

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAROLINA GIORDANI DA SILVA

**CURATIVOS PARA TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE FERIDAS
OPERATÓRIAS ABDOMINAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Porto Alegre
2011

CAROLINA GIORDANI DA SILVA

**CURATIVOS PARA TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE FERIDAS
OPERATÓRIAS ABDOMINAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação de Mestrado, inserida na linha de pesquisa **Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentada à banca examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Giordani da Silva, Carolina
Curativos para tratamento de deiscência de
Feridas Operatórias abdominais: Uma Revisão
Sistemática / Carolina Giordani da Silva. -- 2011.
101 f.

Orientadora: Maria da Graça Oliveira Crossetti.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Curativos. 2. Revisão Sistemática. 3. Feridas
Operatórias. I. Oliveira Crossetti, Maria da Graça,
orient. II. Título.

CAROLINA GIORDANI SILVA

Curativos para o tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 14 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti:

Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Maria Marcia Bachion:

Membro – UFG

Prof. Dr. Carlos Cauduro Schirmer:

Membro – PPG em Medicina: ciências cirúrgicas/UFRGS

Profa. Dra. Liana Lautert:

Membro – PPGENF/UFRGS

DEDICATÓRIA

À minha família, que sempre esteve ao meu lado, dando-me apoio e condições para concretizar meus projetos e realizar meus sonhos. Amo vocês.

Ao meu grande amor, meu amigo e companheiro Sanderson, que tornou minha vida mais colorida e feliz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me manter firme no meu propósito, dando-me equilíbrio para continuar na busca de meu objetivo, concretizando este projeto diante de tantas dificuldades que enfrentei nesta trajetória. Minha espiritualidade é a força que nutre meu ser neste meu propósito maior que é estar aqui, crescendo e evoluindo com a humanidade.

Ao meu noivo Sanderson, meu grande amor, aquele que comemorou comigo minha aprovação na seleção, que soube abdicar da minha companhia nos momentos em que precisei me ausentar para estudar e produzir, sempre me apoiando e me incentivando a jamais desistir dos meus projetos.

Aos meus pais, Ayres e Leonir, que sempre me apoiaram, me incentivaram e me ensinaram desde criança que ser honesto, ético e íntegro são as maiores virtudes que um ser humano deve ter, e que é somente através do estudo, trabalho e esforço que se cresce na vida. Obrigada pai e mãe. Graças a vocês eu me tornei esta Carolina, que estuda e trabalha muito, e nem sempre tem tempo para dedicar a vocês, mas saibam que estão sempre no meu coração e no meu pensamento.

Ao meu irmão Rogério, que durante um bom tempo da minha vida foi meu companheiro. Dividimos bons momentos juntos durante nossa graduação e, hoje, estamos nos tornando Mestres, não tão juntos fisicamente, mas sempre afetivamente.

Ao meu padrasto Leandro e à minha madrasta Beatriz, que há alguns anos têm convivido comigo, sempre contribuindo e agregando na minha formação pessoal e profissional. Sou muito grata por todo apoio e toda ajuda que recebo de vocês e por fazerem meus pais mais felizes.

Aos meus sogros, Sr. Jacob e Laura, pais do meu amor, pelo carinho e pelas palavras de apoio e elogios que dedicam à minha pessoa. Vocês são exemplos de vitória e união para mim.

À minha orientadora, Professora Maria da Graça Oliveira Crossetti, uma pessoa especial na minha vida. Com ela aprendi a ser enfermeira, cuidadora, pesquisadora, professora. Estamos juntas desde 1998: fui sua primeira bolsista PIBIC e, juntas, passamos por vários momentos alegres e alguns difíceis, sem deixar de acreditar que venceríamos. A professora ensinou-me a batalhar, a

jamais desistir, mas nunca esquecendo que só os éticos vencem, e que se estamos com a verdade, a Justiça Divina se fará presente. A professora foi, muitas vezes, uma mãe para mim – em momentos em que quase perdi minha mãe, ela estava do meu lado, e isso jamais esquecerei. Tenho muito orgulho de ser sua orientanda e – assim como no meu TCC de graduação – estar concluindo o mestrado sob sua orientação. Muito obrigada professora. És meu exemplo de enfermeira e professora.

Às minhas colegas, Sheila, Micheli e Gislaine, por terem contribuído na fase mais crítica do meu trabalho, participando como avaliadoras, dedicando tempo de suas folgas para me ajudar. Não tenho palavras para agradecer, porque graças a vocês consegui concretizar meu trabalho. Meu muitíssimo obrigada, gurias!

À minha amiga e colega Janete, por ter me auxiliado a compilar todos os dados produzidos durante a coleta de dados. Tua ajuda facilitou meu trabalho. Muito obrigada por sempre estar presente nos momentos críticos da minha vida. És uma verdadeira amiga.

RESUMO

Os prejuízos causados pelo aumento do tempo de permanência hospitalar de um paciente devido ao retardo na cicatrização de feridas têm sido foco de preocupação em diferentes contextos das práticas de saúde. Nesse sentido, o grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (PTTF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vem desenvolvendo estudos sobre esta temática, a fim de contribuir à assistência de pacientes portadores de feridas. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar o curativo prevalente que constitui tratamento para as FOs abdominais com complicações, visando à busca de evidências que possam subsidiar o desenvolvimento de um protocolo institucional para o tratamento das mesmas. Para tanto, desenvolveu-se uma revisão sistemática que teve como pergunta norteadora **Qual é o curativo prevalente no tratamento dos pacientes com complicações de feridas operatórias abdominais?** Sendo **P** = paciente cirúrgico com idade igual ou maior que 18 anos, **I** = tipo de curativo utilizado para o tratamento de FOs abdominais e **O** = número de dias para a cicatrização. Foram utilizados MeSH controlados e não controlados e operador booleano AND. Foram utilizadas sete base de dados eletrônicas: PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Web of Science, Lilacs e Scielo, resultando em 6.107 artigos. Nessa etapa, realizou-se o Teste de Relevância Preliminar, o excluindo as produções através do título e do resumo breve apresentado nos resultados das buscas em cada base, sendo excluídos 5.578 artigos. Os 426 artigos selecionados foram submetidos ao Teste de Relevância I, o qual consistiu na avaliação dos resumos dos estudos. Nessa fase, foram excluídos 372 artigos, pois não estavam em consonância com a questão norteadora. Ao final desse teste, 54 artigos estavam adequados para prosseguir no estudo. Seguiu-se, então, para a avaliação dos estudos na íntegra através do Teste de Relevância II, em que se avaliou a qualidade metodológica, a relevância e a adequação dos resultados em atenção à questão norteadora. Nessa etapa, foram excluídos 19 artigos que possuíam nível de evidência e qualidade metodológica ruim, restando 35 artigos considerados adequados para prosseguir, sendo submetidos ao Teste de Relevância III, o qual avalia a qualidade metodológica dos estudos. Ao final desse teste, decidiu-se excluir os estudos que tivessem nível de evidência maior que 4, escore de qualidade abaixo de 14 e escala de Jadad menor que 3. Assim, foram excluídos nove estudos, compondo a amostra final 26 estudos. Em resposta a questão norteadora, 16 trabalhos apontaram o uso do curativo a VAC como o mais indicado para tratar FOs abdominais que tiveram complicações. Para tanto, recomenda-se pressão negativa de 75 a 125mmHg, com trocas a cada 72 horas, mostrando uma média de cicatrização que variou entre 13,2 e 18 dias. Sugere-se novas pesquisas, como ensaio clínico randomizado, ou estudo de caso controle, para que se possa avaliar a efetividade e a viabilidade da terapia VAC na nossa realidade.

Palavras-Chave: Revisão sistemática. Curativos. Cicatrização de feridas.

ABSTRACT

The damages caused by the increased length of a patient's hospital stay due to a delay in wound healing have been a focus of concern in different health practice contexts. The Wound Prevention and Treatment Group (WPTG) of Porto Alegre's Hospital de Clínicas (HCPA) has been conducting studies on this subject in order to contribute to the care of wounded patients. In this sense, the aim of this study was to identify the dressings used to treat abdominal surgical wounds with complications, in order to look for evidence that supports the development of an institutional protocol for handling these wounds. For this purpose, a Systematic Review was developed, which had as a guiding question: **What is the prevalent dressing in the treatment of patients with dehiscence in abdominal surgical wounds?** Where **P** = surgical patients over 18 years old, **I** = type of dressing used to treat abdominal surgical wounds and **O** = the number of days for healing the wound. MeSH were used to search for the largest possible number of studies, being used both the controlled and the uncontrolled studies and their connections via the Boolean operator AND. Seven electronic databases were used: PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Web of Science, Lilacs, and Scielo. The search for articles in databases resulted in 6,107 articles. At this stage, the Preliminary Test of Relevance was undertaken, analyzing articles by the title and the brief summary presented in the search results on each base, resulting in the exclusion of 5,578 articles. The 426 remaining articles were submitted to the Relevance Test I, which consisted in the evaluation of their abstracts. At this stage, 372 articles were excluded because they did not match the research question. At the end of this test, 54 articles were considered appropriate to continue the study. The remaining studies were evaluated in their entirety through the Test Score II, which assessed the methodological quality, relevance and adequacy of the results in their relevance to the research question. At this stage, we excluded 19 articles that had a poor evidence level and methodological quality. The remaining 35 articles that were considered appropriate to proceed were submitted to the Relevance Test III, which assesses the methodological quality of studies. At the end of this test, studies that had an evidence level of more than 4, a quality score below 14 and a Jadad scale of less than 3 were excluded. Thus, 9 studies were excluded, defining a final sample of 25 studies. In response to the guiding question, 16 studies have shown the use of the VAC dressing as the best suited to treat abdominal surgical wounds with complications. To this end, a negative pressure of 75 to 125mmHg is recommended, with changes every 72 hours, showing an average healing ranging from 13.2 to 18 days. Further research is suggested, such as a randomized clinical trial or a case-control study, so that the effectiveness and feasibility of VAC therapy in our reality can be assessed.

Keywords: Systematic review. Dressings. Wound healing.

RESUMEN

Los perjuicios causados por el aumento del tiempo de permanencia hospitalaria de un paciente debido al retardo en la cicatrización de heridas ha sido foco de preocupación en diferentes contextos de las prácticas de salud. En este sentido, el grupo de Prevención y Tratamiento de Heridas (PTTF) del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) viene desarrollando estudios sobre esta temática, a fin de contribuir con la asistencia de pacientes portadores de heridas. En este sentido, el objetivo de este estudio fue identificar los curativos que constituyen tratamiento para las FOs abdominales con complicaciones, visando la búsqueda de evidencias que puedan subsidiar el desarrollo de un protocolo institucional para el tratamiento de las mismas. Por tanto, se desarrolló una Revisión Sistemática que tuvo como pregunta orientadora **¿Cuál es el curativo prevalente en el tratamiento de los pacientes con dehiscencia de heridas operatorias abdominales?** **P**= paciente quirúrgico con edad igual o mayor a 18 años, **I**= tipo de curativo utilizado para el tratamiento de FOs abdominales y **O**= número de días para la cicatrización. Fueron utilizadas siete bases de datos electrónicas: PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Web of Science, Lilacs y Scielo. Fueron utilizados MeSH controlados y no controlados y operador booleano AND, resultante en 6107 artículos. En esta etapa, se realizó el Test de Relevancia Preliminar, el cual constituye en la exclusión de los artículos a través del título y del resumen breve presentado en los resultados de las búsquedas en cada base, siendo excluidos 5578 artículos. Los 426 artículos seleccionados fueron sometidos al Test de Relevancia I, el cual constituyó en la evaluación de los resúmenes de los estudios. En esta etapa, fueron excluidos 372 artículos, pues no estaban en consonancia con la cuestión orientadora. Al final de este test, 54 artículos fueron considerados adecuados para proseguir en el estudio. Se siguió para la evaluación de los estudios en la íntegra a través del Test de Relevancia II, en el que se evaluó la calidad metodológica, la relevancia y la adecuación de los resultados en atención a la cuestión orientadora. En esta etapa, fueron excluidos 19 artículos que poseían un mal nivel de evidencia y calidad metodológica, restando 35 artículos que fueron considerados adecuados para proseguir, siendo sometidos al Test de Relevancia III, el cual evalúa la calidad metodológica de los estudios. Al final de este test, se decidieron excluir los estudios que tuviesen nivel de evidencia maior a 4, score de calidad por debajo de 14 y escala de Jadad menor a 3. Así, fueron excluidos 9 estudios, componiendo la muestra final 26 estudios. En respuesta a la pregunta orientadora, 16 estudios apuntaron el uso del curativo VAC como el más indicado para tratar FOs abdominales que tuvieron complicaciones. Por tanto, se recomienda presión negativa de 75 a 125mmHg, con cambios cada 72 horas, mostrando un promedio de cicatrización que varió de 13,2 a 18 días. Se sugieren nuevas investigaciones, como un ensayo clínico aleatorio, o estudio de caso control, para que se pueda evaluar la efectividad y viabilidad de la terapia VAC en nuestra realidad.

Palabras-Clave: Revisión sistemática. Curativos. Cicatrización de las heridas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Bases de dados consultadas	22
Quadro 2. Estratégia de busca com MeSH controlado e não controlado e booleador em cada base de dados	24
Quadro 3. Estratégias de busca com MeSH não controlado e conector em cada base de dados.....	25
Quadro 4. Estratégia de busca com MeSH controlado e booleador em cada base de dados	26
Quadro 5. Resultado da busca dos artigos com MeSH controlado e não controlado após teste preliminar	32
Quadro 6. Resultado da busca dos artigos com MeSH não controlado após teste preliminar.....	33
Quadro 7. Resultado da busca dos artigos com MeSH controlado após teste preliminar.....	34
Quadro 8. Teste de Relevância II – Artigos excluídos	35
Quadro 9. Teste de Relevância III – Análise da qualidade metodológica – revisão sistemática.	36
Quadro 10. Teste de Relevância III – Análise da qualidade metodológica – ensaios randomizados.....	37
Quadro 11. Teste de Relevância III – Análise da qualidade metodológica – estudos de coorte e caso-controlle.....	38
Quadro 12. Apresentação dos estudos quanto ao PIO – curativos.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterização da amostra – tipos de estudos	42
Gráfico 2. País de origem dos estudos.....	43
Gráfico 3. Caracterização da amostra – base de dados	44
Gráfico 4. Ano de publicação dos estudos	44
Gráfico 5. Tipo de cirurgias	45
Gráfico 6: Curativo prevalente.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
3.2.1 Primeira fase: Definição da pergunta	21
3.2.2 Segunda fase: Escolha das bases de dados.....	21
3.2.3 Terceira-fase: Seleção dos estudos	23
3.2.4 Quarta fase: Avaliação dos estudos	27
3.2.5 Quinta fase: Coleta de dados	39
3.2.6 Sexta fase: Discussão dos resultados.....	40
4 RESULTADOS	42
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A Teste de Relevância I.....	74
APÊNDICE B Teste de Relevância II.....	75
APÊNDICE C Teste de Relevância III.....	76
APÊNDICE D Artigos repetidos após teste de Relevância Preliminar.....	77
APÊNDICE E Artigos excluídos.....	78
APÊNDICE F Instrumento de coleta de dados após teste piloto.....	92
ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

Os prejuízos causados pelo aumento do tempo de permanência hospitalar de um paciente devido ao retardo na cicatrização de feridas, a infecção de uma ferida operatória (FO), ou no caso de um paciente desenvolver úlcera de pressão, têm sido foco de preocupação em diferentes contextos das práticas de saúde¹. Nesse sentido, em outubro de 1999, um conjunto de enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – assessoradas por uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), motivadas pela necessidade de atualização de conhecimentos referentes à prevenção e ao tratamento de feridas e de busca por novas tecnologias no mercado – resolveu formar um grupo de trabalho para estudar essa problemática, do qual fiz parte de 2006 até 2009, como consultora representante do serviço de emergência.

Primeiramente, a iniciativa desse grupo foi estudar o perfil epidemiológico da população atendida no HCPA, no que se refere a lesões de pele, visando a implementar protocolos de cuidados, de modo a orientar intervenções adequadas para essas lesões.

Nesse contexto, o grupo dedicou-se, inicialmente, à implementação do protocolo de prevenção e tratamento da úlcera por pressão, baseado na aplicação da Escala de Braden, adaptada e validada para nossa realidade^a, que há dois anos faz parte dos protocolos assistenciais do HCPA, mostrando resultados positivos, com diminuição do índice de úlcera por pressão da instituição na população adulta.

Contudo, no que tange aos cuidados a pacientes portadores de FO, constatou-se que não houve estudos direcionados a essa temática por parte do grupo. Hoje se observa, através das prescrições médicas e de enfermagem sobre o curativo a ser realizado nas FOs, que há uma falta de consenso em relação a essa intervenção, pois não seguem uma periodicidade, tampouco uma padronização do produto e da cobertura a serem utilizados no curativo da lesão. Considerando que no HCPA, em 2007, ocorreram em média 35.735 cirurgias e que a taxa de infecção em FOs notificada foi de 24,56%, a prática profissional tem mostrado que são frequentes as complicações com FOs, justificando-se a necessidade da padronização de curativos específicos para o tratamento.

^a Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa. Revista Escola Enf. USP, v. 33. Número especial, 1999.

No HCPA, a criação de protocolos tem o objetivo de atender às exigências de padrões de acreditação da Joint Commission International^b para Hospitais, a qual busca melhorar a qualidade dos cuidados de saúde da comunidade internacional mediante a padronização de políticas e procedimentos que orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e os regulamentos aplicáveis.

Os protocolos são padrões clínicos acordados entre membros de uma mesma organização profissional, orientando a tomada de decisão clínica, pois foca no diagnóstico e no tratamento de situações específicas². Contudo deve-se ressaltar que os protocolos jamais poderão substituir a avaliação clínica individual, pois exigem a integração desta com a melhor evidência clínica disponível, por meio de revisões sistemáticas e análises de resultados de pesquisas divulgadas.

O desenvolvimento de um protocolo deve estar preocupado com a coleta de informações válidas na literatura científica para auxiliar na identificação de diagnóstico, prognóstico, prevenção, terapia eficaz, intervenção ou outras questões clínicas de interesse. Ressalta-se, também, a importância de os protocolos serem atualizados periodicamente, considerando o desenvolvimento do conhecimento clínico e suas mudanças².

Assim, acredita-se que um protocolo específico para curativos de FO auxiliaria os profissionais no cuidado do paciente em pós-operatório, contribuindo para uma intervenção clínica mais acurada, bem como na promoção da qualidade de vida e na consequente redução de custos hospitalares.

Entende-se que a pele é o maior órgão do ser humano, logo, é evidente a responsabilidade da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro, em promover e cooperar com o organismo humano para uma perfeita reconstrução tecidual. Nesse sentido, embora a cicatrização seja um complexo processo sistêmico que exige do organismo a ativação, a produção e a inibição de grande número de componentes moleculares e celulares responsáveis pelo processo de restauração tissular, não se

^b Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, 3ª edição, em vigor a partir de janeiro de 2008.

pode descuidar do tratamento tópico das FOs, pois este é um fator que pode colaborar ou prejudicar o organismo quanto à cicatrização.

A FO é a solução de continuidade dos tecidos que revestem a superfície corporal por intermédio de instrumentos de diérese, com finalidade de extirpar lesões localizadas ou proporcionar via de acesso às cavidades e às lesões. Grandes incisões cirúrgicas dão acesso aos vasos profundos e às grandes articulações, como as laparotomias, toracotomias, lombotomias, amputações, dissecação alargada do pescoço e as empregadas para a ressecção de extensos tumores do tecido conectivo. Todos esses procedimentos constituem um trauma, ao qual o organismo reage com intensidades e de formas variáveis, dependendo da interferência de diversos fatores, caracterizando-se por um substrato local (que se traduz na reconstituição dos tecidos lesados) e um sistêmico, que está representado por uma resposta metabólica, da qual participa todo o organismo⁴.

No que se refere à cicatrização das FOs, sabe-se que pode ser primária (que cicatriza por primeira intenção), sendo o melhor tipo de tratamento, caracterizada pelo reparo cirúrgico primário (sutura) ou fechamento por oclusão, com curativos assépticos, de uma ferida não infectada, sem que evolua com complicações que necessitem de drenagem para dar vazão a hematomas ou outros tipos de secreções. A cicatrização por segunda intenção ocorre em lesões que permaneceram abertas e evoluíram com a formação de tecido de granulação e cicatrizaram por contração tecidual e crescimento secundário do tecido de epitelização. Também se evidencia, em feridas, que o fechamento primário deixou de ocorrer devido a processos infecciosos e traumas extensos que impossibilitaram a aproximação das bordas da ferida³.

A cicatrização por terceira intenção ocorre quando as feridas não são suturadas primariamente ou quando ocorrem complicações do tipo deiscência da sutura, o que geralmente ocasiona processo infeccioso, e a lesão acaba cicatrizando vários dias após o problema, depois de surgir o tecido de granulação e tratar a infecção³.

A FO é considerada uma complicação biológica, com tendência a regressão espontânea completa, dentro de um prazo mais ou menos preestabelecido e com poucas variações individuais. Contudo, quando se evidenciam fatores estranhos ao seu desenvolvimento normal e que podem estar relacionados ao tipo de patologia, ao estado geral do paciente ou ao procedimento cirúrgico adotado, surgem

complicações sistêmicas ou locais que merecem cuidados específicos. Entre tais complicações, destacam-se a infecção e a deiscência de FOs⁴.

A infecção da FO é uma séria complicação que prolonga a convalescença do paciente, aumenta os gastos e a permanência no hospital, provocando comorbidades, problemas psicossociais e incapacitantes e, eventualmente, evoluindo para uma condição fatal. A incidência de infecção depende de alguns fatores, como a natureza e a duração da cirurgia, a assepsia e a antisepsia. A cirurgia contaminada, aquela em que houve feridas traumáticas com menos de seis horas, presença de processos inflamatórios sem a presença de pus e infectada, tende a ter um índice de infecção mais elevado. Contudo, mesmo em cirurgia limpa, em que não houve a quebra dos princípios de antisepsia e técnica cirúrgica, pode ocorrer infecção por questões ligadas ao ambiente hospitalar.

Além disso, a infecção de FO constitui uma parcela significativa no total de todas as infecções hospitalares, sendo considerada a segunda causa dessas infecções. Nos Estados Unidos, representam 40% de todas as infecções hospitalares entre os pacientes cirúrgicos, sendo que, aproximadamente, 3% dos pacientes em pós-operatório desenvolvem infecção de FO. Além disso, despendem 60% a mais de tempo em unidades de tratamento intensivo. Se a infecção de FO for desenvolvida após alta hospitalar, os pacientes têm cinco vezes mais probabilidades de serem readmitidos no hospital^{4,5,6}.

Outros fatores que contribuem para aumentar a incidência de infecções de FOs são os relacionados com as condições internas previamente vivenciadas pelo paciente, tais como doenças preexistentes, desnutrição, idade avançada, obesidade e defesas orgânicas alteradas. Dentre os fatores externos, estão a técnica cirúrgica adotada e o uso de sondas e drenos como fatores contribuintes para o surgimento de infecção da FO⁵.

Há uma associação entre a infecção da FO com a ocorrência de deiscência de sutura, a qual pode ocorrer por infecção ou pelo excesso de ressecção, com tensão no retalho, isquemia e interferência na cicatrização. A deiscência de sutura é considerada uma das complicações cirúrgicas abdominais mais graves, com índice de mortalidade de 10% e caracterizada como uma emergência cirúrgica pelo risco de evisceração, que geralmente ocorre entre o quarto e o décimo quarto dia após a cirurgia^{7,8}. No entanto é mais frequente ocorrer pelo nono dia de pós-operatório,

quando a infecção da ferida cirúrgica resulta em uma variável importante para esse evento, e a contaminação bacteriana da cavidade abdominal gera complicações que impedem a cicatrização por fechamento primário, aumentando as chances de deiscência de sutura⁹.

A deiscência de sutura é mais frequente nos indivíduos idosos, obesos, portadores de graves distúrbios nutricionais, em recém-nascidos e em crianças de até cinco anos de idade. Entre as condições imediatas que mais predis põem essa intercorrência estão: infecção da ferida, íleo paralítico prolongado, fechamento deficiente da parede, hematoma e acúmulo de serosidade, desnutrição, hipovitaminose C e reoperação precoce. O episódio agudo é geralmente precipitado por esforço de tosse, vômitos, soluços prolongados ou esforço exagerado para deambulação ou evacuação⁴.

No intestino grosso, a deiscência da anastomose pode evoluir com invalidez temporária ou permanente e é responsável por mais de 30% dos óbitos relacionados com as retossigmoidectomias anteriores. Num estudo de 1.703 anastomoses feitas num período de 20 anos, fatores como anastomoses baixas, idade, presença de infecção e a transfusão sanguínea intraoperatória, entre outros, implicaram deiscências de anastomose¹⁰.

Sendo assim, evidencia-se que o fechamento primário é a melhor cicatrização que pode ocorrer com a FO. Permitir que esse processo transcorra sem intercorrências também faz parte das atribuições do enfermeiro, a quem compete avaliar o paciente e prescrever cuidados específicos no pré e no pós-operatório, contribuindo para evitar que as complicações aconteçam.

Com esse intuito, a avaliação do sítio cirúrgico é fundamental e envolve o exame físico da ferida e da pele adjacente, relacionando os achados com o processo fisiológico da cicatrização. Tal exame inclui mensuração da incisão, observação do tecido da ferida, com atenção à reepitelização, à integridade da linha de sutura, ao exsudato que porventura possa drenar e à palpação da incisão, atentando para a deposição de colágeno¹¹.

Nesse sentido, acredita-se ser necessária a indicação de um curativo adequado para tratamento de complicações tipo deiscência de FO abdominais. Observa-se na literatura que é incomum uma uniformidade nas condutas indicadas. Entende-se que o curativo sobre o sítio cirúrgico, dentre outras finalidades, tem a função de absorver exsudatos e deve ser usado enquanto persistir o sangramento

e/ou a drenagem de secreção. O curativo age como uma barreira contra microorganismos exógenos, desde que sua superfície externa esteja seca. O tempo de permanência é questionável, mas geralmente se remove após 24 horas, deixando a ferida exposta se não houver nenhuma complicação, pois a remoção precoce permite uma fácil avaliação do local e a detecção de anormalidades, bem como reduz o número de horas da enfermagem para troca de curativos e os custos com materiais médico-hospitalares¹¹.

A exigência de um meio ambiente úmido para promover o processo de cicatrização já é conhecida há muito tempo. É esse o princípio que fundamenta o uso de curativos comercializados pelas indústrias, como os hidrocoloides, carvão ativado, alginatos, entre outros⁵. O grupo de prevenção e tratamento de feridas do HCPA tem constatado que o uso desses curativos é efetivo para tratamentos de outras lesões de pele, como úlceras de pressão. Entretanto, no que se refere ao tratamento das FOs, o grupo ressentiu-se de intervenções específicas para sua resolução.

Diante do exposto e das solicitações de algumas equipes médicas que atuam no Serviço de Cirurgia do HCPA, o grupo Prevenção e Tratamento de Feridas (PTTF) viu a necessidade da elaboração de um protocolo de cuidados específicos aos pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos e que têm complicações como deiscência das FOs, a fim de se padronizar os cuidados destinados ao tratamento desse tipo de lesão.

Desse modo, através deste estudo, decidiu-se identificar o tipo de curativo que tem sido aplicado no tratamento de deiscência de FOs abdominais, visando à busca de evidências que possam subsidiar a elaboração de um protocolo específico para o tratamento de tais lesões.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar na literatura mundial os curativos que constituem tratamento para as FOs abdominais com complicações, visando à busca de evidências que possam subsidiar o desenvolvimento de um protocolo institucional para o tratamento dessas complicações.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o curativo prevalente no tratamento de deiscência de FOs abdominais em pacientes com 18 anos ou mais.
- Identificar o melhor tratamento local para complicação como deiscência de FOs abdominais.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo consiste em uma revisão sistemática, que é uma revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões¹².

A revisão sistemática compõe uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica, em que a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde, mas, frequentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para que haja uma resolução. Esse tipo de revisão difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca de pesquisas; avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas. É uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Esse método tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como a quantificação do efeito dos tratamentos por meio de técnicas estatísticas¹³.

Nas revisões sistemáticas, os sujeitos da investigação são os estudos primários (unidades de análise), selecionados por meio de método sistemático e predefinido, os quais podem ser ensaios clínicos aleatórios, estudos de acurácia, estudos de coorte ou qualquer outro tipo de estudo, cuja escolha depende do tipo de pergunta que se pretende responder. É importante ressaltar que a ausência de ensaios clínicos não é fator limitante para a realização da revisão sistemática, pois, ao contrário, pode revelar uma lacuna no conhecimento que precisa ser preenchida^{13,14,15}.

Os estudos de revisão sistemática, com ou sem metanálise, são os mais adequados para responder sobre a eficácia de uma intervenção ou tratamento quando se busca evidências sobre isso. Esse tipo de estudo, na hierarquia da

evidência, ilustra sua importância para a clínica e para a pesquisa¹⁶. Isso se deve ao fato de que tal recurso metodológico envolve a aplicação de estratégias científicas, com a finalidade de limitar vieses, congregar, avaliar criticamente e sintetizar todos os estudos relevantes que respondem a uma pergunta clínica específica, além de promover a atualização dos profissionais de saúde, uma vez que sintetiza amplo corpo de conhecimento e ajuda a explicar as diferenças entre estudos com a mesma questão clínica¹³.

Ao viabilizar, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, a revisão sistemática permite incorporar um espectro maior de resultados relevantes, em vez de limitar as conclusões à leitura de somente alguns artigos. Outras vantagens incluem a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento¹⁶.

A revisão sistemática é uma metodologia que se faz importante na enfermagem, porque pode identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática assistencial, estabelecer lacunas do conhecimento e identificar áreas que necessitem de futuras pesquisas, com implicações para a assistência prestada, além de ser um recurso valioso de informações para a tomada de decisão¹³.

Para a realização de uma revisão sistemática, faz-se necessário que pelo menos dois pesquisadores avaliem, de forma independente, a qualidade metodológica de cada artigo selecionado. Para isso, é importante que sigam os mesmos critérios metodológicos definidos previamente no início da revisão¹⁶.

Neste trabalho foi utilizada a metodologia de revisão sistemática, cujos procedimentos metodológicos dar-se-ão em seis etapas, conforme referencial adotado¹²:

- 1) definição da pergunta;
- 2) escolha dos bancos de dados;
- 3) seleção dos estudos;
- 4) avaliação dos estudos;
- 5) coleta de dados;
- 6) discussão dos resultados indicando a intervenção clínica.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.2.1 Primeira fase: definição da pergunta

A revisão sistemática inicia-se com a definição apropriada da questão terapêutica, o problema. Nessa fase, devem ser considerados os aspectos diretamente relacionados com os objetivos da revisão, como a definição dos participantes, intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados, que se referem à temática em estudo.

Para formulação de uma questão de pesquisa, existem quatro componentes fundamentais, sintetizados na sigla PICO, em que **P** = participante, **I** = intervenção, **C** = controle e **O** = desfecho¹⁷. No mínimo dois desses componentes – a saber, P e I – são obrigatórios para a sistematização da pergunta de pesquisa¹⁸.

