervia Neosorb
- Fixação: Velban, ligadura de malha e uma camada de Tubigrip tamanho E, desde o dedo do pé até ao joelho
- Frequência ou mudança dos pensos: 3º dia, ou conforme necessário em caso de perturbação do penso.

O hematoma foi monitorizado de perto, de modo a detetar alterações morfológicas que podem ocorrer à medida que os hematomas se resolvem ou deterioram e as complicações que podem surgir, tais como a infeção. Outras considerações foram, nesta altura, levadas em conta:

- Hemorragia: risco aumentado de hemorragia devido à utilização recente de Enoxaparina no pós-operatório e tendo em conta que pode vir a ser necessário desbridar a ferida
- Dor: devido ao hematoma, diferenciação entre dor aguda e dor crónica
- Edema pré-existente dos membros inferiores: potencial para agravamento das complicações
- Comportamento da utente: o comportamento da utente foi monitorizado para garantir que fossem minimizados os comportamentos anteriores de remoção de pensos. Neste caso, o incumprimento da elevação da perna e os "comportamentos agressivos" no momento da mudança de penso, tais como pontapés, foram difíceis de gerir devido ao risco acrescido de danos no leito da ferida e à perturbação da assepsia durante o procedimento de penso.

O hematoma manteve-se relativamente estável durante um curto período de tempo (Figura 2) até ao sexto dia, mas no nono dia notou-se que havia alguma perda da epiderme. O regime de pensos foi continuado de acordo com o plano inicial de camada de contacto de silicone, juntamente com penso estéril altamente absorvente e Tubigrip. No 12º dia (13/01/2022), o hematoma tinha secado e o retalho não era viável (Figura 3).

No 16.º dia (17/01/2022), a inflamação tinha diminuído ainda mais e o retalho estava levantado e pronto para o desbridamento; não havia hemorragia ativa, os bordos da ferida permaneciam claramente definidos, os níveis de exsudado eram baixos e não existiam sinais de infeção. Utilizando os princípios do desbridamento conservador, o CNSSI desbridou o retalho inviável do leito da ferida, conjuntamente com uma irrigação completa do leito da ferida para remoção do coágulo residual. Após o desbridamento da ferida, esta apresentava-se semelhante a uma laceração cutânea de categoria 3, com perda total do retalho (Figura 4).

Objetivos de cuidados a longo prazo e estratégias secundárias de gestão de feridas

Após o desbridamento da ferida e considerando a grande área de superfície da ferida resultante, os objetivos da cicatrização da ferida foram alterados para refletir este facto. O objetivo era o de promover o tecido de granulação, evitar ou suprimir o tecido de hipergranulação, reduzir o potencial de carga bacteriana da ferida e gerir o exsudado da ferida, uma vez que se esperava que o mesmo aumentasse após o desbridamento.

Com estes fatores em consideração, o regime de pensos foi alterado para:

- Penso primário: Camada de contacto de silicone Adaptic Touch™ (3M), de forma a cobrir uma ampla margem peri ferida
- Penso secundário: Utilizada uma espuma não adesiva para remover o "espaço morto" entre a ferida e um penso Biatain® Espuma Não Adesiva

- Fixação: Os pensos foram fixados com Velband, ligaduras de malha e Tubigrip, desde dedo do pé até ao joelho
- Observação de pensos e frequência de mudança de pensos: Verificação diária do penso, com objetivo de mudança semanal do penso. Ao 24º dia, era possível observar uma melhoria acentuada na cicatrização da ferida, com um leito da ferida saudável e apresentando granulação uniforme (Figura 5).

