

Gestão do odor de feridas crónicas

Introdução

As feridas que não cicatrizam são comuns em alguns contextos de cuidados e podem ter um impacto significativo na qualidade de vida devido à dor e mau cheiro, com consequências a nível social e psicológico. O odor, em particular, envolve vários processos que devem ser considerados.

As feridas crónicas definem-se como as que persistem por mais de 6 meses [1]. São lesões que ocorrem geralmente em doentes debilitados, muitas vezes com uma ou mais doenças crónicas avançadas. Estas lesões incluem, úlceras de pressão, feridas neoplásicas e as de causa vascular, por insuficiência arterial ou por estase venosa.

As feridas crónicas não são susceptíveis de reparação espontânea e, mesmo com cuidados apropriados, a cicatrização completa pode ser irrealista, sendo a sua gestão o objectivo do tratamento [1].

O mau odor provoca nos doentes uma alteração, eventualmente inaceitável, da imagem corporal, rejeição social, embaraço e vergonha. São comuns o medo, ansiedade e depressão [1]. Se não tratado o odor resulta em isolamento social, relutância em se envolver em actividades sociais, anorexia e náuseas. As reacções dos outros, incluindo familiares, podem agravar a situação. Mesmo o ambiente pode tornar-se inabitável porque o odor impregna a roupa, a mobília e as paredes.

Causas de mau odor

As principais causas de mau odor das feridas são a necrose, infecção e exsudado.

O tecido necrótico resulta geralmente do compromisso vascular. O tecido necrótico resulta da oclusão capilar que resulta em isquemia. O tecido desvitalizado é um meio ideal para o crescimento de bactérias, tornando-se na origem da infecção. Bactérias anaeróbicas, incluindo *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides prevotella*, *Clostridium perfringens* e *Fusobacterium nucleatum*, estão geralmente implicadas na origem do mau odor, produzindo putrescina e cadaverina que são em larga medida responsáveis pelo odor desagradável [1]. O catabolismo dos lípidos pelos anaeróbios formam os ácidos voláteis propiónico, butírico, isovalérico e valérico, que também contribuem para o mau odor. As bactérias aeróbicas como *Proteus*, *Klebsiella* e *Pseudomonas* supercolonizam o tecido necrótico e também contribuem para o odor [1]. O exsudado é um

líquido tipo pus que contém soro, fibrina e glóbulos brancos dos vasos sanguíneos. Além disso, as bactérias que colonizam as feridas crónicas cheias de tecido necrótico activam protéases que degradam e liquefazem o tecido morto, formando grandes quantidades de exsudado [1].

Além das causas referidas, a má higiene geral e pensos deixados por tempo de mais também contribuem para o mau odor das feridas. Pensos que retêm humidade, como os hidrocolóides, deixam um odor quando removidos e também pensos que se liquefazem com o contacto com a superfície da ferida deixam um material tipo pus potencialmente com odor desagradável.

Avaliação do mau odor

A sensibilidade ao mau odor é variável. Portanto, diferentes observadores podem classificar a intensidade do mau odor diferentemente. No entanto, não há outro modo de o fazer a não ser pela avaliação subjectiva.

A intensidade do mau odor pode ser classificada utilizando uma escala visual analógica, uma escala numérica ou uma escala verbal, como as que se usam para avaliação de sintomas.

Num estudo, foi utilizada uma escala, não validada, em que a intensidade do mau odor era classificada pelo doente ou pelo investigador em [2]:

0. Ausente
1. Não agressivo
2. Agressivo, mas tolerável
3. Agressivo e intolerável

Noutro artigo, foi usada outra escala com 4 níveis para classificar a intensidade do odor [3]:

- Forte – o odor é evidente quando se entra no quarto, ou a 2 a 3 metros do doente com o penso intacto
- Moderado – o odor é evidente quando se entra no quarto com o penso removido
- Ligeiro – o odor é evidente na proximidade do doente quando o penso é removido
- Sem odor – não há odor evidente, mesmo na proximidade do doente com o penso removido.

Há, portanto, várias alternativas para classificar a intensidade do odor, não sendo possível recomendar nenhuma deles como a preferida. O mais importante será usar a escolhida para avaliar a evolução da intensidade do odor em resposta ao tratamento.

