

úlceras de perna usando terapia de feridas por pressão negativa mecanicamente versus eletricamente. *Adv Tratamento de Feridas* 2015; 4: 2, 75-82.

169Lee, KN, Ben-Nakhi, M., Park, EJ, Hong, JP Terapia de feridas por pressão negativa cíclica: um modo alternativo ao sistema intermitente. *Int Ferida J* 2013; 2:6, 686-92.

170R MMI, editor. Terapia de feridas por pressão negativa variável, intermitente e contínua usando espuma ou gaze: os efeitos biológicos no leito da ferida, incluindo fluxo sanguíneo, micro e macro deformação, quantidade de tecido de granulação, características do leito da ferida. Simpósio sobre Tratamento Avançado de Feridas e Reunião da Wound Healing Society; 2010 17-20 de abril; Orlando Flórida.

171Borgquist, O., Ingemansson, R., Malmjö, M. O efeito da terapia de feridas por pressão negativa intermitente e variável no fluxo sanguíneo microvascular da borda da ferida. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2010; 56: 3, 60-67.

172Fujiwara, T., Nishimoto, S., Ishise, H. et al. Influência da pressão negativa contínua ou intermitente na potência de proliferação bacteriana in vitro. *J Plast Surg Hand Surg* 2013; 47: 3, 180-184.

173Ahearn, C. NPWT intermitente e pressões negativas inferiores explorando a disparidade entre a ciência e a prática atual: uma revisão. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2009; 55: 6, 22-28.

174Chariker, ME, Gerstle, TL, Morrison, CS Uma abordagem algorítmica para o uso de terapia de feridas por pressão negativa baseada em gaze como uma ponte para o fechamento em trauma pediátrico de extremidades. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123: 5, 1510-1520.

175Campbell, PE, Smith, GS, Smith, JM Avaliação clínica retrospectiva da terapia de feridas por pressão negativa baseada em gaze. *Int Ferida J* 2008; 5: 2, 280-286.

176Fracalvieri, M., Scalise, A., Ruka, E. et al. Tratamento de feridas por pressão negativa com gaze e espuma: análise morfológica histológica, imunohistoquímica e ultrassonográfica de tecidos de granulação e cicatrizes. *Eur J Plast Surg* 2014; 37:8, 411-416.

177Fracalvieri, M., Zingarelli, E., Ruka, E. et al. Tratamento de feridas por pressão negativa com gaze e espuma: análise morfológica histológica, imunohistoquímica e ultrassonográfica do tecido de granulação e tecido cicatricial. Relatório preliminar de um estudo clínico. *Int Ferida J* 2011; 8: 4, 355-364.

178Malmjö, M., Ingemansson, R., Martin, R., Huddleston, E. Terapia de feridas por pressão negativa usando gaze ou espuma de poliuretano de células abertas: Efeitos iniciais semelhantes na transdução de pressão e contração tecidual em um modelo experimental de ferida porcina. 2009; 17: 2, 200-205.

179Malmjö, M., Lindstedt, S., Ingemansson, R. Influência na transdução de pressão ao usar diferentes técnicas de drenagem e preenchimentos de feridas (espuma e gaze) para terapia de feridas por pressão negativa. *Ferida Int J* 2010; 7: 5, 706-712.

180Malmjö, M., Ingemansson, R., Lindstedt, S., Gustafsson, L. Comparação de bactérias e malha de ligação de fungos, espuma e gaze como enchimentos na terapia de feridas por pressão negativa - transdução de pressão, contração da borda da ferida, fluxo sanguíneo microvascular e retenção de fluidos. *Int Ferida J* 2013; 10: 5, 597-605.

181Malmjö, M., Lindstedt, S., Ingemansson, R. Efeitos da espuma ou gaze na contração da ferida do esterno, distensão e danos cardíacos e pulmonares durante a terapia de ferida de pressão negativa de feridas de esternotomia porcina. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2011; 12:3, 349-354.

182Jeffery, SL. Terapias avançadas de feridas no tratamento de lesões graves

trauma de membro inferior militar: uma nova perspectiva. *Eplasty* 2009; 9: e28.

183Borgquist, O., Ingemansson, R., Malmjö, M. A influência dos níveis de pressão baixa e alta durante a terapia de feridas com pressão negativa na contração da ferida e na evacuação de fluidos. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127: 2, 551-559.

184Malmjö, M., Ingemansson, R. Efeitos biológicos semelhantes da espuma de poliuretano verde e preta na terapia de feridas por pressão negativa. 20ª Conferência da European Wound Management Association; Genebra, Suíça, 2010.

185Anesäter, E., Borgquist, O., Hedström, E. et al. A influência de diferentes tamanhos e tipos de enchimentos de feridas na contração da ferida e na pressão do tecido durante a terapia de feridas com pressão negativa. *Int Ferida J* 2011; 8: 4, 336-342.

186Lambert, KV, Hayes, P., McCarthy, M. Fechamento assistido por vácuo: uma revisão do desenvolvimento e das aplicações atuais. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 29:3, 219-226.

187Fracalvieri, M., Ruka, E., Bocchiotti, MA et al. Feedback da dor do paciente usando terapia de feridas por pressão negativa com espuma e gaze. *Int Ferida J* 2011; 8: 5, 492-499.

188Malmjö, M., Gustafsson, L., Lindstedt, S., Ingemansson, R. Trauma e dor teciduais associados à terapia de feridas por pressão negativa: um estudo in vivo controlado comparando a remoção de curativo de espuma e gaze por imunohistoquímica para substância P e gene da calcitonina peptídeo relacionado na borda da ferida. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2011; 57: 12, 30-35.

189Jeffery, SL. O uso de uma camada antimicrobiana de contato primário com a ferida como forro e preenchimento com NPWT. *J Tratamento de Feridas* 2014; 23: 8 (Suplemento), S3-S14.

190Blakely, M., Weir, D. O uso inovador do silicone macio Safetac em conjunto com a terapia de feridas por pressão negativa: três estudos de caso. Simpósio sobre Tratamento Avançado de Feridas; Tampa, FL. 2007.

191Dunbar, A., Bowers, DM, Holderness, H., Jr. Curativo com rede de silicone como adjuvante na terapia de ferida por pressão negativa. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2005; 51: 11A (Suplemento), 21-2.

192Krasner, DL Gerenciando a dor da ferida em pacientes com dispositivos de fechamento assistidos a vácuo. *Gerenciamento de feridas de ostomia* 2002; 48: 5, 38-43.

193Terrazas, SG Curativo adjuvante para tratamento de feridas por pressão negativa em queimaduras. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2006; 52: 1, 16-18.

194Malmjö, M., Borgquist, O. Configurações de NPWT e escolhas de curativos facilitadas. *Wounds International* 2010; 1: 3, 1-6.

195Potter, MJ, Banwell, P., Baldwin, C. et al. Otimização in vitro de regimes tópicos de pressão negativa para angiogênese em substitutos dérmicos sintéticos. *Queimaduras* 2008; 34: 2, 164-174.

196Pollard, RL, Kennedy, PJ, Maitz, PKO uso de derme artificial (Integra) e pressão negativa tópica para obter o salvamento do membro após a perda de tecidos moles causada por septicemia meningocócica. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61:3, 319-322. M

197Goutos, I, Ghosh, SJ Terapia de feridas com pressão negativa baseada em gaze como adjuvante ao recapeamento do modelo dérmico de colágeno-elastina. *J Tratamento de Feridas* 2011; 20: 2, 55-60.

198Kahn, SA, Beers, RJ, Lentz, CW Uso de substituição dérmica acelular na reconstrução de feridas de membros inferiores que não cicatrizam. *J Burn Care Res* 2011; 32: 1, 124-128. 7

199de Runz, A., Zuily, S., Gosset, J. et al. Síndrome antifosfolípide catastrófica particular, no único sítio cirúrgico após redução mamária.

J Plast Reconstr Aesthet Surg 2013; 66: 11, e321–e324.

200Greenwood, JE, Mackie, IP Liberação de contratura do pescoço com matriz dérmica de colágeno/elastina matriderm. *Eplastia* 2011; 11: e16.

201Fracalvieri, M., Pristerà, G., Zingarelli, E. et al. Tratamento da osteomielite crônica do calcanhar em pacientes vasculopáticos. O uso combinado de Integra®, enxerto de pele e terapia de feridas por pressão negativa pode ser considerado uma abordagem terapêutica válida após calcanectomia tangencial parcial? *Int Wound J* 2012;9: 2, 214–220.

202Abbas Khan, MA, Chipp, E., Hardwicke, J. et al. O uso do Dermal Regeneration Template (Integra®) para reconstrução de um grande couro cabeludo de espessura total e defeito calvário com dura exposta. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: 12, 2168–2171.

203Atlan, M., Naouri, M., Lorette, G. et al [Tratamento original de calosidades dolorosas constitucionais por excisão cirúrgica, matriz de colágeno/elastina (MatriDerm®) e enxerto de pele de espessura dividida garantido por terapia de ferida negativa]. [Artigo em francês] *Ann Chir Plast Esthet* 2011; 56: 2, 163–169.

204Verbelen, J., Hoeksema, H., Pirayesh, A. Osso tibial exposto após queimaduras: Reconstrução com retalho versus substituto dérmico. *Queimaduras* 2016; 42: 2, e31–e37.

205González Alaña, I., Torroero López, JV, Martín Playá, P., Gabilondo Zubizarreta, FJ Uso combinado de terapia de ferida por pressão negativa e Integra® para tratar defeitos complexos em extremidades inferiores após queimaduras. *Desastres de Incêndio de Ann Burns* 2013; 26: 2, 90-93.

206Abu-Omar, Y., Naik, MJ, Catarino, PA, Ratnunga, C. Ruptura do ventrículo direito durante o uso de drenagem de sucção de alta pressão no tratamento da mediastinite pós-esternotomia. *Ann Thorac Surg*. 2003; 76: 3, 974. [resposta do autor 975]

207Sartipy, U., Lockowandt, U., Gäbel, J. et al. Ruptura cardíaca durante a terapia de fechamento assistida a vácuo. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 3, 1110–1111.

208Yellin, A., Refaely, Y., Paley, M., Simansky, D. Sangramento grave complicando infecção esternal profunda após cirurgia cardíaca. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 125: 3, 554-558.

209Sjögren, J., Gustafsson, R., Nilsson, J. et al. Terapia de feridas com pressão negativa após cirurgia cardíaca: complicações hemorrágicas e mortalidade em 30 dias em 176 pacientes com infecção profunda da ferida esternal. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2011; 12: 2, 117–120.

210Petzina, R., Malmjö, M., Stamm, C., Hetzer, R. Principais complicações durante a terapia de feridas por pressão negativa na mediastinite pós-esternotomia após cirurgia cardíaca. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 140: 5, 1133–1136.

211Khoynezhad, A., Abbas, G., Palazzo, RS, Graver, LM Disrupção espontânea do ventrículo direito após tratamento de infecção do esterno. *J Card Surg* 2004; 19: 1, 74–78.

212Grauhan, O., Navarsadyan, A., Hussmann, J., Hetzer, R. Erosão infecciosa da aorta ascendente durante a terapia assistida por vácuo da mediastinite. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010; 11:4, 493–494.

213Ennker, IC, Malkoc, A., Pietrowski, D. et al. O conceito de terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) após mediastinite pós-esternotomia - experiência de um único centro com 54 pacientes. *J Cardiothorac Surg* 2009; 4: 1, 5.

214Carnero-Alcázar, M., Silva Guisasaola, JA, Rodríguez Hernández, JE eComentário: Sangramento do ventrículo direito secundário à terapia a vácuo? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010; 10: 3, 472.

215Caianello, G., Petraio, A., Ursomando, F. et al. Erosão aórtica durante terapia de pressão negativa em um receptor de transplante cardíaco pediátrico. *Ana*

Cirurgia Torácica 2011; 92: 5, 1879–1880.

216Bapat,V., El-Muttardi, N., Young, C. et al. Experiência com o fechamento assistido por vácuo de infecções da ferida esternal após cirurgia cardíaca e avaliação de complicações crônicas associadas ao seu uso. *J Card Surg* 2008; 23: 3, 227–233.

217Sumpio, BE, Allie, DE, Horvath, KA et al. Papel da terapia de feridas por pressão negativa no tratamento de infecções de enxertos vasculares periféricos. *Vascular* 2008; 16:4, 194–200.

218Cheng, HT, Hsu, YC, Wu, CI. Eficácia e segurança da terapia de ferida por pressão negativa para infecção de enxerto vascular periférico grau III de Szilagyi: Tabela 1. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014; 19: 6, 1048–1052.

219Ren, H., Li, Y. Complicações graves após terapia de feridas por pressão negativa em feridas queimadas: relato de dois casos. *Terapêutica e Gerenciamento de Riscos Clínicos* 2014; 10: 513–516.

220Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA). ATUALIZAÇÃO sobre complicações graves associadas a sistemas de terapia de feridas por pressão negativa: Comunicação de segurança da FDA 2011 <https://tinyurl.com/jxjvtun> (acessado em 1º de março de 2017).

221Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA). Complicações graves associadas a sistemas de tratamento de feridas por pressão negativa 2009 (<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm190658.htm>)

222Petzina, R., Hoffmann, J., Navasardyan, A. et al. A terapia de feridas por pressão negativa para mediastinite pós-esternotomia reduz a taxa de mortalidade e a taxa de reinfeção do esterno em comparação com o tratamento convencional. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010; 38: 1, 110–113.

223Sjögren, J., Malmjö, M., Gustafsson, R., Ingemansson, R. Mediastinite pós-esternotomia: uma revisão dos tratamentos cirúrgicos convencionais, terapia de fechamento assistida a vácuo e apresentação do algoritmo de mediastinite do Lund University Hospital. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30: 6, 898–905.

224Malmjö, M., Ingemansson, R., Sjögren, J. Mecanismos que regem os efeitos do fechamento assistido a vácuo em cirurgia cardíaca. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 5, 1266–1275.

225Hersh, RE, Jack, JM, Dahman, MI et al. O dispositivo de fechamento assistido a vácuo como uma ponte para o fechamento da ferida esternal. *Ann Plast Surg* 2001; 46: 3, 250–254.

226Gustafsson, R, Sjögren, J., Ingemansson, R. Infecção da ferida esternal profunda: uma técnica de preservação do esterno com terapia de fechamento assistida a vácuo. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 6, 2048–2053.

227Malmjö, M., Petzina, R., Ugander, M. et al. Prevenção de lesões cardíacas durante a terapia de feridas por pressão negativa em cirurgia cardíaca: Avaliação usando ressonância magnética em tempo real. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 138: 3, 712–717.

228Lindstedt, S., Ingemansson, R., Malmjö, M. Uma barreira rígida entre o coração e o esterno protege o coração e os pulmões contra ruptura durante a terapia de feridas por pressão negativa. *J Cardiothorac Surg* 2011; 6: 1, 90.

229Ingemansson, R., Malmjö, M., Lindstedt, S. Um dispositivo de proteção para terapia de pressão negativa em pacientes com mediastinite. *Ann Thorac Surg* 2013; 95: 1, 362–364.

230Ingemansson, R., Malmjö, M., Lindstedt, S. O dispositivo HeartShield reduz o risco de dano ventricular direito em pacientes com infecção profunda da ferida esternal. *Inovações (Phila)*. 2014; 9: 2, 137–141.

231Ingemansson, R., Malmjö, M., Lindstedt, S. A duração do negativo

A terapia de feridas por pressão pode ser reduzida usando o dispositivo HeartShield em pacientes com infecção profunda da ferida esternal. *Eplastia* 2014; 14: e16.

232Lindstedt, S., Hansson, J., Hlebowicz, J. O efeito da terapia de pressão negativa da ferida na hemodinâmica em um modelo de ferida de laparostomia. *Int Ferida J* 2013; 10: 3, 285-290.

233Anesäter, E., Roupé, M., Robertsson, P. et al. A influência na contração da ferida e na evacuação de fluidos de um disco rígido inserido para proteger os órgãos expostos durante a terapia de feridas por pressão negativa. *Int Ferida J* 2011; 8: 4, 393-399.

234Anesäter, E., Borgquist, O., Torbrand, C. et al. Um disco rígido para proteção de vasos sanguíneos expostos durante a terapia de feridas por pressão negativa. *Surg Innov* 2013; 20: 1, 74-80.

235Anesäter, E., Borgquist, O., Torbrand, C. et al. O uso de um disco rígido para proteger estruturas expostas em feridas tratadas com terapia de pressão negativa: efeitos na pressão do leito da ferida e no fluxo sanguíneo microvascular. *Reparo de feridas Regen* 2012; 20: 4, 611-616.

236Upton, D., Andrews, A. Dor e trauma na terapia de feridas por pressão negativa: uma revisão. *Int Wound J* 2015; 12: 1, 100-105.

237Apostoli, A., Caula, C. [Dor e atividades funcionais básicas em um grupo de pacientes com feridas cutâneas sob terapia VAC em ambiente hospitalar]. [Artigo em italiano] *Prof Inferm* 2008; 61: 3, 158-164.

238Morykwas, M. Terapia de pressão subatmosférica: evidências de pesquisa. 1ª Reunião Internacional de Terapia Tópica por Pressão Negativa ETRS Londres: ETRS; 2003. p 39-44.

239Fraccalvieri, M., Fierro, MT, Salomone, M. et al. Terapia de ferida por pressão negativa baseada em gaze: um método válido para tratar o pioderma gangrenoso. *Int Ferida J* 2014; 11:2, 164-168.

240Rafter, L. Uso de um curativo de filme macio à base de silicone na terapia de feridas por pressão negativa. *Wounds UK* 2013; 9: 4, 107-113.

241Franczyk, M., Lohman, RF, Agarwal, JP et al. O impacto da lidocaína tópica na avaliação do nível de dor durante e após trocas de curativo de fechamento assistido a vácuo: um estudo duplo-cego, prospectivo e randomizado. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124: 3, 854-861.

242Agrawal, V., Wilson, K., Reyna, R., Emran, MA Viabilidade de 4% de lidocaína tópica para o controle da dor durante a terapia de feridas por pressão negativa Mudanças de curativo em pacientes pediátricos. *J Wound Ostomy Continence Enfermeiras* 2015; 42: 6, 640-642.

243Woo, KY A lidocaína tópica a 0,2% reduz a dor durante e imediatamente após as trocas de curativo de fechamento assistido a vácuo, mas os efeitos podem ser de curta duração. *Enfermeiros Baseados em Evid* 2010; 13: 1, 16-17.

244Fleischmann, W., Strecker, W., Bombelli, M., Kinzl, L. [Selagem a vácuo como tratamento de dano de tecidos moles em fraturas expostas]. [Artigo em alemão] *Unfallchirurg* 1993; 96: 9, 488-492.

245Fleischmann, W., Becker, U., Bischoff, M., Hoekstra, H. Indicação e técnica operatória em selagem a vácuo. *J Bone Joint Surg Br* 1994; 98: 76-78.

246Gage, MJ, Yoon, RS, Egol, KA, Liporace, FA Usos da terapia de feridas por pressão negativa em trauma ortopédico. *Orthop Clin North Am* 2015; 46: 2, 227-234.

247Ali, M. [Terapia de pressão negativa em traumatologia]. [Artigo em francês] *Soins* 2014; 782: 35-36.

248Wei, D., Wang, Y., Yuan, J. et al. [Operação em um estágio para fraturas de pelve e acetábulo combinadas com lesão de Morel-Lavallée por

fixação associada à drenagem com selagem a vácuo]. [Artigo em chinês] *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 2014; 28: 1, 38-42.

249Zagrocki, L., Ross, A., Hicks, A. Manejo de lesões desenluvantes da extremidade inferior: relato de caso de lesão por empilhadeira. *Pé Tornozele Spec* 2013; 6: 2, 150-153.

250Kakagia, D., Karadimas, EJ, Drosos, G. et al. Fechamento da ferida da fasciotomia da perna: comparação do fechamento assistido a vácuo versus técnica de cadarço. Um estudo randomizado. *Lesão* 2014; 45: 5, 890-893. M

251Stannard, JP, Volgas, DA, Stewart, R. et al. Terapia de feridas por pressão negativa após fraturas expostas graves: um estudo prospectivo randomizado. *J Orthop Trauma* 2009; 23:8, 552-557.

252Kim, YH, Hwang, KT, Kim, JT, Kim, SW Qual é o intervalo ideal entre as trocas de curativo durante a terapia de ferida por pressão negativa para fraturas traumáticas expostas? *J Tratamento de Feridas* 2015; 24: 11, 536-542.

253Milcheski, DA, Ferreira, MC, Nakamoto, HA et al. Terapia por pressão subatmosférica no tratamento de lesões traumáticas de partes moles. *Rev Col Bras Cir* 2013; 40: 5, 392-396.

254Raju, A., Ooi, A., Ong, Y., Tan, B. Lesão traumática dos membros inferiores e reconstrução microcirúrgica com retalho livre com o uso de terapia de ferida por pressão negativa: o tempo é crucial? *J Reconstr Microsurg* 2014; 30: 06, 427-430.

255Dong, F., Zhu, J., Li, Y., Lu, C. [Terapia sequencial de drenagem de vedação a vácuo e transplante de retalho pediculado para crianças com lesão no calcânhar de raio de motocicleta]. [Artigo em chinês] *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 2015; 29:4, 462-466.

256Wilkin, G., Khogali, S., Garbedian, S. et al. A terapia de feridas com pressão negativa após a fasciotomia reduz a regeneração das fibras musculares em um modelo suíno. *J Bone Joint Surg Am* 2014; 96: 16, 1378-1385.

257Milcheski, DA, Zampieri, FM, Nakamoto, HA et al. Terapia de feridas por pressão negativa no trauma complexo do períneo. *Rev Col Bras Cir* 2013; 40: 4, 312-317.

258Beckett, A., Tien, H. O que há de novo na cirurgia operatória do trauma nos últimos 10 anos. *Curr Opin Crit Care* 2013; 19: 6, 599-604.

259Anagnostakos, K., Schmitt, C. As infecções periprotéticas da articulação do quadril podem ser tratadas com sucesso por desbridamento e retenção da prótese? *Mundial J Orthop* 2014; 5: 3, 218-224.

260Lehner, B., Bernd, L. [terapia de instilação de VAC em infecção periprotética de artroplastia de quadril e joelho]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131 Supl 1: S160-S164.

261Rispoli, DM, Horne, BR, Kryzak, TJ, Richardson, MW Descrição de uma técnica para drenos profundos assistidos a vácuo no tratamento de defeitos cavitários e infecções profundas em traumas militares e civis devastadores. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2010; 68: 5, 1247-1252.

262Schlatterer, DR, Hirschfeld, AG, Webb, LX Terapia de feridas por pressão negativa em fraturas da tíbia grau IIIB: menos infecções e menos procedimentos de retalho? *Clin Orthop Relat Res* 2015; 473: 5, 1802-1811.

263Daglar, B., Ozkaya, U., Sökücü, S. et al. Uso de fechamento assistido a vácuo no tratamento tópico de infecções de sítio cirúrgico. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009; 43: 4, 336-342.

264Lüdemann M, Haid S, Wülker N, Rudert M. [Resultados da terapia de vedação a vácuo em infecções articulares]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2006 Nov-Dec; 144(6):602-608 Medline.

