UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTINA MAMÉDIO DA COSTA SANTOS

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE TRATAMENTO TÓPICO DE
LESÕES VEGETANTES MALIGNAS

SÃO PAULO

2007

CRISTINA MAMÉDIO DA COSTA SANTOS

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE TRATAMENTO TÓPICO DE LESÕES
VEGETANTES MALIGNAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Área de Enfermagem na Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta

SÃO PAULO

2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.**

Catlogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Cristina Mamédio da Costa.

Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões
vegetantes malignas. – São Paulo, 2007.

167p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta.

1. Enfermagem oncológica 2. Pesquisa bibliográfica
3. Ferimentos e lesões (tratamento) 4. Medicina baseada em
evidências. I. Título.

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Eduardo Tetsuo Sakai, companheiro em todos os momentos desta caminhada que soube compreender todas as minhas dificuldades, aflições e momentos de ausência familiar.

Dedico a você não só esta dissertação, mas também todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta, minha orientadora, pelo aprendizado e inúmeras oportunidades a mim concedidas;

Ao Dr. Moacyr Roberto Cucê Nobre, pelas importantes sugestões prestadas a este trabalho e por me motivar com seu incrível entusiasmo;

Ao Dr. Gustavo Kesselring e à querida Mariângela Soto, pela compreensão gratuita e ajuda em momentos fundamentais desta caminhada.

À Diretoria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por viabilizar a realização desta Pós-Graduação e, em especial, à Gerente de Enfermagem Sylvia Diegues, a Enf. Ana Pires e toda equipe da Central de Quimioterapia.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Dor e Controle de Sintomas, Dálete Mota, Dayse Maioli, Deyse Santoro, Geana Kurita, Jouce Almeida, Magda Silva, Marina Salvetti, Profª. Drª. Diná Cruz e grupo de alunos da graduação;

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, especialmente à sempre cordial Silvana Maximiano;

Às minhas queridas amigas Daniela Vivas, Juliana Caires, Lilian Saldanha e Rita de Cássia Gengo... Vocês são maravilhosas... e Mestres...!

À minha querida irmã Fernanda Mamédio, por sua compreensão e carinho;

Aos meus pais, Gilma e Adilson, por tudo o que representam em minha vida;

Às minhas tias-mãe Janete e Jucelma, por sempre acreditarem na minha capacidade;

Aos meus queridos familiares;

Vocês sempre foram, são e serão fundamentais em minha vida.

RESUMO

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa Santos. **Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas**. 2007. 167p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

INTRODUÇÃO: Lesões vegetantes malignas (LVM) resultam da infiltração cutânea por células cancerígenas e, ao se exteriorizarem, adquirem aspecto vegetante. Odor fétido, exsudato profuso, sangramento, dor e infecção são sintomas comuns, que se somam ao sofrimento físico e psíquico destes pacientes. O cuidado de LVM insere-se na assistência aos pacientes em cuidados paliativos. **OBJETIVOS:** Caracterizar a produção científica sobre LVM e identificar evidências para o tratamento tópico do odor fétido de LVM. **MÉTODOS:** Trata-se de revisão sistemática. A questão clínica de pesquisa, construída utilizando-se a estratégia PICO, foi “Quais são os tratamentos tópicos/curativos utilizados para o controle dos sintomas odor, exsudato, sangramento, dor e/ou infecção das lesões vegetantes malignas?” A busca bibliográfica ocorreu em 09/2006 e utilizou 14 bases de dados: Banco de Teses – Capes, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – USP, Proquest, Current Controlled Trials, BDENF, CINAHL, Embase, PubMed, Ovid, PsycInfo, Scopus, Web of Science, Lilacs e EBM Reviews. Não houve restrição quanto ao desenho de estudo e idioma. Os dados foram extraídos pelo pesquisador A, checados pelo B e decisões ocorreram em consenso. Pela análise dos resumos, foram incluídos estudos sobre LVM e que abordaram no mínimo 1 dos 5 sintomas investigados. Os estudos sobre odor foram analisados na íntegra e classificados quanto à qualidade do estudo, nível de evidência e grau de recomendação. **RESULTADOS:** Obteve-se 11.111 estudos, dos quais 325 (2,93%) referiam-se ao controle de algum dos sintomas das LVM por meio de intervenções tópicas: 12,37% relacionavam-se ao odor, 16,77% ao exsudato, 17,82% ao sangramento, 31,03% à dor e 22,01% à infecção de LVM; outros 202 estudos foram excluídos por não tratarem dos sintomas em análise. Entre os estudos (n=34) que analisaram o controle do odor, 5 foram ensaios clínicos (14,71%), 20 revisões narrativas (58,82%), 5 séries de casos, 3 relatos de caso (8,82%) e 1 estudo de prevalência (2,94%). Foram identificados 16

tratamentos tópicos. Gel de Metronidazol tópico apresentou Evidência Forte para o controle do odor (grau A, nível 1C); Curativo de Carvão Ativado e Curativo de Mesalt, Evidência moderada (grau B, nível 2B); Pomada de *Curcumin*, Evidência Moderada (grau B, nível 2C). Evidência Fraca (grau C) e Muito Fraca (grau D) foram observadas em 12 tratamentos tópicos, que foram: Intervenções com Antibióticos tópicos, Chá verde, Enzimas tópicas, Hidrogéis, Iogurte, Mel, Óleos essenciais, Óleo essencial tópico (associado à Clorofila VO e Antibiótico sistêmico), Pasta de açúcar, Soluções anti-sépticas, Sulfadiazina de Prata e Trióxido de arsênico. A heterogeneidade das intervenções e a qualidade metodológica dos estudos não permitiram metanálise. **CONCLUSÕES:** Dos 11.111 estudos identificados, 2.93% (n=325) referiam-se aos sintomas em análise por meio de tratamentos tópicos. Dos 59 estudos sobre odor, 34 estudos atenderam a todos os critérios de inclusão. Encontraram-se poucos estudos de boa qualidade e as principais limitações metodológicas foram os desenhos dos estudos, o tamanho da amostra e a ausência de escalas para mensuração do odor. Encontrou-se evidência Grau A ou B para o tratamento de LVM com Gel de Metronidazol Tópico, Curativo de Carvão Ativado, Curativo de Mesalt e Pomada de *Curcumin*.

DESCRITORES: Medicina baseada em evidências, metanálise, ferimentos e lesões, Cuidados Paliativos, odor, dor, drenagem, infecção, hemorragia, neoplasias.

ABSTRACT

Santos, Cristina Mamédio da Costa Santos. **Systematic review about topical therapy of fungating malignant wounds.** 2007. 167p. Dissertation (Master Degree) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

INTRODUCTION: Fungating malignant wounds (FMW) is the result of the cutaneous infiltration by cancerous cells and, when exteriorized, they acquire fungating aspect. Malodour, exudate, bleeding, pain and infection are common symptoms, which are added to the psychological and physical suffering of these patients. The management of FMW is inserted in the assistance of patients in palliative care. **OBJECTIVE:** To characterize the scientific literature on FMW and to identify evidences for the topical therapy of malodour in FMW. **METHODS:** Systematic review. The clinical question of research, using the strategy PICO, was "Which are the topical/dressings therapy are used for the control of the malodour, exudate, bleeding, pain or infection of FMW? " The bibliographical search occurred in 09/2006 and it used 14 databases: Banco de Teses – Capes, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – USP, Proquest, Current Controlled Trials, BDENF, CINAHL, Embase, PubMed, Ovid, PsycInfo, Scopus, Web of Science, Lilacs and EBM Reviews. The data were extracted by reviewer A, checked by B and decisions were taken in consensus. By the analysis of the abstracts, studies about FMW that approached 1 of the 5 investigated symptoms were included. The studies about malodour were entirely analyzed and classified as regards the quality of the study, evidence level and recommendation degree. **RESULTS:** It was obtained 11.111 studies and of those, 325 (2.93%) referred to the control of some symptoms of FMW through of topical interventions: 12,37% related to the malodour, 16,77% to the exudate, 17,82% to the bleeding, 31,03% to the pain and 22,01% to the infection of FMW; other 202 studies were excluded once they treat other symptoms. Among the studies (n=34) that analyzed the control of the malodour, 5 were clinical trials (14,71%), 20 narrative reviews (58,82%), 5 series of cases, 3 case reports (8,82%) and 1 prevalence study (2,94%); they identified 16 topical treatments. Topical Metronidazole gel presented Strong Evidence for the control of the malodour (degree

A, level 1C); Activated Charcoal Dressing and Mesalt Dressing, moderate Evidence (degree B, level 2B); Ointment of *Curcumin*, Moderate Evidence (degree B, level 2C). Weak evidence (degree C) and Very Weak (degree D) were observed in 12 topical therapy, that were: Interventions with topical Antibiotics, green Tea, topical Enzymes, Hidrogels, Honey, Yogurt, essential Oils, topical essential Oil (associate to the Clorofila PO and systemic Antibiotic), Paste of sugar, antiseptic Solutions, Silver Sulfadiazine and Arsenic trioxide lotion. The heterogeneity of the interventions and the methodological quality of the studies didn't allow meta-analysis.

CONCLUSIONS: Among of the 11.111 identified studies, 2.93% (n=325) they referred to the symptoms in analysis through topical therapies. Of the 59 studies about malodour, 34 attended to all of the inclusion criteria. There were few studies of good quality and the main methodological limitations were the designs of the studies, the size of the sample and the absence of scales for mensuration of the malodour. Evidence degree A or B was found for treatment of FMW with Topical Metronidazol Gel, Activated Charcoal Dressing, Mesalt Dressing and Ointment of *Curcumin*.

DESCRIPTORS: Evidence based Medicine, meta-analysis, wounds and injuries, Palliative Care, odors, pain, exudate, infection, bleeding, neoplasms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Etapas das revisões sistemáticas, segundo Cochrane e CRD.	29
Tabela 2 –	Definição dos componentes da estrutura PICO deste estudo.	32
Tabela 3 –	Bases de dados utilizadas segundo suas características.	35
Tabela 4 –	Estrutura da estratégia de busca segundo descritores.	39
Tabela 5 –	Estudos identificados segundo bases de dados.	62
Tabela 6 –	Distribuição dos estudos identificados segundo modelo de pesquisa e bases de dados.	63
Tabela 7 –	Estudos clínicos segundo bases de dados.	64
Tabela 8 –	Estudos clínicos segundo neoplasias.	64
Tabela 9 –	Estudos clínicos segundo patologias não malignas.	65
Tabela 10 –	Estudos clínicos segundo localização das neoplasias malignas.	66
Tabela 11 –	Estudos clínicos de neoplasias malignas segundo presença de lesões vegetantes malignas.....	66
Tabela 12 –	Estudos clínicos de lesões vegetantes malignas segundo localização das neoplasias malignas primárias.	67

Tabela 13 – Estudos clínicos de lesões vegetantes malignas segundo sintomas clínicos apresentados.	
	67
Tabela 14 – Caracterização dos estudos (n = 59) sobre odor em lesões vegetantes malignas.	
	69
Tabela 15 – Estudos (n=5) sobre odor não identificados para análise.	
	75
Tabela 16 – Enfoque dos estudos (N=43) sobre odor de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos.	
	76
Tabela 17 – Estudos com enfoque terapêutico (n = 34) para controle do odor de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos segundo tipo de estudo.	
	77
Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo ensaio clínico em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados.	
	78
Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo séries de casos em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados.	
	83

Tabela 20 – Distribuição dos estudos do tipo relato de caso em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados.	88
Tabela 21 – Tabela 20 – Distribuição dos estudos do tipo revisão narrativa em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados.	91
Tabela 22 – Distribuição dos estudos do tipo estudo de prevalência em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados.	112
Tabela 23 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com metronidazol tópico.	113
Tabela 24 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com carvão ativado.	114
Tabela 25 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com Curativo de Mesalt.	115
Tabela 26 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com pomada de <i>Curcumin</i> .	115

Tabela 27 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com soluções anti-sépticas.	
	116
Tabela 28 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com óleos essenciais.	
	117
Tabela 29 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com hidrogéis.	
	118
Tabela 30 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com chá verde.	
	119
Tabela 31 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com trióxido de arsênico.	
	120
Tabela 32 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com enzimas tópicas.	
	121
Tabela 33 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com pasta de açúcar.	
	122
Tabela 34 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com antibióticos tópicos.	
	123
Tabela 35 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com iogurte.	
	124
Tabela 36 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com sulfadiazina de prata.	
	125

Tabela 37 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM óleos essenciais tópicos, antibiótico e clorofila sistêmicos.	
	126
Tabela 38 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com mel.	
	127
Tabela 39 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com desodorizantes de ambiente.	
	128
Tabela 40 – Classificação das evidências para tratamento do odor fétido das LVM segundo tratamento tópico (n = 16).	
	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia de busca utilizada para as bases de dados Banco de Teses - Capes, BDEnf, Banco de Teses – USP	41
Quadro 2 – Estratégia de busca utilizada para a base de dados Cinahl.	42
Quadro 3 – Estratégia de busca utilizada para a base de dados Current Controlled Trials e PsycInfo.	44
Quadro 4 – Estratégia de busca utilizada para as bases de dados Embase, Evidence Based Medicine Reviews, Lilacs, Ovid, PubMed e Web of Science.	45
Quadro 5 – Estratégia de busca utilizada para a base de dados Proquest.	48
Quadro 6 – Estratégia de busca utilizada para a base de dados Scopus.	49
Quadro 7 – Etapas do processo de seleção dos estudos.	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Fisiopatologia das lesões vegetantes malignas.....	19
1.2 Tratamento tópico (curativos/agentes tópicos) de lesões vegetantes malignas.....	21
1.3 Prática baseadas em evidência no cuidado de lesões vegetantes malignas.....	23
2. OBJETIVOS.....	28
2.1. Objetivo geral.....	28
2.2. Objetivos específicos.....	28
3. MÉTODO.....	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Pergunta de busca bibliográfica.....	29
3.3. Definição dos componentes da estrutura PICO deste estudo.....	31
3.4. Fontes utilizadas para a identificação dos estudos.....	32
3.5. Estratégia de busca dos estudos.....	37
3.6. Seleção dos estudos.....	52
3.7. Seleção dos estudos sobre odor.....	56
3.8. Análise dos dados.....	60
4. RESULTADOS.....	62
5. DISCUSSÃO.....	130
6. CONCLUSÕES.....	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÊNDICES.....	159
ANEXOS.....	164

TRATAMENTO TÓPICO DE LESÕES VEGETANTES MALIGNAS

1. INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida e o envelhecimento da população trazem consigo aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas degenerativas – entre as quais o câncer (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006) e a convivência prolongada com os sinais e sintomas que as cerca (SANTOS, 2003) . A World Health Organization (2006) que existam 24,6 milhões de pessoas com câncer em todo o mundo. Em 2000, cerca de 10 milhões de pessoas tiveram diagnóstico de câncer e 6,2 milhões morreram, o que representou 12,5% do total de mortes no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Em 2020 o câncer passará a ocupar o primeiro lugar em mortalidade e sua incidência pode aumentar em até 50%, o que representará cerca de 16 milhões de casos mundialmente.

O Instituto Nacional do Câncer (2006) estimou que em 2006 houve 472.050 casos de câncer no Brasil e a previsão de mortalidade para o ano de 2006 foi de aproximadamente 130.000 mortes.

O tratamento oncológico é baseado em 5 pilares fundamentais: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e hormonioterapia. Diagnóstico correto e estadiamento são atitudes clínicas fundamentais no tratamento e no processo de tomada de decisão do tratamento. O tratamento pode ter objetivo curativo, mas mesmo com todos os avanços no conhecimento do tratamento do câncer, ainda não se pode dizer que esta doença seja sempre curável e, nos casos mais avançados, o cuidado paliativo é a meta. (CHU, E, DEVITA, VT, 2005)

Cuidado Paliativo é a quarta diretriz estabelecida pela WHO (1990) para assistência ao doente com câncer, depois de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos cânceres curáveis, e é definido como assistência integral e ativa a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo e o principal objetivo é garantir a melhor qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para seus familiares, atuando no controle da dor e de outros sintomas.

A Associação Canadense de Cuidados Paliativos (CANADIAN PALLIATIVE CARE ASSOCIATION STANDARDS COMMITTEE, 1995) define cuidado paliativo como uma filosofia de cuidado e uma combinação de terapias que visam a apoiar os indivíduos com doenças que ameaçam a vida, atendendo-os em suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Busca-se controlar a dor e outros sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, proporcionando aos pacientes e familiares uma melhor qualidade de vida. O cuidado a pacientes com lesões vegetantes malignas, tema desta dissertação, faz parte dos cuidados paliativos.

Lesões vegetantes malignas resultam da invasão direta do câncer na pele e, ao se exteriorizarem, adquirem o aspecto de lesão. Representam a visualização externa do processo de infiltração do epitélio por células tumorais (HALLETT, 1995).

A denominação correta (descriptor) para lesões exteriorizadas desencadeadas por câncer é muito conflitante, tanto na literatura inglesa quanto na nacional (ROSEN, 1980). A denominação em língua inglesa para tais lesões é “***fungating and/or ulcerating malignant wounds***”, mas também são citadas como *fungating tumours*, *ulcerated and fungating malignant tumours*, *malignant wounds*, *malignant cutaneous wounds*, *cutaneous metastases*, *smelly tumours*, *ulcerating metastatic skin lesions* e *malignant fungating wounds*. Dentro da equipe multidisciplinar oncológica brasileira, o termo mais difundido é o de lesão vegetante, sendo que, nesta literatura, encontra-se descrição destas lesões como: lesões tumorais, termo muito abrangente, feridas malignas, lesões fungóides, termo que pode causar certa confusão com a micose fungóide – que é uma patologia distinta e tumores exteriorizados (SANTOS, PIMENTA, 2005).

Lesões vegetantes malignas são caracterizadas por um conjunto de sinais e sintomas que podem surgir isoladamente ou em conjunto, tais como rápido crescimento proliferativo, odor fétido, sangramento, dor local, exsudato profuso, infecção local e aparência vegetante, isto é, com uma aparência fungosa, parecida com couve-flor e/ou ulcerações superficiais, quando então é denominada lesão vegetante maligna ulcerada (HALLETT, 1995, NAYLOR, 2002, HAISFIELD-WOLFE, 1997). A magnitude desses sinais e sintomas varia grandemente.

A incidência das lesões vegetantes malignas ainda não é bem estabelecida na

literatura (ROSEN, 1980). Os dados atuais são baseados em estimativas do problema, o que não os torna totalmente confiáveis e atribuem às lesões vegetantes malignas incidência que varia de 0,6 a 9,0% (SCHOENLAU, 2001; FYRMPAS, 2006; NAYLOR, 2002; MCDONALD, 2006, IVETIC, 1990). Dados do National Cancer Institute (2005) indicam que entre 2,7% a 4,4% de todos os pacientes com câncer podem apresentar lesões vegetantes malignas que quando são metástases para a pele, correspondem a 2,7% de todas as lesões metastáticas (UPRIGHT, 1994). Outro aspecto a ser considerado é que os poucos dados existentes advêm de países do primeiro mundo, onde os tumores são tratados em fase mais inicial do que em países em desenvolvimento. Imagina-se que a prevalência de lesões vegetantes malignas em países com menor cobertura para o tratamento precoce das doenças oncológicas deva ser maior. Lesões vegetantes geralmente acometem pacientes com idade avançada (>70 anos), com câncer metastático e que estão em fase terminal da doença (SANTOS, PIMENTA, 2005). Frequentemente a expectativa de vida é curta (de 06 meses a 01 ano), mas alguns autores relatam casos de pacientes que sobreviveram por mais de 02 anos (NAYLOR, 2002; MORTIMER, 1993). Dados de Schulz (2001) indicam que aproximadamente 10% dos pacientes com malignidades internas metastáticas podem apresentar metástases cutâneas e que esses pacientes apresentam uma expectativa de vida média de aproximadamente 22 meses após o desenvolvimento das lesões vegetantes malignas. Ainda que não existam estatísticas refinadas sobre a incidência de lesões vegetantes malignas, frente aos dados acima apresentados, não se pode considerá-las como uma lesão rara. O cuidado com as lesões é tradicionalmente feito pela equipe de enfermagem e a prescrição do cuidado tópico é, muitas vezes, de responsabilidade do enfermeiro. No entanto, o cuidado com lesões vegetantes é ainda pouco conhecido ou até negligenciado e os protocolos de tratamento estão em construção. Nota-se, mundialmente, dificuldade na prescrição de cuidado local na assistência ao paciente oncológico portador de lesão vegetante maligna. Analisar a literatura sobre o tema é o objetivo deste estudo.

1.1. Fisiopatologia das lesões vegetantes malignas

As lesões vegetantes malignas podem resultar de tumoração primária da pele,

de metástases secundárias a um tumor primário, da invasão de estruturas mais profundas pelo tumor e da implantação epitelial de célula maligna de forma acidental durante um procedimento diagnóstico ou cirúrgico (COLLIER , 1993). O processo de metastatização da lesão vegetante maligna segue o mesmo modelo tumoral: neovascularização, invasão da membrana basal por células tumorais, deslocamento e embolismo das células tumorais, agregação em capilares distantes (sanguíneos ou linfáticos), extravasamento e proliferação (HAISFIELD-WOLFE, 1997). Em grande parte dos casos resultam de tumores agressivos, de grande malignidade, refratários ao tratamento e presentes em pacientes em fase terminal da doença.

Alterações sanguíneas, da linfa, do ambiente intersticial e celular geram sangramento, edema, grande quantidade de exsudato e necrose tecidual. O sangramento resulta do desequilíbrio no processo de hemostasia; edema, exsudato e necrose surgem da irregularidade na perfusão celular, visto que a neoangiogênese não é capaz de irrigar toda a região. O tecido necrótico é ambiente ideal para a proliferação bacteriana (infecção). Do metabolismo das bactérias há liberação de ácidos graxos voláteis e fétidos, que ocasionam odor desagradável. As bactérias que colonizaram a lesão ativam proteases (enzimas) que degradam o tecido necrótico, gerando liquefação de tecido morto e exsudato abundante. O crescimento proliferativo do tumor pode levar à compressão de estruturas subjacentes, partes moles e estruturas nervosas, ocasionando dor e diminuição da mobilidade. Com isso, lesões vegetantes malignas são caracterizadas por um conjunto de sinais e sintomas, que podem surgir isoladamente ou em conjunto, dentre eles o rápido crescimento proliferativo, odor fétido, sangramento, dor local, exsudato profuso e infecção (SANTOS, PIMENTA, 2005).

A lesão vegetante maligna pode adquirir tipicamente uma aparência fungosa, brotante (semelhante a uma couve-flor) e/ou formar ulcerações superficiais (crateras rasas), quando pode ser também denominada lesão vegetante maligna ulcerada (NAYLOR, 2005).

A lesão vegetante maligna pode variar quanto à localização, forma, tamanho, coloração, odor que exala, quantidade de exsudato que produz, magnitude da dor e do sangramento, presença de infecção e inflamação (NEAL, 1991; GROCOTT, 2001). A regressão da lesão só ocorre quando se consegue controle do crescimento

tumoral. Tem-se, portanto, que a lesão continuará se desenvolvendo até que algum tratamento oncológico seja empreendido com sucesso. Potencialmente ocorrerão danos progressivos locais devido à combinação de crescimento proliferativo, perda da vascularização e aumento da lesão (GROCOTT, 2001). A expectativa de que o doente terá que conviver com a lesão até a morte agrega substancial importância ao adequado cuidado dessas feridas.

O diagnóstico de uma lesão vegetante maligna pode ser feito com avaliação histológica, por meio de uma biópsia da lesão (GROCOTT, 1995; MCDONALD, 1996). Contudo, o diagnóstico geralmente é feito clinicamente, pelas características peculiares deste tipo de lesão, que as tornam distinguíveis de uma lesão não-oncológica, e pela história clínica do doente.

Visto que tais lesões, na maioria dos casos, acometem doentes em fase avançada da doença, quando o uso de métodos diagnósticos invasivos é muito cauteloso, não há dados precisos sobre quais tipos histológicos são mais propensos a produzir lesões vegetantes malignas.

1.2. Tratamento tópico (curativos/agentes tópicos) de lesões vegetantes malignas

O tratamento de lesões vegetantes malignas é um assunto complexo, que envolve toda a equipe multidisciplinar. Essas lesões podem ser extremamente desagradáveis e desconfortáveis ao paciente e acarretar intenso sofrimento físico e psíquico, pelo odor fétido emanado, aparência vegetante da lesão, grande quantidade de exsudato produzido, dor intensa e risco constante de sangramentos. Tal quadro pode desencadear sentimentos de rejeição, nojo, isolamento social, ansiedade, tristeza, solidão e antecipação da morte.

O cuidado das lesões vegetantes malignas, segundo revisões narrativas de literatura (WILSON, 2005; SANTOS, 2003; BIRD, 2000; YOUNG, 1997; GROCOTT, 1999), segue os mesmos preceitos do curativo ideal - baseado na teoria de Winter – já bem descrita na literatura (WINTER, 1962; WINTER, 1965): manter o meio úmido (preserva as células sadias, evita a aderência do curativo à lesão, favorece o desbridamento autolítico, diminui a dor durante a remoção e o risco de hemorragia); evitar aderência ao leito da lesão; evitar trauma durante a remoção;

auxiliar no desbridamento do tecido necrótico; controlar a hemorragia; permitir as trocas gasosas; manter isolamento térmico (evita o aumento do exsudato); absorver e conter o exsudato (evitar vazamento e exsudato estagnado); evitar irritação superficial/processo alérgico; restabelecer a simetria corpórea do paciente, e ser esteticamente aceitável. Entretanto, essas lesões apresentam características peculiares e são fundamentalmente diferentes de lesões benignas, o que exige avaliação e tratamento específicos.

Lesão vegetante maligna é a apresentação exteriorizada de um tumor que só irá cicatrizar quando a neoplasia for erradicada através radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, cirurgia e hormonioterapia, usados isoladamente ou em combinação. Nas lesões vegetantes malignas a cura não é o objetivo do tratamento (MILLER, O'NEILL, MORTIMER, 1993).

A avaliação de uma lesão vegetante maligna deve sempre considerar a etiologia oncológica, as características peculiares deste tipo de lesão, as condições físicas e emocionais do paciente e o estágio do câncer. Visa-se reduzir o odor fétido, a dor e o sangramento e melhorar a absorção e contenção do exsudato excessivo.

Embora a divisão rígida entre abordagens curativas e paliativas seja difícil, pois os tratamentos modificadores da doença podem ser usados paliativamente para alcançar o controle dos sintomas e aumentar a qualidade de vida do paciente, o cuidado paliativo das lesões vegetantes malignas é a conduta mais indicada.

As principais recomendações para o tratamento de lesões vegetantes malignas foram estabelecidas por Wilson (2005), Santos (2003), Bird (2000), Young (1997), Grocott (1999), Naylor (2005): controle do exsudato com utilização de curativos altamente absorventes (alginatos de cálcio, esponjas absorventes e hidropolímeros), esteróides tópicos e dispositivos para ostomias (principalmente se houver presença de fístulas) (MILLER, O'NEILL, MORTIMER, 1993; EDWARDS, 2000); controle do sangramento através da manutenção da umidade na interface lesão/curativo, minimização dos riscos de trauma na lesão, agentes tópicos e/ou curativos com propriedades hemostáticas (sucralfato, nitrato de prata, alginato de cálcio e esponjas hemostáticas) e antifibrinolíticos orais; medicamentos vasoconstritores tópicos em situações emergenciais (PUDNER, 1998; WALDING, 1996); controle do odor pela redução e remoção do tecido necrótico (desbridamento), redução da infecção local

(antibióticos/antifúngicos orais, tópicos ou sistêmicos) e minimização do odor com agentes tópicos (carvão ativado) ou sistêmicos (desodorizadores de ambiente (BOWER et.al1992; CLARK, 1992; GALLAGHER, 1995) ; controle da infecção através da minimização dos riscos de contaminação da lesão e utilização de antibióticos/antifúngicos por via oral, sistêmica ou tópica (CLARK, 1992; THOMAS, 1989; COOLEY,1995); controle da dor com a utilização dos mesmos preceitos do tratamento da dor oncológica (PIMENTA, 2000; TEIXEIRA, PIMENTA, 1997; KRAKNIK, 1997).

Observa-se que as recomendações para o tratamento das lesões vegetantes malignas são genéricas e, na prática clínica, observa-se grande disparidade de condutas. As revisões de literatura sobre o tema são em pequeno número, não obedecem à metodologia de revisão sistemática e não são unânimes nas suas conclusões. Por exemplo, Naylor (2005) fornece recomendações para controle do sangramento semelhantes às de Grocott (2000), entretanto esta última indica a utilização da suspensão de Sucralfato[®] para o controle do sangramento, recomendação não citada por Naylor (2005). Santos (2003)³ identificou apenas um ensaio clínico (BOWER, STEIN, EVANS, HEDLEY, PERT, COOMBES, 1992) que testou Metronidazol[®] para o controle do odor em lesões vegetantes malignas e não observou diferença entre o gel ativo e o placebo. Questiona-se se a escassez e a inconsistência da literatura sobre o tema é realmente grande ou se as revisões narrativas não foram capazes de identificar as publicações existentes.

Frente à fragilidade da orientação sobre as melhores condutas para o tratamento dessas lesões optou-se por desenvolver este estudo que tem como objetivo analisar, por meio de revisão sistemática, a produção científica na área de cuidados às lesões vegetantes malignas.

1.3. Prática baseada em evidências no cuidado de lesões vegetantes malignas

O movimento da prática baseada em evidências (PBE) iniciou-se simultaneamente no Canadá com epidemiologistas da McMaster University e na Inglaterra com o epidemiologista britânico Archie Cochrane (MAGAREY, 2001; KRUGMAN, 2003).

PBE é definida como o processo de localização, análise e aplicação de evidências científicas ao cuidado à saúde (STEVENS, 2001). Representa uma nova tendência, que traz consigo termos e processos novos e que se compromete a fornecer cuidado a partir do melhor subsídio científico, ou seja, não admite o mero uso da intuição ou do aprendizado prático e requer a busca explícita da melhor evidência científica disponível para o cuidado ao paciente (ATALLAH, 1997).

A prática baseada em evidências representa novo paradigma no cenário do cuidado à saúde, surgindo em contrapartida ao cenário em que as decisões sobre o cuidado à saúde são fundamentalmente baseadas nas experiências adquiridas pelos profissionais, no relato de profissionais mais experientes/especialistas, nos modelos teóricos fisiopatológicos e no aprendizado com profissionais com títulos acadêmicos (SACKETT, 1996; STEVENS, 2001).

É um processo que pode ser resumido nas cinco etapas seguintes (THE UNIVERSITY OF YORK NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1996; MACPHEE, 2002; HAYNES, HAINES, 1998): pesquisas primárias (consistem no desenvolvimento de estudos clínicos que respondam às questões básicas levantadas durante o exercício profissional), resumo das evidências (busca a sumarização de todos os estudos clínicos que foram desenvolvidos sobre um determinado tema do cuidado à saúde, utilizando para tal a metodologia da revisão sistemática), tradução da evidência (visa divulgar as evidências científicas identificadas com a revisão sistemática a todos os profissionais de saúde, por exemplo, publicando *guidelines* e algoritmos que nortearão o cuidado à saúde), padronização das evidências (objetiva implementar as evidências na prática profissional individual e organizacional) e avaliação dos resultados (propõe que o impacto e a eficiência/eficácia da nova prática profissional sejam avaliados).