Tratamento

O tratamento do mau odor das feridas crónicas envolve vários tipos de intervenções e insere-se no tratamento geral das feridas. Assim, a remoção do tecido necrótico, o controlo da infecção são passos essenciais para alcançar esse fim.

Remoção do tecido necrótico

A remoção do tecido necrótico é um passo indispensável no controlo do odor e no fecho das feridas que têm esse potencial. O desbridamento pode ser de vários tipos [1]:

- Cirúrgico – é uma forma rápida e precisa de desbridamento, que tem como inconvenientes o risco de hemorragia e dor.
- Enzimático – emprega produtos, como o colagenase, com acção proteolítica que digerem as proteínas extracelulares, como a fibrina e o colagénio no tecido e exsudado necróticos. Tem o inconveniente de ser lento a atingir o efeito desejado e pode dar uma sensação de queimadura e produzir eritema.
- Autolítico – emprega pensos hidrocolóides ou preparações de hidrogel. Usam-se em feridas crónicas em cuidados paliativos que não tenham por objectivo a cura completa. São de aplicação fácil, baratos, não invasivos e indolores. Podem demorar semanas a atingir o efeito desejado e os pensos hidrocolóides podem produzir um exsudado castanho e com mau odor após na remoção.
- Mecânica – utiliza força mecânica para a remoção do tecido necrótico. Entre estes métodos estão os pensos húmido/seco, irrigação forçada, hidromassagem, ultrassons e o vácuo. Estas técnicas são mais rápidas do que o desbridamento autolítico e enzimático, mas não discrimina entre tecido necrótico e viável, pode ser doloroso, pode causar hemorragia da ferida, pode ser demorado e pode ser mais caro.
- Biológica – usa organismos como larvas e vermes que ingerem as bactérias e o tecido desvitalizado. É um método não invasivo. Pode causar dor e hemorragia e pode ser inaceitável estética e psicologicamente para os doentes e famílias.

Controlo da infecção

A limpeza cuidada das feridas é um meio eficaz de reduzir o mau odor das feridas, embora possa não ser suficiente. Se a ferida não for friável e o doente for capaz pode ser limpa no chuveiro. O doente deve ser aconselhado a permitir que a água do chuveiro atinga a pele acima da ferida e que corra sobre ela [4]. Se o doente não for capaz ou a ferida for friável o cuidador pode irrigar a ferida com soro fisiológico, usando uma seringa de 30 a 60 cm³ e uma agulha ou

cateter de calibre 18 a 20g. Existem outros produtos de limpeza, mas o soro fisiológico é a opção mais barata.

No controlo da infecção os antibióticos são o centro do tratamento e, destes, os de aplicação tópica têm várias vantagens, entre as quais, uma concentração mais alta e mais duradoura no local da infecção, potencial limitado de absorção sistémica e de toxicidade, reduzido potencial de resistência aos antibióticos e fixação da atenção na ferida [1]. Se houver atingimento sistémico com eritema, aumento da dor leucocitose e febre, os doentes devem ser tratados com antibióticos sistémicos, após exame cultural [4]. Se houver dúvidas, sobre se há infecção ou apenas colonização, um hemograma com contagem de leucócitos e diferencial pode ser útil. É crucial evitar tratar doentes que estão apenas colonizados com antibióticos sistémicos, para prevenir os efeitos laterais e a emergência de organismos resistentes [4].

Metronidazol

O metronidazol é o antibiótico tópico mais usado para a gestão do mau odor. A sua eficácia resulta provavelmente do envolvimento predominante de bactérias anaeróbicas.

Existe uma forma em gel a 0,75% para aplicação diária na superfície das feridas com mau odor, que depois é coberta por um penso não aderente e a seguir por um penso absorvente. Esta é uma forma cara de tratamento.

Uma alternativa para aplicação de metronidazol é esmagar os comprimidos e polvilhar o pó obtido sobre a superfície da ferida [5], cobrindo-a depois com o gel.

Outra alternativa é criar uma solução com o pó dos comprimidos esmagados em água esterilizada a 0,5% (5mg/mL) ou a 1% (10mg/mL) [4]. Pode-se usar para irrigar a ferida ou saturar um penso com a solução e aplicar na ferida, tendo o cuidado de não deixar o penso secar e aderir à ferida.