Entre seis a oito semanas após o desbridamento, as revisões do CNSSI observaram que a ferida estava a cicatrizar bem, resultando numa diminuição significativa do tamanho total da ferida e numa mudança da sua forma. Verificou-se um avanço notável dos bordos da ferida, um maior desenvolvimento do tecido epitelial, o qual começou a cobrir o leito da ferida, resultando na separação do leito da ferida por uma ilha epitelial, com duas áreas de L 28 mm x W 24 mm (Proximal) e de L 86 mm x W 48 mm (Distal). Os níveis de exsudado mantiveram-se baixos e bem geridos, sem apresentarem sinais de maceração da pele peri ferida. Além disso, a condição da pele circundante também melhorou, embora permanecendo ligeiramente seca. Não apresentava edema dos membros inferiores (Figuras 6 e 7).

Subsequentemente, a seleção do penso foi alterada para um rebordo de espuma de silicone Biatain® de maior dimensão, 15x15 cm, de forma a proporcionar margens mais amplas na ferida, garantindo assim um risco reduzido de danos na pele frágil da ferida. Foi utilizada uma película de barreira nos bordos da ferida/pele peri-ferida, em conjunto com um hidratante na pele circundante.

Acompanhamento e avaliação contínuos

Infelizmente, onze dias mais tarde (11 de março de 2022), registou-se uma nova hemorragia, que o pessoal de enfermagem afirmou estar relacionada com traumatismo devido à agitação da utente e à sua posição sentada (Figura 8). No entanto, durante a análise do processo, verificou-se também que, alguns dias antes, foi aplicado nos bordos um produto alternativo de espuma de silicone, devido a um problema de disponibilidade de stock. Além disso, ocorreu uma pequena deterioração da ferida em termos de aumento do exsudado, ligeiro odor e mudança do tipo de exsudado, mas que não foi comunicada ao CNSSI até ao dia 25 de março de 2022, altura em que o plano de gestão da ferida foi atualizado de forma a incluir Inadine® no bordo distal da ferida durante sete dias, após o que o penso de espuma de silicone foi reaplicado (Figura 9).

A ferida progrediu bem ao longo de abril/maio de 2022. No final de maio, a equipa de enfermagem solicitou o encerramento do mapa de feridas, tendo em conta que se verificou que a ferida estava "cicatrizada". Uma análise posterior efetuada pelo CNSSI identificou que o edema gravitacional persistente dos membros inferiores se mantinha e que era difícil de gerir, dessa forma representando um risco de deterioração da ferida. O quadro da ferida foi mantido aberto com monitorização semanal contínua e com aplicação do penso de espuma de silicone para proteção. A ferida cicatrizou e o gráfico da ferida acabou por vir a ser fechado em agosto de 2022, 7 meses (215 dias) após a ocorrência da lesão (Figura 10).

Durante o período de duração do tratamento, foi iniciada uma abordagem de equipa multidisciplinar para cuidados holísticos.

Este processo iniciou-se com a revelação aberta à família no momento da lesão e com atualizações fornecidas pela equipa de gestão do lar ao longo do período de tratamento.



Figura 1. Dia 1 - 3 de janeiro de 2022



Figura 2. Dia 6 - 7 de janeiro

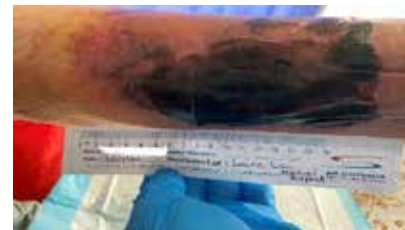


Figura 3. Dia 12 - 13 de janeiro



Figura 4. Dia 16 - 17 de janeiro de 2022



Figura 5. Dia 24 - 25 de janeiro de 2022



Figura 6. Dia 54 - 24 de fevereiro de 2022



Figura 7. Dia 58 - 28 de fevereiro de 2022



Figura 8. Dia 69 - 11 de março de 2022



Figura 9. Dia 89 - 31 de março após a aplicação de Inadine nos bordos distais das margens da ferida



Figura 10. Dia 215 - 4 de agosto de 2022

No momento da lesão, foram efetuadas referências iniciais ao médico de clínica geral que iniciou os primeiros socorros (R.I.C.E. e creme hirudoide) e depois ao CNSSI que iniciou um plano de gestão da ferida e de supervisão do processo de cicatrização.