265Petersen, K., Waterman, P. Profilaxia e tratamento de infecções

- associada a lesão traumática penetrante. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2011; 9: 1, 81–96.
- 266**Murray, CK, Obremsky, WT, Hsu, JR et al. Paineis de Diretrizes de Prevenção de Infecções Relacionadas ao Combate. Prevenção de infecções associadas a lesões de extremidades relacionadas ao combate. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2011; 71: 2 Supl 2, S235–S257.
- 267**Murray, CK, Hsu, JR, Solomkin, JS et al. Prevenção e manejo de infecções associadas a lesões de extremidades relacionadas ao combate. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2008; 64: 3 Suplemento, S239–S251.
- 268**Hospenthal, DR, Murray, CK, Andersen, RC et al. Diretrizes para a prevenção de infecções associadas a lesões relacionadas ao combate: atualização de 2011: endossado pela Infectious Diseases Society of America e pela Surgical Infection Society. *J Trauma* 2011; 71: 2 Supl 2, S210–S234.
- 269**Hospenthal, DR, Murray, CK, Andersen, RC et al. Resumo executivo: diretrizes para a prevenção de infecções associadas a lesões relacionadas ao combate: atualização de 2011: endossado pela Infectious Diseases Society of America e pela Surgical Infection Society. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2011; 71: 2 Supl 2, S202–S209.
- 270**Lessing, MC, James, RB, Ingram, SC Comparação dos efeitos de diferentes modos de terapia de feridas por pressão negativa - contínua, não contínua e com instilação - em feridas excisionais suínas. *Eplasty* 2013; 13: e51.
- 271**Horch, RE, Dragu, A., Lang, W. e outros Cobertura de ossos e articulações expostas em pacientes gravemente enfermos: salvamento de membros inferiores com terapia tópica de pressão negativa. *J Cutan Med Surg* 2008; 12:5, 223–229.
- 272**Vaseenon, T., Somsuk, W. Terapia de pressão negativa para feridas traumáticas de pé e tornozelo: relato de dois casos e revisão da literatura. *J Med Assoc Thai* 2015; 98: 1, 111–116.
- 273**Morykwas, MJ, David, LR, Schneider, AM et al. Uso de pressão subatmosférica para prevenir a progressão de queimaduras de espessura parcial em um modelo suíno. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20: 1 Pd 1,15-21.
- 274**Cozart, RF, Atchison, JR, Lett, ED et al. O uso de pressão subatmosférica controlada para promover a cicatrização de feridas em preparação para enxerto de pele de espessura parcial em uma queimadura de quarto grau. *Tenn Med* 1999; 92: 10, 382–384.
- 275**Chen, J., Zhou, JJ, Su, GL et al. [Avaliação do efeito curativo clínico da aplicação de terapia de drenagem com selagem a vácuo no tratamento de queimaduras profundas de espessura parcial no estágio inicial]. [Artigo em chinês] *Zhonghua Shao Shang Za Zhi* 2010; 2: 3, 170–174.
- 276**Haslik, W., Kamolz, LP, Andel, H. et al. [O uso de pressão subatmosférica para prevenir a progressão da queimadura: primeiras experiências no tratamento de queimaduras]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004; 129 Supl 1: S62–S63.
- 277**Liu, Y., Zhou, Q., Wang, Y. e outros A terapia de feridas com pressão negativa diminui a mortalidade em um modelo murino de sepse por queimadura envolvendo infecção por *Pseudomonas aeruginosa*. *PLoS ONE* 2014; 9: 2, e90494.
- 278**Dowsett, C., Davis, L., Henderson, V., Searle, R. Os benefícios econômicos da terapia de feridas por pressão negativa no tratamento de feridas baseado na comunidade no NHS. *Ferida Int J* 2012; 9: 5, 544–552.
- 279**Banwell, terapia de feridas por pressão negativa PET: avanços no manejo de feridas por queimaduras. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: 11A Supl, 9S–14S.
- 280**Hop, MJ, Bloemen, MC, van Baar, ME et al. Estudo de custo de substitutos dérmicos e pressão negativa tópica no tratamento cirúrgico de queimaduras. *Queimaduras* 2014; 40: 3, 388–396.
- 281**Waltzman, JT, Bell, dispositivo de fechamento assistido por DEVacuum como reforço de enxerto de pele de espessura dividida na população de queimados. *J Burn Care Res* 2014; 35: 5, e338–e342.
- 282**Leffler, M., Horch, RE, Dragu, A., Bach, ADO uso da derme artificial (Integra®) em combinação com o fechamento assistido a vácuo para reconstrução de extensa cicatriz de queimadura - Relato de caso. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: 1, e32–e35.
- 283**Kamolz, LP, Lumenta, DB, Parvizi, D. et al. Fixação de enxerto de pele em queimaduras graves: uso de pressão negativa tópica. *Desastres de Incêndio de Ann Burns* 2014; 27: 3, 141–145.
- 284**Petkar, KS, Dhanraj, P., Kingsly, PM et al. Um estudo prospectivo randomizado controlado comparando curativos com pressão negativa e métodos de curativos convencionais em enxertos de pele de espessura dividida em pacientes queimados. *Queimaduras* 2011; 37: 6, 925–929.
- 285**Bloemen, MC, van der Wal, MB, Verhaegen, PD et al. Eficácia clínica da substituição dérmica em queimaduras por pressão negativa tópica: um estudo controlado randomizado multicêntrico. *Reparo de feridas Regen* 2012; 20: 6, 797–805.
- 286**Hoeller, M., Schintler, MV, Pfurtscheller, K. et al. Uma análise retrospectiva da fixação de enxertos autólogos de pele de espessura dividida com terapia de feridas por pressão negativa em pacientes pediátricos queimados. *Queimaduras* 2014; 40: 6, 1116–1120.
- 287**Schiestl, C., Meuli, M., Trop, M., Neuhaus, K. Manejo de queimaduras. *Eur J Pediatr Surg* 2013; 23: 05, 341–348.
- 288**Acosta, S., Monsen, C., Dencker, M. Resultado clínico e fluxo sanguíneo microvascular em feridas infectadas perivasculares tratadas com VAC® e Sorbalgon® na virilha após cirurgia vascular - uma análise provisória inicial. *Int Ferida J* 2013; 10: 4, 377–382.
- 289**Danks, RR, Laird, K. Inovações no cuidado de uma grande queimadura na zona de guerra do Iraque. *J Burn Care Res* 2010; 31, 4, 665–669.
- 290**Chong, SJ, Liang, WH, Tan, BK Uso de vários dispositivos VAC no tratamento de queimaduras extensas: O conceito de envolvimento total do corpo. *Queimaduras* 2010; 36: 7, e127–e129.
- 291**Hardin, MO, Mace, JE, Ritchie, JD et al. Uma experiência no manejo do abdome aberto em pacientes com queimaduras graves. *J Burn Care Res* 2012; 33:4, 491–496.
- 292**Gümüs N. Curativo de pressão negativa combinado com uma abordagem tradicional para o tratamento de queimaduras no crânio. *Niger J Clin Pract* 2012; 15:4, 494–497.
- 293**Horch, RE [Mudando paradigmas em cirurgia reconstrutiva por terapia a vácuo?]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131 Supl 1: S44–S49.
- 294**Janis, JE, Kwon, RK, Attinger, CEA nova escada reconstrutiva: modificações no modelo tradicional. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127: Supl 1, 205S–212S.
- 295**Polykandriotis, E., Schmidt, VJ, Kneser, U. et al. [Biorreatores em medicina regenerativa de um dispositivo técnico para uma alternativa reconstrutiva?]. [Artigo em alemão] *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2012; 44: 4, 198–203.
- 296**Benech, A., Arcuri, F., Poglió, G. et al. Terapia de fechamento assistida por vácuo em cirurgia reconstrutiva. *Acta Otorinolaryngol Ital* 2012; 32:3, 192–197.
- 297**Fleming, ME, ODaniel, A., Bharmal, H., Valerio, I. Aplicação da escada reconstrutiva ortoplastica para preservar o comprimento da amputação da extremidade inferior. *Ann Plast Surg* 2014; 73: 2, 183–189.

- 298**Kakagia, D., Karadimas, E., Drosos, G. et al. O fechamento assistido por vácuo diminui as demandas reconstrutivas em pacientes de alto risco com lesões graves nos membros inferiores. *Acta Chir Plast* 2009; 51: 3-4, 59-64.
- 299**Maurya, S., Mukherjee, MK, Bhandari, PS Desafios reconstrutivos em feridas de guerra. *Jornal Indiano de Cirurgia Plástica* 2012; 45: 2, 332-339.
- 300**Kneser, U., Bach, AD, Polykandriotis, E. et al. Retalho sural reverso tardio para reconstrução estagiada do pé e da perna. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 7, 1910-1917.
- 301**Blume, PA, Key, JJ, Thakor, P. et al. Avaliação retrospectiva dos resultados clínicos em indivíduos com enxerto de pele de espessura parcial: comparando a terapia VAC® e a terapia convencional em cirurgias reconstrutivas do pé e tornozelo. *Ferida Int J* 2010; 7: 6, 480-487.
- 302**Stiefel, D., Schiestl, CM., Meuli, M. O efeito positivo da pressão negativa: fixação assistida por vácuo da pele artificial Integra para cirurgia reconstrutiva. *J Pediatr Surg* 2009; 44: 3, 575-580.
- 303**Jeschke, MG, Rose, C., Angele, P. et al. Desenvolvimento de novas técnicas reconstrutivas: utilização de Integra em combinação com cola de fibrina e terapia por pressão negativa para reconstrução de feridas agudas e crônicas. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113: 2, 525-530.
- 304**Chio, EG, Agrawal, A. Um estudo randomizado, prospectivo e controlado da cicatrização da área doadora do antebraço ao usar um curativo a vácuo. *Cirurgia da Cabeça e Pescoço Otorrinolaringol* 2010; 142: 2, 174-178.
- 305**Moisidis, E., Heath, T, Boorer, C., et al. Um ensaio clínico prospectivo, cego, randomizado e controlado do uso de pressão negativa tópica em enxerto de pele. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 4, 917-922.
- 306**Llanos, S., Danilla, S., Barraza, C. et al. Eficácia do fechamento por pressão negativa na integração de enxertos de pele de espessura dividida: um estudo randomizado, duplo-cego e controlado. *Ann Surg* 2006; 244: 5, 700-705.
- 307**Liao, Q., Xu, J., Weng, X] et al. [Eficácia da drenagem de selagem a vácuo combinada com enxerto de pele anti-capturado para fechamento primário de ferida de amputação aberta]. [Artigo em chinês] *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 2012; 26: 5, 558-562.
- 308**Wittmann, DH, Iskander, GAA síndrome compartimental da cavidade abdominal: uma revisão do estado da arte. *J Intensive Care Med* 2000; 15:4, 201-220.
- 309**Ertel, W., Oberholzer, A., Platz, A. et al. Incidência e padrão clínico da síndrome do compartimento abdominal após laparotomia de controle de dano em 311 pacientes com trauma abdominal e/ou pélvico grave. *Crit Care Med* 2000; 28: 6, 1747-1753.
- 310**Shapiro, MB, Jenkins, DH, Schwab, CW, Rotondo, MF Controle de danos: revisão coletiva. *J Trauma* 2000; 49: 5, 969-978.
- 311**Aprahamian, C., Wittmann, DH, Bergstein, JM, Quebbeman, EJ Fechamento abdominal temporário (TAC) para relaparotomia planejada (etappenlavage) no trauma. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 1990; 30: 6, 719-723.
- 312**Garcia-Sabrido, JL, Tallado, JM et al. Tratamento de sepse intra-abdominal grave e/ou focos necróticos por abordagem de abdome aberto. Técnicas de zíper e malha de zíper. *Arch Surg* 1988; 123: 2, 152-156.
- 313**Morris, JA Jr., Eddy, VA, Blinman, TA et al. A celiotomia encenada para trauma. Problemas na descompactação e reconstrução. *Ann Surg* 1993; 217: 5, 576-586.
- 314**Graham, DJ, Stevenson, JT, McHenry, CR et al. A associação de infecção intra-abdominal e deiscência da ferida abdominal. *Am Surg* 1998; 64: 7, 660-665.
- 315**Howdieshell, TR, Yeh, KA, Hawkins, ML, Cué, JI Fechamento temporário da parede abdominal em pacientes com trauma: indicações, técnica e resultados. *World J Surg* 1995; 19: 1, 154-158.
- 316**Schein, M., Saadia, R., Jamieson, JR, Decker, GA A técnica do sanduíche no manejo do abdome aberto. *Br J Surg* 1986; 73: 5, 369-370.
- 317**Bruhin, A., Ferreira, F., Chariker, M. et al. Revisão sistemática e recomendações baseadas em evidências para o uso da Terapia de Feridas por Pressão Negativa no abdome aberto. *Int J Surg* 2014; 12:10, 1105-1114.
- 318**Long, KL, Hamilton, DA, Davenport, DL et al. Uma avaliação prospectiva e controlada do sistema de fechamento da parede abdominal com âncora de reaproximação abdominal em combinação com a terapia VAC em comparação com o VAC sozinho no tratamento de um abdômen aberto. *Am Surg* 2014; 80: 6, 567-571.
- 319**Atema, JJ, Gans, SL, Boermeester, MA Revisão sistemática e metanálise do abdome aberto e técnicas de fechamento abdominal temporário em pacientes não traumatizados. *World J Surg* 2015; 39:4, 912-925.
- 320**Rausei, S., Amico, F., Frattini, F. et al. Uma revisão sobre a terapia de fechamento assistida a vácuo para manejo do abdômen aberto da peritonite séptica. *Surg Technol Int* 2014; 25: 68-72.
- 321**Rencüzogullari, A., Dalcı, K., Eray, IC et al. Comparação de alternativas cirúrgicas precoces no manejo do abdome aberto: um estudo controlado randomizado. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2015; 21: 3:168-174.
- 322**Aboutanos, SZ, Aboutanos, MB, Malhotra, AK et al. Manejo de uma paciente grávida com um abdome aberto. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2005; 59: 5, 1052-1056.
- 323**Barker, DE, Kaufman, HJ, Smith, LA et al. Técnica de embalagem a vácuo de fechamento abdominal temporário: uma experiência de 7 anos com 112 pacientes. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2000; 48: 2, 201-207.
- 324**Brock, WB, Barker, DE, Burns, RP Fechamento temporário de feridas abdominais abertas: a embalagem a vácuo. *Am Surg* 1995; 61: 1, 30-35.
- 325**Garner, GB, Ware, DN, Cocanour, CS et al. O fechamento de feridas assistido a vácuo fornece reaproximação fascial precoce em pacientes com trauma com abdome aberto. *Am J Surg* 2001; 182: 6, 630-638.
- 326**Heller, L., Levin, SL, Butler, CE Manejo da deiscência da ferida abdominal usando fechamento assistido a vácuo em pacientes com cicatrização comprometida. *Am J Surg* 2006; 191: 2, 165-172.
- 327**Hinck, D., Struve, R., Gatzka, F., Schürmann, G. [Fechamento fascial assistido por vácuo no tratamento da peritonite difusa]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131 Supl 1: S108-S110.
- 328**Kaplan, terapia de ferida de pressão negativa M. na gestão da síndrome do compartimento abdominal. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: Suplemento 11A, 20S-25S.
- 329**Kaplan, M. Síndrome do compartimento abdominal. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: 4A Supl, 20-211.
- 330**Kaplan M. Gerenciando o abdome aberto. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: 1A Supl, C2, 1-18.
- 331**Markley, MA, Mantor, PC, Letton, RW, Tuggle, DW Fechamento de feridas com embalagem a vácuo pediátrica para laparotomia de controle de danos. *J Pediatr Surg* 2002; 37:3, 512-514.
- 332**Miller, PR, Meredith, JW, Johnson, JC, Chang, MC Avaliação prospectiva do fechamento fascial assistido a vácuo após abdome aberto:

taxa de hérnia ventral planejada é substancialmente reduzida. *Ann Surg* 2004; 239: 5, 608-616.

333Miller, PR, Thompson, JT, Faler, BJ et al. Fechamento fascial tardio em vez de hérnia ventral: o próximo passo no manejo do abdome aberto. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2002; 53: 5, 843-849.

334Penn, E., Rayment, S. Manejo de uma ferida abdominal com deiscência com terapia VAC. *Irmão J Enfermos* 2004; 13: 4.194-201.

335Quah, HM, Maw, A., Young, T., Hay, DJ Fechamento assistido por vácuo no manejo do abdome aberto: relato de um caso e experiências iniciais. *J Tissue Viability* 2004; 14: 2, 59-62.

336Sauter, ERTO fechamento temporário de feridas abdominais abertas pela técnica modificada de embalagem a vácuo em sanduíche (*Br J Surg* 2003; 90: 718722). *Br J Surg* 2003; 90: 8, 1021-1022.

337Scott, BG, Feanny, MA, Hirshberg, A. Fechamento definitivo precoce do abdome aberto: uma revolução silenciosa. *Scand J Surg* 2005; 94: 1, 9-14.

338Steenvoorde, P., van Engeland, A., Bonsing, B. et al. Combinando pressão negativa tópica e uma bolsa de Bogotá para o manejo de uma laparotomia difícil. *J Tratamento de Feridas* 2004; 13: 4142-143.

339Stone, PA, Hass, SM, Flaherty, SK et al. Fechamento fascial assistido por vácuo para pacientes com trauma abdominal. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2004; 57: 5, 1082-1086.

340Stonerock, CE, Bynoe, RP, Yost, MJ, Nottingham, JM Uso de um dispositivo assistido a vácuo para facilitar o fechamento abdominal. *Am Surg* 2003; 69: 12, 1030-1034.

341Suliburk, JW, Ware, DN, Balogh, Z., McKinley, BA et al. O fechamento de feridas assistido por vácuo alcança o fechamento fascial precoce de abdômes abertos após trauma grave. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 2003; 55: 6, 1155-1160.

342Swan, MC, Banwell, PE O abdome aberto: etiologia, classificação e estratégias de tratamento atuais. *J Tratamento de Feridas* 2005; 14: 1,7-11.

343Wild, T., Stortecky, S., Stremitzer, S. et al. [O curativo abdominal é um novo padrão na terapia do abdome aberto após peritonite secundária?]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131 Supl 1: S111-S114.

344Wild, T., Stremitzer, S., Budzanowski, A. et al. Curativo abdominal - um novo método de tratamento para abdômen aberto após peritonite secundária. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004; 129 Supl 1: S20-S23.

345Stonerock, CE, Bynoe, RP, Yost, MJ, Nottingham, JM Uso de um dispositivo assistido a vácuo para facilitar o fechamento abdominal. *Am Surg* 2003; 69: 12, 1030-1034.

346Garner, GB, Ware, DN, Cocanour, CS et al. O fechamento da ferida assistida a vácuo fornece reaproximação fascial precoce em pacientes com trauma com abdome aberto. *Am J Surg* 2001; 182: 6, 630-638.

347Carlson, GL, Patrick, H., Amin, AI et al. Manejo do abdômen aberto: um estudo nacional de resultados clínicos e segurança da terapia de feridas por pressão negativa. *Ann Surg* 2013; 257: 6, 1154-1159.

348Richter, S., Dold, S., Doberauer, JP et al. Terapia de feridas por pressão negativa para o tratamento do abdome aberto e incidência de fistulas enterais: uma análise bicêntrica retrospectiva. *Gastroenterol Res Pract* 2013; 2013: 730829.

349Fieger, AJ, Schwatlo, F., Mündel, DF et al. [Terapia de vácuo abdominal para o abdômen aberto - uma análise retrospectiva de 82 pacientes consecutivos]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2011; 136: 1, 56-60.

350Hougaard, HT, Ellebaek, M., Holst, UT, Qvist, N.O abdome aberto: fechamento temporário com uma técnica de terapia de pressão negativa modificada.

Int Ferida J 2014; 11: s1 Supl 1, 13-16.

351Mutafchyski, VM, Popivanov, GI, Kjossev, KT, Chipeva, S. Abdome aberto e VAC® na peritonite difusa grave. *JR Army Med Corps* 2016; 162: 1, 30-34.

352Rasilainen, SK, Mentula, PJ, Leppäniemi, AK Vacuum e tração fascial mediada por malha para fechamento primário do abdome aberto em pacientes cirúrgicos em estado crítico. *Br J Surg* 2012; 99: 12, 1725-1732.

353Bjarnason, T., Montgomery, A., Acosta, S., Petersson, U. Avaliação do sistema de classificação do abdômen aberto: uma análise de validade e confiabilidade. *World J Surg* 2014; 38: 12, 3112-3124.

354Rasilainen, SK, Juhani, MP, Kalevi, LA Colonização microbiana do abdome aberto em pacientes cirúrgicos criticamente enfermos. *World J Emerg Surg* 2015; 10: 1, 25.

355Jannasch, O., Tautenhahn, J., Lippert, H., Meyer, F. [Fechamento abdominal temporário e consequências fisiopatológicas precoces e tardias do tratamento de um abdome aberto]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2011; 136: 6, 575-584.

356Willms, A., Güsgen, C., Schaaf, S. et al. Manejo do abdome aberto usando fechamento de feridas assistido a vácuo e tração fascial mediada por malha. *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 1, 91-99.

357Fortelny, RH, Hofmann, A., Gruber-Blum, S. et al. O fechamento tardio do abdome aberto em pacientes sépticos é facilitado pela terapia combinada de feridas por pressão negativa e sutura fascial dinâmica. *Surg Endosc* 2014; 28: 3, 735-740.

358Mukhi, A., Minor, S. Manejo do abdome aberto usando terapia combinada com os sistemas ABRA e ABThera. *Can J Surg* 2014; 57: 5, 314-319.

359Salman, A.E., Yetisir, F., Aksoy, M. et al. Uso do sistema dinâmico de fechamento de feridas em conjunto com a terapia de fechamento assistida a vácuo no fechamento tardio do abdome aberto. *Hérnia* 2014; 18: 1, 99-104.

360Yanar, H., Sivriköz, E. Manejo do abdome aberto: experiência de centro único. *Gastroenterol Res Pract* 2013; 2013: 584378.

361Szmyt, K., Łukasz, K., Bobkiewicz, A. et al. Comparação da eficácia do tratamento usando métodos padrão e terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) em pacientes tratados com a técnica de abdômen aberto. *Pol Przegl Chir* 2015; 87: 1, 22-30.

362Hutan, JM, Hutan, MS, Skultety, J. et al. O uso de VAC (fechamento assistido por vácuo) intra-abdominal reduz a mortalidade e a morbidade em pacientes com abdômen aberto. *Bratisl Lek Listy* 2013; 114: 8, 451-454.

363Gutierrez, IM, Gollin, G. Terapia de feridas por pressão negativa para crianças com abdômen aberto. *Langenbecks Arch Surg* 2012; 397: 8, 1353-1357.

364DHondt, M., DHaeninck, A., Dedrye, L. et al. O fechamento assistido a vácuo e a terapia de instilação (terapia VAC-Instill®) desempenham um papel no tratamento do abdômen aberto infectado? *Tech Coloproctol* 2011; 15: 1, 75-77.

365Lindstedt, S., Malmjö, M., Hlebowicz, J., Ingemansson, R. Estudo comparativo do fluxo sanguíneo microvascular na parede intestinal, contração da ferida e evacuação de fluido durante a terapia de feridas por pressão negativa em laparostomia usando o curativo abdominal VAC e o ABThera abdome aberto pressão negativa thera. *Ferida Int J* 2015; 12: 1, 83-88.

366Gillespie, BM, Rickard, CM, Thalib, L. et al. Uso de Curativos de Pressão Negativa para Prevenir Complicações no Local Cirúrgico Após Artroplastia Primária do Quadril. *Surg Innov* 2015; 22: 5, 488-495.

- 367**Fu, RH, Weinstein, AL, Chang, MM et al. Fatores de risco de feridas externas infectadas versus deiscência de feridas estéreis. *J Surg Res* 2016; 200: 1, 400-407.
- 368**Gatti, G., Dell'Angela, L., Barbati, G. et al. Um sistema de pontuação preditiva para infecção profunda da ferida externa após enxerto de artéria torácica interna bilateral. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016; 49: 3, 910-917.
- 369**Lemaignan, A., Birgand, G., Ghodhbane, W. e outros. Infecção da ferida externa após cirurgia cardíaca: incidência e fatores de risco de acordo com a apresentação clínica. *Clin Microbiol Infect* 2015; 21: 7, 674 e11-e18.
- 370**Guy, H., Grothier, L. Usando terapia de pressão negativa na cicatrização de feridas. *Enfermeiras Times* 2012; 108: 36, 16-20.
- 371**Henderson, V., Timmons, J., Hurd T, Deroo K, Maloney S, Sabo S. NPWT na prática diária Facilitada. *Ferida Int* 2010; 1: 5.
- 372**Howell, RD, Hadley, S., Strauss, E., Pelham, FR. Formação de bolhas com curativos de pressão negativa após artroplastia total do joelho. *Curr Orthop Pract* 2011; 22: 2, 176-179.
- 373**Sjögren, J., Gustafsson, R., Nilsson, J. et al. Resultado clínico após mediastinite pós-esternotomia: fechamento assistido a vácuo versus tratamento convencional. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 6, 2049-2055.
- 374**Sjögren, J., Nilsson, J., Gustafsson, R. et al. O impacto do fechamento assistido a vácuo na sobrevida a longo prazo após mediastinite pós-esternotomia. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 4, 1270-1275.
- 375**Doss, M., Martens, S., Wood, JP et al. Drenagem por sucção assistida por vácuo versus tratamento convencional no tratamento da osteomielite pós-esternotomia. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22: 6, 934-938.
- 376**Mokhtari, A., Sjögren, J., Nilsson, J. et al. O custo da terapia de fechamento assistida a vácuo no tratamento da infecção profunda da ferida externa. *Scand Cardiovasc J* 2008; 42: 1, 85-89.
- 377**Debrececi, T., Szerafin, T., Galajda, Z. et al. [Resultados do sistema de fechamento de feridas assistido por vácuo no tratamento de infecções de feridas de esternotomia após cirurgia cardíaca]. [Artigo em húngaro] *Magy Seb* 2008; 61 Suplemento: 29-35.
- 378**Tarzia, V., Carrozzini, M., Bortolussi, G. et al. Impacto da terapia de fechamento assistida a vácuo nos resultados da deiscência da ferida externa. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2014; 19: 1, 70-75.
- 379**Witt-Majchrzak, A., ZelazniP., Snarska, J. Resultado preliminar do tratamento de feridas pós-operatórias de esternotomia fechadas tratadas com terapia de pressão negativa. *Pol Przegl Chir* 2015; 86: 10, 456-465.
- 380**Atkins, BZ, Wooten, MK, Kistler, J. et al. A terapia de feridas por pressão negativa tem um papel na prevenção de complicações pós-esternotomia? *Surg Innov* 2009; 16: 2, 140-146.
- 381**Atkins, BZ, Tetterton, JK, Petersen, RP et al. Avaliação da fluxometria por laser Doppler da perfusão peri-esternal após cirurgia cardíaca: efeito benéfico da terapia por pressão negativa. *Int Ferida J* 2011; 8: 1, 56-62.
- 382**Colli, A., Camara, ML. Primeira experiência com um novo sistema de gerenciamento de incisões por pressão negativa em incisões cirúrgicas após cirurgia cardíaca em pacientes de alto risco. *J Cardiothorac Surg* 2011; 6: 1, 160.
- 383**Grauhan, O., Navasardyan, A., Hofmann, M. et al. Prevenção de infecções de feridas pós-esternotomia em pacientes obesos por terapia de feridas por pressão negativa. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 145: 5, 1387-1392.
- 384**Hopkins, SP, Kazmers, A. Manejo de infecções vasculares na virilha. *Ann Vasc Surg* 2000; 14: 5, 532-539.
- 385**Argenta, PA, Rahaman, J., Gretz, HF 3rd. et al. Fechamento assistido por vácuo no tratamento de falhas complexas de feridas ginecológicas. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 3, 497-501.
- 386**Craig Kent, K., Bartek, S., Kuntz, KM et al. Estudo prospectivo de complicações de feridas em incisões infrainguinais contínuas após reconstrução arterial de membro inferior: incidência, fatores de risco e custo. *Cirurgia* 1996; 119: 4, 378-383.
- 387**Meyer, T., Schweiger, H., Lang, W. Bypass extraanatómico no tratamento de infecção de enxerto vascular protético manifestando-se na virilha. *Vasa* 1999; 28: 4, 283-288.
- 388**Castier, Y., Francis, F., Cerceau, P. et al. Reconstrução de aloenxerto arterial criopreservado para infecção de enxerto periférico. *J Vasc Surg* 2005; 41: 1, 30-37.
- 389**Collier, M. Terapia de pressão negativa tópica. *Enfermeiras Times* 2003; 99: 5, 54-55.
- 390**Colwell, AS, Donaldson, MC, Belkin, M., Orgill, DP. Manejo de infecções precoces de enxertos vasculares na virilha com retalhos de sartório e reto femoral. *Ann Plast Surg* 2004; 52: 1, 49-53.
- 391**Demaria, R., Giovannini, UM, Téot, L., Chaptal, PA. Usando VAC para tratar uma infecção no local do bypass vascular. *J Tratamento de Feridas* 2001; 10: 2, 12-13.
- 392**Dosluoglu, HH, Schimpf, DK, Schultz, R., Cherr, GS. Preservação de enxertos vasculares infectados e expostos usando fechamento assistido a vácuo sem cobertura de retalho muscular. *J Vasc Surg* 2005; 42: 5, 989-992.
- 393**Giovannini, UM, Demaria, RG, Chaptal, PA, Téot, L. Pressão negativa para o manejo de um remendo de poliéster de dacron vascular exposto. *Ann Plast Surg* 2001; 47: 5, 577-578.
- 394**Heller, G., Savolainen, H., Widmer, MK, et al. Terapia a vácuo em cirurgia vascular. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004; 129 Supl 1: S66-S70.
- 395**Monsen, C., Acosta, S., Mani, K., Wann-Hansson, C. Um estudo randomizado de fechamento de NPWT versus curativos de alginato em infecções perivasculares na virilha: qualidade de vida, dor e custo. *J Tratamento de Feridas* 2015; 24: 6, 252-206.
- 396**Monsen, C., Wann-Hansson, C., Wictorsson, C., Acosta, S. Fechamento de feridas assistido por vácuo versus alginato para o tratamento de infecções profundas de feridas perivasculares na virilha após cirurgia vascular. *J Vasc Surg* 2014; 59: 1, 145-151.
- 397**Heller, G., Savolainen, H., Dick, F. et al. VAC-standards in vascular surgery. *J Cicatrização de Feridas* 2005; S1: 18-20.
- 398**Lang, W., Horch, RE. [Reconstrução da extremidade distal para salvamento de membros em úlceras de pé diabético com bypass de pedal, plastia de retalho e terapia a vácuo]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131: Supl 1, S146-S150.
- 399**Berger, P., de Bie, D., Moll, FL, de Borst, GJ. Terapia de feridas com pressão negativa em enxertos vasculares protéticos expostos na virilha. *J Vasc Surg* 2012; 56: 3, 714-720.
- 400**Mayer, D., Hasse, B., Koelliker, J. et al. Os resultados a longo prazo do enxerto vascular e do tratamento de preservação da artéria com terapia de feridas por pressão negativa em infecções de grau III de Szilagyi justificam uma mudança de paradigma. *Ann Surg* 2011; 254: 5, 754-760.
- 401**Verma, H., Ktenidis, K., George, RK., Tripathi, R. Terapia de fechamento assistida a vácuo para infecção de enxerto vascular (Szilagyi grau III) na virilha - uma experiência multicêntrica de 10 anos. *Ferida Int J* 2015; 12: 3, 317-321.
- 402**Kotsis, T., Lioupis, C. Uso de fechamento assistido a vácuo em infecção de enxerto vascular confinado à virilha. *Acta Chir Belg* 2007; 107: 1, 37-44.
- 403**Matatov, T., Reddy, KN, Doucet, LD et al. Experiência com um novo

sistema de gerenciamento de incisão de pressão negativa na prevenção de infecção de ferida na virilha em pacientes de cirurgia vascular. *J Vasc Surg* 2013; 57: 3, 791-795.