A prática baseada em evidências é o uso da melhor evidência científica para proporcionar prática clínica de alta qualidade, assegurando que as melhores intervenções, com relação à segurança e efetividade, serão implementadas na assistência ao paciente (HEWITT-TAYLOR, 2002; MACPHEE, 2002). Surgiu com a Medicina, e desde então vem incluindo tanto a Enfermagem como as outras profissões da área da saúde.

A Enfermagem baseada em evidências (EBE), tal como a Medicina baseada

em evidências (MBE), teve sua origem simultânea no Canadá e na Inglaterra. O marco da EBE é representado pela criação do jornal Evidence-Based Nursing (CULLUM, 1998).

Entretanto, quando comparada à Medicina, a Enfermagem baseada em evidências é um tema ainda incipiente, principalmente no Brasil. Shorten (1997) afirma que somente uma pequena porcentagem de enfermeiros pratica e está envolvida com o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidências, apesar de todas as considerações que apontam a importância desta prática para a assistência ao paciente (MACPHEE, 2002). Há mais de 15 anos já se dizia que “a Enfermagem deveria se tornar uma profissão baseada em pesquisa” e indicava a falta de evidências científicas em muitas áreas da prática de enfermagem (DICENSO, CULLUM, CILISKA, MARKA).

Não é novidade reconhecer a importância da enfermagem baseada em evidências, pois isto já vem sendo descrito na literatura há mais de duas décadas. Entretanto, ainda hoje se apontam barreiras para a sua solidificação (HEK, 2000; CILISKA, CULLUN, MARKS, 2001), como: o desconhecimento do conceito, o limitado acesso à literatura científica/bases de dados, a dificuldade no uso das ferramentas de computação, a falta de habilidade para a busca de informações científicas, a escassez de tempo, a falta de habilidade para a avaliação crítica dos artigos científicos, a maior valorização da prática do que do conhecimento intelectual, o pequeno direcionamento à prática baseada em evidências durante a graduação, o custo elevado da assinatura das bases de dados, a pequena familiaridade com conceitos de bioestatística, metodologia de pesquisa e epidemiologia clínica e a pequena tradição para conduzir estudos clínicos básicos.

A partir da metade da década de 90 percebeu-se a tendência de envolvimento dos enfermeiros no movimento da enfermagem baseada em evidências, com o estabelecimento de centros para a essa prática, localizados principalmente no Canadá, Austrália, Estados Unidos, bem como em vários países da Europa. Esta nova tendência profissional levou ao aumento no número de revisões sistemáticas conduzidas por enfermeiros (MAGAREY, 2001).

A maior parte das revisões sistemáticas responde às questões médicas. Com isso, as revisões sistemáticas disponíveis falham em responder adequadamente a

problemas de enfermagem relacionados ao cuidado ao paciente, ao impacto da doença e do tratamento, entre outros, o que reforça a importância de que os enfermeiros envolvam-se em revisões sistemáticas (STEVENSON, 2001).

O termo revisão sistemática foi inicialmente usado pela Colaboração Cochrane (STEVENSON, 2001). Essa metodologia foi desenvolvida por Chalmers, ao tentar sumarizar os dados de ensaios clínicos randomizados (MAGAREY, 2001).

Trata-se de uma metodologia que possibilita localizar, sintetizar e validar os resultados das publicações sobre um dado tema, refletindo assim o “estado da arte” e norteando a prática clínica. É o modelo de revisão de literatura mais confiável, pois utiliza métodos rigorosos, amplos, explícitos e reprodutíveis de pesquisa (MULROW, COOK., 2001). Representa a essência da prática baseada em evidência e um método moderno para a avaliação simultânea de um conjunto de dados (HEK, 2000).

É constituída pelas seguintes fases (NUNNELEE, SPANER, 2002): definição de uma pergunta clínica específica, elaboração de estratégias de busca amplas e reprodutíveis, identificação das publicações, critérios de inclusão/exclusão explícitos para inclusão de publicações, avaliação da qualidade metodológica das publicações incluídas, realização da metanálise (quando possível) e sumarização da evidência para a prática clínica.

Uma vez que esta metodologia sintetiza e valida os resultados de todos os estudos primários sobre um dado tema, torna-se o método de revisão de literatura mais confiável atualmente existente. Uma revisão sistemática fornece o estado de arte das evidências sobre uma dada prática do cuidado à saúde. É um documento que sozinho retrata os dados de vários estudos individuais avaliados como de confiança. Ao ler uma revisão sistemática, o usuário final já tem a tradução da evidência; isto é, ela já foi identificada, selecionada, analisada e resumida (EVANS, PEARSON, 2001).

Metanálise pode ser resumida como o método estatístico utilizado para analisar e resumir quantitativamente os dados sumarizados pela revisão sistemática⁴⁵. Foi proposta inicialmente por Glass (1976) na década de 70 e na década de 80 passou a ser usada pela medicina (CONN, 2004; SACKS, BERRIER, REITMAN, ANCONA-BERK, CHALMERS, 1987; DICKERSIN, BERLIN, 1992).

É válido ressaltar que a metanálise não é um componente obrigatório em uma revisão sistemática, uma vez que o resultado de uma revisão sistemática pode mostrar que na literatura mundial não há estudos clínicos (ensaio clínico) que sustentem a prática em questão, não havendo, portanto, dados suficientes para a realização de uma metanálise.

O valor de uma revisão sistemática deve-se a duas razões principais: por extrapolar as revisões de literatura tradicionais (narrativas), que geralmente consistem em uma avaliação subjetiva do autor de um pequeno número de estudos e por adicionar poder estatístico ao sintetizar os dados e realizar a metanálise. As revisões narrativas são mais frágeis, pois seus métodos não são explícitos e não há um padrão para o seu desenvolvimento. Os resultados obtidos com tais revisões podem ser tendenciosos, não esgotam toda a literatura disponível sobre o tema pesquisado e são cientificamente inconclusivas (WHITTEMORE, R, 2005).

O paradigma da PBE mostrou que não somente avaliações de efetividade devam ser empreendidas, mas também avaliação da segurança e dos efeitos colaterais de um procedimento, por exemplo. Tanto a Cochrane (HIGGINS, GREEN, 2005) como a NHS CRD (1996) estão envolvidas no direcionamento das revisões sistemáticas para outras considerações em saúde (segurança, eventos diversos, impacto da doença, qualidade de vida), e adequações da metodologia estão sendo desenvolvidas, ainda que os princípios básicos de localização das evidências sejam os mesmos.

A PBE difere da prática baseada em pesquisas, uma vez que requer a hierarquização da evidência e não somente o uso de uma única pesquisa norteadora da prática clínica, o que exige a etapa da revisão sistemática.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Aperfeiçoar o cuidado de enfermagem de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos.

2.1. Objetivos específicos

Caracterizar a produção científica sobre tratamento tópico da dor, odor, exsudato, infecção e sangramento das lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos.

Identificar evidências para o tratamento tópico do odor relacionado a lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de revisão sistemática da literatura, orientada pelas recomendações do Centre for Reviews Dissemination (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm>) (1996) e da Cochrane Collaboration (HIGGINS, GREEN, 2005) (<http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hbook.htm>), visto as semelhanças entre eles. As etapas destes *guidelines* estão resumidas na Tabela 1:

Tabela 1. Etapas das revisões sistemáticas, segundo Cochrane e CRD. São Paulo, 2007.

Etapas	Cochrane Handbook	Centre for Reviews Dissemination
1 ^a	Formulação do problema	Preparação de uma proposta de revisão sistemática
2 ^a	Localização e seleção das publicações	Desenvolvimento de um protocolo
3 ^a	Avaliação da qualidade das publicações	Identificação das publicações
4 ^a	Coleta de dados	Seleção das publicações
5 ^a	Análise e apresentação dos resultados	Avaliação da qualidade das publicações
6 ^a	Interpretação dos resultados	Extração dos dados das publicações
7 ^a	Aperfeiçoamento e atualização	Síntese dos dados
8 ^a	—	Publicação e recomendações
9 ^a	—	Transposição das evidências para a prática

3.2. Pergunta da busca bibliográfica

A questão de pesquisa é o primeiro passo no desenvolvimento de uma revisão sistemática (NEEDLEMAN, 2002; FLEMMING, 1998). A questão deve ser específica, de relevância científica e formulada de modo sistemático. Uma pergunta de pesquisa que atenda a estes quesitos funciona como um eixo norteador da revisão,

na determinação dos critérios de inclusão/exclusão, no método de condução da revisão e na organização do raciocínio lógico (RICHARDSON, WILSON, NISHIKAWA, 1995; STONE, 2002). Os componentes PICO (acrônimo para paciente, intervenção, comparação e *outcome*) da questão de pesquisa podem ser diretamente transformados nos descritores/palavras-chave que serão utilizados para a busca de publicações.

Richardson (1995) afirma a existência de quatro componentes fundamentais para a formulação de uma questão de pesquisa, sintetizados na sigla PICO: P= participante, I=intervenção, C=controle e O=desfecho. No mínimo, dois desses componentes (participante e intervenção – P e I do PICO) são obrigatórios para a sistematização da pergunta da pesquisa.

Bernardo (2004) descreve a estratégia PICO para elaboração de perguntas de pesquisa e estratégias de busca. Ao P (paciente ou população) corresponde à descrição das características ou estágio da doença, da população em investigação, ou ainda, definição da condição de interesse. Ao I (intervenção ou indicador) corresponde a descrição do que será realizado com a população/paciente/participantes; o C (comparação ou controle) relaciona-se à descrição dos critérios que serão utilizados para avaliar a efetividade da intervenção e o O (*outcomes*) refere-se ao desfecho clínico (a resposta encontrada).

Atendendo a tais preceitos a pergunta da busca bibliográfica da revisão sistemática foi: “Quais os tratamentos tópicos/curativos utilizados para o controle dos sintomas (dor, odor, sangramento, exsudato e/ou infecção) das lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos”?

Essa pergunta possibilitou responder aos objetivos de caracterizar a produção científica e avaliar evidências sobre o tratamento do odor. A análise das evidências sobre dor, exsudato, infecção e sangramento será objeto de outros possíveis estudos.

Dessa forma:

P - pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas;

I - os diferentes tratamentos tópicos (com agentes tópicos/curativos) disponíveis no mercado mundial;

C - efetividade em relação a outras intervenções/ausência de tratamento.

O - melhora/controle de no mínimo um dos cinco principais sintomas das lesões

vegetantes malignas (dor, odor, sangramento, exsudato e/ou infecção).

3.3. Definição dos componentes da estrutura PICO deste estudo

A formulação da questão de pesquisa estruturada com o uso da estratégia PICO possibilita a fácil definição dos critérios de elegibilidade das publicações. Basta que se descreva detalhadamente cada componente do PICO para criação dos critérios de elegibilidade (Tabela 2). Optou-se por realizar descrições mais amplas dos componentes da pergunta de pesquisa, a fim de que os critérios de inclusão não se tornassem restritivos. Desta forma, esperava-se obter uma revisão sistemática abrangente, com menor possibilidade de viés de seleção (HIGGINS, GREEN, 2005). Descrições muito restritas geram critérios de inclusão igualmente restritos, com potenciais exclusões errôneas (viés).

Os critérios de elegibilidade desta revisão sistemática não restringiram tipos de publicações, uma vez que revisões narrativas prévias (WILSON, 2005; SANTOS, 2003; BIRD, 2000; YOUNG, 1997; GROCOTT, 1999) sinalizaram a inexistência de vastas publicações sobre lesões vegetantes malignas. Optou-se por não restringir os tipos de publicações pela suposição de que caso não existam evidências que possibilitem a realização de metanálise para o tratamento dos sintomas das lesões vegetantes malignas, ainda assim será possível classificar o nível de evidência das publicações obtidas, identificar pontualmente as lacunas de conhecimento e os próximos passos necessários em pesquisa para nortear o tratamento tópico das lesões vegetantes malignas. Não foi utilizado o componente C (comparação) da estratégia PICO, uma vez que não existe tratamento padrão estabelecido.

Tabela 2. Definição dos componentes da estrutura PICO deste estudo. São Paulo, 2007.

Acrônimo	Descrição do acrônimo	Critérios
P	Participantes (situação clínica)	Pacientes oncológicos, portadores de lesões vegetantes malignas, indistintos quanto ao estágio clínico e severidade da doença. Não serão realizadas restrições quanto à localização dos pacientes (hospital, ambulatório ou <i>home care</i>). Serão incluídos pacientes de qualquer idade, raça e sexo, com quaisquer tipos de tumores malignos que desencadeiem lesões vegetantes malignas. O diagnóstico de lesões vegetantes malignas poderá ser feito diretamente por resultados do anátomo-patológico da lesão ou indiretamente - interpretação dos sinais/sintomas e corroboração com o diagnóstico de base (tumor maligno).
I	Intervenções	Diferentes agentes tópicos/curativos disponíveis no mercado mundial. Serão analisadas publicações que utilizem estes produtos, independentemente da marca, do número de intervenções realizadas, da duração das intervenções e do momento inicial da intervenção. Não será realizada distinção do ambiente de tratamento (internação, ambulatorial ou <i>home care</i>) e do profissional fornecedor do cuidado (qualquer membro da equipe multidisciplinar de saúde). Agentes tópicos incluirão todos os agentes/medicamentos que possam ter aplicação tópica. Em relação aos curativos, serão incluídos todos os materiais de curativo usados como camada/contato primário (obrigatoriamente) e os secundários (se existirem).
O	Desfechos clínicos	Controle/melhora de no mínimo um dos cinco principais sintomas de lesões vegetantes malignas (definidos como dor, odor, sangramento, exsudato e infecção).

3.4. Fontes utilizadas para identificação dos estudos

O processo de identificação deve primar pela abrangência. O ideal é obter todas as publicações referentes à questão da pesquisa (publicados e indexados, publicados e não indexados, não publicados e em andamento), considerando-se periódicos, capítulos de livros e resumos em anais, entre outras. Quanto mais otimizada a busca (diversas unidades de análise e estratégias bem planejadas), maior a abrangência da confiabilidade da revisão e menor risco de viés de publicação. Todas as etapas desse processo devem ser minuciosamente descritas, para que seja possível sua replicação por qualquer leitor.

As principais fontes para a localização das publicações são as bases de dados eletrônicas, busca manual de jornais relacionados à área em questão, busca da

literatura cinza (pesquisas não-publicadas e teses), contato com profissionais/instituições/indústrias, análise dos resumos dos congressos, além de análise das referências bibliográficas das publicações de boa qualidade recuperadas.

No presente estudo, a busca de publicações nas bases de dados eletrônicos (artigos, dissertações e teses) foi a estratégia utilizada.

A principal fonte de identificação das publicações é representada pelas bases de dados eletrônicas. Indexam vasta quantidade de jornais científicos (Ex: Medline indexa cerca de 4800 jornais; Embase indexa cerca de 6500 jornais). Uma tendência muito comum, em razão da abrangência destas duas principais bases de dados, é a utilização de pequeno número de bases de dados para a localização de publicações. Tradicionalmente, utiliza-se o Pubmed (MEDLINE) como principal base de dado.

Dickersein (1992) mostra que o MEDLINE recupera no mínimo 30 e no máximo 80% de todos os ensaios clínicos randomizados (desenho de mais alto nível de evidência), dependendo da área que está sendo pesquisada. Rosenfield sustenta que apenas 23% dos jornais médicos publicados estão indexados ao MEDLINE. Além disso, é válido lembrar que na maior parte dos jornais indexados no MEDLINE predomina a língua inglesa, o que mostra claramente que a utilização exclusiva desta base de dados como fonte para a localização de publicações será fatalmente enviesada.

Bases de dados eletrônicas podem ser classificadas como gerais e específicas. Bases gerais abordam grandes áreas do conhecimento (ex: ciências da saúde, ciências exatas etc), indexam grande número de publicações e são normalmente utilizadas em revisões sistemáticas. As específicas abordam áreas focadas do conhecimento (por exemplo, Enfermagem, Psicologia, Educação etc), por indexarem áreas específicas apresentam menor quantidade de publicações indexadas e são utilizadas nas revisões sistemáticas em função do tema proposto/questão de pesquisa. Adicionalmente as bases de dados podem ser classificadas como primárias (indexam publicações originais e não analisadas e não criticadas) ou secundárias (indexam publicações analisadas e criticadas) (NOBRE, M, BERNARDO, 2006) .

Dentre as centenas de bases de dados hoje existentes, utilizou-se bases gerais usuais em revisões sistemáticas na saúde e, adicionalmente, bases específicas direcionadas às áreas de concentração estabelecidas a esta revisão sistemática:

feridas, oncologia, enfermagem oncológica e cuidados paliativos. A presente revisão utilizou 14 bases de dados eletrônicas: 03 primárias específicas para identificação de dissertações e teses (Banco de Teses - Capes e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – USP para publicações nacionais e Proquest Dissertation and Theses para publicações internacionais), 01 base primária específica para identificação de registros de ensaios clínicos (Current Controlled Trials), 02 bases primárias específicas para enfermagem (BDENF para publicações nacionais e CINAHL para publicações internacionais), 01 base primária geral européia (Embase), 05 bases primárias gerais norte-americanas (PubMed, Ovid, PsycInfo, Scopus e Web of Science), 01 base primária geral latino-americana (Lilacs) e 01 base secundária específica (EBM Reviews), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Bases de dados utilizadas segundo suas características. São Paulo, 2007.

Bases de dados Nome da base e endereço eletrônico	País de origem	Área de Abrangência	Características Tipo de publicação	Intervalo da base	Período de análise
Banco de Teses – Capes (Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Ministério da Educação e Cultura) http://www.capes.gov.br	Brasil	Teses e dissertações defendidas em todas as áreas de Pós-Graduação*	Teses e dissertações*	Mais de 280.000 resumos**	1987 a 09/2006 (19 anos)
BDENF – Base de dados de Enfermagem http://www.bireme.br	Brasil	Enfermagem*	Artigos, livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas*	Mais de 13.500 registros**	1932 a 09/2006 (74 anos)
Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - USP http://www.teses.usp.br	Brasil	Todas as áreas do conhecimento em Pós-graduação*	Teses e dissertações*	Mais de 6400 resumos*	2001 a 09/2006 (5 anos)
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature http://www.cinahl.com	Estados Unidos da América	Enfermagem e literatura associada à Saúde*	Publicações indexadas por jornais, livros, audiovisual, panfletos, software, dissertação ou instrumento de pesquisa**	Mais de 1.300.000 de registros*	1982 a 08/2006 (24 anos)
Current Controlled Trials http://www.controlled-trials.com/	Reino Unido	Registro de ensaios clínicos controlados nas diversas áreas da saúde*	Ensaios clínicos controlados*	Mais de 21.000 registros de ensaios clínicos**	2000 a 09/2006 (6 anos)
EMBASE - Excerpta Medica http://www.embase.com	Holanda (Países Baixos)	Literatura biomédica e farmacológica*	Artigos, anais de congressos, editoriais, cartas, revisões e pesquisas*	Mais de 17 milhões de registros*	1974 a 08/2006 (32 anos)
Evidence Based Medicine Reviews (EBM Reviews) http://gateway.ut.ovid.com/	Estados Unidos da América	Medicina*	Artigos sobre estudos baseados em evidências de alta qualidade**	Mais de 360.000 registros*	1991 a 08/2006 (12 anos)

continua...

continua...

Bases de dados			Características		
Nome da base e endereço eletrônico	País de origem	Área de Abrangência	Tipo de publicação	Intervalo da base	Período de análise
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde http://www.bireme.br	América Latina	Literatura relativa às Ciências da Saúde*	Artigos, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais*	Mais de 350.000 registros*	1982 a 08/2006 (24 anos)
OVID – YourJournals@Ovid http://gateway.ut.ovid.com	Estados Unidos da América	Medicina	Artigos*	Registros advindos de mais de 700 jornais mundiais*	1860 a 08/2006 (146 anos)
Proquest Dissertation and Theses http://proquest.umi.com	Estados Unidos da América	Todas as áreas do conhecimento em pós-graduação*	Teses, dissertações, revisões de livros e artigos**	Mais de 2 milhões de registros*	1961 a 08/2006 (25 anos)
PsycInfo – via WebSPIRS http://psycinfo.apa.org	Estados Unidos da América	Ciências psicológicas, sociais, comportamentais e de saúde*	Artigos, livros, teses e dissertações**	Mais de 2,3 milhões de registros*	1806 a 08/2006 (200 anos)
PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov	Estados Unidos da América	Medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, ciências da saúde e ciências pré-clínicas*	Artigos*	Mais de 16 milhões de registros*	1950 a 08/2006 (56 anos)
Scopus http://www.scopus.com	Estados Unidos da América	Literatura em ciências da saúde, humanas, físicas e sociais**	Artigos, anais de congressos, séries de livros e publicações de patentes**	Mais de 29 milhões de registros*	1960 a 08/2006 (46 anos)
Web of Science – ISI Web of Knowledge http://portal.isiknowledge.com	Estados Unidos da América	Ciências (geral)**	Artigos e anais de congressos*	Mais de 16 milhões de registros*	1945 a 08/2006 (61 anos)

3.5. Estratégia de busca dos estudos

A validade dos resultados de uma revisão sistemática está intimamente ligada com o alcance da busca empreendida, ou seja, com o cuidado que se tem na elaboração da pergunta e criação da estratégia de busca.

A estratégia de busca corresponde a uma sintaxe que envolve 2, 3 ou os 4 itens fundamentais da pergunta de pesquisa, conforme a proposição do PICO (HIGGINS, GREEN, 2005). No presente estudo utilizaremos os itens P, I, O ou P e I, considerando que é fundamental que a estratégia de busca possibilite um amplo alcance da literatura existente (SINDHU, DIDKSON, 1997).

À estratégia de busca pelo PICO (BERNARDO, NOBRE, JATENE, 2004) deve ser adicionada o uso de terminologia autorizada e reconhecida mundialmente na área de saúde. Tal terminologia consiste nos vocábulos estruturados/controlados, chamados de descritores. Os descritores representam a coleção de termos, organizados com uma metodologia específica, que funcionam como um filtro entre a linguagem do autor e a terminologia da saúde. São utilizados para descrever um assunto no momento da indexação dos artigos em formato tradicional ou eletrônico, para criar de índices de assuntos e como ferramentas na recuperação/navegação nas bases de dados. Podem ser comparados a mapas, que guiam o pesquisador/leitor na busca da informação científica.

A National Library of Medicine publica o MeSH (acrônimo de Medical Subject Headings Section) para indexar os artigos no PubMed/MEDLINE. A BIREME criou o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) a partir do MeSH, objetivando o uso da mesma terminologia na América Latina; com isso, o DeCS é trilingüe (inglês, português e espanhol). MeSH é a terminologia padrão em saúde para indexação, recuperação e navegação em todas as fontes de informação. Atualmente o MeSH conta com 22.995 descritores e o DeCS, 26.851.

Se descritores padronizados fossem utilizados para a indexação dos artigos nas bases de dados e como palavras-chave, isso facilitaria bastante o processo de localização de publicações, pela uniformização da linguagem. Contudo, observa-se que esta ainda não é a realidade mundial. Há ainda erros de indexação, utilização de descritores não-controlados como palavras-chave de artigos e não padronização absoluta da linguagem científica.

A utilização exclusiva dos descritores minimizaria a perda de artigos por diferenças na linguagem padrão (ex: anesthesia x anaesthesia; hemorrhage x haemorrhage) e diferenças na terminologia (ex: evacuação x esvaziamento intestinal x funcionamento intestinal). Essa é uma grande dificuldade para os pesquisadores que desenvolvem revisões sistemáticas (viés de localização).

Tendo em vista que esta ainda não é a realidade, a identificação de palavras para a criação da estratégia de busca deve levar em conta os termos usados pelos profissionais indexadores (descritores controlados), os vocábulos não “padronizados” (descritores não- controlados), os sinônimos e os conceitos relacionados. Um dos objetivos da estratégia de busca consiste, portanto, em identificar todas as palavras que possam estar relacionadas com a descrição da pergunta de pesquisa estruturada.

Em 09/2005 realizou-se análise de toda a terminologia do DeCS, e sua devida correlação com o MeSH. As estratégias de busca desta revisão sistemática foram compostas pela situação clínica (lesões vegetantes malignas) e intervenção (tratamento com agentes tópicos e/ou curativos), com e sem o desfecho (melhora/controla sintoma), seguindo o modelo proposto por Bernardo⁷¹. Para a elaboração da estratégia de busca foram utilizadas as palavras da pergunta, descritores controlados e não controlados (vocábulos mais usados e seus sinônimos) e conceitos relacionados ao P, I e O (THE UNIVERSITY OF YORK NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1996). A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca foi estabelecida pelos operadores booleanos AND, OR e NOT, que funcionam como conectores entre os descritores.

A estratégia de busca de publicações utilizada neste estudo segundo os descritores utilizados encontra-se esquematizada na Tabela 4.

Tabela 4. Estrutura da estratégia de busca segundo descritores. São Paulo, 2007.

Acrônimo	Descrição do acrônimo	Tipos de descritores				
		Descritor controlado	Conector	Descritor não controlado	Conector	Conceitos Correlatos
P ¹	Participantes	Todos os descritores do DeCS para lesões vegetantes	OR	Descritores normalmente lidos em publicações que designam lesões vegetantes	OR	Conceitos e sinônimos relativos a lesões vegetantes
P ²	Participantes	Todos os descritores do DeCS para pacientes oncológicos	OR	Descritores normalmente lidos em publicações que designam pacientes oncológicos	OR	Conceitos e sinônimos relativos a pacientes oncológicos
I	Intervenção	Todos os descritores do DeCS para tratamentos tópicos	OR	Descritores normalmente lidos em publicações que designam tratamentos tópicos	OR	Conceitos e sinônimos relativos a tratamentos tópicos
O	Desfecho	Todos os descritores do DeCS para controle dos sintomas	OR	Descritores normalmente lidos em publicações que designam controle dos sintomas	OR	Conceitos e sinônimos relativos a controle dos sintomas

P¹ e P² – A união destas duas estratégias representou a estratégia P final.

A seleção da estratégia de busca deve ponderar a sensibilidade da busca (analisar várias fontes de informação, não somente bases de dados, mas também jornais especializados e literatura cinza), tentar minimizar ao máximo a perda de estudos (ir além das bases de dados mais comuns e amplas, lembrar das específicas e que podem ser mais direcionadoras) e objetivar a eficiência (não despendar tempo excessivo e usar primeiramente as fontes que sejam mais propensas a trazer resultados)(HIGGINS, GREEN, 2005).

A capacidade de busca de cada base de dados varia e o grande número de descritores referentes ao P, I e O da estratégia PICO, que compuseram a presente pesquisa, inviabilizou a inserção simultânea nas caixas de busca (*box search*), o que exigiu a partição da estratégia de busca, com exceção da base Scopus, na qual a busca pode ser feita de uma só vez. Desse modo, os descritores foram inseridos até o limite permitido pela base e combinações de busca entre P, I e O foram feitas, até se esgotar as possibilidades de combinação. Isso representou centenas de combinações e buscas.

Variam também, entre as bases, aspectos do mecanismo de busca, por exemplo, o uso de parênteses ou conectores de proximidade. As buscas foram feitas respeitando as peculiaridades de cada base.

Os Quadros de 1 a 6 apresentam a estratégia de busca utilizada em cada base de dados, seguindo a estrutura exposta na Tabela 4 e respeitando as peculiaridades de cada base. Não foram feitas restrições quanto ao idioma e ano de publicação.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada para as bases de dados Banco de Teses – Capes, BDEnf, Banco de Teses - USP . São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutânea AND infiltração) OR (cutânea AND lesão) OR (cutâneas AND lesões) OR (cutâneas AND malignidade) OR (cutâneas AND manifestações) OR (cutâneas AND metastases) OR (cutâneas AND metástases) OR (cutânea AND invasão) OR (cutânea AND ulceração) OR (cutânea AND ulceração) OR (cutâneas AND feridas) OR (epidérmica AND infiltração) OR (epidérmica AND malignidade) OR (epidérmicas AND malignidades) OR (epidérmicas AND metastases) OR (epidérmicas AND metástases) OR (epidérmica AND invasão) OR (epidermica AND infiltração) OR (epidermica AND lesão) OR (epidermicas AND lesões) OR (epidermica AND malignidade) OR (epidermicas AND malignidades) OR (epidermicas AND metastases) OR (epidermicas AND metástases) OR (epidermica AND invasão) OR (vegetante AND lesão) OR (vegetantes AND lesões) OR (vegetante AND malignidade) OR (vegetantes AND metástases) OR (vegetante AND neoplasia) OR (vegetante AND neoplasia) OR (vegetante AND neoplasmas) OR (vegetante AND tumor) OR (vegetantes AND tumores) OR (vegetante AND ulcera) OR (vegetante AND ulceração) OR (vegetantes AND ulceras) OR (vegetantes AND feridas) OR (fétidas AND lesões) OR (maligna AND ulcera) OR (malignade AND ulcerada) OR (maligna AND ulceração) OR (malignas AND ulceras) OR (malignas AND feridas) OR (cutaneas AND metastases) OR (ulceradas AND metastases) OR (ulceração AND metastatica) OR (ulceradas AND metastases) OR (ulcerativa AND metastase) OR (metastaticas AND feridas) OR (metastatica AND ulceração) OR (metastaticas AND feridas) OR (cutanea AND neoplasia) OR (neoplasica AND ulcera) OR (ulcerada AND neoplasia) OR (ulcerada AND neoplasia) OR (ulceração AND neoplasica) OR (ulcerativa AND neoplasia) OR (neoplasicas AND ulceras) OR (cutaneo AND cancer) OR (ulceração AND neoplasica) OR (ulcerativa AND neoplasia) OR (recorrentes AND feridas) OR (cutaneo AND tumor) OR (cutaneos AND tumores) OR (cutaneas AND feridas) OR (fétido AND tumor) OR (fétidos AND tumores) OR (fétida AND ulcera) OR (cutaneas AND lesões) OR (fétida AND ulceração) OR (fétida AND ulceras) OR (fétida AND feridas) OR (tumor AND ulcerado) OR (ulceração AND tumoral) OR (ulcerativo AND tumor) OR (ulceras AND tumorais) OR (tumorais AND feridas) OR (tumoral AND ulcera) OR (epidermicas AND feridas) OR (ulceradas AND feridas) OR (ulcerativas AND feridas) OR (ulceração AND feridas) OR (cutâneas AND feridas)

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

Utilizaram-se apenas os descritores para lesões vegetantes malignas (P) nesta estratégia, pois essas bases apresentaram recursos limitados para operacionalização da busca.

Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Cinahl. São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutaneous N3 infiltration) OR (cutaneous N3 lesion) OR (cutaneous N3 lesions) OR (cutaneous N3 malignancies) OR (cutaneous N3 manifestations) OR (cutaneous N3 metastases) OR (cutaneous N3 metastasis) OR (cutaneous N3 spread) OR (cutaneous N3 ulcerating) OR (cutaneous N3 ulceration) OR (cutaneous N3 wounds) OR (epidermal N3 infiltration) OR (epidermal N3 malignancies) OR (epidermal N3 malignancy) OR (epidermal N3 metastases) OR (epidermal N3 metastasis) OR (epidermal N3 spread) OR (epidermis N3 infiltration) OR (epidermis N3 lesion) OR (epidermis N3 lesions) OR (epidermis N3 malignancies) OR (epidermis N3 malignancy) OR (epidermis N3 metastases) OR (epidermis N3 metastasis) OR (epidermis N3 spread) OR (fungating N3 lesion) OR (fungating N3 lesions) OR (fungating N3 malignancies) OR (fungating N3 malignant) OR (fungating N3 metastases) OR (fungating N3 metastasis) OR (fungating N3 metastatic) OR (fungating N3 neoplasia) OR (fungating N3 neoplasm) OR (fungating N3 neoplasms) OR (fungating N3 tumor) OR (fungating N3 tumour) OR (fungating N3 ulcer) OR (fungating N3 ulcerating) OR (fungating N3 ulceration) OR (fungating N3 ulcers) OR (fungating N3 wounds) OR (smell N3 lesions) OR (malignant N3 ulcer) OR (malignant N3 ulcerated) OR (malignant N3 ulcerating) OR (malignant N3 ulceration) OR (malignant N3 ulcers) OR (malignant N3 wounds) OR (skin N3 metastases) OR (ulcerated N3 metastases) OR (ulcerating N3 metastases) OR (ulceration N3 metastases) OR (ulcerative N3 metastases) OR (metastases N3 wounds) OR (metastasis N3 ulceration) OR (metastasis N3 wounds) OR (metastatic N3 ulceration) OR (metastatic N3 ulcers) OR (metastatic N3 wounds) OR (skin N3 neoplasia) OR (neoplasia N3 ulcer) OR (ulcerated N3 neoplasia) OR (ulcerating N3 neoplasia) OR (ulceration N3 neoplasia) OR (ulcerative N3 neoplasia) OR (neoplasia N3 ulcers) OR (skin N3 neoplasm) OR (ulcerated N3 neoplasm) OR (ulcerating N3 neoplasm) OR (ulceration N3 neoplasm) OR (ulcerative N3 neoplasm) OR (neoplasm N3 wounds) OR (skin N3 neoplasms) OR (ulcerated N3 neoplasms) OR (ulcerating N3 neoplasms) OR (ulceration N3 neoplasms) OR (ulcerative N3 neoplasms) OR (neoplasms N3 wounds) OR (recurrence N3 wounds) OR (skin N3 tumor) OR (skin N3 tumour) OR (skin N3 wounds) OR (smell N3 tumor) OR (smell N3 tumour) OR (smell N3 ulcer) OR (skin N3 lesions) OR (smell N3 ulcerating) OR (smell N3 ulceration) OR (smell N3 ulcers) OR (smell N3 wounds) OR (tumor N3 ulcer) OR (tumor N3 ulcerated) OR (ulcerating N3 tumor) OR (ulceration N3 tumor) OR (ulcerative N3 tumor) OR (ulcers N3 tumor) OR (tumor N3 wounds) OR (tumour N3 ulcer) OR (ulcerated N3 tumour) OR (ulcerating N3 tumour) OR (ulceration N3 tumour) OR (ulcerative N3 tumour) OR (tumour N3 ulcers) OR (tumour N3 wounds) OR (epidermis N3 wounds) OR (ulcerated N3 wounds) OR (ulcerating N3 wounds) OR (ulceration N3 wounds) OR (ulcerative N3 wounds) OR (epidermal N3 wounds) OR (cutaneous N3 wounds)
2	(bleed) OR (bleeding) OR (contaminant) OR (contaminants) OR (contaminated) OR (contamination) OR (discomfort) OR (drain) OR (drainage) OR (effusion) OR (effusions) OR (excretion) OR (exudate) OR (exudates transudates) OR (exudates) OR (exudation) OR (exudative) OR (fluids secretions) OR (haemorrhage) OR (haemorrhages) OR (haemorrhagic) OR (hemorrhage) OR (hemorrhages) OR (hemorrhagic) OR (infected) OR (infection) OR (infections) OR (malodours) OR (odor) OR (odorant) OR (odorants) OR (odors) OR (odour) OR (odours) OR (pain) OR (secretion) OR (secretions) OR (smell unpleasant) OR (smell) OR (suffer) OR (transudate)

continua...

continua...

Número da estratégia	Descritores utilizados
3	(manage) OR (managed) OR (management) OR (relief) OR (relieve) OR (therapeutic) OR (therapeutics) OR (therapy) OR (treatment) OR (treatments) OR (therapeutical) OR (analgesia) OR (anesthesia) OR (palliative care) OR (care palliation) OR (skin care) OR (coagulation) OR (sign control) OR (signs control) OR (symptom control) OR (symptoms control) OR (sign controlled) OR (signs controlled) OR (symptom controlled) OR (symptoms controlled) OR (heal) OR (healed) OR (healing) OR (skin integrity) OR (palliation)
4	2 AND 3
5	1 AND 4

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

² Descritores relativos a sinais e sintomas (O da estratégia PICO)

³ Descritores relativos a controle (O da estratégia PICO)

Utilizaram-se apenas os descritores para lesões vegetantes malignas (P) e controle dos sintomas (O), pois apesar dessa base dispor de mecanismos para inserção de todos os descritores em suas caixas de busca (*box search*), não foi capaz de realizar a intersecção de todos os descritores (operacionalização da busca).

Quadro 3 - Estratégia de busca utilizada para as bases de dados Current Controlled Trials e PsycInfo. São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutaneous infiltration) OR (cutaneous lesion) OR (cutaneous lesions) OR (cutaneous malignancies) OR (cutaneous manifestations) OR (cutaneous metastases) OR (cutaneous metastasis) OR (cutaneous spread) OR (cutaneous ulcerating) OR (cutaneous ulceration) OR (cutaneous wounds) OR (epidermal infiltration) OR (epidermal malignancies) OR (epidermal malignancy) OR (epidermal metastases) OR (epidermal metastasis) OR (epidermal spread) OR (epidermis infiltration) OR (epidermis lesion) OR (epidermis lesions) OR (epidermis malignancies) OR (epidermis malignancy) OR (epidermis metastases) OR (epidermis metastasis) OR (epidermis spread) OR (fungating lesion) OR (fungating lesions) OR (fungating malignancies) OR (fungating malignant) OR (fungating metastases) OR (fungating metastasis) OR (fungating metastatic) OR (fungating neoplasia) OR (fungating neoplasm) OR (fungating neoplasms) OR (fungating tumor) OR (fungating tumour) OR (fungating ulcer) OR (fungating ulcerating) OR (fungating ulceration) OR (fungating ulcers) OR (fungating wounds) OR (smell lesions) OR (malignant ulcer) OR (malignant ulcerated) OR (malignant ulcerating) OR (malignant ulceration) OR (malignant ulcers) OR (malignant wounds) OR (skin metastases) OR (ulcerated metastases) OR (ulcerating metastases) OR (ulceration metastases) OR (ulcerative metastases) OR (metastases wounds) OR (metastasis ulceration) OR (metastasis wounds) OR (metastatic ulceration) OR (metastatic ulcers) OR (metastatic wounds) OR (skin neoplasia) OR (neoplasia ulcer) OR (ulcerated neoplasia) OR (ulcerating neoplasia) OR (ulceration neoplasia) OR (ulcerative neoplasia) OR (neoplasia ulcers) OR (skin neoplasm) OR (ulcerated neoplasm) OR (ulcerating neoplasm) OR (ulceration neoplasm) OR (ulcerative neoplasm) OR (neoplasm wounds) OR (skin neoplasms) OR (ulcerated neoplasms) OR (ulcerating neoplasms) OR (ulceration neoplasms) OR (ulcerative neoplasms) OR (neoplasms wounds) OR (recurrence wounds) OR (skin tumor) OR (skin tumour) OR (skin wounds) OR (smell tumor) OR (smell tumour) OR (smell ulcer) OR (skin lesions) OR (smell ulcerating) OR (smell ulceration) OR (smell ulcers) OR (smell wounds) OR (tumor ulcer) OR (tumor ulcerated) OR (ulcerating tumor) OR (ulceration tumor) OR (ulcerative tumor) OR (ulcers tumor) OR (tumor wounds) OR (tumour ulcer) OR (ulcerated tumour) OR (ulcerating tumour) OR (ulceration tumour) OR (ulcerative tumour) OR (tumour ulcers) OR (tumour wounds) OR (epidermis wounds) OR (ulcerated wounds) OR (ulcerating wounds) OR (ulceration wounds) OR (ulcerative wounds) OR (epidermal wounds) OR (cutaneous wounds)
2	(cancer) OR (neoplasia) OR (neoplasm) OR (neoplasms) OR (oncologic) OR (oncological) OR (oncology) OR (patient terminal) OR (patients terminal) OR (tumor) OR (tumour)
3	1 AND 2

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

² Descritores relativos a pacientes oncológicos (P da estratégia PICO)

Utilizaram-se apenas os descritores para lesões vegetantes malignas (P) em pacientes oncológicos (P), pois essas bases não dispunham de mecanismos de busca que permitissem a utilização de estratégias de busca mais elaboradas.

Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada para as bases de dados Embase, Evidence Based Medicine Reviews, Lilacs, Ovid, PubMed e Web of Science. São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutaneous infiltration) OR (cutaneous lesion) OR (cutaneous lesions) OR (cutaneous malignancies) OR (cutaneous manifestations) OR (cutaneous metastases) OR (cutaneous metastasis) OR (cutaneous spread) OR (cutaneous ulcerating) OR (cutaneous ulceration) OR (cutaneous wounds) OR (epidermal infiltration) OR (epidermal malignancies) OR (epidermal malignancy) OR (epidermal metastases) OR (epidermal metastasis) OR (epidermal spread) OR (epidermis infiltration) OR (epidermis lesion) OR (epidermis lesions) OR (epidermis malignancies) OR (epidermis malignancy) OR (epidermis metastases) OR (epidermis metastasis) OR (epidermis spread) OR (fungating lesion) OR (fungating lesions) OR (fungating malignancies) OR (fungating malignant) OR (fungating metastases) OR (fungating metastasis) OR (fungating metastatic) OR (fungating neoplasia) OR (fungating neoplasm) OR (fungating neoplasms) OR (fungating tumor) OR (fungating tumour) OR (fungating ulcer) OR (fungating ulcerating) OR (fungating ulceration) OR (fungating ulcers) OR (fungating wounds) OR (smell lesions) OR (malignant ulcer) OR (malignant ulcerated) OR (malignant ulcerating) OR (malignant ulceration) OR (malignant ulcers) OR (malignant wounds) OR (skin metastases) OR (ulcerated metastases) OR (ulcerating metastases) OR (ulceration metastases) OR (ulcerative metastases) OR (metastases wounds) OR (metastasis ulceration) OR (metastasis wounds) OR (metastatic ulceration) OR (metastatic ulcers) OR (metastatic wounds) OR (skin neoplasia) OR (neoplasia ulcer) OR (ulcerated neoplasia) OR (ulcerating neoplasia) OR (ulceration neoplasia) OR (ulcerative neoplasia) OR (neoplasia ulcers) OR (skin neoplasm) OR (ulcerated neoplasm) OR (ulcerating neoplasm) OR (ulceration neoplasm) OR (ulcerative neoplasm) OR (neoplasm wounds) OR (skin neoplasms) OR (ulcerated neoplasms) OR (ulcerating neoplasms) OR (ulceration neoplasms) OR (ulcerative neoplasms) OR (neoplasms wounds) OR (recurrence wounds) OR (skin tumor) OR (skin tumour) OR (skin wounds) OR (smell tumor) OR (smell tumour) OR (smell ulcer) OR (skin lesions) OR (smell ulcerating) OR (smell ulceration) OR (smell ulcers) OR (smell wounds) OR (tumor ulcer) OR (tumor ulcerated) OR (ulcerating tumor) OR (ulceration tumor) OR (ulcerative tumor) OR (ulcers tumor) OR (tumor wounds) OR (tumour ulcer) OR (ulcerated tumour) OR (ulcerating tumour) OR (ulceration tumour) OR (ulcerative tumour) OR (tumour ulcers) OR (tumour wounds) OR (epidermis wounds) OR (ulcerated wounds) OR (ulcerating wounds) OR (ulceration wounds) OR (ulcerative wounds) OR (epidermal wounds) OR (cutaneous wounds)
2	(cancer) OR (neoplasia) OR (neoplasm) OR (neoplasms) OR (oncologic) OR (oncological) OR (oncology) OR (patient terminal) OR (patients terminal) OR (tumor) OR (tumour)

continua...

continua...

Número da estratégia	Descritores utilizados
3	(absorbable gelatin sponge) OR (platelet activate) OR (platelet activates) OR (platelet activating) OR (adhesive) OR (adhesives) OR (administration cutaneous) OR (dermal administration) OR (dermatologic administration) OR (dermatological administration) OR (epidermal administration) OR (epidermis administration) OR (local administration) OR (skin administration) OR (topical administration) OR (cutaneous administrations) OR (dermal administrations) OR (dermatologic administrations) OR (dermatological administrations) OR (epidermal administrations) OR (epidermis administrations) OR (local administrations) OR (skin administrations) OR (topical administrations) OR (dermal agents) OR (dermatologic agents) OR (dermatological agents) OR (local agents) OR (topical agents) OR (platelet aggregate factors) OR (platelet aggregated factors) OR (platelet aggregates factors) OR (platelet aggregating factors) OR (alginate) OR (alginates) OR (analgesic) OR (analgesics) OR (anti bacterial) OR (anti infective) OR (antibacterial) OR (antibacterials) OR (antibiotic) OR (antibiotics) OR (antifibrinolytic) OR (antifungal) OR (anti-infective) OR (antimicrobial) OR (antimicrobials) OR (antipruritics) OR (antiseptic) OR (antiseptics) OR (cutaneous application) OR (dermal application) OR (dermatologic application) OR (dermatological application) OR (local application) OR (skin application) OR (topical application) OR (cutaneous applications) OR (dermal applications) OR (dermatologic applications) OR (dermatological applications) OR (local applications) OR (skin applications) OR (topical applications) OR (bandage) OR (bandages) OR (bupivacaine) OR (capsaicin) OR (charcoal) OR (chlorhexidine) OR (clean) OR (cleaner) OR (skin closure method) OR (skin closure methods) OR (skin closure procedure) OR (skin closure procedures) OR (skin closure technique) OR (skin closure techniques) OR (wounds closure) OR (clothings) OR (coagulant) OR (coagulants) OR (coagulative) OR (collagen) OR (collagenase) OR (collagenases) OR (corticoid) OR (corticoids) OR (corticosteroid) OR (corticosteroids) OR (cream) OR (creams) OR (cutaneous drug) OR (cutaneous drugs) OR (cutaneous manage) OR (cutaneous management) OR (debridement) OR (dermal drug) OR (dermal drugs) OR (dermal manage) OR (dermal management) OR (dermal substances) OR (dermatologic drug) OR (dermatologic drugs) OR (dermatologic manage) OR (dermatologic management) OR (dermatologic substances) OR (dermatological drug) OR (dermatological drugs) OR (dermatological manage) OR (dermatological management) OR (dermatological substances) OR (detergents) OR (disinfectants) OR (disinfection) OR (dressing) OR (dressings) OR (epidermal drug) OR (epidermis drug) OR (topical drug) OR (epidermal drugs) OR (epidermis drugs) OR (topical drugs) OR (emulsion) OR (emulsions) OR (etidocaine) OR (fibrin foam) OR (fibrinolytic) OR (foam) OR (foams) OR (germicide) OR (germicide) OR (glucocorticoids) OR (glycerol) OR (fibroblast growth factor) OR (platelet-derived growth factor) OR (growth substances) OR (hemostatics) OR (hydrocolloids) OR (hydrogel) OR (topical intervention) OR (topical interventions) OR (lidocaine) OR (local products) OR (local substances) OR (local therapies) OR (local treatment) OR (local treatments) OR (skin manage) OR (topical manage) OR (skin management) OR (topical management) OR (topical medication) OR (topical medications) OR (metronidazol) OR (metronidazole) OR (silver nitrat) OR (ointments) OR (opiate) OR (opiates) OR (opioid) OR (opioids) OR (polymers) OR (topical preparation) OR (prilocaine) OR (topical products) OR (quinolones) OR (silver sulfadiazine) OR (silver) OR (soap) OR (solutions) OR (surgical sponges) OR (steroid) OR (steroids) OR (topical substances) OR (topical therapies) OR (topical treatment) OR (topical treatments)
4	(bleed) OR (bleeding) OR (contaminant) OR (contaminants) OR (contaminated) OR (contamination) OR (discomfort) OR (drain) OR (drainage) OR (effusion) OR (effusions) OR (excretion) OR (exudate) OR (exudates transudates) OR (exudates) OR (exudation) OR (exudative) OR (fluids secretions) OR (haemorrhage) OR (haemorrhages) OR (haemorrhagic) OR (hemorrhage) OR (hemorrhages) OR (hemorrhagic) OR (infected) OR (infection) OR (infections) OR (malodours) OR (odor) OR (odorant) OR (odorants) OR (odors) OR (odour) OR (odours) OR (pain) OR (secretion) OR (secretions) OR (smell unpleasant) OR (smell) OR (suffer) OR (transudate)

continua...

continua...

Número da estratégia	Descritores utilizados
5	(manage) OR (managed) OR (management) OR (relief) OR (relieve) OR (therapeutic) OR (therapeutics) OR (therapy) OR (treatment) OR (treatments) OR (therapeutical) OR (analgesia) OR (anesthesia) OR (palliative care) OR (care palliation) OR (skin care) OR (coagulation) OR (sign control) OR (signs control) OR (symptom control) OR (symptoms control) OR (sign controlled) OR (signs controlled) OR (symptom controlled) OR (symptoms controlled) OR (heal) OR (healed) OR (healing) OR (skin integrity) OR (palliation)
6	1 AND 2
7	4 AND 5
8	6 AND 7 AND 3

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

² Descritores relativos a pacientes oncológicos (P da estratégia PICO)

³ Descritores relativos a tratamentos tópicos (I da estratégia PICO)

⁴ Descritores relativos a sinais e sintomas (O da estratégia PICO)

⁵ Descritores relativos a controle (O da estratégia PICO)

Estas bases permitiram a utilização plena da estratégia de busca proposta.

Quadro 5 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Proquest. São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutaneous W/3 infiltration) OR (cutaneous W/3 lesion) OR (cutaneous W/3 lesions) OR (cutaneous W/3 malignancies) OR (cutaneous W/3 manifestations) OR (cutaneous W/3 metastases) OR (cutaneous W/3 metastasis) OR (cutaneous W/3 spread) OR (cutaneous W/3 ulcerating) OR (cutaneous W/3 ulceration) OR (cutaneous W/3 wounds) OR (epidermal W/3 infiltration) OR (epidermal W/3 malignancies) OR (epidermal W/3 malignancy) OR (epidermal W/3 metastases) OR (epidermal W/3 metastasis) OR (epidermal W/3 spread) OR (epidermis W/3 infiltration) OR (epidermis W/3 lesion) OR (epidermis W/3 lesions) OR (epidermis W/3 malignancies) OR (epidermis W/3 malignancy) OR (epidermis W/3 metastases) OR (epidermis W/3 metastasis) OR (epidermis W/3 spread) OR (fungating W/3 lesion) OR (fungating W/3 lesions) OR (fungating W/3 malignancies) OR (fungating W/3 malignant) OR (fungating W/3 metastases) OR (fungating W/3 metastasis) OR (fungating W/3 metastatic) OR (fungating W/3 neoplasia) OR (fungating W/3 neoplasm) OR (fungating W/3 neoplasms) OR (fungating W/3 tumor) OR (fungating W/3 tumour) OR (fungating W/3 ulcer) OR (fungating W/3 ulcerating) OR (fungating W/3 ulceration) OR (fungating W/3 ulcers) OR (fungating W/3 wounds) OR (smell W/3 lesions) OR (malignant W/3 ulcer) OR (malignant W/3 ulcerated) OR (malignant W/3 ulcerating) OR (malignant W/3 ulceration) OR (malignant W/3 ulcers) OR (malignant W/3 wounds) OR (skin W/3 metastases) OR (ulcerated W/3 metastases) OR (ulcerating W/3 metastases) OR (ulceration W/3 metastases) OR (ulcerative W/3 metastases) OR (metastases W/3 wounds) OR (metastasis W/3 ulceration) OR (metastasis W/3 wounds) OR (metastatic W/3 ulceration) OR (metastatic W/3 ulcers) OR (metastatic W/3 wounds) OR (skin W/3 neoplasia) OR (neoplasia W/3 ulcer) OR (ulcerated W/3 neoplasia) OR (ulcerating W/3 neoplasia) OR (ulceration W/3 neoplasia) OR (ulcerative W/3 neoplasia) OR (neoplasia W/3 ulcers) OR (skin W/3 neoplasm) OR (ulcerated W/3 neoplasm) OR (ulcerating W/3 neoplasm) OR (ulceration W/3 neoplasm) OR (ulcerative W/3 neoplasm) OR (neoplasm W/3 wounds) OR (skin W/3 neoplasms) OR (ulcerated W/3 neoplasms) OR (ulcerating W/3 neoplasms) OR (ulceration W/3 neoplasms) OR (ulcerative W/3 neoplasms) OR (neoplasms W/3 wounds) OR (recurrence W/3 wounds) OR (skin W/3 tumor) OR (skin W/3 tumour) OR (skin W/3 wounds) OR (smell W/3 tumor) OR (smell W/3 tumour) OR (smell W/3 ulcer) OR (skin W/3 lesions) OR (smell W/3 ulcerating) OR (smell W/3 ulceration) OR (smell W/3 ulcers) OR (smell W/3 wounds) OR (tumor W/3 ulcer) OR (tumor W/3 ulcerated) OR (ulcerating W/3 tumor) OR (ulceration W/3 tumor) OR (ulcerative W/3 tumor) OR (ulcers W/3 tumor) OR (tumor W/3 wounds) OR (tumour W/3 ulcer) OR (ulcerated W/3 tumour) OR (ulcerating W/3 tumour) OR (ulceration W/3 tumour) OR (ulcerative W/3 tumour) OR (tumour W/3 ulcers) OR (tumour W/3 wounds) OR (epidermis W/3 wounds) OR (ulcerated W/3 wounds) OR (ulcerating W/3 wounds) OR (ulceration W/3 wounds) OR (ulcerative W/3 wounds) OR (epidermal W/3 wounds) OR (cutaneous W/3 wounds)
2	(cancer) OR (neoplasia) OR (neoplasm) OR (neoplasms) OR (oncologic) OR (oncological) OR (oncology) OR (patient W/3 terminal) OR (patients W/3 terminal) OR (tumor) OR (tumour)
3	1 AND 2

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

² Descritores relativos a pacientes oncológicos (P da estratégia PICO)

Utilizaram-se apenas os descritores para lesões vegetantes malignas (P) em pacientes oncológicos (P), pois essas bases não dispunham de mecanismos que permitissem estratégias de busca mais elaboradas. Difere da estratégia do Quadro 3 apenas pela utilização do conector W/3.

Quadro 6 - Estratégia de busca utilizada para a base de dados Scopus. São Paulo, 2007.

Número da estratégia	Descritores utilizados
1	(cutaneous W/3 infiltration) OR (cutaneous W/3 lesion) OR (cutaneous W/3 lesions) OR (cutaneous W/3 malignancies) OR (cutaneous W/3 manifestations) OR (cutaneous W/3 metastases) OR (cutaneous W/3 metastasis) OR (cutaneous W/3 spread) OR (cutaneous W/3 ulcerating) OR (cutaneous W/3 ulceration) OR (cutaneous W/3 wounds) OR (epidermal W/3 infiltration) OR (epidermal W/3 malignancies) OR (epidermal W/3 malignancy) OR (epidermal W/3 metastases) OR (epidermal W/3 metastasis) OR (epidermal W/3 spread) OR (epidermis W/3 infiltration) OR (epidermis W/3 lesion) OR (epidermis W/3 lesions) OR (epidermis W/3 malignancies) OR (epidermis W/3 malignancy) OR (epidermis W/3 metastases) OR (epidermis W/3 metastasis) OR (epidermis W/3 spread) OR (fungating W/3 lesion) OR (fungating W/3 lesions) OR (fungating W/3 malignancies) OR (fungating W/3 malignant) OR (fungating W/3 metastases) OR (fungating W/3 metastasis) OR (fungating W/3 metastatic) OR (fungating W/3 neoplasia) OR (fungating W/3 neoplasm) OR (fungating W/3 neoplasms) OR (fungating W/3 tumor) OR (fungating W/3 tumour) OR (fungating W/3 ulcer) OR (fungating W/3 ulcerating) OR (fungating W/3 ulceration) OR (fungating W/3 ulcers) OR (fungating W/3 wounds) OR (smell W/3 lesions) OR (malignant W/3 ulcer) OR (malignant W/3 ulcerated) OR (malignant W/3 ulcerating) OR (malignant W/3 ulceration) OR (malignant W/3 ulcers) OR (malignant W/3 wounds) OR (skin W/3 metastases) OR (ulcerated W/3 metastases) OR (ulcerating W/3 metastases) OR (ulceration W/3 metastases) OR (ulcerative W/3 metastases) OR (metastases W/3 wounds) OR (metastasis W/3 ulceration) OR (metastasis W/3 wounds) OR (metastatic W/3 ulceration) OR (metastatic W/3 ulcers) OR (metastatic W/3 wounds) OR (skin W/3 neoplasia) OR (neoplasia W/3 ulcer) OR (ulcerated W/3 neoplasia) OR (ulcerating W/3 neoplasia) OR (ulceration W/3 neoplasia) OR (ulcerative W/3 neoplasia) OR (neoplasia W/3 ulcers) OR (skin W/3 neoplasm) OR (ulcerated W/3 neoplasm) OR (ulcerating W/3 neoplasm) OR (ulceration W/3 neoplasm) OR (ulcerative W/3 neoplasm) OR (neoplasm W/3 wounds) OR (skin W/3 neoplasms) OR (ulcerated W/3 neoplasms) OR (ulcerating W/3 neoplasms) OR (ulceration W/3 neoplasms) OR (ulcerative W/3 neoplasms) OR (neoplasms W/3 wounds) OR (recurrence W/3 wounds) OR (skin W/3 tumor) OR (skin W/3 tumour) OR (skin W/3 wounds) OR (smell W/3 tumor) OR (smell W/3 tumour) OR (smell W/3 ulcer) OR (skin W/3 lesions) OR (smell W/3 ulcerating) OR (smell W/3 ulceration) OR (smell W/3 ulcers) OR (smell W/3 wounds) OR (tumor W/3 ulcer) OR (tumor W/3 ulcerated) OR (ulcerating W/3 tumor) OR (ulceration W/3 tumor) OR (ulcerative W/3 tumor) OR (ulcers W/3 tumor) OR (tumor W/3 wounds) OR (tumour W/3 ulcer) OR (ulcerated W/3 tumour) OR (ulcerating W/3 tumour) OR (ulceration W/3 tumour) OR (ulcerative W/3 tumour) OR (tumour W/3 ulcers) OR (tumour W/3 wounds) OR (epidermis W/3 wounds) OR (ulcerated W/3 wounds) OR (ulcerating W/3 wounds) OR (ulceration W/3 wounds) OR (ulcerative W/3 wounds) OR (epidermal W/3 wounds) OR (cutaneous W/3 wounds)
2	(cancer) OR (neoplasia) OR (neoplasm) OR (neoplasms) OR (oncologic) OR (oncological) OR (oncology) OR (patient W/3 terminal) OR (patients W/3 terminal) OR (tumor) OR (tumour)

continua...

continua...

Número da estratégia	Descritores utilizados
3	<p>(absorbable W/3 gelatin W/3 sponge) OR (platelet W/3 activate) OR (platelet W/3 activates) OR (platelet W/3 activating) OR (adhesive) OR (adhesives) OR (administration W/3 cutaneous) OR (dermal W/3 administration) OR (dermatologic W/3 administration) OR (dermatological W/3 administration) OR (epidermal W/3 administration) OR (epidermis W/3 administration) OR (local W/3 administration) OR (skin W/3 administration) OR (topical W/3 administration) OR (cutaneous W/3 administrations) OR (dermal W/3 administrations) OR (dermatologic W/3 administrations) OR (dermatological W/3 administrations) OR (epidermal W/3 administrations) OR (epidermis W/3 administrations) OR (local W/3 administrations) OR (skin W/3 administrations) OR (topical W/3 administrations) OR (dermal W/3 agents) OR (dermatologic W/3 agents) OR (dermatological W/3 agents) OR (local W/3 agents) OR (topical W/3 agents) OR (platelet W/3 aggregate W/3 factors) OR (platelet W/3 aggregated W/3 factors) OR (platelet W/3 aggregates W/3 factors) OR (platelet W/3 aggregating factors) OR (alginate) OR (alginates) OR (analgesic) OR (analgesics) OR (anti W/3 bacterial) OR (anti W/3 infective) OR (antibacterial) OR (antibacterials) OR (antibiotic) OR (antibiotics) OR (antifibrinolytic) OR (antifungal) OR (anti-infective) OR (antimicrobial) OR (antimicrobials) OR (antipruritics) OR (antiseptic) OR (antiseptics) OR (cutaneous W/3 application) OR (dermal W/3 application) OR (dermatologic W/3 application) OR (dermatological W/3 application) OR (local W/3 application) OR (skin W/3 application) OR (topical W/3 application) OR (cutaneous W/3 applications) OR (dermal W/3 applications) OR (dermatologic W/3 applications) OR (dermatological W/3 applications) OR (local W/3 applications) OR (skin W/3 applications) OR (topical W/3 applications) OR (bandage) OR (bandages) OR (bupivacaine) OR (capsaicin) OR (charcoal) OR (chlorhexidine) OR (clean) OR (cleaner) OR (skin W/3 closure W/3 method) OR (skin W/3 closure W/3 methods) OR (skin W/3 closure W/3 procedure) OR (skin W/3 closure W/3 procedures) OR (skin W/3 closure W/3 technique) OR (skin W/3 closure W/3 techniques) OR (wounds W/3 closure) OR (clothings) OR (coagulant) OR (coagulants) OR (coagulative) OR (collagen) OR (collagenase) OR (collagenases) OR (corticoid) OR (corticoids) OR (corticosteroid) OR (corticosteroids) OR (cream) OR (creams) OR (cutaneous W/3 drug) OR (cutaneous W/3 drugs) OR (cutaneous W/3 manage) OR (cutaneous W/3 management) OR (debridement) OR (dermal W/3 drug) OR (dermal W/3 drugs) OR (dermal W/3 manage) OR (dermal W/3 management) OR (dermal W/3 substances) OR (dermatologic W/3 drug) OR (dermatologic W/3 drugs) OR (dermatologic W/3 manage) OR (dermatologic W/3 management) OR (dermatologic W/3 substances) OR (dermatological W/3 drug) OR (dermatological W/3 drugs) OR (dermatological W/3 manage) OR (dermatological W/3 management) OR (dermatological W/3 substances) OR (detergents) OR (disinfectants) OR (disinfection) OR (dressing) OR (dressings) OR (epidermal W/3 drug) OR (epidermis W/3 drug) OR (topical W/3 drug) OR (epidermal W/3 drugs) OR (epidermis W/3 drugs) OR (topical W/3 drugs) OR (emulsion) OR (emulsions) OR (etidocaine) OR (fibrin W/3 foam) OR (fibrinolytic) OR (foam) OR (foams) OR (germicide) OR (germicide) OR (glucocorticoids) OR (glycerol) OR (fibroblast W/3 growth W/3 factor) OR (platelet-derived W/3 growth W/3 factor) OR (growth W/3 substances) OR (hemostatics) OR (hydrocolloids) OR (hydrogel) OR (topical W/3 intervention) OR (topical W/3 interventions) OR (lidocaine) OR (local W/3 products) OR (local W/3 substances) OR (local W/3 therapies) OR (local W/3 treatment) OR (local W/3 treatments) OR (skin W/3 manage) OR (topical W/3 manage) OR (skin W/3 management) OR (topical W/3 management) OR (topical W/3 medication) OR (topical W/3 medications) OR (metronidazol) OR (metronidazole) OR (silver W/3 nitrat) OR (ointments) OR (opiate) OR (opiates) OR (opioid) OR (opioids) OR (polymers) OR (topical W/3 preparation) OR (prilocaine) OR (topical W/3 products) OR (quinolones) OR (silver W/3 sulfadiazine) OR (silver) OR (soap) OR (solutions) OR (surgical W/3 sponges) OR (steroid) OR (steroids) OR (topical W/3 substances) OR (topical W/3 therapies) OR (topical W/3 treatment) OR (topical W/3 treatments)</p>

continua...

continua...