Devido às quedas recentes e à mudança da mobilidade de base após a hospitalização foi recomendado um encaminhamento para o fisioterapeuta. O envolvimento do fisioterapeuta ajudou a garantir que as atuais avaliações de transferência e de mobilidade continuavam a ser aplicáveis e também que o ambiente era seguro e propício ao aumento das necessidades de cuidados e de equipamento. Além disso, era necessário assegurar que o pessoal estivesse consciente da importância de seguir os procedimentos corretos de manuseamento manual e soubesse como deveria utilizar o equipamento existente no lar.

Nas fases posteriores da cicatrização, quando o edema gravitacional da perna se tornou uma preocupação, devido ao regresso à mobilidade inicial e ao aumento do tempo passado fora da cama, o envolvimento do Nutricionista ajudou a garantir que as necessidades nutricionais eram satisfeitas através de estratégias nutricionais, incluindo os suplementos proteicos de proteína BD compacta.

Não foi necessário efetuar qualquer esfregaço da ferida ou aplicar qualquer terapia antibiótica durante o processo de cicatrização, uma vez que a deterioração da ferida, quando observada, foi tratada localmente e monitorizada de perto.

DESAFIOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A lesão ocorreu durante a COVID-19, quando na Austrália os lares de idosos estavam sujeitos a regulamentos rigorosos e a períodos de confinamento que regulavam os critérios de entrada nos lares, situação que criou desafios adicionais na prestação de cuidados. Estas relacionavam-se principalmente com a organização, o pessoal e o fornecimento de produtos.

A nível organizacional, a unidade tinha habitualmente uma cobertura de enfermeiros registados 24 horas por dia, mas devido à COVID-19 e às subsequentes restrições de pessoal, os assistentes de enfermagem e o pessoal de cuidados eram, ocasionalmente, obrigados a tratar dos pensos. Além disso, devido aos períodos de férias de verão do Natal/Ano Novo e de janeiro, verificou-se um maior recurso a pessoal temporário. Esta falta de continuidade dos cuidados e as diferenças de conhecimentos suscitaram preocupações quanto à possibilidade de todo o pessoal ser capaz de avaliar com precisão, identificar e responder adequadamente a sinais e sintomas potenciais ou reais de complicações e de os comunicar e documentar eficazmente e em conformidade.

O fornecimento de produtos para a gestão de feridas foi um verdadeiro desafio, devido à interrupções nas cadeias de abastecimento tendo em conta o efeito global da COVID-19. O CNSSI e a direção das instalações estavam perfeitamente conscientes de que qualquer plano de gestão que fosse

implementado deveria ter em conta este facto. Além disso, a formação do pessoal sobre a utilização adequada dos produtos de penso recomendados e a escolha de produtos de penso que assegurassem uma boa relação custo-eficácia foram outras considerações e desafios a ultrapassar.

DISCUSSÃO

Após a lesão e a descoberta do desenvolvimento do hematoma, foram iniciados protocolos de tratamento R.I.C.E.. Embora exista alguma discussão sobre o valor atual da R.I.C.E., esta continua a ser uma técnica frequentemente utilizada para reduzir os danos secundários nos tecidos e o inchaço dos tecidos moles na pele e nos tecidos originados por lesões musculoesqueléticas agudas¹⁰.

As estruturas para orientar a gestão de feridas são ferramentas úteis para alcançar um entendimento comum da avaliação, gestão e de avaliação contínua das feridas em cicatrização, de forma a facilitar a comunicação destes fatores numa linguagem clinicamente adequada entre o pessoal do lar de idosos e a equipa multidisciplinar mais alargada. Neste caso, o CNSSI utilizou os princípios orientadores definidos com os paradigmas do Triângulo de Avaliação de Feridas⁸ e da Preparação do Leito para Feridas⁹ para avaliar a cicatrização de feridas, orientar as intervenções clínicas de enfermagem e as escolhas de pensos, bem como facilitar a comunicação com o pessoal e com a equipa multidisciplinar. Por exemplo, o desbridamento da ferida não viável do retalho do hematoma, com base no facto de haver perfusão suficiente para suportar a cicatrização da ferida.