404Dosluoglu, HH, Loghmanee, C., Lall, P. et al. Manejo de infecções vasculares precoces (<30 dias) na virilha usando fechamento assistido a vácuo sozinho, sem cobertura de retalho muscular em uma série consecutiva de pacientes. *J Vasc Surg* 2010; 51: 5, 1160-1166.

405Hamed, O., Muck, PE, Smith, JM et al. Uso da terapia de fechamento assistido a vácuo (VAC) no tratamento de complicações linfáticas após procedimentos vasculares: nova abordagem para linfocelos. *J Vasc Surg*. 2008; 48: 6, 1520-1523, 3. e1-4.

406Greer, SE, Adelman, M., Kasabian, A. et al. O uso de terapia de curativo de pressão subatmosférica para fechar fístulas linfocutâneas da virilha. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 6, 484-487.

407Ito, H., Arao, M., Ishigaki, H. et al. [O uso de terapia de ferida por pressão negativa para tratar necrose de ferida e linforrêia na virilha após dissecação de linfonodos inguinais: relato de caso]. [Artigo em japonês] *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi* 2012; 103: 1, 22-26. Medline doi:10.5980/jpnjurol.103.22

408Lemaire, V., Brilmaker, J., Kerzmann, A., Jacquemin, D. Tratamento de uma fistula linfática na virilha com terapia de feridas por pressão negativa. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 36:4, 449-451.

409Rau, O., Reiher, F., Tautenhahn, J., Allhoff, EP [terapia VAC (Vacuum Assisted Closure) como opção de tratamento em complicações após linfadenectomia em pacientes com câncer de pênis]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2006; 131 Supl 1: S153-S156.

410Steenvoorde, P., Slotema, E., Adhin, S., Oskam, J. Infecção profunda após dissecação do nódulo ilioinguinal: terapia de fechamento assistida a vácuo? *Int J Low Extrem Wounds* 2004; 3:4, 223-226.

411Eginton, MT, Brown, KR, Seabrook, GR et al. Uma avaliação prospectiva randomizada de curativos de pressão negativa para feridas de pé diabético. *Ann Vasc Surg* 2003; 17: 6, 645-649.

412Callam, MJ, Harper, DR, Dale, JJ, Ruckley, CV Úlcera crônica da perna: história clínica. *BMJ* 1987; 294: 6584, 1389-1391.

413Johnson, M. A prevalência de úlceras de perna em idosos: implicações para a enfermagem comunitária. *Enfermeiras de Saúde Pública* 1995; 12:4, 269-275.

414Ashby, RL, Gabe, R., Ali, S. et al. Efetividade clínica e custo-benefício de meias de compressão versus bandagens de compressão no tratamento de úlceras venosas de perna (Venous leg Ulcer Study IV, VenUS IV): um estudo controlado randomizado. *Lancet* 2014; 383: 9920, 871-879.

415Dumville, JC, Land, L., Evans, D., Peinemann, F. Terapia de feridas por pressão negativa para o tratamento de úlceras de perna. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 7: 7, CD011354.

416Vuerstaek, JD, Vainas, T., Wuite, J. et al. Tratamento de última geração de úlceras crônicas de perna: um estudo controlado randomizado comparando o fechamento assistido a vácuo (VAC) com curativos modernos. *J Vasc Surg* 2006; 44: 5, 1029-1037.

417Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C. et al. Prevalência de úlcera por pressão na Europa: um estudo piloto. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 2, 227-235.

418Power, M., Harrison, A., Cheema K. et al. Relatório Nacional de Dados 2014-15: NHS England; 2015

419Essex, HN, Clark, M., Sims, J. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes hospitalizados com ulceração por pressão: avaliação usando medidas genéricas de qualidade de vida relacionada à saúde. *Reparação de feridas Regen* 2009; 17: 6,

797-805.

420Allman, RM Prevalência de úlcera por pressão, incidência, fatores de risco e impacto. *Clin Geriatr Med* 1997; 13:3, 421-436.

421Berlowitz, DR, Brandeis, GH, Anderson, J., Brand, HK Preditores de cicatrização de úlceras de pressão entre residentes de cuidados prolongados. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1, 30-34.

422Donini, LM, De Felice, MR, Tagliacchia, A. et al. Estado nutricional e evolução das úlceras de pressão em pacientes geriátricos. *J Nutr Saúde Envelhecimento* 2005; 9: 6, 446-454.

423Gefen, alterações A.Tissue em pacientes após lesão da medula espinhal e implicações para almofadas de cadeira de rodas e carga de tecido: uma revisão da literatura. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2014; 60: 2, 34-45.

424National Pressure Ulcer, Paine Consultivo, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Emily Haesler (ed). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Referência Rápida*. Cambridge Media, 2014. Perth, Austrália.

425de Laat, EH, van den Boogaard, MH, Spauwen, PH et al. Cicatrização de feridas mais rápida com terapia tópica de pressão negativa em feridas de difícil cicatrização: um estudo prospectivo randomizado controlado. *Ann Plast Surg* 2011; 67: 6, 626-631.

426Ashby, RL, Dumville, JC, Soares, MO et al. Um estudo piloto randomizado e controlado de terapia de feridas por pressão negativa para tratar úlceras por pressão de grau III/IV [ISRCTN69032034] [ISRCTN69032034]. *Trials* 2012; 13:1, 119.

427Ford, CN, Reinhard, ER, Yeh, D. et al. Análise interina de um estudo prospectivo e randomizado de fechamento assistido a vácuo versus o sistema healthpoint no tratamento de úlceras por pressão [discussão]. *Ann Plast Surg* 2002; 49: 1, 55-61.

428Niezgoda, J. Uma comparação da terapia de fechamento assistida a vácuo com o tratamento de feridas úmidas no tratamento de úlceras de pressão: resultados preliminares de um estudo multicêntrico. 2º Encontro Mundial da União das Sociedades de Cicatrização de Feridas; Paris 2004.

429Bakker, K., Apelqvist, J., Lipsky, B. et al. Documentos de orientação do IWGDF de 2015 sobre prevenção e gerenciamento de problemas nos pés em diabetes: desenvolvimento de um consenso global baseado em evidências. *Diabetes Metab Res Rev* 2016; 32: Suplemento 1, 2-6.

430Reiber, GE epidemiologia dos problemas do pé diabético. *Diabet Med* 1996; 13: Supl 1, S6-S11.

431Wrobel, JS, Mayfield, JA, Reiber, GE Variação geográfica da amputação maior dos membros inferiores em indivíduos com e sem diabetes na população do Medicare. *Diabetes Care* 2001; 24: 5, 860-864.

432Armstrong, DG, Wrobel, J., Robbins, JM Editorial convidado: as feridas e amputações relacionadas ao diabetes são piores do que o câncer? *Int Ferida J* 2007; 4:4, 286-287.

433Apelqvist, J., Bakker, K., van Houtum, WH et al. Consenso internacional e diretrizes práticas sobre o manejo e a prevenção do pé diabético. *Diabetes Metab Res Rev* 2000; 16: S1 Supl 1, S84-S92.

434Margolis, DJ, Kantor, J., Berlin, JA Cura de úlceras neuropáticas do pé diabético recebendo tratamento padrão. Uma meta-análise. *Cuidados com o Diabetes* 1999; 22: 5, 692-695.

435Dorresteyn, JA, Kriegsman, DM, Valk, GD Intervenções complexas para prevenir a ulceração do pé diabético. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1, CD007610.

- 436**Game, FL, Hinchliffe, RJ, Apelqvist, J. et al. Uma revisão sistemática de intervenções para melhorar a cicatrização de úlceras crônicas do pé em diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2012; 28: Suplemento 1, 119-141.
- 437**Kerr, M. (2012) Cuidados com os pés para pessoas com diabetes: o argumento econômico para a mudança. <https://tinyurl.com/zpa793> (acessado em 1º de março de 2017).
- 438**Armstrong, DG, Attinger, CE, Boulton, AJ et al. Diretrizes sobre terapia de ferida negativa (NPWT) no pé diabético. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: Suplemento 4B, 3S-27S.
- 439**Mody, GN, Nirmal, IA, Duraisamy, S., Perakath, B. Um estudo controlado randomizado, prospectivo e cego de fechamento de feridas por pressão negativa tópica na Índia. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2008; 54: 12, 36-46.
- 440**Karatepe, O., Eken, I., Acet, E. et al. Fechamento assistido a vácuo melhora a qualidade de vida em pacientes com pé diabético. *Acta Chir Belg* 2011; 111: 5, 298-302.
- 441**Novinscak, T., Zvorc, M., Trojko, S. et al. [Comparação de custo-benefício dos três métodos de tratamento de úlcera diabética: seco, úmido e pressão negativa]. *Acta Med Croatica* 2010; 64: Suplemento 1, 113-115.
- 442**Nordmeyer, M., Pauser, J., Biber, R. et al. Terapia de feridas por pressão negativa para prevenção de seroma e tratamento de incisão cirúrgica no tratamento de fraturas da coluna vertebral. *Ferida Int J* 2016; 13:6, 1176-1179.
- 443**Adogwa, O., Fatemi, P., Perez, E. et al. A terapia de ferida com pressão negativa reduz a incidência de infecção de ferida pós-operatória e deiscência após fusão espinhal toracolombar de segmento longo: uma única experiência institucional. *Espinha J* 2014; 14:12, 2911-2917.
- 444**Selvagem, T. [Consenso das sociedades alemã e austríaca para cicatrização de feridas e tratamento de feridas no fechamento a vácuo e na unidade de tratamento VAC]. [Artigo em alemão] *MMW Fortschr Med* 2003; 145: Supl 3, 97-101.
- 445**Wild, T, Otto F, Mojarrad L, Kellner M, Götzinger P. [Fundamentos da vacuoterapia, indicação, contra-indicação e listagem de custos]. [Artigo em alemão] *Ther Umsch* 2007; 64: 9, 495-503.
- 446**White, RA, Miki, RA, Kazmier, P., Anglen, JO Fechamento assistido por vácuo complicado por erosão e hemorragia da artéria tibial anterior. *J Orthop Trauma* 2005; 19; 1, 56-59.
- 447**Savolainen, H., Widmer, MK, Heller, G. et al. A ferida inguinal problemática em cirurgia vascular – qual é o tratamento ideal? *Int J Angiol* 2004; 13:4, 193-196.
- 448**Heller, G., Savolainen, H., Widmer, MK et al. Terapia a vácuo em cirurgia vascular. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004; 129: Supl 1, S66-S70.
- 449**Karl, T., Modic, PK, Voss, EU [Indicações e resultados dos tratamentos de terapia vaC em cirurgia vascular - estado da arte no tratamento de feridas crônicas]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004;129 Supl 1, S74-S79.
- 450**Pinocy, J., Albes, JM, Wicke, C. et al. Tratamento da infecção periprotética dos tecidos moles da virilha após procedimentos cirúrgicos vasculares por meio de um sistema de esponja de álcool polivinílico a vácuo. *Reparo de feridas Regen* 2003; 11: 2, 104-109.
- 451**Tilgen, W., Mini-VAC-therapy tots-Tuot, para fechamento de feridas secundárias. *J Wound Healing*, 2000. Tumores malignos da pele - A utilidade da terapia Mini-VAC para fechamento de feridas secundárias. *J Cicatrização de Feridas* 2000; 13: 2.
- 452**Rexer, M., Ditterich, D., Rupprecht H. [VaC-terapia em cirurgia abdominal - experiências, limites e indicações]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2004; 129: Supl 1, S27-S32.
- 453**Ford-Dunn, S. Uso da terapia de fechamento assistida a vácuo na palição de uma ferida maligna. *Palliat Med* 2006; 20: 4, 477-478.
- 454**Riot, S., de Bonnecaze, G., Garrido, I. et al. O uso de terapia de feridas por pressão negativa para uma ferida maligna é legítimo em um contexto paliativo? O conceito de NPWT ad vitam: uma série de casos. *Palliat Med* 2015; 29: 5, 470-473.
- 455**Matiasek, J., Djedovic, G., Mattesich, M. et al. O uso combinado de NPWT e instilação usando uma solução de enxágue de feridas à base de octenidina: um estudo de caso. *J Tratamento de Feridas* 2014; 23: 11, 590-596.
- 456**Stang, H. Terapia VAC rápida e eficaz em infecções da parede abdominal e gangrena de Fournier. *Eur Surg*.
- 457**Zeininger, D.VAC-terapia de pacientes após infecções por estreptococos. *J Cicatrização de Feridas* 2000; 13: 2, 48.
- 458**Brinkert, D., Ali, M., Naud, M. et al. Terapia de feridas por pressão negativa com instilação salina: série de casos de 131 pacientes. *Int Ferida J* 2013; 10: s1 Supl 1, 56-60.
- 459**Willenegger, H. Tratamento local de infecções em traumatologia. O sistema de drenagem por irrigação por sucção. Indicação, princípio de funcionamento e técnica de drenagem irrigação-sucção. *Aktuelle Probl Chir Orthop* 1979; 12: 68-70.
- 460**Tao, Q., Ren, J., Ji, Z. et al.VAWCM-Instillation melhora o fechamento fascial primário tardio do abdômen séptico aberto. *Gastroenterol Res Pract* 2014; 2014: 245182.
- 461**Dondossola, D., Cavenago, M., Piconi, S. et al. Tratamento de Feridas por Pressão Negativa de Infecções Causadas por Bactérias Gram-Negativas Extensivamente Resistentes a Drogas Após Transplante de Fígado: Relatos de Dois Casos. *Processo de Transplante* 2015; 47: 7, 2145-2149.
- 462**Morodomi, Y., Takenoyama, M., Yamaguchi, M. et al. Aplicação de irrigação por pressão negativa contínua e fixação por pressão negativa para tratar uma fistula broncopulmonar com empiema torácico. *J Am Coll Surg* 2014; 218: 5, e87-e90.
- 463**Karaca, S., Kalangos A. Fechamento assistido por vácuo (VAC)-Instill ® com irrigação contínua para o tratamento da mediastinite por *Mycoplasma hominis*. *Ferida Int J* 2015; 12: 5, 595-597.
- 464**Sziklavari, Z., Ried, M., Neu, R. et al. Terapia de fechamento miniaberta assistida a vácuo com instilação para pacientes debilitados e sépticos com empiema pleural. *Eur J Cardiothorac Surg* 2015; 48: 2, e9-e16.
- 465**Sziklavari, Z., Ried, M., Hofmann, HS [Fechamento intratorácico assistido por vácuo no tratamento de empiema pleural e abscesso pulmonar]. [Artigo em alemão] *Zentralbl Chir* 2015; 140: 3, 321-327.
- 466**Meybodi, F., Sedaghat, N., French, J. et al. Salvamento de implantes em reconstrução de mama com infecção periprotética grave. *ANZ J Surg* 2015 doi: 10.1111/ans.13379. [Epub antes da impressão].
- 467**Lehner, B., Fleischmann, W., Becker, R., Jukema, GN Primeiras experiências com terapia de feridas por pressão negativa e instilação no tratamento de implantes ortopédicos infectados: um estudo observacional clínico. *Int Orthop* 2011; 35: 9, 1415-1420.
- 468**Borrero Esteban, MP, Begines Begines, R., Rodríguez Llamas, S., Díaz Campos,T. [Gerenciando complicações em lesões traumáticas graves com terapia VAC com instilação]. [Artigo em espanhol] *Rev Enferm* 2013; 36: 11, 42-47.
- 469**Norris, R., Chapman, AW, Krikler, S., Krkovic, M. Uma nova técnica

para o tratamento de peças de metal infectadas em pacientes ortopédicos usando o fechamento da pele sobre curativos de terapia de ferida de pressão negativa irrigados. *Ann R Coll Surg Engl* 2013; 95: 2, 118–124.

470Bollero, D., Degano, K., Gangemi, EN et al. Acompanhamento a longo prazo da terapia de feridas por pressão negativa com instilação: um procedimento de salvamento de membro? *Ferida Int J* 2016; 13: 5, 768–773.

471Sharr, PJ, Buckley, RE Revisão dos conceitos atuais: fraturas expostas da tibia. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 2014; 81: 2, 95–107.

472Temiz, G., Sirinoglu, H., Güvercin, E., Yesiloglu, N. et al. Uma opção útil para obter remoção máxima de corpo estranho e melhor prognóstico em lesões por injeção de alta pressão: terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2016; 69: 4, 570–572.

473Crew, JR, Varilla, R., Allandale Rocas Ili, T. et al. Tratamento de fasciíte necrotizante aguda usando terapia de ferida de pressão negativa e irrigação de neutrofase adjuvante sob a espuma. *Feridas* 2013; 25: 10, 272–277.

474Frankel, JK, Rezaee, RP, Harvey, DJ e outros. Uso de terapia de feridas por pressão negativa com instilação no tratamento da fasciíte necrotizante cervical. *Cabeça Pescoço* 2015; 37: 11, E157–E160.

475Hu, SX, Gold, DM Maximizando a drenagem a vácuo antes do fechamento da ferida. *Ann R Coll Surg Engl* 2015; 97: 1, 82.

476Dalla Paola, L. Feridas do pé diabético: o valor da terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *Int Ferida J* 2013; 10: s1 Supl 1, 25–31.

477Matiassek, J., Djedovic, G., Unger, L. et al. Resultados do transplante de pele de espessura dividida em pacientes de alto risco usando octenidina. *J Tratamento de Feridas* 2015; 24: 6 Suplemento, S8, S10–S12.

478Dale, AP, Saeed, K. Nova terapia de feridas por pressão negativa com instilação e tratamento de infecções do pé diabético. *Curr Opin Infect Dis* 2015; 2: 2, 151–157.

479Hasan, MY, Teo, R., Nather, A. Terapia de feridas por pressão negativa para tratamento de feridas de pé diabético: uma revisão do mecanismo de ação, aplicações clínicas e desenvolvimentos recentes. *Pé Diabético Tornozelo* 2015; 6: 27618.

480Tian, G., Guo, Y., Zhang, L. Tratamento não invasivo para úlceras de pressão complexas graves complicadas por fasciíte necrotizante: relato de caso. *J Med Case Reports* 2015; 9: 1, 220.

481Wen, H., Li, Z., Zhang, M. et al. [Efeitos da drenagem de vedação a vácuo combinada com irrigação de fluido carregado de oxigênio em feridas de pacientes com úlceras venosas crônicas de perna]. [Artigo em chinês] *Zhonghua Shao Shang Za Zhi* 2015; 31: 2, 86–92.

482Yang, CK, Alcantara, S., Goss, S., Lantis, JC 2nd. Análise de custo da terapia de feridas por pressão negativa com instilação para preparação do leito da ferida precedendo enxertos de pele de espessura parcial para maciços (>100 cm) úlceras venosas crônicas nas pernas. *J Vasc Surg* 2015; 61: 4, 995–999.

483Zhang, M., Li, Z., Wang, J. et al. [Efeitos da drenagem de vedação a vácuo combinada com irrigação de fluido carregado de oxigênio em feridas crônicas em pacientes diabéticos]. [Artigo em chinês] *Zhonghua Shao Shang Za Zhi* 2014; 30: 2, 116–123.

484Wolvos, T. Wound instillation the próximo passo na terapia de feridas por pressão negativa. Lições aprendidas com as experiências iniciais. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2004; 50: 11, 56–66.

485Morinaga, K., Kiyokawa, K., Rikimaru, H. et al. Resultados do tratamento de irrigação por pressão negativa contínua intra-ferida para mediastinite. *J Plast Surg Hand Surg* 2013; 47: 4, 297–302.

486Derrick, KL, Lessing, MC Avaliação genômica e proteômica da qualidade do tecido de feridas suínas tratadas com terapia de feridas por pressão negativa nos modos contínuo, não contínuo e de instilação. *Eplastia* 2014; 14: e43.

487Allen, D., LaBarbera, LA, Bondre, IL et al. Comparação do dano tecidual, potencial de limpeza e contaminação cruzada durante a limpeza de feridas por meio de dois métodos: lavagem e terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *Int Ferida J* 2014; 11: 2, 198–209.

488Kim, PJ, Attinger, CE, Oliver, N. et al. Comparação de resultados para solução salina normal e uma solução anti-séptica para terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *Plast Reconstr Surg* 2015; 136: 5, 657e–664e.

489Timmers, MS, Graafland, N., Bernards, AT et al. Tratamento de feridas por pressão negativa com espuma de álcool polivinílico e instilação de solução antisséptica de polihexanida na osteomielite pós-traumática. *Reparo de feridas Regen* 2009; 17: 2, 278–286.

490Back, DA, Scheuermann-Poley, C., Willy, C. Recomendações sobre terapia de feridas por pressão negativa com instilação e soluções antimicrobianas - quando, onde e como usar: o que mostram as evidências? *Int Ferida J* 2013; 10: s1 Supl 1, 32–42.

491Davis, K., Bills, J., Barker, J. et al. A irrigação simultânea e a terapia de feridas com pressão negativa melhoram a cicatrização de feridas e reduzem a biocarga da ferida em um modelo suíno. *Reparo de feridas Regen* 2013; 21: 6, 869–875.

492Nolff, MC, Layer, A., Meyer-Lindenberg, A. Terapia de feridas por pressão negativa com instilação para reconstrução da parede corporal usando uma malha artificial em um Dachshund. *Aust Vet J* 2015; 93: 10, 367–372.

493Gabriel, A., Kahn, KM Novos avanços na terapia de instilação em feridas com risco de cicatrização comprometida. *Surg Technol Int* 2014; 24: 75–81.

494Vowden, K., Pilcher, M. Experiência inicial com terapia de feridas por instilação de pressão negativa. Conferência EWMA 2015, 13 de maio de 2015; Londres: EWMA; 2015.

495Jeong, HS, Lee, BH, Lee, H, K. e outros Terapia de feridas com pressão negativa de feridas cronicamente infectadas usando irrigação com ácido acético a 1%. *Arch Plast Surg* 2015; 42: 1, 59–67.

496Wolves, T. O uso de terapia de feridas por pressão negativa com administração volumétrica e automatizada de fluidos: um avanço no tratamento de feridas. *Feridas* 2013; 25: 3, 75–83.

497Raad, W., Lantis, JC 2nd, Tyrie, L. et al. Instilação de fechamento assistido a vácuo como um método de esterilização de feridas de estase venosa macia antes da colocação de enxerto de pele de espessura dividida. *Ferida Int J* 2010; 7: 2, 81–85.

498Hu, N., Wu, XH, Liu, R. et al. Nova aplicação de drenagem de vedação a vácuo com irrigação contínua de permanganato de potássio para o tratamento de feridas infecciosas de gangrena gasosa. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* 2015; 35: 4, 563–568.

499Scimeca, CL, Bharara, M., Fisher, TK et al. Novo uso de doxiciclina na terapia de ferida de pressão negativa de instilação contínua como quimioterapia de ferida. *Pé Tornozelo Spec* 2010; 3: 4, 190–193.

500Wolves, T. A evolução da terapia de feridas por pressão negativa: terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *J Tratamento de Feridas* 2015; 24: Sup4b Supl, 15–20.

501Scimeca, CL, Bharara, M., Fisher, TK et al. Novo uso de insulina na terapia de ferida de pressão negativa de instilação contínua como quimioterapia de ferida. *J Diabetes Science Tech* 2010; 4: 4, 820–824.