Número da estratégia	Descritores utilizados
4	(bleed) OR (bleeding) OR (contaminant) OR (contaminants) OR (contaminated) OR (contamination) OR (discomfort) OR (drain) OR (drainage) OR (effusion) OR (effusions) OR (excretion) OR (exudate) OR (exudates W/3 transudates) OR (exudates) OR (exudation) OR (exudative) OR (fluids W/3 secretions) OR (haemorrhage) OR (haemorrhages) OR (haemorrhagic) OR (hemorrhage) OR (hemorrhages) OR (hemorrhagic) OR (infected) OR (infection) OR (infections) OR (malodours) OR (odor) OR (odorant) OR (odorants) OR (odors) OR (odour) OR (odours) OR (pain) OR (secretion) OR (secretions) OR (smell W/3 unpleasant) OR (smell) OR (suffer) OR (transudate)
5	(manage) OR (managed) OR (management) OR (relief) OR (relieve) OR (therapeutic) OR (therapeutics) OR (therapy) OR (treatment) OR (treatments) OR (therapeutical) OR (analgesia) OR (anesthesia) OR (palliative W/3 care) OR (care W/3 palliation) OR (skin W/3 care) OR (coagulation) OR (sign W/3 control) OR (signs W/3 control) OR (symptom W/3 control) OR (symptoms W/3 control) OR (sign W/3 controlled) OR (signs W/3 controlled) OR (symptom W/3 controlled) OR (symptoms W/3 controlled) OR (heal) OR (healed) OR (healing) OR (skin W/3 integrity) OR (palliation)
6	1 AND 2
7	4 AND 5
8	6 AND 7 AND 3

¹ Descritores relativos a lesões vegetantes (P da estratégia PICO)

² Descritores relativos a pacientes oncológicos (P da estratégia PICO)

³ Descritores relativos a tratamentos tópicos (I da estratégia PICO)

⁴ Descritores relativos a sinais e sintomas (O da estratégia PICO)

⁵ Descritores relativos a controle (O da estratégia PICO)

Essas bases permitiram a utilização plena da estratégia de busca proposta. Difere da estratégia apresentada no Quadro D pela utilização de conector de proximidade (W/3).

3.6. Seleção inicial dos estudos

Após a busca em cada uma das 14 bases de dados relacionadas, os resultados foram exportados para o programa EndNote[®] e criou-se um arquivo para cada base de dados. O arquivo no EndNote[®] armazenou os seguintes dados sobre cada estudo: nome, autor, título, revista onde foi publicado, número, volume, páginas, seção, resumo e palavras-chave. A seguir os 14 arquivos foram unificados em um único banco de dados, o que facilitou o processo de análise e síntese.

A seleção inicial foi realizada a partir da análise de título e do resumo dos estudos e objetivou caracterizar a produção científica na área. Foi conduzida por meio de formulário padronizado especialmente construído para o presente estudo (Apêndice A) e gerenciada pelo programa EndNote[®], utilizando-se os filtros, campos e ferramentas de busca disponíveis neste programa. Campos adicionais foram criados no programa EndNote[®], permitindo assim a classificação dos estudos no mesmo banco de dados. Estudos que geraram dúvidas quanto à pertinência em serem ou não incluídos foram incluídos, evitando-se assim a exclusões errôneas. Estudos que não apresentavam resumo, mas que pelo título e palavras chaves havia clareza de que não se relacionavam ao tratamento tópico de LVM em pacientes oncológicos, foram excluídos. A leitura dos resumos e extração dos dados foi realizada pelo revisor A e a checagem das inclusões e exclusões, pelo revisor B. Divergências ocorridas nesta fase foram solucionadas com a inclusão do estudo à etapa seguinte, permitindo assim decisão posterior. Houve 6 etapas na seleção inicial dos estudos, que estão descritas no Quadro 7.

Primeira etapa de seleção: remoção dos estudos duplicados.

Utilizado critério de manter o estudo proveniente da base de dados que trouxesse o maior número de informações adicionais, como palavras-chave, país de publicação, contato do autor etc. Ao final desta seleção obteve-se um conjunto de estudos únicos (Tabela 5).

Segunda etapa de seleção: classificação dos sujeitos

Segundo a WHO (1998), as pesquisas em saúde são classificadas como: básica, clínica, epidemiológica e avaliativa. Entende-se como pesquisa básica todas aquelas que utilizam modelo experimental (animais, células, tecidos e/ou órgãos).

Modelos experimentais com animais são classificados como “*in vivo*” e modelos com células, tecidos ou órgãos, como “*in vitro*”. Uma vez que a pesquisa básica serve como “fundamento” para pesquisas clínicas, estas são também conhecidas como “pesquisas pré-clínicas”. Entende-se como pesquisa clínica todas aquelas que utilizam o modelo humano. Os sujeitos da pesquisa (humano ou animais/células/tecidos/órgãos) de todos os estudos foram determinados. Os estudos foram classificados como pré-clínicos ou clínicos e os estudos pré-clínicos foram distribuídos quanto ao tipo de modelo experimental utilizado (“*in vitro*” ou “*in vivo*”) (FERREIRA, HOCHMANN, BARBOSA, 2005). Estudos pré-clínicos foram excluídos, mantendo-se apenas estudos clínicos (Tabela 6 e Tabela 7).

Terceira seleção: presença de neoplasia

Classificaram-se os sujeitos dos estudos clínicos quanto à presença de neoplasia (Tabela 8). Estudos clínicos cujo enfoque abordava patologias não oncológicas foram excluídos (Tabela 9). Manteve-se na seleção estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias, independente da localização destas (Tabela 10).

Quarta seleção: malignidade da neoplasia.

Estudos clínicos foram classificados quanto a malignidade da neoplasia. As neoplasias benignas e neoplasias pré-malignas foram igualmente excluídas. Apenas estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias malignas foram mantidos (Tabela 8).

Quinta seleção: presença de lesões vegetantes.

Os estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias malignas foram classificados quanto à presença de LVM. Estudos que não abordavam LVM foram excluídos. Mantiveram-se, portanto, estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias malignas e LVM, independente da localização da neoplasia primária (Tabela 11 e 12).

Sexta seleção: sintomas das LVM.

Estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias malignas e LVM foram classificados quanto aos sintomas dessas lesões (previamente estipulados como sendo dor, exsudato, infecção, odor e sangramento). Estudos que não abordavam pelo menos um dos cinco sintomas foram excluídos desta revisão. Estudos que abordavam os sintomas dor, exsudato, infecção e sangramento foram excluídos da

presente revisão, mas serão objetos de análises posteriores.

Os estudos clínicos em sujeitos portadores de neoplasias malignas e LVM e que versavam sobre o sintoma odor foram mantidos na presente revisão (Tabela 13).

Quadro 7 – Etapas do processo de seleção dos estudos. São Paulo, 2007.

3.7. Seleção dos estudos sobre odor

Foi realizada por meio da análise do estudo na íntegra e visou descrever as características dos estudos sobre odor e analisar as evidências de tratamentos tópicos para o seu controle.

Os dados dos estudos foram extraídos por meio de formulário construído especialmente para essa finalidade (Apêndice B). Para sua construção tomou-se como referência as recomendações do CONSORT (Consolidation Standards of Reporting Trials) (BENNETT, 2005) e STROBE (Strengthening the Reports of Observational Studies in Epidemiology) (SANDERSON, TATT, HIGGINS, 2007) que destacam itens fundamentais para publicação de ensaios clínicos e estudos clínicos do tipo coorte e caso-controle. Com isso, visou-se extrair os dados fundamentais dos estudos observacionais e estudos experimentais.

Estabeleceram-se códigos para todos os estudos selecionados por meio de sequência alfa-numérica, segundo ordem alfabética do autor. Esses estudos foram apresentados em uma tabela de caracterização (Tabela 14), na qual constavam autores, ano de publicação, país de publicação, título do estudo, modelo de estudo e enfoque clínico para cada qual, conforme Apêndice C.

Os estudos qualitativos foram excluídos e os quantitativos foram classificados quanto ao modelo de estudo segundo o proposto por Fletcher & Fletcher (2006), como:

Estudos descritivos:

- **Relato de caso** = modelo de estudo envolvendo um **único paciente** e descrição da intervenção ao qual foi submetido e seu respectivo desfecho. Não envolve grupo controle e pode ser tanto prospectivo quanto retrospectivo. Também é chamado de **estudo de caso**.

- **Série de casos** = **relatos** de mais de um paciente com um desfecho de interesse, ilustrando uma determinada **condição clínica**. **Não existe grupo controle**.

Estudos observacionais:

- **Estudo transversal (prevalência)** = estudo em que se avalia uma amostra da população, mensurando-se **desfechos e exposições simultaneamente**. Este modelo de estudo possibilita estimar a **prevalência** da doença e das exposições/fatores de risco, por meio da frequência das exposições/fatores de risco e

da doença.

- **Estudo de coorte** = estudo que seleciona dois grupos de pacientes, um dos quais recebeu a exposição/fator de risco de interesse (casos) e outro não (controles). Este modelo **acompanha** os pacientes por um determinado período ou presença do desfecho, objetivando ao final mensurar o **surgimento** do desfecho de interesse. Mensura-se ao final a **frequência dos desfechos** e avalia **incidência** da doença.

- **Estudo de caso-controle** = estudo que envolve a identificação de dois grupos de pacientes similares, onde a diferença esperada entre eles seja somente a presença do desfecho de interesse (casos), procurando identificar **retrospectivamente** se estes pacientes foram submetidos à exposição/fator de risco de interesse. Este modelo de estudo avalia a **exposição**.

- **Pesquisa de resultados terapêuticos** (*Outcomes research*) = pesquisa para avaliação da efetividade dos tratamentos médicos. Os pesquisadores **analisam** resultados de intervenções terapêuticas que não foram realizadas por eles, o que o diferencia dos ensaios clínicos. Os dados são geralmente coletados dos **prontuários** e/ou **banco de dados** administrativos. Geralmente mensuram mortalidade, morbidade, qualidade de vida, sobrevida livre de doença, estado funcional, efeitos adversos tardios e outros.

Estudos experimentais:

- **Ensaio clínico** = estudo em que o pesquisador realiza uma intervenção ativa e observa a ocorrência do desfecho, além de permitir alocação dos grupos de exposição e manipulação do fator de exposição. Modelo de estudo prospectivo que compara o efeito e o valor de uma intervenção com controles em seres humanos. Os ensaios clínicos foram classificados em **randomizados** (o investigador distribui os sujeitos de pesquisa de forma aleatória) ou **não randomizados** (ausência da aleatorização); **controlados** (presença de um grupo de pacientes que serve como base de comparação na avaliação dos efeitos da intervenção de interesse que é dada aos pacientes do grupo experimental; estes pacientes podem não receber tratamento ou receber o tratamento usual, padrão ou placebo) ou **não-controlados** (presença exclusiva do grupo experimental); **cegados** (desconhecimento do recebimento da intervenção em investigação ou intervenção padrão/placebo da pesquisa por parte do paciente, pesquisador e/ou analista dos dados; respectivamente uni-cego, duplo-cego

ou triplo-cego) ou **abertos** (não houve tentativa de cegamento); **unicêntrico** (pesquisa desenvolvida em apenas um centro de pesquisa) ou **multicêntricos** (presença de mais de um centro de pesquisa envolvido no desenvolvimento do estudo).

- **Estudo *cross-sectional*** = modelo de estudo onde o paciente recebe a intervenção experimental (ou a intervenção controle) e, após um período estabelecido (*wash-out*), mudam de grupo e recebem a intervenção controle (ou a intervenção experimental). A ordem para administração do tratamento pode ser pré-estabelecida ou randomizada. **Não existe grupo de pacientes para controle externo.**

Estudos secundários

- Revisão narrativa – análise da produção direcionada a todos os aspectos de um dado assunto, ao invés de uma questão clínica exclusiva; tende a ser mais subjetiva. Pode incluir diversos modelos de estudo, bem como variados tipos de literatura, como carta ao editor e capítulos de livros. Não estabelece a qualidade das referências incluídas na revisão. As revisões narrativas que trouxeram descrição adequada dos estudos que continham foram classificadas quanto ao nível de evidência e grau de recomendação segundo os estudos primários que descreviam.

- Revisão sistemática = Revisão cujos vieses são eliminados através da explicitação da questão de pesquisa, utilização de estratégia de busca ampla, método claro para graduação da qualidade da evidência dos estudos individuais e estratégia explícita na combinação das evidências individuais até o alcance das conclusões. Frequentemente estão relacionadas aos ensaios clínicos randomizados.

Metanálise = revisão onde os resultados da revisão sistemática são homogêneos e podem ser combinados estatisticamente. A somatória dos resultados de estudos individuais recebe peso com a metanálise, sendo os estudos analisados como sujeitos.

Os enfoque dos estudos na área clínica foi classificado como diagnóstico, etiológico, prognóstico e terapêutico (Tabela 16). Foi possível mais de um enfoque por estudo e foram mantidos os estudos que apresentavam enfoque terapêutico (Tabela 17). Os conceitos de enfoque dos estudos na área clínica estão relacionados à influência de determinados fatores sobre a saúde das pessoas e são (NOBRE, 2006; FLETCHER, HF.; FLETCHER, WF, 2006): diagnóstico se o fator em estudo

permitir o reconhecimento da doença, etiológico se o fator em estudo favorecer o aparecimento da doença, prognóstico se o fator em estudo influenciar uma determinada evolução da doença e terapêutico se o fator em estudo tratar a doença.

Após classificação desses estudos, manteve-se em análise os que apresentaram enfoque terapêutico, todos os demais foram excluídos (Tabela 16).

Os estudos com enfoque terapêutico para controle do odor das LVM foram adicionalmente classificados conforme o modelo do estudo (Tabela 17).

As referências bibliográficas destes estudos encontram-se na páginas

3.8. Análise dos dados

Os dados foram extraídos de maneira padronizada por meio do instrumento para caracterização e extração de dados (Apêndice B), e estão apresentados nas Tabelas de 18 a 22, onde foram caracterizados segundo o modelo de estudo, o tamanho da amostra, os objetivos, as intervenções, as medidas de desfecho e os resultados. Adicionalmente, para cada estudo, foram atribuídas as seguintes classificações: implicação prática da intervenção terapêutica, nível de evidência, grau de recomendação e qualidade do estudo.

Implicação prática da intervenção terapêutica foi estabelecida como o resultado final da intervenção sobre o sintoma odor. Em razão da qualidade das publicações obtidas e falta de padronização/utilização de escalas para mensuração do odor, o resultado final foi classificado nas categorias: **melhora do odor** (avaliado pelo profissional, paciente ou familiar/cuidador e mensurada objetivamente ou subjetivamente), **piora do odor** (avaliado pelo profissional, paciente ou familiar/cuidador e mensurada objetivamente ou subjetivamente), **ausência de resposta** (avaliado pelo profissional, paciente ou familiar/cuidador e mensurada objetivamente ou subjetivamente) ou **inconclusiva** (dados fornecidos pelo estudo não permitem classificação da implicação prática da intervenção terapêutica sobre o odor).

Nível de evidência classifica a validade da evidência sobre intervenções, de acordo com seu enfoque diagnóstico, etiológico, prognóstico ou terapêutico, sendo diretamente relacionado com o modelo de estudo utilizado, ou seja, o delineamento da pesquisa. Os principais modelos de estudo foram representados em uma pirâmide hierárquica, localizada no Anexo A. Tal hierarquia indica a sensibilidade de um estudo, sinalizando a que estudo deva ser dado maior peso em situações nas quais uma mesma questão é examinada por diferentes tipos de estudo. Utilizou-se a Classificação do Nível de Evidência proposto pela Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, em versão adaptada por Nobre (NOBRE, BERNARDO, 2006) para avaliação do nível de evidência dos estudos desta revisão (Anexo B). Os níveis de evidência são classificados como 1A - revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados, 1B – ensaio clínico controlado e

randomizado com intervalo de confiança estreito, 1C – resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”, 2A - revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte, 2B – estudo de coorte (incluindo ensaio clínico de menor qualidade), 2C – estudo observacional de resultados terapêuticos (*outcomes research*), 3A - revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle, 3B – estudo caso-controle, 4 - relato de caso (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade e 5 – opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos, com materiais biológicos ou modelos animais.

Grau de recomendação refere-se a uma medida de qualidade atribuída ao nível de evidência de um estudo e auxilia na interpretação das recomendações. Utilizou-se a Classificação dos Graus de Recomendação proposto pela Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Anexo B) (NOBRE, BERNARDO, 2006) para classificação do grau de recomendação dos estudos da presente revisão. Os Graus de Recomendação são classificados como A – estudos de nível 1 consistentes, B – estudos de nível 2 ou 3 consistentes ou extrapolações dos estudos de nível 1, C – estudos de nível 4 consistentes ou extrapolações dos estudos de nível 2 ou 3, e D – evidência de nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível.

Para facilitar a explicitação de evidência, atribuiu-se ao nível de recomendação as categorias de Evidência Forte (Grau de recomendação A), Evidência Moderada (Grau de Recomendação B), Evidência Fraca (Grau de recomendação C) e Evidência Muito Fraca (Grau de recomendação D).

Para **análise da qualidade** dos estudos utilizou-se a Escala de Jadad (CLARK, 1999) (Anexo C). Essa escala possui três questões, que avaliam se o estudo foi aleatorizado, se foi randomizado e se apresenta descrição das perdas de pacientes. Para cada resposta afirmativa às questões acima se atribui um ponto. Adicionalmente, mais um ponto pode ser somado ou subtraído de acordo com a descrição dos procedimentos de randomização e aleatorização. O escore da Escala de Jadad varia de 0 a 5, e valores crescentes indicam melhor qualidade.

4. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em duas partes. A primeira caracteriza as bases de dados e os estudos obtidos. Na segunda parte estão apresentados estudos e evidências sobre o controle do odor em lesões vegetantes malignas.

4.1. Primeira parte dos resultados

Os dados da caracterização da produção científica sobre lesões vegetantes malignas estão apresentados em tabelas, em frequência absoluta e relativa.

O processo de seleção dos artigos foi bastante elaborado, pois se utilizou estratégia de busca muito ampla, o que gerou muitos resultados falso-positivos.

Foram utilizadas 14 bases de dados, com abrangência primária, secundária, geral e específica.

Tabela 5. Estudos identificados segundo bases de dados. São Paulo, 2007.

Bases de dados	Estudos identificados pela busca eletrônica			
	Estudos obtidos		Estudos únicos	
	N	%	N	%
Capes	59	0,53%	47	0,60%
BDENF	10	0,09%	6	0,08%
Teses - USP	5	0,05%	3	0,04%
CINAHL	1.486	13,37%	1.422	18,02%
Current Controlled Trials	1.109	9,98%	615	7,79%
Embase	2.585	23,27%	2.181	27,64%
EBM Reviews	40	0,36%	28	0,35%
LILACS	5	0,05%	5	0,06%
Ovid	295	2,66%	253	3,21%
Proquest	253	2,28%	248	3,14%
PsycInfo	17	0,15%	12	0,15%
Pubmed	2.611	23,50%	1.521	19,28%
Scopus	1.509	13,58%	1.038	13,16%
Web of Science	1.127	10,14%	511	6,48%
Total	11.111	100,00%	7.890	100,00%

Foram identificados 11.111 estudos, dos quais somente 7.890 (71,00%) eram únicos, ou seja, foram removidos 3.221 (29,00%) estudos repetidos.

Para remoção dos estudos repetidos foi utilizado o critério de manter o estudo

da base que contivesse maior detalhamento do estudo.

Embase e PubMed foram as bases de dados eletrônicas que trouxeram o maior número de publicações (23,27% e 23,50%, respectivamente), seguidas pela Cinahl (13,37%).

As bases de dados menos representativas foram Portal de Teses/USP, Lilacs, BDeInf, PsycInfo e EBM Reviews, que somadas não atingiram 1% do total de achados.

Tabela 6. Distribuição dos estudos identificados segundo modelo de pesquisa e bases de dados. São Paulo, 2007.

Bases de dados	Estudos identificados			
	Estudos clínicos (humanos)		Estudos pré-clínicos (animais/células/tecidos/órgãos)	
	N	%	N	%
Capes	31	0,47%	16	1,18%
BDeNF	6	0,09%	0	0,00%
Teses - USP	1	0,02%	2	0,15%
CINAHL	1.313	20,08%	109	8,07%
Current Controlled Trials	615	9,41%	0	0,00%
Embase	1.969	30,11%	212	15,69%
EBM Reviews	28	0,43%	0	0,00%
LILACS	4	0,06%	1	0,07%
Ovid	228	3,49%	25	1,85%
Proquest	71	1,09%	177	13,10%
PsycInfo	11	0,17%	1	0,07%
Pubmed	1.216	18,60%	305	22,58%
Scopus	672	10,28%	366	27,09%
Web of Science	374	5,72%	137	10,14%
Total	6.539	100,00%	1.351	100,00%

Dentre as 7.890 publicações identificadas, a maioria eram de estudos clínicos (82,88%). Estudos pré-clínicos representaram 17,12% dos resultados.

Embase (30,11%), Cinahl (20,08%) e PubMed (18,60%) foram as bases de dados com maior número de publicações classificadas como estudos clínicos.

Os estudos pré-clínicos foram identificados principalmente pelas bases Scopus (27,09%) e PubMed (22,58%). As bases de dados eletrônicas Current Controlled Trials e EBM Reviews não apresentaram estudos pré-clínicos, o que era esperado, uma vez que essas bases têm objetivo clínico.

Tabela 7. Estudos clínicos segundo bases de dados. São Paulo, 2007.

Bases de dados	Estudos clínicos	
	N	%
Capes	31	0,47%
BDENF	6	0,09%
Teses - USP	1	0,02%
CINAHL	1.313	20,08%
Current Controlled Trials	615	9,41%
Embase	1.969	30,11%
EBM Reviews	28	0,43%
LILACS	4	0,06%
Ovid	228	3,49%
Proquest	71	1,09%
PsycInfo	11	0,17%
Pubmed	1.216	18,60%
Scopus	672	10,28%
Web of Science	374	5,72%
Total	6539	100,00%

Embase (30,11%), Cinahl (20,08%) e PubMed (18,60%) foram as bases de dados com maior número de estudos classificados como estudos clínicos. As bases Teses – USP, Lilacs, Caps, PsycInfo e EBM Reviews quando somadas, representaram apenas 1,07% dos estudos clínicos.

Tabela 8. Estudos clínicos segundo malignidade da patologia. São Paulo, 2007.

Patologias	Estudos clínicos	
	N	%
Neoplasias malignas	3.713	56,78%
Neoplasias benignas	193	2,95%
Lesões pré-malignas	48	0,73%
Não malignas	2.585	39,53%
Total	6.539	100,00%

As neoplasias malignas representaram a maioria das publicações (56,78%). Houve grande número de patologias não malignas (39,53%).

Tabela 9. Estudos clínicos segundo patologias não malignas. São Paulo, 2007.

Patologias não malignas*	Estudos clínicos	
	N	%
Doenças da pele e tecido conjuntivo	1.496	57,87 %
Doenças do sistema digestório	231	8,94 %
Viroses	177	6,85 %
Doenças sanguíneas e linfáticas	166	6,42 %
Infecções bacterianas e micoses	110	4,26 %
Doenças cardiovasculares	105	4,06 %
Doenças musculoesqueléticas	99	3,83 %
Doenças urológicas e dos genitais masculinos	32	1,24 %
Doenças nutricionais e metabólicas	28	1,08 %
Transtornos de origem ambiental	24	0,93 %
Doenças do sistema nervoso	22	0,85 %
Doenças congênitas, hereditárias, neonatais e anormalidades	21	0,81 %
Doenças do sistema endócrino	21	0,81 %
Doenças do sistema imune	12	0,46 %
Doenças estomatognáticas	12	0,46 %
Condições patológicas, sinais e sintomas	8	0,31 %
Doenças dos genitais femininos e complicações na gravidez	8	0,31 %
Doenças respiratórias	7	0,27 %
Oftalmopatias	4	0,15 %
Doenças parasitárias	2	0,08 %
Otorrinolaringopatias	0	0,00 %
Total	2.585	100,00%

* Estrutura hierárquica de descritores segundo a Biblioteca Virtual em Saúde.

Dentre as patologias não malignas, tem-se que as doenças de pele e tecido conjuntivo foram as mais frequentes, representando 57,87% da amostra. As doenças do sistema digestório foram a segunda patologia não maligna mais incidente, representando apenas 8,94% dos achados.

Tabela 10. Estudos clínicos segundo localização das neoplasias malignas. São Paulo, 2007.

Neoplasias malignas*	Estudos clínicos	
	N	%
Cutânea	1.048	28,23%
Hematológica	530	14,27%
Sistema digestório	377	10,15%
Localização não determinada	376	10,13%
Tecidos moles	313	8,43%
Mamária	293	7,89%
Urogenital	238	6,41%
Torácica	197	5,31%
Cabeça e pescoço	151	4,07%
Óssea	72	1,94%
Glândulas endócrinas	40	1,08%
Sistema nervoso	38	1,02%
Pélvica	29	0,78%
Abdominal	9	0,24%
Ocular	2	0,05%
Total	3.713	100,00%

* Estrutura hierárquica de descritores segundo a Biblioteca Virtual em Saúde.

As neoplasias cutâneas foram as mais incidentes dentre as neoplasias (28,23%), seguida pelas neoplasias hematológicas (14,27%) e neoplasias do sistema digestório (10,15%).

Tabela 11. Estudos clínicos de neoplasias malignas segundo presença de lesões vegetantes malignas. São Paulo, 2007.

Neoplasias malignas	Lesões vegetantes malignas	
	Nº.	%
Sim	429	11,55%
Dúvida	98	2,64%
Não	3.186	85,81%
Total	3.713	100,00%

A análise dos resumos das publicações relativas a neoplasias malignas evidenciou 429 publicações sobre lesões vegetantes malignas (11,55%) e houve dúvida na classificação de 98 publicações (2,64%) a partir do resumo. O total de publicações sobre lesões vegetantes malignas foi de 527, o que representou 14,19% de todas as lesões presentes nas neoplasias malignas. Optou-se por manter as 98 publicações em que havia dúvida sobre ser ou não a lesão vegetante maligna, para na fase posterior avaliar-se o artigo na íntegra.

Tabela 12. Estudos clínicos de lesões vegetantes malignas segundo localização das neoplasias malignas primárias. São Paulo, 2007.

Localização das neoplasias malignas*	Lesões vegetantes malignas	
	Nº.	%
Mamária	122	23,15%
Cutânea	59	11,20%
Hematológica	59	11,20%
Sistema digestório	33	6,26%
Cabeça e pescoço	23	4,36%
Torácica	22	4,17%
Urogenital	22	4,17%
Tecidos moles	12	2,28%
Glândulas endócrinas	9	1,71%
Óssea	8	1,52%
Sistema nervoso	2	0,38%
Pélvica	2	0,38%
Neoplasias sem localização determinada	154	29,22%
Total	527	100,00%

Excluindo as lesões em neoplasias sem localização determinada (29,22%), tem-se que as lesões em neoplasias mamárias foram as mais frequentes (23,15%), seguidas igualmente pelas lesões em neoplasias cutâneas e hematológicas (11,20%).

Tabela 13. Estudos clínicos de lesões vegetantes malignas segundo sintomas clínicos apresentados. São Paulo, 2007.

Sintomas Clínicos	Lesões vegetantes malignas	
	Nº.	%
Dor	148	28,08%
Exsudato	80	15,18%
Infecção	106	19,92%
Odor	59	11,16%
Sangramento	85	16,13%
Outros sintomas	202	38,33%
Total (estudos)	527	100,00%

O total de estudos identificados pelos sintomas (N = 680) é superior ao número de estudos sobre lesões vegetantes em doentes oncológicos (N = 527) e isso se deve à que um estudo pode referir-se a mais de um sintoma. O sintoma clínico mais citado em lesões vegetantes malignas foi dor (28,08%), seguido por infecção (19,92%).

4.2. Segunda parte dos resultados

Apresentam-se aqui os estudos identificados sobre odor em LVM. Foram identificados 59 artigos relacionados ao sintoma odor, considerados elegíveis para a análise final.

Os dados destes estudos foram extraídos de forma padronizada, por meio de formulário de extração (Apêndice B) e inseridos em tabelas de caracterização (Apêndice C).

A Tabela 14 apresenta a caracterização dos estudos sobre odor em LVM.

Tabela 14 – Caracterização dos estudos (n=59) sobre odor em lesões vegetantes malignas. São Paulo, 2007.