Da mesma forma, a seleção de produtos foi efetuada com base nos objetivos de cuidados a curto e a longo prazo ao longo das diferentes fases de cicatrização da ferida. Neste caso, após o desbridamento do hematoma que criou uma ferida com características semelhantes às de uma laceração cutânea de categoria 3 sem retalho, era importante escolher um penso primário que permitisse a cicatrização da ferida. E, além disso, o controlo dos fatores locais da ferida, tais como a gestão da humidade, do exsudado, do potencial de infeção, a proteção da pele perilesional, a capacidade de contorno do leito da ferida, a facilidade de aplicação e de remoção, reduzindo o risco de lesões cutâneas relacionadas com adesivos médicos e a diminuição da dor para a utente, assim como a minimização da frequência das mudanças de pensos.^{11, 12, 13, 14, 15} Por conseguinte, uma camada de contacto de silicone Adaptic Touch™ (3M) foi inicialmente escolhida como penso primário para cobrir o leito da ferida e, por vezes, uma área mais vasta da pele perilesional, de forma a assegurar proteção adicional da pele. Foi aplicada uma espuma não adesiva, Biatain® Non Adhesive Foam, para remoção do "espaço morto" entre a ferida e o penso, reduzindo assim os riscos de infeção e hipergranulação. As camadas de contacto de silicone, que têm um revestimento de silicone macio num ou em ambos os lados do penso, são defendidas pela sua capacidade de apoiar a cicatrização do tecido de granulação, a observação do leito da ferida sem necessitar de remover a camada de contacto, a proteção da pele perilesional e são atraumáticas aquando da sua remoção.^{11, 12} Além disso, são úteis na manutenção de feridas secas ou necróticas, nas quais a retenção de humidade ou a re-hidratação não é um objetivo principal dos cuidados.^{16, 17}

Quando o especialista em feridas foi reencaminhado, no final de 25/03/2022, o plano de gestão da ferida foi atualizado de forma a incluir Inadine® apenas no bordo distal. Embora o Inadine® não seja normalmente recomendado para as lacerações cutâneas devido ao seu efeito de secagem¹⁸, o Inadine® foi

escolhido para tratar a maceração da pele peri-ferida no bordo distal. Além disso, o Inadine® não é aderente, tem uma ação antimicrobiana, é rentável¹⁹ e estava prontamente disponível, tendo em consideração os desafios enfrentados na altura com o fornecimento do produto. Uma vez que o pessoal estava familiarizado com a sua utilização, foi uma escolha segura e adequada para utilização durante o fim de semana e durante mais cinco dias até que a ferida pudesse ser analisada pelo CNSSI, após o que se voltou a utilizar o penso de espuma de silicone.

Estas escolhas também permitiram a realização de trocas de pensos menos frequentes, com objetivo de permitir trocas de pensos semanais em conjunto com verificações diárias dos pensos, para dessa forma avaliar a presença de exsudado e se os pensos permaneciam no lugar. Se o pessoal considerasse que o penso necessitava de mudanças mais frequentes, o CNSSI solicitava previamente uma imagem da ferida antes de alterar a frequência do penso, de forma a garantir que esta era adequada e que não existiam outras preocupações ou problemas subjacentes.

Foi difícil gerir o edema dos membros inferiores nas fases posteriores da cicatrização, uma vez que este foi afetado por um regresso à mobilidade melhorado, passando mais tempo fora da cama, com maior envolvimento em atividades de estilo de vida e com redução da dor, todos eles passos positivos, mas que aumentaram o nível de edema gravitacional e contribuíram fortemente para a cronicidade da ferida e para os atrasos na sua cicatrização.