502Sun, Y., Fan, W., Yang, W. e outros [Efeitos da irrigação intermitente de solução de insulina combinada com drenagem contínua de drenagem de vedação a vácuo em úlceras diabéticas crônicas de membros inferiores]. [Artigo em chinês]

- Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi 2015; 29: 7 812-817.
- 503**Rycerz, AM, Allen, D, Lessing, MC Ciência apoiando a terapia de feridas por pressão negativa com instilação. *Int Ferida J* 2013; 10: s1 Supl 1, 20-24.
- 504**Kim, PJ, Attinger, CE, Olawoye, O. et al. Terapia de feridas por pressão negativa com instilação: revisão de evidências e recomendações. *Feridas* 2015; 27:12, S2-S19.
- 505**Fiorio, M., Marvaso, A., Viganò, F., Marchetti, F.. Incidência de infecções de sítio cirúrgico em cirurgia geral na Itália. *Infecção* 2006; 34: 6, 310-314.
- 506**Spindler, N., Lehmann, S., Steinau, HU et al. Manejo de complicações após intervenções em órgãos torácicos. *Chirurg* 2015; 86: 3, 228-233.
- 507**Masden, D., Goldstein, J., Endara, M. et al. Terapia de feridas por pressão negativa para fechamentos cirúrgicos de risco em pacientes com múltiplas comorbidades: um estudo prospectivo randomizado controlado. *Ann Surg* 2012; 255: 6, 1043-1047.
- 508**Howell, RD, Hadley, S., Strauss, E., Pelham, FR Formação de bolhas com curativos de pressão negativa após artroplastia total do joelho. *Curr Orthop Pract* 2011; 22: 2, 176-179.
- 509**Semsarzadeh, NN, Tadisina, KK, Maddox, J. et al. A terapia de pressão negativa com incisão fechada está associada à diminuição das infecções do local cirúrgico. *Plast Reconstr Surg* 2015; 136: 3, 592-602.
- 510**Wilkes, RP, Kilpad, DV, Zhao, Y. e outros Manejo de incisões fechadas com terapia de feridas por pressão negativa (CIM): biomecânica. *Surg Innov* 2012; 19: 1, 67-75.
- 511**Meeker, J., Weinhold, P., Dahners, L. A terapia de pressão negativa em feridas fechadas melhora os parâmetros de cicatrização de feridas em 3 dias em um modelo suíno. *J Orthop Trauma* 2011; 25: 12, 756-761.
- 512**Glaser, DA, Farnsworth, CL, Varley, ES et al. Terapia de pressão negativa para incisões fechadas da coluna: um estudo piloto. *Feridas* 2012; 24: 11, 308-316.
- 513**Kilpadi, DV, Cunningham, MR Avaliação do manejo de incisão fechada com terapia de feridas por pressão negativa (CIM): hematoma/seroma e envolvimento do sistema linfático. *Reparo de feridas Regen* 2011; 19: 5, 588-596.
- 514**Gurtner, GC, Dauskardt, RH, Wong, VW et al. Melhorando a formação de cicatrizes cutâneas controlando o ambiente mecânico: estudos em animais de grande porte e fase I. *Ann Surg* 2011; 254: 2, 217-225.
- 515**Vowden, K., Vowden, P. Documentação na prevenção e gestão de úlceras de pressão. *Wounds UK* 2015; 11: 3, 6-9.
- 516**Vowden, K. Cavity feridas. *J Wound Care* submetido em 2015.
- 517**Teot, L. Editorial. *Jornal de Tecnologia de Feridas* 2009; 5.
- 518**Stannard, JP, Volgas, DA, McGwin, G. 3rd. e outros Terapia de feridas por pressão negativa incisional após fraturas de membros inferiores de alto risco. *J Orthop Trauma* 2012; 26: 1, 37-42.
- 519**Pachowsky, M., Gusinde, J., Klein, A. et al. Terapia de feridas por pressão negativa para prevenir seromas e tratar incisões cirúrgicas após artroplastia total do quadril. *Int Orthop* 2012; 36:4, 719-722.
- 520**Nordmeyer, M., Pauser, J., Biber, R. et al. Terapia de feridas por pressão negativa para prevenção de seroma e tratamento de incisão cirúrgica no tratamento de fraturas da coluna vertebral. *Ferida Int J* 2016; 13:6, 1176-1179.
- 521**Pauser, J., Nordmeyer, M., Biber, R. et al. Pressão negativa incisional terapia de feridas após hemiartroplastia para fraturas do colo do fêmur - redução de complicações da ferida. *Ferida Int J* 2016; 13: 5, 663-667.
- 522**Cutting, KF, Harding, KG Critérios para identificação de infecção de ferida. *J Tratamento de Feridas* 1994; 3: 4, 198-201.
- 523**Farley Verner, E., Musher, DM Abscesso epidural espinal. *Med Clin North Am* 1985; 69: 2, 375-384.
- 524**Ingargiola, MJ, Daniali, LN, Lee, ES A aplicação da terapia de pressão negativa incisional em feridas de alto risco previne complicações no sítio cirúrgico? Uma revisão sistemática. *Eplasty* 2013; 13: e49.
- 525**Reddix, RN Jr., Tyler, HK, Kulp, B., Webb, LX Fechamento de feridas incisional assistido a vácuo em pacientes obesos mórbidos submetidos a cirurgia de fratura acetabular. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2009; 38: 9, 446-449.
- 526**Blackham, AU, Farrah, JP, McCoy, TP e outros; Prevenção de infecções de sítio cirúrgico em pacientes de alto risco com incisões de laparotomia usando terapia de pressão negativa. *Am J Surg* 2013; 205: 6, 647-654.
- 527**Bonds, AM, Novick, TK, Dietert, JB et al. A terapia de feridas por pressão negativa incisional reduz significativamente a infecção do local cirúrgico em cirurgia colorretal aberta. *Dis Colon Retal* 2013; 56: 12, 1403-1408.
- 528**Chadi, SA, Kidane, B., Britto, K. et al. A terapia de feridas por pressão negativa incisional diminui a frequência de infecções pós-operatórias do local cirúrgico perineal: um estudo de coorte. *Dis Colon Retal* 2014; 57:8, 999-1006.
- 529**Pellino, G., Sciaudone, G., Candilio, G. et al. NPWT preventiva sobre incisões fechadas em cirurgia geral: a idade importa? *Int J Surg* 2014; 12 Supl 2, S64-S68.
- 530**Selvaggi, F., Pellino, G., Sciaudone, G. et al. Novos avanços na terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) para feridas cirúrgicas de pacientes afetados pela doença de Crohn. *Surg Technol Int* 2014; 24: 83-89.
- 531**Vargo, D. Terapia de feridas por pressão negativa na prevenção de infecção de feridas em fechamentos de feridas abdominais de alto risco. *Am J Surg* 2012; 204: 6, 1021-1024.
- 532**Mark, KS, Alger, L., Terplan, M. Terapia de pressão negativa incisional para prevenir complicações de feridas após cesariana em mulheres com obesidade mórbida: um estudo piloto. *Surg Innov* 2014; 21: 4, 345-349.
- 533**Hickson, E., Harris, J., Brett, D. Uma jornada para zero: redução de infecções de sítio cirúrgico de cesariana pós-operatória em um período de cinco anos. *Surg Infect (Larchmt)* 2015; 16:2, 174-177.
- 534**Bullough, L., Wilkinson, D., Burns, S., Wan, L. Mudando os protocolos de tratamento de feridas para reduzir infecção pós-operatória em cesariana e readmissão. *Wounds UK* 2014; 10: 1, 72-76.
- 535**Chaboyer, W., Anderson, V., Webster, J. et al. Terapia de feridas por pressão negativa em infecções de sítio cirúrgico em mulheres submetidas a cesarianas eletivas: um piloto RCT. *Cuidados de Saúde (Don Mills)* 2014; 2:4, 417-428.
- 536**Matsumoto, T., Parekh, SG Uso de Terapia de Feridas por Pressão Negativa em Incisão Cirúrgica Fechada Após Artroplastia Total do Tornozelo. *Pé Tornozelo Int* 2015; 36: 7, 787-794.
- 537**Condé-Green, A., Chung, TL, Holton, LH 3rd. e outros Terapia de feridas por pressão negativa incisional versus curativos convencionais após reconstrução da parede abdominal: um estudo comparativo. *Ann Plast Surg* 2013; 71: 4, 394-397.
- 538**Grauhan, O., Navasardyan, A., Tutkun, B. et al. Efeito do manejo da incisão cirúrgica nas infecções da ferida em uma população de pacientes pós-esternotomia. *Int Ferida J* 2014; 11: s1 Supl 1, 6-9.
- 539**Pauli, EM, Krpata, DM, Novitsky, YW, Rosen, MJ Pressão negativa

terapia para incisões de reconstrução da parede abdominal de alto risco. *Surg Infect (Larchmt)* 2013; 14: 3, 270-274.

540Karlakki, S., Brem, M., Giannini, S. et al. Terapia de feridas por pressão negativa para gerenciamento da incisão cirúrgica em cirurgia ortopédica: uma revisão de evidências e mecanismos para uma indicação emergente. *Bone Joint Res* 2013; 2: 12, 276-284.

541Hwang, KT, Kim, SW, Sung, IH et al. A reconstrução tardia com o retalho livre do latíssimo do dorso é uma opção válida no tratamento das fraturas expostas da tibia IIIB? *Microcirurgia* 2016; 36: 6, 453-459.

542Stannard, JP, Singanamala, N., Volgas, DA Fix and flap na era dos dispositivos de sucção a vácuo: O que sabemos em termos de medicina baseada em evidências? *Lesão* 2010; 41: 8, 780-786.

543Mehta, S., Williams, W. Correção e retalho: o tratamento ortopédico e plástico radical de fraturas expostas graves da tibia. *J Bone Joint Surg Br* 2001; 83: 5, 773-774.

544Hou, Z., Irgit, K., Strohecker, KA et al. Reconstrução tardia de retalho com gerenciamento de fechamento assistido a vácuo da fratura exposta da tibia IIIB. *J Trauma* 2011; 71: 6, 1705-1708.

545Bhattacharyya, T., Mehta, P., Smith, M., Pomahac, B. O uso rotineiro de fechamento assistido a vácuo da ferida não permite atraso na cobertura de fraturas expostas da tibia. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121:4, 1263-1266.

546Steiert, AE, Gohritz, A., Schreiber, TC et al. Cobertura tardia de retalhos de fraturas expostas de extremidades após terapia anterior de fechamento assistido a vácuo (VAC®) – pior ou vale a pena? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62: 5, 675-683.

547McSweeney, AJ, Creer, TL Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em cuidados médicos. *Dis Seg* 1995; 41: 1, 6-71.

548Patrick, DL, Deyo, RA Medidas genéricas e específicas da doença na avaliação do estado de saúde e qualidade de vida. *Cuidados médicos* 1989; 27: 3 Suplemento, S217-S232.

549Usey, K., Cook, L., Milne, J. Terapia de feridas por pressão negativa - afeta a qualidade de vida? *Feridas Reino Unido* 2012; 8: 4, 18-28.

550Usey, KJ, Milne, J., Cook, L. et al. Um estudo piloto que explorou a qualidade de vida experimentada por pacientes submetidos à terapia de feridas por pressão negativa como parte de seu tratamento de feridas em comparação com pacientes que receberam tratamento padrão de feridas. *Int Ferida J* 2014; 11: 4, 357-365.

551Mendonça, DA., Drew, PJ, Harding, KG, Price., RE Um estudo piloto sobre o efeito da pressão negativa tópica na qualidade de vida. *J Tratamento de Feridas* 2007; 16:2, 49-53.

552Wallin, AM, Boström, L., Ulfvarson, J., Ottosson, C. Terapia de feridas por pressão negativa - um estudo descritivo. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2011; 57: 6, 22-29.

553Fagerdahl, AM, Boström, L., Ulfvarson, J., Ottosson, C. Fatores de risco para tratamento malsucedido e complicações com terapia de feridas por pressão negativa. *Feridas* 2012; 24: 6, 168-177.

554Lindholm, C., Bjellerup, M., Christensen, OB, Zederfeldt, B. Qualidade de vida em pacientes com úlcera crônica de perna. Uma avaliação de acordo com o Nottingham Health Profile. *Acta DermVenereol* 1993; 73: 6, 440-443.

555Price, PE, Fagervik-Morton, H., Mudge, EJ et al. Dor relacionada ao curativo em pacientes com feridas crônicas: uma perspectiva internacional do paciente. *Int Ferida J* 2008; 5: 2, 159-171.

556Fagerdahl, AM, Boström, L., Ottosson, C., Ulfvarson, J. Experiência de pacientes com tratamento avançado de feridas - um estudo qualitativo. *Feridas*

2013; 25:8, 205-211.

557Christensen, TJ, Thorum, T., Kubiak, EN Analgesia com lidocaína para remoção de curativos de fechamento assistido a vácuo: um estudo randomizado duplo-cego controlado por placebo. *J Orthop Trauma* 2013; 27: 2; 107-112.

558Findikcioglu, K., Sezgin, B., Kaya, B. et al. O efeito do bloqueio regional sobre os níveis de dor durante o fechamento da ferida assistida a vácuo. *Int Ferida J* 2014; 11: 1, 69-73.

559Bolas, N., Holloway, S. Terapia de feridas por pressão negativa: um estudo sobre as perspectivas do paciente. *Br J Community Nurses* 2012; 17: Sup3 Supl, S30-S35.

560Fagerdahl, AM As concepções do paciente sobre o tratamento de feridas com terapia de pressão negativa. *Saúde* 2014; 2:3, 272-281.

561Usey, KJ, Milne, J. Explorando dispositivos portáteis de terapia de feridas por pressão negativa na comunidade. *Br J Community Nurses* 2014; Suplemento S14-S20.

562Andrews, A., Upton, D. Terapia de feridas por pressão negativa: melhorando a experiência do paciente, parte 3 de 3. *J Wound Care*. 2013; 22: 12, 671-680.

563Keskin, M., Karabekmez, FE, Yilmaz, E. et al. Fechamento assistido por vácuo de feridas e ansiedade. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2008; 42:4, 202-205.

564Abbotts, J. Opinião dos pacientes sobre pressão negativa tópica: eficaz, mas malcheiroso. *Br J Enfermos* 2010; 19: Sup10, S37-S41.

565Ottosen, B., Pedersen, BD Experiências de pacientes com NPWT em um ambiente ambulatorial na Dinamarca. *J Tratamento de Feridas* 2013; 22:4, 197-206.

566Administração de Alimentos e Medicamentos. Dispositivos médicos; aparelhos para cirurgia geral e plástica: classificação do dispositivo de sucção não motorizado destinado à terapia de feridas por pressão negativa. Regra definitiva. Registro do Fed 2010; 75: 221, 7012-70114.

567Martindell, D. O uso seguro da terapia de feridas por pressão negativa. *Am J Nurs* 2012; 112: 6, 59-63.

568Sullivan, N., Snyder, DL, Tipton, K. et al. Relatório de avaliação de tecnologia: dispositivos de terapia de feridas por pressão negativa. 2009. In: Dispositivos de terapia de feridas por pressão negativa. Avaliações AHRQTechnology. <https://tinyurl.com/hm3x1bd> (acessado em 1º de março de 2017).

569White, R., Bennett, D., Bree-Aslan, C., Downie, F. Debate: úlceras de pressão, negligência e litígio. *Wounds UK* 2015; 11: 1, 8-14.

570Ricci, E., Messina, R., Bonanante, MP Reembolso na Itália. *Jornal de Tecnologia de Feridas* 2008; 1: 46-48.

571Bartkowski, R. [Tempo de internamento devido a reembolso do DRG]. [Artigo em alemão] *Ther Umsch* 2012; 69: 1, 15-21.

572Bliss, DZ, Westra, BL, Savik, K., Hou, Y. Eficácia de enfermeiras certificadas para feridas, ostomias e continência nos resultados individuais de pacientes em cuidados de saúde domiciliares. *Enfermeira de Saúde Domiciliar* 2014; 32: 1, 31-38.

573Schaum, KD Uma nova política de tratamento de feridas Parte B do Medicare. *Adv Skin Wound Care* 2001; 14: 5, 238-240.

574Hurd, T., Trueman, P., Rossington, A. Uso de um dispositivo portátil de terapia de feridas por pressão negativa de uso único em pacientes de cuidados domiciliares com feridas de baixa a moderada exsudação: uma série de casos. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2014; 60: 3, 30-36.

575Williams, K. Desenvolver uma estrutura estratégica para implementar um serviço gerenciado para NPWT. In: Bassetto, F., Bruhin, A., Trueman, P. et al. (eds). Modelo para gerenciamento: desenvolvendo uma ferida por pressão negativa

serviço de terapia. *Wounds International*, 2010.

576Woo, KY, Sibbald, RGVacuum-assistida treinamento em cuidados domiciliares: um processo para vincular a educação a melhores resultados para os pacientes. *Int Ferid J* 2008; 5: S2 Supl 2, 1-9.

577Bobkiewicz, A., Banasiewicz, T., Ledwosinski, W., Drews, M. Terminologia médica associada à Terapia de Feridas por Pressão Negativa (NPWT). entendimento e mal-entendido no campo da NPWT. *Terapia de Feridas por Pressão Negativa*. 2014; 1: 2, 69-73.

578Moffatt, CJ, Mapplebeck, L., Murray, S., Morgan, PAA experiência de pacientes com feridas complexas e o uso de NPWT em um ambiente de atendimento domiciliar. *J Tratamento de Feridas* 2011; 20: 11, 512-527.

579Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA). (2009) Notificação preliminar de saúde pública da FDA: complicações graves associadas a sistemas de terapia de feridas por pressão negativa. <https://tinyurl.com/zuvvzk3> (acessado em 1º de março de 2017).

580Conselho de Enfermagem e Obstetrícia (NMC). (2009) Manutenção de registros: orientações para enfermeiras e parteiras. <https://tinyurl.com/jfkaw6> (acessado em 1º de março de 2017).

581Lowson, S. Obtendo o registro direto: a necessidade de documentação precisa. *J Tratamento de Feridas* 2004; 13: 10, 427.

582Culley, F. A enfermeira de viabilidade tecidual e documentação efetiva. *Irmão J Enfermos* 2001; 10: Sup3 Supl, S30-S39.

583Leijnen, M., Steenvoorde, P. Uma esponja retida é uma complicação da terapia de fechamento assistida a vácuo. *Int J Low Extrem Wounds* 2008; 7: 1, 51.

584Bayne, D., Martin, N. Um método simples para evitar a retenção da esponja de fechamento assistida a vácuo em feridas cavitárias. *Feridas* 2014; 26: 7, E53-E54.

585Albert, NM, Rock, R., Sammon, MA et al. Existem diferenças nos resultados do paciente e da enfermeira entre 2 sistemas de terapia de feridas por pressão negativa? *J Wound Ostomy Continence Enfermeiras* 2012; 39: 3, 259-266.

586Le Franc, B., Sellal, O., Grimandi, G., Duteille, F. [Análise de custo-efetividade do fechamento assistido a vácuo no preparo do leito cirúrgico de lesões de tecidos moles]. [Artigo em francês] *Ann Chir Plast Esthet* 2010; 55: 3, 195-203.

587Trujillo-Martín, M., García-Pérez, L., Serrano-Aguilar, P. [Eficácia, segurança e custo-efetividade da terapia de feridas por pressão negativa no tratamento de feridas crônicas: uma revisão sistemática]. [Artigo em espanhol] *Med Clin (Barc)* 2011; 137: 7, 321-328.

588Boulton, AJ, Vileikyte, L., Ragnarson-Tennvall, G., Apelqvist, J. O fardo global da doença do pé diabético. *Lancet* 2005; 366: 9498, 1719-1724.

589Driver, VR, Fabbi, M., Lavery, L, A., Gibbons, G. Os custos do pé diabético: o caso econômico para a equipe de salvamento de membros. *J Vasc Surg* 2010; 52: 3 Suplemento, 175-225.

590Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L. et al. Gerenciando feridas como uma equipe explorando o conceito de uma abordagem de equipe para o tratamento de feridas. *J Tratamento de Feridas* 2014; 23: 5 suplemento, 1-38.

591Prompers, L., Huijberts, M., Schaper, N. et al. Utilização de recursos e custos associados ao tratamento de úlceras de pé diabético. Dados prospectivos do Estudo Eurodiale. *Diabetologia* 2008; 51: 10, 1826-1834.

592Apelqvist, J., Ragnarson-Tennvall, G., Larsson, J., Persson, U. Úlceras diabéticas em um ambiente multidisciplinar Uma análise econômica da cura primária e cura com amputação. *J Intern Med* 1994; 235: 5, 463-471.

593Eneroth, M., Larsson, J., Apelqvist, J. et al. O desafio dos estudos multicêntricos em pacientes diabéticos com infecções nos pés. *Pé* 2004; 14:4, 198-203.

594Girod, I., Valensi, P., Laforêt, C. et al. Uma avaliação econômica do custo das úlceras do pé diabético: resultados de um estudo retrospectivo em 239 pacientes. *Diabetes Metab* 2003; 29: 3, 269-277.

595Gordois, A., Scuffham, P., Shearer, A. et al. Os custos de saúde da neuropatia periférica diabética nos EUA. *Diabetes Care* 2003; 26: 6, 1790-1795.

596Houtum, WH, Lavery, LA, Harkless, LB Os custos de amputações de membros inferiores relacionadas ao diabetes na Holanda. *Diabet Med* 1995; 12: 9, 777-781.

597Krishnan, S., Nash, F., Baker, N. et al. Redução de Amputações Diabéticas em 11 Anos em uma População Definida do Reino Unido: Benefícios do trabalho em equipe multidisciplinar e auditoria prospectiva contínua. *Cuidados com o Diabetes* 2008; 31: 1, 99-101.

598Ortegon, MM, Redekop, WK, Niessen, LW Custo-efetividade da prevenção e tratamento do pé diabético: uma análise de Markov. *Diabetes Care* 2004; 27:4, 901-907.

599Rauner, MS, Heidenberger, K., Pesendorfer, EM (2004) Usando um modelo de Markov para avaliar o custo-efetividade das estratégias de prevenção do pé diabético na Áustria. Anais da Western Multiconference, Conferência Internacional sobre Simulação em Ciências da Saúde. <https://tinyurl.com/ztryz4m> (acessado em 1º de março de 2017).

600Ragnarson Tennvall, G., Apelqvist, J. Prevenção de úlceras e amputações nos pés relacionadas ao diabetes: uma análise de custo-utilidade baseada em simulações do modelo de Markov. *Diabetologia* 2001; 44: 11: 2077-2087.

601Van Acker, K., Oleen-Burkey, M., De Decker, L. et al. Custo e utilização de recursos para prevenção e tratamento de lesões nos pés em uma clínica de pé diabético na Bélgica. *Diabetes Res Clin Pract* 2000; 50: 2, 87-95.

602Öien, RF, Ragnarson Tennvall, GJ O diagnóstico preciso e o tratamento eficaz de úlceras de perna reduzem a prevalência, o tempo de atendimento e os custos. *J Tratamento de Feridas* 2006; 15: 6, 259-262.

603Apelqvist, J. Economia da Saúde e Úlceras Difíceis de Curar. *Journal of Wound Technology* 2010 9: III, 50-55.

604Apelqvist, J., Aron, S., Edwards, H., Carter, M. Consenso internacional. Defendendo o gerenciamento econômico de feridas. *Wounds Int* 2013.

605Olin, JW, Beusterien, KM, Childs, MB et al. Custos médicos do tratamento de úlceras de estase venosa: evidências de um estudo de coorte retrospectivo. *Vasc Med* 1999; 4: 1, 1-7.

606Posnett, J., Franks, P. Os custos da lesão e ulceração da pele no Reino Unido. *Skin Breakdown - a epidemia silenciosa*. The Smith and Nephew Foundation. 2007.

607Ragnarson-Tennvall, G., Apelqvist, J. Gerenciamento custo-efetivo de úlceras de pé diabético. Uma revisão. *Farmacoeconomia* 1997; 12: 1, 42-53.

608Fechamento assistido por vácuo para cicatrização de feridas crônicas. *Tecnologica MAP Suppl* 2000:19-20.

609Dougherty, EJ Um modelo baseado em evidências comparando o custo-efetividade do gel de plasma rico em plaquetas com terapias alternativas para pacientes com úlceras diabéticas que não cicatrizam. *Adv Skin Wound Care* 2008; 21:12, 568-575.

610Echebiri, NC, McDoom, MM, Aalto, MM et al. Uso profilático de terapia de feridas por pressão negativa após cesariana. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 2, 299-307.

611Flack, S., Apelqvist, J., Keith, M. et al. Uma avaliação econômica da terapia VAC comparada com curativos no tratamento do pé diabético

úlceras. *J Tratamento de Feridas* 2008; 17:2, 71-78.

612Gabriel, A., Kahn, K., Karmy-Jones, R. Uso de terapia de feridas por pressão negativa com instilação volumétrica automatizada para o tratamento de feridas de extremidades e tronco: resultados clínicos e custo-efetividade potencial. *Eplastia* 2014; 14: e41.

613Lavery, LA, Boulton, AJ., Niezgod, JA, Sheehan, P. Uma comparação dos resultados da úlcera do pé diabético usando terapia de feridas por pressão negativa versus padrão histórico de atendimento. *Int Ferida J* 2007; 4: 2, 103-113.

614Lewis, LS, Convery, PA, Bolac, CS et al. Custo do tratamento usando vácuo profilático por pressão negativa em incisões de laparotomia fechada. *Gynecol Oncol* 2014; 132: 3, 684-689.

615Tuffaha, HW, Gillespie, BM, Chaboyer, W. e outros Análise de custo-utilidade da terapia de feridas por pressão negativa em feridas de cesariana de alto risco. *J Surg Res* 2015; 195: 2, 612-622.

616Whitehead, SJ, Forest-Bendien, VL, Richard, JL et al Avaliação econômica da Terapia de Fechamento Assistido a Vácuo para o tratamento de úlceras de pé diabético na França. *Int Ferida J* 2011; 8: 1, 22-32.

617Buxton, MJ, Drummond, MF, Van Hout, BA et al. Modelagem na avaliação econômica: um fato inevitável da vida. *Economia da Saúde* 1997; 6: 3, 217-227.

618Saúde Qualidade Ontário. Terapia de feridas por pressão negativa: uma atualização de evidências. *Ont Health Technol Assess Ser* 2010; 10: 22, 1-28.

619Soares, MO, Bojke, L., Dumville, J. et al. Métodos para obter crenças de especialistas sobre quantidades incertas: aplicação a um modelo de transição de custo-efetividade da terapia de feridas por pressão negativa para ulceração por pressão grave. *Stat Med* 2011; 30: 19, 2363-2380.

620Inhoff, O., Faulhaber, J., Rothhaar, B. et al. Análise de custos de tratamento para feridas complexas do couro cabeludo. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8: 11, 890-896.

621Rhee, SM, Valle, MF, Wilson, LM et al. Tecnologias de terapia de feridas por pressão negativa para tratamento de feridas crônicas em ambiente doméstico: uma revisão sistemática. *Reparo de feridas Regen* 2015; 23:4, 506-517.

622Searle, R., Milne, J. Ferramentas para comparar o custo da NPWT com tratamento avançado de feridas: uma ajuda para a tomada de decisões clínicas. *Wounds UK*. 2010; 6: 1, 106-109.

623Ali, Z., Anjum, A., Khurshid, L. et al. Avaliação da terapia VAC personalizada de baixo custo em comparação com curativos convencionais no tratamento de úlceras de membros inferiores que não cicatrizam em pacientes de grupos socioeconômicos mais baixos do vale da Caxemira. *J Orthop Surg* 2015; 10: 1, 183.

624Apelqvist, J., Armstrong, DG, Lavery, LA, Boulton, AJ Utilização de recursos e custos econômicos de cuidados com base em um estudo randomizado de terapia de fechamento assistida a vácuo no tratamento de feridas de pé diabético. *Am J Surg* 2008; 195: 6, 782-788.

625Aydin, U., Gorur, A., Findik, O. et al. Eficácia terapêutica da terapia de fechamento assistida por vácuo no tratamento de complicações linfáticas após intervenções e cirurgias vasculares periféricas. *Vascular* 2015; 23: 1, 41-46.

626Baharestani, MM, Houliston-Otto, DB, Barnes, S. Iniciação precoce versus tardia da terapia de feridas por pressão negativa: examinando o impacto no tempo de permanência em cuidados domiciliares. *Gestão de Feridas de Ostomia* 2008; 54: 11, 48-53.

627Braakenburg, A., Obdeijn, MC, Feitz, R. et al. A eficácia clínica e custo-efetividade da técnica de fechamento assistida a vácuo no tratamento de feridas agudas e crônicas: um estudo controlado randomizado. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 2, 390-397.

628de Leon, JM, Barnes, S., Nagel, M. et al. Custo-efetividade da terapia de feridas por pressão negativa para pacientes pós-cirúrgicos em cuidados agudos de longo prazo. *Adv Skin Wound Care* 2009; 22:3, 122-127.

629Dorafshar, AH, Franczyk, M., Gottlieb, LJ et al. Um estudo prospectivo randomizado comparando a terapia de ferida subatmosférica com um curativo de gaze selado e o dispositivo padrão de fechamento assistido a vácuo. *Ann Plast Surg* 2012; 69: 1, 79-84.

