

TRATAMENTO DA ÁREA DOADORA DA COXA NA ENXERTIA DE PELE EM PACIENTES QUEIMADOS – COMPARAÇÃO ENTRE CURATIVOS

Henrique Ovidio Coraspe Gonçalves, Diogo Pereira Higino da Costa Pedro Soler Coltro, Caio Freitas Neves, Jayme Adriano Farina Júnior.
Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.



Introdução

Atualmente, o tratamento preconizado para a maioria das queimaduras profundas é a auto enxertia de pele parcial. A cura da ferida da área doadora ocorre usualmente em 1 a 3 semanas, dependendo da espessura e da região da área doadora do enxerto.

A malha de fibra de celulose (rayon), classicamente utilizada em queimaduras, apresenta-se em formato de malha fenestrada formada por celulose artificial comumente aplicada como proteção para áreas doadoras de enxerto de pele.

O Biatain- Ibu® consiste em uma espuma de poliuretano macio, hidrofílico, não adesivo contendo ibuprofeno como parte integrante da matriz.

O Biatain Silicone® é um curativo de espuma de poliuretano macio e adaptável com uma película superior semipermeável, e um adesivo de silicone macio.

Objetivo

Comparar a cicatrização das áreas doadoras de enxertos de pele de coxa com o uso dos três curativos na UTQ-EU.

Métodos

Trata-se de um ensaio clínico preliminar, prospectivo randomizado e controlado. Tal estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP do HCFMRP-USP, registro 91324118.9.0000.5440. Os pacientes submetidos à retirada de pele parcial de área doadora das coxas foram tratados com os curativos supracitados.

Avaliação da Dor: Dados relativos à dor foram obtidos por meio do emprego de escalas de avaliação da dor (0 a 10)- (EVA) feitas pelo profissional assistente do paciente nas primeiras 48 horas, no sétimo e décimo dia

Avaliação da reepitelização e infecção: A área doadora de enxerto de pele de espessura parcial foi considerada completamente reepitelizada (restaurada) quando cerca de 95% da ferida estava cicatrizada



Figura 1: Imagem com os 3 tipos de curativo: A- rayon salinizado, B- Biatain Ibu, C- Biatain Silicone

Figura 2: Paciente com curativo – Biatain Silicone

Discussão

Resultados: Neste estudo preliminar, já avaliamos doze pacientes, quatro pacientes por grupo.

Dor: No grupo Biatain Ibu a média de dor foi 0, no grupo Biatain Silicone foi 0,5 e no grupo Controle (rayon salinizado) a média de dor foi 6,5.

Infecção: O Grupo Biatain Ibu não apresentou infecção (0%). O grupo Biatain Silicone apresentou média de 75% e grupo Controle de 25% de infecção local.

Reepitelização: O grupo Biatain Ibu apresentou média de reepitelização de 10 dias, o grupo Biatain Silicone de 18,5 dias e grupo Controle uma média de 11 dias. o grupo Biatain Ibu apresentou 62% menos dor, 25% menos infecção e uma reepitelização 13% mais rápida em relação ao grupo Controle (rayon salinizado).

O grupo Biatain Silicone, apresentou 55% menos dor, porém uma taxa de infecção três vezes maior, e uma reepitelização 60% mais demorada em relação ao grupo Controle.

Conclusão

O Biatain Silicone, manteve aprisionado o sangue, propiciando a formação de coágulos no leito da ferida. Esta desvantagem, além de aumentar o tempo de hospitalização, aparentemente retardou o processo de reepitelização.

O Biatain Ibu trouxe mais conforto aos pacientes, podendo reduzir o tempo de internação, o tempo de cicatrização da ferida, e eventualmente reduzir os custos totais do tratamento.



Figura 3: Paciente com curativo – Biatain Ibu

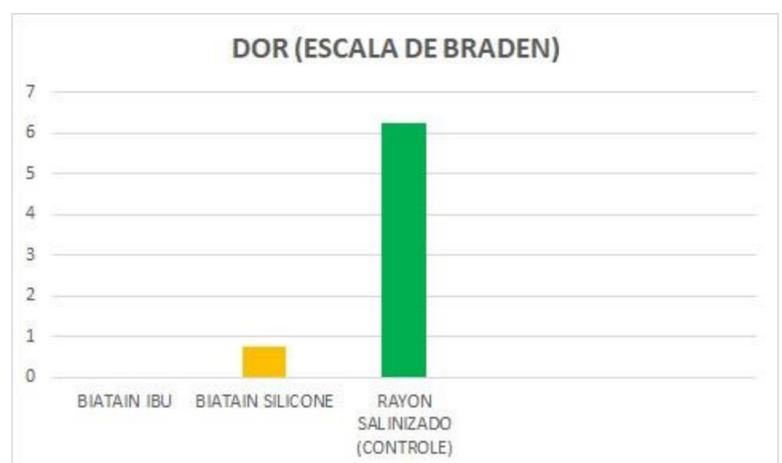


Figura 4: gráfico relacionando a dor dos curativos