A pergunta que norteou a revisão sistemática da literatura neste estudo foi: **Qual é o curativo prevalente no tratamento dos pacientes com deiscência de feridas operatórias abdominais?**

Dessa forma, temos: **P** = paciente cirúrgico com idade igual ou maior que 18 anos, **I** = tipo de curativo utilizado para o tratamento de deiscência de FOs abdominais e **O** = número de dias para a cicatrização. Nesta pesquisa, não foi utilizado o componente **C** = controle da estratégia PICO, por não fazer parte dos objetivos.

3.2.2 Segunda fase: escolha das bases de dados

Uma vez definido claramente o problema clínico, foram selecionadas as bases de dados. A utilização de uma estratégia ampla de busca dos estudos consiste na procura em bases eletrônicas de dados, no exame manual de periódicos e nas referências dos estudos identificados. Recomenda-se que sejam utilizadas pelo menos duas bases de dados amplas e específicas para o tema em questão¹².

As bases de dados eletrônicas indexam vasta quantidade de jornais científicos – por exemplo, a Medline indexa cerca de 4.800 jornais. Podem ser classificadas como gerais e específicas. As bases gerais abordam grandes áreas do conhecimento (ciências da saúde, ciências exatas etc.) e indexam grande número de publicações, sendo normalmente utilizadas em revisões sistemáticas. Já as

específicas abordam áreas focadas do conhecimento, por exemplo, enfermagem, educação. Por indexarem áreas específicas, apresentam menor quantidade de publicações indexadas, porém também são utilizadas em revisões sistemáticas em função da questão de pesquisa¹⁷.

Ao encontro dessa premissa, foram consultadas, neste estudo, sete bases eletrônicas: Medline, Lilacs, Cochrane Collaboration, Web of Science, CINAHL, Scielo e Scopus, conforme quadro 1, abaixo descrito. A escolha por tais bases de dados deveu-se ao fato de que elas englobam publicações nacionais e internacionais, em um amplo espectro, e o maior número de periódicos indexados.

Quadro 1. Bases de dados consultadas

Base de dados Endereço eletrônico	País de origem	Características do tipo de publicação	Período de análise
PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov	Estados Unidos	Artigos	1998 a 2010
LILACS http://www.lilacs.bvsalud.org.br	América Latina	Artigos, teses, capítulos de livros, livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos científicos e publicações governamentais	1998 a 2010
Scielo http://www.scielo.org	América Latina	Artigos, teses, capítulos de livros, livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos científicos e publicações governamentais	1998 a 2010
Scopus http://www.scopus.com	Estados Unidos	Artigos, anais de congressos, séries de livros e publicações de patentes	1998 a 2010
CINAHL http://www.cinahl.com	Estados Unidos	Publicações indexadas por jornais, livros, audiovisual, panfletos, software, dissertação ou instrumento de pesquisa	1998 a 2010
Web of Science http://portal.isiknowledge.com	Estados Unidos	Artigos e anais de congressos	1998 a 2010
Cochrane Collaboration http://www.cochrane.dk	Reino Unido	Revisões Sistemáticas	1998 a 2010

Fonte: Autora

3.2.3 Terceira fase: seleção dos estudos

A validade dos resultados de uma revisão sistemática está intimamente ligada com a busca efetiva de artigos científicos, embasados na elaboração da questão norteadora e a criação da estratégia de busca. Esta diz respeito aos vocábulos estruturados chamados descritores, os quais representam a coleção de termos organizados com uma metodologia específica, que funcionam como um filtro entre a linguagem do autor e a terminologia da saúde¹⁸.

A National Library of Medicine publica os MeSH^c (sigla de Medical Subject Headings Section) para indexar os artigos no PubMed. A Bireme criou os DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) a partir do MeSH, objetivando o uso da mesma terminologia na América Latina. MeSH controlado é a terminologia padrão utilizada em saúde para indexação, recuperação e navegação em todas as fontes de informação¹⁸. Contudo observa-se que nem todos os autores utilizam os MeSH controlados para indexação de seus artigos; ao contrário, referem palavras-chave do artigo como MeSH, o que acaba dificultando a localização de publicações.

Definimos os MeSH para buscar o maior número de estudos possíveis, sendo utilizados os controlados, quais sejam: surgical wound dehiscence, surgical wound infection, abdomen. Para ampliar a seleção de artigos, também foram utilizados MeSH não controlados: surgical wound care, surgical wound dressing, surgical wound management, surgical wound healing, wound dressing, surgical wound; dressing, abdominal surgical wound infection. Além disso, foi realizada a conexão entre os MeSH através do operador booleano AND, conforme apresentado nos quadros 2, 3 e 4.

^c Medical Subject Headings: conjunto de termos de nomenclatura, descritores em uma estrutura hierárquica que permite pesquisar em vários níveis de especificidade. Em 2009, havia 25.186 descritores MeSH.

Quadro 2. Estratégia de busca com MeSH controlado e não controlado e booleador em cada base de dados

Base de dados	MeSH controlados	Booleador	MeSH não controlados
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound infection	AND	Dressing
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo			Abdominal surgical wound infection
Scielo			Infecção de ferida operatória abdominal
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Abdomen	AND	Surgical wound
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Abdomen	AND	Surgical wound care
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Abdomen	AND	Surgical wound dressing
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Abdomen	AND	Wound dressing
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Abdomen	AND	Surgical wound healing

Fonte: Autora

Quadro 3. Estratégias de busca com MeSH não controlado e conector em cada base de dados

Base de dados	MeSH não controlados	Booleador	MeSH não controlados
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound healing		
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound management	AND	Dressing
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound management		
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound dressing		
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Surgical wound	AND	Dressing
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Wound dressing	AND	Surgical wound
PubMed CINAHAL Cochrane Scopus Web of Science Lilacs Scielo	Wound dressing		

Fonte: Autora

Quadro 4. Estratégia de busca com MeSH controlado e booleador em cada base de dados

Base de dados	MeSH controlados	Booleador	MeSH controlados
PubMed			
CINAHAL			
Cochrane			
Scopus	Surgical wound dehiscence	AND	Abdomen
Web of Science			
Lilacs			
Scielo			

Fonte: Autora

Os artigos científicos foram selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, os quais compuseram um teste de relevância inicial.

Os critérios de inclusão dos artigos devem refletir a pergunta norteadora e os objetivos do estudo. Assim, nesta revisão sistemática adotaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- artigos primários do tipo: ensaios clínicos randomizados, estudo de coorte, caso-controle;
- artigos publicados no período de 1998 a 2010, em idiomas inglês, português e espanhol;
- acesso *on-line* livre aos artigos;
- artigos que envolveram cirurgias abdominais eletivas;
- artigos que foram realizados com população com idade igual ou maior que 18 anos.

É importante ressaltar que, mesmo utilizando os descritores preconizados pelo MeSH, é comum obter referências de estudos irrelevantes para a pesquisa. Por isso, os artigos selecionados foram submetidos a testes de relevância para refinar a seleção e definir a amostra.

O Teste de Relevância Preliminar permitiu o refinamento inicial dos artigos que compreenderam a população do estudo. Foi realizado por apenas um avaliador, visto que essa primeira exclusão trata apenas de refinamento da amostra, sendo removidas somente aquelas referências que são óbvias de exclusão, ou seja, não tratam da problemática do estudo. Nesta revisão sistemática, o Teste de Relevância

Preliminar foi realizado pela pesquisadora. Os artigos que não foram excluídos em tal teste foram submetidos ao Teste de Relevância I.

O Teste de Relevância I, por sua vez, teve por objetivo identificar os artigos que contemplaram a temática do estudo através da leitura dos resumos. Foi realizado por dois avaliadores: um enfermeiro, membro do grupo de prevenção e tratamento de feridas do HCPA, e uma enfermeira, docente da Escola de Enfermagem da UFRGS. Esse teste consistiu em perguntas que exigiram uma resposta afirmativa ou negativa, conforme demonstrado no apêndice A, tais como:

- O estudo aborda o tema de interesse para a investigação, que é tratamento de complicações de FOs abdominais?
- O estudo foi publicado nos idiomas inglês, português e espanhol?

Foram excluídos do estudo todos os artigos que responderam negativamente a qualquer dessas perguntas¹². Não se fez necessário usar o terceiro avaliador, considerando que não houve discordância entre os dois avaliadores.

3.2.4 Quarta fase: avaliação dos estudos

Os artigos aprovados no Teste de Relevância I foram acessados na íntegra e submetidos à avaliação de quatro pesquisadores, de forma independente, para um segundo teste de relevância, designado como Teste de Relevância II, seguindo o mesmo padrão do teste anterior. Nessa etapa, os avaliadores foram uma enfermeira – membro do grupo de prevenção e tratamento de feridas, a qual é especialista em Estomoterapia –, uma enfermeira que atua na área de cirurgia, uma docente da Escola de Enfermagem da UFRGS que atua na área cirúrgica, e a pesquisadora.

O Teste de Relevância II teve como objetivo selecionar os artigos de acordo com a qualidade, a relevância e a adequação dos resultados em atenção à questão norteadora do estudo.

Foram formuladas novas perguntas que orientaram a decisão quanto à inclusão ou não dos artigos, sendo, também, respondidas afirmativamente ou negativamente, conforme apêndice B. Tais perguntas referiram-se a:

- O estudo envolveu diretamente seres humanos como sujeitos?
- Estava voltado para a solução do problema específico que está sendo investigado, como tratamento de deiscência de FOs abdominais?¹²

Uma vez aprovados no Teste de Relevância II, os artigos científicos passaram, a seguir, pelo Teste de Relevância Final ou Teste de Relevância III.

O Teste de Relevância III, conforme demonstrado no apêndice C, foi realizado pela pesquisadora e consistiu na análise da íntegra dos estudos aprovados no Teste de Relevância II, de acordo com as seguintes questões:

- O objetivo do estudo tinha relação com a questão norteadora da revisão sistemática?
- A metodologia empregada estava suficientemente descrita de forma a ser replicada?
- A metodologia estava adequada ao alcance dos objetivos?
- Os resultados eram compatíveis com a metodologia utilizada, merecendo credibilidade?
- A aplicabilidade dos resultados é possível na prática, sendo que os benefícios mostram-se superiores aos riscos potenciais e justificam os custos?¹²

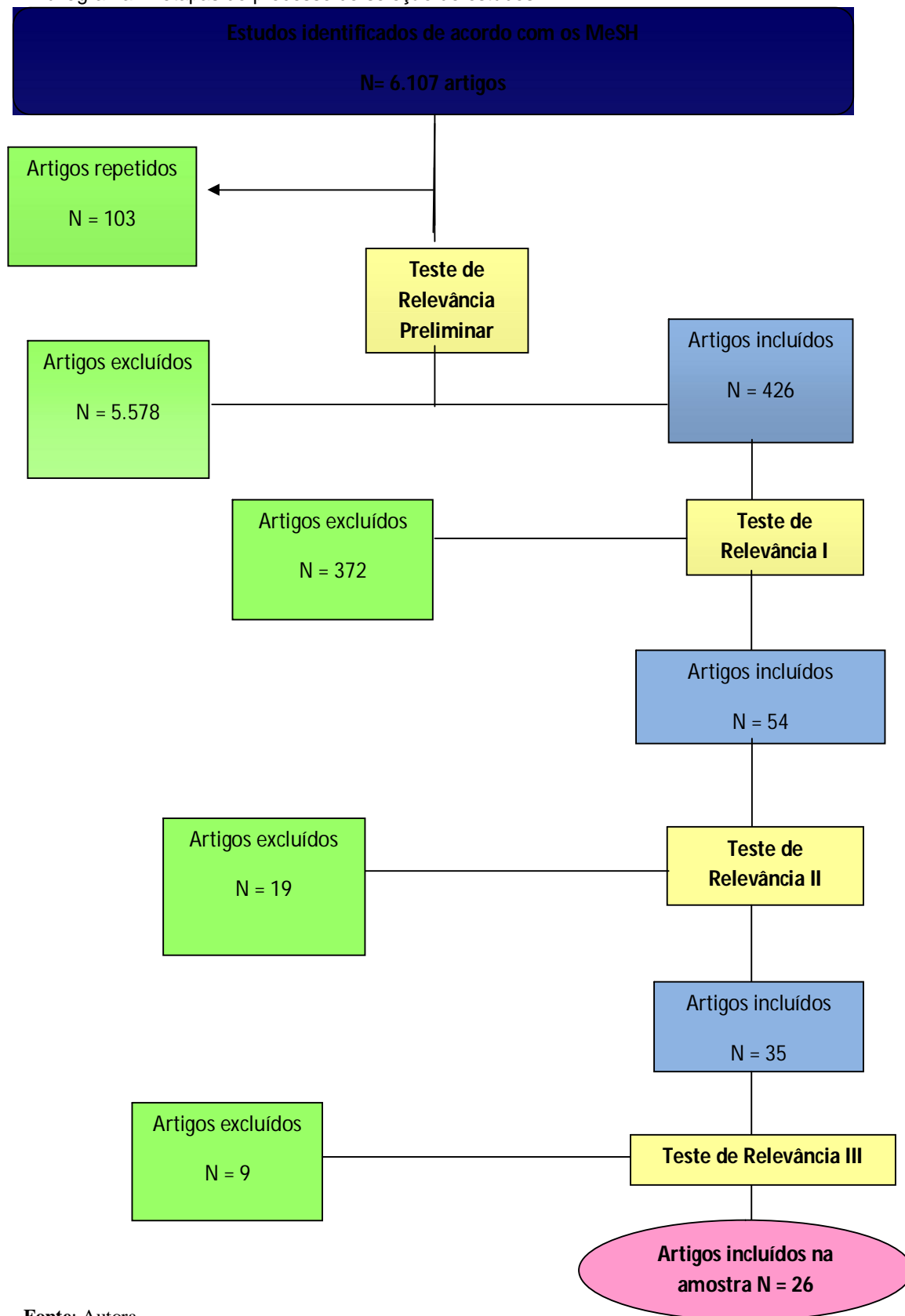
Para analisar a qualidade metodológica dos estudos, foi utilizado o *Checklist for measuring study quality*¹⁹, o qual consiste num instrumento que avalia a qualidade metodológica, tanto de estudos randomizados quanto de não randomizados (Anexo A). Esse instrumento aborda itens relativos ao *reporting*, à validade externa, à validade interna (vieses e fatores de confusão) e ao poder do estudo. Assim, a partir do preenchimento do *checklist*, pode-se atribuir um total de 32 pontos para cada artigo avaliado, analisando 27 itens. Neste estudo, não se avaliou

o item 27 (poder). Assim, o total atribuído aos artigos foi de 27 pontos, sendo analisados 26 itens. Estudo semelhante, com a metodologia de revisão sistemática, tem utilizado a pontuação igual ou maior que 15 (para valoração da qualidade metodológica) a fim de incluir o artigo na amostra do estudo²⁰. Nesta revisão sistemática, foram incluídos na amostra apenas os artigos que atingiram pontuação igual ou superior a 14 (52%) do total de pontos atribuíveis.

Adicionalmente ao *Checklist for measuring study quality*, os estudos randomizados foram avaliados pela escala de Jadad²¹ (Anexo B), conferindo maior fidedignidade a eles.

Para melhor compreensão das etapas do processo de seleção de estudos, elaborou-se um fluxograma que se apresenta na figura 1.

Fluxograma 1- etapas do processo de seleção de estudos



Fonte: Autora

A busca dos artigos nas bases de dados, segundo os MeSH controlados e não controlados, resultou em 6.107 artigos. Esse processo de seleção foi bastante elaborado, pois foi realizada estratégia de busca ampla, a fim de adquirir um número expressivo de estudos.

Foram utilizadas sete bases de dados eletrônicas – PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Web of Science, Lilacs e Scielo –, com abrangência expressiva em estudos clínicos, randomizados, de coorte, controlados e também estudos não experimentais, como os de estudo de caso.

Nessa etapa, ao fazer a busca dos dados nas diferentes bases eletrônicas, a pesquisadora realizou o Teste de Relevância Preliminar, o qual consistiu na exclusão dos artigos que, através do título e do resumo breve apresentado nos resultados das buscas em cada base, já se demonstravam irrelevantes para atender à questão norteadora do estudo, sendo excluídos 5.578 artigos.

Nos quadros 5, 6 e 7, respectivamente, apresenta-se de forma detalhada o resultado da busca de dados em cada base eletrônica, com os MeSH controlados e não controlados, bem como o resultado do Teste de Relevância Preliminar.

Quadro 5. Resultado da busca dos artigos com MeSH controlado e não controlado após teste preliminar

Base de dados	MeSH controlados	Booleador	MeSH não controlados	Total de artigos antes do teste preliminar	Total de artigos após o teste preliminar			
PubMed	Surgical wound infection	AND	Dressing	40	6			
CINAHAL				126	44			
Cochrane				43	20			
Scopus				554	46			
Web of Science				13	13			
Lilacs				0	0			
Scielo				0	0			
PubMed			Abdominal surgical wound infection	0	0			
CINAHAL				0	0			
Cochrane				0	0			
Scopus				1	1			
Web of Science				91	7			
Lilacs				111	12			
Scielo				0	0			
Scielo			Infecção de ferida operatória abdominal	15	7			
PubMed				59	5			
CINAHAL				40	7			
Cochrane				0	0			
Scopus				Abdomen	AND	Surgical wound	246	10
Web of Science							141	16
Lilacs							0	0
Scielo	20	6						
PubMed	Abdomen	AND	Surgical wound care	40	10			
CINAHAL				9	6			
Cochrane				50	22			
Scopus				97	2			
Web of Science				20	8			
Lilacs				0	0			
Scielo				10	1			
PubMed	Abdomen	AND	Surgical wound dressing	31	6			
CINAHAL				3	0			
Cochrane				0	0			
Scopus				29	2			
Web of Science				10	1			
Lilacs				0	0			
Scielo				0	0			
PubMed	Abdomen	AND	Wound dressing	17	1			
CINAHAL				11	6			
Cochrane				0	0			
Scopus				58	9			
Web of Science				20	2			
Lilacs				0	0			
Scielo				0	0			
PubMed	Abdomen	AND	Surgical wound healing	27	8			
CINAHAL				13	10			
Cochrane				0	0			
Scopus				297	7			
Web of Science				30	4			
Lilacs				0	0			
Scielo				0	0			

Fonte: Autora

Quadro 6. Resultado da busca dos artigos com MeSH não controlado após teste preliminar

Base de dados	MeSH não controlados	Booleador	MeSH não controlados	Total de artigos antes do teste preliminar	Total de artigos após o teste preliminar
PubMed	Surgical wound			286	1
CINAHAL	healing			10	4
Cochrane				0	0
Scopus				0	0
Web of Science				623	14
Lilacs				338	23
Scielo				66	13
PubMed				32	4
CINAHAL				4	0
Cochrane				0	0
Scopus	Surgical wound	AND	Dressing	181	7
Web of Science	management			69	5
Lilacs				0	0
Scielo				0	0
PubMed				5	0
CINAHAL				5	0
Cochrane				324	0
Scopus	Surgical wound			0	0
Web of Science	management			0	0
Lilacs				41	6
Scielo				27	10
PubMed				39	5
CINAHAL				6	4
Cochrane				44	12
Scopus	Surgical wound			0	0
Web of Science	dressing			134	5
Lilacs				0	0
Scielo				3	1
PubMed				39	1
CINAHAL				135	24
Cochrane				0	0
Scopus	Surgical wound	AND	Dressing	38	13
Web of Science				124	12
Lilacs				0	0
Scielo				0	0
PubMed				65	2
CINAHAL				65	4
Cochrane				44	2
Scopus	Wound dressing	AND	Surgical wound	353	9
Web of Science				126	2
Lilacs				0	0
Scielo				2	0
PubMed				13	0
CINAHAL				0	0
Cochrane				15	0
Scopus	Wound dressing			21	0
Web of Science				431	9
Lilacs				40	6
Scielo				25	14

Fonte: Autora

Quadro 7. Resultado da busca dos artigos com MeSH controlado após teste preliminar

Base de dados	MeSH controlados	Booleador	MeSH controlados	Total de artigos antes do teste preliminar	Total de artigos após o teste preliminar
PubMed				53	10
CINAHAL				9	2
Cochrane				0	0
Scopus	Surgical wound dehiscence	AND	Abdomen	0	0
Web of Science				0	0
Lilacs				0	0
Scielo				0	0

Fonte: Autora

As bases de dados mais representativas nessa fase foram a Scopus, com 1.869 artigos (30,6%), e Web of Science, com 1.832 (29,99%) do total de estudos levantados na busca de dados. Já a base de dados que apresentou menor número de estudos foi a Scielo, com 168 ocorrências, o que equivale a 2,75% do total de artigos encontrados.

Os artigos foram salvos em pastas virtuais com o nome da respectiva base de dados em que foram encontrados e com o MeSH que gerou o resultado da busca. À medida que iam sendo salvos, foram numerados ordinariamente.

Foram identificados 103 artigos repetidos, sendo que alguns constaram mais de duas vezes na coleta de dados, conforme apresentado no apêndice D.

Após serem submetidos ao Teste Preliminar, foram selecionados 426 artigos para passarem pelo Teste de Relevância I.

O Teste de Relevância I consistiu na avaliação dos resumos dos estudos que foram selecionados no teste preliminar. Nessa etapa, foram excluídos 372 artigos, pois não estavam em consonância com a questão norteadora, conforme apêndice E.

Ao final do Teste de Relevância I, 54 artigos foram considerados adequados para prosseguir no estudo.

Seguiu-se, então, para o quarto momento, no qual se fez a avaliação dos estudos na íntegra, através da submissão ao Teste de Relevância II. Por este teste, avaliou-se a qualidade metodológica, a relevância e a adequação dos resultados em atenção à questão norteadora no estudo.

Nessa etapa, foram excluídos 19 artigos que possuíam nível de evidência e qualidade metodológica ruim, por se tratarem de estudos de casos sem descrição adequada da metodologia, objetivando fazer divulgação de um produto novo para

curativo, e estudos que abordavam mais de um tipo de ferida e não somente as abdominais, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8. Teste de Relevância II – Artigos excluídos

Nº Artigo	Título	Referência	Motivo
65	An overview of negative pressure wound therapy	Geoff Thompson	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
74	Drawtex: a unique dressing that can be tailor-made to fit wounds	Linda Russel, Amanda Evan	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
100	The use of wound drainage bags for complex wounds	Maureen Benbow	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
124	Incarcerated massive incisional hernia: extensive necrosis of the colon in a very obese patient. Surgical treatment and vacuum-assisted closure therapy: a case report	G. Montecamozzo et al	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
133	Paifying the open abdomen with concomitant intestinal fistula	Maj. Brian Layton, Maj. Joe DuBose, Maj. Shawnn Nichols, Lt. Col. James Connaughton, Lt. Col. Tracy Jones, Col. Jerry Pratt	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
149	VAC abdominal dressing system	Ludwig Labler, Jorn Zwingmann, Dieter Mayer, Reto Stocker, Otmar Trentz, Marius Keel	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
184	Management of a patient using VAC therapy	Irene Speding	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
193	Abdomen abierto: la herida más desafiante	Oswaldo Alfonso Borráez	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
199	A technique for the management of the open abdomen in the presence of a fistula	David W. Scaff, Adam J. Brooks, Tracy Bilski, John Gallagher, Donald Kauder	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
261	The role of community nurses in providing a seamless patient pathway	Ben Bowers	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
358	Hyperbaric Oxygen Therapy for cesarean section wound in Diabetes Mellitus gravida	Jeng-Hsiu Hung, Jian-Horng Wang, Chih-Yao Chen, Kuan-Chong Chao, Ming-Jie Yang, Jamie Hung	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
363	Vacuum-assisted closure therapy in ureteroileal anastomotic leakage after surgical therapy of bladder cancer	Stefan Denzinger, Lars Luebke, Maximilian Burger, Sigurd Kessler, Wolf F. Wieland e Wolfgang Otto	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
420	Case study: negative pressure wound therapy in an abdominal wound	Sandra Bryan, Suzie Dukes	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
432	Vacutex: a dressing designed for patients, tailored by nurses	Michelle Deeth, Lucy Pain	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
441	Damage control surgery by keeping the abdomen open during pregnancy: favorable outcome, a case report	Wojciech Staszewicz, Michel Christodoulou, François Marty e Vicent Bettschart	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
444	Open abdomen after severe acute pancreatitis	Ari Leppaniemi	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
485	Abdominoplasty wound-healing complications: assisted closure using foam suction dressing	C.H. Fenn e P. E. M. Butler	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
512	Evaluating cutimed sorbact: using a case study approach	Gail Powell	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim
525	Use of Microdermoformal Wound Therapy in difficult wounds	Brian M. Parrett, Lauren R. Bayer, Dennis P. Orgill	Estudo de caso, nível de evidência e qualidade metodológica ruim

Fonte: Autora

Ao final do Teste de Relevância II, 35 artigos foram considerados adequados para prosseguir no estudo.

Seguiu-se, então, para submissão dos artigos ao Teste de Relevância III ou Teste de Relevância Final, em que se avaliou minuciosamente a qualidade metodológica, em relação ao objetivo do estudo, analisando se este tinha relação com a questão norteadora da revisão sistemática; se a metodologia empregada estava suficientemente descrita de forma a ser replicada e se estava adequada ao alcance dos objetivos; se os resultados eram compatíveis com a metodologia utilizada, merecendo credibilidade e se a aplicabilidade dos resultados é possível na prática, cujos benefícios se mostram superiores aos riscos potenciais e justificam os custos¹².

O Teste de Relevância III ou Final foi realizado pela pesquisadora, através da análise da íntegra dos artigos, utilizando o *Checklist for measuring study quality*¹⁸ e a escala de Jadad para sua avaliação metodológica, conferindo maior fidedignidade à qualidade dos mesmos, conforme demonstrado nos quadros 9, 10 e 11.

Quadro 9. Teste de Relevância III – Análise da qualidade metodológica – revisão sistemática.

Estudo	Metodologia	Nível de evidência	Grau de Recomendação
141- Topical negative pressure wound therapy: a review of its role and guidelines for its use in the management of acute – Estas Bovill et al	Revisão sistemática	1	A

Fonte: Autora

Quadro 10. Teste de Relevância III – Análise da qualidade metodológica – ensaios randomizados.

Estudo	Metodologia	Nível de evidência	Escore de qualidade checklist	Escala de Jadad	Apto
297- The effect of Hypericum perforatum on the wound healing and scar of cesarean - Sareh Samadi, Talat Khadivzadeh, Ahmad Emami, Naser Sanjar Moosavi, Mohsen Tafaghodi, Hamid Behnam	Estudo randomizado, ensaio clínico duplo-cego	2	27	5 Alocação adequada	Sim
339- Randomized controlled trial of pelvic calcium alginate following rectal cancer surgery - L. Maggiori, E. Rullier, C. Meyer, G. Portier, J.L. Faucheron e Y. Panis	Ensaio clínico randomizado	2	25	3 Alocação adequada	Sim
351- Subcutaneous Redon drains do not reduce the incidence of surgical site infections after laparotomy. A randomized controlled trial on 200 patients - Ulrich Adam, Andreas Fischer, Ulrich T. Hopt	Ensaio clínico randomizado	2	26	3 Alocação adequada	Sim
88- Randomised clinical trial of Hydrofiber dressing with silver versus povidone-iodine gauze in the management of open surgical and traumatic wounds – Florent Jurczak, Thierry Dugré, Alison Johnstone, Theodor Offori, Zorica Vujovic	Estudo prospectivo randomizado, aberto, controlado	2	20	3 Alocação adequada	Sim
275- A randomized controlled trial of 0,5% Ferric Hyaluronate Gel (intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery – Choong-Leon Tang, David G. Jayne, Francis Seow-Choen, Yen-Yee Ng, Kong-Weng Eu, Noriza Mustapha	Estudo controlado randomizado	2	22	3 Alocação adequada	Sim
445- Prospective evaluation of occlusive Hydrocolloid dressing versus conventional gauze dressing regarding the healing effect after abdominal operations: randomized controlled trial – Tetsuo Shinohara et al	Estudo randomizado, estratificação igualitária	2	24	3 Alocação adequada	Sim
517- Comparing conventional gauze therapy to vacuum-assisted closure wound therapy: a prospective randomised trial - C.M.Mouës, G.J.C.M.Van Den Bemd, F.Heule, S.E.R. Hovius	Estudo clínico randomizado prospectivo	2	25	3 Alocação adequada	Sim

Fonte: Autora

Quadro 11. Teste de Relevância III – análise da qualidade metodológica – estudos de coorte e caso-controle

Estudo	Metodologia	Nível de evidência	Escore de qualidade checklist	Apto
260 - The feasibility of using VAC therapy in home care patients with surgical and traumatic wounds in the Netherlands - Paul Trueman, Sarah Flack, Ate Loonstra, Tino Hauster	Estudo retrospectivo de janeiro a novembro de 2006.	3	16	Sim
263 - Development of a novel method of progressive temporary abdominal closure - Michael D. Goodman, Timothy A. Pritts, Betty J. Tsuei	Estudo retrospectivo entre 1º de janeiro de 2003 e 31 de dezembro de 2008.	3	17	Sim
266 - Experience with vacuum-pack temporary abdominal wound closure in 258 trauma and general and vascular surgical patients - Donald E. Barker et al	Estudo retrospectivo dos prontuários de pacientes entre janeiro de 1999 e maio de 2006.	3	15	Sim
367- Vacuum-assisted closure of postoperative abdominal wounds: a prospective study - Sriram Subramonia, Sarah Pankhurst, Brian J. Rowlands, Dileep N. Lobo	Estudo prospectivo entre fevereiro de 2006 e maio de 2007.	3	10	Não
89- Retrospective clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy - Penny E Campbell, Gary S Smith, Jennifer M Smith	Coorte retrospectiva.	3	16	Sim
120- Early results after treatment of open abdomen after aortic surgery with Mesh traction and vacuum-assisted wound closure - A. Seternes, H.O.Myhre, T. Dahl	Estudo prospectivo de outubro de 2006 a abril de 2009.	3	11	Não
121 - Endo-vacuum assisted closure treatment for rectal anastomotic insufficiency - Soeren Torge Mees, Daniel Palmes, Rudolf Mennigen, Norbert Senninger, Joerg Haier, Mathias Bruewer	Follow up.	3	13	Não
142- Topical negative pressure in managing severe peritonitis: a positive contribution? Amin Ibrahim Amin, Irshad A Shaikh	Estudo prospectivo de quatro anos.	3	14	Sim
216- Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing - Lior Heller, Scott L. Levin, Charles E. Butler	Estudo retrospectivo.	3	15	Sim
228- Continuous retention suture for the management of open abdomen: a high rate of delayed fascial closure - F. Gäddnäs, J. Saarnio, T. Ala-Kokko, J. Laurila, V. Koivukangas	Análise retrospectiva.	3	16	Sim
285- Abdominal compartment syndrome in the open abdomen - Vicente H. Gracias et al	Revisão retrospectiva (1º/7/1999 a 30/6/2000).	3	17	Sim
286- Management of open abdominal wounds with a dynamic fascial closure system - Mark W. Reimer et al	Estudo observacional, retrospectivo.	3	17	Sim
289- Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen - Preston R. Miller, J. Wayne Meredith, James C. Johnson, Michael C. Chang	Estudo prospectivo num período de 19 meses - de novembro de 2001 a 31 de maio de 2003.	3	22	Sim
386- El uso de apósitos hidrocolulares de la gama Allevyn em heridas agudas. Resultados a partir del estudio AURIGA 04 em atención primaria - José Verdu Soriano, Andreu Nolasco Bonmatí, Pablo Lopez Casanova, John-Enric Torra i Bou	Prospectivo; observacional aberto e multicêntrico.	3	19	Sim
417- Initial multi-centre observations upon the effect of a new topical negative pressure device upon patient and clinician experience and the treatments of wounds - Wojciech Witkowski, Arkadiusz Jawien, Wojciech Witkiewicz, Bartłomiej Zon	Estudo multi-centro, aberto, prospectivo não comparativo, com amostra por conveniência.	3	13	Não
139- Sistema de cierre asistido por vacío em heridas complejas. Estudio retrospectivo - Antonia Brox-Jiménez, Daniel Diaz-Gomez, Pablo Parra-Membrives, Dario Martinez-Baena, Macarena Márquez-Muñoz, José Lorente-Herce	Estudo retrospectivo de abril de 2007 a agosto de 2008.	3	16	Sim
421- Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds - Allen Gabriel et al	Estudo prospectivo realizado entre janeiro de 2005 a abril de 2006. Tipo follow-up.	3	23	Sim
439- Bogotá-VAC – A newly modified temporary abdominal closure technique - Cristian Von Rűden, Emanuel Benninger, Dieter Mayer, Otmar Trentz, Ludwig Labler	Estudo prospectivo.	3	9	Não
489- Negative pressure wound therapy with off-the-shelf components - Trung D. Bui, Sergio Huerts, Ian L. Gordon	Estudo de follow-up, com seguimento de dois anos. Análise retrospectiva.	3	6	Não
457- The use of vacuum assisted closure (VAC) in soft tissue injuries after high energy pelvic trauma - Ludwig Labler, Otmar Trentz	Follow-up entre 2002 e 2004 - análise retrospectiva.	3	16	Sim
498- Treatment of surgical wound dehiscence - Luiz Claudio Cândido	Follow-up com seguimento de julho de 1998 a outubro de 2001.	3	8	Não
516- Biological dressings for the management of enteric fistulas in the open abdomen - Ramin Jámshidi, William P. Schecter	Revisão retrospectiva dos prontuários médicos entre janeiro de 1999 e julho de 2006.	3	15	Sim
520- Open abdomen treatment following endovascular repair of rupture abdominal aortic aneurysms - Dieter Mayer, Zchristoph Meir, Tomas Pfammatter, Frank J. Veith, Mario Lachat	Estudo de análise retrospectiva de abril de 1998 a abril de 2008.	3	14	Sim
527- Vacuum-assisted wound closure provides early fascial reapproximation in trauma patients with open abdomens – Glen B. Garner, S. Cocanour, James H. Duke, Bruce McKinley, Rosemary A. Kozar, Frederick Moore	Revisão retrospectiva de um período 12 meses.	3	12	Não
310- Efectos del peloide en la cicatrización de las heridas abdominales quirúrgicas dehiscentes - Rafael Rodrigues Ramires, Jaime Humberto González Tuero, Jesús Cabrera Salazar, Milagros Machado Pineda, Jaime González Quiala	Estudo descritivo e comparativo de março de 2000 até janeiro de 2003.	4	18	Sim
233- Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures - Stefano Betacchi et al	Estudo observacional, prospectivo com um grupo controle histórico.	4	21	Sim
430- Urgosorb dressing: management of acute and chronic wound - Jenny Stevens, Donna Chaloner	Série de 10 estudos de caso prospectivos.	5	12	Não
287- Modified opsite sandwich for temporary abdominal closure: a non-traumatic experience – J. M. Wilde, M. A. Loudon	Follow-up de 36 meses	5	11	Não

Fonte: Autora

Ao final do Teste de Relevância III, decidiu-se excluir os estudos que tivessem nível de evidência maior que 4, escore de qualidade pelo checklist abaixo de 14 e escala de Jadad menor que 3.