630Driver, VR, Blume, PA Avaliação dos custos de tratamento de feridas e uso de cuidados de saúde em pacientes com úlceras de pé diabético tratados com terapia de feridas por pressão negativa versus terapia avançada de feridas úmidas. *J Am Podiatr Med Assoc* 2014; 104: 2 147-153.

631Ghatak, PD, Schlanger, R., Ganesh, K. et al. Um curativo eletrocúctico sem fio reduz o custo da terapia de feridas por pressão negativa. *Adv Tratamento de Feridas* 2015; 4: 5.302-311.

632Hermans, MH, Kwon, Lee, S., Ragan, MR, Laudi, P. Resultados de um estudo comparativo retrospectivo: custo de material para o tratamento de uma série de grandes feridas em indivíduos com morbidade grave com um curativo de fibra hidrocínética ou terapia de feridas com pressão negativa. *Feridas* 2015; 27: 3, 73-82.

633Hiskett, G. Consequências clínicas e econômicas da alta hospitalar com terapia TNP em andamento: um estudo piloto. *J Tissue Viability* 2010; 19: 1, 16-21.

634Kaplan, M., Daly, D., Stenkowski, S. Intervenção precoce da terapia de feridas por pressão negativa usando fechamento assistido a vácuo em pacientes com trauma: impacto no tempo de internação e custo. *Adv Skin Wound Care* 2009; 22:3, 128-132.

635Karr, JC, de Mola, FL, Pham, T, Tooke, L. Curação de feridas e benefícios de redução de custos da combinação de terapia de feridas por pressão negativa com prata. *Adv Skin Wound Care* 2013; 26: 12, 562-565.

636Law, A., Cyhaniuk, A., Krebs, B. Comparação de custos de saúde e taxas de readmissão hospitalar associadas a terapias de feridas por pressão negativa. *Feridas* 2015; 27: 3, 63-72.

637Ozturk, E., Ozguc, H., Yilmazlar, T. O uso da terapia de fechamento assistida a vácuo no tratamento da gangrena de Fournier. *Am J Surg* 2009; 197: 5, 660-665.

638Rahmanian-Schwarz, A., Willkomm, LM, Gonser, P. et al. Uma nova opção na terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) para tratamento de feridas crônicas e agudas. *Queimaduras* 2012; 38: 4, 573-577.

639Sakellariou, VI, Mavrogenis, AF, Papagelopoulos, PJ Terapia de feridas por pressão negativa para cirurgia de tumor musculoesquelético. *Adv Skin Wound Care* 2011; 24: 1, 25-30.

640Vaidhya, N., Panchal, A., Anchalia, MM Um novo método custo-efetivo de npwt na ferida do pé diabético. *Indian J Surg* 2015; 77: Supl 2, 525-529.

641Warner, M., Henderson, C., Kadrmars, W., Mitchell, DT Comparação do fechamento assistido a vácuo com a bolsa antibiótica para o tratamento de lesão por explosão na extremidade. *Ortopedia* 2010; 33: 2, 77-82.

642Yao, M., Fabbri, M., Hayashi, H. et al. Um estudo de coorte retrospectivo avaliando a eficácia em pacientes de alto risco com úlceras crônicas de membros inferiores tratados com terapia de feridas por pressão negativa. *IntWound J* 2014; 11: 5, 483-488.

643Zhou, ZY, Liu, YK, Chen, HL, Liu, F. Prevenção de infecção de sítio cirúrgico após cirurgia de tornozelo usando terapia de fechamento assistida a vácuo em pacientes de alto risco com diabetes. *J Foot Tornozelo Surg* 2016; 55: 1, 129-131.

644Anthony, H. Eficiência e custo-efetividade da terapia de feridas por pressão negativa. *Estande de Enfermagem* 2015; 30: 8, 64-70.

- 645**Chaput, B., Garrido, I., Eburdery, H. et al. Terapia de feridas por pressão negativa de baixo custo usando vácuo na parede: uma alternativa de 15 dólares por dia. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 3: 6, e418.
- 646**Rozen, WM, Shahbaz, S., Morsi, A. Uma alternativa aprimorada ao fechamento assistido a vácuo (VAC) como um curativo de pressão negativa em enxerto de pele dividida em membros inferiores: um ensaio clínico. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61: 3, 334-337.
- 647**Shalom, A., Eran, H., Westreich, M., Friedman T. Nossa experiência com um sistema caseiro de fechamento assistido a vácuo. *Isr Med Assoc J* 2008; 10: 8-9, 613-616.
- 648**Verhaalen, A., Watkins, B., Brasel K. Técnicas e custo-efetividade do isolamento de fistula enteroatmosférica. *Feridas* 2010; 22:8, 212-217.
- 649**Webster, J., Scuffham, P., Stankiewicz, M., Chaboyer, WP Terapia de feridas por pressão negativa para enxertos de pele e cicatrização de feridas cirúrgicas por intenção primária. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 10: CD009261.
- 650**Augustin, M., Zschocke, I. Avaliação do paciente sobre o benefício da terapia a vácuo ambulatorial e hospitalar. Estudo multicêntrico com desfechos relevantes para o paciente. *MMW Fortschr Med* 2006; 148: 25-32.
- 651**Braakenburg, A., Obdeijn, MC, Feitz, R. et al. A eficácia clínica e custo-efetividade da técnica de fechamento assistida a vácuo no tratamento de feridas agudas e crônicas: um estudo controlado randomizado. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 2, 390-397.
- 652**Vuerstaek, JD, Vainas, T., Wuite, J. et al Tratamento de última geração de úlceras crônicas de perna: um estudo controlado randomizado comparando o fechamento assistido a vácuo (VAC) com curativos modernos. *J Vasc Surg* 2006; 44: 5, 1029-1037.
- 653**Khanbhai, M., Fosah, R., Oddy, MJ, Richards, T. Dispositivo NPWT descartável para facilitar a alta precoce do paciente após DFU complexo. *J Tratamento de Feridas*. 2012; 21:4, 180-182.
- 654**Sinha, S., Mudge, E.A agenda nacional de saúde em relação à terapia de feridas por pressão negativa. *Br J Community Nurses* 2013; Suplemento: S6-S13.
- 655**Agência Canadense de Medicamentos e Tecnologias em Saúde. (2014) Terapia de feridas por pressão negativa para o tratamento de úlceras de pé diabético: uma revisão da eficácia clínica, custo-efetividade e diretrizes. Relatório de resposta rápida: resumo com avaliação crítica. <https://tinyurl.com/hq7ato6> (acessado em 1º de março de 2017).
- 656**Ousey, K., Milne, J. Foco na pressão negativa: explorando as barreiras à adoção. *Br J Community Nurses* 2010; 15:3, 121-124.
- 657**Othman, D. Revisão da literatura sobre terapia de feridas por pressão negativa sobre eficácia, custo-efetividade e impacto na qualidade de vida dos pacientes no tratamento de feridas crônicas e sua implementação no Reino Unido. *Plastic Surg Int* 2012; 2012: 374398.
- 658**Wu, SC, Armstrong, DG Resultado clínico de úlceras de pé diabético tratadas com terapia de feridas por pressão negativa e a transição de cuidados intensivos para cuidados domiciliares. *Int Ferida J* 2008; 5: s2 Supl 2,10-16.
- 659**Hampton J. Fornecendo tratamento econômico para feridas difíceis de cicatrizar na comunidade por meio do uso de NPWT. *Br J Community Nurses* 2015; Suplemento de Tratamento Comunitário de Feridas: S14-S20.
- 660**Khanbhai, M., Fosah, R., Oddy, MJ, Richards, T. Dispositivo NPWT descartável para facilitar a alta precoce do paciente após DFU complexo. *J Tratamento de Feridas* 2012; 21:4, 180-182.
- 661**Kim, PJ, Attinger, CE, Steinberg, JS et al. Ferida por pressão negativa terapia com instilação: diretrizes de consenso internacional. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132: 6, 1569-1579.
- 662**Gabriel, A., Thimmappa, B., Rubano, C., Storm-Dickerson T. Avaliação de um sistema de terapia de feridas por pressão negativa ultraleve e de uso único em um único paciente sobre modelo de regeneração dérmica e enxertos de pele. *Int Ferida J* 2013; 10: 4, 418-424.
- 663**Hudson, DA, Adams, KG, Van Huyssteen, A. et al. Terapia simplificada de feridas por pressão negativa: avaliação clínica de um sistema ultraportátil sem recipiente. *Ferida Int J* 2015; 12: 2, 195-201.
- 664**Holt, R., Murphy, J. Fechamento de incisão PICO™ em cirurgia oncológica de mama: uma série de casos. *Br J Hosp Med* 2015; 76:4, 217-223.
- 665**Pellino, G., Sciaudone, G., Selvaggi, F., Canonico, S. Terapia profilática de feridas por pressão negativa em cirurgia colorretal. Efeitos nos eventos do local cirúrgico: status atual e chamada para ação. *Atualizações em Cirurgia* 2015; 67: 3, 235-245.
- 666**Fraccalvieri, M., Zingarelli, E., Ruka, E. et al. Tratamento de feridas por pressão negativa com gaze e espuma: análise morfológica histológica, imunohistoquímica e ultrassonográfica do tecido de granulação e tecido cicatricial. Relatório preliminar de um estudo clínico. *Int Ferida J* 2011; 8: 4, 355-364.
- 667**Salvo, P., Dini, V., Di Francesco, F., Romanelli, M.O papel dos sensores biomédicos na cicatrização de feridas. *Wound Medicine* 2015; 8: 15-18.
- 668**SWAN iCare. Objetivos do projeto SWAN iCare. <https://tinyurl.com/jqts2js> (acessado em 1 de março de 2017).
- 669**Pantelopoulos, A., Bourbakis, NG Uma pesquisa sobre sistemas baseados em sensores vestíveis para monitoramento e prognóstico de saúde. *IEEE Trans Syst Man Cybern C* 2010; 40: 1, 1-12.
- 670**Hall, BH, Khan, B. (2003) Adoção de novas tecnologias. Escritório Nacional de Pesquisa Econômica. <https://tinyurl.com/gs4sqgy> (acessado em 1º de março de 2017).
- 671**Ousey, KJ, Milne, J. Explorando dispositivos portáteis de terapia de feridas por pressão negativa na comunidade. *Br J Community Nurses* 2014; Suplemento: S14-20.
- 672**Davis, MM, Freeman, M., Kaye, J. et al. Uma revisão sistemática das opiniões de médicos e funcionários sobre a aceitabilidade de incorporar a tecnologia de monitoramento remoto na atenção primária. *Telemed JE Health* 2014; 20: 5, 428-438.

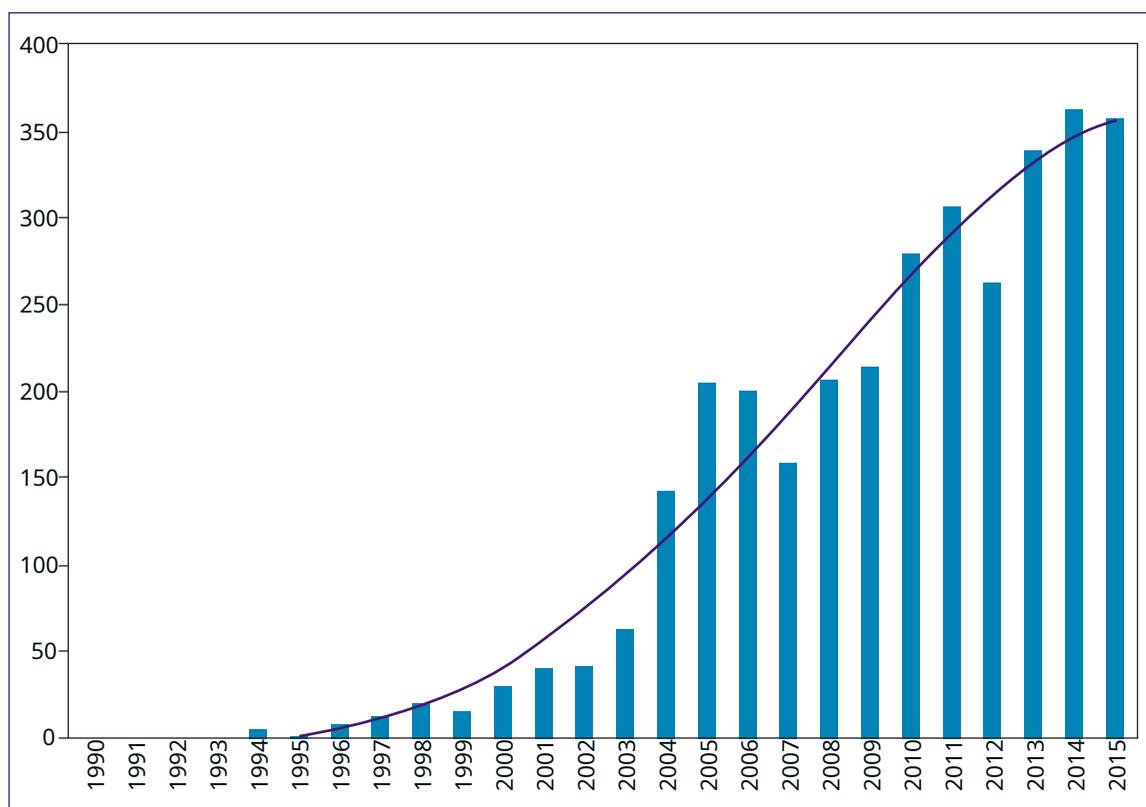
Apêndice

Apêndice 1.(Número de ocorrências de pesquisa por palavras-chave de pesquisa (em 31 de dezembro de 2015))

Palavra-chave	Número	%
'VAC'	1710	51,9%
'terapia de ferida de pressão negativa'	862	26,2%
'NPWT'	579	17,6%
'Fechamento assistido a vácuo'	254	7,7%
'terapia VAC'	242	7,4%
'VAC'	236	7,2%
'pressão negativa tópica'	230	7,0%
'vedação a vácuo'	87	2,6%
'Terapia de pressão negativa tópica'	72	2,2%
'terapia VAC'	69	2,1%
'curativo a vácuo'	34	1,0%
'Terapia TNP'	16	0,5%
'terapia de pressão subatmosférica'	11	0,3%
'Terapia de selagem a vácuo'	3	0,1%
'curativo de sucção de espuma'	2	0,1%
'Sucção de ferida de superfície selada'	0	0,0%

Nota: duas palavras-chave diferentes podem produzir o mesmo resultado de pesquisa. O total dos resultados da pesquisa é, portanto, superior ao número de citações (ou 100%).

Apêndice 2. Número de artigos publicados sobre NPWT em periódicos revisados por pares nas últimas duas décadas (colunas vermelhas – número por ano; a linha azul representa a linha de tendência). De referir que a última atualização foi efetuada a 31 de dezembro de 2015



Apêndice 3 Todos os estudos controlados randomizados que descrevem o benefício clínico para o paciente (n=27, definição clara do ponto final) e comparam NPWT versus 'terapia padrão'. Pesquisa de literatura a partir de 31 de dezembro de 2015

Ano	Autor/país/ Diário	Tamanho do grupo/paciente grupo total/controle	tipo de ferida (abreviação)	Endpoint primário
2000	McCallon et al/EUA /Gerenciamento de feridas de ostomia	5+5 / 10 / gaze umedecida com solução salina	Feridas do pé diabético (DFU)	Tempo para o fechamento definitivo
2004	Jeschke et al./Alemanha/Plast Reconstr Surg	6+6/12/grupo de tratamento convencional	Integra Integration – Fixação substituta da pele (SSF)	Taxa de tomada do Integra, período desde a cobertura do Integra até o transplante de pele
2004	Moisisis et al/australia/Plast Reconstr Surg	10+10 / 20 / curativo reforçado	Fixação de enxerto de pele de espessura parcial (STGS)	Epitelização e qualidade do enxerto
2006	Braakenburg et al/ Holanda/Cirurgia Reconstructora Plástica	33+32 / 65 / curativos modernos	Aguda e crônica feridas (TODAS)	Ferida pronta para enxertia de pele ou cicatrização por segunda intenção
2006	Llanos et al/Chile/Ann Surg	30+30 - duplo mascarado / 60 / Curativo semelhante, mas sem conexão com pressão negativa	Integração de divisão enxertos de pele de espessura (STSG)	Perda de STSG, área no quarto dia pós-operatório
2006	Vuerstaek et al/Holanda/J Vasc Surg	30+30 / 60 / técnica convencional de tratamento de feridas	Úlcera crônica na perna (LLU)	Tempo para completar a cura (dias)
2007	Armstrong et al/US/Int Wound J	77+85 – Multicêntrico / 162 / técnica convencional de tratamento de feridas	Ferida de amputação do pé diabético (DFU)	Tamanho da ferida e cicatrização
2007	Moues et al/Holanda / J Plast Reconstr Aesthet Surg	29+25 / 54 / Terapia com gaze úmida	Feridas agudas, traumáticas, infectadas e crônicas de espessura total (ALL)	Tempo necessário para chegar a 'pronto para terapia cirúrgica'

Seguir em dias	Significado nível/tendência /confiança intervalos	Resultados/conclusões
ND	Tendência positiva / não	O tempo para o fechamento definitivo no grupo NPWT foi alcançado em 22,8 (±17,4) dias, em comparação com 42,8 (±32,5) dias no grupo de controle.
24	0,003 / 0,002 / não	A taxa de aceitação foi de 78 +/- 8 por cento no grupo de tratamento convencional e 98 ± 2 por cento no grupo de fibrina/NPWT (p<0,003). O período médio desde a cobertura do Integra até o transplante de pele foi de 24 ± 3 dias no tratamento convencional grupo, mas apenas 10±1 dias no grupo fibrina/terapia por pressão negativa (p<0,002). <i>'CONCLUSÃO: Sugere-se que o Integra seja usado em combinação com cola de fibrina e terapia de pressão negativa para melhorar os resultados clínicos e encurtar o tempo de internação, com diminuição dos riscos de complicações concomitantes.'</i>
14	Tendência positiva / p<0,05 / não	Em 2 semanas, as feridas que receberam uma NPWT tiveram um maior grau de epiteliação em seis casos (30%), o mesmo grau de epiteliação em nove casos (45%) e menos epiteliação em cinco casos (25%) em comparação com seus respectivos controles. A qualidade do enxerto após NPWT foi subjetivamente determinada como melhor em 10 casos (50 por cento), equivalente em sete casos (35%) e pior em três casos (15%). Embora o enxerto quantitativo não tenha sido significativo, o enxerto qualitativo foi significativamente melhor com o uso de NPWT (p<0,05). <i>'CONCLUSÃO: A pressão negativa tópica melhorou significativamente a aparência qualitativa de enxertos de pele de espessura dividida em comparação com curativos de reforço padrão.'</i>
nd	0, (tendência positiva para pacientes com doença cardiovascular e/ou diabéticos) / não	O tempo para o endpoint primário com NPWT não foi significativamente menor, exceto para pacientes com doença cardiovascular e/ou diabéticos. <i>'CONCLUSÕES: Com NPWT, a cicatrização de feridas é pelo menos tão rápida quanto com curativos modernos. Especialmente os pacientes cardiovasculares e diabéticos se beneficiam dessa terapia. Os custos totais da NPWT são comparáveis aos dos curativos modernos, mas a vantagem é o conforto para os pacientes e equipe de enfermagem.'</i>
4	0,001 / não	A perda mediana do STSG no grupo NPWT foi de 0,0 cm ² contra 4,5 cm ² no grupo controle (p=0,001). <i>'CONCLUSÕES: O uso de NPWT diminui significativamente a perda de área STSG, bem como encurta os dias de internação. Portanto, deve ser usado rotineiramente para esses tipos de procedimentos.'</i>
17	0,0001 / sim	O tempo médio para a cicatrização completa foi de 29 dias (intervalo de confiança [IC] de 95%: 25,5 a 32,5) no grupo V.AC em comparação com 45 dias (IC de 95%: 36,2 a 53,8) no grupo controle (p = 0,0001). <i>'CONCLUSÕES: A terapia NPWT deve ser considerada como o tratamento de escolha para úlceras de perna crônicas devido às suas vantagens significativas no tempo para completar a cicatrização e no tempo de preparação do leito da ferida em comparação com o tratamento convencional de feridas. Particularmente durante o estágio de preparação, a terapia NPWT parece ser superior às técnicas convencionais de tratamento de feridas.'</i>
112	a-0,03 / c-0,033 / não	As curvas de Kaplan-Meier demonstraram cicatrização significativamente mais rápida no grupo NPWT em feridas agudas (p=0,030) e crônicas (p=0,033). <i>'CONCLUSÕES: Nos grupos de feridas agudas e crônicas, os resultados dos pacientes tratados com NPWT foram superiores aos dos pacientes tratados com SWT.'</i>
ND	Tendência positiva / não	Foi encontrada uma tendência para uma duração mais curta da terapia, que foi mais proeminente em feridas tratadas tardiamente. <i>'CONCLUSÕES: Para o tratamento de feridas de espessura total, a terapia a vácuo provou ser uma modalidade válida de cicatrização de feridas.'</i>

2008	Bee e outros. / EUA / J Trauma	24+24 / 48 / Malha de poliglactina	Cobertura abdominal após o controle de danos laparotomia ou síndrome do compartimento abdominal (COA)	Fechamento fascial primário tardio
2008	Blume et al. / EUA / Tratamento de diabetes	169+166 – Multicêntrico / 342 / Terapia avançada para feridas úmidas (AMWT, predominantemente hidrogéis e alginatos)	Úlceras nos pés em pacientes diabéticos (DFU)	Fechamento completo da úlcera
2008	Mody et al. / EUA / Gerenciamento de feridas de ostomia	24+24 - cego, prospectivo / 48 / Curativos de gaze úmido a seco	DFUs (15), PU (11), NF (11) e 'outros' (11) (TODOS)	Fechamento de feridas.
2009	Stannard et al./EUA/J OrthopTrauma	35+23 / 58 / Curativo de gaze de malha fina padrão	Fraturas expostas com defeitos de partes moles – Ferimentos traumáticos de extremidades (ETW)	Infecção de ferida profunda ou osteomielite, deiscência da ferida
2010	Chio et al. / EUA / Pescoço Cabeça Otorrinolaringol cirurgia	23+27 / 50 / Curativo de pressão estática	Integração de divisão enxertos de pele de espessura (STSG)	Área de falha do enxerto
2010	Pérez et al. / Haiti / Am J Surg	20+20 / 40 / Curativo convencional de gaze embebida em soro fisiológico vs ferida caseira sistema de curativo a vácuo	Feridas complexas em um hospital com poucos recursos (TODOS)	Cicatrização completa da ferida
2010	Saaqi et al. / Paquistão / J Coll Physicians Surg Pak	50+50 - simples cego / 100 / Gazes salinas normais	Pré-tratamento STSG, preparo do leito da ferida (WBP)	Tomada do enxerto, tempo de cicatrização da ferida

nD	0 / não	Não houve diferenças entre as taxas de fechamento fascial primário tardio nos grupos VAC (31%) ou MESH (26%). <i>'CONCLUSÕES: MESH e NPWT são métodos úteis para cobertura abdominal e são igualmente prováveis de produzir fechamento primário retardado. administrado por sonda nasojejunal. Nenhum dos métodos exclui a reconstrução secundária da parede abdominal.'</i>
112	0,007 / não	Uma proporção maior de úlceras de pé atingiu o fechamento completo da úlcera com NPWT (73 de 169, 43,2%) do que com AMWT (48 de 166, 28,9%) na fase de tratamento ativo de 112 dias ($p = 0,007$). A mediana de Kaplan-Meier a estimativa para 100% de fechamento da úlcera foi de 96 dias (95% CI: 75,0–114,0) para NPWT e não determinável para AMWT ($p=0,001$). <i>'CONCLUSÕES: NPWT parece ser tão segura e mais eficaz que AMWT para o tratamento de úlceras de pé diabético.'</i>
70	0 / PU <0,05 / não	Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no tempo de fechamento entre os dois grupos de tratamento, exceto em uma análise de subconjunto de úlceras de pressão (média de 10 +/- 7,11 dias para tratamento e 27 +/- 10,6 dias no grupo controle, $p = 0,05$). <i>'CONCLUSÕES: Esses resultados sugerem que materiais baratos podem ser utilizados para o fechamento de feridas NPWT em um país em desenvolvimento.'</i>
nd	0,024 / sim	Os pacientes de controle desenvolveram 2 infecções agudas (8%) e 5 infecções tardias (20%), para um total de 7 infecções profundas (28%), enquanto os pacientes NPWT desenvolveram 0 infecções agudas, 2 infecções tardias (5,4%), para um total de 2 infecções profundas (5,4%). Há uma diferença significativa entre os grupos para infecções totais ($p=0,024$). A razão de risco relativo é 0,199 (intervalo de confiança de 95%: 0,045-0,874), sugerindo que os pacientes tratados com NPWT foram apenas um quinto da probabilidade de ter uma infecção em comparação com pacientes randomizados para o grupo de controle. A NPWT representa uma nova terapia promissora para fraturas expostas graves após pacientes com trauma de alta energia desenvolverem 2 infecções agudas (8%) e 5 infecções tardias (20%), para um total de 7 infecções profundas (28%), enquanto os pacientes NPWT desenvolveram 0 infecções agudas, 2 infecções tardias (5,4%), <i>'CONCLUSÃO: A razão de risco relativo é 0,199 (intervalo de confiança de 95%: 0,045-0,874), sugerindo que os pacientes tratados com NPWT tiveram apenas um quinto da probabilidade de ter uma infecção em comparação com os pacientes randomizados para o grupo de controle.'</i>
nD	0,361 / não	A porcentagem da área de falha do enxerto entre os grupos também não apresentou diferença (4,5% SPD versus 7,2% NPWT, $P = 0,361$). <i>'CONCLUSÕES: Embora seja uma opção atraente para tratamento de feridas, a NPWT não parece oferecer uma melhora significativa em relação a um SPD na cicatrização da área doadora RFF.'</i>
25	0,013 / não	O tempo necessário para atingir a cura completa foi de 16 dias no grupo NPWT caseira em comparação com 25 dias no grupo WET ($p=0,013$). <i>'CONCLUSÕES: A NPWT caseira deve ser considerada em países subdesenvolvidos para fornecer tratamento moderno para feridas complexas porque a cicatrização é significativamente mais rápida em comparação com o tratamento de feridas convencional. Embora o HM-VAC seja mais caro do que a abordagem convencional, provavelmente é acessível para a maioria dos recursos. hospitais pobres.'</i>
nD	Tendência positiva / não	Diferenças marcantes foram encontradas a favor do grupo de terapia NPWT em relação às várias medidas de resultado do tratamento de feridas estudadas. ou seja, retirada do enxerto (maior que 95% da tomada do enxerto em 90% do grupo de terapia NPWT versus 18% dos controles), tempo de cicatrização da ferida (2 semanas pós-enxerto em 90% do grupo de terapia NPWT versus 18% dos controles). <i>'CONCLUSÃO: A terapia NPWT deve ser empregada no pré-tratamento de feridas planejadas para serem reconstruídas com STSG, uma vez que tem vantagens marcantes na preparação do leito da ferida em comparação com os tradicionais curativos de gaze salina normais.'</i>