De um modo geral, em termos de cicatrização da ferida, as múltiplas condições de co-morbilidade singulares e co-relacionadas da utente, algumas das quais não eram fatores modificáveis, provavelmente contribuíram para o período prolongado de cicatrização da ferida.⁹

A gestão de feridas em pessoas com demência pode ser problemática, uma vez que, devido ao declínio cognitivo e à diminuição da capacidade de seguir as diretivas de cuidados, os comportamentos ou as ações dos utentes podem ser ou são prejudiciais para a cicatrização de feridas.^{20, 21} Neste caso, a utente necessitava de uma supervisão apertada para garantir que os seus comportamentos de empurrar os pensos para baixo, o não cumprimento da elevação dos membros inferiores e os movimentos impulsivos não tinham impacto no comprimento do R.I.C.E., das estratégias de gestão de feridas e dos regimes de reposicionamento, pois se estes ocorressem com regularidade, tinham o potencial de aumentar o risco de mais danos nos tecidos, de infeção ou de lesão por pressão. Se a utente recusasse a troca de pensos, era abordada novamente em alturas diferentes por pessoas diferentes para ver se a utente conseguia ser persuadida a permitir a troca de pensos antes de ser documentada uma recusa formal.

Foi adotada uma abordagem multidisciplinar dos cuidados, tanto quanto possível, sob as restrições das condições da COVID-19, que incluiu a comunicação com o médico de família, o nutricionista e o fisioterapeuta no que diz respeito à ingestão alimentar e nutricional e ao nível de mobilidade dos utentes; e também com a família do utente no que diz respeito à progressão da cicatrização das feridas. O pessoal recebeu formação sobre mobilidade, quedas e ambiente, manuseamento manual e utilização correta do equipamento, garantindo transferências seguras, posicionamento e a importância das avaliações de risco, avaliação dos cuidados, impacto do estilo de vida e da nutrição na cicatrização de feridas. O CNSSI sublinhou ainda o papel que o médico de família e a

família continuaram a desempenhar nos cuidados prestados ao utente nesta fase.

A COVID-19, tal como aconteceu em todo o mundo,^{22, 23} afetou por vezes o fornecimento de produtos para a gestão de feridas e a prestação de serviços, que foram ultrapassados com a substituição de produtos, a revisão de prontuários eletrónicos e a telessaúde.

CONCLUSÕES E LIÇÕES APRENDIDAS

Os hematomas das extremidades inferiores são feridas traumáticas que podem ter consequências graves a longo prazo em termos de cicatrização de feridas, sobretudo em idosos. Em casos complexos como este, a avaliação holística e a avaliação contínua da cicatrização de feridas utilizando estruturas reconhecidas relacionadas com feridas, em conjunto com uma abordagem de equipa multidisciplinar, é imperativa para se atingirem os objetivos de curto e de longo prazo da cicatrização de feridas.

A deterioração do estado de saúde deve ser reconhecida precocemente para que as avaliações de risco reflitam adequadamente o estado de saúde atual do utente, uma vez que as flutuações de saúde podem ocorrer rapidamente e ter um impacto significativo no nível dos cuidados necessários. Se o pessoal clínico estiver ciente das alterações no nível de risco de um utente, pode tentar prevenir potenciais complicações, em vez de ter de as tratar.

Neste caso, foi necessário aumentar a sensibilização de todas as disciplinas de saúde envolvidas no tratamento para ajudar a reconhecer precocemente e a gerir qualquer deterioração da ferida, assim como para fornecer estratégias de apoio para evitar hematomas recorrentes nas extremidades inferiores resultantes de lesões traumáticas.

O tratamento de feridas em idosos, especialmente na presença de demência e em ambientes de lares de idosos, é multifatorial, complexo e desafiante. Para o seu cuidado é necessária uma abordagem individualizada e centrada na pessoa que reflita as necessidades de uma indivíduo com demência e uma ferida.

AGRADECIMENTOS

A família dos utentes consentiu que a informação clínica fosse utilizada neste estudo de caso e deu o seu consentimento escrito para a utilização de fotografias clínicas.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam qualquer financiamento para apresentar este estudo de caso.