Assim, foram excluídos nove estudos, de modo que a amostra final ficou composta por 26 estudos.

3.2.5 Quinta fase: coleta de dados

A coleta de dados foi relacionada com a pergunta norteadora, determinada no início da elaboração da revisão sistemática.

Os resultados foram extraídos pela pesquisadora, sendo registrados no quadro sinóptico (Apêndice F), no qual foram incluídas informações detalhadas de cada artigo, tais como: autor, tipo de estudo, dados que caracterizam os sujeitos, metodologia e descrição do curativo, evidência dos resultados, aplicabilidade dos mesmos, vantagens e desvantagens.

A fim de garantir maior qualidade à coleta de dados, esse quadro sinóptico passou por um teste piloto, em que a pesquisadora e uma enfermeira, especialista em Estomaterapia, avaliaram 20 artigos e testaram sua viabilidade para responder à questão norteadora do estudo. Esses 20 artigos foram excluídos da amostra. Dessa maneira, foram feitas algumas modificações no quadro para garantir a qualidade e facilitar a análise das informações obtidas, incluindo a terminologia do PIO no formulário.

Os itens do formulário inicial – ou seja, os itens 4 = limitações metodológicas, 5 = evidência dos resultados, 6 = aplicabilidade dos resultados – foram alterados para P = Identificação da amostra (participantes), I = Tipo de curativo (intervenção), O = Tempo que a ferida levou para cicatrizar (desfecho). Manteve-se o item “vantagens e desvantagens da utilização”, mas identificado como item 4.

3.2.6 Sexta fase: discussão dos resultados

A discussão dos resultados foi focada nas implicações das evidências apresentadas em relação ao curativo prevalente utilizado no tratamento de deiscência de FOs abdominais.

Mediante análise e conjunto dos estudos incluídos na revisão, foi atribuída ao tratamento para deiscência de FO abdominal uma classificação quanto ao nível de evidência e ao grau de recomendação.

O nível de evidência classifica a validade da evidência sobre intervenções, de acordo com o seu enfoque diagnóstico, etiológico, prognóstico ou terapêutico, sendo diretamente relacionado com o modelo de estudo utilizado, ou seja, o delineamento da pesquisa²¹.

O grau de recomendação refere-se a uma medida de qualidade atribuída ao nível de evidência de um estudo e auxilia na interpretação das recomendações.

A classificação das evidências foi condicionada ao tipo de delineamento dos estudos dos quais são originados, à intensidade dos efeitos observados e à possibilidade de ocorrência de erros aleatórios. O grau de recomendação foi hierarquizado e derivou dos desfechos clínicos encontrados nos estudos referentes ao tratamento de deiscência de FOs abdominais, que forneceram subsídios para a elaboração de um protocolo assistencial, embasado na melhor evidência científica disponível.

Nesta revisão sistemática, os níveis de evidências e grau de recomendação utilizados foram os seguintes.

Níveis de evidências

1. Revisão sistemática
2. Ensaio clínico randomizado
3. Coorte
4. Caso-controle

Graus de recomendação

- A. Resultado recomenda a intervenção – evidência forte
- B. Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese – evidência moderada
- C. Resultado contraindica a intervenção – evidência fraca²¹.

O grau de recomendação da evidência foi hierarquizado, utilizando-se letras maiúsculas junto ao nível de evidência¹².

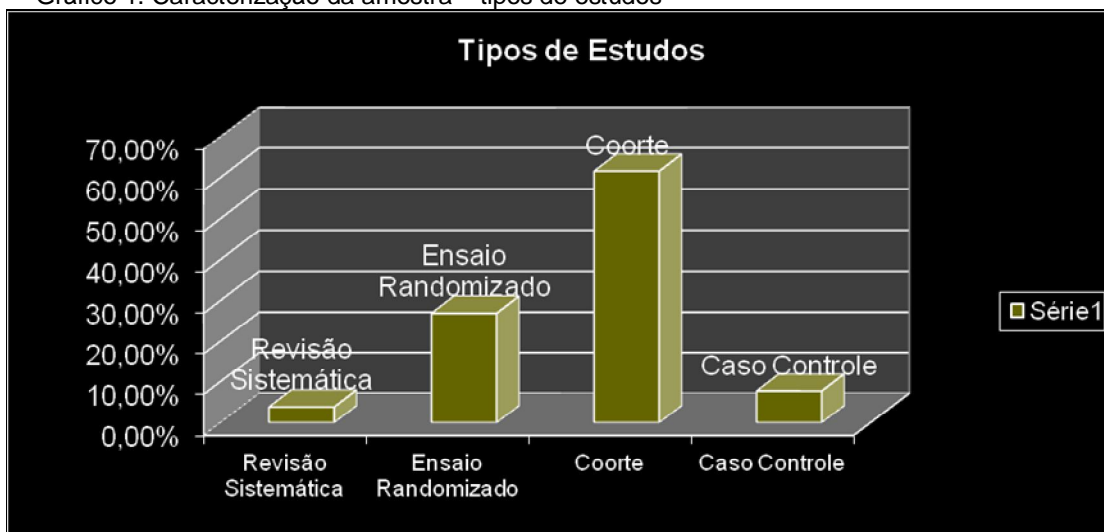
4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi considerada elevada, considerando outros estudos de revisão sistemática, em que o número de estudos na amostra foi bem menor. Contudo isso ocorreu porque não se restringiu apenas estudos randomizados e de revisões sistemáticas, considerados trabalhos com evidência maior. Considerando que esta revisão tem o propósito de embasar um protocolo clínico, acredita-se que uma amostra maior, com estudos de coorte e caso-controle, também poderia contribuir na discussão para a construção deste protocolo.

Assim, a amostra foi composta por 26 artigos, sendo uma revisão sistemática (3,84%), sete ensaios randomizados (26,92%), 16 coortes (61,53%) e dois casos controle (7,69%), conforme gráfico 1.

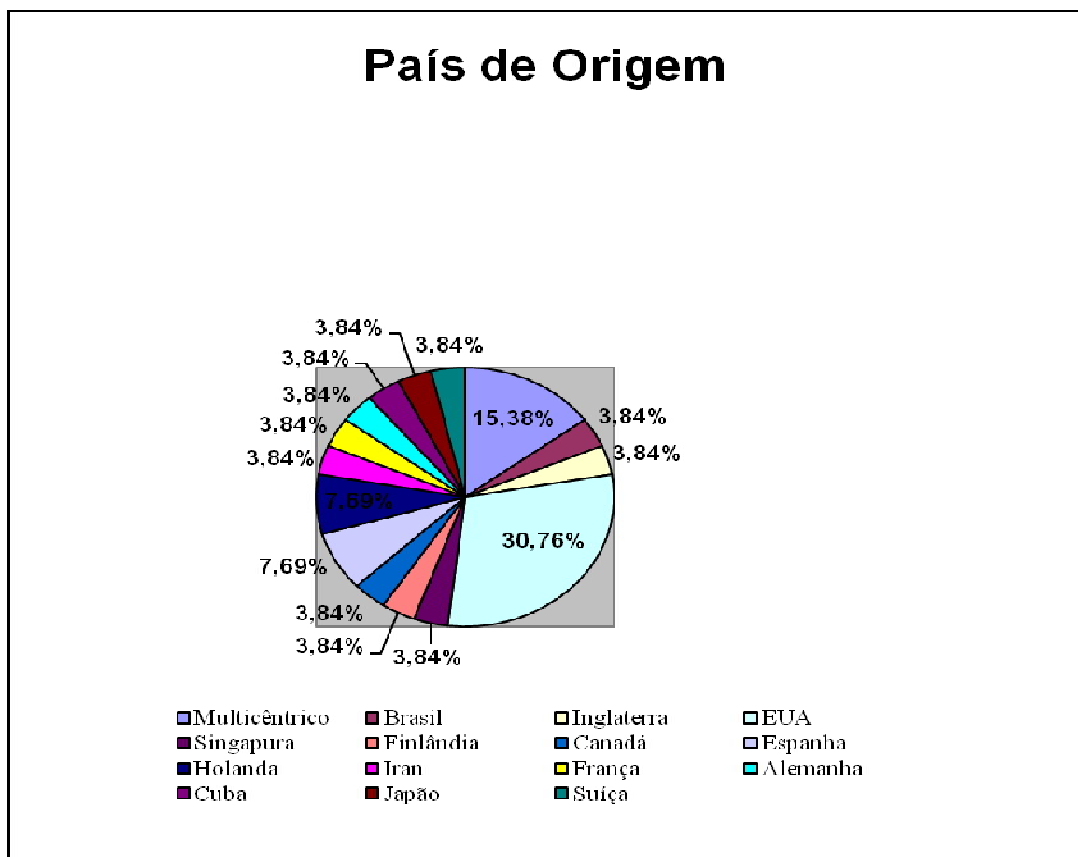
Gráfico 1. Caracterização da amostra – tipos de estudos



Fonte: Autora

Em relação ao país de origem, houve uma predominância de estudos realizados nos EUA, com oito artigos (30,76%), de acordo com o gráfico 2.

Gráfico 2. País de origem dos estudos

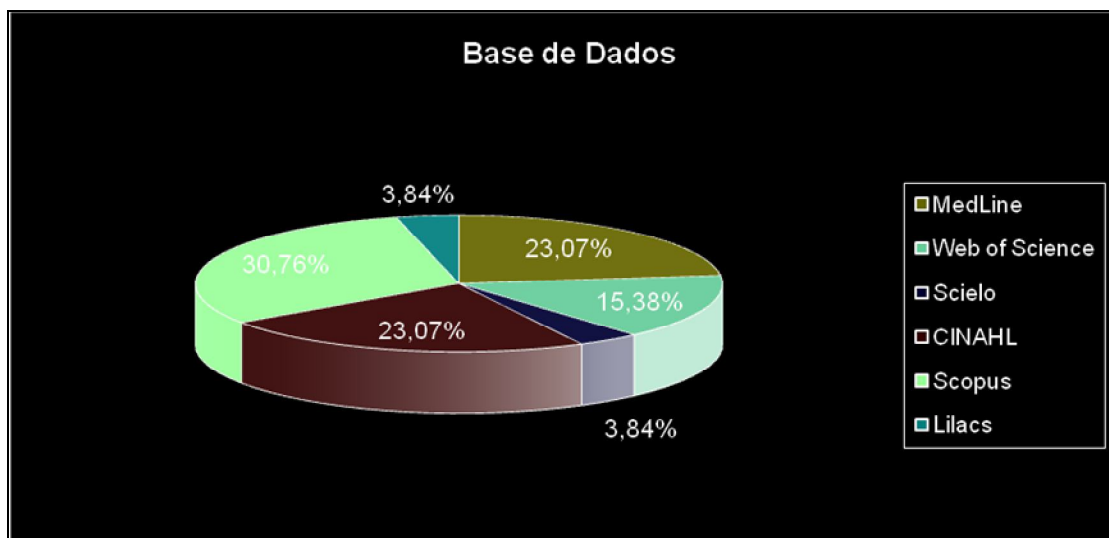


Fonte: Autora

Ressalta-se que houve quatro estudos (14,81%) que foram multicêntricos, com participação de França, Inglaterra e Alemanha (88); Inglaterra, França, EUA, Singapura, Canadá, Suíça, Alemanha e Austrália (141); Itália e EUA (233); e Suíça e EUA (520).

A base de dados que prevaleceu na amostra foi a Scopus, com oito artigos (30,76%). Já a base de dados Cochrane não apresentou nenhum artigo que respondesse à questão norteadora, conforme gráfico 3.

Gráfico 3. Caracterização da amostra – base de dados



Fonte: Autora

Em relação ao ano de publicação, embora o período determinado para a busca dos estudos tenha sido de 1998 até 2010, a amostra ficou composta apenas por estudos de 2004 a 2010, sendo que seis artigos (23,07%) foram publicados em 2008, o ano prevalente da amostra. Já os anos de 2004 e 2005, com um artigo cada (3,84%), foram os menos prevalentes da amostra, conforme gráfico 4.

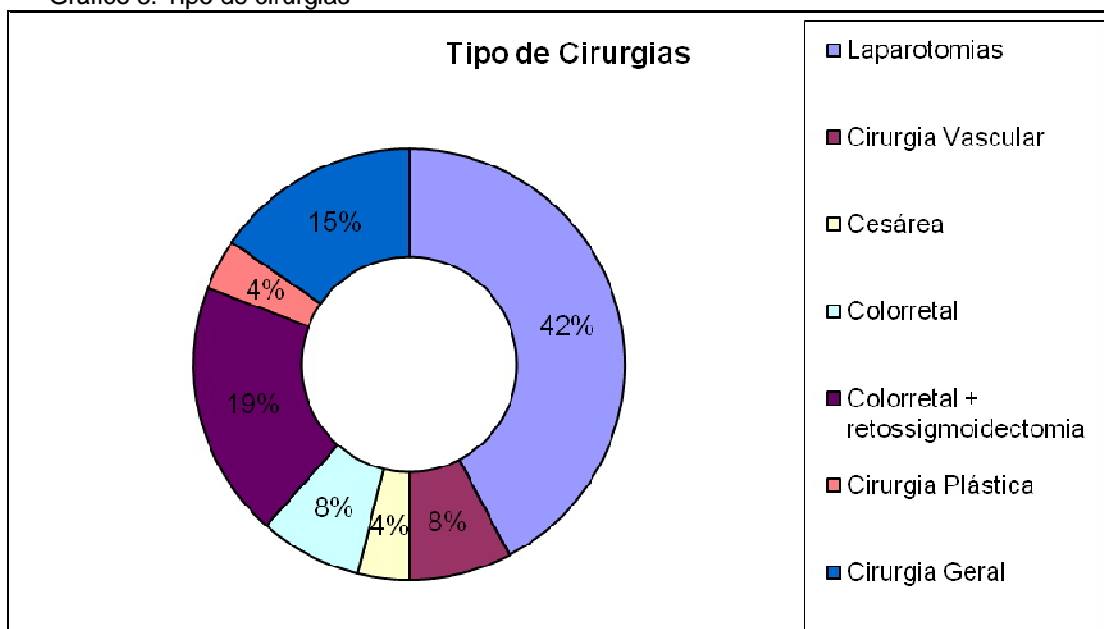
Gráfico 4. Ano de publicação dos estudos



Fonte: Autora

O tipo de cirurgia prevalente foi a laparotomia, com 11 estudos (42,30%), seguida de cirurgia colorretal e retossigmoidectomias, com cinco estudos (19,23%). As cirurgias plástica e cesárea foram as menos prevalentes, com apenas um estudo cada (3,84%), de acordo com o gráfico 5.

Gráfico 5. Tipo de cirurgias



Fonte: Autora

A análise dos estudos consistiu em identificar o curativo prevalente no tratamento de deiscência de FOs abdominais, respondendo assim à questão norteadora do estudo: **Qual é o curativo prevalente no tratamento dos pacientes com deiscência de feridas operatórias abdominais?**

Nesse sentido, após análise dos estudos, os resultados foram registrados em um quadro sinóptico, apresentado no quadro 12.

Quadro 12. Apresentação dos estudos quanto ao PIO – Curativos

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
141 2008	<p>Topical negative pressure wound therapy: a review of its role and guidelines for its use in the management of acute.</p> <p>Estas Bovill, Paul E Banwell, Luc Teot, Elof Eriksson, Colin Song, Jim Mahoney, Rony Gustafsson, Raymund Horch, Anand Deva, Ian Whitworth.</p>	<p>Aumentar o uso da terapia TNP em tratamento de feridas agudas de acordo com recomendações utilizadas por <i>experts</i>.</p>	<p>Revisão sistemática nas bases: Medline; Embase; CINAHL; The Cochrane Library; www.vacuum-therapy.co.uk; www.worendvac.com.</p>	<p>Indicação é de pressão negativa contínua de -175 mmHg para abdômen aberto.</p> <p>A troca deve ser feita a cada 48-72 horas para aproximação progressiva das bordas da fásia.</p> <p>Obs.: normalmente o VAC é indicado quando o fechamento fascial primário não é possível entre 7 e 10 dias, e corre-se o risco de vísceras aderirem na parede abdominal e a fásia retrair.</p> <p>Indicação: TNP: Habilidade de atuar como um efetivo enxerto de pele sobre superfícies irregulares.</p> <p>Indicações: abdômen aberto; feridas no esterno; defeitos de tecidos moles: trauma; fascite necrosante; hidradenite supurativa; fixação de enxerto de pele; queimaduras.</p> <p>Contraindicação de uso da TNP em feridas agudas: *Presença de tecido necrótico; *Infecção invasiva maciça; *Exposição cortical óssea; *Sangramento ativo de um sítio de ferida.</p>	<p>A TNP aumenta a perfusão dermal, estimula a formação de tecido de granulação, reduz o edema e o fluido intersticial do tecido. Formação de tecido reverso e redução da colonização bacteriana.</p> <p>TNP satisfaz o objeto fundamental para o abdômen aberto. Em parturientes, previne a síndrome do compartimento abdominal, enquanto usa o conceito expansão tecido reverso para otimizar aproximação da pele e da fásia.</p> <p>A média de tempo para cicatrizar variou de acordo com os estudos e a proporção da ferida, variando de sete a 49 dias, dependendo da gravidade da lesão.</p>	1A
297	<p>The effect of Hypericum perforatum on the wound healing and scar of cesarean.</p> <p>Sareh Samadi, Talat Khadivzadeh, Ahmad Emami, Naser Sanjar Moosavi, Mohsen Tafaghodi, Hamid Behnam.</p>	<p>Determinar o efeito da pomada de Hypericum perforatum na cicatrização de feridas cesariana e cicatriz hipertrófica.</p>	<p>A amostra incluiu 144 mulheres com parto cirúrgico que tinham critérios elegíveis.</p>	<p>O Hypericum perforatum utilizado neste estudo foi fornecido pela empresa Gol-Daru (Isfahan, Irã). Extrato oleoso desta planta foi preparado a partir de plantas de floração.</p> <p>As plantas frescas foram secadas, trituradas e maceradas em óleo de semente de uva (uma parte pó de planta em três partes de óleo) para uma semana. O macerado foi colocado em um forno de micro-ondas por 15 minutos. O extrato preparado foi clarificado por filtração. Para a preparação de pomadas estéreis o extrato oleoso era filtrado através de um filtro de 0,45mm de membrana. A base de vaselina foi esterilizada por calor seco (1608°C, 90 minutos). A mistura (20% extrato oleoso þ 80% geleia de petróleo) e o enchimento dos tubos foram pré-esterilizados, realizados em condições assépticas sob alta eficiência de partículas. A pomada placebo foi igualmente preparada, exceto o extrato oleoso.</p>	<p>Foi demonstrado que o extrato oleoso de H. perforatum promove a cura da ferida cesárea, como resultado do aumento na reconstrução epitelial e redução da área de superfície do perímetro.</p> <p>Os resultados do estudo clínico demonstraram que a pomada H. perforatum pode efetivamente facilitar a cura da ferida cesariana e minimizar a formação de cicatriz e também a dor e pruridos, sem efeitos colaterais importantes.</p> <p>A média de cicatrização foi de 10 dias no grupo tratamento.</p>	2A – 27 Jadad 5 Alocação adequada

Fonte: Autora

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
339 2010	Randomized controlled trial of pelvic calcium alginate following rectal cancer surgery. L. Maggiori, E. Rullier, C. Meyer, G. Portier, J. L. Faucheron e Y. Panis.	Avaliar o possível benefício do uso de um novo hemostático (Hémoionic) na cavidade pélvica na cirurgia do esfíncter anal para o câncer retal.	85 pacientes submetidos à ressecção eletiva do esfíncter anal para o câncer retal foram randomizados em Hémoionic (41 pacientes) e controle (44 pacientes).	Hémoionic não tecido é um hemostático natural, feito a partir de fibras de alginato de cálcio puro, enriquecido em zinco. Ele promove a hemostasia por meio de troca iônica: cálcio e zinco na troca de fibras com os íons de sódio presentes nos fluidos fisiológicos, sangue e exsudatos. Cálcio, um dos fatores essenciais na cascata de coagulação, induz a ativação plaquetária e acelera a formação de fibrina, reduzindo o tempo de sangramento. A eficácia hemostática do cálcio é potencializada pelo zinco.	A média de volume de drenagem total foi significativamente menor no grupo Hémoionic (453 (367) (30-1360)ml versus 758 (632 (70-2460)ml nos controles, P = 0,031). As taxas de mortalidade, quatro de 41 no grupo Hémoionic e um dos 44 no grupo controle (P = 0,192). Uma morte no grupo Hémoionic e um no grupo controle foram devido a complicações decorrentes de um vazamento da anastomose. Duas outras mortes no grupo Hémoionic foram de complicações médicas (insuficiência renal em paciente diabético e acidente vascular cerebral agudo). Suicídio durante o curso de pós-operatório foi responsável pela morte restante no grupo Hémoionic. O Hémoionic reduz o volume de drenagem no pós-operatório e pode diminuir o tempo de drenagem em pacientes submetidos de forma eletiva a ressecção retal para câncer. A taxa de mortalidade não foi significativamente maior no grupo Hémoionic, mas a falta de diferença estatística pode representar um erro do tipo II ao pequeno tamanho da amostra. Nem internação nem deiscência de anastomose diminuíram com a utilização de Hémoionic neste estudo. A média de tempo utilizando drenagem foi de 10 dias no grupo Hémoionic, já no grupo controle foi de 12 dias. Entretanto é consenso que há pouco para orientar o uso rotineiro e o aumento da mortalidade, embora possivelmente não haja relação.	2C – 25 Jadad 5 Alocação adequada

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
88	<p>Randomised clinical trial of Hydrofiber dressing with silver versus povidone-iodine gauze in the management of open surgical and traumatic wounds.</p> <p>Florent Jurczak, Thierry Duglé, Alisson Johnstone, Theodor Offori, Zorica Vujovic, Dirk Hollander.</p>	<p>Comparar dor, conforto, tratamento de exsudato, cicatrização da ferida e segurança com curativo de hidrofibra com prata iônica com gaze com iodopovidona para tratamento de cirurgia aberta e feridas traumáticas, analisando sua eficácia.</p>	<p>67 pacientes</p> <p>35 – no grupo com curativo com prata</p> <p>32 – no grupo com curativo com iodopovidona</p>	<p>Os curativos foram mudados conforme a indicação clínica (a cada sete dias com Ag) e gaze iodopovidona, e foram usados até completa cicatrização da FO ocorrer ou por duas semanas.</p>	<p>O tratamento da FO aberta e feridas traumáticas com hidrofibra Ag foi superior ao tratamento com gaze de iodopovidona em relação a dor, conforto, trauma na remoção do curativo, tratamento do exsudato e facilidade de uso.</p> <p>Curativo de prata foi associado com escore baixo de trauma para remoção e foi fácil de ser aplicado e removido, mais do que gaze com iodopovidona.</p> <p>A média de tempo para cicatrização foi de 14,1 dias no grupo da prata e 13,9 no grupo com iodopovidona – sem diferença estatística relevante.</p> <p>O controle do exsudato foi estatisticamente superior no grupo tratado com curativo de prata em relação ao grupo tratado com iodopovidona. 94% (32) dos pacientes no grupo prata tiveram controle do exsudato excelente e bom. Já no grupo tratado com iodopovidona 52% (16) dos pacientes tiveram controle do exsudato excelente e bom.</p>	<p>2A – 20</p> <p>Jadad 3</p> <p>Alocação adequada</p>
275 2006	<p>A randomized controlled trial of 0,5% Ferric Hyaluronate Gel (intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery.</p> <p>Choong-Leong Tang, David G. Jayne, Francis Seow-Choen, Yen-Yee Ng., Kong-Weng Eu, Noriza Mustapha.</p>	<p>Avaliar a eficácia e a segurança do intergel (gel hyaluronato férrico 0,5%) em ressecções de colorretal.</p> <p>1º) Incidência de obstrução adesiva e a necessidade de adesiólise e a incidência de complicações de FO e anastomose.</p> <p>2º) Envolve avaliação de qualidade de vida.</p>	<p>32 pacientes foram randomizados para tratamento com intergel (grupo tratamento) e grupo controle (sem tratamento).</p> <p>17 pacientes foram randomizados no grupo tratamento e 15 no grupo controle.</p> <p>O estudo foi suspenso depois de recrutar 32 pacientes devido à ocorrência de um número significativo de eventos adversos no braço do tratamento.</p> <p>A amostra do estudo era para ser de 700 pacientes, num seguimento de três anos.</p>	<p>Instilação do intergel dentro da cavidade abdominal após cirurgia abdominal minimiza oposição de tecido durante o período crítico de formação de fissura e regeneração mesotelial.</p> <p>Formulação do intergel: formulação viscosa de polissacarídeos naturais, ácido hialurônico, ligação azulada com grupos carboxilados em moléculas do ácido hialurônico pela quelação com ferro.</p>	<p>Em estudo randomizado controlado, o uso de intergel em cirurgias pélvicas ginecológicas alcançou 59% de redução na formação de adesão.</p> <p>Já na cirurgia abdominal de intestino o estudo mostrou que o intergel provoca alto índice de morbidade, com desenvolvimento de peritonite no pós-operatório tardio e deiscência de sutura.</p> <p>Não é indicado o uso do intergel em situações nas quais o trato gastrointestinal fica aberto.</p>	<p>2C – 22</p> <p>Jadad 3</p> <p>Alocação adequada</p>

Continuação do Quadro 12.

N° artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
445 2007	Prospective evaluation of occlusive Hydrocolloid dressing versus conventional gauze dressing regarding the healing effect after abdominal operations: randomized controlled trial. Tetsuo Shenohara; Yuichi Yamashita; Keichi Satoh; Koji Mikami; Yasushi Yamauchi; Seichirou Hoshino.	Comparar curativo de hidrocoloide e de gaze, considerando custos e a incidência de infecção na ferida depois da cirurgia abdominal.	134 pacientes que sofreram cirurgia abdominal foram avaliados de novembro de 2003 a março de 2006.	O curativo de hidrocoloide é uma membrana de poliuretano permeável externa com uma fina interface absorvente e adesiva de hidrocoloide. A camada de hidrocoloide cria um melhor ambiente entre a membrana de poliuretano e a superfície da ferida. O curativo de hidrocoloide transparente fornece melhor visibilidade da FO, permitindo avaliar infecção e avaliação diária das condições da FO, sem necessidade de remoção.	O curativo de hidrocoloide permaneceu em média 8,3 dias e é indolor ao paciente. Gera menos custo em relação ao curativo de gaze comum, por permanecer mais tempo no local e não demandar tanto tempo da enfermagem na atenção ao paciente. Apenas dois pacientes apresentaram infecção de FO – um do grupo tratado com hidrocoloide e o outro do grupo tratado com gaze comum.	2A – 24 Jadad 3 Alocação adequada

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
517 2006	Comparing conventional gauze therapy to vacuum-assisted closure wound therapy: a prospective randomised trial. C. M. Mouës; G. J. C. M. Van Den Bemd; F. Heule; S. E. R. Hovius.	Comparar eficácia da terapia a vácuo com a terapia de gaze convencional úmida no estágio do tratamento de ferida, focando nos aspectos visuais, duração da cicatrização, área de superfície da ferida, carga bacteriana e complicações encontradas.	Pacientes com tecidos gravemente esmagados, com infecção ou feridas crônicas foram incluídos no estudo após obter consentimento escrito. As feridas foram subdivididas em: feridas tratadas precocemente, com menos do que quatro semanas antes da terapia; e tratadas tardiamente, com mais de quatro semanas antes da terapia. 54 feridas foram inscritas no estudo. 29 tratadas com VAC (12 precoces e 17 tardias) e 25 tratadas com terapia convencional (oito precoces e 17 tardias)	*Tratamento convencional consiste em: gaze úmida, trocada pelo menos duas vezes ao dia, saturada em SF 0,9%; 0,2% de netrofuralan (Furacine); 1% de solução de ácido acético ou 2% de hipoclorito de sódio. * Terapia VAC consiste em: curativo de espuma com um poro de 400-600 µm (VAC Pack curativo) e uma pressão contínua de -125mmHg. As espumas foram trocadas a cada 48h. Todas as feridas foram inspecionadas a cada 48h. A cada mudança de curativo, as condições das feridas eram visualmente pontuadas para quantidade de rubor, calor, exsudato e fibrina, sendo registrado o escore cumulativo. Em ambos os grupos de tratamento, o escore cumulativo desses parâmetros diminuiu significativamente, comparado aos valores iniciais no dia 1, exceto para os dias 6 e 8 na terapia convencional.	O escore cumulativo foi, em média, menor no grupo tratado com VAC, comparado ao grupo tratado convencionalmente, chegando a significância nos dias 3, 6 e 8. A terapia a vácuo VAC mostrou ser mais efetiva na melhora das condições das feridas tratadas tardiamente, mostrando uma rápida e constante melhora, ao contrário das feridas tratadas precocemente, as quais mostraram um padrão mais irregular. Entretanto os subgrupos foram pequenos demais para análise estatística. Em geral, a diminuição mais proeminente para foi a quantidade de rubor e fibrina, as quais reduziram mais feridas tratadas a VAC em comparação com as tratadas convencionalmente. No grupo tratado a VAC, 20 pacientes (69%) mostraram cicatrização e granulação do leito da ferida com uma semana, comparado a 14 (56%) no grupo tratado convencionalmente. Passada mais uma semana, mais cinco pacientes mostraram limpeza e cicatrização do leito da ferida no grupo VAC (acumulando 86%), comparado a sete pacientes no grupo convencional (acumulando 84%). Em um paciente tratado com VAC (3%), a cicatrização da ferida foi lenta e a duração da terapia excedeu 14 dias, comparado a três pacientes no grupo da terapia convencional (12%). Embora os aspectos visuais melhorassem em média mais rápido no grupo tratado a vácuo, a duração necessária para chegar "pronta para terapia cirúrgica" não foi estatisticamente diferente (seis + ou - 0,52 dias para VAC, comparado a sete + ou - 0,81 dias para feridas tratadas convencionalmente, com p = 0,19). Uma mudança no sentido de uma duração menor de terapia foi notificada em feridas tratadas tardiamente com terapia VAC (seis mais ou menos 0,999 dias x 10 mais ou menos 3,78 dias para terapia convencional, com p = 0,21). A redução da área superfície da ferida foi comparada em 15 pacientes no grupo VAC e 13 no grupo convencional. A redução foi vista em 100% do grupo VAC e em 77% do grupo convencional. No grupo tratado com VAC as duas maiores complicações foram sépsis e necrose, compelindo a terminar a terapia precocemente. Isso não ocorreu no grupo convencional. No grupo tratado convencionalmente, dois pacientes experienciaram reação alérgica a Furacin, e três tiveram a área de superfície da ferida aumentada. Não houve diminuição significativa de coleção bacteriana no final do follow-up. Como a terapia a VAC é tão cara quanto a terapia convencional, o estudo aconselha a terapia VAC para tratamento de feridas sem espessuras no período intermediário entre desbridamento e fechamento cirúrgico.	2A – 25 Jadad 3 Alocação adequada

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
260 2008	The feasibility of using VAC therapy in home care patients with surgical and traumatic wounds in the Netherlands. Paul Trueman, Sarah Flack, Ate Loonstra, Tino Hauster.	Revisar a facilidade do uso da terapia de fechamento a vácuo (VAC) para o tratamento de feridas cirúrgicas e traumáticas nos home care na Holanda de janeiro a novembro de 2006.	338 pacientes, dos quais 48% tinham deiscência de FO, 27% FO abdominal, 22% ferida traumática e 3% ferida esternal.	A terapia VAC (KCI) envolve a aplicação uniforme e controlada de pressão negativa contínua ou intermitente ao leito da ferida conduzida via espuma de poro aberto (poliuretano reticulado ou álcool polivinil). A terapia VAC remove ativamente exsudato e materiais inibidores locais, desse modo reduzindo o edema e melhorando o ambiente da ferida. Estabiliza a ferida, resultando em uma ferida com ambiente fechado, potencialmente reduzindo complicações, tais como deiscência e infecção. Melhora perfusão sanguínea local. A interação espuma e tecido sob pressão negativa contínua resulta em macro e microdeformações que estimulam a formação do tecido de granulação e neovascularização.	A média de duração da terapia VAC foi de 29 dias , sendo que para cicatrização de deiscência de sutura foi 31 dias (média de 20 dias para cicatrizar) em caso de feridas agudas e 33 dias (média de 28 dias) em caso de feridas crônicas. Já para FO abdominal a cicatrização ocorreu com 25 dias, com média de 15 dias para feridas agudas e média de 18 dias para feridas crônicas.	3B - 16
263 2010	Development of a novel method of progressive temporary abdominal closure Michael D. Goodman, Timothy A. Pritts, Betty J. Tsuei.	Este artigo descreve a experiência com um novo método de fechamento abdominal temporário que permite a reavaliação frequente do conteúdo abdominal e reaproximação progressiva das bordas fasciais sem comprometer os resultados definitivos de fechamento fascial.	133 pacientes foram tratados com o FASTAC entre 1º de janeiro de 2003 e 31 de dezembro de 2008. 16 pacientes usaram FASTAC (grupo tratamento) e 117 não usaram (grupo controle).	O FASTAC foi formado a partir de um campo cirúrgico plástico claro, comumente usado em uma bacia de calor. A cortina foi dobrada com uma espessura de quatro vezes e aparada para se ajustar ao comprimento da linha mediana abdominal da incisão de forma individual. Uma cortina em separado foi preparada para cada lado da cavidade abdominal, medindo pelo menos duas vezes a largura da parede abdominal para deixar amar em excesso na linha média, para ajustar sem tensão de encerramento. As bordas da cauda sem a cortina são colocadas sob a parede abdominal anterior superficial sobre as vísceras e se estendem lateralmente a calhas parabólicas. O ponto médio de cada lado da cortina é, então, suturado com uma sutura corrida de polipropileno da borda da fásia em todo o comprimento da incisão. Contrariando as bordas fasciais, são trazidas para cada lado com a tensão adequada sobre a cortina. As bordas dobradas da cortina são suturadas na linha média, tomando cuidado para não aumentar a pressão de pico das vias aéreas durante o fechamento. Um curativo a vácuo, estéril, fechado sob sucção contínua com parede de proteção, formada com gaze Kerlix para cobrir a cortina com os drenos de sucção fechados, é previsto entre a gaze e uma camada sobrejacente de toalhas azuis. Um curativo loban (3M, St. Paul, MN) foi colocado sobre a ferida inteira para criar um selo hermético. O curativo a vácuo era removido para reavaliar as vísceras intra-abdominais através da visualização da cortina transparente a cada 48-72h. O FASTAC foi progressivamente apertado naquele tempo, rolando da linha mediana da cortina com sutura intra-abdominal adicional permitido pressões. Isso possibilitou uma gradual aproximação fascial e evitou a perda do domínio abdominal. As trocas de curativos foram realizadas rotineiramente na beira do leito. Uma vez que a adequada posição fascial foi alcançada, o aparelho foi removido para o fechamento fascial definitivo na sala de operação.	Os pacientes que utilizaram o FASTAC tinham maior reparação de hérnia ventral subsequente do que aqueles que não usaram o FASTAC – cinco de 12 pacientes (42%) x 14 de 99 pacientes (14%). Mas uma análise subsequente não mostrou diferença no índice de hérnia ventral tardia entre os pacientes que usaram ou não o FASTAC como o método TAC final para cicatrização abdominal definitiva – dois de seis pacientes (33%) x 14 de 99 pacientes (14%). Adicionalmente, 19% dos pacientes que utilizaram o FASTAC (n = 3) desenvolveram uma fistula enterocutânea, enquanto que em 5% dos pacientes que não usaram o FASTAC foi observada presença de fistula. O tempo de tratamento com FASTAC foi de 13 dias, com média de dois dias. Já para os pacientes que não usaram FASTAC, o tempo foi de sete dias, com média de um. Houve quatro mortes no grupo FASTAC (25%) e 18 mortes no grupo sem o FASTAC (14%).	3C - 17

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
266 2006	<p>Experience with vacuum-pack temporary abdominal wound closure in 258 trauma and general and vascular surgical patients.</p> <p>Donald E. Barker, John M. Green, Robert A. Maxwell, Philip W. Smith, Vicente A. Mejia, Benjamin W. Dart, Joseph B. Cofer, S. Michael Roe, R. Phillip Burns.</p>	<p>Avaliar a experiência em curso com a gestão de abdômen aberto e uso da técnica de curativo a vácuo no fechamento temporário da ferida operatória.</p>	<p>258 prontuários de pacientes com trauma e cirurgia geral e pacientes submetidos à cirurgia vascular com tratamento de abdômen aberto durante um período de 89 meses.</p>	<p>A técnica de curativo a vácuo pode ser realizada da seguinte forma: no final da exploração abdominal, uma folha de polietileno perfurada é colocada sobre as vísceras intraperitoneais e sob o peritônio da parede abdominal anterior e lateral. Em seguida, uma camada composta por material estéril compressível ou toalha cirúrgica ou uma espuma estéril é colocada sobre a folha de polietileno. Dois drenos de silicone são colocados acima da toalha/esponja e conectados a uma fonte de vácuo de 100 a 150 mmHg de pressão negativa contínua. A pele ao redor da ferida está seca e pintada com tintura de benjoim e mantida seca até a camada final estar coberta com um plástico de poliéster maleável. A cortina é colocada sobre a ferida e aderida à pele. Em alterações de curativos posteriores, a espuma de poliuretano flexível pode ser substituída por uma toalha cirúrgica.</p>	<p>O curativo a vácuo satisfaz as necessidades para a cobertura da ferida temporária da cavidade abdominal durante a gestão do abdômen aberto em uma variedade de cirurgias com diversos fatores predisponentes, como trauma, infecção, contaminação, hemorragia e isquemia. As complicações que ocorrem com o curativo a vácuo parecem estar associadas com a patologia intra-abdominal subjacente que levou à gestão inicial do abdômen aberto e não ao curativo a vácuo.</p> <p>44 pacientes (36,7%) tinham uma única aplicação de curativo a vácuo, permaneceram com ela de um a cinco dias (média de 1,9 dias).</p> <p>76 pacientes (63,3%) tinham múltiplas aplicações de vácuo entre um e 84 dias (média de 11,8 dias).</p>	3B - 15
89 2008	<p>Retrospective clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy.</p> <p>Penny E. Campbell, Gary S. Smith, Jennifer M. Smith</p>	<p>Avaliar se a redução no tamanho da ferida e do volume foi alcançada usando NPWT com gaze. Os achados são comparáveis com dados publicados com o sistema usando espuma de poliuretano.</p>	<p>33 pacientes que foram tratados com NPWT por uma média de 33 dias (5-86 dias).</p>	<p>NPWT foi entregue usando o sistema V1STA, Versatile 1 ou EZ-care. Estes sistemas foram usados em pressão negativa de -80 mmHg. O enchimento da ferida usado para transmitir a pressão negativa ao leito da ferida foi gaze antimicrobial umedecida com soro, independentemente do dispositivo específico usado, e foi fornecido como parte de um kit de limpeza adaptado a partir do fabricante e aplicado sobre a ferida usando o método Charikes-Jetes de aplicação. Em todos os casos, NPWT foi distribuída usando pressão contínua para estabelecer duração da terapia. As feridas foram inspecionadas e os curativos trocados a cada 2-3 dias.</p>	<p>Dos 30 pacientes, 20 (67%) receberam terapia até a ferida ter progredido adequadamente e a NPWT não ser mais considerada necessária. Dos 10 remanescentes, seis tiveram alta e uma alternativa mais fácil ou foram para casa, onde a terapia não foi fornecida. Um paciente foi transferido a um hospital porque desenvolveu uma fistula não relacionada à NPWT, um paciente morreu, um paciente foi retirado por causa do não cumprimento e um foi transferido para a unidade de cuidados paliativos, devido ao agravamento das comorbidades.</p> <p>* Todas as feridas diminuíram significativamente em volume, área e profundidade.</p> <p>* O tempo médio para adequada progressão foi de 41 dias para feridas crônicas, 44 dias para deiscência de FO e 40 dias para FO.</p> <p>O estudo sugere que distribuição da NPWT, usando curativo à base de gaze como material para preencher a ferida, é eficaz na redução do volume num período de tempo apropriado em pacientes comprometidos clinicamente.</p> <p>Mais análises comparativas devem ser feitas para avaliar a eficácia referente ao sistema NPWT à base de gaze com sistemas que usam material alternativo de preenchimento da ferida, como as espumas porosas, com suas vantagens e desvantagens.</p>	3B - 16

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
142 2009	Topical negative pressure in managing severe peritonitis: a positive contribution? Amin Ibrahim Amin, Irshad A. Shaikh.	Avaliar o uso de TNP no tratamento de peritonite severa.	20 pacientes submetidos a laparotomia de janeiro de 2005 a dezembro de 2008: 11 homens e nove mulheres, com idade média de 59 anos.	TNP e sistema de curativo abdominal VAC foram inicialmente usados para permitir mais exploração de todo o abdômen de 48 a 72 horas. O TNP foi definido em -125 mmHg contínuo. Uma vez que o abdômen foi julgado estar limpo, e se o atraso no fechamento abdominal não for possível devido ao edema do intestino e/ou edema da parede abdominal, o curativo foi trocado por TNP um curativo Granu Foam VAC, com um curativo de silicone não aderente embaixo.	TNP facilita o fechamento abdominal temporário, controla a coleção de exsudato e pequenos casulos do intestino no interior da cavidade abdominal, prevenindo abscessos. Além disso, o sistema de curativo abdominal permite fácil acesso para um "segundo olhar". Enquanto a bolsa de Bogotá é uma alternativa barata no tratamento aberto, não controla o exsudato e o intestino pode aderir à parede abdominal, tornando a exploração difícil. Não mostrou desvantagens, porém, se a técnica for usada de forma imprudente, pode causar morbidades desnecessárias. O fechamento abdominal foi alcançado em 15 dos 20 pacientes, com média de 4,53 dias, requerendo uma média de 2,35 curativos.	3B - 14
216 2006	Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. Lior Heller, Scott L. Levin, Charles E. Butler.	Avaliar os resultados dos pacientes de alto risco para complicação de FO e que foram tratados com sistema de fechamento com vácuo (NPWT), buscando tempo de tratamento, número e tipo de procedimentos cirúrgicos requeridos para alcançar o fechamento da FO	21 pacientes – 10 mulheres e 11 homens – com idade média de 48 anos que desenvolveram deiscência de FO abdominal após uma laparotomia.	Sistema de pressão negativa foi mantido com sistema vácuo em modo contínuo com pressão de -75 mmHg para pacientes com exposição de intestino (n = 9) e -125 mmHg para aqueles sem exposição de intestino (n = 12). O curativo foi mudado no leito da cama a cada dois ou três dias. Quando o intestino estava exposto e havia uma única espuma preta de poliuretano, o intestino era protegido com gaze impregnada com pretolato como adaptic ou folha revestida de silicone. Uma espuma branca de polivinil alcoólica tornou-se disponível na metade do estudo. Quando colocada sobre o intestino exposto, nenhum material de barreira foi usado. Então uma camada de espuma preta foi aplicada sobre a superfície e ao redor desta, a espuma branca, em contato direto com o restante da superfície da ferida.	Novos 21 pacientes necessitaram de pelo menos um desbridamento, e quatro dos nove necessitaram de um segundo desbridamento. A média de duração da NPWT para todos os pacientes foi de cinco semanas (duas a 21 semanas), com média de quatro semanas para cicatrizar. Sete dos 21 pacientes receberam uma parte do tratamento de NPWT em ambulatório. Todos os pacientes relataram menos dor com as trocas de curativos de NPWT do que com mudanças de curativo com gaze. Menos de 10% dos pacientes necessitaram qualquer tipo de analgesia durante a troca de curativo a VAC, o que normalmente é feito com instalação de lidocaína 1% dentro da espuma, com a sucção desligada por 30 a 60 minutos antes da troca. * Dois pacientes desenvolveram fístula enterocutânea de baixo débito e perda parcial do enxerto de pele em outro. * NPWT não deve ser aplicada em tecido necrótico. Um passo crítico no tratamento de deiscência de FO usando o dispositivo VAC é o desbridamento agressivo do tecido necrótico antes e durante NPWT.	3B - 15

Continuação do Quadro 12.

N° artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
228 2007	<p>Continuous retention suture for the management of open abdomen: a high rate of delayed fascial closure.</p> <p>F. Gäddnäs, J. Saarnio, T. Ala-Kokko, J. Laurila, V. Koivukangas</p>	<p>Avaliar pacientes tratados com sistema de retenção contínua para descobrir como o fechamento fascial foi encontrado e quais complicações foram relacionadas a essa técnica.</p> <p>Variáveis analisadas: índice de fechamento fascial, duração do tratamento, número de operações necessárias e incidência de complicações (fístulas, necrose fascial); índice de falha e mortalidade.</p>	<p>16 pacientes tratados com sutura e retenção contínua, de 1999 a 2004.</p>	<p>O curativo consiste em combinação da técnica de VAC com sutura fascial e com implante de matriz dermal acelular humana. Foi usado sutura com retenção contínua gradualmente apertada.</p> <p>Inicialmente usam VAC, mas aplicam a técnica de sutura com retenção contínua se a técnica de VAC não resulta no fechamento direto.</p> <p>Uma malha de poliamida revestida de silicone foi colocada no intestino. Curativos cirúrgicos umedecidos foram colocados sobre a malha e cobertos com um curativo transparente oclusivo.</p> <p>Os curativos foram mudados na laparotomia ou no leito em 48 horas de intervalo e foi tentado o fechamento retardado, logo que pareceu possível, após a resolução do edema intersticial e a estabilização da condição do paciente.</p> <p>Hoje se inicia o tratamento do abdômen aberto com VAC: dois drenos são colocados nas bolsas de laparotomia sobre a malha que cobre o intestino. Um curativo oclusivo é colocado mais alto. Os drenos são conectados a um dos dispositivos de sucção. O atraso no fechamento direto fascial é tentado tão cedo quanto possível, geralmente após dois a quatro dias de tratamento com VAC. A sutura de retenção contínua é aplicada se o atraso do fechamento não é possível após o tratamento com VAC.</p> <p>Técnica para sutura. Retenção: duas suturas fasciais contínuas (nº 1 sutura monofilamento, Maxon ou PDF) foram inervadas e finalizadas na fâscia da ferida. O intervalo entre os laços e a profundidade lateral da sutura contínua foi de 2 cm. Uma malha de poliamida revestida de silicone foi aplicada para prevenir adesão do intestino na parede abdominal anterior e nas bordas da fâscia. Um curativo de hidrofílmico foi aplicado entre a malha de poliamida e a sutura para prevenir a erosão intestinal. A sutura foi bloqueada na tensão adequada, usando uma bala metálica perfurada com uma mão cirúrgica puxando o conjunto. A bala foi aplainada com fórceps para travar a sutura. Um botão no conjunto de "retirar" foi colocado sob a bala para impedir o corte através da fâscia. Finalmente, a ferida foi coberta com curativo oclusivo transparente.</p> <p>A sutura foi apertada em 48-72 horas de intervalo até o fechamento ser alcançado. Lavagens abdominais foram feitas sem remover a sutura.</p> <p>Os curativos foram mudados quando apertavam a sutura, para prevenir adesão de malha no intestino.</p> <p>O intervalo médio entre a laparotomia na qual o abdômen foi deixado aberto e a aplicação da sutura de retenção foi de 12 dias.</p>	<p>Mortalidade foi de 31% (5/16).</p> <p>Nove dos 11 pacientes que sobreviveram alcançaram o fechamento fascial, sendo que a média da duração do processo de fechamento fascial foi de 12 dias (3-29 dias). Durante esse processo, a sutura foi apertada em uma média quatro vezes.</p>	<p>3B - 16</p>

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
285 2009	Abdominal compartment syndrome in the open abdomen Vicente H. Gracias, Benjamin Braslow, Jon Johnson, John Pryor, Rajan Gupta, Patrick Reilly, C. William Schwab.	Determinar se algum índice de ressuscitação pode ajudar a predeterminar os pacientes de risco para desenvolvimento da síndrome de compartimento abdominal no abdômen aberto e definir sua mortalidade associada.	Durante um ano (1º/7/1999 a 30/6/2000), cinco pacientes com abdômen aberto e fechamento abdominal temporário com curativo a vácuo que desenvolveram síndrome do compartimento abdominal (grupo estudo) foram comparados a 15 pacientes com abdômen aberto e fechamento temporário a vácuo que não desenvolveram a síndrome (grupo controle). Foram avaliados: total de volume de fluido de ressuscitação, pH, níveis lactatos, PAS, tempo de protrombina, temperatura, pressão inspiratória, PCO2.	O curativo a vácuo consiste em uma "folha" grande maleável, antimicrobiana, com incisão realizada do lado aderente, com uma toalha azul estéril colocada no topo. As bordas da toalha são, então, envolvidas por uma cortina antimicrobiana. Este curativo é colocado subfascialmente com a cortina antimicrobiana voltada para a cavidade peritoneal, para assegurar que o intestino está em contato com a superfície não aderente. Dois drenos Jackson-Pratt são estabelecidos ao lado da cortina localizada na fásia e suas "caudas", interpostos por fora, separados da pele através da ferida da porção inferior ao ápice superior da incisão. Uma segunda cortina grande é colocada com o lado aderente voltado para baixo; sobre o abdômen, o curativo intra-abdominal. Nenhum esforço é feito para aproximar as bordas da pele ou forçar as bordas da parede abdominal juntas. Concomitantemente, os drenos são colocados sob baixa pressão, com sucção contínua na parede, criando um vácuo. Os drenos permitem controlar o egresso de fluidos e a camada de curativo plástico mantém uma barreira estéril e impermeável.	O curativo a vácuo é um excelente recurso para manter o abdômen aberto, pois permite o controle do fluido egresso, preservando a barreira estéril, além de preservar a durabilidade do curativo para possível posição inclinada de ventilação. Contudo ainda existe o risco de desenvolvimento da síndrome de compartimento abdominal. Isso pode ocorrer devido à eficiência com que o vácuo é capaz de conter o volume abdominal e permitir subsequente aumento da pressão intra-abdominal, associado com requerimento contínuo de ressuscitação e vazamento capilar, mobilização do terceiro espaço e edema visceral. O método de fechamento temporário pode nem sempre prover a capacidade para aumentar mais o volume abdominal necessário para prevenir um aumento na pressão intra-abdominal, então é preciso continuar monitorando a ACS. O tempo médio para fechamento abdominal foi de duas semanas no grupo controle x seis semanas no grupo de estudo.	3B - 17
286 2007	Management of open abdominal wounds with a dynamic fascial closure system. Mark W. Reimer, Jean-Denis Yelled, Bert Reitsima, Gaby Doumit, Murray A. Allen, Michael S. Bell	Avaliar os resultados do uso do sistema de fechamento dinâmico de ferida Canica ABRA e identificar os fatores de risco para a falha no fechamento. Determinar tempo para o fechamento da fásia e complicações com formação de hérnia e fístulas.	23 pacientes com abdômen aberto que não pudessem ser fechados mais que sete dias após a causa para intervenção cirúrgica primária ser resolvida. Esses pacientes foram tratados entre setembro de 2000 e setembro de 2005.	ABRA (Canica design): o sistema de fechamento dinâmico da parede abdominal é desenvolvido para permitir reaproximação gradual dos músculos de linha média abdominal e fascial, usando elastômeros com suturas dinâmicas de retenção. O fechamento dinâmico da ferida refere-se ao local da fásia abdominal sob contínua tensão média variável que aproxima as bordas da ferida enquanto permite que elas permaneçam com mobilidade suficiente para oscilar com movimentos e respiração do paciente. A fixação dos elastômeros em autorretenção de âncoras distantes da ferida permite o desbridamento tradicional e as trocas de curativo. Um elastômero é introduzido através de uma incisão a partir de 5 cm para trás da borda da ferida e em todo o defeito, de preferência, passando por baixo da fásia e acima de uma malha ou outro protetor. Existe uma distância igual da borda da ferida ao lado contralateral. Estes elastômeros são colocados cerca de 3 cm ao longo do comprimento da ferida, o qual será tão fechado quanto o preenchimento dos botões de ancoragem permitirem. Os botões de ancoragem são colocados e os elastômeros são conectados e tensionam a partir da tensão livre no comprimento entre os dois botões. A tensão nos elastômeros é ajustada tanto quanto necessário para manter uma força constante de 290g. Os curativos são realizados conforme rotina padronizada. Em caso de rasgar a pele ou de ulceração, atenção é reduzida a um preenchimento adicional, colocado abaixo do botão.	Dos 23 pacientes, 14 (61%) alcançaram o fechamento primário retardado. A duração da aplicação do sistema para estes pacientes alcançarem o fechamento com sucesso foi de 40 dias em média. O tempo entre a criação do abdômen aberto e a aplicação do sistema foi de 18 dias em média. Em nove casos o fechamento abdominal completo não foi alcançado, a área da FO diminuiu em média 87%. O índice de formação da hérnia foi de 26% (6/23) e de formação de fístula enterocutânea de 9% (2/23).	3B - 17

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
289 2004	Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen. Preston R. Miller, J. Wayne Meredith, James C. Johnson, Michael C. Chang.	Examinar o sucesso do fechamento fascial assistido a vácuo sob um protocolo cuidadosamente aplicado no fechamento abdominal depois de o abdômen ser aberto.	53 pacientes dos 212 que foram submetidos a laparotomias de novembro de 2001 a 31 de maio de 2003 requereram tratamento de abdômen aberto.	VAC emprega sucção aplicada em uma grande esponja de poliuretano sob um curativo oclusivo na ferida e permite constante tração medial da fásia abdominal. Uma folha perfurada de polietileno é colocada sobre o intestino e abaixo das bordas fasciais. Isso previne a víscera de aderir à parede abdominal durante os dias das semanas seguintes, preservando exposta para o local de sutura da fásia. Posteriormente, sobre isso é colocada a esponja, a qual é esterilizada por uma sutura "corrida" nas bordas da pele. Isso empurra a víscera para baixo, dentro do abdômen, então a esponja finalmente estará em contato com a maioria da seção de parede abdominal. Um tubo de sucção e um curativo oclusivo são aplicados. Como a sucção é aplicada, a esponja encolhe, puxando as bordas da ferida em direção à linha média uniformemente. A sutura serve somente para segurar a esponja e a parede abdominal no lugar antes da aplicação da sucção. As suturas, inicialmente sob alguma tensão, agora são frouxas, e toda tração nas bordas das paredes abdominais provém da sucção aplicada no curativo. O curativo é trocado a cada três a cinco dias. Isso pode ser feito na unidade de cuidado intensivo, se necessário.	O tempo de fechamento da FO é entre nove e 21 dias. Desvantagens: um paciente desenvolveu fístula enterocutânea e uma hérnia para reparar.	3A - 22
386 2006	El uso de apósitos hidrocelulares de la gama Allevyn em heridas agudas. Resultados a partir del estudio AURIGA 04 em atención primaria. José Verdu Soriano, Andreu Nolasco Bonmatí, Pablo Lopez Casanova, John-Enric Torra i Bou.	Gerar evidências acerca da utilização de apósitos CAH-cura em ambiente úmido, com a gama de apósitos hidrocelulares Allevyn em tratamento de feridas agudas.	61 pacientes com feridas traumáticas, cirúrgicas ou queimaduras. Critérios de inclusão: pacientes com feridas agudas, tais como traumáticas, cirúrgicas ou queimaduras. Exclusão: Feridas com sinais clínicos de infecção. "Ao incluir na amostra, se registravam variáveis dos pacientes da ferida e, posteriormente, eram seguidos durante 20 trocas ou até a cicatrização completa, se esta acontecesse.	A gama Allevyn é uma gama de apósitos hidrocelulares de estrutura trilamina: uma cepa externa de poliuretano impermeável a bactérias e água; uma capa hidrocelular central, que combina células de pequeno e grande tamanho e que apresenta uma alta capacidade absorvente e de retenção de fluido, e uma capa interna de poliuretano microperfurado que contata com o leito lesional, impedindo a aderência do tecido de granulação. Existem formatos adesivos e não adesivos, assim como formatos especiais.	Os pacientes permaneceram no estudo por volta de 43,6 dias com um ritmo de trocas de apósitos a cada dois a sete dias. Cicatrizaram 39 feridas (63,9%), na média de 40,9 dias. As feridas traumáticas cicatrizaram 70,7% em 38,8 dias, 40% das FO em 53,3 dias e queimaduras 80% cicatrizaram em 37,5 dias. Dos que não cicatrizaram, finalizaram as 20 trocas, 21 (95,5%) estavam melhor e só uma ferida havia piorado. A utilização da gama de apósitos Allevyn representou uma melhora significativa das bordas das feridas e da pele ao redor, com franca redução da presença do eritema e edema nas bordas das feridas. Durante o período do estudo, 80,3% dos pacientes foram tratados com Intrasite Comformable, Irurol Mono ou a combinação de ambos. Os profissionais, em mais de 96% das trocas, consideraram fácil de colocar e em 100% indolor e fácil de ser retirado. 45,5% consideraram melhor Allevyn quanto à facilidade de aplicação, em 66,7% melhor quanto à capacidade de absorção, e em 50,9% melhor quanto à facilidade de retirada. Allevyn foi comparado com outros apósitos hidrocelulares (29,2%), hidrocoloides (20,8%) e apósitos de silicone (16,7%).	3B - 19