2011	Karatêpe et al. / Turquia / Acta Chir Belg	30+37 / 67 / Tratamento padrão de feridas	Ferida do pé diabético (DFU)	Tempo de cicatrização (tempo desde a admissão hospitalar até o momento da reepitelização)
2011	Petkar et ai. / Índia / Queimaduras	21+19 / 40 / Curativo convencional composto por Gaze vaselina e algodão	Enxerto de pele em queimaduras (STSG)	Quantidade de tomada de enxerto, duração dos curativos para a área enxertada
2012	Bloemen et ai. / Holanda / Ferida Reparar regeneração	21+21+22+22 – Multicêntrico / 86 / Com ou sem substituto dérmico e com ou sem NPWT	Enxerto de pele em queimaduras (STSG)	Taxa de retirada do enxerto, qualidade do enxerto
2012	Lião et al. / China / Zhongguo Xiu Fu Chong JianWai Ke Za Zhi	30+30 / 60 / curativo convencional	Enxerto de pele (STSG)	Taxa de sobrevivência do enxerto de pele, qualidade do enxerto
2012	Serclova et ai. / República Tcheca / Rozhl Chir	28+29 / 57 / Fechamento primário da parede abdominal	Cobertura abdominal após o controle de danos laparotomia ou síndrome do compartimento abdominal (COA)	Fechamento fascial primário tardio, mortalidade
2013	Banasiewicz et ai. / Polônia / Pol Przegl Chir	10+9 / 19 / Curativo padrão	Seios Pilonidais (PSD)	Tamanho da ferida, tempo de cirurgia, tempo de cicatrização da ferida.
2014	Biter et ai. / Holanda / Dis colon reto	24+25 / 49 / Tratamento padrão de feridas abertas	Doença do seio pilonidal (PSD)	Hora de concluir a cicatrização da ferida.

nD	< 0,05 / não	O tempo de cicatrização no grupo NPWT foi significativamente reduzido ($p < 0,05$). Todos os 8 domínios do SF-36 e pontuações MCS e PCS melhoraram notavelmente após a terapia NPWT. <i>'CONCLUSÃO: A terapia NPWT mostrou-se eficaz no tratamento de úlceras diabéticas crônicas. A melhora da qualidade de vida demonstra uma indicação clara neste grupo particular de pacientes.'</i>
11	< 0,001 / não	A absorção final do enxerto em nove dias no grupo de estudo variou de 90 a 100% com uma média de 96,7% (desvio padrão: 3,55), (desvio padrão: 8,73). Cada uma dessas diferenças foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). <i>'CONCLUSÃO: O curativo de pressão negativa melhora a absorção do enxerto em pacientes com queimaduras e pode ser considerado especialmente quando o leito da ferida e as condições do enxerto parecem abaixo do ideal. A pressão negativa também pode ser efetivamente montada usando materiais disponíveis localmente, reduzindo significativamente o custo do tratamento.'</i>
12 meses	0 / significativamente melhor / não	A pega do enxerto e a epitelização não revelaram diferenças significativas. A maior elasticidade foi medida em cicatrizes tratadas com o substituto eTNP, o que foi significativamente melhor em comparação com as cicatrizes tratadas apenas com o substituto. <i>'CONCLUSÃO: Este estudo randomizado controlado mostra a eficácia da substituição dérmica combinada com NPWT em queimaduras, com base em medições extensas de feridas e cicatrizes.'</i>
1-3 anos	< 0,05 / < 0,05 / não	A taxa de sobrevivência do enxerto de pele, taxa de infecção da ferida, taxa de reamputação, tempos de troca de curativo e dias de internação no grupo de teste foram significativamente melhores do que no grupo controle [90,0% versus 63,3%, 3,3% versus 20,0%, 0 versus 13,3%, (2,0±0,5) vezes vs. (8,0±1,5) vezes, e (12,0±2,6) dias vs. (18,0±3,2) dias, respectivamente] ($p < 0,05$). No último acompanhamento, a área e graduação da cicatriz e a discriminação de dois pontos da ferida no grupo teste foram melhores do que no grupo controle, mostrando diferenças significativas ($p < 0,05$). <i>'CONCLUSÃO: Comparado com enxerto de pele anti-capturado direto na ferida de amputação, a ferida pode ser fechada principalmente usando a NPWT combinada com enxerto de pele anti-capturada. adesão da ferida, melhoram a taxa de sobrevivência da pele e são benéficos para diminuir o nível de amputação, por isso é uma maneira ideal de lidar com feridas de amputação na fase I.'</i>
nD	DPFC < 0,01 / M < 0,01 / não	A taxa de mortalidade foi significativamente menor no grupo de laparostomia NPWT em comparação com o grupo de fechamento primário (3 pacientes, 11% versus 12 pacientes, 41%; $p = 0,01$). Um fechamento completo da parede abdominal incluindo fásia e cicatrização completa da parede abdominal foi alcançado em 80% dos sobreviventes no grupo NPWT, em comparação com 29% no grupo de fechamento primário ($p = 0,01$). <i>'CONCLUSÕES: A laparostomia NPWT primária é um método eficaz e seguro no tratamento de peritonite grave. Manter uma boa prática clínica, especialmente usando sutura dinâmica logo após a cirurgia inicial e o fechamento oportuno da laparostomia assim que a indicação desaparece (de acordo com critérios relevantes) leva a uma taxa de cicatrização da parede abdominal significativamente maior, incluindo o fechamento fascial, do que após tratamento de peritonite sem laparostomia.'</i>
nD	Tendência positiva / não	No grupo tratado com NPWT, o tamanho da ferida e o tempo de cirurgia foram semelhantes ao grupo controle. O tempo de cicatrização da ferida, a recuperação e a dor após a cirurgia nos dias 4-7 foram reduzidos em comparação com o grupo tratado padrão. <i>'CONCLUSÕES: A terapia com NPWT pode ser facilmente usado em ambiente ambulatorial, o dispositivo móvel é altamente aceito, a operação do equipamento é simples. A terapia NPWT diminui significativamente o tempo de cicatrização da ferida e o absenteísmo do trabalho, bem como a dor tardia pós-operatória.'</i>
94	0,44 / não	A cicatrização completa da ferida foi alcançada em uma média de 84 dias no grupo NPWT versus 93 dias nos pacientes de controle ($p = 0,44$). <i>'CONCLUSÃO: É possível aplicar a terapia a vácuo no tratamento da doença do seio pilonidal e tem um efeito positivo na redução do tamanho da ferida nas primeiras 2 semanas. No entanto, não há diferença no tempo para concluir a cicatrização da ferida e no tempo para retomar as atividades da vida diária.'</i>

2014	Kakagia et al. / Grécia / Lesão	42+40 / 82 / Técnica cadarço	Ferida de fasciotomia da perna (ETW)	Tempo para o fechamento definitivo
2014	Lone et ai. / Índia / Tornozelo pé diabético	28+28 / 56 / Curativo convencional	DFU	Tempo para preparar a ferida para fechamento espontâneo ou por cirurgia
2014	Monsen e outros. / Suécia / J Vasc Surg	10+10/20/terapia com alginato	Infecção de ferida perivascular profunda na virilha após cirurgia vascular (Szilagyi grau III) (IGP)	Tempo para epitelização completa da pele
2015	Kirkpatrick et ai. / Canadá / Ann Surg	23+22 / 45 / embalagem a vácuo de Barker	Sepse abdominal (COA)	Fechamento fascial primário tardio (DPFC), Mortalidade
2015	Rencuzogullari et al. / Turquia / UlusTravma Acil Cerrahi Derg	20+20 / 40 / técnica de bolsas de Bogotá	abdômen aberto, sepsse abdominal (COA)	Fechamento fascial primário tardio (DPFC), Mortalidade

7	! menos 0,001 / não	O tempo de fechamento da ferida foi significativamente maior no grupo NPWT em comparação com o grupo controle (p=0,001; 95% CI da diferença: 1,8-6,3 dias). <i>'CONCLUSÕES: Tanto a NPWT quanto a técnica de cadarço são métodos seguros, confiáveis e eficazes para o fechamento de feridas de fasciotomia na perna. A NPWT requer mais tempo para o fechamento definitivo da ferida e é muito mais cara do que a técnica de cadarço, especialmente quando enxerto de pele adicional é necessário.'</i>
42	+ / não	O tecido de granulação apareceu em 26 (92,85%) pacientes no final da semana 2 no grupo NPWT, enquanto apareceu em 15 (53,57%) pacientes naquele momento no grupo de controle. A granulação de 100% foi alcançada em 21 (77,78%) pacientes até o final da semana 5 no grupo NPWT em comparação com apenas 10 (40%) pacientes naquele momento no grupo controle. <i>'CONCLUSÃO: NPWT parece ser mais eficaz, segura e satisfatória para o paciente em comparação com curativos convencionais para o tratamento de DFUs.'</i>
104	0,026 / não	O tempo para epitelização total da pele foi significativamente menor no grupo NPWT (mediana, 57 dias) em comparação com o grupo alginato (mediana, 104 dias; p=0,026). <i>'CONCLUSÕES: A NPWT atinge uma cicatrização mais rápida do que a terapia com alginato após o desbridamento da ferida para infecções perivasculares profundas na virilha após cirurgia vascular. Este achado não permite inclusão adicional de pacientes do ponto de vista ético e, portanto, este estudo foi interrompido prematuramente.'</i>
90	DPFC-0,17 / M-0,04 / não	A incidência cumulativa de fechamento fascial primário em 90 dias foi semelhante entre os grupos (taxa de risco, 1,6; IC 95%: 0,82-3,0, p=0,17). No entanto, a mortalidade em 90 dias melhorou no grupo NPWT (razão de risco, 0,32; intervalo de confiança de 95%, 0,11-0,93; p=0,04). <i>'CONCLUSÕES: Este estudo observou uma diferença de sobrevida entre pacientes randomizados para a NPWT versus a embalagem a vácuo de Barker que não parece ser mediada por uma melhora na drenagem do fluido peritoneal, taxas de fechamento fascial ou marcadores de inflamação sistêmica.'</i>
nD	DPFC+ / M+ / não	O fechamento primário da fásia foi considerado apropriado em 16,9 dias no grupo NPWT e 20,5 dias no grupo bolsa de Bogotá. 12 pacientes (30%) morreram durante o estudo. Entre os pacientes falecidos, 5 (12%) estavam no grupo NPWT, enquanto 7 (17,5%) pertenciam ao grupo bolsa de Bogotá. <i>'CONCLUSÃO: Com base nesses resultados, sugere-se que o VAC tenha vantagens quando comparado à bolsa de Bogotá como método de fechamento temporário no manejo da síndrome compartimental abdominal.'</i>

Apêndice 4. TOP 20 periódicos que publicam artigos revisados por pares que lidam com NPWT (Pesquisa de literatura em 31 de dezembro de 2015) Fator de impacto de acordo com (2013)

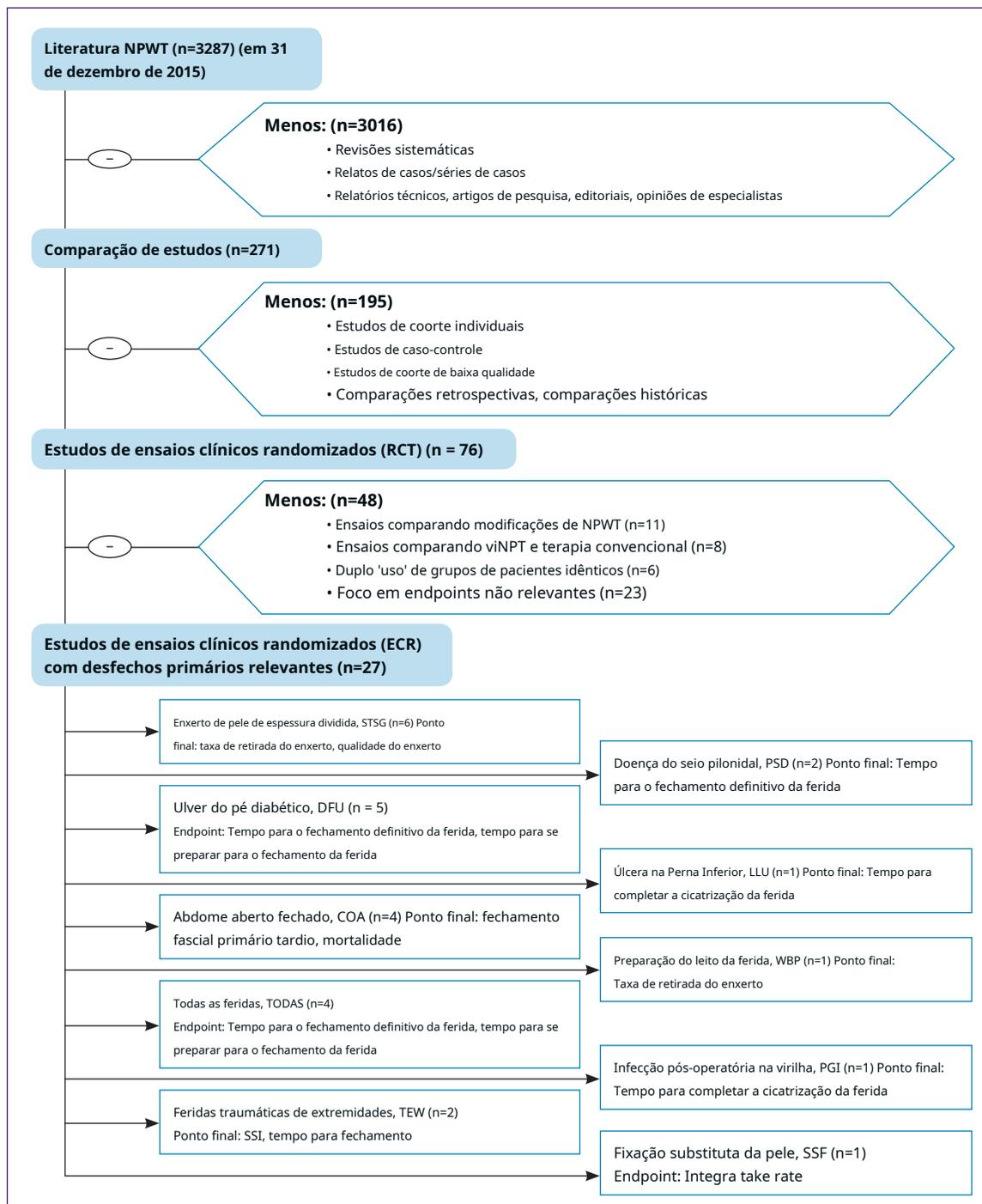
Classificação	Diário	Número	Fator de impacto
1	Ferida Int J	181	2.150
2	Zentralbl Chir	116	1.048
3	J Tratamento de Feridas	113	1.069
4	Cirurgia Plástica de Reconstrução	102	2.993
5	Tratamento de feridas de ostomia	87	1.122
6	Ann Cirurgiã Plástica	74	1.494
7	J Plast Reconstr Aesthet Surg	74	1.421
8	Regeneração de Feridas	57	2.745
9	Interact Cardiovasc Thorac Surg	55	1.155
10	Ann Thorac Surg	53	3.849
11	Ferimentos	38	0,538
12	J Enfermeiros de Continência de Ostomia Ferida	36	1.177
13	J Trauma	33	2.961
14	Int J Low Extrem Ferimentos	33	0,928
15	J Ortop Trauma	31	1.803
16	Tratamento Adv de Feridas Cutâneas	30	1.106
17	Eplastia	26	0,000
18	Eur J Cardiothorac Surg	24	3.304
19	Am Surg	23	0,818
20	Am J Surg	22	2.291

Apêndice 5. Número de publicações para os vários níveis de evidência que lidam com 'NPWT' (títulos e qualquer campo) de acordo com o Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Oxford CEBM). Pesquisa de literatura a partir de 31 de dezembro de 2015

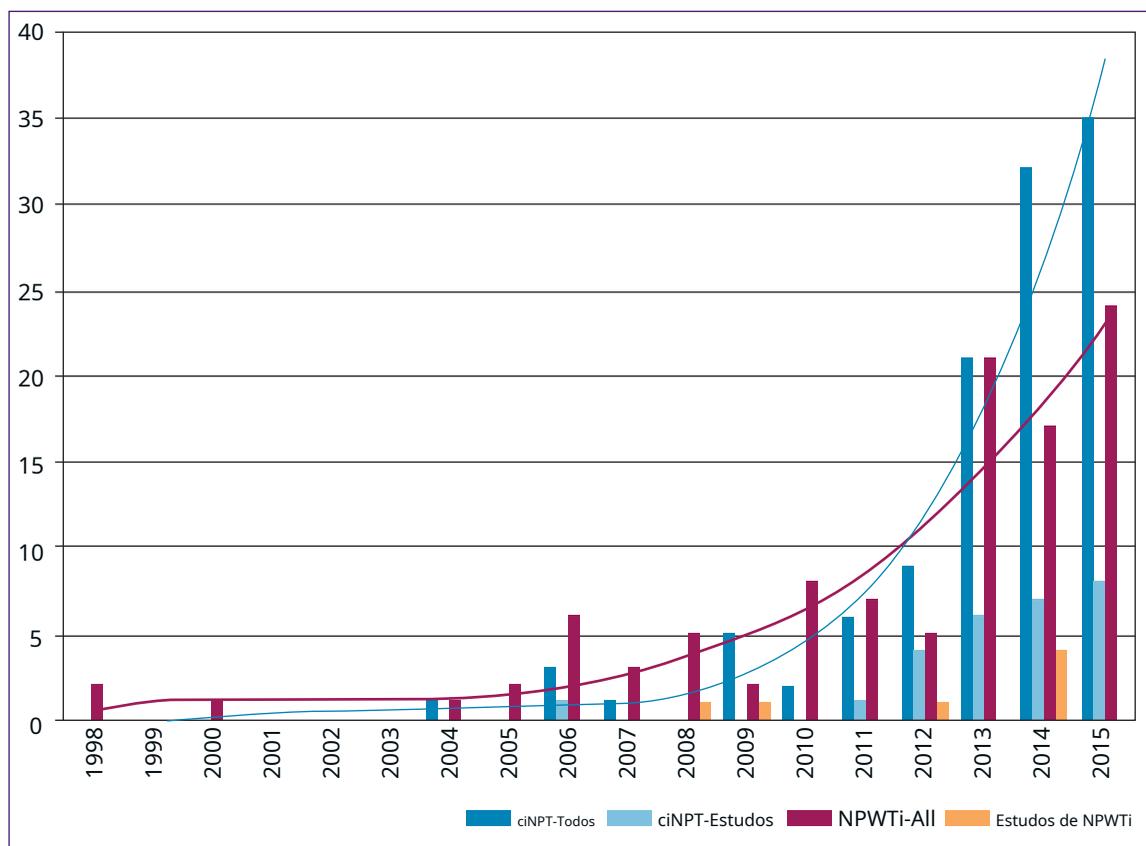
Evidência Nível	Terapia / Prevenção, Riscos / Efeitos colaterais	Número (%)
1a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de RCTs	6 (0,2%)
1b	RCT individual (com intervalo de confiança estreito, tamanho do grupo > 20 pts)	38 (1,2%)
1c	Tudo ou nada*	0
2a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte	7 (0,2%)
2b	Estudo de coorte individual (incl. ECR de baixa qualidade, por exemplo, acompanhamento < 80%)	78 (2,4%)
2c	Pesquisa de 'resultados', estudo ecológico	0
3a	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle	55 (1,7%)
3b	Estudos de caso-controle individuais	13 (0,4%)
4	Série de casos (e estudos de coorte de baixa qualidade e estudos de controle de caso ruins), estudos retrospectivos, comparação histórica	73 (2,2%)
4/5	Opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita ou baseada em fisiologia, pesquisa de bancada ou 'primeiros princípios'	2778 (84,5%)
. - .	Relatórios técnicos, artigos de pesquisa	239 (7,3)

Adaptado à Classificação por Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes (março de 2009); *por exemplo, quando todos os pacientes morreram antes que a terapia se tornasse disponível, mas alguns agora sobrevivem com ela, ou quando alguns pacientes morreram, mas nenhum agora morre com ela.

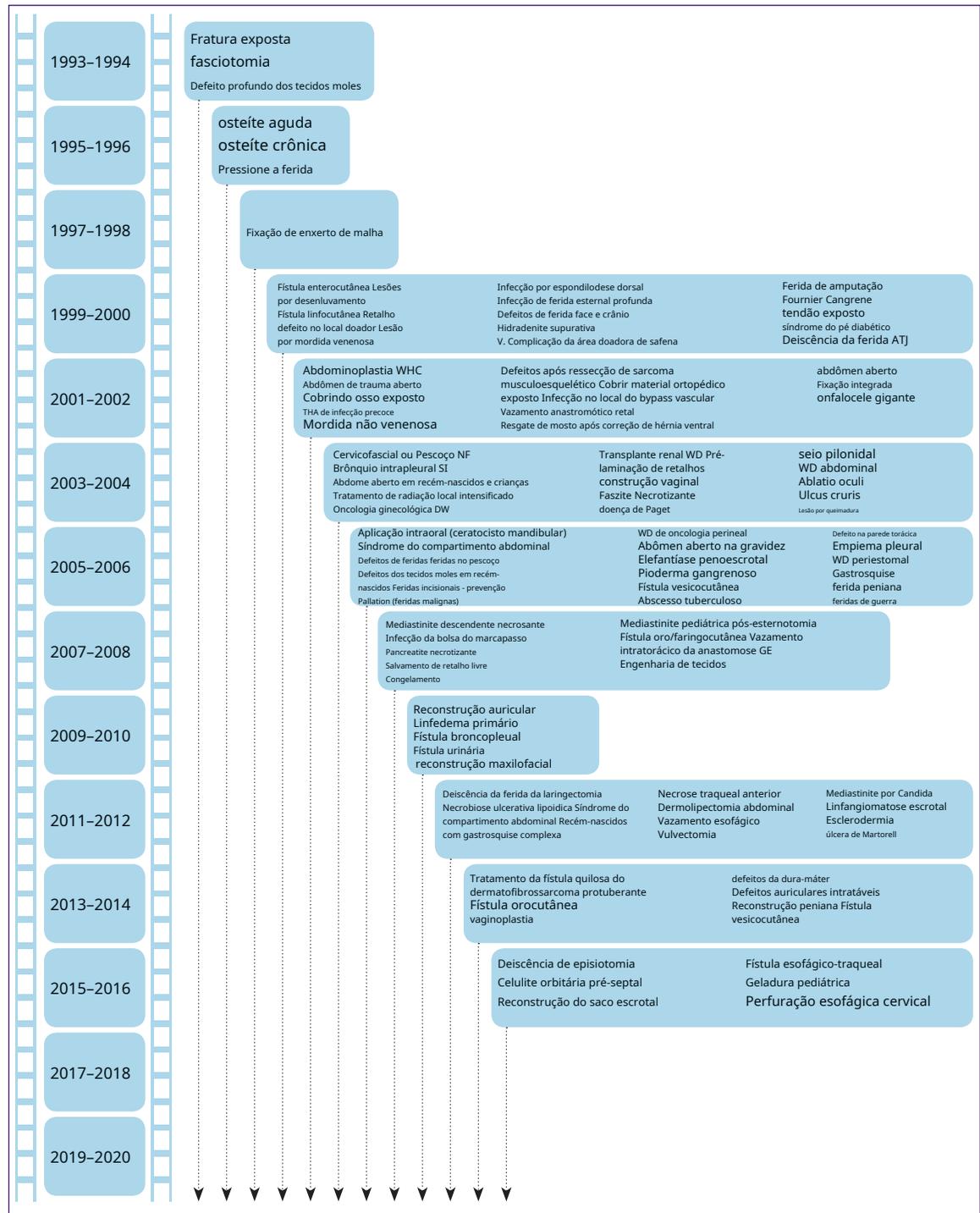
Apêndice 6. Fluxograma (artigos identificados n=3287, RCTs com endpoints claramente definidos n=27)



Apêndice 7. Número de artigos publicados sobre (tratamento de pressão negativa incisional fechada (ciNPT) e terapia de feridas por pressão negativa e instilação (NPWTi) em periódicos revisados por pares nas últimas duas décadas (colunas azuis - número por ano para literatura ciNPT (parte azul brilhante da comparação ensaios em números absolutos, linha azul = linha de tendência), as colunas vermelhas - número por ano para literatura NPWTi (parte vermelha brilhante de comparação de ensaios em números absolutos, linha vermelha = linha de tendência). Com base na pesquisa da literatura em 31 de dezembro de 2015



Apêndice 8.Desenvolvimento do espectro de indicações até 2015. O tempo atribuído é baseado na data de publicação



Apêndice 9.Estudos comparativos 'terapia de feridas padrão' versus NPWTi e NPWT versus NPWTi

Ano	Autor / País / Periódico	Estudo/Evidência-nível	Tamanho do grupo	Modo de instilação
2008	Gabriel e cols. / EUA / Ferida Int J	Controle retrospectivo grupo - baixa qualidade / 4	15 NPWTi + 15 (ferida úmida padrão-terapia de cuidado)	Polihexanida
2009	Timmers et ai. / Holanda / Ferida Reparar regeneração	Caso retrospectivo- estudo de coorte de controle / 4	30+94 (implantação de gentamicina polimetilmetacrilato miçangas e longo prazo antibióticos intravenosos)	Irrigação através dos tubos três vezes ao dia com solução antisséptica de polihexanida
2012	Goss et ai. / EUA / J Am Coll Clin Wound Spec	Estudo piloto prospectivo - Estudo de coorte - baixa qualidade / 4	n=8: Cirúrgica cortante desbridamento seguido por NPWTi contra n=8: Algoritmo padrão (cirúrgica desbridamento seguido por NPWT)	NPWTi com solução de alvejante de força de um quarto
2014	Gabriel e cols. / EUA / Eplastia	Análise retrospectiva estudo de coorte / 3b; econômico hipotético modelo usando custo premissas	34 (NPWT) +48 (NPWTi)	Fluido: solução salina ou polihexanida
2014	Kim e outros. / EUA / Cirurgião Plástico Reconstr	Estudo retrospectivo, histórico, de controle de coorte - baixa qualidade / 4	NPWT: n = 74; NPWTi: n = 34, tempo de permanência 6 min, n=33, tempo de permanência n=20 minutos	Com e sem instilação