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E01	Bufill J.A., Grace W.R., Neff R.	1994	Estados Unidos da América	Intra-arterial chemotherapy for palliation of fungating breast cancer. A case report and review of the literature.	Relato de caso + revisão narrativa	Terapêutico
E02	Cheng, C.F., Hsu, H.H.	2003	República da China	Study on the systemic absorption of topically applied As ₂ O ₃ lotion in patients with cutaneous metastatic breast cancer – report of 2 cases.	Séries de casos	Terapêutico
E03	Clark, J.	2002	Reino Unido	Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds.	Revisão narrativa	Terapêutico
E04	Dowsett, C.	2002	Reino Unido	Malignant fungating wounds: assessment and management.	Revisão narrativa	Diagnóstico Etiológico Terapêutico
E05	Draper, C.	2005	Inglaterra	The management of malodour and exudate in fungating wounds.	Revisão narrativa	Diagnóstico Etiológico Terapêutico
E06	Finlay, I.G., Bowszyc, J., Ramlau, C. et al.	1996	Estados Unidos da América	The effect of topical 0,75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Multicêntrico	Terapêutico
E07	Gomes, I.P., Camargo, T.C.	2004	Brasil	Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle dos sintomas.	Revisão narrativa	Terapêutico
E08	Grocott, P.	2001	Estados Unidos da América	Developing a tool for researching fungating wounds.	Estudo qualitativo + relato de caso	Diagnóstico
E09	Gutierrez, C., Hernansanz, S., Rubiales, A.S.	2006	Espanha	Manifestaciones clínicas y cuidados en tumors con afectación pélvica; ¿se puede hablar de un síndrome pélvico en Cuidados Paliativos?	Estudo de prevalência	Prognóstico
E10	Haisfield-Wolfe, M.E., Baxendale-Cox, L.M.	1999	Estados Unidos da América	Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study.	Estudo de prevalência	Diagnóstico

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E11	Haisfield-Wolfe, M.E., Rund, C.	1997	Estados Unidos da América	Malignant cutaneous wounds: a management protocol.	Revisão narrativa	Etiológico Terapêutico
E12	Henderson, M.A., Burt, J.D., Jenner, D. et al.	2001	Austrália	Radical surgery with omental flap for uncontrolled recurrent breast cancer.	Pesquisa de resultados terapêuticos (<i>outcome research</i>)	Terapêutico Prognóstico
E13	Kalinski, C.M., Schnepf, M., Laboy, D. et al.	2005	Estados Unidos da América	Effectiveness of a topical formulation containing metronidazole for wound odor and exudate control.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico
E14	Kelly, N.	2002	Reino Unido	Malodorous fungating wounds: a review of current literature.	Revisão narrativa	Terapêutico
E15	Kuttan, R., Sudheeran, P.C., Joseph, C.D.	1987	Índia	Tumeric and curcumin as topical agents in cancer therapy.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico
E16	Leng, N. P. Yian, L. G.	2002	Cingapura	A case report of an innovative strategy using tea leaves in the management of malodorous wounds.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico
E17	Liddell, K., White, J.	1975	Inglaterra	The smell of cancer.	Relato de caso	Terapêutico
E18	Lund-Nielsen, B., Kirsten, M., Adamsen, L.	2005	Dinamarca	Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives.	Estudo qualitativo	Diagnóstico
E19	Lund-Nielsen, B	2005	Dinamarca	Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E20	Manning, M.P.	1998	Estados Unidos da América	Metastasis to skin.	Revisão narrativa	Etiológico Terapêutico
E21	McDonald, A., Lesage, P.	2006	Estados Unidos da América	Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness.	Revisão narrativa	Terapêutico
E22	Mercier, D., Knevitt, A.	2005	Austrália	Using topical aromatherapy for the management of fungating wounds in a palliative care unit.	Séries de casos	Terapêutico
E23	Mueller, V	2001		Fungating malignant tumours: a new treatment for odour and drainage containment.		
E24	Murakami, M., Kuroda, Y., Sano, A.	2001	Japão	Validity of local treatment including intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy for fungating adenocarcinoma of the breast: case report of more than 8-year survival.	Relato de caso	Terapêutico
E25	Naylor, W.	2001	Inglaterra	Using a new foam dressing in the care of fungating wounds.	Relato de caso	Terapêutico
E26	Naylor, W.	2002	Inglaterra	Part 1: symptom control in the management of fungating wounds.	Revisão narrativa	Terapêutico
E27	Naylor, W.	2002	Inglaterra	Part 2: symptom self-assessment in the management of fungating wounds.	Estudo de prevalência	Diagnóstico
E28	Neill, S.M., Calnan, C.D., Rahim, G.F.	1984	Reino Unido	Carcinoma cuniculatum.	Relato de caso	Diagnóstico Etiológico Terapêutico
E29	Petrek, J.A., Glenn, P.D., Cramer, A.R.	1983	Estados Unidos da América	Ulcerated breast cancer: patients and outcome.	Pesquisa de resultados terapêuticos (<i>Outcome Research</i>)	Prognóstico
E30	Piggin, C.	2003	Inglaterra	Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation.	Revisão narrativa	Terapêutico
E31	Poletti, N.A.	2002	Brasil	Feridas malignas: uma revisão de literatura.	Revisão narrativa	Terapêutico
E32	Price, E	1996		The stigma of smell fungating wounds, breast cancer case study.		
E33	Rice, T.T.	1992	Estados Unidos da América	Metronidazole use in malodorous skin lesions.	Revisão narrativa	Terapêutico
E34	Sanders, R., Goodacre, T.E.E.	1989	Inglaterra	When radiotherapy offers no more: the surgical management of advanced breast malignancy.	Pesquisa de resultados terapêuticos (<i>Outcome Research</i>)	Prognóstico

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E35	Santos, C.M.C., Pimenta, C.A.M.	2003	Brasil	Lesões vegetantes malignas: diretrizes para o cuidado.	Revisão narrativa	Etiológico Diagnóstico Terapêutico
E36	Schiech, L.	2002	Estados Unidos da América	Malignant cutaneous wounds.	Séries de casos	Terapêutico
E37	Schulz, V., Triska, O.H., Tonkin, K.	2002	Canadá	Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems.	Estudo de prevalência	Diagnóstico
E38	Seaman, S.	2006	Estados Unidos da América	Management of malignant fungating wounds in advanced cancer.	Revisão narrativa	Diagnóstico Terapêutico
E39	Shekarriz, H	2004		Resection and reconstruction of the thorax wall in advanced local mammary carcinoma.		
E40	Stephens, F.O., Crea, P., Harker, G.J. et al.	1980	Austrália	Intra-arterial chemotherapy as basal treatment in advanced and fungating primary breast cancer.	Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico
E41	Torchia, D., Palleschi, G.M., Terranova, M. et al.	2006	Itália	Ulcerative carcinoma of the breast with zosteriform skin metastases.	Relato de caso	Diagnóstico Terapêutico
E42	Upright, C.A., Salton, C., Roberts, F. et al	1994	Canada	Evaluation of Mesalt dressings and continuous wet saline dressings in ulcerating metastatic skin lesions.	Ensaio clínico Controlado Randomizado Aberto Unicêntrico	Terapêutico
E43	Van Leeuwen, B L Igual ao E44	1999		Palliative treatment of cancer patients with intractable ulcerating malignant skin tumours and skin metastases.		
E44	Van Leeuwen, B.L., Houwerzijl, M., Hoekstra, H.J.	2000	Países Baixos	Educational tips in the treatment of malignant ulcerating tumours of the skin.	Revisão narrativa	Terapêutico
E45	Van Toller, S	1994		Invisible wounds: the effects of skin ulcer malodours.		

continua...

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E46	Vollstedt, C.	2000	Estados Unidos da América	Symptom management. Management of malignant malodorous wounds.	Revisão narrativa	Terapêutico
E47	Warnke, P.H., Sherry, E., Russo, P.A.J. et al.	2005	Alemanha	Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients.	Relato de caso	Terapêutico
E48	Warnke, P.H., Sherry, E., Russo, P.A.J. et al.	2006	Alemanha	Antibacterial essential oils in malodorous cancer patients. Clinical observations in 30 patients.	Séries de casos	Terapêutico
E49	Warnke, P.H., Terheyden, H., Açil, Y. et al.	2004	Alemanha	Tumor smell reduction with antibacterial essential oils.	Relato de caso	Terapêutico
E50	Warzelhan, J., Stoelben, E., Imdahl, A. et al.	2001	Alemanha	Results in surgery for primary and metastatic chest wall tumors.	Pesquisa de resultados terapêuticos (<i>Outcome Research</i>)	Prognóstico
E51	Wening, J.V., Thoma, G., Emmermann, A. et al	1990	Alemanha	Repair of infected defects of the chest wall by transposition of greater omentum.	Série de casos	Terapêutico prognóstico
E52	Wilkes, L., White, K., Smeal, T. et al	2001	Austrália	Malignant wound management: what dressings do nurses use?	Estudo de prevalência	Terapêutico
E53	Williams, C.	1997	País de Gales	Management of fungating wounds.	Revisão narrativa	terapêutico
E54	Williams, C.	2000	País de Gales	Product focus CliniSorb activated charcoal dressing for odour control.	Revisão narrativa	Terapêutico
E55	Wilson, V.	2005	Reino Unido	Assessment and management of fungating wounds: a review.	Revisão narrativa	Terapêutico
E56	Wollina, U.	2001		Topical treatment for malignant wounds.		
E57	Yian, L.G.	2005	Cingapura	Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds.	Séries de casos	Terapêutico
E58	Young, C.V.	2005	Reino Unido	The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life.	Revisão narrativa	Terapêutico
E59	Young, T.	1997	Reino Unido	Education series. The challenge of managing fungating wounds.	Revisão narrativa	Terapêutico

Os 59 artigos sobre odor em LVM publicados entre 1975 e 2006, sendo que a maioria foi publicada nos últimos cinco anos ($n = 40 = 67,80\%$). A maioria dos artigos foi publicada na América do Norte ($n = 14$), mas a amostra abrangeu também publicações da América Latina, Ásia e Europa.

Os artigos foram obtidos na íntegra, e desses, dois artigos foram publicados em duas revistas científicas diferentes (E16=E57 e E43=E44). Os artigos E57 e E44 foram mantidos e excluíram-se os artigos E16 e E43.

Não foi possível obter os 05 artigos abaixo listados, por indisponibilidade da revista científica ou por contrato de cooperação com a Bireme. Tentou-se contato com o autor do artigo (solicitação via e-mail), mas não se obteve sucesso na solicitação dos estudos apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Estudos ($n=5$) sobre odor não identificados para análise. São Paulo, 2007.

Código	Autor/Ano	Título	Fonte
E23	Mueller, V. 2001	Fungating malignant tumours: a new treatment for odour and drainage containment.	World Council of Enterostomal Therapists Journal. 21: 30-1.
E32	Price, E. 1996	The stigma of smell fungating wounds, breast cancer case study.	Nursing Times. 92:72.
E39	Shekarriz, H. 2004	Resection and reconstruction of the thorax wall in advanced local mammary carcinoma.	Chirurgische Praxis. 63: 659-71.
E45	Van Toller, S. 1994	Invisible wounds: the effects of skin ulcer malodours.	Journal of Wound Care. 3: 103-5.
E56	Wollina, U. 2001	Topical treatment for malignant wounds.	European Journal of Geriatrics. 3: 118-21.

A amostra final resultou, portanto, em 52 artigos sobre odor de LVM, que foram analisados na íntegra.

Após a leitura na íntegra dos 52 artigos, 08 foram excluídos por não tratarem de tratamentos tópicos. Dois versavam sobre tratamento de LVM com Quimioterapia Intra-arterial (E01 e E40); um estudo referia-se a ressecção cirúrgica, associado à Radioterapia e Quimioterapia (E17); outro abordava tratamento com Quimioterapia Sistêmica, Radioterapia e Quimioterapia Intra-arterial (E24); outros se referiam a tratamento exclusivo com ressecção cirúrgica (E12, E28 e E51) e outro abordava tratamento exclusivo com Radioterapia (E41). Além dos estudos que foram

removidos por não versarem sobre tratamento tópico e sim sistêmico, dos 44 artigos restantes, 01 artigo (E58) foi removido por avaliar o impacto psicossocial das LVM nas mulheres, o que fugiu do objetivo do trabalho. Assim, a amostra constou de 43 artigos.

Tabela 16 – Enfoque dos estudos (N=43) sobre odor de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos. São Paulo, 2007.

Enfoque do estudo	Estudos*	Total	
		N	%
Diagnóstico	E04**, E05**, E08, E10, E18, E27, E35**, E37, E38**	09	16,98%
Etiológico	E04**, E05**, E11**, E20**, E28**, E35**	06	11,32%
Prognóstico	E09, E29, E34, E50	04	7,55%
Terapêutico	E02, E03, E04**, E05**, E06, E07, E11**, E13, E14, E15, E19, E20**, E21, E22, E25, E26, E30, E31, E33, E35**, E36, E38**, E42, E44, E46, E47, E48, E49, E52, E53, E54, E55, E57, E59	34	64,15%

Nota: E = estudos

* Segundo códigos previamente categorizados na Tabela 14.

** Estudos classificados em mais de uma categoria.

Observa-se que a maioria dos estudos apresentou enfoque terapêutico (64,15%), que alguns estudos tinham mais que um enfoque e que essa sobreposição ocorreu em 23,26% dos estudos (53 enfoques no total).

Uma vez que o escopo deste trabalho era de tratamento tópico, os artigos com enfoque exclusivo em diagnóstico (E08, E10, E18, E27 e E37) ou prognóstico (E09, E29, E34, E50) foram excluídos (n = 9). Dos 43 artigos analisados manteve-se, portanto, somente os artigos com enfoque terapêutico (n = 34).

Tabela 17 – Estudos com enfoque terapêutico (n = 34) para controle do odor de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos segundo tipo de estudo. São Paulo, 2007.

Tipo de estudo	Código atribuído ao estudo	Total	
		N	%
Ensaio clínico	E06, E13, E15, E19, E42	05	14,71%
Séries de Casos	E02, E22, E36, E48, E57	05	14,71%
Relato de caso	E25, E47, E49	03	8,82%
Revisão narrativa	E03, E04, E05, E07, E11, E14, E20, E21, E26, E30, E31, E33, E35, E38, E44, E46, E53, E54, E55, E59	20	58,82%
Estudo de prevalência	E52	01	2,94%
Total		34	100,00%

Entre os estudos que tinham enfoque terapêutico observou-se que a maior parte foi de revisão narrativa (58,82%), seguido por ensaio clínico (14,71%) e séries de casos (14,71%).

Os 34 estudos acima apresentados encontram-se a seguir apresentados em tabelas sinópticas para apresentação dos dados extraídos. As Tabelas 18-22 versaram sobre modelo do estudo, tamanho da amostra, objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados relativos ao aspecto tratamento nos 34 artigos, com indicação da implicação prática da intervenção terapêutica, classificação do nível de evidência, grau de recomendação e análise de qualidade dos ensaios clínicos.

Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo **ensaio clínico** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
<p>E06</p> <p>Finlay, I. G.</p> <p>Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Multicêntrico</p> <p>48 pacientes oncológicos com LVM fétidas ou úlceras de perna</p> <p>48= número inicial de participantes</p> <p>39=número final de participantes</p>	<p>Avaliar o efeito do gel de metronidazol tópico a 0,75% sobre o odor, dor, exsudato, celulite circundante e colonização bacteriana de LVM em pacientes oncológicos e úlceras de perna.</p>	<p>Produto tópico: gel de metronidazol a 0,75%</p> <p>Coleta de swab bacteriológico da lesão no D0 (pré-intervenção)</p> <p>Intervenção: irrigação da LVM com soro fisiológico a 0,9% (limpeza), seguida por aplicação de uma camada de gel de metronidazol, seguido por curativo de silicone não adesivo como cobertura primária e gaze estéril como cobertura secundária. Fixação do curativo com micropore.</p> <p>Duração: 14 dias consecutivos.</p> <p>Coleta de swab bacteriológico da lesão no D15 (pós-intervenção).</p>	<p>Avaliação do odor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso da escala de 0 a 4, sendo 0 = ausência de odor e 4 = odor extremamente desagradável. - avaliação realizada pelo paciente, enfermeiro (realizava o curativo) e médico do paciente. - frequência: D0, D7 e D14. - score: média das 3 avaliações; <p>Relato de efeitos colaterais, comentários sobre a lesão e sensação de bem-estar: respostas livres.</p>	<p>Odor :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 64% de incidência de odor leve, moderado ou intenso no D0; . 4% de incidência de odor leve, moderado ou intenso no D14. <p>Efeitos colaterais = 01 paciente com sensação de queimação moderada com o metronidazol, 02 pacientes com sangramento leve às trocas de curativo</p>
<p>Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor</p> <p>Metronidazol tópico = melhora</p>		<p>Nível de evidência = 2b</p>		<p>Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 0</p>

Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo **ensaio clínico** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E13 Kalinski, C.M. Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico 16 pacientes oncológicos portadores de LVM	Avaliar a efetividade do gel de metronidazol no controle do odor fétido de LVM	<p>Produto tópico: gel de metronidazol a 0,75%</p> <p>Procedimentos pré-intervenção: . avaliação do odor, exsudato e sinais de infecção.</p> <p>. Intervenção: irrigação da lesão com soro fisiológico, aplicação de gel de metronidazol qsp cobrir toda a lesão, cobertura primária com curativo não aderente (Adaptic) e cobertura secundária com gaze ou chumaço qsp conter o exsudato.</p> <p>Frequência: 1x/dia.</p> <p>Duração: 14 dias consecutivos.</p>	<p>- Avaliação do odor: . uso de EVA de 10 cm, sendo 0 = ausência de odor, 1-4= odor leve, 5-8= moderadamente desagradável e 8-10= muito desagradável . avaliação realizada pelo paciente e pelo investigador;</p> <p>- Avaliação do grau de exsudação: . uso da escala de 1-3, sendo 1 = mínima, 2 = moderada e 3 = intensa; . avaliação realizada pelo investigador; . frequência: D0 e D7.</p> <p>- Avaliação dos sinais de infecção = não relata.</p> <p>- Avaliação da opinião dos pacientes = não relata;</p>	<p>- Odor: . redução do odor estatisticamente significativa ($p < 0,05$) . 100% de redução parcial ou total do odor e correlação entre a avaliação do paciente e do investigador.</p> <p>- Exsudato: . observada diminuição da quantidade de exsudato após 48hs de intervenção e esta diminuição durou todo o tratamento; . não houve diferença estatística na redução do exsudato.</p> <p>- Infecção: . não relata.</p> <p>- Opinião dos pacientes: . tratamento foi fácil e conveniente.</p>
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 2b		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 0

Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo ensaio clínico em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E15 Kuttan, R. Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico 62 pacientes com lesões tumorais recorrentes localmente que falharam aos tratamentos padrão.	Avaliar o efeito da pomada de <i>curcumin</i> no tratamento tópico de lesões tumorais recorrentes em pacientes oncológicos refratários ao tratamento de primeira linha.	- Produto tópico: pomada de <i>curcumin</i> . - Intervenção: pacientes foram orientados a aplicar <i>curcumin</i> , em qsp cobrir toda a lesão. - Frequência: 3x/dia. - Duração: 4 semanas contínuas.	- Avaliação do odor fétido: não relata uso de instrumento. - Relato de efeitos adversos pelos pacientes.	- Odor: . houve redução do odor fétido em 90%. Efeitos adversos: . poucos pacientes relataram dor após a aplicação da pomada, controlada com analgésicos; . 1 paciente desenvolveu reação alérgica ao <i>curcumin</i> .
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Pomada de <i>curumim</i> = melhora		Grau de evidência = 2b		Qualidade do estudo (Escala de Jadad) = 0

Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo **ensaio clínico** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E19 Lund-Nielsen, B. Ensaio clínico Não controlado Não randomizado Aberto Unicêntrico 12 pacientes portadoras de LVM por câncer de mama	Investigar as experiências de mulheres com câncer de mama avançado que possuem LVM e testar os benefícios de um protocolo de assistência estruturado e baseado em evidências, combinado a apoio psicossocial.	<p>Produto tópico = carvão ativado</p> <p>Procedimentos pré-intervenção = registro da fase do processo cicatricial, tamanho da ferida e registro fotográfico.</p> <p>Intervenção = irrigação da lesão com soro fisiológico, inspeção visual da lesão, aplicação do curativo conforme características da lesão: . lesões com necrose (cobertura primária com hidrogel e secundária com espuma absorvente). . lesões sangrantes (cobertura primária com alginato de cálcio e secundária com espuma absorvente com borda adesiva). . lesões fétidas (cobertura primária com carvão ativado e secundária com espuma absorvente com borda adesiva).</p> <p>Frequência = 1x/dia</p> <p>Duração = 04 semanas</p> <p>Procedimentos pós-intervenção = registro da fase do processo cicatricial, tamanho da ferida e registro fotográfico.</p>	<p>- Mensuração do tamanho da lesão: . registro em cm.</p> <p>- Avaliação do tipo de tecido presente na ferida: . necrótico, desvitalizado, granulação ou epitelização.</p> <p>- Avaliação do odor: . uso de escala; variando de ausência de odor a forte odor.</p> <p>- Avaliação do sangramento: . uso de escala, variando de ausência de sangue vivo ou sangramento profuso.</p> <p>- Avaliação do exsudato: . uso de escala, variando de seca a exsudato profuso.</p>	<p>Tamanho da lesão: - resultado positivo em 75% das pacientes, observou-se diminuição das LVM.</p> <p>Odor: . redução da incidência de odor de 67% para 42%.</p> <p>Sangramento: - 01 paciente apresentou sangramento tanto antes quanto depois da intervenção, as demais 11 pacientes não apresentaram sangramento.</p> <p>- Exsudato: . houve redução do exsudato em 83% dos pacientes.</p>
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 2b		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 0

Tabela 18 – Distribuição dos estudos do tipo **ensaio clínico** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E42 Upright, C.A. Ensaio clínico Cross-over Randomizado Aberto Unicêntrico 11 pacientes portadores de LVM	Avaliar curativos de Mesalt e curativos CWS (umidecidos com soro fisiológico) quanto à facilidade de aplicação e remoção do curativo, desconforto apresentado durante e entre as trocas de curativo, controle do odor e preferência geral do curativo	<p>Produto tópico = curativo de Mesalt e curativo CWS.</p> <p>Procedimentos pré-intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> . avaliação da ferida; . suspensão de tratamentos para controle do odor; . coleta de swab da lesão; <p>Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> . randomização dos pacientes para os braços A e B do tratamento; . realização de curativo 1x/dia, durante 4 semanas consecutivas - troca de braço - realização de curativo 1x/dia, durante 4 semanas. . avaliações foram realizadas pela equipe semanalmente e pelo paciente diariamente. 	<p>- Escala de Avaliação Global do Curativo</p> <ul style="list-style-type: none"> . EVA, de 0 a 10; . avaliação da aplicação, remoção, desconforto e efetividade do curativo; <p>- Escala de Preferência (curativo de Mesalt x Curativo CWS)</p>	<p>- Facilidade de aplicação e remoção:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mesalt (9 pacientes) = significância estatística. <p>- Facilidade de remoção:</p> <ul style="list-style-type: none"> . não houve diferença estatística. <p>- Desconforto:</p> <ul style="list-style-type: none"> . não houve diferença estatística. <p>- Controle do odor:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mesalt melhorou o odor e apresentou relevância estatística (6 pacientes). <p>- Preferência do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mesalt foi preferido por 8 pacientes (p=0,05)
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Curativo de Mesalt = melhora		Nível de evidência = 1b (não há descrição do intervalo de confiança)		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 1

Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo **séries de casos** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E02 Cheng, C F et al. Séries de casos 02 pacientes com LVM por câncer de mama	Relatar o uso de trióxido de arsênico tópico para tratamento paliativo de lesões vegetantes malignas	Aplicação tópica de emulsão de trióxido de arsênico (dose máxima de 15 gotas por dia = 1mg), distribuídas duas vezes por dia, por 28 dias consecutivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresentou escalas para avaliação do odor; - Não apresentou escalas para avaliação do exsudato - Dosagem da concentração de trióxido de arsênico na corrente sanguínea durante o tratamento (hora 0, 24, 72, 144, 312 e 648). - Dosagem da concentração de trióxido de arsênico na corrente sanguínea após o término do tratamento (hora 2, 4, 6, 8, 10, 12, 24, 72) 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do odor. - Redução do exsudato. - Mínima absorção de arsênico na corrente sanguínea (Paciente A = 0.028 para 0.045 e Paciente B = 0.021 para 0.0040 microgramas/g). - Concentração de arsênico permaneceu dentro dos limites de normalidade. - Considerou que a dosagem é segura e efetiva, não havendo absorção sistêmica da loção tópica aplicada.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Trióxido de arsênico = melhora		Nível de evidência = 4c		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo **séries de casos** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E22 Mercier, D. Séries de casos 4 pacientes com LVM.	Avaliar a efetividade da aromaterapia tópica no controle do odor fétido em LVM	<p>Produto tópico = óleos essenciais</p> <p>Procedimentos pré-intervenção: . avaliação da ferida; . identificar a preferência do paciente dentre os óleos essenciais disponíveis.</p> <p>Intervenção = aplicação da combinação (creme + óleo essencial) em toda a extensão da ferida, seguida por cobertura primária com curativo absorvente. Fixação do curativo com fita adesiva ou ataduras de algodão.</p> <p>Frequência = troca do curativo sempre que saturado e/ou percepção de odor fétido.</p> <p>Duração = enquanto houver benefício.</p>	- Não relata.	- Redução do odor, em média, em 3 dias.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Óleos essenciais = melhora		Nível de evidência = 4c (número de casos)		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo **séries de casos** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E36 Schieh, L Séries de casos + revisão narrativa. 02 pacientes portadores de LVM (câncer de mama e CEC de boca.	Apresentar 2 casos de LVM, seguido por discussão das intervenções.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação tópica de gel de metronidazol a 0,75%: aplicação em toda a extensão da lesão, com trocas de curativos 2x/dia. - Uso de metronidazol sistêmico, por via oral, 200mg, 2x/dia - Uso de soluções antisépticas (solução de Dakin ou Carraklenz). - Uso de curativos de carvão ativado. - Uso de hidrogéis para desbridamento autolítico. - Uso de agentes enzimáticos para desbridamento enzimático. - Utilização de desodorizadores externos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultado do odor dentro de 5-7 dias após o início da intervenção. Redução do odor. Indica o seu uso apenas se sustentado por cultura positiva da lesão para anaeróbios. - Redução do odor. - Redução de até 95% do odor. - Redução do odor por meio da remoção do tecido necrótico. - Redução do odor por meio da remoção do tecido necrótico. Autor ressalta o risco de sangramento. - Redução do odor por mascaramento. Podem tornar o odor mais desagradável.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Soluções antisépticas = melhora Carvão ativado = melhora Hidrogéis = melhora Enzimas para desbridamento = melhora Desodorizadores externos = melhora			Nível de evidência = 4c	Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo **séries de casos** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E48 Warnke, P H Séries de casos 3 pacientes com CEC de cabeça e pescoço	Avaliar a efetividade de óleo essencial antibacteriano em pacientes com LVM	Produto tópico = óleo essencial Intervenção: . aplicação do óleo 2x/dia na lesão até melhora do odor	- Não relata.	- Melhora do odor e dos sinais inflamatórios das LVM.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Óleo essencial = melhora		Nível de evidência = 4c (número de casos)		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 0

Tabela 19 – Distribuição dos estudos do tipo **séries de casos** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E57 Leng, N.P. Séries de casos 4 pacientes portadoras de LVM por câncer de mama	Avaliar a efetividade do sache de chá verde no controle do odor de LVM em pacientes oncológicos, determinar a frequência ideal para troca dos saches e o peso de exsudato absorvido pelos saches.	<p>Produto tópico: sache de chá verde.</p> <p>Procedimentos pré-intervenção: . avaliação inicial das lesões com formulário próprio.</p> <p>Intervenção: irrigação das lesões com soro fisiológico a 0,9%, aplicação direta de 10 lâminas de gaze seguido por 5 saches de chá verde (embalados individualmente em 01 lâmina de gaze), cobertura secundária com chumaço de algodão. Fixação do curativo com tela elástica.</p> <p>Frequência: Os saches eram substituídos sempre que saturados e pesados e esse peso registrado em formulário específico para registro do curativo. O restante do curativo era trocado 1x/dia.</p> <p>Duração da intervenção: até obtenção do controle do odor.</p>	<p>- Formulário para avaliação das feridas: . registro da avaliação da ferida e arquivo de fotografias.</p> <p>- Avaliação do odor: . uso de EVA, graduada de 1 a 5, sendo 1 = odor muito desagradável e 5 = sem odor.</p> <p>- Formulário para Registro do Curativo: . graduação do odor; . registro de vazamento; . peso dos saches; . frequência de trocas.</p>	<p>- Odor: . houve melhora do odor fétido.</p> <p>- Absorção do exsudato: . saches absorveram 4 vezes o seu peso em exsudato.</p> <p>- Frequência ideal para troca dos saches: . 8 a 12 horas.</p> <p>- Avaliação dos pacientes: . satisfação com o curativo e com o controle do odor.</p>
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Chá verde = melhora		Nível de evidência = 4c (número de casos)		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = 0

Tabela 20 – Distribuição dos estudos do tipo **relato de caso** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E25 Naylor, W. Relato de caso 01 paciente portadora de LVM por câncer de mama.	Apresentar um novo curativo de espuma de hidropolímero (Tielle) usado no cuidado de LVM em paciente com câncer de mama.	- Aplicação tópica de gel de metronidazol em toda a extensão da lesão, seguido por cobertura secundária com espuma de hidropolímero. Curativo foi trocado a cada 3 dias. - Avaliação das características e sintomas da lesão	- Avaliação do exsudato = não relata. - Avaliação do odor = não relata. - Avaliação da opinião e preferências da paciente = não relata.	- Ausência de vazamento de exsudato. - Ausência de odor fétido. - Paciente considerou o curativo confortável e pouco volumoso
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 4c		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 20 – Distribuição dos estudos do tipo **relato de caso** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E47 Warnke, P.H. Relato de caso 01 paciente com LVM por CEC de CP.	Apresentar dados sobre o tratamento de LVM que apresentam odor fétido com óleos essenciais.	- Uso de clindamicina sistêmica e aplicação tópica de mistura de óleo essencial de eucalipto. . Clindamicina, via oral, 600mg/dia, durante 5 dias consecutivos. . Óleo essencial é rinsado sobre a ferida, 1x/dia.	- Não relata.	- Resolução completa do odor fétido em 3 dias e regressão dos sinais clínicos de infecção.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Óleo essencial + Antibiótico sistêmico + Clorofila sistêmica = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 20 – Distribuição dos estudos do tipo **relato de caso** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E49 Warnke, P H Relato de caso	Apresentar dados sobre o tratamento de LVM que apresentam odor fétido com óleos essenciais.	- Uso de clindamicina sistêmica, uso de clorofila e aplicação tópica de mistura de óleo essencial. - Clorofila, via oral, 60 mg, 2x/dia. . Clindamicina, via oral, 600mg, 2x/dia, durante 5 dias consecutivos. . Óleo essencial é rinsado sobre a ferida, 1x/dia.	- Não relata.	- Resolução completa do odor fétido em 3 dias e regressão dos sinais clínicos de infecção.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Óleo essencial + Antibiótico sistêmico + Clorofila sistêmica = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor/ Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E03 Clark, J. Revisão narrativa. Artigos.	Fornecer dados sobre o uso de metronidazol para controle do odor fétido em LVM.	<p>Ashford et al (1980):</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudo de caso com metronidazol VO; - 01 paciente com LVM por câncer de mama; - não relatou dose/frequência. <p>Sparrow et al (1980):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensaio clínico não controlado com metronidazol VO; - 9 pacientes com LVM; - coletado cultura das LVM pré e pós-intervenção. - não relatou dose/frequência. <p>Dankert et al (1981):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensaio clínico não controlado; - metronidazol (via não especificada); - amostra pequena (não relata número de sujeitos). <p>Ashford et al (1984):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensaio clínico randomizados, duplo-cego, grupos cruzados; - metronidazol; via não especificada - 6 pacientes com LVM; - amostra pequena e não descreve os cuidados de enfermagem. <p>Bower et al (1992):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo controlado; - gel de metronidazol - 11 pacientes com LVM; <p>Newman et al (1989):</p> <ul style="list-style-type: none"> - EC NR, aberto, não controlado; - gel de metronidazol a 0,8%; - 68 pacientes com <u>lesões fétidas</u>. 	<p>Ashford = não relatou instrumento utilizado para mensuração/avaliação do odor.</p> <p>Sparrow = odor era avaliado pelo médico, enfermeiro e paciente. Não relatou instrumento utilizado para avaliação.</p> <p>Dankert = uso de cromatografia de gás líquido para mensurar a concentração de ácidos graxos voláteis, correlacionando esta com o odor.</p> <p>Ashford = contaminação dos swabs das lesões, cromatografia de gás líquido e escala para avaliação do odor (aplicada pelo médico, enfermeiro e paciente, com variação de 0 a 4, ausência do odor a odor intolerável, respectivamente).</p> <p>Bower = instrumento com score de 0 a 10 para avaliação do odor, aplicado pelo pesquisador e pelo paciente.</p> <p>Newman = não relata instrumentos para mensuração do desfecho.</p>	<p>Ashford (estudo de caso) = obtida resolução completa do odor. Não estabelece por quanto tempo durou o efeito ou qual era o score de odor da LVM pré intervenção.</p> <p>Sparrow = resolução completa do odor em 4 pacientes e parcial em 5 pacientes. Resultado da cultura das LVM após intervenção ainda assim mostrou contaminação por anaeróbios. Não corroborou o resultado da cultura com a resolução parcial/completa do odor.</p> <p>Dankert = tratamento de sucesso com metronidazol diminuiu a concentração de ácidos graxos voláteis. Não conseguiram estabelecer causa e efeito entre anaeróbios e odor. Resultados sem relevância estatística pela amostra pequena.</p> <p>Ashford = Redução do odor foi considerada estatisticamente significativa.</p> <p>Bower = score médio inicial foi de 7,8 para todas as LVM. Após intervenção, grupo sob intervenção apresentou score médio de 5,0 e o grupo controle, 6,7. Observada redução do odor.</p> <p>Newman = gel de metronidazol controlou o odor em 96% dos participantes (50% de controle total e 46% de controle parcial).</p>

Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol sistêmico = melhora (2) Metronidazol tópico = melhora (2) Metronidazol sem via especificada = melhora (1), inconclusivo (1)	Nível de evidência = 1C Revisão narrativa que incluiu estudos de qualidade boa (2), moderada (3) e ruim (1)	Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável
---	---	--

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E04 Dowsett, C. Revisão narrativa. Artigos.	Fornecer dados para instrumentalizar enfermeiros no diagnóstico, avaliação e tratamento de LVM em pacientes oncológicos. Fornecer abordagens para o controle do odor fétido em LVM	Aplicação tópica de gel metronidazol: irrigação da lesão com soro fisiológico a 0,9%, aplicação do gel em toda a extensão da lesão, seguida por cobertura secundária (espumas ou alginato) - Aplicação tópica de hidrogéis. - Utilização de curativos de carvão ativado. - Aplicação tópica de pasta de açúcar - Aplicação tópica de mel de Manuka	- Sugere que este seja mensurado pelos profissionais e pelo paciente, mas não relata o uso de escala. - Inspeção visual identifica tecido necrótico duro. - Não relata, mas indica que o odor deve ser avaliado pelos profissionais e pelo paciente. - Não relata, mas indica que o odor deve ser avaliado pelos profissionais e pelo paciente. - Não relata, mas indica que o odor deve ser avaliado pelos profissionais e pelo paciente.	- Não relata, apenas argumenta que ele é efetivo para anaeróbios e aeróbios e que há evidências que sustentam o seu uso. - Promoção de desbridamento autolítico, com menor risco de sangramento. - Redução do odor por adsorção (curativo age como filtro). - Combate ao odor por apresentar propriedade antimicrobiana e por absorver fluídos. - Combate ao odor por apresentar propriedades antimicrobianas.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora Pasta de açúcar = melhora Mel = melhora			Nível de evidência = 5d	Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E05 Draper, C. Revisão narrativa Artigos.	Fornecer dados atualizados sobre o manejo do odor e exsudato em LVM. Fornecer dados atualizados sobre o manejo do odor em LVM.	- Aplicação tópica de gel de metronidazol: a 0,8%: 1 ou 2x/dia, em toda a extensão da lesão, seguido por cobertura secundária. . Bower = 5 dias de metronidazol, 1x/dia . Finlay = não relata - Antimicrobianos tópicos (açúcar cristal, mel, sulfadiazina de prata e iogurte) = aplicações desregradas. - Utilização de carvão ativado e carvão ativado com prata = utilizado como curativo primário ou secundário. . Holloway (Carboflex) e . Hampton (CliniSorb)	- Identificou que não há ferramenta padrão que possa mensurar e registrar o odor. Sugere que a avaliação utilize escala padronizada. Indica que a opinião subjetiva dos pacientes e cuidadores são os melhores indicadores. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata.	- Redução do odor dentro de 03 dias. Argumentação sobre ausência de ECR bem delineado para justificar o seu uso. - Melhora do odor em até 11 dias. - Redução do odor em 95% dos pacientes, em até 14 dias. - Inibem o crescimento bacteriano. - Redução do odor por adsorção. - Controle do odor em 91% dos pacientes. - Controle do odor em 100% dos pacientes.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora			Nível de evidência = 5d	Qualidade do estudo (Escala Jadad) = Não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E07 Gomes, I.P. Revisão narrativa Artigos	Identificar evidências que subsidiem um cuidado de enfermagem qualificado no controle dos sintomas de LVM em pacientes oncológicos. Identificar evidências para cuidado de enfermagem no controle do odor de LVM em pacientes oncológicos.	- Aplicação tópica de metronidazol macerado (maceração do comprimido para pulverização da ferida). - Aplicação tópica de solução de metronidazol (500 mg de metronidazol diluído em 100ml de solução salina), 2x/dia. - Aplicação tópica de gel de metronidazol, não relata concentração, 1x/dia. - Aplicação tópica de creme de sulfadiazina de prata. - Utilização de curativos de carvão ativado e prata a 0,15%. - Aplicação tópica de Soluções anti-sépticas: Solução Dakin (hipoclorito de sódio), gluconato de clorexidina a 4% ou solução aquosa de clorexidina a 1%, Curativos realizados a cada 12 horas.	- Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata.	- Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor. - Controle da infecção causada por Pseudomonas aeruginosa. - Controle do odor pela ação bactericida da prata. - Controle do odor por ação desodorizante e debridante.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Carvão ativado = melhora Metronidazol tópico = melhora Soluções antisépticas = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E11 Haisfield-Wolfe, M.E. Revisão narrativa Artigos	Apresentar dados sobre etiologia, papel das metástases, aparência, progressão e tratamento de LVM. Apresentar dados sobre o tratamento de LVM.	- Limpeza de lesão, contensão do exsudato com a utilização de curativos com selagem hermética e remoção imediata de curativos saturados. - Aplicação tópica de curativos de carvão ativado. - Aplicação tópica de metronidazol. - Ashford = ECR, não controlado	- Não relata. - Não relata - Não relata. - Escala numérica para avaliação odor	- Controle do odor - Controle do odor pela absorção dos gases. Relata trabalho de Lawrence que avaliou 5 marcas diferentes de curativos de carvão ativado e que todos conseguiram controlar o odor. - Redução do odor pelo tratamento dos anaeróbios.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Carvão ativado = melhora Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E14 Kelly, N. Revisão narrativa Artigos relacionados ao controle do odor em LVM	Identificar estudos sobre tratamento do odor fétido em LVM	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de curativos absorventes de odor (curativos de carvão ativado). - Utilização de desodorizadores de ambiente (sprays aerossóis com fragrância). - Aplicação de antisépticos tópicos (peróxido de hidrogênio e/ou ácido acético). - Aplicação tópica de gel de metronidazol. - Aplicação tópica de iogurte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle do odor é alcançado. Há poucas pesquisas. Curativos não se moldam à ferida e quando saturados são menos efetivos. - Mascaram o odor, mas a mistura de odores pode ser nauseante. - Controle químico do odor, mas estes produtos retardam a cicatrização. - Controle do odor é alcançado em tempo médio de 2 dias. Há várias publicações, mas geralmente sem grupo placebo e com pequeno número de pacientes. Destacado o risco de desenvolvimento de resistência. - Redução do odor por alteração do ph da lesão, com conseqüente inibição dos microorganismos.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Carvão ativado = melhora Desodorizadores de ambiente = inconclusivo Antisépticos tópicos = melhora Metronidazol tópico = melhora Iogurte = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E20 Manning, M.P. Revisão narrativa Artigos	Fornecer uma revisão da incidência, apresentação e cuidado de enfermagem de pessoas com doença cutânea metastática.	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza da ferida: . Irrigação com soro fisiológico a 0,9%, em jato. - Desbridamento do tecido necrótico cirurgicamente ou com método enzimático. - Troca de curativos antes da saturação. - Utilização de curativos com carvão ativado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata. - Não relata. - Não relata - Não relata 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminação do odor. - Eliminação do odor. - Eliminação do odor. - Eliminação do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Enzimas para desbridamento = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E21 McDonald, A. Revisão narrativa. Artigos	Explorar as abordagens paliativas para manejo de úlceras de pressão e feridas malignas em pacientes com doenças avançadas. Explorar as abordagens paliativas para manejo de feridas malignas em pacientes com doenças avançadas.	- Aplicação tópica de gel de metronidazol, como cobertura primária, diariamente, por 5 a 7 dias. - Aplicação tópica de comprimidos de metronidazol macerados, pulverizados na lesão como cobertura primária, diariamente, por 5 a 7 dias. - Aplicação tópica de solução de metronidazol (comprimido diluído em soro fisiológico a 0,9%), irrigando a lesão com esta solução. Não aborda diluição e duração do tratamento. - Aplicação tópica de sulfadiazina de prata. - Uso de curativos de carvão ativado. - Desodorizadores externos, tais como ácido acético, baunilha, carvão ou café.	- Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata.	- Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor por adsorção. - Modificação do odor, contudo esta abordagem pode ser nauseante para o paciente e familiares.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Sulfadiazina de prata = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E26 Naylor, W. Revisão narrativa Artigos	Revisar o manejo dos quatro sintomas mais comuns associados com LVM: exsudato, odor fétido, sangramento e dor.	<ul style="list-style-type: none"> - Desbridamento do tecido necrótico, utilizando produtos autolíticos ou enzimáticos. - Aplicação tópica de gel de metronidazol, 1x/dia, durante 5 a 7 dias consecutivos. - Uso de curativos de carvão ativado, impregnados ou não com prata. - Aplicação tópica de pasta de açúcar ou mel. - Desodorizadores externos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor por adsorção - Redução do odor por atividades antibacterianas e propriedades desbridantes. - Modificação do odor, contudo esta abordagem pode ser nauseante para o paciente e familiares.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Hidrogéis = melhora Enzimas para desbridamento = melhora Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora Pasta de açúcar = melhora Desodorizadores externos = inconclusiva/maléfica		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E30 Piggin, C. Revisão narrativa Artigos	Apresentar estratégias para controle do odor em LVM e criar estruturas para intervenções em pacientes com alteração da imagem corporal.	- Aplicação tópica de gel de metronidazol.	- Não relata. Argumenta que os estudos não utilizam grupo controle adequado e ferramentas apropriadas para avaliação do odor.	- Redução do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E31 Poletti, N.A. Revisão sistemática Artigos	Identificar na literatura os aspectos envolvidos no cuidado de LVM	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação tópica de gel de metronidazol. - Aplicação tópica de solução de metronidazol. - Uso de curativo de carvão ativado. - Aplicação tópica de antisépticos (hipoclorito de sódio, emulsão de gluconato de clorexidina a 4% ou solução aquosa de clorexidina a 1%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor por adsorção. - Redução do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora Antisépticos tópicos = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E33 Rice, T.T. Revisão narrativa Artigos	Identificar os benefícios de desvantagens do uso do metronidazol para o controle do odor de lesões cutâneas.	<u>- Uso de metronidazol oral.</u> . Ashford (1984) = EC, duplo cego, cross over = 9 ptes = metronidazol oral x placebo <u>- Aplicação tópica de gel de metronidazol</u> . Newman (1898) – gel a 0.8% = EC, NC, NR, aberto N= 56 . McMullen (1990) – gel a 0,75% = EC, NC, NR, aberto N= não cita Relatos de caso com metronidazol tópico (7 autores) . Brusis (1989) n=31 pesquisa de resultados terapêuticos = Clindamicina VO x Metronidazol VO	- Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata;	. Ashford = diminuição do odor e dos anaeróbios . Newman = 50% de controle total do odor, 46% de controle parcial e 4% de ausência de odor = único efeito colateral foi irritação cutânea .McMullen = redução do odor em 24 horas Ausência de efeitos colaterais sérios, apenas irritação cutânea em menos de 2% dos pacientes. Odor praticamente eliminado entre 12 e 36 horas após o início do tratamento. Não houve efeitos colaterais importantes.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol sistêmico = melhora Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 2b Revisão narrativa incluindo 2 estudos 2b, 01 estudo (4c) e 01 estudo 1C.		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E35 Santos, C.M.C. Revisão narrativa Artigos	Descrever as principais características e tratamentos hoje utilizados para o controle dos sintomas de LVM	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicação de desbridantes autolíticos * Aplicação tópica de metronidazol <ul style="list-style-type: none"> - concentrações de 0,8 a 1,0% - uso enquanto houver benefício - uso do gel ou do comprimido macerado em soro fisiológico. * Uso de curativo de carvão ativado. * Métodos externos para alívio do odor: <ul style="list-style-type: none"> - pedaços de carvão próximos ao paciente; - ascender incensos; - utilização de óleos aromáticos; - desodorizadores de ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove re -hidratação do tecido necrótico, facilitando sua remoção. Autora sugere que não se faça desbridamento mecânico ou cirúrgico (risco de sangramento). - Redução do odor em 5 a 7 dias, mas já há alívio do odor dentro de 48 horas após início do tratamento. - Redução do odor por adsorção - Não relata;
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21– Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E38 Seaman, S. Revisão narrativa Artigos	Revisar a fisiopatologia e avaliação de LVM e técnicas de manejo objetivando o controle da dor, odor, exsudato e sangramento local.	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza da ferida com sabonetes antibacterianos. - Uso de antimicrobianos (peróxido de hidrogênio, solução de Dakin e povidine-iodine. - Promoção de desbridamento autolítico com curativos retentores de umidade. - Aplicação tópica de solução de metronidazol (diluição do comprimido em soro fisiológico a 0,9% em qsp obter concentração de 0,5 a 1%). - Aplicação tópica de gel de metronidazol. - Aplicação tópica de Iodosorb (antimicrobiano que libera iodina lentamente). - Uso de curativos de carvão ativado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do odor. - Redução do odor, mas autor argumenta sobre os potenciais efeitos adversos (irritação local e ressecamento da lesão). - Redução do odor por remoção do tecido necrótico. - Redução do odor em 3 dias. - Redução do odor. - Redução da infecção, reduzindo assim o odor. - Redução do odor por adsorção.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Soluções anti-sépticas = melhora Hidrogéis = melhora Metronidazol tópico = melhora Antibióticos tópicos = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E44 Van Leeuwen, B.L. Revisão narrativa Artigos	Fornecer orientações para o tratamento de LVM com enfoque paliativo	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de metronidazol sistêmico <ul style="list-style-type: none"> . EV . VO, 250 mg, 1x/dia. - Aplicação tópica de metronidazol <ul style="list-style-type: none"> . 250 a 500mg dissolvidos em soro fisiológico a 0,9%; . irrigação da lesão com essa solução. - Uso de Cloranfenicol: <ul style="list-style-type: none"> . VO ou via EV. - Aplicação de gazes impregnadas com antibióticos <ul style="list-style-type: none"> . Nitrofuril ou Sulfadiazina de Prata. . 500 a 750 mg/dia, por período máximo de 7 dias. - Limpeza da ferida (irrigação) com ácido acético, solução de 2 a 5% (antisépticos). - Mascarar o odor com desodorizantes de ambiente: <ul style="list-style-type: none"> . pedaços de carvão, borra de café, óleos essenciais ou talco em pó perfumado. - Contenção do odor com o uso de bolsas para estoma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Não relata 	<ul style="list-style-type: none"> - Eficaz na redução do odor. - Eficaz na redução do odor, mas náusea pode ser um efeito colateral limitante. - Redução do odor, com menor eficácia que a administração sistêmica. - Redução do odor. - Redução parcial do odor. - Redução parcial do odor. - Mascara o odor fétido, mas o odor pode ser nauseante e intolerável ao paciente. - Reduz a percepção do odor por retenção.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Antibióticos tópicos = melhora Soluções anti-sépticas = melhora Bolsas para ostoma = inconclusiva Desodorizantes do ambiente = inconclusiva			Nível de evidência = 5d	Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E46 Vollstedt, C. Revisão narrativa. Artigos	Fornecer soluções práticas para o manejo de LVM	<ul style="list-style-type: none"> - Desbridamento para remoção do tecido necrótico. . cirúrgico, enzimático ou mecânico. - Limpeza de feridas com soluções emulsificantes (soluções anti-sépticas) (Puri-Clens) ou solução fisiológica em jato. - Aplicação tópica de sulfadiazina de prata . em toda a extensão da ferida, cobertura secundária com gaze. - Aplicação tópica de gel de metronidazol, por 10 a 14 dias consecutivos. - Uso sistêmico de clorofila. . 1 tablete 2x/dia, por via oral. - Aplicação tópica de iogurte natural. - Aplicação tópica de carvão ativado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata. - Não relata. - Não relata. - Sinais infecciosos. - Não relata. - Não relata. - Não relata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do odor por meio da redução da colonização bacteriana. - Redução do odor. - Redução do odor por suas propriedades antibacterianas. - Eficaz na redução do odor. - Redução do odor. - Redução do odor. - Efetivos na redução do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Enzimas desbridantes = melhora Soluções anti-sépticas = melhora Sulfadiazina de prata = melhora Metronidazol tópico = melhora Clorofila sistêmica = melhora Iogurte = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E53 Williams, C. Revisão narrativa Artigos.	Apresentar os principais sintomas de LVM e opções terapêuticas para cada qual.	- Aplicação tópica de gel de metronidazol . concentrações de 0,75 e 0,8%. - Aplicação de curativos de carvão ativado com e sem prata.	- Não relata. - Não relata.	- Redução do odor. - Eficaz na redução dos odores.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21– Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E54 Williams, C. Revisão narrativa. Artigos	Apresentar tratamentos tópicos para controle do odor em lesões.	- Aplicação de gel de metronidazol. . Concentração de 0,75 a 0,80% - Aplicação tópica de curativo de carvão ativado. . utilização como curativo secundário	- Escala de Haughton and Young (1995). . odor classificado como ausente, leve, moderado ou forte. - Não relata.	- Redução do odor. - Redução do odor por adsorção.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E55 Wilson, V. Revisão narrativa Artigos	Revisar as práticas atuais sobre cuidados de LVM	- Aplicação tópica de gel de metronidazol: . Finlay(1996) = gel a 0,75% - Uso de curativos de carvão ativado.	- Não relata; - Não relata.	- Finlay . 95% dos pacientes (n = 47) referiram melhora do odor. - Redução do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora Carvão ativado = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 21 – Distribuição dos estudos do tipo **revisão narrativa** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E59 Young, T. Revisão narrativa Artigos	Caracterizar LVM e fornecer orientações para avaliação e controle dos sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de curativos de carvão ativado. - Uso de desodorizadores de ambiente (pedaços de carvão ativado, perfumes). - Aplicação tópica de pasta de açúcar, seguido por curativo secundário. - Aplicação tópica de gel de metronidazol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não relata; - Não relata; - Não relata; - Não relata; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduz o odor, mas não é capaz de eliminá-lo. - Adicionam fragrância ao ambiente, mas não eliminam o odor. - Reduzem o odor e são mais toleráveis quando na presença de LVM faciais. - Redução do odor e é uma alternativa eficaz quando há impossibilidade de utilizar o metronidazol sistêmico.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Carvão ativado = melhora Desodorizadores de ambiente = inconclusiva Pasta de açúcar = melhora Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 22 – Distribuição dos estudos do tipo **estudo de prevalência** em pacientes oncológicos portadores de lesões vegetantes malignas submetidos a tratamentos para controle do odor de acordo com os objetivos, intervenções, medidas de desfecho e resultados. São Paulo, 2007.

Código/Autor Tipo de estudo Participantes	Objetivos	Intervenções	Medidas de desfecho	Resultados
E52 Wilkes, L. Estudo de Prevalência 71 enfermeiras especializadas em Cuidados Paliativos e/ou Oncologia	Identificar os tipos de produtos para curativos usados por enfermeiras no cuidado de LVM	- Aplicação de gel de metronidazol.	- Não relata.	- Efetivo no controle do odor.
Implicação prática da intervenção tópica sobre o odor Metronidazol tópico = melhora		Nível de evidência = 5d		Qualidade do estudo (Escala Jadad) = não classificável

Tabela 23 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com metronidazol tópico. São Paulo, 2007.

Intervenção Metronidazol tópico	Nível de evidência*	Grau de Recomendação*	Escala de Jadad*	Resultado	Comentários/Síntese
E03	1C	A	NC	melhorou	<p>- Dos 34 artigos, 25 (73,53%) abordaram o uso de metronidazol tópico.</p> <p>- O maior nível de evidência observado foi 1C (1 revisão narrativa) e o maior grau de recomendação foi A (1 estudo).</p> <p>- Nível de evidência 2B e grau de recomendação B foi observado em 3 estudos (2 ensaios clínicos e 1 revisão narrativa).</p> <p>- Nível de evidência 4C (2 estudos) e 5D (19 estudos) foi observada na maioria dos estudos.</p> <p>A escala de Jadad só foi passível de ser aplicada em 2 estudos</p> <p>- Todos os estudos relatam melhora do odor fétido.</p> <p>- O Grau de Recomendação sobre o uso de metronidazol tópico variou de A a D. Observou-se presença de Evidência Forte e Moderada.</p>
E06	2B	B	0	melhorou	
E13	2B	B	0	melhorou	
E33	2B	B	NC	melhorou	
E25	4C	C	NC	melhorou	
E36	4C	C	NC	melhorou	
E04	5D	D	NC	melhorou	
E05	5D	D	NC	melhorou	
E07	5D	D	NC	melhorou	
E11	5D	D	NC	melhorou	
E14	5D	D	NC	melhorou	
E21	5D	D	NC	melhorou	
E26	5D	D	NC	melhorou	
E30	5D	D	NC	melhorou	
E31	5D	D	NC	melhorou	
E35	5D	D	NC	melhorou	
E46	5D	D	NC	melhorou	
E38	5D	D	NC	melhorou	
E44	5D	D	NC	melhorou	
E46	5D	D	NC	melhorou	
E52	5D	D	NC	melhorou	
E53	5D	D	NC	melhorou	
E54	5D	D	NC	melhorou	
E55	5D	D	NC	melhorou	
E59	5D	D	NC	melhorou	

Tabela 24 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com carvão ativado. São Paulo, 2007.

Intervenção Carvão ativado	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E19	2B	B	0	melhorou	<p>- Dos 34 artigos, 16 (47,08%) analisaram o uso do curativo de carvão ativado.</p> <p>- O maior nível de evidência observado foi 2B e o maior grau de recomendação foi B (01 ensaio clínico).</p> <p>- Todos os estudos relatam melhora do odor fétido.</p> <p>- O Grau de Recomendação sobre o uso de carvão ativado para o controle do odor fétido variou de B a D. Observou-se presença de Evidência Moderada.</p>
E36	4C	C	NC	melhorou	
E04	5D	D	NC	melhorou	
E11	5D	D	NC	melhorou	
E14	5D	D	NC	melhorou	
E20	5D	D	NC	melhorou	
E21	5D	D	NC	melhorou	
E26	5D	D	NC	melhorou	
E31	5D	D	NC	melhorou	
E35	5D	D	NC	melhorou	
E38	5D	D	NC	melhorou	
E46	5D	D	NC	melhorou	
E53	5D	D	NC	melhorou	
E54	5D	D	NC	melhorou	
E55	5D	D	NC	melhorou	
E59	5D	D	NC	melhorou	

Tabela 25 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com curativo de Mesalt. São Paulo, 2007.

Intervenção Curativo de Mesalt	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E42	2B	B	1	melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Do 34artigos, 01 (2,94%) abordou o uso de curativo de Mesalt. - O nível de evidência observado foi 2B e o grau de recomendação foi B. - Resultado apresentou 01 ensaio clínico, com pontuação 01 na Escala de Jadad. - O estudo relata melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Moderada.

NC = não classificável

Tabela 26 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com pomada de *curcumin*. São Paulo, 2007.

Intervenção Pomada de <i>Curcumin</i>	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E15	2C	B	0	melhorou	<p>Dos 34artigos, 1 (2,91%) abordou o uso de pomada de <i>curcumin</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O nível de evidência obtido foi 2C (ensaio clínico) e o grau de recomendação foi B (1 estudo). - Estudo relata melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Moderada.

NC = não classificável

Tabela 27 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com soluções anti-sépticas. São Paulo, 2007.

Intervenção Soluções anti-sépticas	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E36	4C	C	NC	melhorou	- Dos 34 artigos, 06 (17,65%) abordaram o uso de soluções anti-sépticas. - O maior nível de evidência obtido foi 4C (relato de caso) e o maior grau de recomendação foi C (1 estudo). - Estudos presentes: 01 relato de caso e 05 revisões narrativas. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - O Grau de Recomendação sobre o uso de soluções anti-sépticas variou de C a D. Observou-se presença de Evidência Fraca.
E14	5D	D	NC	melhorou	
E31	5D	D	NC	melhorou	
E38	5D	D	NC	melhorou	
E44	5D	D	NC	melhorou	
E46	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 28 – Evidências para tratamento do odor fétido de LVM com óleos essenciais. São Paulo, 2007.

Intervenção Óleos essenciais	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E22 E48	4C 4C	C C	NC NC	melhorou melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 02 (5,88%) abordaram o uso de óleos essenciais. - O nível de evidência observado foi 4C (relato de caso) e o grau de recomendação foi C (2 estudos). - Estudos presentes: relatos de caso. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - O Grau de Recomendação sobre o uso de óleos essenciais foi C. Observou-se presença de Evidência Fraca.

NC = não classificável

Tabela 29 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com hidrogéis. São Paulo, 2007.

Intervenção Hidrogéis	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E36	4C	C	NC	melhorou	- Dos 34 artigos, 03 (8,82%) abordaram o uso de hidrogéis. - O maior nível de evidência observado foi 4C (relatos de caso) e o maior grau de recomendação foi C (1 estudo). - Estudos presentes: relatos de caso e cartas ao editor. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - O Grau de Recomendação sobre o uso de hidrogéis variou de C a D. Observou-se presença de Evidência Fraca.
E26	5D	D	NC	melhorou	
E38	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 30 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com chá verde. São Paulo, 2007.

Intervenção Chá verde	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E57	4C	C	0	melhorou	<p>Do total de 34 artigos, 1 (2,91%) abordou o uso de chá verde.</p> <p>- O nível de evidência obtido foi 4C e o grau de recomendação foi C.</p> <p>- Resultado apresentou 01 relato de caso.</p> <p>- Estudo relata melhora do odor fétido.</p> <p>- Observou-se presença de Evidência Fraca.</p>

NC = não classificável

Tabela 31– Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com trióxido de arsênico. São Paulo, 2007.

Intervenção Trióxido de arsênico	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E02	4C	C	NC	Melhorou	<p>Dos 34 artigos, 1 (2,91%) abordaram o uso de trióxido de arsênico tópico para controle do odor fétido em LVM.</p> <p>- O nível de evidência obtido foi 4C (relato de caso) e o grau de recomendação foi C (1 estudo).</p> <p>- Estudo relata melhora do odor fétido.</p> <p>- Observou-se presença de Evidência Fraca.</p>

NC = não classificável

Tabela 32 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com enzimas tópicas. São Paulo, 2007.

Intervenção Enzimas tópicas	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E36	4C	C	NC	melhorou	- Dos 34 artigos, 04 (11,76%) abordaram o uso de enzimas tópicas. - O maior nível de evidência obtido foi 4C (relato de caso) e o maior grau de recomendação foi C (1 estudo). - Estudos presentes: 01 relato de caso e 03 revisões narrativas. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - O Grau de Recomendação sobre o uso de enzimas tópicas variou de C a D. Observou-se presença de Evidência Fraca.
E20	5D	D	NC	melhorou	
E26	5D	D	NC	melhorou	
E46	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 33 – Evidências para tratamento do odor fétido de LVM com pasta de açúcar. São Paulo, 2007.

Intervenção Pasta de açúcar	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E04	5D	D	NC	melhorou	- Dos 34 artigos, 03 (8,82%) abordaram o uso de pasta de açúcar tópica. - O nível de evidência observado foi 5D e o grau de recomendação foi D. - Todos os estudos foram revisões narrativas. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Muito Fraca.
E26	5D	D	NC	melhorou	
E59	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 34 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com antibióticos tópicos. São Paulo, 2007.

Intervenção Antibióticos tópicos	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E38	5D	D	NC	melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 02 (5,88%) abordaram o uso de antibióticos tópicos. - O nível de evidência obtido foi 5D e o grau de recomendação foi D. - Resultados apresentam revisões narrativas. - Estudos presentes: revisões narrativas - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Muito Fraca.
E44	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 35 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com iogurte. São Paulo, 2007.

Intervenção Iogurte	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E14 E46	5D 5D	D D	NC NC	melhorou melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 02 (5,88%) relataram o uso de iogurte tópico para controle do odor fétido das LVM. - O nível de evidência foi 5D e o grau de recomendação D. - Todos os estudos foram revisão narrativa. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Muito Fraca.

NC = não classificável

Tabela 36 – Evidências para tratamento do odor fétido de LVM com sulfadiazina de prata. São Paulo, 2007.

Intervenção Sulfadiazina de prata	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E21	5D	D	NC	melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 02 (5,88%) abordaram o uso de sulfadiazina de prata. - O nível de evidência observado foi 5D e o grau de recomendação foi 5D. - Todos os estudos são revisões narrativas. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Muito Fraca.
E46	5D	D	NC	melhorou	

NC = não classificável

Tabela 37 – Evidências para tratamento do odor fétido de LVM com óleos essenciais tópicos, antibiótico e clorofila sistêmicos. São Paulo, 2007.

Intervenção Óleos essenciais	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E47 E49	5D 5D	D D	NC NC	melhorou melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 02 (5,88%) abordaram o uso de óleos essenciais. - O nível de evidência observado foi 5D e o grau de recomendação foi D. - Estudos presentes: relato de caso. - Todos os estudos relatam melhora do odor fétido. - O Grau de Recomendação sobre o uso de óleos essenciais foi D. Observou-se presença de Evidência Muito Fraca.

NC = não classificável

Tabela 38 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com mel. São Paulo, 2007.

Intervenção Mel	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E04	5D	D	NC	Melhorou	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 34 artigos, 1 (0,29%) comenta o uso de mel (1 revisão narrativa). - O nível de evidência foi 5D e o grau de recomendação foi D. - Estudo relata melhora do odor fétido em LVM com o uso de mel tópico. - Estudo relata melhora do odor fétido. - Observou-se presença de Evidência Muito Fraca

NC = não classificável

Tabela 39 – Evidências para tratamento do odor fétido das LVM com desodorizantes de ambiente. São Paulo, 2007.

Intervenção Desodorizantes de ambiente	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala de Jadad	Resultado	Conclusões
E36	4C	C	NC	melhorou	<p>Dos 34 artigos, 5 (14,71%) abordaram o uso de desodorizantes de ambiente.</p> <p>- O maior nível de evidência obtido foi 4C (relato de caso) e o maior grau de recomendação foi C (1 estudo).</p> <p>- Estudos presentes: 01 relato de caso e 04 revisões narrativas.</p> <p>- Estudos de revisão narrativa apresentam dúvidas quanto ao real benefício desta intervenção.</p> <p>- O Grau de Recomendação sobre o uso de desodorizantes de ambiente variou de C a D. Observou-se presença de Evidência Fraca.</p>
E14	5D	D	NC	inconclusivo	
E26	5D	D	NC	inconclusivo	
E44	5D	D	NC	inconclusivo	
E59	5D	D	NC	inconclusivo	

NC = não classificável

Tabela 40 – Classificação das evidências para tratamento do odor fétido das LVM segundo tratamento tópico (n = 16). São Paulo, 2007.

Intervenções tópicas	Maior nível de evidência obtido	Maior grau de recomendação obtido	Recomendação sobre evidência
Metronidazol tópico	1C	A	Evidência Forte
Carvão ativado	2B	B	Evidência Moderada
Curativo de Mesalt	2B	B	Evidência Moderada
Pomada de curcumin	2C	B	Evidência Moderada
Soluções anti-sépticas	4C	C	Evidência Fraca
Óleos essenciais	4C	C	Evidência Fraca
Hidrogéis	4C	C	Evidência Fraca
Chá verde	4C	C	Evidência Fraca
Trióxido de arsênico	4C	C	Evidência Fraca
Enzimas tópicas	5D	D	Evidência Muito Fraca
Pasta de açúcar	5D	D	Evidência Muito Fraca
Antibióticos tópicos	5D	D	Evidência Muito Fraca
Iogurte	5D	D	Evidência Muito Fraca
Sulfadiazina de prata	5D	D	Evidência Muito Fraca
Clorofila sistêmica + Antibiótico sistêmico + Óleo essencial	5D	D	Evidência Muito Fraca
Mel	5D	D	Evidência Muito Fraca
Outros tratamentos citados			
Desodorizantes de ambiente	4C	C	Evidência Fraca

5. Discussão

Este estudo foi desenvolvido após revisão narrativa prévia realizada pela pesquisadora, onde não se conseguiu identificar manejo adequado dos sintomas relacionados às LVM em pacientes oncológicos. A prática clínica mostra o intenso sofrimento psíquico desses pacientes, que além de vivenciarem doença terminal, têm que conviver com uma lesão aberta, exsudativa, muitas vezes infectada, fétida e com facilidade de sangramento, o que enfatiza a necessidade deste estudo.