Continuação Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
139 2009	Sistema de cierre asistido por vacío em heridas complejas. Estudio retrospectivo. Antonia Brox-Jiménez, Daniel Díaz-Gomez, Pablo Parra-Membrives, Dario Martínez-Baena, Macarena Márquez-Muñoz, José Lorente-Herce.	Descrever a experiência com a terapia VAC em feridas complexas infectadas, assim como a morbidade associada.	20 pacientes utilizaram a terapia VAC.	Terapia VAC (suprafascial): após a limpeza da ferida é aplicável um Granufoam, que é um pedaço de espuma poliuretano preta reticulada, com poros abertos, que ajuda a estimular o tecido de granulação, sendo especialmente adequado a feridas de exsudato intenso. O tamanho da espuma deverá ser o mesmo que o da superfície da ferida. Cobrir, posteriormente. Cobre-se o poliuretano com um curativo de plástico transparente, adesivo, no qual se aplicará o dreno de sucção que conecta o sistema à máquina que exercerá a pressão negativa sobre a ferida. O dispositivo tem um conector que permite quantificar o débito e as características do exsudato. O poliuretano está também disponível em cinzento, que inclui fibras de prata para feridas muito infectadas. O objetivo do VAC foi acelerar a cicatrização por segunda intenção. A pressão na VAC é de -125mmHg. Sistema abdômen aberto: coloca primeiro uma espuma de poliuretano encapsulada em uma folha fenestrada não adesiva de polietileno transparente, com a qual se envolvem os órgãos a modo de um peritônio parietal, sobre o qual se aplica o dreno de sucção. Este sistema facilita o tratamento do abdômen aberto, permitindo o atraso do fechamento primário até a estabilização do paciente, deixando a fáscia intacta e coletando e quantificando a perda de ferida abdominal. Aplica-se uma pressão de -75mmHg. * A pressão é aplicada de modo contínuo, com pausa de duas horas por dia, e troca do sistema a cada 48-72 h.	20 pacientes, 16 (80%) das feridas eram abdominais. Em 17 pacientes (85%), empregou-se dispositivo VAC suprafascial e em três (15%) dispositivo VAC para abdômen aberto. Dois dos três pacientes com abdômen aberto desenvolveram fistulas – uma urinária e outra intestinal. Em ambos os casos, as fistulas se resolveram antes da retirada da terapia, não podendo determinar a influência da terapia VAC (intra-abdominal). Manteve-se uma média de 18 dias (7-49). Foi obtido fechamento completo após a retirada da terapia. A terapia VAC suprafascial manteve-se em média de 29 dias. Na maioria das ocasiões (18, ou 90%), após a retirada da terapia VAC, as feridas fecharam por segunda intenção. Dezoito pacientes (90%) estão vivos. Não se teve mortalidade relacionada diretamente com a terapia VAC. Entretanto, dois pacientes foram a óbito (10%), ambos em situação de choque séptico refratário devido a peritonites secundárias, a uma coleção isquêmica e a uma deiscência de sutura (um deles do grupo VAC suprafascial e outro do abdômen aberto). Esta terapia é útil no manejo de feridas abertas de qualquer localidade, inclusive abdominal, com ou sem parede íntegra.	3B - 16
421 2008	Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds. Allen Gabriel, Jaimie Shores, Cherrie Heinrich, Waheed Baqai, Sharon Kalina, Norman Sogioka, Subhas Gupta.	Estudou os benefícios de instalação antimicrobiana em conjunto com NPWT. Foram consideradas para avaliar a efetividade da terapia o número de dias de tratamento para fechar a ferida e os dias para alta do paciente.	15 adultos com diagnóstico de feridas complexas, abertas e infectadas. Critérios de inclusão: feridas no tronco e extremidades, com culturas quantitativamente documentadas com mais de 10 ⁵ organismos, idade maior que 40 anos e tecido necrótico presente.	As feridas eram desbridadas, inclusive cirurgicamente, se necessário, para iniciar o tratamento. O esquema de instilação de NPWT consistia na colocação de um curativo estéril de espuma de poliuretano reticulado na cavidade da ferida pela equipe médica, e cobri-la com um curativo semioclusivo aderente para criar um selo hermético. Um furo de 1 a 2 cm de diâmetro foi cortado dentro de uma cortina, sobre a qual uma almofada TRAC com um dreno era colocada. Este dreno era conectado à caixa de coleção de fluidos, ligados ao controle do dispositivo do computador de instilação do NPWT. No lado oposto da espuma desse dreno, um furo adicional de 1 a 2 cm de diâmetro foi feito na cortina e um segundo dreno foi aplicado, sendo conectada a ele uma bolsa intravenosa, contendo soro fisiológico, água estéril ou solução de nitrato de prata para irrigação. O dispositivo de NPWT foi programado para ciclar através de um regime similar para todas as soluções. Instila a solução tópica por 30-45 segundos, com um segundo de espera para permitir que a solução penetre através do curativo para cobrir a ferida; então iniciava duas horas de terapia de pressão negativa de 125mmHg contínuo.	O grupo tratado com instilação de NPWT teve diferença significativa do grupo controle: poucos dias de internação (9,9 dias x 13,1 dias); Limpeza da ferida (1,5 dias x 6,6 dias); Cicatrização precoce (13,2 dias x 29,6 dias); Alta (14,7 dias x 39,2 dias).	3A - 23

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
457 2006	The use of vacuum assisted closure (VAC) in soft tissue injuries after high energy pelvic trauma. Ludwig Labler; Otmar Trentz.	A aplicação do fechamento assistido a vácuo (VAC) em tecidos moles após trauma de alta energia pélvica com um estudo retrospectivo em um centro de trauma nível 1.	13 pacientes que sofreram lesões graves em tecidos moles decorrentes de trauma severo em um centro de trauma nível 1.	O sistema VAC consiste de esponja macia cortada para caber na ferida e acomodada dentro da cavidade e de um filme oclusivo transparente impermeável de plástico aplicado sobre a espuma para criar uma vedação hermética . Um buraco de 2cm de diâmetro foi cortado dentro do filme no meio da espuma. A almofada TRAC TM foi incorporada sobre o buraco e anexada para o ajustamento da bomba de vácuo por meio de um tubo de sucção. Foi usada contínua pressão negativa de 125 mmHg.	O tempo médio de duração da terapia foi de 29 dias (6-69 dias), de acordo com a gravidade do trauma. A média de tempo do curativo a VAC foi de 15,4 dias (4-68 dias). A média de troca de curativos foi de 5,4 curativos por paciente (2-21 curativos). Nove dos 13 pacientes alcançaram a cicatrização definitiva. Um paciente morreu no segundo dia devido à gravidade do trauma. Obs.: a amostra era muito heterogêna.	3B - 16
516 2009	Biological dressings for the management of enteric fistulas in the open abdomen. Ramin Jámshidi, MD; William P. Schecter, MD.	Avaliar se o curativo biológico pode ser ferramenta efetiva no tratamento de fistulas entéricas, as quais são nêmesis de vísceras expostas.	Pacientes com cavidades abdominais abertas e fistula intestinal coexistente que foram tratados entre janeiro de 1999 e julho de 2006.	Uma vez que paciente é selecionado para abdômen aberto, um curativo de bolsa a vácuo é geralmente aplicado na operação inicial. Se o fechamento primário atrasa, não é possível a segunda operação, e um dispositivo de fechamento assistido a vácuo (VAC) é usado para fechamento gradual. Se um paciente com um abdômen aberto tem um bloco fixo visceral e desenvolve uma pequena fistula enteroatmosférica, é feita uma tentativa para fechar a fistula com aplicação de cola de fibrina e HADM. Malha da pele de cadáver é aplicada ao redor do intestino para evitar dissecação e contato com curativos e para proteger contra efeitos adversos da exposição dos sulcos entéricos emanadas da fistula. Uma gaze impregnada de geleia de petróleo é colocada sobre o CST SG, seguido por uma cortina de plástico fenestrado e o curativo anteriormente descrito. Não se tampona fistula. O tamponamento não vai controlar uma fistula enteroatmosférica, mas irá aumentar a erosão e o risco de fistula de uma alça adjacente do intestino.	Dos sete pacientes com fistula tratados com curativo biológico, cinco conseguiram fechá-la totalmente, sem aprestar efeitos adversos. A média do número de aplicações do curativo foi de quatro aplicações (1-12). Um paciente apresentou sépsis e em outro o curativo biológico falhou. A aplicação precoce do curativo biológico é eficaz e segura.	3B - 15
520 2009	Open abdomen treatment following endovascular repair of rupture abdominal aortic aneurysms. Dieter Mayer; Zchristoph Meir; Tomas Pfammatter; Frank J. Veith; Mario Lachat.	Apresentar algoritmos padronizados para tratamento de abdômen aberto, incluindo uma nova técnica usando o sistema VAC desenvolvido durante 10 anos de experiência, com reparo de aneurisma endovascular de emergência (e EVAR) e suptura de aneurisma de aorta abdominal.	102 pacientes com RAAA tratadas por e EVAR de janeiro de 1998 a abril de 2008.	Curativo VAC/ Ethizip: O abdômen é deixado aberto depois da laparotomia e o fecho é colocado sob a sutura da parede abdominal inteira. O VAC (espuma preta de poliuretano) é então aplicado sobre o Ethizip e uma pressão subatmosférica de -50 mmHg é iniciada. O fecho é reutilizado depois da segunda intemação, se intacto. O fechamento parcial da ferida abdominal é considerado quando a parede abdominal pode ser parcial ou totalmente aproximada sem qualquer aumento da pressão intravesical. Para esta proposta, o Ethizip é configurado de modo que área da ferida coberta seja cada vez menor. Em conformidade, o tamanho da espuma VAC é também reduzido para permitir uma cautelosa aproximação fascial e então reaplicável. O curativo foi trocado a cada três a cinco dias.	O curativo é seguro, fornece mais conforto ao paciente e menos trabalho para a CTI. A fásia abdominal não é traumatizada, porque nem o fecho, nem a espuma são fixados por suturas. O fechamento retardado da ferida, passo a passo, pode ser realizado com as margens fascial limpas e saudáveis, permitindo que o encerramento ocorra sem formação de hérnia. A técnica de curativo a VAC tem vários benefícios. Esse método exerce atividade antimicrobial e estimula a formação. Por esse modo de ação mecânica, o VAC provavelmente estabiliza a parede abdominal e pode prevenir retração abdominal. O fechamento fascial direito foi possível em 11 pacientes, com média de seis dias (1-47 dias).	3B - 14.

Continuação do Quadro 12.

Nº artigo	Estudo	Objetivos do estudo	Amostra (P)	Descrição do curativo (I)	Evidência dos resultados (O)	Nível de evidência/grau de recomendação/escore de qualidade
310 2004	Efectos del peloide en la cicatrización de las heridas abdominales quirúrgicas dehiscentes. Rafael Rodríguez Ramires; Jaime Humberto González Tuero; Jesús Cabrera Salazar; Milagros Machado Pineda; Jaime González Quiala.	Determinar a ação peloide como tratamento de deiscência de FOs, calcular sua efetividade na velocidade da cicatrização e descrever as complicações de sua aplicação na população de referência.	70 pacientes com feridas abdominais cirúrgicas com deiscência.	Curativo com peloide (grupo de estudo, GE): lavagem da FO com NaCl 0,9%, após aplicação de peloide por 15 minutos, em uma cobertura que ocupou a ferida em toda sua profundidade e cobriu suas bordas até 1 cm fora. Em seguida, retirou o limo mediante arraste com NaCl a 0,9%. A lama medicinal utilizada foi obtida da lagoa 26 da Salina de Guantánamo, com prévio cumprimento das normas para sua colheita e transporte.	As FOs tratadas com peloide evoluíram muito mais rápido, de 10 a 12 dias antes. O tecido de granulação apareceu em primeiro no GE, com desenvolvimento acelerado antecedendo o GC em mais de sete dias. No GE a cicatrização ocorreu em sete dias, no GC entre o 17º e o 19º dia. Ao avaliar clinicamente as características da lesão, observou-se uma limpeza rápida desta no grupo de estudo, com eliminação da secreção purulenta e os esfacelos uma semana antes que no grupo controle. Observou-se um único efeito adverso do peloide, que foi uma ardência nas FOs, de curta duração, seguida de um alívio rápido dos sintomas locais.	4B - 18
233 2009	Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. Stefano Betacchi; Stefania Matano; Alessandra Nella; Giovanni Zagli; Manuela Bonizzoli; Andrea Pasquini; Valentina Anichini; Valentina Tucci; Giuseppe Manca; Kevin Ban; Andrea Valeri; Adriano Peris.	Avaliar a eficácia de dois diferentes sistemas de fechamento abdominal temporário (bolsa de Bogotá e dispositivo de fechamento assistido a vácuo) em pacientes de unidade de cuidado intensivo que requerem tratamento emergencial de abdômen aberto. Para avaliar a eficácia da descompressão cirúrgica, os dados foram comparados: 1) IAP, indiretamente avaliado pela mensuração da pressão da bexiga urinária; 2) Escore de avaliação de falha sequencial dos órgãos; 3) Lactatos no plasma arterial – todos coletados sequencialmente. TO: antes da descompressão; T1 até T24: a cada quatro horas durante o primeiro dia após a cirurgia; T24C: 24 horas após o fechamento abdominal; TMS: no final do monitoramento.	66 pacientes admitidos na CTI médica e cirúrgica de um hospital terciário em Florença, Itália, de janeiro de 2006 a abril de 2009. Grupo controle incluía pacientes consecutivamente tratados com a bolsa de Bogotá (jan. 2006 – out. 2007) enquanto que o grupo prospectivo foi composto de pacientes tratados com a VAC.	Sistema de fechamento temporário abdominal: o sistema VAC consiste de uma esponja de poliuretano cortada no tamanho apropriado da ferida abdominal aberta e colocada sobre um curativo estéril. A esponja com um tubo de sucção 18F é colocada na cavidade abdominal e coberta com um segundo curativo oclusivo estéril aderente. A sucção é aplicada na esponja usando uma bomba portátil. O curativo necessita ser trocado a cada 24-72 horas. A bolsa de Bogotá utiliza uma grande bolsa plástica estéril, que possui uma fenda para cobrir a víscera abdominal. A bolsa pode ser presa na pele ou na fáscia. O sistema minimiza a perda de fluido, é fácil de remover, relativamente barato, biologicamente inerte e diminui o desenvolvimento de adesões.	Pacientes do grupo VAC permitiram o fechamento abdominal antes do que o grupo da bolsa de Bogotá. Pacientes do grupo VAC necessitaram de poucos dias de tratamento com abdômen aberto 4,4 x 6,6 (média) comparado com o grupo Bogotá. O desmame dos pacientes da ventilação mecânica ocorreu mais rapidamente nos pacientes do grupo VAC 7,1 x 9,9 dias (média). Os pacientes tratados com VAC mostraram uma média e mediana em CTI significativamente menor: 13,3 e seis dias, respectivamente. O estudo mostrou superioridade do dispositivo VAC em controlar a pressão intra-abdominal, permitindo curta duração da manutenção do abdômen aberto com redução do suco relativo, ventilação mecânica e consequentemente tempo de internação na CTI e no hospital. O sistema de drenagem durante as primeiras 24 horas depois da descompressão foi significativamente maior com o sistema VAC que a drenagem associada com a bolsa de Bogotá (820 ml x 430 ml), embora a bolsa de Bogotá seja menos cara.	4A - 21

Fonte: Autora

Gráfico 6. Curativo Prevalente



Fonte: Autora

5 DISCUSSÃO

Em resposta à questão norteadora no estudo – em que (I) representa o curativo prevalente, conforme demonstrado no quadro 12 – foram encontrados 11 tipos diferentes de curativos. Entre esses, o curativo a vácuo, mais conhecido como VAC ou TNP (terapia de pressão negativa), foi usado e avaliado em 14 estudos. Dois estudos trabalharam o VAC associado a outro tipo de curativo.

Nesse sentido, entende-se a importância de explicitar de forma mais detalhada o curativo VAC, bem como seu mecanismo de ação, indicação de uso, trocas e tempo de cicatrização da ferida, considerando o PIO do estudo.

O VAC ou TNP é um curativo que usa subpressão atmosférica, ou pressão negativa, que aumenta a perfusão dermal, estimula a formação de tecido de granulação, reduz edema e o fluido intersticial do tecido, estimula a formação de tecido reverso e diminui a colonização bacteriana. É indicado quando o fechamento fascial primário não é possível entre o sétimo e o décimo dia, e corre-se o risco de as vísceras aderirem na parede abdominal e a fásia retrair. Tem habilidade de atuar como um efetivo enxerto de pele sobre superfícies irregulares, sendo indicado em abdômen aberto, feridas no esterno, defeitos de tecidos moles, trauma, fascite necrosante, fixação de enxerto de pele e queimaduras. É contraindicado em feridas agudas, na presença de tecido necrótico, infecção invasiva maciça, exposição cortical óssea, sangramento ativo de um sítio de ferida²⁴.

O VAC é composto de espuma com um poro de 400-600 µm (VAC Pack curativo) de poliuretano preto reticulado ou álcool polivinil e uma pressão negativa contínua ou intermitente – portanto é especialmente adequado a feridas de exsudato intenso²⁵. A interação entre espuma e tecido sob pressão negativa contínua resulta em macro e microdeformações, as quais estimulam a formação do tecido de granulação e neovascularização²⁶.

O VAC também pode ser associado à instilação antimicrobiana. Dessa maneira, o esquema de instilação do VAC consistia na colocação de um curativo estéril de espuma de poliuretano reticulado na cavidade da ferida pela equipe médica, e cobri-la com um curativo semioclusivo aderente para criar um selo hermético. Um furo de 1 a 2 cm de diâmetro foi cortado dentro de uma cortina, sobre a qual era posta uma almofada TRAC, onde se colocava um dreno. Esse dreno era conectado à caixa de coleção de fluidos, conectados com o controle do dispositivo

do computador de instilação do VAC. No lado oposto da espuma do dreno, um furo adicional de 1 a 2 cm de diâmetro foi feito na cortina e um segundo dreno foi aplicado, sendo conectada a ele uma bolsa intravenosa, contendo soro fisiológico, água estéril ou solução de nitrato de prata para irrigação. O dispositivo de VAC foi programado para ciclar através de um regime similar para todas as soluções. Assim, instila a solução tópica por 30-45 segundos, seguido com um segundo de tempo de espera para permitir que a solução penetre através do curativo para cobrir a ferida. Então, iniciam-se duas horas de terapia de pressão negativa contínua de 125mmHg²⁷.

A pressão negativa indicada nos estudos variou bastante. Houve indicação de -50mmHg²⁸, de -75mmHg a -125mmHg^{25,30-32,39}, -80mmHg³³, de -100 mmHg a -150mmHg³⁴, -175mmHg²⁴. Assim, percebe-se que a pressão negativa que prevaleceu foi de -75mmHg a -125mmHg.

A troca de curativos foi indicada a cada 48-72 horas pelos estudos^{24,25,29-31,33}. Outros dois estudos indicaram trocas a cada 72-120 horas^{28,35} e um estudo indicou troca a cada 24-72h³⁶. Contudo ressalta-se que estudos com nível de evidência e grau de recomendação 1A²⁴ e 2A²⁵ orientaram trocas de 48 a 72 horas.

O tempo de cicatrização – que foi o desfecho proposto neste estudo, O = tempo de cicatrização – foi o dado que mais variou. Acredita-se que esse fato tenha ocorrido devido à heterogeneidade dos tipos de feridas tratadas com o VAC em cada um dos estudos. Mesmo assim, destaca-se um estudo²⁴, com nível de evidência 1A, o qual apontou tempo médio de cicatrização entre sete e 49 dias e um estudo 2A²⁵, o qual referiu sete dias de cicatrização. Em outro estudo²⁶, o tempo de cicatrização foi de 29 dias em média, sendo 31 para deiscência de FO e 25 dias para FO abdominal. Já um estudo³³ apontou 44 dias para deiscência de FO e 40 dias para FO abdominal. A média de tempo apontada pelos outros estudos variou de 4,4³⁶ a 21 dias³⁵, com média de 18²⁹, 15,4³² e 13,2 dias²⁷.

Ressalta-se, todavia, que apenas dois estudos com nível de evidência elevado, do tipo 1 e 2, avaliaram a eficiência do VAC^{24,25}; os demais 14 estudos são de coorte e um estudo é caso-controle. Logo, pelo nível de evidência mais baixo, todos os estudos observaram a importância de se realizar estudos do tipo randomizado, testando a eficácia do VAC com amostra maior de pacientes, embora tenham encontrado resultados positivos²⁶⁻³⁹.

De acordo com os dados demonstrados no quadro 13, não houve outro curativo diferente do VAC que tenha sido analisado em mais de um estudo.

Um estudo randomizado, duplo cego⁴⁰, realizado com mulheres que tiveram parto cesárea, com nível de evidência 2, grau de recomendação A, escore máximo de qualidade = 27 e Jadad 5, apresentou um curativo com a pomada *Hypericum perforatum*, a qual foi fornecida pela empresa Gol-Daru (Isfahan, Irã).

O extrato oleoso dessa planta foi preparado a partir de plantas de floração. As plantas frescas foram secadas, trituradas e maceradas em óleo de semente de uva (uma parte pó de planta em três partes de óleo) para uma semana. O macerado foi colocado em um forno de micro-ondas por 15 minutos. O extrato preparado foi clarificado por filtração. Para a preparação de pomadas estéreis, o extrato oleoso era filtrado através de um filtro de 0,45mm de membrana. A base de vaselina foi esterilizada por calor seco (1608°C, 90 minutos). A mistura (20% extrato oleoso e 80% geleia de petróleo) e o enchimento dos tubos foram pré-esterilizados, realizado em condições assépticas sob alta eficiência de as partículas prenderem filtros. A pomada placebo foi igualmente preparada, exceto o extrato oleoso. Foi demonstrado que o extrato oleoso de *H. perforatum* promove a cura da ferida cesárea como resultado do aumento na reconstrução epitelial e redução da área de superfície do perímetro. Os resultados do estudo clínico demonstraram que a pomada *H. perforatum* pode efetivamente facilitar a cura da ferida cesariana e minimizar a formação de cicatriz e também a sua dor e prurido, sem efeitos colaterais importantes. A média de cicatrização foi de 10 dias no grupo tratamento⁴⁰.

Embora o estudo citado tenha nível de evidência elevado, não foram encontrados outras pesquisas que tenham testado essa intervenção em outra população além desta no Irã. Assim, questiona-se a viabilidade de replicar o trabalho.

Dois estudos destacaram-se por contraindicarem a intervenção, os quais são estudos randomizados^{41,42}, com nível de evidência 2 e escores de qualidade 20 e 22, respectivamente, e Jadad 3.

No estudo com escore de qualidade 20, avaliou-se o possível benefício do uso de um novo hemostático (Hémoionic) na cavidade pélvica na cirurgia do esfíncter anal para o câncer retal⁴¹. Hémoionic não tecido é um hemostático natural, feito a partir de fibras de alginato de cálcio puro enriquecido em zinco. Ele promove a hemostasia por meio de troca iônica: cálcio e zinco na troca de fibras com os íons

de sódio presentes nos fluidos fisiológicos, sangue e exsudatos. Cálcio, um dos fatores essenciais na cascata de coagulação, induz a ativação plaquetária e acelera a formação de fibrina, reduzindo o tempo de sangramento. A eficácia hemostática do cálcio é potencializada pelo zinco. O Hémoionic reduz o volume de drenagem no pós-operatório e pode diminuir o tempo de drenagem em pacientes submetidos de forma eletiva a ressecção retal para câncer. A taxa de mortalidade não foi significativamente maior no grupo Hémoionic, mas a falta de diferença estatística pode representar um erro do tipo II ao pequeno tamanho da amostra. Nem internação, nem deiscência de anastomose foram diminuídas com a utilização de Hémoionic nesse estudo. A média de tempo utilizando drenagem foi de 10 dias no grupo Hémoionic, já no grupo controle foi de 12 dias. Entretanto é consenso que há pouco para orientar o uso rotineiro e o aumento da mortalidade, embora possivelmente não haja relação. Assim, os autores deixam claro a contraindicação desse curativo para tratamento de ressecção anal⁴¹.

Um estudo com escore de qualidade 22 avaliou a eficácia e a segurança do intergel (gel hialuronato férrico 0,5%) também em ressecções colorretais⁴². A formulação do intergel consiste em: formulação viscosa de polissacarídeos naturais, ácido hialurônico, ligação azulada com grupos carboxilados em moléculas do ácido hialurônico pela quelação com ferro. A instilação do intergel dentro da cavidade abdominal após cirurgia abdominal minimiza oposição de tecido durante o período crítico de formação de fissura e regeneração mesotelial. Em estudo randomizado controlado, o uso de intergel em cirurgias pélvicas ginecológicas alcançou 59% de redução na formação de adesão. Já na cirurgia abdominal de intestino, o estudo mostrou que o intergel provoca alto índice de morbidade, com desenvolvimento de peritonite no pós-operatório tardio e deiscência de sutura. O estudo foi suspenso depois de recrutar 32 pacientes devido à ocorrência de um número significativo de eventos adversos no braço do tratamento, não indicando, assim, o uso do intergel em situações nas quais o trato gastrointestinal fica aberto. A amostra do estudo era para ser de 700 pacientes, num seguimento de três anos. Desse modo, fica claro que esse curativo não mostrou o resultado esperado, com índice elevado de efeitos adversos, obtendo grau de recomendação 2C, quando o resultado contraindica a intervenção⁴².

Um estudo randomizado comparou o curativo de hidrofibra com prata iônica e o de gaze com iodopovidona para tratamento de cirurgia aberta e feridas

traumáticas, analisando sua eficácia⁴³. Os curativos foram mudados conforme a indicação clínica, a cada sete dias com Ag e gaze iodopovidona, e foram usados até ocorrer a completa cicatrização da FO ou por duas semanas. O tratamento da FO aberta e das feridas traumáticas com hidrofibra de prata foi superior ao tratamento com gaze de iodopovidona em relação à dor, conforto, trauma na remoção do curativo, tratamento do exsudato e facilidade de uso. O curativo de prata foi associado com escore baixo de trauma para remoção e foi fácil de ser aplicado e removido, mais do que gaze com iodopovidona. A média de tempo para cicatrização foi de 14,1 dias no grupo da prata e 13,9 no grupo com iodopovidona – sem diferença estatística relevante. O controle do exsudato foi estatisticamente superior no grupo tratado com curativo de prata em relação ao grupo tratado com iodopovidona: 94% (32) dos pacientes no grupo prata tiveram controle do exsudato excelente e bom; já no grupo tratado com iodopovidona, 52% (16) dos pacientes tiveram controle do exsudato excelente e bom⁴³.

Esse estudo⁴³ – que teve nível de evidência e grau de recomendação 2A, com escore de qualidade 20 e Jadad 3 – pode ser considerado como uma opção segura de curativo. Além disso, curativos com prata são conhecidos na realidade brasileira, sendo viáveis de serem testados e utilizados.

Outro estudo destacou-se por tratar de cobertura primária para FO abdominal sem complicação⁴⁴. Embora não tenha sido objetivo do trabalho, como comparou o curativo de hidrocoloide e de gaze, considerando custos e a incidência de infecção da ferida depois da cirurgia abdominal, e por serem duas alternativas viáveis na nossa realidade, a avaliação do custo/benefício foi de importante contribuição.

Atualmente, o curativo de hidrocoloide é considerado caro e, por isso, com restrições de uso. O hidrocoloide é uma membrana de poliuretano permeável externa, com uma fina interface absorvente e adesiva de hidrocoloide. A camada de hidrocoloide cria um melhor ambiente entre a membrana de poliuretano e a superfície da ferida. Além disso, por ser transparente, fornece melhor visibilidade da FO, permitindo avaliar presença de infecção e das condições da FO, sem necessidade de remoção. O curativo de hidrocoloide permaneceu em média 8,3 dias e foi indolor ao paciente. Gerou menos custo em relação ao curativo de gaze comum, por permanecer mais tempo no local e não demandar tanto tempo da enfermagem na atenção ao paciente⁴⁴.

Apenas dois pacientes apresentaram infecção de FO – um do grupo tratado com hidrocoloide e o outro do grupo tratado com gaze comum⁴⁴. Logo, por ser um estudo randomizado, com nível de evidência e grau de recomendação 2A, escore de qualidade 24 e Jadad 3, como cobertura de FO abdominal sem complicação, o hidrocoloide é uma alternativa que gera menos custo e menos gasto de tempo da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia abdominal eletiva.

O uso do FASTAC – um novo método de fechamento abdominal temporário que permite a reavaliação frequente do conteúdo abdominal e a reaproximação progressiva das bordas fasciais sem comprometer os resultados definitivos de fechamento fascial – foi outro curativo encontrado na análise dos estudos⁴⁵.

Os pacientes que utilizaram o FASTAC tiveram maior reparação de hérnia ventral subsequente do que aqueles que não usaram o FASTAC: cinco de 12 pacientes (42%) x 14 de 99 pacientes (14%). Contudo uma análise posterior não mostrou diferença no índice de hérnia ventral tardia entre os pacientes que usaram ou não o FASTAC como o método TAC final para cicatrização abdominal definitiva: dois de seis pacientes (33%) x 14 de 99 pacientes (14%). Adicionalmente, 19% dos pacientes que utilizaram o FASTAC (n = 3) desenvolveram uma fístula enterocutânea, enquanto que em 5% dos pacientes que não usaram o FASTAC foi observada presença de fístula. O tempo de tratamento com FASTAC foi de 13 dias, com média de dois dias. Já os pacientes que não usaram FASTAC tiveram tempo de sete dias, com média de um. Houve quatro mortes no grupo FASTAC (25%) e 18 mortes no grupo sem o FASTAC (14%)⁴⁵.

Logo, percebe-se que o grupo que usou o FASTAC teve mais efeitos adversos do que o grupo que não usou. Além disso, a operacionalização desse curativo é complicada, e só foi testada por este grupo de médicos porque é um modelo utilizado na instituição que realizou o estudo, através de uma coorte, com nível de evidência 3. Assim, entende-se que o grau de recomendação é 3C. O resultado contraindica a intervenção, considerando que os benefícios do curativo não superam seus riscos e prejuízos.

Outro curativo apresentado, conforme quadro 13, é o ABRA, um sistema de fechamento dinâmico da parede abdominal, o qual foi desenvolvido para permitir reaproximação gradual dos músculos de linha média abdominal e fascial, usando elastômeros com suturas dinâmicas de retenção⁴⁶. Esse estudo apresentou como

limitação uma amostra pequena – apenas 23 pacientes –, sem um grupo controle para comparação. Além disso, os resultados apresentados não mostraram benefícios relevantes, considerando o tempo de cicatrização em relação a outros curativos apresentados nesta revisão. O tempo de cicatrização do ABRA foi em média de 40 dias, sendo que nove pacientes não conseguiram obter o fechamento completo, tendo apenas a área da FO reduzida⁴⁶. Nesse sentido, o nível de evidência e o grau de recomendação foi 3B.

Assim como o curativo ABRA, o mesmo ocorreu com o curativo gama Allevyn⁴⁷. Embora a amostra desse estudo tenha sido maior (63 pacientes) e ter sido comparável com outros curativos, os resultados não são significativos quando comparáveis com os resultados que se destacaram nesta revisão. Segundo esse estudo, cicatrizaram 39 feridas (63,9%) na média de 40,9 dias. As feridas traumáticas cicatrizaram 70,7% em 38,8 dias, 40% das FO em 53,3 dias e queimaduras 80% cicatrizaram em 37,5 dias⁵⁴. Assim, observando os demais trabalhos, percebe-se que existem alternativas de curativos que mostraram contribuir de forma mais efetiva na cicatrização da FO. O nível de evidência e o grau de recomendação desse estudo é 3B, necessitando de pesquisas complementares para comprovar a efetividade desse tipo de curativo.

O último curativo levantado na amostra desta revisão foi o peloide⁴⁸. O estudo que o utilizou é de caso-controle, que tem nível de evidência e grau de recomendação 4B, por apresentar uma amostra pequena, sem prazo determinado para avaliação e sem evidência de outros estudos que pudessem contribuir com a validação do curativo. Além disso, outro agravante que prejudica a qualidade do estudo é o fato de ele não descrever a forma como foi preparado o produto; apenas é dito que a lama medicinal utilizada foi obtida da lagoa 26 da Salina de Guantánamo, com prévio cumprimento das normas para sua colheita e transporte. A dificuldade de poder realizar estudos comparativos em outras realidades, devido à necessidade de se usar o mesmo tipo de lama, inviabiliza a indicação desse curativo.

Nesta revisão, o curativo VAC, o curativo com hidrofibra de prata e o *Hypericum perforatum* foram os únicos em que se observou nível de evidência 1 e 2, com grau de recomendação A, o que foi considerado presença de evidência forte, sendo que o curativo a VAC foi prevalente.