Ferimentos	Terminais	Resultados/conclusões
Complexo, infectado ferimentos	Dias de tratamento, Redução da infecção, fechamento da ferida, internação	O grupo de instilação de NPWT precisou de menos dias de tratamento (36,5±13,1 versus 9,9±4,3 dias, p<0,001), livre de infecção clínica mais cedo (25,9 +/- 6,6 versus 6,0±1,5 dias, p<0,001), fecharam as feridas mais cedo (29,6±6,5 versus 13,2±6,8 dias, p<0,001) e tiveram menos dias de internação (39,2±12,1 versus 14,7±9,2 dias, p<0,001). <i>CONCLUSÃO: 'O uso da instilação de NPWT pode reduzir custos e diminuir os requisitos de internação para essas feridas infectadas complexas.'</i>
Pós traumático osteomielite depois da cirurgia desbridamento	Hora de ferir encerramento, número de procedimentos cirúrgicos, recorrência de infecção	NPWTi: A taxa de recorrência da infecção foi de 3/30 (10%), 55/93 (58,5%) dos controles tiveram recorrência (p<0,0001). NPWTi: A duração total da internação foi menor e o número de procedimentos cirúrgicos menor em comparação com os controles (todos p<0,0001). <i>CONCLUSÃO: '... na osteomielite pós-traumática, a terapia de instilação de pressão negativa reduz a necessidade de intervenções cirúrgicas repetidas em comparação com a abordagem padrão atual.'</i>
Contaminado perna crônica e feridas nos pés	Eficácia da preparação do leito da ferida, CFU/ cultura de tecidos de grama	A média de CFU/grama de cultura de tecidos foi estatisticamente maior - 3,7x10 ⁶ (±4 x 10 ⁶) no grupo NPWTi, enquanto no grupo padrão (NPWT) a média foi 1,8 x 10 ⁶ (±2,36 x 10 ⁶) CFU/grama de cultura de tecidos (p=0,016). A redução média absoluta em bactérias para o grupo NPWTi foi de 10,6x10 ⁶ bactérias por grama de tecido enquanto houve um aumento médio absoluto de bactérias para o grupo NPWT de 28,7x10 ⁶ bactérias por grama de tecido, portanto, houve uma redução estatisticamente significativa na biocarga absoluta nas feridas tratadas com NPWTi (p=0,016). <i>CONCLUSÃO: 'As feridas tratadas com NPWTi (neste caso com solução de instilação de alvejante de um quarto de força) tiveram uma redução estatisticamente significativa na biocarga, enquanto as feridas tratadas com NPWT tiveram um aumento na biocarga durante os 7 dias.'</i>
Extremidade e feridas no tronco	Os resultados clínicos, diferenças de custo	Os RESULTADOS mostraram diferenças significativas (p<0,0001) entre pacientes NPWTi-d e NPWT, respectivamente, para o seguinte: média de desbridamentos de sala de cirurgia (2,0 versus 4,4), média de internação (8,1 versus 27,4 dias), duração média da terapia (4,1 versus 20,9 dias) e tempo médio para fechamento da ferida (4,1 versus 20,9 dias). O modelo econômico hipotético mostrou redução média potencial de US\$ 8.143 para desbridamentos de sala de cirurgia entre pacientes NPWTi-d (US\$ 6.786) e NPWT (US\$ 14.929). <i>CONCLUSÃO: '... NPWTi-d pareceu auxiliar na limpeza da ferida e na remoção do exsudato, o que pode ter permitido o fechamento mais precoce da ferida em comparação com a NPWT. As descobertas do modelo econômico hipotético ilustram a relação custo-benefício potencial da NPWTi-d em comparação com a NPWT.'</i>
Agudamente e cronicamente infectado ferimentos	Tempo para procedimento cirúrgico final, hospital ficar, número de visitas operatórias	O número de visitas operatórias foi significativamente menor para os grupos de tempo de permanência de 6 e 20 minutos (2,4±0,9 e 2,6±0,9, respectivamente) em comparação com o grupo sem instilação (3,0±0,9) (p≤0,05). A permanência hospitalar foi significativamente menor para o grupo de tempo de permanência de 20 minutos (11,4±5,1 dias) em comparação com o grupo sem instilação (14,92±9,23 dias) (p≤0,05). O tempo até o procedimento cirúrgico final foi significativamente menor para o 6° e 20° grupos de tempo de permanência de -minuto (7,8±5,2 e 7,5±3,1 dias, respectivamente) em comparação com o grupo sem instilação (9,23±5,2 dias) (p≤0,05). A porcentagem de feridas fechadas antes da alta e a melhora da cultura para bactérias Gram-positivas foi significativamente maior para o grupo de tempo de permanência de 6 minutos (94 e 90%, respectivamente) em comparação com o grupo sem instilação (62 e 63%, respectivamente) (p≤0,05). <i>CONCLUSÃO: 'NPWTi (tempo de permanência de 6 ou 20 minutos) é mais benéfica do que a NPWT padrão para o tratamento adjuvante de feridas com infecção aguda e crônica...'</i>

2014	Tao et al. / China / Gastroenterol Res Pract	Coorte retrospectiva estudo - baixa qualidade / 4	NPWT mediada por malha tração fascial e (n=73). NPWTi: n=61	nD
2015	Kim e outros. / EUA / Cirurgião Plástico Reconstr	Prospectivo randomizado ensaio controlado / 2b	n= 123	Comparando solução salina normal a 0,9% versus polihexanida a 0,1% mais betaina a 0,1%
2015	Sol e outros. / China / Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi	Prospectivo randomizado ensaio controlado / 2b	NPWT (A, n = 11) NPWTi + solução salina (B, n = 11), NPWTi + solução de unsulina (C, n = 12)	Comparando solução salina normal a 0,9% versus solução de insulina
2015	Wen et al. / China / Zhonghua Shao Shang Za Zhi	Prospectivo randomizado ensaio controlado / 2b	NPWT (A, n=11) NPWTi + solução salina (B, n = 11), NPWTi + irrigação com fluido carregado com oxigênio (C, n = 12)	Comparando solução salina normal a 0,9% versus fluido carregado com oxigênio

Séptico Aberto Abdômen	Taxa de atraso fechamento fascial primário (DPFC)	A taxa de DPFC no grupo de instilação aumentou significativamente (63% versus 41%, p=0,011). A mortalidade com OA foi semelhante (24,6% versus 23%, p=0,817) entre os dois grupos. No entanto, o tempo para DPFC (p = 0,003) e o tempo de internação (p = 0,022) dos sobreviventes diminuíram significativamente no grupo de instilação. Além disso, a instilação de NPWT (OR: 1,453, IC 95%: 1,222-4,927, p=0,011) foi um fator de influência independente relacionado ao sucesso do DPFC. <i>CONCLUSÃO: 'A instilação de VAWCM pode melhorar a taxa de DPFC, mas não pode diminuir a mortalidade em pacientes com abdome séptico aberto.'</i>
Feridas infectadas isso exigia admissão hospitalar e operacional desbridamento.	Número de visitas operatórias, comprimento do hospital permanência, tempo até o procedimento cirúrgico final, proporção de fechado ou feridas cobertas, e proporção de feridas que ficaram fechado ou coberto no seguimento de 30 dias	Não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados substitutos, com exceção do tempo até o procedimento cirúrgico final, favorecendo solução salina normal (p = 0,038). <i>CONCLUSÃO: 'A solução salina normal a 0,9% pode ser tão eficaz quanto um anti-séptico (polihexanida a 0,1% mais betaina a 0,1%) para tratamento de feridas com pressão negativa com instilação para tratamento adjuvante de feridas infectadas em internação.'</i>
diabético crônico úlcera de membro inferior	Concentração de fator de crescimento da insulina 1 (IGF-1), tumor fator de crescimento a (TNFalfa), óxido nítrico (NÃO) em necrose tecido. Cobertura taxa, espessura de tecido de granulação, taxa de liberação de bactérias, histologia de tecido de granulação (HE coloração) após 6 dias de tratamento	Coloração HE: poucos novos microvasos e fibroblastos no grupo A após o tratamento; mais novos microvasos e fibroblastos foram observados no grupo B; e muitos novos microvasos e fibroblastos foram encontrados no grupo C. A taxa de cobertura/ espessura do tecido de granulação e a taxa de eliminação de bactérias no grupo C foram significativamente maiores (p<0,05). IGF-1 e NO aumentaram significativamente e TNFalfa diminuíram significativamente no grupo C quando comparados aos do grupo A (p<0,05). Em comparação com o grupo B, os conteúdos de IGF-1 e NO aumentaram significativamente em 3-6 dias e em 2-6 dias, respectivamente, e o conteúdo de TNF-alfa diminuiu significativamente em 3-6 dias no grupo C (p<0,05). Tempo operação de segundo estágio no grupo C foi significativamente mais curta do que nos grupos A e B (p<0,05). <i>CONCLUSÃO: 'O tratamento de úlceras diabéticas de membros inferiores com ... irrigação de solução de insulina combinada com NPWTi pode reduzir a reação inflamatória de forma eficaz, promover o desenvolvimento de tecido de granulação, melhorar a função de recuperação do tecido, aumentar a taxa e a velocidade de cicatrização de feridas obviamente, mas não tem efeito sobre os níveis de glicose no sangue.'</i>
Perna venosa crônica úlcera	Tecido de granulação taxa de cobertura, quantidade recém-nascido microvasos e fibroblastos, frescos colágeno, pele pO2, Expressão de VECF, número de macrófagos tipo I + II em tecido de granulação	A taxa de cobertura de tecido de granulação das feridas nos pacientes do grupo C foi maior do que nos grupos A ou B (p<0,05 ou p<0,01). Coloração HE: microvasos recém-nascidos e fibroblastos mais abundantes no grupo C; Coloração Masson: colágeno fresco mais abundante distribuído ordenadamente. pO cutâneo ao redor das feridas nos pacientes do grupo C significativamente maior (p < 0,01). A expressão do VECF nas feridas dos pacientes do grupo C foi maior do que nos grupos A ou B (p<0,05 ou p<0,01). No PTD 7, o número de macrófagos tipo I no tecido de granulação dos pacientes foi respectivamente 14,3 +/- 2,3, 11,5±3,0 e 10,7±2,3 por 400 vezes o campo de visão nos grupos A, B e C (F=25,14, p <0,01), enquanto o número no grupo C foi menor do que no grupo A ou B (p<0,05 ou p<0,01). No PTD 7, <i>CONCLUSÕES: 'NPWT combinada com irrigação de fluido carregado de oxigênio pode aumentar a pO -pele ao redor das feridas de forma eficaz, promovendo a transição de macrófagos do tipo I para o tipo II, portanto, pode promover o crescimento de tecido de granulação, resultando em um melhor receptor para enxerto de pele ou epitelização.'</i>

Apêndice 10. Visão geral de todos os ensaios clínicos randomizados publicados e meta-análises lidando com ciNPT em todos os campos cirúrgicos

Ano	Autor / revista	Nível EBM*	Número de pacientes/desenho do estudo
2015	Scalise et al. / Itália / Int Ferida J	1a (revisão sistemática, meta-análise de ECRs, outros comparativos estudos)	1 estudo de engenharia biomédica, 2 estudos em animais, 15 estudos em humanos para um total de 6 ensaios clínicos randomizados, 5 estudos de coorte prospectivos, 7 análises retrospectivas foram incluídos
2015	Semsarzadeh et ai. / EUA / Cirurgiã Reconstructora Plástica	1a (revisão sistemática, meta-análise de ECRs, outros comparativos estudos)	n = 8 estudos implementados (com base em uma busca por desenhos de estudos experimentais e epidemiológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios pseudo-randomizados, estudos quase-experimentais, estudos antes e depois, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de controle de caso e estudos cruzados analíticos estudos seccionais
2015	Sandy-Hodgetts et al. / Austrália / JBI Database System Rev Implementar Representante	1a (revisão sistemática, meta-análise de ECRs, outros comparativos estudos)	n = 8 estudos implementados (com base em uma busca por desenhos de estudos experimentais e epidemiológicos, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios pseudo-randomizados, estudos quase-experimentais, estudos antes e depois, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de controle de caso e estudos cruzados analíticos estudos seccionais
2015	Gillespie e outros. / Austrália / Surg Innov	1b (não mascarado, randomizado controlado teste piloto)	Grupo A: ciNPT, n=35 Grupo B: Controle, n=35, hidrocolóide de cuidado padrão e 2 curativos absorventes; Acompanhamento: 6 semanas
2014	Webster e outros. / Austrália / Cochrane <small>Revisão do sistema de banco de dados</small>	1a (metanálise de ECRs, outros estudos comparativos)	Meta-análise
2013	Ingargiola et ai. / EUA / Eplastia	1a (bancos de dados de 2006 a 2012 para artigos publicados (metanálise de ECRs, outros estudos comparativos)	Meta-análise

Tipo de feridas	Desfecho/resultados primários	Conclusão/comentário
Todo o tipo de feridas	Diminuição da incidência de infecção, formação de serohematomas e das taxas de reoperação com o uso de ciNPT. Menor nível de evidência foi encontrado na deiscência: diminuída em alguns estudos.	Devido aos estudos limitados, é difícil fazer qualquer afirmação sobre as outras variáveis, sugerindo a necessidade de mais estudos para recomendações adequadas sobre iNPWT.
Todo o tipo de feridas	As taxas médias ponderadas gerais de SSI nos grupos ciNPT e controle foram de 6,61% e 9,36%, respectivamente. Isso reflete uma redução relativa na taxa de SSI de 29,4%. Uma menor probabilidade de SSI foi evidente no grupo ciNPT em comparação com o grupo de controle em todos os estudos e em todos os quatro subgrupos de localização da incisão. As taxas gerais de deiscência nos grupos ciNPT e controle foram de 5,32% e 10,68%, respectivamente.	O ciNPT é um método potencialmente eficaz para reduzir a SSI. Parece também que o ciNPT pode estar associado a uma diminuição da incidência de deiscência, mas os dados publicados disponíveis eram muito heterogêneos para realizar metanálises.
Trauma, cardioráquia, ortopédico, abdominal ou vascular cirurgia	Endpoints: Ocorrência de SSI ou deiscência medida por: SSI - superficial e profunda; deiscência da ferida cirúrgica; dor na ferida; seroma de ferida; hematoma da ferida. Diferença estatisticamente significativa a favor do uso de ciNPT em comparação com curativos cirúrgicos padrão foi encontrada para SSI.	Associação demonstrada entre o uso de ciNPT e redução de SSI.
quadril eletivo artroplastia	Desfechos: Complicações pós-operatórias (SSI, tempo de internação, reinternação) e complicações cutâneas (hematoma, seroma, hematoma, deiscência) A incidência de ISC foi de 2/35 no grupo A, 3/35 no grupo B [RR = 0,67; IC de 95%: 0,12-3,7; p=0,65]. Os pacientes ciNPT apresentaram mais complicações pós-operatórias da ferida [RR: 1,6; IC 95%: 1,0-2,5; p=0,04].	'Uma redução de 3% na incidência de ISC sugere que um estudo definitivo requer aproximadamente 900 pacientes por grupo. incerteza sobre o benefício da NPWT após artroplastia de quadril eletiva.'
3 ensaios envolveram enxertos de pele, 4 incluídos pacientes ortopédicos e 2 incluídos cirurgia geral e cirurgia de trauma pacientes	As evidências dos efeitos do ciNPT para reduzir a ISC e a deiscência da ferida permanecem obscuras, assim como o efeito do ciNPT no tempo para completar a cicatrização.	Necessidade urgente de ensaios de alta qualidade e potência adequada para avaliar os efeitos do ciNPT. Tais ensaios devem se concentrar inicialmente em feridas que podem ser difíceis de cicatrizar, como feridas externas ou incisões em pacientes obesos.
Todo o tipo de feridas	A literatura mostra uma diminuição significativa nas taxas de infecção com o uso do ciNPT. Resultados inconsistentes para formular uma declaração clara. Devido aos estudos limitados, é difícil fazer qualquer afirmação sobre seroma, hematoma e necrose cutânea.	Possível evidência de uma diminuição na incidência de infecção com a aplicação de ciNPT. Olhando para outras variáveis, como deiscência, seroma, hematoma e necrose cutânea, não há dados consistentes e sugere mais estudos para recomendações adequadas para ciNPT.

2012	Stannard et ai. / EUA / J Orthop Trauma	1b (Prospectivo randomizado multicêntrico ensaio clínico)	Grupo A: ciNPT, n=141 Grupo B: Controle, n=122, curativos pós-operatórios padrão; Acompanhamento 6 semanas
2012	Masden et ai. / EUA / Ann Surg	1b (randomizado ensaio controlado)	Grupo A: ciNPT, n=44 Grupo B: Controle, n=37, curativos pós-operatórios padrão; O seguimento médio foi de 113 dias
2011	Howell e outros. / EUA / Ortopedia atual Prática	1b (randomizado ensaio controlado)	Grupo A: ciNPT, n=24 Grupo B: Controle, n=36, gaze estéril; O seguimento médio foi de 113 dias
2009	Stannard et ai. / EUA / J Orthop Trauma	1b (randomizado ensaio controlado)	Grupo A: ciNPT, n=35 Grupo B: Controle, n=23, curativo de gaze de malha fina; O seguimento médio foi de 113 dias
<p>* Classificação produzida por Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes (março de 2009); Problemas de cicatrização da ferida – deiscência da ferida, escara ou drenagem ao longo de três semanas após a cirurgia; †Complicações significativas da ferida = complicações da ferida que requerem intervenção cirúrgica; IMC–índice de massa corporal; terapia de pressão negativa com incisão fechada ciNPT; OR-odds ratio; IC–intervalo de confiança; ciNPT: terapia por pressão negativa com incisão fechada; SSI-Infecção do sítio cirúrgico</p>			

<p>pacientes com trauma contuso com uma das três fraturas de alto risco tipos (planalto tibial, pilão, calcâneo) requerendo cirurgia estabilização</p>	<p>Houve um total de 23 infecções no Grupo B e 14 no Grupo A, o que representou uma diferença significativa a favor do ciNPT ($p=0,049$). ciNPT (95% CI: 1,03–3,55). Diminuição da incidência de deiscência da ferida e SSI após fraturas de alto risco quando os pacientes têm ciNPT.</p>	<p>Até 2012, não há estudos avaliando o ciNPT como tratamento profilático para prevenir ISC e deiscência de incisões cirúrgicas de alto risco. O ciNPT deve ser considerado para feridas de alto risco após trauma esquelético grave.</p>
<p>Principalmente mais baixo ferida de extremidade fecho</p>	<p>6,8% do grupo ciNPT e 13,5% do grupo curativo seco desenvolveram ISC - sem significância estatística ($p=0,46$). Nenhuma diferença no tempo para desenvolver infecção. Não houve diferença estatística na deiscência entre o grupo ciNPT e curativo seco (36,4% versus 29,7%; $p=0,54$) ou tempo médio para deiscência ($p=0,45$). No geral, 35% do grupo curativo seco e 40% do grupo ciNPT tiveram uma ISC, deiscência ou ambos. Destes, 9 no grupo ciNPT (21%) e 8 no grupo curativo seco (22%) necessitaram de reoperação.</p>	<p>Não houve diferença na incidência de ISC ou deiscência entre o grupo ciNPT e curativo seco.</p>
<p>joelho total Substituição procedimentos e IMC > 30</p>	<p>Nenhuma diferença significativa de dias para uma ferida seca (4,3 dias ciNPT, 4,1 dias gaze estéril). Ocorreram 2 SSI, uma em cada braço do estudo. O estudo foi interrompido prematuramente quando 15 dos 24 joelhos (63%) tratados com ciNPT desenvolveram bolhas na pele.</p>	<p>O ciNPT não pareceu acelerar o fechamento da ferida e foi associado a bolhas. Não parece haver benefício no uso rotineiro do ciNPT no pós-operatório imediato TKA período.</p>
<p>Fraturas expostas graves</p>	<p>Os pacientes de controle desenvolveram 2 SSI (8%) e 5 infecções tardias (20%), para um total de 7 infecções profundas (28%), enquanto os pacientes ciNPT desenvolveram 0 infecções agudas, 2 infecções tardias (5,4%), para um total de 2 infecções profundas (5,4%). Diferença significativa entre os grupos para infecções totais ($p=0,024$). A razão de risco relativo é 0,199 (intervalo de confiança de 95%: 0,045-0,874).</p>	<p>O ciNPT representa uma nova terapia promissora para fraturas expostas graves após trauma de alta energia, sugerindo que os pacientes tratados com ciNPT tinham apenas um quinto da probabilidade de ter uma infecção em comparação com pacientes randomizados para o grupo controle.</p>

Apêndice 11. Rsituação de reembolso em países selecionados da UE (dados de 2016)

País	Reembolso	comprado/arrendado
FRANÇA	Sem reembolso específico Sem financiamento específico (financiamento DRG) Seguros de saúde privados também não estão financiando.	Sem reembolso específico Todas as aquisições ou arrendamentos fazem parte do financiamento DRG. No entanto, as empresas estão implementando o leasing gratuito com preços mais altos de consumíveis.
ALEMANHA	Sim Dentro do ambiente hospitalar	Ambos
ITÁLIA	Sem reembolso É considerado parte de outros procedimentos. Isso depende de um único orçamento hospitalar	Ambos Embora não seja reembolsado, quando usado, recebe uma taxa por dia / reembolso de troca de curativo
ESPANHA	Não Sem reembolso nacional. Os ambientes públicos e privados adquirem produtos NPWT por meio de compra direta. No setor público, se as compras forem superiores a 18K€/ano por código de produto, procedem normalmente a Concurso Público (a Nível Hospitalar normalmente; ainda raramente a nível Regional por falta de homogeneidade na utilização/procura)	Ambos Os dispositivos NPWT são alugados (o cliente compra apenas os fungíveis), exceto os dispositivos de uso único (tudo comprado). Alguns hospitais privados e seguradoras preferem pagar uma multa (custo por dia), para obter o serviço sob demanda.
Reino Unido	Sim No hospital - NPWT é paga pelo NHS (dispositivos e consumíveis). A quantidade ou tempo que a NPWT é fornecida depende do hospital individual e do orçamento disponível. Existe uma tarifa NPWT para reembolso, mas raramente é usada.	Ambos Os hospitais escolhem o melhor modelo de negócios para atender às suas necessidades e orçamentos.

Atendimento domiciliar	Treinamento	Protocolos
<p>Sem reembolso específico A NPWT é restrita a cuidados hospitalares e domiciliares por meio de Hospitalização em Casa (HAD).</p> <p>O reembolso, entretanto, não é específico para NPWT e pode ser considerado semelhante ao DRG. O cuidado comunitário não é considerado como indicação nas recomendações do HAS</p>	<p>Sim</p> <p>Um treinamento específico é exigido pelas recomendações do HAS para NPWT. A empresa e os hospitais estão fornecendo treinamento (a empresa fornece treinamento para o hospital, o hospital fornece treinamento para o paciente)</p>	<p>Sim</p> <p>Mas nenhum protocolo nacional, exceto uma parte dentro das recomendações do HAS sublinhando o lugar da NPWT na estratégia (primeira-segunda linha). Protocolos regionais e locais podem estar disponíveis e desenvolvidos de acordo com a situação. A empresa fornece protocolos baseados na etapa de cicatrização</p>
<p>Não</p> <p>Geralmente não é reembolsado, apenas em uma decisão caso a caso, dependendo da empresa SHI</p>	<p>Sim</p> <p>Fornecido pela empresa</p>	<p>Não</p> <p>Não existem protocolos</p>
<p>Sim não</p> <p>Algumas exceções são consideradas em Piemonte, Sicília, Toscana e Lombardia para atendimento domiciliar/tratamentos ambulatoriais</p>	<p>Sim</p> <p>sempre por empresa</p>	<p>Sim</p> <p>Em algumas áreas: Emilia e Toscana. Os protocolos são fornecidos por especialistas/ clínicos específicos escolhidos pelas administrações regionais de saúde</p>
<p>Sim não</p> <p>Pouca frequência, mas ocorre em alguns hospitais, principalmente por meio de aparelhos portáteis ou de uso único.</p> <p>A limitação para esta utilização não se deve estritamente a restrições orçamentais, mas sim à falta de penetração da utilização de NPWT em Espanha, comparativamente aos pensos convencionais</p>	<p>Sim</p> <p>Quase sempre fornecido por empresas (principalmente no hospital, mas também durante conferências)</p>	<p>Sim</p> <p>A nível hospitalar, mas nem sempre: depende das necessidades de cada um. Ainda não há um consenso claro nem uma suposição do uso em nível nacional, portanto, não é obrigatório ter um protocolo para usar NPWT (grande parte do uso permanece em decisões individuais, caso a caso). Os protocolos são normalmente fornecidos pelas empresas em primeira instância (baseados em evidências/ consensos), e posteriormente adotados e adaptados pelos clientes em relação às suas características/necessidades.</p>
<p>Sim não</p> <p>Os consumíveis são reembolsados através da UK Drug Tariff, mas os dispositivos de uso multipaciente não.</p> <p>A NPWT para uso em um único paciente é reembolsada pela tarifa de medicamentos do Reino Unido.</p>	<p>Sim</p> <p>O treinamento é fornecido por médicos especializados, bem como pela empresa. Não reembolsado.</p>	<p>Sim</p> <p>Os médicos líderes em cada instalação individual decidem e implementam protocolos locais.</p>

Apêndice 12. Estudos comparativos – economia da saúde

Autor	Ano	País	tipo de estudo	População do estudo	Intervenção
Apelqvist, J., e outros	2008	EUA (e Suécia)	RCT	162 pacientes	Pacientes com feridas pós- amputação devido a pé diabético tratados com VAC e MWT padrão
Aydin, EUA, e outros	2015	Peru	Coorte	21 pacientes	Vários tratamentos para linfocele ou linforreia
Baharestani, MM, e outros.	2008	EUA	Coorte	562 pacientes	Iniciação precoce vs. tardia de NPWT no tratamento de úlceras por pressão e feridas cirúrgicas
Braakenburg A., e outros.	2006	O Holanda	RCT	65 pacientes	VAC e terapia convencional
De Leão, J. M., e outros.	2009	EUA	Coorte	51 pacientes	NPWT/RCOF e tópico estratégias avançadas de cicatrização úmida (não NPWT)
Dorafshar, A. H., e outros.	2012	EUA	RCT	87 pacientes	Pacientes com feridas agudas tratadas com gaze selada e VAC

Custos diretos	Custos indiretos	custos intangíveis	Resultados
Admissões hospitalares e tempo de permanência, número de procedimentos cirúrgicos e trocas de curativos, número de consultas de tratamento ambulatorial, uso de antibióticos, custos gerais.	N / D	N / D	Em comparação com a terapia padrão para feridas úmidas (MWT), a NPWT mostra-se econômica medida em custos diretos. O custo total médio para alcançar a cura foi de US\$ 25.954 para pacientes com NPWT e US\$ 38.806 para pacientes com MWT.
Tempo de permanência no hospital, duração do tratamento, custos médicos	Infecção, recorrência	Dor, irritabilidade	Comparação entre pacientes que foram tratados com terapia VAC como tratamento de primeira escolha (Gr. 1) e pacientes que foram tratados com vários tratamentos antes de VAC ou apenas outros tratamentos (Gr. 2). Gr. 1 demonstrou cicatrização de feridas mais rápida, controle de drenagem precoce, internação hospitalar mais curta e custos médicos hospitalares médios de € 1.038 versus € 2.137 para Gr. 2.
Número de tratamento-dias, duração de tratamento durante a internação domiciliar, tempo de internação	N / D	N / D	Para cada dia de atraso da NPWT, quase um dia era adicionado ao tempo total de internação.
Tempo médio de cura, custo total por dia, custo do tempo de trabalho (tempo de envolvimento da enfermagem pessoal), custos totais	carga bacteriana	Conforto	Comparação do VAC e outros curativos. O VAC representou maior conforto, menor envolvimento de tempo e custos da equipe de enfermagem, mas os custos gerais foram semelhantes para ambos os grupos. Assim como o tempo até o desfecho primário (exceto para pacientes com diabetes e/ou doença cardiovascular), redução da superfície da ferida e eliminação bacteriana.
Tempo de permanência no hospital, volume médio da ferida redução por dia, custo total do atendimento, custo por unidade, custo por centímetro cúbico redução de volume, custos gerais	N / D	N / D	Pacientes LTAC pós-cirúrgicos que foram tratados por NPWT/ROCF tiveram uma taxa mais acelerada de fechamento de feridas, em comparação com pacientes tratados com terapia avançada de cicatrização de feridas úmidas. Menor custo por redução de volume de centímetro cúbico sugere que NPWT/ROCF produz uma solução econômica mais favorável.
Área e volume da ferida, custo médio por dia, tempo necessário para troca do curativo	N / D	Dor	O GSUC não é inferior ao VAC no que diz respeito às alterações no volume da ferida e na área de superfície em um ambiente de cuidados intensivos. Além disso, os curativos GSUC foram mais fáceis e rápidos de aplicar, muito mais baratos (US\$ 4,22/dia versus US\$ 96,51/dia para VAC) e menos dolorosos.