Há situações em que a aplicação tópica pode não ser adequada, como nas feridas profundas da cabeça e pescoço e ginecológicas. Também se o tumor for sangrante ou se houver fístulas ou atingimento sistémico o tratamento tópico não é adequado. Nestes casos, pode usar-se o metronidazol oral [6]. As doses a usar inicialmente deverão ser de 400 mg 3x/dia por 1 ou 2 semanas de acordo com a resposta, depois 400 mg 2x/dia por 1 semana e, se o mau odor desaparecer ou for mínimo, 200 mg 1x/dia indefinidamente ou até à cura da ferida. Os efeitos indesejados podem ser náuseas e vômitos e efeitos tipo dissulfiram se associado ao álcool, embora estes efeitos não sejam muito comuns, sobretudo com a dose de manutenção.

Outros agentes antimicrobianos

Outros agentes antimicrobianos que se podem usar para tratar o mau odor são os produtos que contêm prata, agentes que contêm iodo, mupirocina, bacitracina, neomicina e polimixina B [1].

Mel

O mel tem múltiplos efeitos incluindo antimicrobianos, desbridante, desodorizante, anti-inflamatório e estimulante da granulação tecidual [1]. O mel diminui significativamente a colonização com vários tipos de bactérias incluindo MRSA. O mel medicinal é preferível ao mel de mesa, porque este não é estéril e pode conter esporos de *Clostridium* que contaminam a ferida.

Iogurte e leite

O iogurte e o leite baixam o pH da ferida e controlam a proliferação bacteriana e o mau odor. Qualquer deles pode ser aplicado por 10 a 15 minutos após a limpeza da ferida e depois lavado completamente. [1].

Disfarçar o odor

Quando o mau odor é difícil de controlar com os métodos descritos ou enquanto o controlo não é atingido, pode tentar-se disfarçar o odor. Podem usar-se aromáticos como velas perfumadas, incenso, fragâncias de flores e plantas e *sprays* refrescantes do ar [1].

Se for possível usá-las, as velas emitem fragâncias e queimam químicos com mau odor. Podem colocar-se aromáticos, como grãos de café ou de baunilha ou vinagre de cidra num recipiente debaixo ou perto da cama do doente. Nos pensos podem colocar-se gotas de óleo de hortelã. Outros produtos que podem ser usados para disfarçar o odor são o carvão ou bicarbonato de sódio que se colocam num recipiente debaixo da cama ou perto do doente.

Os aromáticos podem ter desvantagens porque certos odores, especialmente os fortes, podem ser desagradáveis e podem causar náuseas. Algumas fragâncias podem desencadear asma ou irritação cutânea. Pode mesmo haver condicionamento dos doentes e dos cuidadores pela associação de certas fragâncias ao mau odor [1].

Referências

1. Samala RV, Davis MP. Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. Cleve Clin J Med. 2015 Aug;82(8):535-43. doi: 10.3949/ccjm.82a.14077.

2. Von Gruenigen VE, Coleman RL, Li AJ, Heard MC, Miller DS, Hemsell DL. Bacteriology and treatment of malodorous lower reproductive tract in gynecologic cancer patients. *Obstet Gynecol.* 2000 Jul;96(1):23-7. doi: 10.1016/s0029-7844(00)00850-4.
3. Black J, Berke C. Ten top tips: managing wound odour. *Wounds Int* 2020;11(4):8-11.
4. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2006 Aug;22(3):185-93. doi: 10.1016/j.soncn.2006.04.006.
5. Hu JK, Ligtenberg KG, Leventhal J, Bunick CG. Successful management of malodor from fungating tumors using crushed metronidazole tablets. *JAAD Case Rep.* 2019;6(1):26-29. doi: 10.1016/j.jdc.2019.10.025.
6. George R, Prasanna TS, Kandasamy R, Cherian R, Celine T, Jeba J, Murali S, Mathew D. Improving malodour management in advanced cancer: a 10-year retrospective study of topical, oral and maintenance metronidazole. *BMJ Support Palliat Care.* 2017;7(3):286-291. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001166.