6 CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática, cuja pergunta de investigação foi **Qual é o curativo prevalente no tratamento de feridas operatórias abdominais?**, recuperou 6.107 artigos. Destes, 102 foram duplicados. Após os quatro testes de relevância – Teste de Relevância Preliminar, Teste de Relevância I, Teste de Relevância II e Teste de Relevância Final –, 33 estudos compuseram a amostra desta revisão, sendo oito revisões sistemáticas (24,2%), sete ensaios randomizados (21,2%), 16 coortes (48,4%) e dois casos-controle (6,0%). Foram consultadas sete bases de dados, com destaque para a Scopus, com oito artigos (24,2%), seguido da Cochrane, com sete (21,2%). Já as bases de dados menos prevalentes foram Lilacs e Scielo, com um artigo cada (3,0%). Em relação ao país de origem, houve uma predominância de estudos realizados nos EUA, com oito artigos (24,2%) e na Inglaterra, com sete (21,2%). A amostra ficou composta apenas por estudos de 2004 a 2010, sendo que 11 artigos (33,3%) foram publicados em 2008, o ano prevalente da amostra; em contrapartida, 2004, com dois artigos (6,0%), foi o ano menos prevalente. O tipo de cirurgia prevalente foi a laparotomia, com 15 estudos (45,45%), seguida de cirurgia colorretal e retossigmoidectomias, com cinco estudos (15,15%). A cirurgia de correção de hérnia incisional foi a menos prevalente, com apenas um estudo (3,03%). As diferenças dos mecanismos de busca das sete bases de dados e o número de MeSH utilizados ocasionaram uma busca ampla, resultando em grande retorno de estudos.

Esta revisão apresentou como prevalente a descrição de 16 estudos que utilizaram o curativo a vácuo ou a terapia de pressão negativa como terapia única e que combinaram a terapia a VAC com outros métodos de cobertura, sendo, sem dúvida, indicativo de uma tecnologia aplicada para tratamento de diferentes feridas, inclusive de FOs abdominais. Entretanto a realidade dos estudos mostrou a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas, com nível de evidência elevada, do tipo revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados com a terapia de pressão negativa em populações diferentes.

O presente estudo traz contribuições importantes ao conhecimento na área de tratamento de feridas. É o primeiro estudo, em âmbito mundial, com modelo de revisão sistemática, que disserta sobre o curativo ideal para tratamento de FOs

abdominais. Pontuou-se, neste trabalho, a existência de evidência forte para alguns curativos, como VAC, e a lacuna de evidências para outros, como peloide.

Espera-se, com esta revisão, poder contribuir e subsidiar o desenvolvimento de um protocolo clínico voltado ao tratamento de FO abdominal, que, posteriormente, deverá ser validado.

Nesse sentido, sugerem-se novas pesquisas, como ensaio clínico randomizado ou estudo de caso-controle, para que se possa avaliar a efetividade e a viabilidade da terapia VAC na nossa realidade.

REFERÊNCIAS

1. Dealey C. Cuidando de Feridas: um guia para enfermeiras. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2001.
2. Carr KC. Developing an evidence-based practice protocol: implications for midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2000;45(6):544-51.
3. Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Barbosa H, Amâncio A., Controle clínico do paciente cirúrgico. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009.
5. Haddad MCL, Bruschi LC, Martins EAP. Influência do açúcar no processo de cicatrização de incisões cirúrgicas infectadas. *Rev latino-amer de Enf*. 2000;8(1):57-65.
6. Odom-Forren J. Preventing surgical site infections. *Nursing*. 2006;36(6):58-63.
7. Porchat CA, Santos EG, Neto GPB. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinada à outras cirurgias do abdome. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2004;31(6):368-372.
8. Meeks GD, Trenhaile T, Mann WJ, Falk SJ. Abdominal surgical incisions: prevention and treatment of complications. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001.
9. Fernandez OS, Díaz JM, González AC, Benavides RB, Castillo JZ. Factores de riesgo pra dehiscencia de herida quirúrgica. *Rev Cirugía y cirurjanos*. 2000;68(5):198-203.
10. Santos JCM. Profilaxia das complicações pós-operatórias no tratamento cirúrgico das doenças do intestino grosso: II – deiscência da anastomose. *Rev Bras de Coloproctologia*.1998;18(1):44-51.
11. Ferreira AM, Andrade D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenção de enfermagem no pós-operatório. *Arq. Ciência Saúde*. 2006;13(1):27-33.
12. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha de Enf, Porto Alegre*. 2006;27(4):491-498,
13. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA, Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-amer de Enf*. 2004;12(3):549-556.

14. Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA. GERS-Rio. Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. Rev. Col. Brás Cir. [Internet]. 2007 [citado em 2011 nov 14];34(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc>
15. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Educação a Distância. [acessado em 2009 ago/out]. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>, Centro de Colaboração Cochrane e Laboratório de Ensino a Distância (LED) – UNIFESP,
16. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev Bras de Fisioterapia. 2007;11(1):83-89.
17. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP Journal Club. 1995;123(3):A12-3.
18. Santos CMC. Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
19. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomised studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health. 1998;52(6):377-384.
20. Mariath AB. Efeitos da suplementação de selênio durante a gestação: uma revisão sistemática. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.
21. Clark HD, Wells GA, Huet C, McAlister FA, Salmi LR, Fuguston D, et al. Assessing the quality of randomized trials: reability of the Jadad scale. Controle Clin trials. 1999;20(5):448-52.
22. Bork ANM. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
23. Baier PK, Glück NC, Baumgartner U, Adam U, Fischer A, Hopt UT. Subcutaneous redon drains do not reduce yhe incidence of surgical site infections after laparotomy. A randomized controlled trial on 200 patients. Int. J Colorectal Dis. 2010;25(5):639-643.
24. Bovill E, Banwell PE, Teot L, Eriksson E, Song C, Mahoney J, et al. Topical negative pressure wound therapy: a review of its role and guidelines for its use in the management of acute wounds. Int Wound Journal. 2008;5(4):511-528.
25. Mouës CM, Van den Bemd GJCM, Heule F, Hovius SER. Comparing conventional gauze therapy to vacuum-assisted closure wound therapy: A prospective randomized trial. Journal of Plastic, reconst and Aesthetic Sur. 2007; 60(6):672-681.

26. Trueman P, Flack S, Loonstra A, Hauser T. The feasibility of using V.A.C. Therapy in home care patients with surgical and traumatic wounds in the Netherlands. *Int Wound Journal*. 2008;5(2):225-231.
27. Gabriel A, Shores J, Heinrich C, Baqai W, Kalina S, Sogioka N, Gupta S. Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds. *Int Wound Journal*. 2008;5(3):399-413.
28. Mayer D, Rancic Z, Meier C, Pfammatter T, Veith FJ, Lachat M. Open abdomen treatment following endovascular repair of rupture abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surg*. 2009;50(1):1-7.
29. Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Muñoz M, Lorente-Herce J, et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. *Cir Esp*. 2010;87(5):312-317.
30. Amin AI, Shaikh IA. Topical negative pressure in managing severe peritonitis: A positive contribution? *World J Gastroenterol*. 2009;15(27):3394-3397.
31. Heller L, Levin SL, Butler CE. Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. *The American Journal Of Surg*. 2006;191(2):165-172.
32. Labler L, Trentz O. The use of vacuum assisted closure (VAC™) in soft tissue injuries after high energy pelvic trauma. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392(5):601-609.
33. Campbell PE, Smith GS, Smith JM. Retrospective clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy. *Int Wound Journal*. 2008;5(2):280-286.
34. Barker DE, Green JM, Maxwell RA, Smith PW, Mejia VA, Dart BW et al. Experience with vacuum-pack temporary abdominal wound closure in 258 Trauma and general and vascular surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007;204(5):784-791.
35. Miller PR, Meredith JW, Johnson JC, Chang MC. Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen. *Annals of Surg*. 2004;239(5):608-616.
36. Batacchi S, Natano S, Nella A, Zagli G, Bonizzoli M, Pasquini A et al. Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Critical Care*. 2009;13(6):1-8.
37. Gäddnäs F, Saarnio J, Ala-Kokko T, Laurila J, Koivukangas V. Continuous retention suture for the management of open abdomen: a high rate of delayed fascial closure. *Scandinavian Journal of Surg*. 2007;96(4):301-307.
38. Gracias VH, Braslow B, Johnson J, Pryor J, Gupta R, Reilly P, et al. Abdominal Compartment Syndrome in the Open Abdomen. *Arch Surg*. 2002;137(11):1298-1300.

39. Jamshidi R, Schechter WP. Biological dressings for the management of enteric fistulas in the open abdomen. *Arch Surg.* 2007;142(8):793-796.
40. Samadi S, Khadivzadeh T, Emami A, Moosavi NS, Tafaghodi M, Behnam HR. The effect of *Hypericum perforatum* on the wound healing and scar of cesarean. *The Jour of Alternative and Complementary Med.* 2010;16 (1):113-117.
41. Maggiori L, Rullier E, Meyer C, Portier G, Faucheron JL, Panis Y. Randomized controlled trial of pelvic calcium alginate following rectal cancer surgery. *British Journal of Surg.* 2010;97(4):479-484.
42. Tang CL, Jayne DG, Seow-Choen F, Yen-Yee NG, Eu KW, Mustapha N. A randomized controlled trial of 0,5% Ferric Hyaluronate gel (Intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery. *Annals of Surg.* 2006;243(4):449-455.
43. Jurczak F, Dugré T, Johnstone A, Offori T, Vujovic Z, Hollander D. On the AQUACEL Ag Surgical/Trauma Wound Study Group. Randomised clinical trial of Hydrofiber dressing with silver versus povidone-iodine gauze in the management of open surgical and traumatic wounds. *Int Wound Journal.* 2007;4(1):66-76.
44. Shinohara T, Yamashita Y, Satoh K, Mikami K, Yamauchi Y, Hoshino S et al. Prospective evaluation of occlusive hydrocolloid dressing versus conventional gauze dressing regarding the healing effect after abdominal operations: randomized controlled trial. *Asian Jour of Surg.* 2008;31(1):1-5.
45. Goodman MD, Pritts TA, Tsuei BJ. Development of a novel method of progressive temporary abdominal closure. *Journal of Surg.* 2010;148(4):799-806.
46. Reimer MW, Yelle JD, Reitsma B, Doumit G, Allen MA, Bell MS. Management of open abdominal wounds with a dynamic fascial closure system. *Can J Surg.* 2008;51(3):209-214.
47. Soriano JV, Bonmatí AN, Casanova PL, Bou JET. El uso de apósitos hidrocelulares de la gama Allevyn em heridas agudas. Resultados a partir del estudiou AURIGA-04 em Atención Primaria. *Gerokomos.* 2006;17(3):145-153.
48. Ramírez RR, Tuero JHG, Salazar JC, Pineda MM, Quiala JG. Efectos del Peloide em la cicatrización de las heridas abdominales quirúrgicas dehiscentes. [Internet]. 2005. [acessado 2010 ago 17]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_3_05/san03305.htm

Apêndice A - Teste de Relevância I – Leitura dos resumos

Formulário de inclusão e exclusão dos artigos

Nº _____

Título: _____

Autor: _____

Objetivos: _____

Critério de avaliação

- Artigos com publicação no período de 1998 a 2010;
 - Idiomas inglês, português e espanhol;
 - Acesso *on-line* livre aos artigos;
 - Artigos que envolvam curativo em cirurgias abdominais eletivas (I = Intervenção);
 - Artigos que tenham sido realizados com indivíduos igual ou maior de 18 anos (P = participante).
-
- Incluído
 - Excluído. Por quê?

Apêndice B - Teste de Relevância II – Leitura dos artigos na íntegra

Formulário de inclusão e exclusão dos artigos

Nº _____

Título: _____

Autor: _____

Objetivos: _____

Metodologia: _____

- Artigos que envolvam curativo em cirurgias abdominais eletivas (I = Intervenção);
- Artigos que tenham sido realizados com indivíduos igual ou maior de 18 anos (P = participante)
- A metodologia trata-se de estudos randomizados, coorte ou caso controle?

- Incluído
- Excluído. Por quê?

Apêndice C - Teste de Relevância III – Análise dos artigos na íntegra

Formulário de inclusão e exclusão dos artigos

Nº _____

Título: _____

Autor: _____

Objetivos: _____

() objetivo do estudo tinha relação com a questão norteadora da revisão sistemática?

Metodologia: _____

() a metodologia empregada estava suficientemente descrita de forma a ser replicada?

() a metodologia estava adequada ao alcance dos objetivos?

() os resultados eram compatíveis com a metodologia utilizada, merecendo credibilidade?

() a aplicabilidade dos resultados é possível na prática, sendo que os benefícios mostram-se superiores aos riscos potenciais e justificam os custos?

Apêndice D - Artigos repetidos após Teste de Relevância Preliminar

Nº Artigo	Título
30/365/348/293/216	Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing
32/405	Adhesive retention dressings are more comfortable than alginate dressings on slit-skin-graft donor sites
36/434	Laparoscopic versus open appendectomy
37/395	Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trials of wound management in general practice
65/412	An overview of negative pressure wound therapy (NPWT)
62/66	Avance: silver hydropolymer dressing for critically colonized wounds
114/516	Biological dressings for the management of enteric fistulas in the open abdomen
118/291	Disagreement in primary study selection between systematic reviews on negative pressure wound therapy
140/523	Topical advances in wound care
141/377	Topical negative pressure wound therapy: a review of its role and guidelines for its use in the management of acute – Estas Bovill et al
142/409	Topical negative pressure in managing severe peritonitis: a positive contribution?
145/292/524	Update on open abdomen management: Achievements and challenges
185/258/420	Case study: negative pressure wound therapy in an abdominal wound
189/225	Abdominal drainage after hepatic resection is contraindicated in patients with chronic liver diseases
190/279/321	Incisional hernia after upper abdominal surgery: a randomised controlled Trial of midline versus transverse incision
210/276	Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of risk model
244/49	Drenaje de la herida para la cesárea
277/228	Continuous retention suture for the management of open abdomen: a High rate of delayed fascial closure
286/397	Management of open abdominal wounds with a dynamic fascial closure system
288/445	Prospective evaluation of occlusive hydrocolloid dressing versus conventional gauze dressing regarding the healing effect after abdominal operations: randomized controlled trial
289/396	Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen
295/345	Determinants of wound healing in bone marrow-impregnated collagen matrix treatment
309/326	Fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma do reto: um estudo prospectivo e casualizado
322/299	An experimental model for the study of drug effects on cutaneous healing
338/130	Negative pressure wound therapy: Potential publication bias caused by lack of access to unpublished study results data
346/453/31	Dressing size and Pain: a prospective trial
353/367	Vacuum assisted closure of postoperative abdominal wounds: a prospective study
364/265	Decision Making in Abdominoplasty
370/452	Comparison of homecare costs of local wound care in surgical patients randomized between occlusive and gauze dressings
371/183/257	Development of abdominal wound dehiscence after a colectomy: a nursing challenge
374/375	Managing wound exudate
379/388	Incidencia de infeccion em heridas quirúrgicas em hospital de Ciudad de La Habana. Período enero-junio, 2004
381/315	Queloides y cicatrices hipertroficadas: problema frecuente de manejo complejo
386/435	El uso de apósitos hidrocelulares de la gama Allevyn en heridas agudas
392/382	Surgical management of spontaneous ruptured hepatocellular adenoma
393/383	Surgical site infection in a University Hospital in Northeast Brazil
403/446	Prospective randomized Trial of accelerated re-epithelization of skin graft donor sites using extracorporeal shock wave therapy
413/64	APWCA case #3: A unique aggregating powder dressing
418/82	Managing highly exuding wounds with Eclipse dressings
424/88	Randomised clinical trial of hydrofiber dressing with silver versus povidone-iodine gauze in the management of open surgical and traumatic wounds.
425/496/89	Retrospective clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy
428/97	The role of topical negative pressure in wound repair: expression of biochemical markers in wound fluid during wound healing
429/497	The use Atrauman non-adherent wound dressing in tissue viability
487/129	Modern wound care for the poor: a randomized clinical Trial comparing the vacuum system with conventional saline-soaked gauze dressings
495/421	Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds.
518/131	Open abdomen after trauma and abdominal sepsis: a strategy for management
521/133	Pacifying the open abdomen with concomitant intestinal fistula: a novel approach