Dougherty, EJ	2008	EUA	Estudo de modelagem	N / D	Vários tratamentos para úlceras diabéticas de espessura total e sem cicatrização
Motorista, V. R. e PA Blume	2014	EUA	Retrospectivo análise de RCT estudar	324 pacientes	NPWT versus terapia avançada para feridas úmidas no tratamento do pé diabético
Echebiri, N. C., e outros.	2015	EUA	Revisão da literatura + estudo de modelagem	N / D	Foco em NPWT versus curativo pós-operatório padrão em cesariana
Flack, S., et ai.	2008	EUA	Estudo de modelagem	N / D	Tratamento de úlceras de pé diabético com terapia VAC ou curativos tradicionais ou avançados
Gabriela., e outros	2014	EUA	Estudo de modelagem	82 pacientes	Pacientes com ferimentos em extremidades ou tronco tratados com NPWT padrão (VACTherapy) ou NPWTi-d (VACVeraflo Therapy)
Ghatak, PD	2015	EUA	RCT	30 pacientes	Tratamento de feridas crônicas com NPWT com e sem uso de uma camada de interface WED no curativo
Hampton, J.	2015	Dinamarca	Série de casos	9 pacientes	Tratamento de úlceras de perna ou de pressão de cicatrização lenta com NPWT

Média de 5 anos direto custo de tratamento de feridas	N / D	QALYs	A média de QALYs por modalidade foi maior para tratamento com gel de PRP (2,87), mas a próxima mais alta para tratamento com NPWT (2,81). O custo direto da ferida em 5 anos foi o mais baixo para o tratamento com PRPgél (US\$ 15.159), o próximo mais baixo para NPWT (US\$ 20.964) e o mais alto para tratamento padrão e fibroblasto humano (US\$ 40.073 e US\$ 40.569, respectivamente). Assim, o PRP-gel representa um tratamento potencialmente atraente, com NPWT como vice-campeão.
Redução da área da ferida, custo total, custo médio por 1 cm ² de fechamento, custo de materiais	N / D	N / D	Os pacientes tratados com NPWT tiveram uma redução maior da área da ferida (85%) do que os pacientes tratados com AMWT (62%). no entanto, no grupo de pacientes que atingiram o fechamento completo da ferida, o custo da NPWT superou o custo do AMWT (US\$ 10.172 versus US\$ 9.505).
Custo por tratamento, custo do tratamento ambulatorial	Custo da cirurgia infecção no local readmissão	N / D	Entre as pacientes com infecção de sítio cirúrgico após cesariana, a taxa de 14% ou menos, o curativo pós-operatório padrão foi a estratégia custo-benefício preferida. No entanto, para pacientes com uma taxa de infecção superior a 14%, o uso de NPWT profilática foi preferido.
Custo por amputação evitado, custo por QALY, taxa de cura, custo geral do tratamento	N / D	N / D	Os resultados do modelo demonstram taxas de cura melhoradas (61% versus 59%), mais QALYs (0,54 versus 0,53) e um custo geral de atendimento mais baixo (US\$ 52.830 versus US\$ 61.757 por pessoa) para pacientes tratados com terapia VAC em comparação com curativos avançados.
Duração da internação, duração do tratamento, custo diário da terapia	Cirúrgico desbridamentos	N / D	O estudo mostrou uma redução no tempo de internação hospitalar, desbridamentos cirúrgicos e LOT usando NPWTi-d (terapia VACVeraflo) em comparação com a NPWT padrão (VACTherapy). A relação custo-efetividade deve ser mais bem avaliada.
Número de curativos alterações, custo por paciente	Infecção	Dor	O uso de WED em conjunto com NPWT diminui a necessidade de trocas de curativo de três para duas vezes por semana e reduz o custo por paciente de US\$ 2.952 para US\$ 2.345.
Taxa de cicatrização, frequência de troca de curativos, custo semanal do tratamento	N / D	N / D	Quando introduzido no tratamento de feridas difíceis de cicatrizar, 2 semanas de tratamento com NPWT ajudaram a obter uma ferida reduzida 10 semanas antes do previsto, e a taxa de cicatrização continuou após a interrupção da NPWT. A frequência das trocas de curativo caiu de 4 vezes por semana na terapia convencional para 2 vezes por semana com NPWT. O custo semanal da NPWT foi em média 1,6 vezes maior que a linha de base, mas caiu para 3 vezes menos quando a NPWT parou, devido à redução na mudanças de vestimenta. Portanto, conclui-se que a NPWT é um tratamento econômico para feridas difíceis de cicatrizar.

Hermans, M. HE, e outros.	2015	EUA	Coorte	42 pacientes	Tratamento de feridas grandes com NPWT ou curativo de fibra hidrocínética
Hiskett, G.	2010	Unido Reino	Série de casos	20 pacientes	Tratamento de uma variedade de feridas agudas e crônicas com TNP em ambientes hospitalares ou domiciliares
Hop MJ, e outros	2014	O Holanda	RCT	86 pacientes	Tratamento de queimaduras com SSG com ou sem substitutos dérmicos (DS) e com ou sem TNP.
Huton, D. W. e P. Sheehan	2011	EUA	Estudo de modelagem	N / D	Curativos modernos, pressão negativa energizada e SNaP Wound Care System
INHOFF, O., e outros	2010	Alemanha	Coorte	52 pacientes	Fáscia lata alogênica, substituto de pele artificial ou NPWT para reconstrução de tecidos moles
Kakagia, D., e outros	2014	Grécia	RCT	50 pacientes com 82 feridas de fasciotomia na perna	Tratamento de fasciotomias de perna com VAC ou técnica de cadarço
Kaplan, M., e outros	2009	EUA	Coorte	1058 pacientes	Iniciação precoce versus tardia de NPWT no tratamento de feridas traumáticas

Redução do tamanho da ferida, custo total dos materiais, custo do material por dia e por ferida, número de trocas de curativos	N / D	Dor	As tendências de cicatrização foram semelhantes para feridas tratadas com curativo hidrocínético e NPWT. O custo dos materiais foi substancialmente maior para feridas tratadas com NPWT (US\$ 2.301,55 por ferida versus US\$ 661,46 por ferida para curativos hidrocínéticos). Os curativos hidrocínéticos são, portanto, considerados um substituto eficaz para NPWT.
Custo do tratamento direto da ferida, custo por dia, duração do tratamento	N / D	N / D	O custo do tratamento de pacientes com TNP em casa foi menor do que o custo do tratamento de pacientes no hospital (£ 45,9 e £ 259,1 por dia, respectivamente).
Custos de pessoal, equipamentos, materiais e moradia, custos de diagnóstico, custos de UTI, custo geral do tratamento, custo total, tempo de permanência no hospital,	Dias de readmissão	Produtividade do paciente perda, pós-operatório elasticidade da cicatriz	Os custos totais foram mais altos para pacientes tratados com DS e TNP devido aos altos custos de pessoal, equipamentos e materiais (€ 2.912). O segundo tratamento mais caro foi o tratamento com DS (€2218), e o tratamento com TNP (€2180). Assim, o tratamento padrão com SSG foi de longe o menos dispendioso (€1703). 12 meses após a cirurgia, a elasticidade da cicatriz foi maior nas cicatrizes tratadas com DS e TNP.
Custos diários, mensais e bimestrais médios, incluindo custos de material, custos de visitas clínicas, custos de hospitalização, aluguel de dispositivos e pagamentos de assistência médica domiciliar. Custos de longo prazo, incluindo custo por paciente com ferida não cicatrizada ao final de 16 semanas. Fração curada	Amputações, desbridamentos, enxertos de pele, osteomeilitis	N / D	Quando comparado ao tratamento padrão, o sistema SNaP economiza mais de US\$ 9.000 por ferimento tratado e mais do que dobra o número de pacientes curados. tratados. O sistema SNaP pode, portanto, economizar custos substanciais de tratamento, além de permitir aos pacientes maior liberdade e mobilidade.
Tempo de internação, custo de hospitalização, custos de materiais, duração da cirurgia, custos cirúrgicos, tempo de atendimento ambulatorial, número de trocas de curativos	N / D	Cura pós-operatória taxa, resultados cosméticos, estabilidade da cicatriz	NPWT foi o tratamento mais caro devido às altas taxas diárias de aluguel e trocas de curativos frequentes e demoradas (custo total médio: € 7.521). O tratamento de substituição artificial da pele teve um custo total médio de € 4.557, e o grupo da fásia lata foi o menos caro, com um custo total médio de € 4.475.
Tempo de fechamento da ferida, custo diário médio	Infecção, adicional tratamento com STSG	N / D	O VAC requer mais tempo para o fechamento definitivo da ferida do que o método do cadarço (19,1 dias versus 15,1 dias). Além disso, o VAC é muito mais caro por dia de tratamento (€ 135 versus € 14).
Número do hospital dias de internação e tratamento, tempo de permanência na UTI, taxa de internação na UTI, custos totais e variáveis por alta do paciente	N / D	N / D	Os pacientes do grupo precoce tiveram menos dias de internação hospitalar (10,6 versus 20,6 dias), menos dias de tratamento (5,1 versus 6,0 dias), estadias mais curtas na UTI (5,3 versus 12,4 dias) e maiores taxas de internação na UTI (51,5 versus 44,5%) do que os pacientes tardios. grupo. Em comparação com os pacientes do grupo tardio, os pacientes do grupo inicial tiveram menores custos totais e variáveis por alta do paciente (US\$ 43.956 versus US\$ 32.175 e US\$ 22.891 versus US\$ 15.805, respectivamente).

Carr, JC, e outros	2013	EUA	Controle de caso- Series	20 pacientes	Várias feridas tratadas com NPWT usando um curativo de pressão negativa antimicrobiano de prata
Lavery, Los Angeles, e outros	2007	EUA	Estudo de modelagem	Grupo NPWT: 1135 pacientes, grupo controle: 586 pacientes	Úlcera de pé diabético tratada com NPWT ou terapia úmido a úmido
Lei, A., et al.	2015	EUA	Coorte	13.556 pacientes	Pacientes com feridas crônicas tratadas com terapia VAC de KCI ou outros modelos não KCI de NPWT
Lewis, LS, e outros	2014	EUA	Estudo de modelagem	N / D	NPWT profilática em comparação com cuidados de incisão de rotina após laparotomia para malignidade ginecológica
Mody, GN, e outros	2008	Índia	RCT	48 pacientes	Comparação de dispositivos TNP construídos localmente com curativos de gaze úmido-seco no tratamento de vários ferimentos
Monsen, C., e outros	2015	Suécia	RCT	16 pacientes	NPWT vs. curativos de alginato em pacientes com infecção perivascular profunda na virilha

Dias para fechamento da ferida, custo do tratamento da ferida por paciente, tempo de enfermagem por paciente	N / D	N / D	Os pacientes tratados com NPWT incluindo um curativo antimicrobiano de prata tiveram menos dias para o fechamento da ferida do que os pacientes tratados com NPWT padrão (50,5 e 61,7 dias, respectivamente). Eles também precisaram de menos horas de enfermagem por paciente (4,3 versus 15,4) e representaram um tempo significativamente menor custo total por paciente (US\$ 826 versus US\$ 5.181).
Tratamento bem sucedido ponto final dentro prazo, custos esperados da terapia*	N / D	N / D	Uma proporção maior do grupo NPWT alcançou o desfecho de tratamento bem-sucedido em comparação com a terapia úmido-úmido em 12 semanas (39,5% versus 23,9%) e 20 semanas (46,3% versus 32,8%). Os custos de tratamento esperados foram semelhantes para os dois grupos se uma visita de enfermagem por dia para pacientes úmidos for assumida, mas 42% menos para NPWT se forem feitas duas visitas de enfermagem por dia. Assim, NPWT pode diminuir o uso de recursos por um determinado sistema de saúde em comparação com a terapia padrão úmido-úmido.
Internação, emergência quarto e casa e custos totais, taxas de readmissão relacionadas com feridas*	comorbidade pontuações	N / D	Os pacientes tratados com terapia VAC da KCI tiveram custos totais médios mais baixos (US\$ 80.768 versus US\$ 111.212 medidos 12 meses após a reivindicação inicial de NPWT), custos relacionados a feridas mais baixos (US\$ 20.801 versus US\$ 28.647 medidos 12 meses após a reivindicação inicial de NPWT) e menores taxas de readmissão hospitalar do que pacientes tratados com outros tipos de NPWT não KCI.
Redução do custo da complicação (sendo o alvo do tratamento), custo do tratamento, redução de custo de reinternação*	N / D	N / D	O custo geral da incisão foi \$ 104 menor para NPWT do que para RF. Com o custo mais baixo da NPWT (US\$ 200), o risco de complicação da ferida deve ser reduzido em 33% para a NPWT obter economia de custos.
Custos de material por curativo, custo total do material para atingir fechamento satisfatório, duração do tratamento	Complicações	Dor	Os custos de material de uma troca de curativo TNP (US\$ 2,27) foram aproximados. 5,7 vezes mais caro do que os materiais usados para uma troca de curativo convencional (US\$ 0,40). Os custos totais dos materiais para alcançar o fechamento satisfatório de duas úlceras por pressão representativas foram de US\$ 11,35 para o tratamento TNP e US\$ 22 para o tratamento convencional. Uma revisão da literatura sugere que os resultados obtidos com um dispositivo TNP construído localmente são semelhantes aos obtidos com dispositivos disponíveis comercialmente.
Tempo de cura, número de troca de roupas, frequência de vestir mudanças fora do hospital, tempo de pessoal, total custo do atendimento hospitalar, custo do material da ferida, pessoal e atendimento policlínico	N / D	QV (medida por mobilidade, autocuidado, atividades habituais, desconforto e ansiedade depressão), dor	A terapia NPWT em pacientes com infecção perivascular profunda na virilha pode ser considerada como a estratégia dominante em comparação com curativos de alginato, devido ao resultado clínico melhorado (mediana de 57 e 104 dias de tempo de cicatrização, respectivamente), com custo e medições de qualidade de vida iguais.

Ozturk, E., e outros	2009	Peru	Coorte	10 pacientes	Pacientes com gangrena de Fournier foram tratados com terapia convencional ou VAC
Petkar, KS, e outros	2011	Índia	RCT	40 enxertos de pele dividida em 30 pacientes	Pacientes queimados consecutivos submetidos a enxerto de pele dividida receberam curativo convencional ou NPD
Rahmanian-Schwartz, A., e outros	2011	Alemanha	RCT	42 pacientes	Tratamento de feridas agudas ou crônicas com VAC (KCI) ou um sistema alternativo de NPWT baseado em espuma de poliuretano (RENASYS GO)
Rossi, PG, e outros	2012	Itália	Revisão da literatura	17 artigos relatando análises de custos	NPD versus tratamentos convencionais no tratamento de várias feridas
Sakellariou, V. I., e outros.	2011	Grécia	Coorte	32 pacientes	Pacientes tratados para sarcomas ósseos e de tecidos moles e complicações secundárias de cicatrização de feridas com NPWT ou tratamento convencional
Tufaha, H. W., e outros.	2015	Austrália	Estudo de modelagem incluindo RCT estudo piloto	92 pacientes em estudo piloto	NPWT para reduzir SSI para mulheres obesas submetidas a cesariana
Vaidhya, N., e outros	2013	Índia	RCT	60 pacientes	Tratamento de feridas de pé diabético com NPWT ou tratamento convencional
Vuerstaek, J. DD, e outros.	2006	O Holanda e Bélgica	RCT	60 pacientes	Tratamento de úlceras crônicas de perna com VAC ou técnicas convencionais de tratamento de feridas
Warner, M., e outros	2010	EUA	Coorte	24 pacientes	Bolsa de esferas VAC versus antibiótico para o tratamento de lesão por explosão da extremidade

Custo total, tempo de permanência, taxa de sucesso de cura, número de vestir mudanças, mão na massa tempo de tratamento	N / D	Dor, necessidade de analgésicos, mobilidade, hábitos alimentares, capacidade tomar banho, paciente comodidade, facilidade de uso	A terapia VAC é superior à terapia convencional em relação à qualidade de vida do paciente ao tratar a gangrena de Fournier. A taxa de sucesso da cura e os custos totais foram semelhantes.
Custos de material, retirada do enxerto (taxa de cicatrização), duração do curativo	Tratamento adverso eventos, reexertia	Conveniência do paciente	O NPT melhora a absorção do enxerto em pacientes queimados e pode ser montado usando materiais disponíveis localmente. Nenhuma conclusão sobre os custos totais.
Tempo médio de cura, duração do tratamento, número de curativos, custo total e diário do material	Eventos adversos, reação da pele	N / D	Os custos de material foram em média 11,7% menores para o sistema NPWT baseado em espuma de poliuretano do que para VAC (KCI). Não houve diferença significativa nas taxas de cicatrização.
Vários itens incluídos de estudo em estudo	N / D	N / D	Alguns benefícios clínicos e econômicos da NPT no tratamento de feridas agudas e crônicas graves podem ser derivados da revisão da literatura.
Duração da estadia, custos totais, custo por dia	Complicações, por exemplo infecções	N / D	Os pacientes tratados com NPWT tiveram um tempo de internação significativamente menor do que os pacientes submetidos ao tratamento convencional (média de 16,5 dias versus 25,2 dias). O custo total médio para o tratamento NPWT foi de US\$ 4.867,3 e US\$ 11.680,1 para o tratamento convencional. O custo médio por dia para o tratamento NPWT foi de US\$ 295,1 e US\$ 463,6 para o tratamento convencional.
Custos totais, efeito e EVPI para adotar NPWT	N / D	N / D	O benefício monetário líquido incremental da NPWT foi de AUD 70, indicando que a NPWT é econômica em comparação com curativos padrão. A probabilidade da NPWT ser econômica foi de 65%.
Número de curativos, duração do tratamento, taxa de cura de sucesso, custo por curativo, custo total médio. Com menos detalhes: custo do tratamento diário, internação e morbidade.	Piora de condição, requerimentos de antibióticos	Requerimentos de analgésicos	O ponto final do tratamento foi alcançado em 17,2 dias para o grupo NPWT em comparação com 34,9 dias para o grupo controle, e a taxa de sucesso geral foi maior no grupo NPWT do que no grupo controle (90% versus 76,6%). O número de curativos foi de 7,46 para o grupo NPWT e 69,8 para o grupo de controle, e com um custo por curativo de Rs. 500 e Rs. 200, respectivamente, o custo médio da NPWT foi menor do que os curativos convencionais (Rs. 3.750 versus Rs. 7.000).
Hora de concluir cicatrização, tempo de preparo do leito da ferida, total custo, incluindo custos de materiais e pessoal	Tratamento adverso eventos, recorrência	QV (medida por mobilidade, autocuidado, atividades habituais, desconforto e ansiedade depressão), dor	O VAC deve ser considerado o tratamento de escolha para úlceras crônicas de perna devido às suas vantagens significativas no tempo para cicatrização completa (29 dias versus 45 dias para métodos convencionais), seu menor tempo de preparo do leito da ferida (7 dias versus 17 dias para métodos convencionais) e os custos totais 25-30% mais baixos.
Custos totais, incluindo custos de materiais e custos de configuração cirúrgica/cobrança para instalação de cirurgia	Infecções, retornos para a sala de cirurgia, mais cirurgias	N / D	Custos de terapia VAC em aplicativo médio. \$ 1.000 a mais por paciente do que a bolsa de cama de antibiótico no tratamento de lesões por explosão nas extremidades.

Webster, J., e outros	2014	Austrália	sistemático revisão da literatura	9 estudos	NPWT entregue por qualquer modo em comparação com qualquer curativo padrão ou qualquer curativo avançado, ou comparações entre diferentes dispositivos NPWT
cabeça branca Sj, e outros.	2011	França	Estudo de modelagem	N / D	VAC vs. tratamento avançado de feridas para o tratamento de úlceras de pé diabético
Yang, CK, e outros	2015	NÓS	série de casos + revisão de médico estimadores de custos	10 úlceras em 7 pacientes	Tratamento de úlceras venosas crônicas massivas nas pernas com NPWT
Yao, M., et al.	2012	NÓS	Coorte	342 pacientes	Pacientes com múltiplas comorbidades significativas e úlceras crônicas nos membros inferiores tratados com NPWT inicial, intermediária e tardia, bem como tratamento padrão
Zameer, A., e outros	2015	Índia	RCT	60 pacientes	Comparação da terapia VAC personalizada e curativos convencionais no tratamento de úlceras de membros inferiores que não cicatrizam

Tempo para completar a cura, custos incluindo custos de tratamento, custo de saúde tempo ou visitas do médico, custo da internação hospitalar	Tratamento adverso eventos, mortalidade, reoperação, infecções	Dor, QoL, anos de vida ganhos, QALYs	Existem claros benefícios de custo quando sistemas não comerciais são usados para NPWT, sem evidência de piora do resultado clínico e com classificações de nível de dor mais baixas para sistemas não comerciais.
QALYs, taxa de cura, custo total de cuidados	taxa de amputação	N / D	Os pacientes tratados com terapia VAC tiveram mais QALYs (0,787 versus 0,784 para pacientes tratados com AWC), melhoraram as taxas de cura (50,2% versus 48,5%) e reduziram o custo total dos cuidados (€ 24.881 versus € 28.855).
Tempo de permanência, taxa de sucesso de cura após 6 meses, custos estimados	N / D	N / D	O tratamento com NPWT (com STSG) é mais eficaz para fechamento de VLU's maciças em 6 meses do que o relatado para terapia de compressão padrão. Além disso, o custo da NPWT é comparável à terapia de compressão padrão (estimado em US\$ 27.000 e US\$ 28.000, respectivamente).
Tempo para fechamento da ferida	N / D	N / D	Os pacientes que receberam NPWT tiveram 2,63 vezes mais chances de obter o fechamento da ferida do que os pacientes que receberam tratamento padrão. Em comparação com usuários tardios de NPWT, os usuários iniciais e intermediários de NPWT tiveram 3,38 e 2,18 vezes mais chances de atingir a cicatrização de feridas, respectivamente.
Redução do tamanho da ferida, tempo para fechamento da ferida	N / D	Açúcar no sangue do paciente estabilidade (diabetes)	O sistema VAC feito sob medida mostrou bons resultados na taxa de cicatrização. O estudo não relata custos.

Apêndice 13. Estudos não comparativos

Autor	Ano	País	tipo de estudo	População do estudo	Intervenção
Chaput, N., e outros	2015	França	Série de casos	23 pacientes	Tratamento de feridas agudas ou crônicas com uma NPWT barata especialmente projetada chamada PROVÁCUO
Rozen, WM, e outros	2007	Austrália	Série de casos	9 pacientes	Tratamento de enxerto de pele dividida em membros inferiores com método alternativo de curativo por pressão negativa composto por um único corte de folha, um dreno de sucção de sistema fechado descartável convencional e um curativo adesivo
Searle, R. e J. Milne	2010	Reino Unido	revisão narrativa	N / D	NPWT em geral
Shalom, A., e outros	2008	Israel	Série de casos	15 pacientes	Tratamento de feridas complexas com um sistema NPWT caseiro
Trueman, P.	2008	NÓS	Revisão da literatura	N / D	Terapia VAC em ambientes de saúde domiciliar
Verhaalen, A., e outros	2010	NÓS	Série de casos	8 pacientes	Feridas com fístulas enteroatmosféricas, tratadas com NPWT complementada por uma estrutura tubular impermeável isolando a fístula

Custos diretos	Custos indiretos	custos intangíveis	Resultados
Número de curativos mudanças, comprimento de tratamento, média custo do tratamento	Complicações	Facilidade de uso, dor	Os cirurgiões descobriram que o dispositivo NPWT alternativo de baixo custo era semelhante aos dispositivos NPWT comerciais.
Custo do tratamento, taxa de retirada do enxerto de pele, tempo de internação	Complicações	Tolerância do paciente	O custo de cinco dias de tratamento com o método alternativo de curativo de pressão negativa (\$ 577) foi significativamente menor do que o custo esperado de cinco dias de tratamento com curativo VAC comercial (\$ 2.603).
Custos de material, custo do tempo de enfermagem, recursos utilizados por troca de curativo	N / D	N / D	Evidências sugerem que, embora o custo unitário da NPWT possa ser percebido como alto, existe uma possibilidade real de que os custos de materiais e aluguel possam ser compensados, por exemplo, redução no tempo de permanência, menor frequência de troca de curativo e redução na complicações e outras intervenções cirúrgicas. Mais estudos de custo-efetividade são essenciais.
Custo por dia, custos de material	Complicações	N / D	O sistema NPWT caseiro obteve resultados semelhantes aos esperados com o sistema VAC (KCI) em todos os parâmetros. Custo por dia usando o sistema caseiro para 10cm ² ferida é de cerca de \$ 1, em comparação com \$ 22 usando o sistema VAC (KCI).
Taxa de hospitalização, custo total por ferida cicatrizada	N / D	N / D	Um dos estudos revisados mostrou que os pacientes tratados com NPWT em ambientes de atendimento domiciliar tiveram significativamente menos hospitalizações. A conclusão geral é que o uso da NPWT fora dos ambientes hospitalares tem o potencial de melhorar a eficácia do tratamento de feridas e ajudar a reduzir a dependência de cuidados hospitalares, o que, por sua vez, pode reduzir o custo geral.
Custos de material, taxa de alta hospitalar	N / D	N / D	A tecnologia foi bem sucedida em isolar a fistula. O isolamento bem-sucedido de fistulas ao usar NPWT tem o potencial de reduzir os custos de assistência médica ao permitir a alta hospitalar mais cedo.

Apêndice 14. Fluxograma - estudos econômicos da saúde

