

em vez de usar produtos de tratamento de feridas relativamente inertes, como tules gras (curativos de gaze impregnados com parafina). Embora isso evite a formação de escara mole descolorida, não fornece uma barreira bacteriana ou ação antimicrobiana e pode aderir ao leito da ferida. Em comparação, foi demonstrado que o Curativo de Espuma tem ação antimicrobiana de amplo espectro com ação rápida e sustentada.¹⁶ A baixa incidência de crescimento em swabs microbiológicos obtidos durante este estudo são indicativos das propriedades antimicrobianas dos dois regimes de tratamento.

A dor é um fator que afeta não apenas a percepção da eficácia do curativo, mas também afeta a economia total da saúde. Neste estudo, foi possível demonstrar que o grupo de produtos Curativo de Espuma teve pontuações médias de dor significativamente mais baixas na aplicação do curativo (P 0,02) e durante o tempo de uso (P 0,048) durante a semana 1. Pode-se argumentar que na queimadura aguda este período é o mais crucial, pois o processo inflamatório é mais expressivo na queimadura. O fato de os pacientes tratados com Curativo de Espuma precisarem de menos analgesia de fundo e relacionada ao curativo é, no entanto, digno de nota e, do ponto de vista da economia da saúde, é significativo, pois reduz ainda mais os custos associados. Os resultados da avaliação do sangramento na remoção do curativo, embora não estatisticamente significantes (P .13), indicam uma tendência positiva em relação ao produto Curativo de Espuma, corroborando a implicação de que os curativos com tecnologia de silicone macio podem ter um papel significativo na minimização do trauma na remoção do curativo. Isso corrobora os achados de Meuleneire²⁷ que mostraram que em situações clínicas o curativo foi responsável pela redução significativa da dor (P 0,0001) na troca do curativo e da dor contínua (de fundo).²⁷

Uma potencial limitação ao desenho deste estudo foi o período de tempo durante o qual os sujeitos foram avaliados. Embora um período de 21 dias pós-queimadura tenha permitido aos investigadores observar os efeitos que os tratamentos tiveram na cicatrização de feridas na maioria dos indivíduos, um pequeno subgrupo (5 no grupo Curativo de Espuma e 8 no grupo SSD) foi avaliado como tendo alcançado 30% de cura ou menos. Neste grupo, um período de tratamento prolongado pode ter resultado em maior progressão para a cura. Além disso, um período de acompanhamento mais longo teria permitido a avaliação da qualidade da cicatriz nos indivíduos queimados curados. Ambas as questões foram consideradas na construção do desenho do estudo, mas descontadas devido a questões logísticas. Notou-se que em estudos como o realizado por Caruso et al,²² o atendimento no ambulatório de seguimento foi precário, com números insuficientes para obter resultados significativos.

Considerou-se também que feridas que não cicatrizaram em 21 dias tinham alta probabilidade de necessitar de intervenção cirúrgica para obter o fechamento.²² O fato de a cicatrização ter sido avaliada por observação não cega também pode ser vista como uma limitação do estudo.

Por razões práticas (ou seja, para garantir que o estudo fosse concluído dentro de um prazo razoável e custos administrativos excessivos fossem evitados), os investigadores concordaram em comparar o custo-benefício das duas intervenções analisando dados relativos a 20 pacientes em cada Grupo de tratamento. Embora a subamostragem possa ser vista como uma potencial fraqueza na metodologia do estudo, é importante ressaltar que os locais nos quais os dados de custo foram coletados foram selecionados aleatoriamente antes da inscrição dos pacientes. Além disso, a subamostragem é amplamente utilizada na pesquisa clínica como um meio prático, mas confiável, de avaliar intervenções.

Outra potencial limitação do estudo é o cálculo do impacto econômico da contribuição do cuidador domiciliar nos regimes de tratamento. O uso de SSD no ambiente domiciliar tem sérias implicações para os cuidadores em termos da necessidade de se afastar do trabalho para realizar cuidados e procedimentos. Embora não seja um problema para as empresas de seguro de saúde, isso tem implicações para a comunidade em geral e o custo oculto do gerenciamento de queimaduras.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam fortemente que o curativo de espuma de silicone macio contendo prata pode ser considerado eficaz (por exemplo, resultados de cicatrização), seguro e econômico no tratamento de queimaduras de espessura parcial. O curativo oferece vários benefícios além do uso de SSD, incluindo a minimização da dor associada à troca do curativo, maior flexibilidade e facilidade de aplicação.