Apêndice E - Artigos Excluídos

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
1	Antissépticos cutâneos en el preoperatorio para la prevención de infecciones de la herida quirúrgica después de una intervención quirúrgica limpia	Edwards OS, Lipp A, Holmes A	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata da assepsia da pele.
2	Drenaje profilático anastomótico para la cirugía colorrectal	Jesus EC, Karliczek A., Mattos D, Castro AA, Atallah AN	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno.
3	Cierre Primario versus drenaje com tubo em T después de la exploración del conducto biliar común a cielo abierto	Gurusamy KS; Samraj K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno
4	Cirurgia laparoscópica versus cirugía abierta em pacientes com sospecha de apendicitis	Sauerland S., Lefering R, Neugebauer EAM	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Inclui crianças.
5	Debridement for surgical wounds	Dryburgh Nancy, Smith Fiona, Donaldson Jayne, Mitchell Melloney	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina os diferentes métodos de debridamento e cicatrização de feridas cirúrgicas.
6	Doble guante para reducir la infección cruzada quirúrgica	Tanner J., Parkinson H	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisa se a proteção reduz o número de infecção de FO e se o uso de 2 pares de luvas reduz o nº de perfurações no 1º par de luvas.
7	Drenaje abdominal sistemático para la colecistectomía abierta sin complicaciones	Gurusamy KS; Samraj K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno
8	Drenaje abdominal sistemático para la colecistectomía laparoscópica no complicada-	Gurusamy KS, Samraj K, Muller P, Davidson BR	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno
9	Antibióticos para la prevención de fracturas abiertas de las extremidades	Gosselin RA, Roberts I, Gillespie WJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de fraturas expostas.
10	Reparación extraabdominal versus intraabdominal de la incisión uterina en la cesárea	– Jacobs-Jokhan D, Hofmeyr GJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
11	Resección y ablación endometrial versus histerectomía para El sangrado menstrual profuso	Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara técnicas para tratamento de sangramento menstrual profundo.
12	Técnicas laparoscópicas versus técnicas a cielo abierto para la reparación de la hernia inguinal	McCormack K, Scott NW, Ross S, Grant AM	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de cirurgia inguinal
13	Técnicas y materiales para El cierre cutáneo de la cesárea	Alderdice F, McKennaD, Dornan J	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara técnicas e materiais para cesárea, com tempo necessário para realizar uma cesárea e os resultados maternos.
14	Uso de los apósitos adhesivos plásticos durante la cirugía para la prevención de la infección del sitio quirúrgico	Webster J, Alghamdi AA	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparação de materiais.
15	Antibióticos profilácticos para la prevención de la infección del sitio quirúrgico posterior a la cirugía por cáncer de mama	Cunningham M, Bunn F, Handsomb K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Cirurgia por Ca de mama.
16	Antibióticos versus placebo para la prevención de la infección posoperatoria después de una apendicectomía	Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia o uso de ATB e placebos em paciente submetidos a apendicectomia, tanto adultos quanto crianças.
17	Drenaje abdominal sistemático para la resección hepática no complicada	Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno
18	Drenaje de la herida después de la reparación de la hernia incisional	Gurusamy KS, Samraj K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de uso de dreno
19	Honey as a topical treatment for wounds	Jull Andrew B, Rodgers Anthony, Walker Natalie	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
20	Incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea	Mathai M, Hofmeyr GJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina os riscos e os benefícios dos métodos de incisões abd. Para cesárea.
21	Intra-peritoneal prophylactic agents for preventing adhesions and adhesive intestinal obstruction after non-gynaecological abdominal surgery	Kumar Senthil, Wong Peng F., Leaper David J.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
22	Preoperative biliary drainage for obstructive jaundice	Wang Qin, Gurusamy Kurinchi Selvan, Lin He, Xie Xiaodong, Wang Chaohua	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina os benefícios pré-operatórios.
23	Preparación mecánica del intestino para la cirugía colorrectal electiva	Guenaga KF, Matos D, Castro AA, Atallah NA, Wille-Jorgensen P	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina a efetividade do preparo intestinal em relação a taxas de morbidade e mortalidade neste tipo de cirurgia.
24	Reparación abierta de la hémia inguinal com malla versus sin malla	Scott NW, McCormack K, Graham P, Go PMNYH, Ross SJ, Grant AM	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute diferentes técnicas cirúrgicas.
28	Preferences of patients, doctors, and nurses regarding wound dressing characteristics: A conjoint analysis	Hester Vermeulen, Dirk T. Ubbink, Femke de Zwart, Astrid Goossens, Rien de Vos.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
29	Treatment of superficial surgical wounds after removal of seborrheic keratoses: a single-blinded randomized-controlled clinical study	Steven Goetze, Mirjana Ziemer, Martin Kaatz, Roger D. A. Lipman e Peter Elsner	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
32	Adhesive retention dressings are more comfortable than alginate dressings on slit-skin-graft donor sites	E. Hormbrey, A. Pandya, H. Giele	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
33	Wound Care in the geriatric client	Steve Gist, Iris Tio-Matos, Sharon Falzgraf, Shirley Cameron, Michael Beebe	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar o tipo de coberturas usadas em pacientes idosos.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
34	The Sigma-trial protocol: a prospective Double-blind multi-centre comparison of laparoscopic versus open elective sigmoid resection in patients with symptomatic diverticulitis	Bastiaan R. Klarenbeek et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
36	Laparoscopic versus open appendectomy	Namir Katkhouda, Rodney J. Mason, Shirin Towfigh, Anna Gevorgyan e Rahila Essani	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
37	Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trials of wound management in general practice	Clare Heal, Petra Buettner, Beverly Raaschm et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Manutenção de curativo nas primeiras 48 horas após incisão.
38	El uso de apósitos hidrocélulares de la gama Allevyn em heridas agudas. Resultados a partir del estudio AURIGA-04 em Atención Primaria	José Verdú Soriano, Andreu Nolasco Bonmtí, Pablo López Casanova, Joan-Enric Torra i Bou	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de material cirúrgico.
39	Tratamiento com oxígeno hiperbárico para heridas crónicas	Kranke P, Bennett M, Roeckl-Wiedmann I, Debus S	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia úlceras em MIs
40	Toque terapéutico para la curación de lãs heridas agudas	O'Mathuna DP, Ashford RL	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
41	Presión negativa tóptica para tratar heridas crónicas	Evans D, Land L	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de feridas crónicas.
42	Adhesivos tisulares para El cierre de incisiones quirúrgicas	Coulthard P, Worthington H, Esposito M, Vander Elst M, van Waes OJF	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
43	Adhesivos tisulares para laceraciones traumáticas em niños y adultos	Farion K, Osmond MH, Hartling L, Russell K, Klassen T, Crumley E, Wiebe N	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Envolve crianças.
44	Apósitos y agentes tópicos para heridas quirúrgicas que cicatrizan por segunda intención	Vermeulen H, Ubbink D, Goossens A, de Vos R, Legemate D	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
45	Agentes tópicos y Apósitos para las lesiones fungiformes	Adderley U, Smith R	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
46	Agua para la limpieza de heridas	Fernandez R, Griffiths R	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
47	Apósitos de gasa y tela adhesiva y de poliuretano transparente para los cateteres venosos centrales	Gillies D, O'Riordan L, Carr D, Frost J, Gunning R, O'Brien I	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Envolve crianças.
48	Plata tóptica para el tratamiento de las heridas infectadas	Vermeulen H, van Hattem JM, Storm-Versloot MN, Ubbink DT	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo feito com úlceras.
50	Drenaje cerrado por succión de heridas quirúrgicas después de la cirugía ortopédica	Parker MJ, Livingstone V, Clifton R, McKee A	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Cirurgia ortopédica.
55	Is bactíbia a predictor of poor outcome of pancreaticoduodenectomy?	Sinvanpillay Mahadevam et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute índice de infecção e variáveis que contribuem para desenvolver infecção pós pancreatite.
56	Late posto Pancreatectomy haemorrhage. Risk factors and modern management	Pandanaboyana Sanjay, Ali Fawzi, Jennifer L. Fulke, Christoph Kulli, Iain S. Tait, Iain A Zealley, Francesco M Polignano	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica fatores de risco pós cirurgia.
58	Prospective randomized Trial of two wound management strategies for dirty abdominal wounds	Stephen M. Cohn et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute técnica para fechamento de FO durante ato cirúrgico.
59	Colon and rectal surgery for câncer without mechanical bowel preparation: one-center randomized prospective Trial	Stefano Scabini, Edoardo Rimini, Emanuele Romairone, Renato Scordamaglia, Giampiero Damiani, Davide Pertile e Valter Ferrando	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de preparo pré-cirurgia
60	The sigma-trial protocol: a prospective Double-blind multi-centre comparison of laparoscopic versus open elective sigmoid resection in patients with symptomatic diverticulitis	Bastiaan R Klarenbeek et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere diferentes técnicas cirúrgicas.
61	3M Tegapore™: the case for a modern wound contact material	Mair Fear	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
62	Avance: silver hydropolymer dressing for critically colonized wounds	Kate Ballard, Fionta McGregor	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não aborda FO abdominal, foi testado em úlcera venosa apenas.
63	Use of wound dressings with soft silicone adhesive technology	Clare Morris	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo com crianças.
67	Calling on NERDS for critically colonized wounds	Connie M Sarvis	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não referiu cirurgias abdominais, produto usado para lesões de pele e necrose.
68	Comparasion of healing of incised abscess wounds with honey and EUSOL dressing	John A O Okeniyi, Olasunkanmi O Olubanjo, Tinuade A Ogunlesi e Oyeku A. Oyelami	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Realizado com crianças.
69	Consider the whole patient, not Just the hole: healing a wound cavity by secondary intention	Cartidge-Gann L	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não relata o uso em cirurgias abdominais.
70	Control f traumatic wound bleeding by Compression with a compact elastic adhesive dressing	Sody Abby Naimer	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia curativo compressivo em trauma e sangramento.
71	Debridement of necrotic tissue and eschar using a capillary dressing and semi-permeable film dressing	Jackie Lisle	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar resultados de desbridamento com uso de produtos diferentes.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
72	Descriptive evaluation of alone hydrocapillary dressing	Louise Morris	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não envolve procedimento abdominais.
73	Does Allevyn foam's management system improve wound healing?	Stephen Young	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere o uso em procedimentos abdominais.
75	Effect of three wound dressings on infection, healing comfort, and cost in patients with sternotomy wounds	Rochelle Wynne et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não envolve cirurgias abdominais.
76	Evaluating Cutimed Sorbact: using a case study approach	Gail Powell	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia o crescimento de bactérias em feridas.
77	Evaluation study of the properties of two adhesive foam dressings	Louis Viamontes, Annie M Jones	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Método aplicado a úlcera venosa e úlcera de pressão
78	Experience with Biobrane, uses and caveats for success	Greenwood JE, Clausen J & Kavanagh S	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não envolve cirurgias abdominais.
79	Gentle foam dressings: interim results of na evaluation of the Allevyn range	Lorraine Grothier	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
80	Inter- and intra-observer (dis)agreement among nurses and doctors to classify colour and exudation of open surgical wounds according to the Red-Yellow-Black scheme	Hester Vermeulen, Dirk T Ubbink, Sanne M Schreuder, Maarten J Lubbers	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
81	Management of intractable Sternal wound infections with topical negative pressure dressing	Su-Shin Lee et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia ostiomileite em cirurgia cardíaca.
83	Mepilex Ag: an antimicrobial, absorbent foam dressign with Safetac technology	Simon Barrett	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia eficácia de produto.
84	Oasis: an innovative alternative dressing for chronic wounds	Maureen Benbow	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não de novo curativo em feridas crônicas, não abdominais.
85	Obtaining the evidence for clinically effective wound care	Carol Dealey	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara uso de dois tipos de curativos, mas não em FO.
86	Occlusive dressings and the healing of standardized abrasions	Joel W. Beam	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia tipo de curativo em lesões.
87	Prontosan wound irrigation and gel management of chronic wounds	Ann Horrock	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não é usado em procedimento cirúrgico.
90	Risk factors for surgical site infections in Older People	Keith S. Kaye, Richard Sloane, Daniel J. Sexton, Kenneth A. Schmader	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica fatores de risco em cirurgias de pessoas idosas.
91	Secondary wound dressings: an evaluation of Alldress	David G Gray, Richard White, Fiona Russell, Pam J Cooper	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia custos com uso de determinados produtos.
92	Sorbion Sana: a non-adherent, highly absorbent, hypoallergenic dressing	Pauline Beldon	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Demonstra a eficácia de curativo em lesões de pele.
93	Surgical Site Infections	Audrey Adams	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Guidelines para infecção.
94	TenderWet: an innovation in moist wound healing	Pam Cooper	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Demonstração de novo produto para curativo, mas não em FO abdominal.
95	The effect of silver-containing hydrofiber dressing on superficial wound bed and bacterial balance of chronic wounds	Pat Coutts, R Gary Sibbald	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia produtos em feridas crônicas.
96	The new star dressing range-Urgotul Start, UrgoCell start	Gail Powell	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Testa novos tipos de produtos em feridas, mas não FO.
98	The use of combination treatments and dressings for a traumatic wound	Adam Derbyshire	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
99	The use of flivasorb in hightly exuding wounds	Martin Tadej	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não atende objetivos do estudo, não faz referências a cirurgias abdominais, só a lesões de pele.
101	Transverse rectus abdominis myocutaneous flap wound-healing complications in breast reconstruction: assisted closure using foam suction dressing	Pierre-Ludovic Giacalone, Nouredine El Gareh, Samia Rihaoui, Uberto Giovannini	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Referente a lesão de mama.
102	Use of a polyethylene removable rigid dressing in a transtibial ampute	Dr. Polly Tsai e Dr. Saul Geffen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não envolve cirurgias abdominais.
103	Vacutex: a dressing designed for patients, tailored by nurses	Michelle Deeth, Lucy Pain	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não envolve procedimentos abdominais.
104	Wound infection in primary care	Chew Geok Lan, Chioh Mei Sung, Tan Soo Thian, Tan Pek Hoon, Chan Yiong Huak	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere procedimentos/cirurgias abdominais
106	Severe abdominal wall necrosis after ultrasound- Assisted Liposuction	C. Can Cedidi, Alfred Berger	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere cuidados com curativos.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
107	A clinical Review of infected wound treatment with Vacuum Assisted Closure (V.A.C) Therapy: Experience and cases series	Allen Gabriel, Jaimie Shores, Brent Bernstein, Jean de Leon, Ravi Kamepalli, Tom Wolvos, Mona M Baharestani, Subhas Gupta	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Curativos em feridas infectadas, não envolve cirurgias abdominais.
108	A prospective, randomised, controlled Trial comparing wound dressings used in hip and knee surgery: aquacel and tegaderm versus cutiplast	MJ Ravenscroft, J Harker, KA Buch	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar diferentes curativos em lesões e feridas de pele.
109	Abdominal wall infections with in situ mesh	Richard D. Collage e Matthew R. Rosengart	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar infecção em hérnia com uso de tela.
111	Aspergillus Infection of abdominal wall Biologic Mesh	Joseph Woodward and Andrew Wright	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica infecção em tela de fechamento abdominal.
112	Bacterial growth on adhesives dressing tapes used for the closure of surgical	S. Lipscombe, A. Juma	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia a eficácia de produto em curativos.
113	Biologic Dressings: Current Applications and limitations in dermatologic surgery	Peggy L. Chern, Christian L. Baum, Christopher J. Aprey	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não aborda cirurgias abdominais.
115	Damage control in burn surgery	R.S. Breederveld e R. W. Kreis	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não aborda cirurgias abdominais.
116	Decrease in incidence of surgical site infections in contemporary series of patients with radical cystectomy	Yuuki Kyoda, Satoshi Takahashi, Koh Takeyama, Naoya Masumori, Taiji Tsukamoto	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia surgimento de infecção em diferentes técnicas cirúrgicas de cistectomia.
117	Diagnosis and management of necrotising fasciitis: a multiparametric approach	MS Morgan	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia diagnóstico e tratamento para fasciiti necrosante.
118	Disagreement in primary study selection between systematic reviews on negative pressure wound therapy	Frank Peinemann, Natalie McGauran, Stefan Sauerland e Stefan Lange	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de revisão, não relata resultados com curativos em FO.
119	Dressings for acute and Chronic Wounds	Guillaume Chaby et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não discute tipos de curativos ou FO, refere só a seleção dos artigos.
122	Establishment of na acute superior mesenteric artery injury model for damage control surgery	Weiwei Ding, Xingjiang Wu, Guanwen Gong, Qingxin Meng, Lideng Ni, Jieshou Li.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia técnica cirúrgica.
123	Recommendations for use	Jan Apelqvist et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal
126	Management Strategy for dirty abdominal incisions primary or delayed primary closure? A randomized trial	Dipesh D. Duttaroy, Jagtap Jitendra, Bithika Duttaroy, Ujjwal Bansal, Prarthna Dhameja, Gunjan Patel e Nikhil Modi	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute benefícios e resultados entre fechamento do abdômen tardio ou no ato cirúrgico.
127	Microbiology of infected acellular dermal matrix (aloderm) in patients requiring complex abdominal closure after emergency surgery	Samir S. Awad, Raghuram K. Rao, David H. Berger, Daniel Albo e Charles F. Bellows	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de produto para determinar existência de microorganismo.
128	Minimising wound-related pain t dressing change: evidence-informed practice	Kevin Y Woo, Keith Harding, Patricia Price, Gary Sibbald	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Informa a evidência empírica baseada em um consenso sobre dor na troca do curativo.
131	Open abdomen after trauma and abdominal sepsis: a strategy for management	William P Schecter, Rao R Ivatury	Revisão de literatura
132	Open Abdomen treatment following endovascular repair of rupture abdominal aortic aneurysms.	Dieter Mayer, Zoran Rancic, Christoph Meier, Thomas Pfammatter, Frank J. Veith, Mario Lachat	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Relato de experiência de 10 anos no gerenciamento de paciente que precisam de cirurgia abdominal aberta depois de tratamento de urgência de aneurisma endovascular por AAA
134	Prevention and treatment of surgical site infection: summary of NICE guidance	David Leaper, Shona Burman-Roy, Ana Palanca et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute prevenção de infecção de FO.
135	Prevention and treatment of infected foot and ankle wounds sustained in the combat environment	Brendan D. Masini, Clinton K. Murray, Joseph C. Wenke, Joseph R. Hsu	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento de feridas infectadas no pé, tornozelo ocorridas no ambiente de combate.
136	Prise en charge des abdomens ouverts par la thérapie vacuum-assisted closure (VAC) évaluation rétrospective de 22 malades	J-P Arigon, O. Chapuis, E. Sarrazin, F. Pons, A. Bouix, R. Jancovici	Idioma em Francês.
137	Prospective randomised study to evaluate the use of DERMABOND ProPen in the closure of abdominal wounds versus closure with skin staples in patients undergoing elective colectomy	Julian Ong, Kok-Sun Ho, Min-Hoe Chew, Kong-Weng Eu	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
138	Risk factors for and Epidemiology of Surgical Site Infections –	David J. Leaper	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão de literatura para definir fatores de risco de infecção em sítio cirúrgico.
140	Topical advances in wound care	Alexander Stojadinovic, Jay W. Carlson, Gregory S. Schultz, Thomas A. Davis, Eric A. Elster	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão sobre preparação do leito da ferida, tanto crônicas quanto agudas.
143	Treatment of cartilage defects in the Knee using alginate beads containing human mature allogeneic chondrocytes	Karl Fredrik Almqvist, Aad A. M. Dhollander, Peter C.M. Verdonk., Ramses Forsyth, Ren	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento da cartilagem do joelho com condrócitos alogênicos.
144	Treatment of the Open Abdomen with the commercially available Vacuum-Assisted Closure System in Patients with abdominal sepsis	D. Wondberg, H. J Larusson, U. Metzger, A. Platz, U. Zingg	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento de sepsi abdominal não relacionado a procedimento cirúrgico.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
146	Use of dermabond as a dressing for prominent ear correction: a sound alternative to head dressings.	Andrew D.H. Wilson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Utilização de dermabond como cobertura para correção de orelha.
147	Use of Microdeformational wound therapy in difficult wounds	Brian M. Parrett, Lauren R. Bayer e Dennis P. Orgill	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Uso de terapia microdeformational em feridas complexas.
148	Use topical negative pressure in assisted abdominal closure does not lead to high incidence of enteric fistulae	I.A.Shaikh, A. Ballard-Wilson, S. Yalamarthy e A.I. Amin	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Alguns relatórios apontam que o uso de pressão negativa leva a desenvolvimento de fistula abdominal. O objetivo do estudo foi mostrar se a experiência do grupo evidencia o mesmo problema.
150	V.A.C. therapy in the management of paediatric wounds: clinical review and experience	Mona Baharestani et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento de terapia VAC no tratamento de feridas/lesões pediátricas.
151	Vacuum-Assisted closure for the treatment of parastomal skin necrosis: a novel approach to na unusual complication. Report of a case.	Susan Yoong, Gillian Dunne, Janette Cochrane, Bernard Lee, Jack Lee	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Utilização da terapia a VAC no tratamento de necrose de pele paraostomal.
152	Zinc in wound healing: Theoretical, experimental and clinical aspects	Alan B.G. Landsdown, Ursula Mirastschijski, Nicky Stubbs, Elizabeth Scanlon, Magnus S. Agren	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Utilização do zinco no tratamento de feridas.
153	Antibioticoterapia profilática em la cesárea	Dr. Carlos Pérez Velázquez, Dra Aimé Reyes Pérez, Dr. Arturo Pérez de Villa Amil	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso profilático de antibiótico em cesárea.
154	Apendicectomia laparoscópica versus aberta: análise retrospectiva	Daniel Navarini, André Alves Valiat, Rodrigo Righetto Rodrigues, Lucas Nicoloso Aita, Alceu Migliavaca, José Ricardo Guimarães	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute técnica cirurgia aberta ou por vídeo.
155	Cirurgias Colorretais no hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe: três anos de criação do serviço de coloproctologia	Juvenal da Rocha Torres Neto, Magno César Amaral de Souza Júnior, Rodrigo Rocha Santiago, Ana Carolina Lisboa Prudente	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não discute FO abdominal e fechamento
156	Escalas de Predicción e infección de sitio quirúrgico em 15625 cirugías 2001-2003	Hugo A. Fajardo Rodríguez, Jeanette Quemba Gordillo e Javier Eslava Schmalbach	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia índice de infecção em cirurgias através de acompanhamento telefônico, discute variáveis de aparecimento de infecção.
157	Fechamento de Colostomias: Com ou sem estudo do Cólon?	Hernán Augusto Centurión Sobral, Rodrigo Brito de Carvalho, Juliana Barreto Salem, Leticia Sarmanho, Idblan Carvalho de Albuquerque, Galdino José Sitonio Formiga	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Relata a necessidade de estudos pré-operatório no tratamento de cirurgia de cólon.
158	Histectomias: Estudo Retrospectivo de 554 casos	Eddie Fernando Cândido Murta, Juliana Delfino dos Reis, Juliana Misson Abrão, Juliana Muniz Miziara	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute causas de histerectomia.
159	Indicações e resultados da ressecção cirúrgica do Hemangioma hepático	Marília Iracema Leonardi, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin, Luiz Sérgio Leonardi	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento para hemangioma hepático, não discute FO.
160	Revisões Sistemáticas de antibioticoprofilaxia em cesarianas	Ana Cristina Marques Martins, Leticia Krauss-Silva	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute estudos sobre antibioticoprofilaxia em cesárias.
161	Seleção e uso de antibióticos em infecções intra-abdominais	Júlio César Uili Coelho, Giorgio Alfredo Pedroso Baretta e Luciano Okawa	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de antibioticoterapia.
162	Successful control program to implement the appropriate antibiotic prophylaxis for cesarean section	Silvia Nunes Szente, Maria Helena Sofia, Silvana Quintana, Fernanda dos Santos Nogueira e Anna S. Levin	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere FO, avalia a redução do uso de cefazolina em cesária e o índice de infecção.
163	Surgical Management of Spontaneous Rupture Hepatocellular Adenoma	Marcelo Augusto Fontenelle Ribeiro Junior, Eleazar Chaib, William Abrão Saad, Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque, Ivan Ceconello	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute causas de Ca hepático e índice de ruptura, não refere FO.
164	Utilidad del retractor elástico abdominal para disminuir El riesgo de infección de herida operat6ria em apendicitis aguda.	Alfredo Silva L., Guido Vargas M, Amparo Moreno A., Pablo Becerra H	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia uso de redutor abdominal na redução do índice de infecção.
167	Adverse impact of surgical site infections in English hospitals	R. Coelho, A. Charlett, J. Wilson, V. Ward, A. Pearson, P. Borriello	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação das infecções nos sítios cirúrgicos em hospitais ingleses.
168	Predictive risk score for infection after inguinal h6rnia repair	Patrick Pessaux et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica escore preditivo de risco para infecção após correção de h6rnia inguinal
169	Risk factors associated with surgical site infection in Upper and lower gastrointestinal surgery	Akihiro Watanabe et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica os riscos associados ao sítio cirúrgico de cirurgias abdominais superiores e inferiores.
170	Self-inflicted abdominal stab wounds	Fizan Abdullah, Amy Nuernberg, Reuven Rabinovici	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão retrospectiva de 23 pacientes com lesões abdominal por facadas causadas por si próprios.
171	Standardized patient care guidelines reduce infectious morbidity in appendectomy patients	Kenneth S. Helmer et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Orientações de cuidados padronizados a fim de reduzir a morbidade após infecção em pacientes após apendicectomia.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
172	Surgical Complications after kidney transplantation	Abhinay Humar e Arthur J. Matas	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia complicações cirúrgicas após transplante renal.
173	Surgical site infections after colorectal surgery: Do risk factors vary depending on the type of infection considered?	Jennifer Blumetti et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara fatores de risco para o desenvolvimento de infecção de pacientes submetidos a cirurgia de coloretal.
174	Colecistectomia Laparoscópica em regime ambulatorial	Almino Cardosos Ramos et AL.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
175	Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à abdominoplastia isolada e combinada à outras cirurgias do abdome	Carlos Alberto Porchat, Elizabeth Gomes dos Santos, Guilherme Pinto Bravo Neto.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia o grau de mortalidade e morbidade a abdominoplastia associadas a outras cirurgias da parede abdominal.
176	Eventrações Lombares: revisão tardia de 20 pacientes	Fernando A.B. Pitrez, Sérgio R. Pioner, Hélio Fernando Lemchen, Daniel Rech, Lucas B. Menegotto	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de ferida lombar.
177	Feasibility analysis of loop colostomy closure in patients under local anesthesia	Rone Antônio Alves de Abreu, Manlio B. Speranzini, Luiz C. Fernandes, Delcio Matos	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Verifica praticabilidade de se efetuar o fechamento de colostomia em alça sob anestesia local e sedação.
179	Indicações e resultados da ressecção cirúrgica do hemangioma hepático	Marília Iracema Leonardi; Elaine Cristina de a Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin; Luiz Sérgio Leonardi.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apresenta os resultados do tratamento cirúrgico de hemangioma hepático.
180	Reparo pela técnica de Shouldice modificada nas hérnias inguinais primárias	Renato Miranda de Melo; Artur de Oliveira Cozadi, Isamara de Souza Matias; Clímaco Cesar Moreira	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia se recidiva das hérnias inguinais primárias corrigidas pela técnica de Shouldice.
181	Na overview of negative pressure wound therapy (NPWT)	Geoff Thompson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Relato de experiência sobre a utilização da técnica de pressão negativa em feridas crônicas e agudas.
182	Complex wound or complex patient? Strategies for treatment	Kathryn Vowden	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Três estudos de caso sobre tratamento de lesões complexas e não complexas.
186	Action Stat	Joanne K. Phillips	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso de um paciente – pediátrico – com infecção de FO em Pós-operatório de hemicolectomia.
187	Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series	Vincent maida, Mario Corbo, Michael Dolzhykov, Marguerite Ennis, Shiraz Irani, Linda Trozzolo	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de prevalência e incidência de lesões em pacientes com doenças avançada.
188	A rare case isolated wound implantation of colorectal adenocarcinoma complicating an incisional hérnia: case report and review of the literature	Aninda Chandra, Lester Lee, Fahad Hossain e Harnaik Johal	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso de um paciente com adenocarcinoma de cólon com um tumor isolado após 3 anos e meio da cirurgia, com presença de hérnia incisional.
189	Abdominal drainage after hepatic resection is contraindicated in patients with chronic liver diseases	Chi-leung Liu et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina se a drenagem abdominal é benéfica após ressecção hepática em pacientes com doença hepática Crônica.
190	Incisional hernia after upper abdominal surgery: a randomised controlled Trial of midline versus transverse incision	J.A. Halm, H. Lip., P.I. Schmitz, J. Jeekel	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determinar se a incisão transversa é uma alternativa em relação a incisão mediana devido a incidência de hérnia incisional, infecção de FO e dor no pós-operatório.
191	Single-incision laparoscopic cholecystectomy: Single institution experience and literature review	Yasumitsu Hirano, Toru Watanabe, Tsuneyuki Uchida, Shuhei Yoshida, Kanae Tawaraya, Hideaki Kato, Osamu Hosokawa	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso sobre colecistectomia por vídeo com incisão única.
192	The search for na ideal method of abdominal fascial closure	Nicole C.F. Hodgson, Richard A. Malthaner, Truls Ostbye	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados para determinar qual melhor material de sutura e técnica reduz as probabilidades de hérnia incisional.
194	Abdomen agudo quirúrgico em El anciano	Dr. Jesús M.Valdés Jiménez, Dr. Orestes N. Mederos Curbelo, Dr. Juan Carlos Barrera Ortega, Dr. Alexis Cantero Ronquillo, Dra. Yanet Pedroso Díaz, Dr. Bruk Bekele Jémbere	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute causas do abdômen agudo.
195	Cánula multi-instrumentos: um nuevo concepto de laparoscopia	Eduardo Sánchez de Badajoz, Adolfo Jiménez Garrido, Antonio Simón Mata e Francisco García Vacas	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute técnica cirúrgica com instrumental de vídeo.
196	Estudo experimental comparando o uso do 2-octil cianoacrilato ao nylon 4-0 na sutura da pele	Ruffo de Freitas Júnior et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo realizados com animais.
197	Morbimortalidade da reconstrução de transito intestinal colônica em hospital universitário – análise de 42 casos	Luiz Carlos Von Bahten, João Eduardo Leal Nicoluzzi, Fábio Silveira, Guilherme Matioli Nicolletti, Lillian Yuri Kumagai, Vanessa Zeni de Lima	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não discute tipo de FO e cuidados.
198	Traumatismo vesical por arma de fuego: presentación de um caso y revisión de la literatura	Pérez Fentes DA, Toucedo Caamaño V, Villasenín Parrado L, Lema Grille J, Rodríguez Núñez H, Blanco Parra M.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere tipos de FO e cuidados.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
200	Abdominal wall closure: resident education and human error	W.W. Hope, L.I. Watson, R. Menon, C.A. Kotwall, T.V. Clancy	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia a formação dos residentes quanto ao conhecimento e técnica de fechamento da parede abdominal.
201	Abdominal wall endometrioma: A case report and review of the literature	Christos Nissotakis, Efstratios Zouros, Kyriakos Revelos, George H. Sakorafas	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso com endometriose e os cuidados de enfermagem no Peri-operatório e pós-operatório.
202	Development of a novel method of progressive temporary abdominal closure	Michael D. Goodman, Timothy A. Pritts, Betty J. Tsuei	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Descreve a experiência de um novo método de sutura abdominal temporário que permite reavaliação frequente sem comprometer o fechamento definitivo.
203	Damage Control: Abdominal closures	Benjamin Braslow, Bruno Molino e Vicente H. Gracias	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica e controla danos no fechamento de lesão abdominal.
204	Nursing care for raised intra-abdominal pressure and abdominal decompression in the critically ill	Sidney J. Cuthbertson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Cuidados de enfermagem ao paciente crítico com aumento da pressão intra abdominal e descompressão abdominal.
205	Temporary abdominal closure followed by definitive abdominal wall reconstruction of the open abdomen	Thomas R. Howdieshell, Charles D. Proctor, Erez Sternberg, Jorge I. Cué, J. Sheppard Mondy, Michael L. Hawkins	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal
206	To drain or not drain; still a valid question?	David B. Tashjian e Nicholas P. W. Coe	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina se há rotina após a tireoidectomia.
207	Value of diagnostic and therapeutic laparoscopy for abdominal stab wounds	Heng-Fu Lin, Jiann-Ming Wu, Chao-Chiang Tu, Hsin-An Chen, Hsin-Chin Shih	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia o uso da laparoscopia para diagnóstico e tratamento de pacientes estáveis com lesões por facadas abdominais.
208	Wound dehiscence: is still a problem in the 21 st century: a retrospective study	John Spiliotis et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia os fatores de risco de deiscência da ferida e identifica os fatores que podem ser evitados.
209	A simple hemostasis model for the quantitative evaluation of hydrogel-based local hemostatic biomaterials on tissue surface	Yoshihiko Murakami, Masayuki Yokoyama, Hiroshi Nishida, Yasuko Tomizawa, Hiromi Kurosawa	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Demonstração de um modelo de hemostasia simples para avaliação quantitativa de hidrogel na superfície do tecido.
210	Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of risk model	Gabriëlle H. van Ramshorst et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica fatores de risco para deiscência de FO abdominal.
211	An audit of failed non-operative management of abdominal stab wounds	D.L. Clarke, N.L. Allorto, S.R. Thomson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Demonstra auditoria nas falhas de cuidados no pós-operatório no fechamento de lesões por arma de fogo.
212	Damage control surgery and the abdomen	M. Sugrue, S.K. D'Amours, M. Joshipura	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Analisa o controle de danos na cirurgia abdominal.
213	Guidelines for the management of haemodynamically stable patients with stab wounds to the anterior abdomen	Michael Sugrue, Zsolt Balogh, Joan Lynch, Joel Bardsley, Glenn Sisson e John Weigelt	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Orientações para tratamento de pacientes hemodinamicamente estáveis com ferimento por arma branca no abdômen anterior.
214	Incisional hernia: Early complication of abdominal surgery	Jacobus WA Burger, Johan F. Lange, Jens A. Halm, Gert-Jan Kleinrensink, Hans Jeekel	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica se a hérnia incisional ocorre logo após a cirurgia abdominal.
215	Laparoscopic Lysis of adhesions	Samuel Szomstein, Emanuele Lo Menzo, Conrad Simpfendorfer, Nathan Zundel, Raul J. Rosenthal	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar as ocorrências de aderências após laparoscopia e indica as técnicas que ajudam no sucesso deste procedimento.
217	Methicillin-Resistant Superinfection of the wound after body-contouring abdominal surgery	A. Araco, R. Zaccheddu, F. Araco, G. Gravante	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso de pacientes submetidos a cirurgia abdominal que desenvolveram infecção grave por MRSA.
218	Paint-only is equivalent to scrub-and-paint in preoperative preparation of abdominal surgery sites	Joshua Di Ellenhorn, David D Smith, Roderich E Schwarz, Mark H Kawachi et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara a equivalência de duas técnicas utilizadas para preparo cirúrgico da pele.
219	Penetrating stab wounds to the abdomen: use of serial US and Contrast-enhanced CT in Stable Patients	Jorge A. Soto, Carlos Morales, Felipe Múnera, Alvaro Sanabria, Juan M. Guevara, Tatiana Suárez	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação da utilidade da TC e ultrassonografia na atenção ao paciente vítima de lesão penetrante abdominal por facada.
220	Prognostic Models of abdominal wound dehiscence after laparotomy	Clinton Webster et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Desenvolvimento e validação de uma tabela para prever risco de deiscência de FO abdominal após laparotomia.
221	Self-inflicted penetrating injuries at a Level I Trauma Center	Marko Bukur et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica pacientes com ferimentos por arma de fogo e esfaqueamento causados por si próprios entre 1997-2007 em um centro de trauma.
222	Topical negative pressure in managing severe peritonitis: A positive contribution?	Amin Ibrahim Amim, Irshad A Shaikh	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
223	Use of a non-cross-linked porcine dermal scaffold in abdominal wall reconstruction	Bohdan Pomahac, Pejman Aflaki	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Utilização de NCPDS na reconstrução da parede abdominal.
226	Alvorlig skadede overført til universitetssykehus	Anna Bagenholm, Liv-Hege Johnsen, Svein Are Osbakk, Knut Fredriksen, Kristian Bartnes	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Escrito em, Francês.
227	Avoidance of abdominal compartment syndrome in damage-control laparotomy after trauma	Patrick J. Offner et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não atende os objetivos do estudo, discute lesões de pele.
229	Has evolution in awareness of guidelines for institution of damage control improved outcome in the management of the posttraumatic open abdomen?	Juan A. Asensio, Patrizio Petrone, Gustavo Roldan, Eric Kuncir, Emily Ramicone, Linda Chan	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere cuidados com FO. Avalia indicação dos guidelines para tratamento de trauma abdominal.
230	Infections complications following laparoscopic appendectomy	Rohit Gupta, Cliff Sample, Fahad Bamehriz, Daniel W. Birch	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere complicações pós- cirúrgicas de apendicectomia.
231	Intra-abdominal infection in patients with abdominal trauma	Carlos H. Morales et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute fatores de risco para infecção.
232	Rupture hydatid cyst in a patient with shock	Diego Castanares-Zapatero e Pierre François Laterre	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não refere cuidados com FO.
234	Cierre primário versus drenaje com tubo em T después de la exploración del conducto biliar común a cielo abierto	Gurusamy KS, Samraj K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia os benefícios do fechamento primário x colocação de um tubo J na exploração do ducto biliar.
239	Colecistectomia laparoscópica versus colecistectomia com incisión pequeña para pacientes com colestólitiasis sintomática	Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara os benefícios e prejuízos de uma colecistectomia convencional x por VLP.
241	Drenaje abdominal sistemático para la colecistectomia laparoscópica no complicada	Gurusamy KS, Samraj K, Mullerat P, Davidson BR	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar os benefícios e danos na drenagem abdominal em colecistectomia VLP
242	Drenaje abdominal sistemático para la resección hepática no complicada	Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia os benefícios e danos da drenagem abdominal em ressecções hepáticas programadas.
243	Drenaje de la herida de la reparación de la hernia incisional	Gurusamy KS, Samraj K	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina os efeitos da infecção na ferida e os resultados.
244	Drenaje de la herida -	Gates S, Anderson ER	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara o efeito do uso de drenos na FO na cesárea
245	Drenaje profilático anastomótico para la cirugía colorrectal	Jesus EC, Karliczek, Matos D, Castro AA, Atallah AN	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara a segurança e efetividade da drenagem depois da cirurgia colorectal.
246	Elevación abdominal para la colecistectomia laparoscópica	Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia os riscos e benefícios da elevação da parede abdominal comparada com peritônio de pacientes com VBL colecistectomia
247	Incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea	Mathai M, Hofmeyr GJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina os benefícios e riscos de métodos alternativos de incisões cirúrgicas abdominais na cesárea.
248	Incisiones transversales versus de la línea media para la cirugía abdominal	Brown SR, Goodfellow PB	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Determina se uma incisão linear ou transversal proporciona alguma vantagem na recuperação do paciente.
249	Métodos com grapas versus métodos de sutura manual para las anastomosis ileocólicas	Choy PYG, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie AEH	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara os resultados de anastomose íleo-colon mediante 2 técnicas diferentes.
250	Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para la esterilización tubárica	Kulier R, Boulvain M, Walker D, De Candolle G, Campana A	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia a comparação da esterilização laparoscópica com a minilaparotomia quanto a mortalidade e morbidade.
251	Regímenes antibióticos para la peritonitis secundaria de causa gastrointestinal em adultos	Wong PF, Gilliam AD, Kumar S, Schenfine J, O'Dair GN, Leaper DJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia a eficácia dos efeitos adversos de diferentes ATB no tratamento de infecções intra abdominais
252	Reparación extraabdominal versus intraabdominal de la incisión uterina en la cesárea	Jacobs-Jokhan D, Hofmeyr GJ	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
253	Técnicas de entrada laparoscópica	Ahmad G, Duffy JMN, Phillips K, Watson A	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara técnicas cirúrgicas na influência das complicações intra e pós-operatórias.
254	Técnicas y materiales para El cierre de la pared abdominal em la cesárea	Anderson ER, Gates S	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara os efeitos de técnicas cirúrgicas.
255	Tratamiento farmacológico procinético sistémico para El íleo adinámico postoperatorio después de uma intervención quirúrgica abdominal em adultos	Traut U, Brügger L, Kunz R, Pauli-Magnus C, Haug K, Bucher HC, Koller MT	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia fármacos procinéticos de ação sistêmica para tratar íleo adinâmico em pós-operatório