REFERÊNCIAS

1. Constant J & Reed J. Designing a new community lower limb haematoma pathway to prevent hospital admission and reduce cost. *Wounds UK* 2022, 18 (4):76-83.
2. Megson M. Traumatic subcutaneous haematoma causing skin necrosis. *BMJ Case Reports* 2011;10.1136/bcr.05.2011.4273
3. Chami G, Chami B, Hatley E & Dabis H. Simple technique for evacuation of traumatic subcutaneous haematomas under tension. *Emergency Medicine* 2005, 5 (11): doi:10.1186/1471-227X-5-11
4. Beldon P. Haematoma: Assessment, treatment and management. *Wound Essentials* 2011, 6: 36-39.
5. Karthikeyan GS, Vadodaria S & Stanley PWR. Simple and safe treatment of pretibial haematoma in elderly patients. *Emerg Med J* 2004;21:69-70.
6. Barth A, Vatterrott A, Zhou Y, Fink A & Doblhamme G. Extremity injuries and dementia disproportionately increase the risk for long-term care at older age in an analysis of German Health Insurance routine data for the years 2006 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity* (2016) 13:9 DOI 10.1186/s11556-016-0169-8
7. Callaghan R & Merrick J. How does dementia affect patients with wounds? *JCN* 2015, 29 (5): S:9-13.
8. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. *Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment Wounds International*, 2016.
9. Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, Goodman L, Armstrong DG & Harley C et al. *Wound Bed Preparation* 2021. *Adv Skin & Wound Care* 2021, 34(4):183-195.
10. Kwiecien SY. Is it the End of the Ice Age? *IJSPT*. 2023;V18(3):547-550. doi:10.26603/001c.74273
11. Le Blanc K & Woo K. A pragmatic randomised controlled clinical study to evaluate the use of silicone dressings for the treatment of skin tears. *Int Wound J*. 2022;19:125-134.
12. Holloway S, Prentice J, Samuriwo R. Preventing, assessing and treating skin tears. *Nursing Standard* 2023. doi: 10.7748/ns.2023.e12127
13. Dowsett C, Swanson T & Karlsmark T. A focus on the Triangle of Wound Assessment – addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. *Wounds International* 2019, 10 (3):16-21.
14. Dowsett C & von Hallern B. The Triangle of Wound Assessment: a holistic framework from wound assessment to management goals and treatments. *Wounds International* 2017; 8(4): 34-39.
15. Stephen-Haynes J, Carville K. Skin Tears Made Easy. *Wounds International* 2011;2(4):1-6.
16. von Hallern B, Berg M, Hintner M & Hartleben C. In Focus -Fistulas and wound undermining: First clinical evaluation of a new gelling fiber dressing Biatain® Fiber. *MEDIZIN & PRAXIS* 2020:20-26.
17. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. *Wound exudate: effective assessment and management Wounds International*, 2019.
18. Le Blanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D & Edwards K et al. The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. *Adv Skin & Wound Care* 2016;29:32-46.
19. Sibbald RG, Elliott JA. The role of Inadine in wound care: a consensus document. *Int Wound J* 2017; 14:316-361.
20. Gunanayagam P, Iliopoulos J & Ahmad M. Considerations in wound care of patients living with dementia. *British Journal of Nursing* 2022, 31(20) *Tissue Viability Supplement*:S32-S40.
21. Parker CN, Finlayson KJ & Edwards HE. Exploring the prevalence and management of wounds for people with dementia in long-term care. *Int Wound J*. 2020;17:650-659.DOI: 10.1111/iwj.13325
22. Schlager JG, Kendziora B, Patzak, Kupf S & Rothenberger C et al. Impact of COVID-19 on wound care in Germany. *Int Wound J*. 2021;18:536-542.
23. Holloway S. Wound care and COVID-19: recognising innovation and collaboration. *Wounds UK* 2020, 16 (2):10.