REFERÊNCIAS

1. Deitch EA, Wheelahan TM, Rose MP, Clothier J, Cotter J. Hypertrophic burn scars: analysis of variables. *J Trauma* 1983;23:895-8.
2. Takayanagi K, Kawai S, Aoki R. The cost of burn care and implications for efficient care. *Clin Perform Qual Health Care* 1999;7:70-3.
3. Goodis J, Schraga ED. Burns, Thermal. *Emedicine.medscape.com* 2010; available from <http://emedicine.medscape.com/article/769193-overview>; Internet; accessed October 18, 2010.
4. Johnson KI, Meyer AA, Evans SK. Strategies to improve burn center utilization. *J Burn Care Rehabil* 1988;9:102-5.
5. Hermans MHE. Results of a survey on the use of different treatment options for partial and full thickness burns. *Burns* 1998;24:539-51.
6. Monafó WW, West A. Current treatment recommendations for topical burn therapy. *Drugs* 1990;40:364-73.
7. Hermans MHE. A survey: silver is still the gold standard in burn care. *J Wound Technol* 2008;2:56-7.

8. White R, Cooper R. Silver sulphadiazine: a review of the evidence. *Wounds UK* 2005;1:51–61.
9. Kiker RG, Carvajal HF, Micak RP, Larson DL. A controlled study of the effects of silver sulfadiazine on white blood cell counts in burned children. *J Trauma* 1977;17:835–6.
10. Jarrett F, Ellerbe S, Demling R. Acute leukopenia during topical burn therapy with silver sulfadiazine. *Am J Surg* 1978; 135:818–9.
11. Caffee F, Bingham H. Leukopenia and silver sulfadiazine. *J Trauma* 1982;22:586–7.
12. Agarwal S, Gawkrödger DJ. Occupational allergic contact dermatitis to silver and colophonium. *Am J Contact Derm* 2002;13:74.
13. Wang X, Wang NZ, Zhang OZ, Zapata-Sirvent RL, Davies JW. Tissue deposition of silver following topical use of silver sulphadiazine in extensive burns. *Burns Incl Therm Inj* 1985; 11:197–201.
14. Drugs.com 2010; available from <http://www.drugs.com/pro/silvadene.html>; Internet; accessed October 18, 2010.
15. Thomas S. Silver dressings. In: *Surgical dressings and wound management*. Cardiff, United Kingdom: Medetec; 2010.
16. Chadwick P, Taherinejad F, Hamberg K, Waring M. Clinical and scientific data on a silver-containing soft silicone foam dressing: an overview. *J Wound Care* 2009;18:483–4, 486–90.
17. Lund CC, Browder NC. Estimate of area of burns. *Surg Gynecol Obstet* 1944;79:352–8.
18. Choiniere M, Auger FA, Latarjet J. Visual analogue thermometer: a valid and useful instrument for measuring pain in burned patients. *Burns* 1994;20:229–35.
19. Keck JF, Gerkensmeyer JE, Joyce BA, Schade JG. Reliability and validity of the Faces and Word Descriptor Scales to measure procedural pain. *J Paediatr Nurs* 1996;11:368–74.
20. Uppal SK, Ram S, Kwatra B, Garg S, Gupta R. Comparative evaluation of surface swab and quantitative full thickness wound biopsy culture in burn patients. *Burns* 2007;33: 460–3.
21. Salehifar E, Khorasani G, Ala SA. Time-related concordance between swab and biopsy samples in the microbiological assessment of burn wounds. *Wounds* 2009;21; available from <http://www.medscape.com/viewarticle/703270>; Internet; accessed October 18, 2010.
22. Caruso DM, Foster KN, Blome-Eberwein SA, et al. Randomized clinical study of hydrofiber dressing with silver or silver sulfadiazine in the management of partial-thickness burns. *J Burn Care Res* 2006;27:298–309.
23. Briggs A, Gray A. Power and sample size calculations for stochastic cost effectiveness analysis. *Med Decis Making* 1998;18:S81–92.
24. Thomson PDR. Red book: pharmacy's fundamental reference, 113th ed. Physicians Desk Reference Thomson Healthcare/ Thomson PDR; 2009. Available at <http://www.pdr.net>.
25. Paddock HN, Fabia R, Giles S, Hayes J, Lowell W, Besner GE. A silver impregnated antimicrobial dressing reduces hospital length of stay for pediatric patients with burns. *J Burn Care Res* 2007;28:409–11.
26. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962;193:293–4.
27. Meuleneire F. An observational study of the use of a soft silicone silver dressing on a variety of wound types. *J Wound Care* 2008;17:535–9.