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
256	Morbimortalidade da reconstrução de transito intestinal colônica em hospital universitário – análise de 42 casos	Luiz Carlos Von Bahten, João Eduardo Leal Nicoluzzi, Fábio Silveira, Guilherme Matioli Nicolletti, Lillian Yuri Kumagai, Vanessa Zeni de Lima	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
259	Supporting self-care of patients following general abdominal surgery	Bev Williams	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
262	Treatment of a wound infection in a patient with mantle cell lymphoma	Cheryl E Dunford	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento de lesões em pacientes com uso de QT.
264	Wound Dehiscence: is still a problem in the 21 th century: a retrospective study	John Spiliotis et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
265	Decision Making in Abdominoplasty	Sadri O. Sozer, Francisco J. Agullo, Alfredo A. Santillan, Coty Wolf	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
267	Guidelines for the management of haemodynamically stable patients with stab wounds to the anterior abdomen	Michael Sugrue, Zsolt Balogh, Joan Lynch, Joel Bardsley, Glenn Sisson, John Weigelt	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
268	Lipoabdominoplasty:Liposuction with reduced undermining and traditional abdominal skin flap resection	Ruth Graf, Luiz Roberto Reis de Araujo, Ronald Rippel, Lincoln Graça Neto, Daniele Tanuri Pace, Gilvani Azor Cruz	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
269	Local Wound exploration remains a valuable triage tool for the anterior abdominal stab wounds	C. Clay Cothren, Ernest E. Moore, Frank A. Warren, Jeffry L. Kashuk, Walter L. Biffi, Jeffrey L. Johnson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
270	Prognostic Models of Abdominal Wound Dehiscence after Laparotomy	Clinton Webster et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
271	Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures	Z.B. Kryger, G.A. Dumanian, M.A. Howard	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
272	Smoking is a major risk factor for wound dehiscence after midline abdominal incision; case-control study	Saleh M. Abbas and Andrew G. Hill	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
278	Factores de riesgo de dehiscencia aguda de la pared abdominal tras laparotomia em adultos	José Ignacio Rodríguez-Hermosa et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não discute FO. Identifica fatores para evisceração.
280	Prognostic factors in Typhoid Ileal perforation: a prospective study of 53 cases	Steven T. Edino, Ahmed A. Yakubu, Aminu Z. Mohammed e Isa S. Abubakar	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere prognóstico em perfuração de íleo.
281	Surgical treatment of postoperative incisional hérnias by intraperitoneal insertion of Dracon Mesh and an Aponeurotic Graft	Jean-Pierre Arnaud, Jean-Jacques Tuech, Patrick Pessaux, Youssef Hadchity	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere técnica cirúrgica.
282	The Search for an Ideal Method of Abdominal Fascial Closure – A Meta-Analysis	Nicole C.F. Hodgson, Richard A. Malthaner, Truls Ostbye	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere técnica cirúrgica e consequente aparecimento de hérnia.
283	The use of tensor Fascia Lata pedicled flap in reconstructing full thickness abdominal wall defects and groin defects following tumor ablation	Mohamad A. Rifaat e Wael Sami Abdel Gawad	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar uso de tela para evitar deiscência.
284	Treatment for long-term poorly closed incisions after hepatobiliary surgery	Jing-De Zhang, Shou-Jie Wang, Chuan Lv e Xin Xing	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute melhor método de prevenção de complicação em cirurgia biliar.
290	Urinary Extravasation and leakage after renal transplantation: a case report	Matt Zwick, Wei-Jen e Elizabeth Cheatham	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Refere técnica cirúrgica e resultados em transplante renal.
292	Update on open abdômen management: Achievements and challenges	Rao R. Ivatury	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Menciona cuidados de enfermagem, relata diferentes casos e cuidados relacionados a abdômen aberto.
294	Cytokines and growth factors in wound drainage fluid from patients undergoing incisional hernia repair	Gaetano Di Vita et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação do fluido da ferida em cirurgia de reparação de hérnia
296	Healing and wound classification	Maureen Benbow	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Classificação das lesões.
298	Adesivos a base de cianoacrilato para síntese de tecido mole.	Sybele Saska, Eduardo Hochuli-Vieira, Ana Maria Minarelli Gaspar	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo com animais.
300	Apósitos hidrocoloidales em La cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas	Dres. Carlos Bazzano, Mariela Álvarez, Miguel Martínez.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar a cicatrização por 2ª intenção com uso de hidrocoloide.
301	Cicatrização conduzida e enxerto de pele parcial no tratamento de feridas	Mauro Ivan Salgado, Andy Petroianu, Giselle Leis Burgarelli, Alfredo José Afonso Barbosa, Luiz Ronaldo Alberti	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar tratamento de área por meio de cicatrização ou enxerto.
302	Complex wounds	Marcus Carlos Ferreira, Paulo Tuma Júnior, Viviane Fernandes Carvalho, Fábio Kamamoto	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação de feridas e uso de produtos
303	Critical analysis of old and new vaccines against N. Meningitidis Serogroup C, considering the Meningococcal disease epidemiology in Brazil	Lucia Ferro Bricks	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação da vacina.
304	Edema quantification by computerized morphometry as na evaluation parameter for the resistance of colon anastomoses	Denise Gonçalves Priolli, Nelson Fontana Margarido, Carlos Augusto Real Martinez, Carlos Mateus Rotta, Simone Moreira Stephani	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. População animal.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
305	Efeito do ácido ascórbico e da Hidrocortisona na cicatrização anastomótica intestinal	Andy Petroianu, Luiz Ronaldo Alberti, Soraya Diniz e Souza, Silmar Grey Martins.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar uso das substâncias em distintos períodos pós-operatórios.
306	Efeitos da terapia de reposição hormonal na cicatrização de anastomoses de colón	Maria de Lourdes Pessole Biondo-Simões, Elise Zimmermann, Tatiana Sato Daher, Karin Soldatelli, Lúcia de Noronha	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Uso de hormônios para anastomoses de colon. População animal.
307	Effects of the basic fibroblast growth factor and its anti-factor in the healing and collagen maturation of infected skin wound	Antônio Medeiros Dantas Filho, José Lamartine de Andrade Aguiar, Luis Reginaldo de Menezes Rocha, Ítalo Medeiros Azevedo, Esdras Ramalho, Aldo Cunha Medeiros	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar os efeitos do fibroblastos na maturação do colágeno. População animal.
308	Experience with local negative pressure (vacuum method) in the treatment of complex wounds	Alexandre Wada, Marcus Castro Ferreira, Paulo Tuma Júnior, Gino Arrunátegui	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Analisar os efeitos do pressão negativa sobre as lesões.
311	Influência do Açúcar no processo de cicatrização de incisões cirúrgicas infectadas	Maria do Carmo Lourenço Haddad, Luiz Carlos Bruschi, Eleine Aparecida Penha Martins	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar o uso do açúcar cristal no processo cicatricial.
312	Infrared imaging contribution for intestinal ischemia detection in wound healing	Osvaldo Malafaia, Marcos Leal Brioschi, Sonia Maria Schneider Aoki, Fernando Gallego Dias, Bruno Schneider Gugelmin, Massao Schneider Aoki, Yuki Schneider Aoki	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar as variações e correlacionar o uso de imagem infravermelha com a isquemia intestinal – população animal.
313	Negative pressure therapy (vacuum) for wound bed preparation among diabetic patients: case series	Marcus Castro Ferreira, Viviane Fernandes de Carvalho, Fábio Kamamoto, Paulo Tuma Júnior, André Oliveira Paggiaro	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar o uso da terapia para preparo do leito das feridas de membros inferiores.
314	Os fitoterápicos e seu potencial na cicatrização em cirurgia	Osvaldo Malafaia, Antônio Carlos Ligocki, Orlando Torres, Saul Goldenberg	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
315	Queloides y cicatrices hipertróficas: problema frecuente de manejo complejo	José Ignacio Lasen D., Carlos Sciaraffia C., Francisco Parada C., Juan Fulla O., Juan José Lombardi A.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento de queiloide.
316	Recuento histórico y análisis epistemológico de la sepsis secundaria a lesiones y su control quirúrgico. Desde el papiro de Edwin Smith hasta El pus bonum et laudabile –	Johan Sebastián Hernández Botero	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão histórica.
317	Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório.	Adriano M. Ferreira, Denise de Andrade	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Atualizar os profissionais que cuidam de sítio cirúrgico pós-operatório.
318	Use of autologous fibrin glue in dermatologic surgery: application of skin graft and second intention healing	Aparecida Machado de Moraes, Joyce Maria Annichino-Bizzacchi, Ana Beatriz Rodrigues Rossi.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Evolução do mat. Em lesões dermatológicas
319	Uso de iodoformo tópico em feridas agudas	Alciclea dos Santos Oliveira, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão de literatura para uso de iodoformo no tratamento de feridas.
320	Utilidad del retractor elástico abdominal para disminuir El riesgo de infección de herida operatória em apendicitis aguda.	Alfredo Silva L., Guido Vargas M., Amparo Moreno A., Pablo Becerra H	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
322	An experimental model for the study of drug effects on cutaneous healing	Antônio Chiquetti Júnior, Marco Aurélio de Freitas Rodrigues, Vinicius Daher Alvares Delfino	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Efeitos da drogas sobre o processo cicatricial. População animal.
323	Curación avanzada de heridas	César Eduardo Jiménez	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar os 2 tipos de curativos.
324	Densitometric analysis of the autogenous demineralized dentin matrix on the dental socket wound healing process in humans	Mônica Fernandes Gomes, Paula Pinheiro de Abreu, Aline Rose Cantarelli Morosoli, Marcelo Marotta Araújo, Maria das Graças Vilela Goulart	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar a reparação óssea.
325	Evaluación in vivo mediante microscopia confocal del efecto protector de La película barrera no irritante 3M Cavilon sobre La piel perilesional	Teresa Sgovia Gómez, José Antônio Morán, Salvador González	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identificar as características da pele nas úlceras venosa.
326	Fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma de reto: um estudo prospectivo e casualizado	Paulo Roberto Lima Carreiro, Alcino Lázaro da Silva, Wilson Luiz Abrantes	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
327	Influence of He-Ne laser therapy on the dynamics of wounds healing in mice treated with anti-inflammatory drugs	W.L.S. Gonçalves, F.M.Souza, C.L. Conti, J.P. Cirqueira, W.A. Rocha, J.G.P. Pires, L.A.P. Barros, e M.R. Moyses	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. População animal.
330	Obesidad y sistema inmune	M. Muñoz, R.A. Mazure, J. M. Culebras	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão de alt. Imunologia. Relaciona a obesidade.
331	Tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococcígea: Estudo comparativo entre as técnicas de marsupialização e de incisão e curetagem	Sérgio Norberto Zárate Arauz, Nagamassa Yamaguchi, Fábio Schmidt Goffi, Arnaldo Zanoto	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar técnicas para tratamento da doença.
333	Uso del agente antimicrobiano PHMB para prevenir La infección de heridas	Keith Moore, David Gray	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. A eficácia do uso de curativo AMD para prevenção de FO.
335	Abdominal Compartment Syndrome	Georgi Petrov Deenichin	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Tratamento clínico.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
336	Clean versus sterile technique when changing wound dressings	Mikel Gray e Dorothy B. Doughty	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação de técnica.
337	Cross-lined hyaluronic acid films to reduce intra-abdominal postsurgical adhesions in an experimental model	Christine A. Falabella, Weiliam Chen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. População animal.
338	Negative pressure wound therapy: Potential publication bias caused by lack of access to unpublished study results data	Frank Peinemann, Natalie McGauran, Stefan Sauerland and Stefan Lange	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
340	Role of collagen cross-linking on equine wound contraction and healing	Kamran Sardari, Hossein Kazemi, Mohamad Reza Emami, Ahmad Reza Movasaghi, Amir Afkhami Goli	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar o efeito do colágeno na cicatrização de equinos.
341	The Challenge of using randomized trials in wound healing	F. Gottrup e J. apeljvist	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
342	Antibiotic coating of abdominal closure sutures and wound infection	Christoph Justinger, Mohammed Reza Moussavian, Christian Schlueter, Berit Kopp, Otto Kollmar, Martin Karl Schilling	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apresenta tipos de suturas diferentes e as suas relações com a taxa de infecção de FO.
343	Closure of long surgical incisions with a new formulation of 2-octylcyanoacrylate tissue adhesive versus commercially available methods	Phillip N. Blondeel, John W. Murphy et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Outros tipos de feridas.
344	Complications after colorectal surgery without mechanical bowel preparation	Dirk van Geldere et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
345	Determinants of wound healing in bone marrow-impregnated collagen matrix treatment: Impact microcirculatory response to surgical debridement	Shigeru Ichioka et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar a cicatrização com uso de colágeno aux. no debridamento.
346	Dressing size and Pain: a prospective trial	Nathan Lawrentschuk, Michael Pritchard, Peter Hewitt, Claire Campbell	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute analgesia e não técnica de curativo.
347	A pilot study of Noninvasive methods to assess healed acute and chronic wounds	Diana Q. Ho, Ysabel M. Bello et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliação de equipamentos de desbridamento.
349	Pharmacological treatment of wounds	Mieke Flour e Hugo degreef	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Outros fatores associados ao tratamento de feridas.
350	Revisiting the essential role of oxygen in wound healing	Gayle M. Gordillo, Chandan K. Sen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Uso de oxigênio hiperbárico no auxílio da cicatrização.
352	Targeting risk factors for impaired wound healing and wound complications after kidney transplantation	E. Roine, I.T. Bjork E O. Oyen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apenas investiga fatores de risco para complicações de FO.
354	Wound care: The role of advance wound healing Technologies	Stephanic C. Wu, William Marston, David G. Armstrong	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Revisão da literatura, não define população, nem o tipo de ferida.
355	Wound healing associated with severe surgical illness	Matthew A. Clark, Lindsay D. Plank, Graham L. Hill	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
356	Abdominal Wall Endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication	Chen-Chih Teng, Han-Ming Yang, Kuang-Fa Chen, Chi-Jui Yang, Lien-Sheng Chen, Chuen-Long Kuo	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de revisão para encontrar caminhos para prevenção de endometriose.
357	Advantage of vacuum assisted closure on healing of wound associated with omentoplasty after abdominoperineal excision: case report	Silvia Cresti et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de FO perineal.
359	Pancreaticoureteral Fistula following penetrating abdominal trauma	Joshua H Wolf et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Mostra um caso raro de fistula pancreaticoureteral.
360	Modified anterior abdominal donor Nephrectomy in comparison with laparoscopic donor Nephrectomy	Afshar Zomorodi, Abulfasel Bohluli	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apresenta uma nova técnica de incisão cirúrgica.
361	Total Laparoscopic Hysterectomy with obliterated anterior cul-de-sac	M. Sami Walid, Richard L. Heaton	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
362	Transformation maligne d'une endometriose pariétale	F. Sergent, M. Baron, J-B Le Cornec, M. Scotté, P. Mace, L. Marpeau	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Está em Francês
366	Methicillin-resistant superinfection of the wound after body-contouring abdominal surgery	A. Araco, R. Zaccheddu, F. Araco, G. Gravante	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
368	Acute surgical wound care 1: an overview of treatment	Peter Moore, Lorraine Foster	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Faz uma revisão histórica sobre procedimentos cirúrgicos e FOs.
369	Caesarean section, surgical site infection and wound management	Dinah Gould	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Descreve os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em Parto Cesárea.
370	Comparison of homecare costs of local wound care in surgical patients randomized between occlusive and gauze dressings	Dirk Th Ubbink, Hester Vermeulen, Jarne van Hattem	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Uso comparativo de produto.
371	Development of abdominal wound dehiscence after a colectomy: a nursing challenge	Clunie M. Johnson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Artigo de Revisão
372	Guidelines to aid healing of acute wounds by decreasing impediments of healing	Michael G. Franz et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
373	Iodine revisited	Rose A Cooper	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
374	Managing wound exudate and promoting healing	Una J Adderley	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Lesões Crônicas

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
376	Surgical Wound Dehiscence	Barbara Hahler	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apenas faz uma revisão de literatura sobre deiscência de sutura.
378	Complications in Laparoscopic Radical Cystectomy. The South American experience with 59 cases	Octavio A. Castillo et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Aborda a avaliação da incidência de complicações trans e pós-operatórias em cistectomia radical laparoscópica, conversão para cirurgia aberta e mortalidade dos pacientes.
379	Incidência de infecção em feridas quirúrgicas em hospital de Ciudad de La Habana. Período enero-junio, 2004	Daimilé Lopez Tagle, Rina Ramis Andalia, Héctor Bayarre Vea, Humberto GUnanche Garcell	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
380	Predição de risco em infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgia do aparelho digestivo	Adriana Cristina de Oliveira, Suely Itsuko Ciosak	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
384	Apêndicectomia em La embarazada. Experiencia em um hospital público chileno	Jean Michel Butte B et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
385	Complicaciones de La prostatectomía radical: evolución y manejo conservador de laincontinencia urinaria	Juan Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Dominguez F. Fabueal Deltoro M., Navalón Verdejo P., Zaragoza Orts J.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento de prostatectomia.
387	Incidência de infección em feridas quirúrgicas em servicios de cirugía general seleccionados	Rina Ramis Andalia, Héctor Bayarre, Mayelin Barrios Díaz, daimilé López Tagle, Cleopatra Babadilla González y Marianela Chinea Delgado	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identificar fatores de surgimento de infecção em pacientes submetidos a cirurgia geral.
389	Management of colonic volvulus. Experience in 75 patients	C. Mulas, M. Bruna, J. García-Armengol e J.V. Roig	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute resultados do tratamento para volvo de colon.
390	Manejo quirúrgico y complicaciones de La I.U.E: nuestra experiencia em 385 pacientes operadas em los últimos 25 años	D. García Flórez et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute técnicas e resultados nas cirurgias para incontinência urinária de esforço.
391	Sistema de aspiración-tracción em El tratamiento de La fasciitis necrotizante del periné	Marcelo A. Beltrán S. et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento para fasciiti necrosante de períneo.
392	Surgical management of spontaneous ruptured hepatocellular adenoma	Marcelo Augusto Fontenelle Ribeiro Junior, Eleazar Chaib, William Abrão Saad, Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque, Ivan Ceconello	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal
393	Surgical site infection in a University Hospital in Northeast Brazil	Aldo Cunha Medeiros, Tertuliano Aires-neto, George Dantas Azevedo, Maria José Pereira Vilar, Laiza Araújo Mohana e José Brandão Neto	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal
394	A prospective randomized multicenter Trial shows improvement of sternum related complications in cardiac surgery with the postthorax support vest.	Michael Gorlitzer, Florian Wagner et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de colete depois de esternotomia.
398	An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients	Jan Gartlan, Anne Smith, Sue Clennett, Denise Walsh, Ann Tomlinson-Smith, Lory Boas e Andrew Robinson	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Não discute procedimento cirúrgico e sim sobre examinação de documentação de enfermagem e médica.
399	Evidence based practice: a nursing research assignment	Lynn Coletta Simko	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute formação de enfermagem.
400	Fecal containment in Bedridden patients: economic impacto f 2 commercial bowel catheter systems	Areta Kowal-Vern et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Medir impacto econômico em pacientes acamados com possíveis contaminação fecal.
401	From British Consensus to Russian Protocol: How we justified our journey	Anna Timms, Hannah Ough	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de protocolo para cuidado de pacientes.
402	Integrative review of the clean and sterile technique: agreement and disagreement in the execution of dressing	Adriano Menis Ferreira, Denise de Andrade	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute aspectos que envolvem a técnica limpa e estéril no cuidado de feridas.
403	Prospective randomized Trial of accelerated re-epithelization of skin graft donor sites using extracorporeal shock wave therapy	Christian Ottomann, Bernd Hartmann, Josh Tyler, Heike Maier, Richard Thiele, Wolfgang Schaden, Alexander Stojadinovic	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamentos para lesões de pele.
404	Home health care management & practice	Diane R. Maydick Youngberg	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Identifica diferentes doenças, custos e incidências e tratamentos.
405	Adhesive retention dressings are more comfortable than alginate dressings on split-skin-graft donor sites	E. Hormbrey, A. Pandya, H. Giele	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara dois tipos de produtos em lesões de pele.
407	Control of massive bleeding from facial gunshot wound with a compact elastic adhesive compression dressing	Sody Abby Naimer, Michael Nash, Alexander Niv, Oren Lapid	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute curativo compressivo em trauma de face até intervenção.
410	A clinical model of dermal wound angiogenesis	A. Craig Lockhart et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia biópsia de pele.
411	A randomized, Double-blind, placebo-controlled multicenter Trial evaluating topical zinc oxide for acute open wounds following pilonidal disease excision	Magnus S. Agren, Ulla Ostenfeld, Finn Kallehave et al.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute efeitos do uso tópico de óxido de zinco em exereses de cisto pilonidal – compara 2 grupos.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
413	APWCA case #3: A unique aggregating powder dressing	Brock Liden, John st. John	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Relata uso de novo produto em lesões de pele.
414	Developing a Comprehensive Bariatric Protocol: A Template for Improving Patient Care	Jill Arzouman, Jane E. Lacovara, Annie Blackett, Patricia K. McDonald, Gayle Traver, Fran Bartholomeaux	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute criação de protocolo para cirurgia bariátrica.
415	Diverse applications of negative pressure wound therapy: a multiple case report	Andrew Kennedy, R. Scott Van Zant	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute eficácia de novo produto em lesões de pele.
416	Efficacy and cost-effectiveness of a high-powered parallel waterjet for wound debridement	Mark S. Granick, John Posnett, Michael Jacoby, Shyam Noruthun, Parham A. Ganchi, Ramazi O. Datiashvili	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara 2 grupos quanto técnica de desbridamento.
418	Managing highly exuding wounds with Eclipse dressings	Susan Godar, Heidi Guy	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de novo produto para curativo de lesões.
419	Mepelex Ag: an antimicrobial, absorbent foam dressing with safetac technology	Simon Barrett	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apresenta novo produto para curativos em lesões
422	Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada	Theresa Hurd, John Posnett	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apresenta resultados de investigação em um hospital do comando.
423	Principles, products, and practical aspects of wound care	Donette B. Nelson, Mary Anne Dilloway	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Fala sobre as fases da cicatrização, os princípios usados para desbridar e os diferentes tipos de curativos e produtos existentes.
426	The effect of silver-containing hydrofiber dressing on superficial wound bed and bacterial balance of chronic wounds	Pat Coutts, R Gary Sibbald	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
427	The effect of surgical site infection on older operative patients –	Keith S. Kaye et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Fala sobre as consequências SSI em pacientes idosos.
428	The role of topical negative pressure in wound repair: expression of biochemical markers in wound fluid during wound healing	Chantal M. Moués, Albert W., Freerk Heule, Wim C. Hop, Steven E. R. Houvius	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Fala sobre marcadores como albumina, presentes no leito da ferida, que são aumentados ou diminuídos dependendo do tipo de tratamento usado para tratar ferida.
429	The use Atrauman non-adherent wound dressing in tissue viability	Jackie Stephen-Haynes	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Apenas faz apresentação de um produto.
431	Use of hydrofilm and Hydrofilm Plus in the community: an assessment	Simon Palfreyman e Jane Stevens	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute feridas de pescoço e tórax.
433	Wet wounds: practical steps to improving active fluid management	Gill Wicks, Jackie Stephen-Haynes	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
436	Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital	Eleine Aparecida Penha Martins Nonino, Maria Luiza Anselmi, José Carlos Dalmás	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avaliar a qualidade do procedimento de curativo, mas não cirúrgicos.
437	A low-output colocutaneous fistula healed by surgisis anal plug	Luiz Eduardo Correia Miranda, Bernardo D. Sabat, Eduardo A. Carvalho	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento de fistula com controle endoscópico.
438	Basic study of healing of injuries to the myometrium and amniotic membrane using photocrosslinkable chitosan	Keitaro Suzuki, Masaru Shinya e Michihiro Kitagawa	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Realizado em vitro e com animais.
440	Chronic wound infection: facts and controversies	Abdul R. Siddiqui, Jack M. Bernstein	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute causas e consequências das infecções crônicas.
442	Delayed wound healing in diabetic (db/db) mice with pseudomonas aeruginosa biofilm challenge: a model for the study of chronic wounds	Ge Zhao et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estuda tratamento de feridas crônicas.
443	Management of complex gastrointestinal fistula		Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute técnica cirúrgica para tratamento de fistula gastrointestinal.
447	Topical nanoemulsion therapy reduces bacterial wound infection and inflammation after burn injury	Mark R. Hemmila, aladdein Mattar et al	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Uso de produto tópico para reduzir inflamação.
448	Transverse laparostomy is feasible and effective in the treatment of abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis	Ari Leppaniemi, Panu Mentula, Pia Hienonen e Esko Kempainen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento para síndrome compartimental abdominal em pancreatite.
449	Update on open abdomen management: achievements and challenges	Rao R. Ivatury	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute em diferentes situações, indicação de manter FO abdominal aberta.
454	From simplicity to complexity: developing a modelo f practical skill performance in nursing	Ida Torunn Bjork, Marit Kirkevold	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute desenvolvimento de modelos de práticas na enfermagem.
456	Surgical aspects of operation Bali assist: initial wound surgery on the Tarmac and in flight	David Read e Bruce Ashford	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Relato do ocorrido em Bali – 3 bombas explodiram – atuação das equipes.
458	Too much vacuum-assisted closure	Tam Dieu, Michael Leung, James Leong, Wayne Morrison, Heather Cleland, Brett Archer e Andrew Oppy	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de curativo à vácuo em diferentes casos.

Nº Artigo	Título	Referência	Por que foi Excluído?
460	Treatment of superficial surgical wounds after removal of Seborrheic keratoses: A single-blinded randomized-controlled clinical study	Steven Goetze, Mirjana Ziemer, Martin Kaatz, Roger D.A. Lipman, Peter Elsner	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Compara novo produto em lesões de pele superficial.
461	Wound blisters post hip surgery: a prospective Trial comparing dressings	Nathan Lawrentschuk, Michael P. Falkenberg e Marinis Pirpiris	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar tipos de curativos.
482	A fibre-free alginate dressing in the treatment of split thickness skin graft donor sites	H. H. Steentof, M.S. Agren	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar uso de curativo com fibra-free alginate com tratamento convencional em enxerto de pele.
483	A prospective, randomized pilot evaluation of topical triple antibiotic versus mupirocin for the prevention of uncomplicated soft tissue wound infection	Robert Hood, Kenneth M. Shermock, Charles Emerman	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Comparar uso de tipos de antibióticos tópicos em lesões infectadas.
486	Comparison of homecare costs of local wound care in surgical patients randomized between occlusive and gauze dressings	Dirk Th Ubbink, Hester Vermeulen, Jarne van Hattem	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal
487	Modern wound care for the poor: a randomized clinical Trial comparing the vacuum system with conventional saline-soaked gauze dressings	Daniel Perez, Matthias Bramkamp, Chauvet Exe, Christian Von Ruden, Anna Ziegler.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute uso de sistema a vácuo em curativo de cirurgia pós- desbridamento em lesão de pé.
488	Moist exposed therapy: an effective and valid alternative to occlusive dressings for postlaser resurfacing wound care	Bishara S. Atiyeh, Ruwayda Dham, Michel Costagliola, Christian A. Al-Amm, Lakhdar Belhaouari	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute tratamento facial com laser.
490	The effectiveness of silver-releasing dressings in the management of non-healing chronic wounds: a meta-analysis	Shu-Fen Lo, Chee-Jen Chang, Wen-Yu Hu, Mark Hayter and Yu-Ting Chang	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
492	Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery	Willem N. Welvaart, Jan W. A., Oosterhuis and Marinus A. Paul	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de cirurgia torácica.
493	Adesivos tisulares para El cierre de incisiones quirúrgicas	Coulthard P, Worthington H, Esposito M, van der Elst M, van Waes OJF	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Todos os tipos de cirurgia e paciente em todas as idades – pediatria incluso.
494	Cubierta de gel de silicona para la prevención y El tratamiento de cicatrices hipertróficas y queloides	O'Brien L., Pandit A	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo feito com crianças e com feridas já cicatrizadas.
499	A specialized wound-healing Center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds	Finn Gottrup, D.M. Sci.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Mostra e incentiva a criação de departamento multidisciplinar no tratamento de feridas crônicas.
500	Acute wounds	Sai S. Ramasastry,	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Objetiva clarear os conceitos básicos da cicatrização de feridas normais e no tratamento de feridas agudas
501	Clean versus sterile technique when changing wound dressings	Mikel Gray, Dorothy B. Doughty	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
502	Cross-linked Hyaluronic acid films to reduce intra-abdominal postsurgical adhesions in na experimental model	Christine A. Falabella, Weiliam Chen	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo realizado com animais.
503	Débridement – The key initial first step in wound healing	C.E. Attinger, E.J. Bulan	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Aborda pé diabético e úlcera de pressão.
508	Another method of tie-over dressing for surgical wounds of hair-bearing areas	Alex Ginzburg, Sharad Mutalik	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de feridas cranianas.
509	Other uses homologous skin grafts and skin bank bioproducts –	Michele Fimiani et al.	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Trata de enxertos de pele
510	Alternative management of complex wounds and fistulae	Sandra Renton, Isabell Robertson, Mary Speirs	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Estudo de caso sobre uma paciente com ostomias e fistulas.
513	Successful treatment of non-healing wounds with Xelma	Emma Bond, Simon Barrett, Jane Pragnell	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
514	The use of MelMax in the healing of chronic wounds	Menna Lloyd Jones	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Avalia propriedades do mel quando combinado com um curativo para combater infecção de ferida.
515	Water for wound cleansing	Ritin S. Fernandez, Rhonda Griffiths e Cheryl Ussia	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
522	Preliminary studies on the relationship among peel force, quantitative measures of skin damage and subjective discomfort	Richard I. Murahata, Michael G. Taylor, Jonn Damia e Gary L. Grove	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal.
526	Experience with Chitosan dressings in a civilian sem system	Mark A. Brown, Mohamud R. Daya e Joseph A. Worley	Não discute tratamento – Curativo – FO abdominal. Discute controle de hemorragia em lesões traumáticas.

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APROVADO NO TESTE
PILOTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE

Número do artigo:

1 - Autores:

Base de Dados:

Medline Lilacs Cochrane Collaboration Web of Science CINAHL
 Scielo Scopus

2 - Descritores Utilizados pelo Autor

3 - Objetivos do Estudo

Tipo de Estudo/Metodologia

P- Identificação da Amostra (participantes)

I – Tipo de Curativo (Intervenção)

O-Tempo que ferida levou para cicatrizar (desfecho)

4- Vantagens e desvantagens da utilização

Anexo A - Checklist for measuring study quality

Reporting

1. Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?

Yes 1

No 0

2. Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?

If the main outcomes are first mentioned in the Results section, the question should be answered no.

Yes 1

No 0

3. Are the characteristics of the patients included in the study clearly described ?

In cohort studies and trials, inclusion

and/or exclusion criteria should be given. In case-control studies, a case-definition and the source for controls should be given.

Yes 1

No 0

4. Are the interventions of interest clearly described?

Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.

Yes 1

No 0

5. Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly

described? A list of principal confounders is provided.

Yes 2

Partially 1

No 0

6. Are the main findings of the study clearly described?

Simple outcome data (including denominators and numerators) should be reported for all major findings so that the reader can check the major analyses and conclusions.

(This question does not cover statistical tests which are considered below).

Yes 1

No 0

7. Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?

In non normally distributed data the

inter-quartile range of results should be reported. In normally distributed data the standard error, standard deviation or confidence intervals should be reported. If the distribution of the data is not described, it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

Yes 1

No 0

8. Have all important adverse events that may be a consequence of the intervention been reported?

This should be answered yes if the study demonstrates that there was a comprehensive attempt to measure adverse events. (A list of possible adverse events is provided).

Yes 1

No 0

9. Have the characteristics of patients lost to follow-up been described? This should be answered yes where there were no losses to follow-up or where losses to follow-up were so small that findings would be unaffected by their inclusion. This should be answered no where a study does not report the number of patients lost to follow-up.

Yes 1

No 0

10. Have actual probability values been reported (e.g. 0.035 rather than <0.05) for the main outcomes except where the probability value is less than 0.001?

Yes 1

No 0

External validity

All the following criteria attempt to address the representativeness of the findings of the study and whether they may be generalised to the population from which the study subjects were derived.

11. Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?

The study must identify the source population for patients and describe how the patients were selected. Patients would be representative if they comprised the entire source population, an unselected sample of consecutive patients, or a random sample.

Random sampling is only feasible

where a list of all members of the relevant population exists. Where a study does not report the proportion of the source population from which the patients are derived, the question should be answered as unable to determine.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

12. Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?

The proportion of those asked who agreed should be stated. Validation that the sample was representative would include demonstrating that the distribution of the main confounding factors was the same in the study sample and the source population.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

13. Were the staff, places, and facilities where the patients were treated, representative of the treatment the majority of patients receive?

For the question to be answered yes the study should demonstrate that the intervention

was representative of that in use in

the source population. The question

should be answered no if, for example, the intervention was undertaken in a specialist centre unrepresentative of the hospitals most of the source population would attend.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

Internal validity - bias

14. Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received ?

For studies where the patients would have no way of knowing which intervention they received, this should be answered yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

15. Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

16. If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?

Any analyses that had not been planned at the outset of the study should be clearly indicated. If no retrospective unplanned subgroup analyses were reported, then answer yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

17. In trials and cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients, or in case-control studies, is the time period between the intervention and outcome the same for cases and controls ?

Where follow-up was the same for all study patients the answer should be yes. If different lengths of follow-up were adjusted for by, for example, survival analysis the answer should be yes. Studies where differences in follow-up are ignored should be answered no.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

18. Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?

The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example nonparametric methods should be used for small sample sizes. Where little statistical analysis has been undertaken but where there is no evidence of bias, the question should be answered yes. If the distribution of the data (normal or not) is not described it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

19. Was compliance with the intervention/s reliable?

Where there was non compliance with the allocated treatment or where there was contamination of one group, the question should be answered no. For studies where the effect of any misclassification was likely to bias any association to the null, the question should be answered yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

20. Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?

For studies where the outcome measures are clearly described, the question should be answered yes. For studies which refer to other work or that demonstrates the outcome measures are accurate, the question should be answered as yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

Internal validity - confounding (selection bias)

21. Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?

For example, patients for all comparison groups should be selected from the same hospital. The question should be answered unable to determine for cohort and casecontrol

studies where there is no information concerning the source of patients included in the study.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

22. Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited over the same period of time?

For a study which does not specify the time period over which patients were recruited, the question should be answered as unable to determine.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

23. Were study subjects randomised to intervention groups?

Studies which state that subjects were randomised should be answered yes except where method of randomisation would not ensure random allocation. For example alternate allocation would score no because it is predictable.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

24. Was the randomised intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?

All non-randomised studies should be

answered no. If assignment was concealed from patients but not from staff, it should be answered no.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

25. Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?

This question should be answered no for trials if: the main conclusions of the study were based on analyses of treatment rather than intention to treat; the distribution of known confounders in the different treatment groups was not described; or the distribution of known confounders differed between the treatment groups but was not taken into account in the analyses. In nonrandomized studies if the effect of the main confounders was not investigated or confounding was demonstrated but no adjustment was made in the final analyses the question should be answered as no.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

26. Were losses of patients to follow-up taken into account?

If the numbers of patients lost to follow-up are not reported, the question should be answered as unable to determine. If the proportion lost to follow-up was too small to affect the main findings, the question should be answered yes.

Yes 1

No 0

Unable to determine 0

Anexo B - Adaptação da Escala de Jadad para avaliação da qualidade de ensaios clínicos randomizados (CLARK et al, 1999)

Randomização Pontuação
O estudo foi descrito como randomizado? Sim= 1 ponto Não = 0 ponto Dê um ponto adicional se o método de randomização foi descrito. Adequado= 1 ponto Inadequado= 0 ponto Deduzo 1 ponto se o método de randomização foi descrito e inadequado Pontuação
Cegamento
O estudo foi descrito como duplo-cego? Sim= 1 ponto Não= 0 ponto Dê um ponto adicional se o método de cegamento duplo foi descrito e foi adequado Adequado= 1 ponto Inadequado= 0 ponto Deduzo 1 ponto se o estudo foi descrito como duplo-cego mas o método de cegamento foi inadequado Pontuação
Retiradas e Abandonos
Dê um ponto adicional se as retiradas e abandonos foram citadas Pontuação
Pontuação total

Sigilo de Alocação
Adequação do sigilo de alocação Randomização central, numerada, droga preparada por farmacêutico, Adequado Numerada em série, opaca, envelopes selados etc.
Alternativa: referência ao número do registro, do prontuário Inadequada ou data de nascimento, etc.
Sigilo de alocação não é relatado, ou não se encaixa em nenhuma Obscura das categorias