O método de revisão sistemática foi escolhido por acreditar-se que a ausência de evidências não representa a evidência de ausência, e por se desconhecer terapêutica adequada para o controle dos sintomas de LVM. Revisões narrativas disponíveis na literatura sinalizaram que dor, exsudato, infecção, odor e sangramento são os principais sintomas destas lesões. Aventou-se a possibilidade das revisões narrativas tradicionais não terem sido capazes de identificar estudos que indicassem o adequado manejo destas lesões. Trata-se de estudo original no âmbito internacional. Seus achados podem ser úteis a muitos profissionais e doentes e nortear as pesquisas na área.

A presente revisão utilizou os principais guidelines para construção de revisão sistemática – CRD (1996) e Cochrane (HIGGINS, GREEN, 2005). Adaptações foram necessárias durante o processo, sendo estas subsidiadas por argumentos científicos. A partir destas premissas, amplamente divulgadas na atualidade e nas quais se acredita, o estudo foi organizado.

Utilizou-se a estratégia PICO para elaboração da pergunta desta revisão, uma vez que esta é considerada a mais adequada para estruturação da pergunta de pesquisa. Construiu-se, portanto, a seguinte questão de investigação: “Quais os tratamentos tópicos ou curativos utilizados para o controle dos sintomas odor, dor, exsudato, sangramento e infecção das lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos”.

Especificou-se os componentes da estratégia PICO (*patient, intervention, control and outcome*) utilizando-se descritores padronizados e não padronizados (n=363). A pergunta de pesquisa especificou o paciente (*patient*) - oncológico com ferida vegetante maligna, mas as intervenções (*intervention*), apesar de tópicas,

poderiam ser variadas e foram identificados centenas de descritores para intervenções tópicas utilizadas em LVM. Não houve especificação de controle (*outcome*), pois não há intervenção padrão reconhecida para o tratamento desses sintomas e os desfechos (*outcome*) desejados foram cinco, que são melhora do odor, dor, exsudato, sangramento e infecção), o que contribuiu para o grande número de estudos identificados. A definição de um ou dois desfechos possivelmente resultaria em menor número de estudos mas, obviamente, em menor abrangência.

A busca bibliográfica envolveu quatorze bases de dados bibliográficas. A utilização de bases de dados com diferentes abrangências permitiu busca ampla, o número de estudos recuperados foi muito grande e a organização desses estudos em um banco de dados foi bastante trabalhosa. Verificou-se que esta revisão utilizou número de bases de dados elevado em relação revisões sistemáticas publicadas inclusive pela Cochrane e pelo CDR. A aplicação da estratégia PICO nas 14 bases de dados resultou em na identificação de 11.111 estudos, o que causou estranheza.

Cada base de dado apresenta interface própria, o que facilita ou dificulta a montagem e a execução da busca. As nuances de cada base no que se refere aos mecanismos e capacidade de busca consumiu muito tempo para serem conhecidas e essa tarefa, embora interessante, foi exaustiva. Visto o grande número de descritores utilizados (363) e as necessárias combinações entre P, I e O, foi extremamente trabalhoso operacionalizar a busca em bases que permitiam a inclusão de poucos descritores por campo (*box search*), como por exemplo as bases de dados BDeF, Cinahl e Current Controlled Trial e isto gerou inúmeras sub-buscas para possibilitar a exploração adequada de toda a base, uso de todos os descritores e combinações entre todos os elementos do PICO.

Além disso, não foi possível inserir limites na busca para restrição da pesquisa a estudos clínicos, somente em humanos, e isso gerou 1351 estudos pré-clínicos, que precisaram ser lidos para, somente depois, serem eliminados. A inserção de limites de busca, associados ao grande número de descritores e combinações utilizadas, demonstrou que bases como CINAHL, BDeF e até mesmo o PubMed apresentam capacidade limitada de sustentar vários comandos simultâneos na busca. Em contrapartida, a base de dados Scopus foi utilizada sem qualquer tipo de restrição quanto às combinações que se fizeram necessárias. A maior parte das

bases de dados possibilita exportação direta dos estudos identificados para o *software* gerenciador de referência bibliográfica (*EndNote*[®]); as bases que não dispunham deste mecanismo exigiram que todo o processo fosse repetido exaustivamente, até a recuperação de todos os estudos.

Para o manuseio dos estudos foi utilizado o Programa *EndNote*[®], que permitiu a captação dos resumos diretamente das bases, a classificação dos estudos por características e a identificação dos estudos duplicados (indexados em mais de uma base). Grande parte das bases apresenta interface que permite exportação direta dos resultados da busca para programas gerenciadores de bibliografias, o que facilita o processo de recuperação das buscas e minimiza os erros de digitação das bibliografias. O Programa *EndNote*[®] apresenta interface amigável e foi fundamental para o desenvolvimento da presente dissertação, uma vez que este foi usado como banco de dados principal da dissertação.

A denominação geral “câncer/neoplasia” e o correspondente em inglês “cancer/neoplasms” geraram falsos positivos, pois carregaram as neoplasias benignas e pré-malignas consigo. Mais uma vez, a dificuldade operacional de inserção de limites ou operadores booleanos de exclusão (NOT) resultou nessa recuperação errônea dos estudos.

Analisando-se os estudos identificados por base (Tabela 5) nota-se o grande volume de estudos identificados na Embase e PubMed (23,27% e 23,50%, respectivamente), o que era esperado. Chamou a atenção o significativo volume de estudos encontrados no CINAHL (13,37%), base específica de enfermagem, e na SCOPUS (13,58%), base em ciências da saúde pouco utilizada na enfermagem, talvez por ser pouco conhecida. O retorno obtido nas demais bases ficou dentro do esperado.

O número de estudos pré-clínicos foi significativo (17,12%) e isso era parcialmente esperado. (Tabela 6). Tentou-se restringir a busca utilizando-se o filtro “humanos” nas bases que o disponibilizavam, mas isso não teve resultado satisfatório, pois esse artifício sobrecarregava a base durante o processo de busca. A quantidade de estudos pré-clínicos obtidos foi justificada por assuntos envolvendo fator de necrose tumoral e marcadores tumorais em modelos animais, destacando

aqui que o descritor “câncer” e “tumoral” tiveram grande responsabilidade pela recuperação de estudos falso-positivos.

Estudos clínicos (82,88%) foram observados em todas as bases, o que era esperado e mostrou que a escolha das bases foi acertada, e o maior número foi observado na Embase (30,11%), CINHALL (20,08%) e PubMed (18,60%), conforme Tabela 7.

A busca identificou muitos estudos sobre lesões em neoplasias benignas e pré-malignas ($n = 251 = 3,68\%$) e em doenças não oncológicas ($n = 2585 = 39,53\%$), conforme Tabela 8 e isso, provavelmente, ocorreu por não ter sido possível utilizar o operador “NOT” (NOT benign cancer ou NOT benign neoplasm), pois isso levava à sobrecarga da base ou não havia disponibilidade desse mecanismo. As patologias não malignas (Tabela 9) em que ocorreram lesões não malignas foram principalmente as doenças de pele e de tecido conjuntivo (57,87%) e do sistema digestório (8,94%). É possível que isso tenha ocorrido pelo cruzamento do descritor “paciente terminal” (que não necessariamente é oncológico) com o descritor “lesões”, que algumas vezes têm características que assemelham-se aos descritores utilizados para identificar LVM como, por exemplo, úlcera gástrica “sangrante”, lesão cutânea “infectada” e “úlceras cutâneas”. Tal retorno também poderia ocorrer quando a palavra câncer (ex: pacientes não oncológicos) constava do resumo, título ou palavras-chave, mesmo que o câncer não fosse o objeto central do estudo.

As LVM podem advir de neoplasias com localizações diversas (sítios primários dos tumores) e a manifestação cutânea primária, culminando com a lesão cutânea, foi a mais frequente ($n=1.048$; 28,23%), seguida de neoplasias de origem hematológica, do sistema digestório e desconhecida (Tabela 10). Também aqui houve retorno de estudos que não se referiam a lesões vegetantes malignas, pois o cruzamento com os descritores tumor e paciente terminal identificou estudos com doentes não oncológicos; os pacientes oncológicos também podem ter lesões benignas e, novamente, a existência no título das palavras “não oncológica”, poderia resgatar estudos não desejáveis.

Dos 3713 estudos apenas 429 referiam-se, de fato, a lesões vegetantes malignas e houve dúvida na classificação de 98 estudos (Tabela 11). A análise do resumo foi quem permitiu essa seleção e, em 98 estudos, isso não foi possível, pela

ausência de resumo ou pela qualidade desses. Desse modo, optou-se por manter os 98 estudos como pertinentes.

Os 527 estudos que, parecia, tinham como objeto central o tratamento de lesões vegetantes malignas foram classificados quanto à localização das neoplasias, e câncer de mama, câncer cutâneo e hematológico foram os mais frequentes (Tabela 12). Somente a quinta etapa de seleção, apresentada na Tabela 12, permitiu maior clareza dos tumores de origem das lesões vegetantes malignas e na Tabela 13 foi possível observar quais sintomas clínicos das LVM os estudos buscaram tratar.

Pelo descrito nota-se que foi bastante difícil identificar os trabalhos sobre lesões vegetantes malignas. Houve retorno de muitos estudos com doentes oncológicos sem lesões do tipo vegetante maligna e de doentes não oncológicos com outros tipos de lesão.

Refletindo sobre o processo de seleção e localização dos estudos, acredita-se que algumas estratégias poderiam ter sido utilizadas para tornar a busca mais específica.

A realização de um teste piloto para avaliação da validade dos descritores poderia ter sido empreendida. Esse piloto poderia incluir as bases previamente planejadas, ou parte delas, e estabelecer um período mais curto, por exemplo, de um ano. Isso permitiria identificar descritores mais propensos a recuperar estudos falso-positivos. Na presente busca, observou-se que os descritores “*cutaneous lesion*”, “*cutaneous ulceration*”, “*epidermal lesion*”, “*terminal patient*” e “*tumor*”, entre outros, foram responsáveis pela recuperação de estudos falso-positivos.

A pergunta de pesquisa poderia ter sido mais específica, focando-se em apenas um sintoma clínico e não em cinco, conforme o proposto no presente estudo. Além disso, poder-se-ia ter restringido mais os tratamentos.

O grande número de descritores utilizados primou pela abrangência da busca, mas impediu que refinamentos em sua construção fossem executados. Algumas bases não aceitavam tantos descritores e nem a combinação deles. Além disso, o número excessivo de descritores dificultou o uso do operador booleano de exclusão “not” (que restringiria associações inadequadas entre os descritores).

A busca ampla resultou em 11.111 estudos. Desses, 3221 (29,00%) foram duplicados e restaram 7.890 trabalhos, número ainda alto (Quadro 7). A leitura de

todos esses resumos foi um trabalho vultoso, mas acredita-se que a possibilidade de não identificação de um estudo elegível foi reduzida. A elaboração inicial desta revisão sistemática pretendia identificar tratamentos tópicos para os cinco sintomas das LVM. Haja visto que o número restrito de referências identificado em revisões narrativas sobre LVM, não se imaginava recuperar tamanho volume de estudos na presente revisão. O substancial número de estudos resultantes deste processo, apesar das considerações acima realizadas, foi muito apreciado. Acredita-se na existência de falsos negativos nesta amostra, mas as revisões narrativas publicadas sobre LVM jamais alcançaram tamanha abrangência.

O término da primeira parte dos resultados (caracterização das bases e dos estudos obtidos) culminou com a identificação de 477 citações em trabalhos sobre tratamentos tópicos para cada um dos cinco sintomas clínicos das LVM (odor, dor, exsudato, infecção e sangramento). Considerando-se o volume de estudos e o prazo disponível para finalização do trabalho optou-se por analisar e sintetizar as evidências de estudos relativos a um determinado sintoma, e o sintoma escolhido foi o odor, que traz consigo não somente elementos físicos como também os emocionais. A posteriori pretende-se analisar e sintetizar as evidências dos tratamentos para os demais sintomas (dor, exsudato, infecção e sangramento).

Foram identificados 59 estudos sobre odor e todos foram lidos na íntegra. Desses, 02 foram retirados por serem repetidos, 01 referia-se à experiência de viver com uma lesão vegetante maligna e não abordava o alívio do sintoma objeto dessa revisão (odor) e não foi possível obter 5 artigos, restando 51 estudos (Tabela 14).

Entre os 51 estudos, 64,15% (n=34) tinham enfoque terapêutico, em 16,98% (n=9) o enfoque foi diagnóstico, em 11,32% (n=6) foi etiológico, em 7,55% (n=4) o enfoque foi prognóstico e em alguns estudos (23,26%) havia enfoques diversos (Tabela 16). Os estudos com enfoque terapêutico (n=34) foram os que atenderam ao objetivo do trabalho (identificar evidências para o tratamento tópico do odor de lesões vegetantes malignas) e foram submetidos à análise de qualidade (Tabelas 18-22), nível de evidência (Tabelas 18-22) e grau de evidência (Tabelas 23-40).

Os estudos foram classificados segundo nível de evidência, grau de recomendação e a qualidade dos ensaios clínicos foi avaliada pela Escala de Jadad (CLARK, et al, 1999). Estudos com desenho diferente de ensaio clínico não puderam

ser analisados quanto à qualidade, uma vez que não se identificaram na literatura escalas para avaliação da qualidade de revisões narrativas, séries e relato de casos, os mais encontrados e que representaram 58,82 e 14,71 e 8,82% da amostra, respectivamente. Há escalas para avaliar estudos observacionais (coorte, transversal e caso-controle) como a Escala de Strobe, e a Escala NewCastle mas não se encontraram estudos com esses desenhos na presente revisão. Não se identificou escala para avaliação dos estudos descritivos (séries e relato de casos) e estudos secundários (revisões narrativas). As únicas escalas para avaliação de estudos secundários dizem respeito às revisões sistemáticas (ATKINS, 2004).

A seleção das estratégias de classificação não foi fácil, pois a maior parte da amostra não foi de ensaios clínicos, que dispõem de métodos de análise melhor estabelecidos. Estudos do tipo ensaio clínico foram pouco frequentes (14,71% do total) e a escala de Jadad foi a mais adequada para a presente revisão, pois escalas muito elaboradas, como a preconizada pela Cochrane, não permitem análise de estudos mais simples (ensaios clínicos não controlados, não randomizados), como os observado na amostra. Mesmo assim, só foi possível aplicar a Escala de Jadad em 05 ensaios clínicos.

O Nível de Evidência dos estudos e o Grau de Recomendação não avaliam diretamente a qualidade do trabalho, mas permitem inferências sobre a qualidade.

Para a análise de suas características os estudos foram divididos quanto ao desenho (Tabelas 18-22). As características descritas foram tipo de estudo, tamanho da amostra, objetivo, intervenção (tratamento tópico), medidas de desfecho (uso de escalas/instrumentos para mensuração do odor) e resultados. A inserção dos dados extraídos nestas tabelas ocorreu de forma padronizada, segundo o modelo adotado neste estudo (ApêndiceC).

Os estudos relatam tamanhos de amostra muito diferentes, variando de 01 paciente (relato de caso) a 62 doentes (ensaio clínico) e tamanho da amostra é, sem dúvida, fator que limita a qualidade dos ensaios clínicos e séries de casos. O estudos também relataram intervenções diversas e isso dificultou a possibilidade de dados mais homogêneos e mais passíveis de comparação.

A identificação completa de todas as características dos estudos nem sempre foi possível, pois esses, muitas vezes, falharam em detalhar o método, a intervenção

realizada, os instrumentos de medida, os resultados e as estratégias de análise dos dados.

Foram identificados 16 diferentes intervenções tópicas, que variaram de tratamentos mais tradicionais (metronidazol tópico e curativo de carvão ativado) aos tratamentos mais novos (trióxido de arsênico, pomada de curcumin e chá verde). As intervenções foram variadas e não foi possível realizar metanálise uma vez que os estudos não apresentaram similaridade. Adicionalmente, no mesmo estudo havia relatos de uso de intervenções tópicas e sistêmicas como metronidazol sistêmico (presente em 13 estudos), desodorizadores de ambiente (05 estudos) e antibióticos endovenosos (05 estudos).

Uma grande limitação observada nos estudos foi a falta de utilização de escalas/instrumentos padronizados para mensuração do odor. É sabido que o odor fétido é um sintoma que traz impactos sociais-afetivos relevantes, pode alterar as atividades de vida diária do paciente, levá-lo ao isolamento social, privá-lo de atividade sexual e interferir na dinâmica familiar. Idealmente, o odor deve ser classificado quanto à sua desagradabilidade pelo paciente, por seus familiares/cuidadores e pelos profissionais de saúde ligados à assistência desse doente. A não padronização de medidas para mensuração do odor prejudicou a categorização do desfecho, que foi realizada utilizando-se as graduações melhora, piora, inalterado ou inconclusivo. Entretanto, isto não se deve à ausência de escalas/ferramentas, uma vez que estudos desta revisão (E06, E13, E19, E42, E57) apresentaram a utilização de escalas de mensuração do odor. As escalas apresentadas são de fácil execução, rápidas e podem ser usadas, na maior parte das vezes, tanto pelo paciente/cuidador quanto pelo profissional de saúde. Sugere-se a utilização de uma das duas escalas abaixo para mensuração do odor em LVM.

Finlay (E06) utilizou escala para avaliação do odor em seu ensaio clínico. Esta era graduada de 0 a 4, sendo 0 = ausência de odor, 1 = odor leve, 2 = odor moderado, 3 = odor desagradável e 4 = odor extremamente desagradável. O odor era avaliado pelo paciente, pelo enfermeiro assistencial e por um médico não envolvido na assistência do paciente. A graduação do odor era composta pelas três avaliações. Neste estudo, o odor foi avaliado em três momentos distintos: pré-intervenção,

durante a intervenção e pós-intervenção, sendo que o período de intervenção foi de 14 dias consecutivos.

Kalinski (E13) utilizou escala visual analógica de 10 cm. Esta era graduada de 0 a 10, sendo 0 = ausência de odor, 1 a 4 = odor leve, 5 a 8 = odor moderadamente desagradável e 9 a 10 = odor muito desagradável. O odor era avaliado pelo paciente e pelo pesquisador. A graduação do odor era composta pela somatória das duas avaliações. Neste estudo, o odor foi avaliado em três momentos distintos: pré-intervenção, durante a intervenção e pós-intervenção, sendo que o período de intervenção foi de 14 dias consecutivos.

Cabe destacar que em todos os estudos a conclusão foi de que a intervenção melhorou o odor, excetuando-se os estudos sobre o uso de desodorizante ambiental, que foram inconclusivos. A aferição sistemática dos sintomas permite melhor mensuração da resposta clínica e sugere-se que futuros trabalhos utilizem escalas para mensuração do odor.

Cada estudo foi classificado quanto ao nível de evidência e grau de recomendação. A expressão grau de evidência é atribuída a Guyatt, que a criou na década de 80. Desde então, inúmeros *check-lists*, ferramentas, escalas e questionários foram desenvolvidos para graduar a qualidade dos estudos e a força de sua recomendação. Lohr (2004) identificou 121 escalas/instrumentos com tal finalidade e destas, somente 19 atendiam critérios pré-estabelecidos pela autora que permitisse a sua recomendação. Estas 19 escalas foram classificadas como adequadas para avaliação da qualidade de revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais e testes diagnósticos. Observa-se que não foram identificadas escalas adequadas à avaliação de estudos descritivos e revisões narrativas. Além disso, as opiniões de especialistas são também uma situação particular, pois segundo a hierarquia da evidência estas não agregam valor, mas em situações onde a ausência de evidência é considerável, opiniões de especialistas e estudos descritivos poderiam sustentar ou refutar uma dada prática. O Grupo GRADE objetiva uniformizar em uma só escala todas as variáveis necessárias para classificação das evidências e de sua recomendação, mas hoje isto ainda não é uma realidade. Dada a diversidade dos modelos de estudo, acredita-se que escalas deveriam ser igualmente focadas nos

principais tipos de estudo (descritivos, observacionais, experimentais, epidemiológicos e qualitativos).

A classificação quanto ao nível de evidência dos estudos encontrados na presente revisão não foi simples, pois mesmo a escala escolhida como a mais adequada (Anexo B) não se adequava perfeitamente à maioria dos desenhos de estudo encontrados nesta revisão. Assim, foram tomadas algumas decisões para viabilizar essa classificação. Os ensaios clínicos na presente revisão eram fundamentalmente não controlados e não randomizados, e estas características não são previstas na escala (Anexo D?), que partem do pressuposto que os ensaios clínicos são randomizados e controlados (Grau de Recomendação A, Nível de Evidência 1b, que corresponde a “Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com intervalo de confiança estreito”. Na presente revisão identificaram-se apenas 5 ensaios clínicos, não controlados e não randomizados. Considerou-se que o nível mais adequado para classificá-los seria como Nível de Evidência 2B (Grau de Recomendação B), que corresponde a “Estudo de Coorte, incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade” pois, se assim não o fosse, eles teriam que ser considerados relato de caso, o que não o eram, visto que havia um planejamento de estudo e uso de intervenção padronizada.

A classificação de revisões narrativas também não era prevista nessa escala e duas decisões foram tomadas para permitir sua análise. As revisões de menor qualidade foram consideradas como “Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consenso, estudos fisiológicos, com materiais biológicos ou modelos animais” (Grau de recomendação D e Nível de Evidência 5D). Entretanto, uma revisão (E03) apresentava e descrevia importantes ensaios clínicos em seu conteúdo e nesta situação julgou-se adequado classificá-la por seu conteúdo, ou seja, pelo nível de evidência dos ensaios clínicos que descrevia.

Para sintetizar a evidência para cada uma das intervenções considerou-se que se o tratamento foi testado em desenhos diferentes, ser-lhe-ia atribuída a evidência mais alta, isto é aquela que foi decorrente do estudo de melhor desenho. Assim, a um tratamento analisado em um ensaio clínico não controlado e não randomizado (Evidência 1C) e em uma revisão narrativa (Evidência 5d), foi-lhe atribuído o maior grau de recomendação, isto é, 1C.

A hierarquia do grau de recomendação prevê que esse decresce na seguinte ordem (Anexo A): revisões sistemáticas com metanálise ocupam o cume da pirâmide, sendo classificadas como modelo de maior qualidade de evidência; em sentido oposto, editoriais são os que apresentam menor nível de evidência. Na presente revisão observou-se que a maioria dos estudos apresentou baixa qualidade metodológica, visto que 58,82% deles eram revisões narrativas, às quais são atribuídas nível de evidência 5D e grau de recomendação D e os relatos e séries de casos, classificados como nível de evidência 4C e grau de recomendação C representaram 23,53% dos estudos. Diante disso pode-se dizer que o Nível de Evidência e o Grau de Recomendação observado tornam as recomendações para tratamento tópico para controle do odor em LVM frágeis.

Houve dificuldade na avaliação da qualidade dos estudos porque a maior parte de nossa amostra não era representada por ensaios clínicos, que dispõem de métodos de análise melhor estabelecidos na literatura. Optamos por utilizar uma escala para avaliação dos ensaios clínicos visto que a utilização de diversas escalas em um mesmo trabalho pode gerar resultados conflitantes, mas houve dificuldade na seleção da escala, uma vez que as escalas estão focadas nas dimensões mais sofisticadas dos estudos clínicos (processo de randomização, alocação) e não contemplam dimensões mais simples, presentes na amostra de ensaios clínicos encontrados (não controlados e não randomizados). Só foi possível avaliar a qualidade de 5 ensaios clínicos e o escore obtido na Escala de Jadad foi 1, sendo que o máximo possível é 5 (maior qualidade), conforme Tabelas 23-40. Disso conclui-se que a qualidade dos ensaios foi baixa.

Esta revisão sistemática identificou 16 intervenções para o tratamento o tratamento tópico do odor em LVM. Dentre as 16 intervenções encontradas apenas **Gel de Metronidazol Tópico, Curativo de Carvão Ativado, Curativo de Mesalt e Pomada de Curcumin** alcançaram Grau de Recomendação A (Forte) ou B (Moderada). Para as demais 12 intervenções o Grau de Recomendação foi C ou D (Fraco ou Muito Fraco), conforme Tabela 42.

Não foi possível realizar metanálise, pois os estudos foram heterogêneos, com tamanho de amostra pequeno, apresentaram diversos tratamentos tópicos, o desfecho

foi avaliado de modo diverso e o desenho da maior parte dos estudos classificados foi classificado como de evidência fraca e muito fraca.

Recomendações sobre o tratamento tópico

Gel de Metronidazol tópico foi citado em 25 estudos (73,53%) e mostrou-se como a intervenção mais utilizada para o tratamento tópico do odor de LVM; foi a que obteve o maior nível de evidência (1C) e grau de recomendação(A). As intervenções versaram sobre a aplicação tópica de gel de metronidazol, solução de metronidazol e pulverização da lesão com comprimido de metronidazol macerado. Considerando-se o grau de recomendação e o nível de evidência observados, A e 1C respectivamente, Metronidazol Tópico apresentou Evidência Forte para o tratamento do odor em LVM.

Metronidazol é uma droga antimicrobiana sintética, que apresenta alta efetividade contra protozoários e bactérias anaeróbias. Um dos primeiros relatos em literatura sobre a utilização de Metronidazol tópico é de 1978 (CLARK, 2002), que relatam que preparações tópicas com Metronidazol vêm ganhando popularidade desde a metade da década de 1970. Metronidazol para uso tópico é comercializado nas apresentações gel e comprimidos. Estudos sobre Metronidazol tópico que apresentaram recomendação forte e moderada sobre evidência utilizaram concentrações do gel de Metronidazol entre 0,75 a 0,8%, a aplicação de Metronidazol ocorreu 1x/dia e o tratamento teve duração de 14 dias consecutivos. Um desses estudos relatou melhora do odor em 12 horas após o início da intervenção. Todos os resultados evidenciaram melhora do odor com o uso do gel de Metronidazol. Eventos adversos observados nesses estudos foram irritação e sensação de queimação cutânea e sangramento leve às trocas de curativo. Parte dos estudos (n = 13) sobre uso de Metronidazol tópico também citou o uso de Metronidazol sistêmico no controle do odor, cuja análise não era objetivo da presente revisão. Metronidazol sistêmico foi descrito como associado a náuseas, neuropatia periférica e risco de desenvolvimento de resistência sistêmica, e o uso do Metronidazol tópico como uma alternativa eficaz e com menos efeitos adversos associados.

Curativo de Carvão ativado foi citado em 16 estudos (47,08%), obteve nível de evidência (2B) e grau de recomendação (B). As intervenções utilizaram curativos de carvão ativado em forma de placas. Considerando-se o grau de recomendação e nível de evidência observados, B e 2B, curativo de carvão ativado apresenta Evidência Moderada para o tratamento tópico do odor em LVM.

Curativo de carvão ativado é produzido por meio da carbonização delicada da celulose, em condições controladas de temperatura, resultando em um curativo hábil em promover adsorção dos esporos bacterianos e moléculas responsáveis pelo odor fétido dessas lesões. Algumas apresentações comerciais apresentam prata em sua composição, o que também confere propriedades antimicrobianas a este curativo. O curativo de carvão ativado age, portanto, como um filtro, adsorvendo as moléculas fétidas antes que estas passem para o ar ambiente. Estudo sobre curativos de carvão ativado que apresenta recomendação de Evidência Moderada utilizou placa de carvão ativado como cobertura primária da lesão, a troca do curativo de carvão ativado foi realizada 1x/dia e o tratamento teve duração de 4 semanas consecutivas. Todos os estudos que utilizaram curativo de carvão ativado evidenciaram melhora do odor. Não houve relatos de eventos adversos.

Curativo de Mesalt foi citado em 01 estudo (2,91%), e obteve nível de evidência (2B), grau de recomendação (B) e 01 ponto na Escala de Jadad. Esta intervenção apresentou Evidência Moderada para o tratamento do odor em LVM.

Curativo de Mesalt é composto por material absorvente não tecido de viscose/poliéster impregnado com cloreto de sódio e sua ação se deve ao ambiente hipertônico produzido na lesão. Curativo de Mesalt é comercializado em placas. Estudo sobre curativo de Mesalt o utilizou como cobertura primária das LVM, a troca foi realizada 1x/dia e o tratamento teve duração de 4 semanas consecutivas. Não houve eventos adversos relacionados ao seu uso. A redução do odor apresentou relevância estatística.

Pomada de Curcumin foi citada em 01 estudo (2,91%) e obteve nível de evidência (2C), Grau de recomendação (B), 0 ponto na Escala de Jadad, apresentando Evidência Moderada sobre o controle do odor em LVM.

Curcumin, no Brasil conhecido como Curcumina, é um corante amarelo obtido a partir do açafrão-da-índia, conhecido como *Curcuma longa*. Este composto orgânico possui propriedades anti-inflamatórias comprovadas como resultado da inibição da cicloxigenase e outras enzimas envolvidas no processo inflamatório, além de interromper o sinal de transdução celular por meio de vários mecanismos, dentre eles, a inibição a proteína quinase C. Atribui-se à Curcumina propriedades anti-neoplásicas e a efetividade deste composto encontra-se atualmente em teste em sete ensaios clínicos (abrangendo fases I, II e III). No estudo sobre *Curcumin* aplicou-se a pomada diretamente nas LVM, 3x/dia, durante quatro semanas consecutivas. Eventos adversos neste estudo foram dor imediatamente após a aplicação e reação alérgica local. Estudo relata 90% de redução do odor.

Intervenções tópicas com Soluções anti-sépticas, Óleos essenciais, Hidrogéis, Chá verde e Trióxido de arsênico foram classificadas com Nível de Evidência 4C e Grau de Recomendação C, resultando em Recomendação de Evidência Fraca.

Intervenções tópicas com Enzimas tópicas, Pasta de açúcar, Antibióticos tópicos, Iogurte, Sulfadiazina de Prata, Óleo essencial associado à Clorofila e Antibiótico sistêmicos foram classificadas com Nível de Evidência 5D e Grau de Recomendação D, resultando em Recomendação de Evidência Muito Fraca.

Os tratamentos tópicos aos quais se atribuiu Grau de Recomendação C e D e Evidência Fraca e Muito Fraca precisam ser testadas em estudos de melhor qualidade para que se possa avaliar sua contribuição para o controle do odor de LVM. Até o presente momento, as evidências não permitem recomendação do seu uso.

Considerando-se que mesmo nas intervenções que alcançaram Grau de Recomendação A ou B o número de estudos com boa qualidade foi pequeno, há necessidade de estudos de melhor qualidade metodológica para que a efetividade destas intervenções possa ser confirmada.

Dos 11.111 estudos inicialmente identificados (Quadro 7), apenas 325 foram incluídos na caracterização da produção científica sobre tratamento tópico da dor, exsudato, infecção, odor e sangramento das LVM em pacientes oncológicos, o que gera um índice de aproveitamento de 2,93%. Considerando que a presente revisão utilizou uma pergunta de pesquisa ampla, prezou pela abrangência de descritores e

das bases de dados e não realizou qualquer tipo de restrição à recuperação do conteúdo das bases (língua, período, tipo de publicação e outros), atribuiu-se à busca um resultado satisfatório, apesar de trabalhosa, inclusive porque este resultado não difere muito de outros estudos de revisão sistemática. Ao analisar-se o aproveitamento dos estudos incluídos na identificação de evidências para tratamento tópico do odor relacionado a LVM ($n = 59$, Quadro 7), tem-se que o este índice foi de 57,63%, resultado considerado bastante satisfatório.

Em outros estudos de revisão sistemática observa-se ser freqüente a estratégia de se incluir as referências bibliográficas dos estudos captados pela busca sistemática no conjunto dos estudos encontrados. No presente pesquisa isto não foi possível, visto o enorme volume de trabalhos que foram analisados e classificados e o limite de tempo disponível para a finalização da primeira fase do estudo, mas essa é uma limitação. Além disso, apesar de trabalhosa e cuidadosa, a presente revisão pode estar sujeita a viés de publicação, uma vez que só foram utilizados artigos publicados (não foi realizada busca na literatura cinzenta) e 5 artigos não foram localizados. Outra fragilidade refere-se à análise da qualidade dos estudos. Embora se reconheça que a análise de qualidade precise ser aprimorada, até a finalização da presente pesquisa não se identificou modo de aperfeiçoá-la.

Os tratamentos com Metronidazol tópico, curativo de carvão ativado, curativo de Mesalt e pomada de Curcumin foram os únicos em que se observou, em algum estudo, Grau de Recomendação A ou B, o que neste estudo foi considerado como presença de evidência Forte ou Moderada.

O presente estudo traz contribuições importantes ao conhecimento na área. É o primeiro estudo, em âmbito mundial, com modelo de revisão sistemática, sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas. Pontuou-se com a presente revisão a existência de evidência forte e moderada para alguns tratamentos e lacuna de evidência para outros; discutiu-se as dificuldades enfrentadas na condução de uma revisão sistemática, na análise de qualidade de estudos diferentes dos tradicionais ensaios clínicos randomizados, na classificação de evidência e no grau de recomendação dos estudos.

6. CONCLUSÕES

A revisão sistemática cuja pergunta de investigação foi “Quais os tratamentos tópicos/curativos para o controle dos sintomas odor, dor, sangramento, infecção e/ou exsudato de lesões vegetantes malignas em pacientes oncológicos” recuperou 11.111 estudos. Destes, 3.221 foram duplicados, 1.351 eram pré-clínicos e 2.585 não estavam relacionados a neoplasias malignas. Os 3.713 estudos restantes relacionavam-se a doentes oncológicos mas as lesões não eram do tipo vegetante maligna. Apenas 527 estudos referiam-se a lesões vegetantes malignas e desses, somente 325 versaram sobre intervenção tópica para o controle de algum dos sintomas de interesse desta revisão. Os 202 estudos restantes foram excluídos, por não abordarem pelo menos um dos cinco sintomas de interesse. Entre os 325 estudos incluídos, 59 relacionavam-se ao odor, 148 à dor, 105 à infecção, 80 ao exsudato e 85 ao sangramento de LVM. As bases PubMed (23,50%) e EMBASE(23,27%) foram as principais fontes, mas surpreendeu-nos o bom volume de estudos encontrados na base CINAHL (13,37%) e na SCOPUS (13,58%). As diferenças dos mecanismos de busca das 14 bases de dados, o grande número de descritores utilizados (363) e as diversas combinações entre os elementos da estratégia PICO resultaram em busca ampla e em grande retorno de estudos.

Dentre os 59 estudos referentes ao tratamento tópico do sintoma odor, 2 estudos estavam repetidos, 9 não tinham enfoque tópico e 5 não foi possível obtê-los na íntegra. Assim, apenas 34 estudos foram incluídos. Desses, 20 (58,82%) estudos foram revisões narrativas, 5 (14,71%) foram ensaios clínicos, 5 (14,71%) foram séries de casos, 3 (8,82%) eram relato de caso e 1 (2,94%) estudo foi de prevalência. Identificaram-se 16 intervenções para o tratamento o tópico do odor em LVM. Metronidazol Tópico apresentou Evidência forte para o controle do odor (grau A, nível 1C); Curativo de Carvão Ativado e Curativo de Mesalt apresentaram Evidência moderada (grau B, nível 2B) e Pomada de Curcumin também obteve Evidência Moderada (grau B, nível 2C). Os estudos não permitiram metanálise. Evidência Fraca (grau C) e Muito Fraca (grau D) foram observadas em 12 tratamentos: Intervenções tópicas com Soluções anti-sépticas, Óleos essenciais, Hidrogéis, Chá

verde, Trióxido de arsênico, Enzimas tópicas, Pasta de açúcar, Antibióticos tópicos, Iogurte, Sulfadiazina de Prata, Mel, Óleo essencial tópico associado à Clorofila VO e Antibiótico sistêmico.

Encontraram-se poucos estudos de boa qualidade para nortear o tratamento tópico do odor em LVM e as principais limitações foram os desenhos (poucos ensaios clínicos controlados e randomizados), o pequeno tamanho da amostra e a ausência de instrumentos/escalas para quantificação do odor. Apesar disso, considerando-se as evidências Grau A ou B observadas para o tratamento de LVM com Metronidazol Tópico, Curativo de Carvão Ativado, Curativo de Mesalt e Pomada de Curcumin, pode-se recomendar seu uso. Para as demais intervenções, que obtiveram Grau de Recomendação C ou D, não há evidências para se recomendar seu uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATALLAH AN. Medical controversies and systematic reviews: the heat and the light. *São Paulo Med J* 1997; 115 (2): 1381.

ATKINS, D. et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches. The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res* 2004 Dec. 22; 4(1): 38.

BENNET, JA. The consolidated standards of reporting trials (CONSORT): guidelines for reporting randomized clinical trials. *Nurs Res.* 2005 Mar-Apr; 54 (2): 128-32.

BERNARDO WM, NOBRE MRC, JATENE FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50 (1): 104-8.

BIRD, C. Supporting patients with fungating breast wounds. *Prof Nurse.* 2000 Jul;15(10):649-52. Review.

BOWER, M., STEIN, R., EVANS, T.R., HEDLEY, A., PERT, P. COOMBES, R.C. A double-blind study of the efficacy of metronidazole gel in the treatment of malodorous fungating tumours. *Eur J Cancer,* 1992; 28a (4-5): 888-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde: estatísticas vitais/mortalidade geral.: Brasília, D.F., 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 18 de novembro de 2006.

CANADIAN PALLIATIVE CARE ASSOCIATION STANDARDS COMMITTEE. Ferris FD, Cummings I, editors. Palliative care: towards a consensus in standardized principles of practice [first phase working document]. Ottawa: Canadian Palliative Care Association; 1995. p. 12.

CHU, E; DEVITA, VT. Principles of Medical Oncology. In: DEVITA, VINCENT T., HELLMAN, SAMUEL, ROSENBERG, STEVEN A. Cancer: Principles & Practice of Oncology. 7th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.p.295-305.

CILISKA D, CULLUN N, MARKS S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evid Based Nurs.* 2001 Oct;4(4):100-4.

CLARK J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing) 2002:S54-60.

CLARK, HD.; WELL, GA.; HUET, C.; MCALISTER, FA.; SALMI, LR.; FERGUSSON, D.; LAUPACIS, A. Assessing the quality of randomized trials: reliability of the Jadad scale. *Control Clin Trials* 1999 Oct. 20 (5): 448-52.

CLARK, L. Caring for fungating tumours. *Nursing Times*. 1992; 88(12): 66-70 (Journal of Wound Care Nursing).

COLLIER, M. The assessment of patients with malignant fungating wounds – A holistic approach: Part 1. *Nursing Times*, 1993; 12: 1-4 (Nt Professional Update).

CONN VS. Meta-analysis research. *J Vasc Nurs*. 2004 Jun;22(2):51-2.

COOLEY, M.E. Controlling odor in malignant ulcerating. *Oncology Nursing Forum*, 1995; 22 (6): 988.

CULLUM, N. Evidence-based practice. *Nursing Management*. 1998; 5 (3): 32-5.

DICENSO A, CULLUM N, CILISKA D, MARKA S. Evidence-based nursing: past, present and future. *Evid Based Nurs* 2000; 3: 7-8.

DICKERSIN K, BERLIN JA. Meta-analysis: state of the science. *Epidemiologic Review* 1992; 14: 154-76.

EDWARDS, J. Wound management(2): Managing malodours wounds. *J Community Nursing (Online)* 2000; 14(4). Disponível em: www.jcn.co.uk/backiss.asp?Year=2000&Month=04&Articleid=136, acessado em 18 de novembro de 2005.

EVANS D, PEARSON A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *J Clin Nurs* 2001 Sep; 10 (5): 593-9.

FERREIRA, LM.; HOCHMANN, B., BARBOSA, MAJ. Modelos experimentais em pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 2005. 20 (2): 28-34).

FLEMMING K. Asking answerable questions. *Evid Based Nurs*. 1998; 1:36-7.

FLETCHER, RH.; FLETCHER. Tratamento. In:_____. *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 8. p. 155-178.

FYRMPAS, G., N. BARBETAKIS, et al. Cutaneous metastasis to the face from colon adenocarcinoma. Case report. *International Seminars in Surgical Oncology*. 3: 3p p. 2006.

GALLAGHER, J. Management of cutaneous symptoms. *Seminars in Oncology Nursing*. 1995; 11(4): 239-47.

GLASS GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 1976; 5 (10): 3-8.

GROCOTT, P. Developing A Tool For Researching Fungating Wounds. Disponível em: www.worldwidewounds.com/2001/July/Grocott/Fungating-Wounds.Html, acessado em 18 de novembro de 2005.

GROCOTT, P. Palliative management of fungating malignant wounds. J Community Nursing (Online) 2000; 14(3). Disponível em: www.jcn.co.uk/Backiss.asp?Yearum=2000&Monthnum=03&Articleid=221, acessado em 18 de novembro de 2005.

GROCOTT, P. The management of fungating wounds. J Wound Care. 1999 May;8(5):232-4. Review.

GROCOTT, P. The palliative management of fungating malignant wounds. Journal Of Wound Care.1995; 4(5): 240-2.

HAISFIELD-WOLFE, M. E. Malignant cutaneous wounds: A management protocol. Ostomy Wound Management, 1997; 43(1): 56-66.

HALLET, A. Fungating wounds. Nursing Times, 1995; 91 (39): 81-82, 85.

HAYNES B, HAINES A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ 1998; 317: 273-6.

HEK, G. Systematically searching and reviewing literature. Nurse Researcher. 2000 Spring; 7 (3): 40-57.

HEWITT-TAYLOR J. Evidence-based practice. Nurs Stand 2002 Dec 18-31; 17 (14-15): 47-52; quiz 54-5.

HIGGINS JPT, GREEN S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [updated May 2005]. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/>, Acesso em 18 de novembro de 2006.

KRAJNIK, M., ZYLICZ, Z. Topical morphine for cutaneous cancer pain. Palliat Med 1997; 11(4): 325.

KRUGMAN, M. Evidence-based practice. Journal of Nurses in Staff Development. 2003; 19 (6): 279-85.

LOHR, KN. Rating the strength of scientific evidence: Relevance for quality improvement programs. International Journal of Quality in Health Care, 16 (1): 9-18.

MACPHEE M. Evidence-based practice in action. J Pediatr Nurs 2002 Aug; 17 (4): 313-20.

MAGAREY JM. Elements of a systematic review. *Int J Nurs Practice* 2001; 7: 376-82.

MCDONALD, A: Skin ulceration, In GROENWALD.S, ET AL. (Eds.): *Cancer Symptom Management*. Boston, M.A, Jones & Bartlett Publishers, 1996.p.364-76.

MILLER, C.M., O'NEILL, A., MORTIMER, P.S. Skin problems in palliative care: nursing aspects. In Doyle, D. Hanks, G., MaCdonald, N. (eds.), *Oxford Textbook Of Palliative Medicine*: Oxford: Oxford Medical Publications, 1993.p.395-406.

MORTIMER, P. Skin problems in palliative care: medical aspects. In: Doyle, D., Hanks, G., Mcdonald, N. (Eds). *Oxford Textbook Of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993.

MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmmap.htm>>. Acessado em 18 de novembro de 2005.

MULROW CD, COOK DJ. Systematic reviews: critical links in the great chain of evidence. *Ann Int Medicine* 1997; 126: 389-91.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Skin integrity changes secondary to cutaneous metastases. Disponível em: www.oncolink.upenn.edu/pdq/304277.Html, acessado em 18 de novembro de 2005.

NAYLOR W. Part 2: symptom self-assessment in the management of fungating wounds. *World Wide Wounds* 2002.

NAYLOR, W. Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds. Disponível em: WWW.WorldWideWounds.Com/2002/March/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.Html, acessado em 18 de novembro de 2005.

NEAL, K. Treating fungating wounds. *Nursing Times*, 1991; 87(23): 84-6.

NEEDLEMAN IG. A guide to systematic reviews. *J Clin Periodontol*. 2002; 29 (Supl 3): 6-9.

NOBRE, M.; BERNARDO, W eds. Busca de evidência em fontes de informação científica. In:_____. *Prática Clínica Baseada em Evidências*. São Paulo: Elsevier, 2006. p. 43-57.

NUNNELEE JD, SPANER SD. Research utilization. *J Vasc Nurs* 2002 Jun; 20 (2): 68-9.

OXMAN AD, SACKETT DL, GUYATT GH. User's guide to the medical literature. 1. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1993 Nov 3; 270 (17): 2093-5.

PIMENTA, C.A.M. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo, 2000.

PUDNER, R. The management of patients with a fungating or malignant wound. J Community Nursing (Online) 1998; 12(9). Disponível em: www.jcn.co.uk/backiss.asp?Yearum=1998&Monthnum=09&Articleid=82, acessado em 18 de novembro de 2005.

RICHARDSON WS, WILSON MC, NISHIKAWA J, et al. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP Journal Club. 1995 Nov-Dec; 123:12.

ROSEN, T. Cutaneous metastases. The Medical Clinics Of North America, 1980; 64(5): 885-900.

SACKETT DI, ROSEMBERG WMC, MUIR JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. Evidence-based medicine: what is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.

SACKS HS, BERRIER J, REITMAN D, ANCONA-BERK VA, CHALMERS TC. Meta-analyses of randomized controlled trials. N Engl J Med. 1987 Feb 19; 316 (8): 450-5.

SANDERSON, S.; TATT, ID.; HIGGINS, JP. Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography. Int J Epidemiol. 2007 Apr 30; [Epub ahead of print].

SANTOS, C.M.C., PIMENTA, C.A.M. Cuidados com lesões vegetantes malignas. In: PIMENTA, C.A.M., MOTA, D.D.C.F., CRUZ, D.A.L.M. Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole; 2005.p.262-78.

SANTOS, C.M.C.S., PIMENTA, C.A.M. Lesões vegetantes malignas: diretrizes gerais para o cuidado. O Mundo da Saúde 2003; 27 (1): 124-137.

SCHOENLAUB, P., A. SARRAUX, et al. (2001). "Survival after the occurrence of cutaneous metastasis: a study of 200 cases." Ann Dermatol Venereol 128: 1310-5.

SCHULTZ VMN. The development of a malignant wound assessment tool. Canada: University of Alberta (Canada) 2001.

SHORTEN A, WALLACE M. Evidence-based practice. When quality counts. *Australian Nursing Journal* 1997; 4: 26-7.

SINDHU F, DIDKSON R. The complexity of searching the literature. *International Journal of Nursing Practice*. 3: 211-7. 1997.

STEVENS KR. Systematic reviews: the heart of evidence-based practice. *AACN Clin Issues* 2001 Nov; 12 (4): 529-38.

STONE, PW. Popping the (PICO) Question in Research and Evidence-Based Practice. *Applied Nursing Research*. 2002; 16 (2): 197-8.

TEIXEIRA, M.J., PIMENTA, C.A.M. (Coord). *Dor oncológica*. Rev. Medicina. 1997; 76 (1): 1-86 (edição especial).

THE UNIVERSITY OF YORK NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness. CRD guidelines for those carrying out or commissioning reviews. Case Repor 4. York, England: York Publishing Services LTD, 1996.

THOMAS, S. Treating malodorous wounds. *Community Outlook*, 1989; 27-30.

UPRIGHT, C.A., SALTON, C., ROBERTS, F., MURPHY, J. Evaluation of Mesalt dressings and continuous wet saline dressings in ulcerating metastatic skin lesions. *Cancer Nursing*, 1994; 17(2): 149-55.

WALDING, M. Pressure area care and the management of fungating wounds. Oxford: Sobell Publications, 1996.p.284-95.

WHITTEMORE R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005 Jan-Feb; 54 (1): 56-62.

WILSON, V. Assessment and management of fungating wounds: a review. *Br J Community Nurs*. 2005 Mar;10(3):S28-34. Review.

WINTER, G.D. A note on wound healing under dressings with special reference to perforated-film dressings. *The Journal of Investigative Dermatology*. 1965; 45 (4): 299–301.

WINTER, G.D. Formation of the scab and the rate of epithelialisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*. 1962 Jan; 20 (193): 293–4.

WINTER, G.D. *J Wound Care*. 1995 Sep;4 (8): 366-7; discussion 368-71.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer pain relief and palliative care. Technical Report 804. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/en, Acessado em 18 de novembro de 2006.

YOUNG, T. The challenge of managing fungating wounds. Community Nurse (Nurser Prescriber). 1997; 3(9): 41-4 Oct.

ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bufill, J. A., W. R. Grace, et al. Intra-arterial chemotherapy for palliation of fungating breast cancer. A case report and review of the literature. *Am J Clin Oncol*. 17: 118-24 p. 1994.

Cheng, C. F., H. H. Hsu, et al. Study on the systemic absorption of topically applied As₂O₃ lotion in patients with cutaneous metastatic breast cancer - Report of 2 cases. *Journal of Internal Medicine of Taiwan*. 14: 31-36 p. 2003.

Clark, J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). 11: S54-60 p. 2002.

Dowsett, C. Malignant fungating wounds: assessment and management. *British journal of community nursing*. 7: 394-400 p. 2002.

Draper, C. The management of malodour and exudate in fungating wounds. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). 14: S4-12 p. 2005.

Finlay, I. G., J. Bowszyc, et al. The effect of topical 0.75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers. *Journal of Pain & Symptom Management*. 11: 158-62 p. 1996.

Gomes, I. P. e T. C. Camargo. Tumoral skin lesions and nursing care: in search of evidences on symptoms management [Portuguese]. *Revista Enfermagem UERJ*. 12: 211-6 p. 2004.

Grocott, P. Developing a tool for researching fungating wounds. *World Wide Wounds*. 30 2001.

Gutierrez, C., S. Hernansanz, et al. Clinical manifestations and care in tumors with pelvic involvement: Is there a pelvic syndrome in Palliative Care? *Medicina Paliativa*, v.13, n.1, p.32-36. 2006.

Haisfield-Wolfe, M. E. e L. M. Baxendale-Cox. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*. 26: 1055-64 p. 1999.

Haisfield-Wolfe, M. E. e C. Rund. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Management*. 43: 56-8 p. 1997.

Henderson, M. A., J. D. Burt, et al. Radical surgery with omental flap for uncontrolled locally recurrent breast cancer. *ANZ Journal of Surgery*. 71: 675-679 p. 2001.

Kalinski, C., M. Schnepf, et al. Effectiveness of a topical formulation containing metronidazole for wound odor and exudate control. *Wounds: A Compendium of Clinical Research & Practice*. 17: 84-90 p. 2005.

Kelly, N. Malodorous fungating wounds: a review of current literature. *Professional Nurse*. 17: 323-6 p. 2002.

Kuttan, R., P. C. Sudheeran, et al. Turmeric and curcumin as topical agents in cancer therapy. *Tumori*. 73: 29-31 p. 1987.

Leng, N. P. e L. G. Yian. A case report of an innovative strategy using tea leaves in the management of malodourous wound. *Singapore Nursing Journal*. 29: 16-8 p. 2002.

Liddell, K. e J. White. The smell of cancer. *Br J Dermatol*. 92: 215-7 p. 1975.

Lund-Nielsen, B., K. Muller, et al. Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. *J Clin Nurs*. 14: 56-64 p. 2005.

_____. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. *Journal of wound care*. 14: 69-73 p. 2005.

Manning, M. P. Metastasis to skin. *Seminars in Oncology Nursing*. 14: 240-3 p. 1998.

Mcdonald, A. e P. Lesage. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *Journal of Palliative Medicine*. 9: 285-95 p. 2006.

Mercier, D. e A. Knevitt. Using topical aromatherapy for the management of fungating wounds in a palliative care unit. *Journal of wound care*. 14: 497-498, 500-501 p. 2005.

Mueller, V., K. Earhart, et al. Fungating malignant tumours: a new treatment for odour and drainage containment. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*. 21: 30-1 p. 2001.

Murakami, M., Y. Kuroda, et al. Validity of local treatment including intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy for fungating adenocarcinoma of the breast: Case report of more than 8-year survival. *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*. 24: 388-391 p. 2001.

Naylor, W. Using a new foam dressing in the care of fungating wounds. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 10: S24-30 p. 2001.

_____. Part 1: symptom control in the management of fungating wounds. *World Wide Wounds*. 65 2002.

_____. Part 2: symptom self-assessment in the management of fungating wounds. *World Wide Wounds*. 51 2002.

Neill, S. M., C. D. Calnan, et al. Carcinoma cuniculatum. *Clinical and Experimental Dermatology*. 9: 309-311 p. 1984.

Petrek, J. A., P. D. Glenn, et al. Ulcerated breast cancer. Patients and outcome. *Am Surg*. 49: 187-91 p. 1983.

Piggin, C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. *International journal of palliative nursing*. 9: 216-221 p. 2003.

Poletti, N. A. A., M. H. L. Caliri, et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Rev. bras. cancerol*. 48: 411-417 p. 2002.

Price, E. The stigma of smell fungating wounds, breast cancer case study. *Nursing Times*. 92: 72 p. 1996.

Rice, T. T. Metronidazole use in malodorous skin lesions. *Rehabilitation Nursing*. 17: 244-6 p. 1992.

Sanders, R. e T. E. Goodacre. When radiotherapy offers no more: the surgical management of advanced breast malignancy. *Ann R Coll Surg Engl*. 71: 349-53 p. 1989.

Santos, C. M. D. C. e C. A. D. M. Pimenta. Lesões vegetantes malignas: diretrizes para o cuidado. *Mundo saúde* (1995). 27: 124-132 p. 2003.

Schieh, L. Malignant cutaneous wounds. *Clinical journal of oncology nursing*. 6: 305-309 p. 2002.

Schulz, V., O. H. Triska, et al. Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems. *J Pain Symptom Manage*. 24: 572-7 p. 2002.

Seaman, S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. 22: 185-93 p. 2006.

Shekarriz, H., J. Liu, et al. Resection and reconstruction of the thorax wall in advanced local mammary carcinoma. *Chirurgische Praxis*. 63: 659-671 p. 2004.

Stephens, F. O., P. Crea, et al. Intra-arterial chemotherapy as basal treatment in advanced and fungating primary breast cancer. *Lancet*. 2: 435-8 p. 1980.

Torchia, D., G. M. Palleschi, et al. Ulcerative Carcinoma of the Breast With Zosteriform Skin Metastases. *BREAST JOURNAL*. 12: 385 p. 2006.

Upright, C. A., C. Salton, et al. Evaluation of Mesalt Dressings and Continuous Wet Saline Dressings in Ulcerating Metastatic Skin-Lesions. *Cancer Nursing*. 17: 149-155 p. 1994.

Van Leeuwen, B. L., M. Houwerzijl, et al. Palliative treatment of cancer patients with intractable ulcerating malignant skin tumours and skin metastases. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 143: 561-564 p. 1999.

_____. Educational tips in the treatment of malignant ulcerating tumours of the skin. *European Journal of Surgical Oncology*. 26: 506-508 p. 2000.

Van Toller, S. Invisible wounds: the effects of skin ulcer malodours. *Journal of Wound Care*. 3: 103-5 p. 1994.

Vollstedt, C. Symptom management Management of malignant malodorous wounds. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2: 28-30 p. 2000.

Warnke, P. H., E. Sherry, et al. Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 23: 1588-1589 p. 2005.

_____. Antibacterial essential oils in malodorous cancer patients: Clinical observations in 30 patients. *Phytomedicine*. 13: 463-467 p. 2006.

Warnke, P. H., H. Terheyden, et al. Tumor Smell Reduction with Antibacterial Essential Oils [2]. *Cancer*. 100: 879-880 p. 2004.

Warzelhan, J., E. Stoelben, et al. Results in surgery for primary and metastatic chest wall tumors. *Eur J Cardiothorac Surg*. 19: 584-8 p. 2001.

Wening, J. V., G. Thoma, et al. Repair of infected defects of the chest wall by transposition of greater omentum. *Br J Clin Pract*. 44: 311-3 p. 1990.

Wilkes, L., K. White, et al. Malignant wound management: what dressings do nurses use? *J Wound Care*. 10: 65-9 p. 2001.

Williams, C. Management of fungating wounds. *British Journal of Community Health Nursing*. 2: 423-4 p. 1997.

_____. Product focus CliniSorb activated charcoal dressing for odour control. *British Journal of Nursing*. 9: 1016, 1018-9 p. 2000.

Wilson, V. Assessment and management of fungating wounds: a review. *Br J Community Nurs*. 10: S28-34 p. 2005.

Wollina, U., K. Liebold, et al. Topical treatment for malignant wounds. *European Journal of Geriatrics*. 3: 118-121 p. 2001.

Yian, L. G. Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Singapore Nursing Journal*, v.32, n.2, p.42-8. 2005.

Young, C. V. The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life. *Journal of Wound Care*. 14: 359-62 p. 2005.

Young, T. Education series The challenge of managing fungating wounds. *Community Nurse*. 3: 41-2 p. 1997.

APÊNDICE A

Instrumento para seleção inicial e caracterização das publicações identificadas. São Paulo, 2007.

<u>SELEÇÃO INICIAL DOS ESTUDOS IDENTIFICADOS</u>			
Data: _____			
No. do estudo: _____			
Título resumido: _____			
Base de dados: _____			
Autor: _____			
Presença de resumo:	☐ Sim ☐ Não		
Tipo de publicação:	☐ Artigo ☐ Dissertação ☐ Tese ☐ Registro de EC ☐ Outros: _____		
Modelo utilizado:	☐ Humano ☐ Experimental ☐ in vivo (animais) ☐ in vitro (células, tecidos, órgãos) ☐ Dúvida		
Presença de neoplasia:	☐ Não Tipo de patologia: _____ ☐ Sim ☐ Neoplasia maligna ☐ Neoplasia benigna ☐ Lesões pré-malignas ☐ Dúvida		
Presença de lesão vegetante maligna	☐ Não Tipo de lesão: _____ ☐ Sim ☐ Dúvida		
Sintomas clínicos	☐ dor ☐ exsudato ☐ infecção ☐ odor ☐ sangramento ☐ nenhum dos sintomas anteriores		
Incluir: ☐ Sim ☐ Não			
Nome do Revisor: _____			
Código do Revisor: Revisor A ☐ Revisor B ☐			

APÊNDICE B

Instrumento para caracterização e extração de dados dos estudos selecionados. São Paulo, 2007.

SELEÇÃO DEFINITIVA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Data: _____	No. do estudo: _____
Ano de publicação: _____	País de publicação: _____
Título resumido: _____	
Idioma: _____	

MÉTODO

Objetivo primário			
Objetivo secundário			
Modelo do estudo	☐ Revisão sistemática ☐ EC ☐ Coorte ☐ Caso-controle ☐ Transversal ☐ Resultados de intervenções terapêuticas ☐ Séries de casos ☐ Relato de caso ☐ Outros: _____		
Enfoque	☐ Diagnóstico. ☐ Etiológico ☐ Prognóstico ☐ Terapêutico.		
Cenário	☐ Experimental	☐ Ambulatorial	
	☐ Hospitalar	☐ Home Care	
Grupos de tratamento			
Preciso dx de caso			
Racional para controle			
Determinação grupo			
Determinação desfecho			
Randomização			
Estudo controlado	☐ Sim	☐ Não	
Estudo cego	☐ Sim	☐ único	☐ duplo
	☐ Não	☐ triplo	☐ quádruplo
Duração do estudo			
Medidas utilizadas:			
Escalas/instrumentos utilizados			
Submissão ao CEP:			

PARTICIPANTES			
Critérios de inclusão			
Critérios de exclusão			
Critérios de inclusão par caso e controle			
N de sujeitos	N total	N inicial	N final
	N intervenção	N controle	
Idade			
Sexo			
Raça			
Escolaridade			
Histologia			
Estadiamento			
Localização das lesões:			
Tratamentos oncológicos concomitantes:			
Comorbidades:			
Fonte de paciente			
INTERVENÇÃO			
Intervenção realizada no grupo experimental			
Intervenção realizada no grupo controle			
Exposição			
Tratamento tópico			
Procedimentos pré-estudo			
Diferenças entre os grupos pré-tratamento			
Atendimento por profissional:			

DESFECHOS	
Desfecho principal	
Desfecho secundário	
Mensuração do desfecho	
Ferramenta ou instrumento para mensurar desfecho	
Duração do seguimento	
Perdas no seguimento	
Testes estatísticos empregados	
Análise da intenção de tratar	
Achados da pesquisa	
Limitações	
Anotações	

APÊNDICE C

Instrumento para caracterização dos estudos em análise específica. São Paulo, 2007.

Código do estudo	Autor	Ano	País	Título do estudo	Tipo de estudo	Enfoque
E						
E						

ANEXO A

Figura 1 - Pirâmide de Evidência*.

* Fonte: Yale University School of Medicine

Download disponível em www.ebmpyramid.org/images/pyramid.gif

ANEXO B

Grau de recomendação e nível de evidência dos estudos terapêuticos em função do desenho de pesquisa*.

Grau de recomendação	Nível de evidência	Estudos Terapêuticos
A	1a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de Ensaaios Clínicos Controlados e Randomizados
	1b	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com intervalo de confiança estreito
	1c	Resultados Terapêuticos do tipo “Tudo ou Nada”
B	2a	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte
	2b	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade)
	2c	Estudo observacional de resultados terapêuticos (<i>outcome research</i>) e Estudo Ecológico
	3a	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controlle
	3b	Estudo Caso-Controlle
C	4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controlle de menor qualidade)
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensus, estudos fisiológicos, com materiais biológicos ou modelos animais.

* Adaptado do Oxford Centre for Evidence-based Medicine (BERNARDO, NOBRE, 2006).

Grau de recomendação e nível de evidência dos estudos terapêuticos em função do desenho de pesquisa*.

Grau de recomendação dos estudos terapêuticos em função do desenho de pesquisa*.

Grau de recomendação	Descrição
A	Estudos de nível 1 consistentes
B	Estudos de nível 2 ou 3 consistentes ou extrapolações* dos estudos de nível 1.
C	Estudos de nível 4 ou extrapolações dos estudos de nível 2 ou 3.
D	Estudos de nível 5 ou estudos inconclusivos e/ou inconsistentes de qualquer nível.

* Extrapolações são quando os dados usados em uma situação que apresenta diferenças clínicas potencialmente importantes do que quando na situação original do estudo.

Atribuição de categorias qualitativas aos graus de recomendação obtidos para os estudos.

Grau de recomendação	Descrição
A	Evidência forte
B	Evidência moderada
C	Evidência fraca
D	Evidência muito fraca

ANEXO C

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

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

Adaptado da Jadad's Scale

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