



DOCUMENTO TÉCNICO Nº IX GNEAUPP DESBRIDAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E OUTRAS FERIDAS CRÓNICAS

TRADUCCION:

LOURDES MUÑOZ HIDALGO

DUE. Enfermeira de Família
Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra, Portugal)
Responsável de Enfermagem pela Área de Diabetes e Pé Diabético
Especialista no Cuidado e Tratamento de UPP e Feridas Crónicas pelo GNEAUPP
Membro do GNEAUPP, EWMA e GAIF

1. INTRODUÇÃO.

O tecido desvitalizado, também designado tecido necrótico, contém células mortas e detritos celulares que são consequência da destruição dos tecidos.

Existem vários termos que podem ser utilizados na descrição destes restos de tecidos desvitalizados em função da sua aparência. Falamos de tecido necrótico, geralmente, perante tecidos de cor preta ou castanha escura. Denominamos escara, a uma placa bem definida, usualmente de cor acastanhada, espessa, sólida, seca de textura coriácea que aumenta em rigidez conforme vai secando. Os esfacelos são restos de material fibrinoso amarelo-esverdeado ou grisalho-esbranquiçado, de difícil prensão pela consistência mole. Na clínica existem graus intermédios entre os esfacelos e a placa necrótica que frequentemente coexistem numa mesma ferida.

A presença do tecido desvitalizado e/ou necrosado constitui um obstáculo para que o processo de cicatrização se desenvolva de maneira adequada e ótima. Além de representar uma barreira mecânica que atrasa o processo de cicatrização, favorece o crescimento bacteriano por tratar-se de um meio de cultivo ideal para a flora bacteriana, aumenta o risco de infecção, aumenta as demandas linfocitárias, pode cronificar o processo inflamatório e impedir a drenagem natural da ferida já que favorece que os processos supurativos dessequem os tecidos. Este facto é favorável para o aparecimento de trajetos fistulosos, podendo atingir estruturas mais profundas como o osso e/ou a articulação com a possível destruição de ambos e produzir artrites sépticas, mascarando colecções de secreções ou abscessos, incrementando as demandas de desbridamento autólogo, e impedindo uma avaliação real da ferida (estadiamento).

Recentemente o termo de carga necrótica foi proposto como a terminologia que descreve na sua globalidade o tecido necrótico, o excesso de exsudado e os elevados níveis de bactérias presentes no tecido desvitalizado. Além de o seu aspecto físico o tecido desvitalizado destaca pela presença de mau cheiro que é consequência directa da colonização bacteriana.

Nos referimos ao desbridamento como ao conjunto de mecanismos (fisiológicos ou externos), dirigidos à remoção de tecidos necróticos, exsudados, coleções serosas ou purulenta e/ou corpos estranhos associados, nomeadamente todos os tecidos e materiais não viáveis presentes no leito da ferida.

Um aspecto diferencial entre as lesões agudas e crónicas no âmbito da preparação do leito da ferida, encontrámos-lo na possível necessidade de manter a fase de desbridamento, em quaisquer das suas modalidades. A diferencia das feridas agudas nas que o processo de remoção do material detritico se limita a um tempo determinado, nas feridas crónicas, frequentemente não somos capazes de vencer a carga necrótica, que persiste de maneira continuada pela prolongação da fase inflamatória do processo de cicatrização. Nestas circunstâncias, as evidências sugerem a necessidade dum desbridamento de manutenção.

O desbridamento é uma fase indispensável se pretendemos a cura da lesão. Assim, no processo biológico de reparação e cicatrização das feridas, o desbridamento se produz de forma natural. Mas nas feridas crónicas estas tentativas de desbridamentos frequentemente resultam insuficientes para permitir a cicatrização da lesão, pelo que necessita de desbridamento externo. A evidência científica actual também apoia o desbridamento externo como elemento necessário para a cicatrização da lesão.

Portanto, o desbridamento é imprescindível para:

- Eliminar o substrato que permite o crescimento de micro-organismos que favorecem a infecção, podendo evoluir desde processos de infecção local, regional e septicemia, com o resultado final de amputação ou morte.
- Aliviar a carga metabólica na lesão e o stress psicológico no utente.
- Facilitar a cura, acelerando as fases de proliferação e de remodelação tissular.
- Melhorar o restabelecimento estrutural e funcional da pele.
- Desmascarar possíveis acumulações de exsudados ou abscessos.
- Permitir a avaliação da profundidade da úlcera.
- Parar a perda de proteínas através da drenagem.
- Controlar o cheiro da ferida.

2. CONSIDERAÇÕES ANTES DE INICIAR O DESBRIDAMENTO.

Antes de iniciar o desbridamento devem ser considerados os seguintes elementos:

- (1) Os objectivos globais do cuidado do utente. Convém avaliar o utente no seu conjunto, considerando o seu estado de saúde, possibilidades de cura do processo, expectativas de vida, problemas e benefícios do utente. É essencial dar especial atenção a utentes em estado terminal.
- (2) Controlo da dor. As feridas crónicas são dolorosas salvo raras excepções. Esta dor pode aumentar pelos métodos de desbridamento, portanto, a dor associada deverá ser evitada ou controlada, antes e durante o procedimento, segundo a necessidade. Deve considerar-se que esquema terapêutico analgésico é preciso.
- (3) Vascularização da área da lesão. As feridas crónicas podem ter uma vascularização deficiente ou inadequada. Se não se conhece a etiologia da lesão, é necessária realizar uma avaliação vascular, por meios clínicos (pulsos, coloração, temperatura,...) e/ou instrumentais, segundo a necessidade.
- (4) Áreas anatómicas de especial atenção. Determinadas localizações como a cara, mãos, dedos, genitais, mamas, mucosas, tendões expostos e cápsulas articulares, necessitam de especial cuidado na hora de escolher o método para desbridar.
- (5) Localização especial dos calcanhares. Nas úlceras por pressão localizadas nos calcanhares que apresentam necrose seca (escara) sem edema, eritema,

flutuação ou drenagem, pode não ser necessário o desbridamento imediato. Deve submeter-se a vigilância contínua. Se em algum momento aparecem os sinais anteriormente descritos será necessário iniciar o desbridamento. Esta é uma exceção à recomendação de que toda escara deve ser desbridada.

- (6) Gestão de riscos. Avaliar o risco custo-benefício antes de decidir desbridar ou não desbridar e de adoptar um método ou outro de desbridamento.

3. MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO: ELEMENTOS A TER EM CONTA.

No momento de escolher um método ou métodos de desbridamento, é importante que o profissional avalie diferentes elementos:

1. Celeridade na eliminação do tecido desvitalizado.
2. Presença de carga bacteriana. (Infecção / colonização crítica)
3. Características do tecido para desbridar, assim como da pele perilesional.
4. Profundidade e localização do tecido necrótico ou desvitalizado.
5. Percentagem do tecido desvitalizado.
6. Quantidade de exsudado.
7. Dor.
8. Alterações na coagulação.
9. Selectividade do método de desbridamento aos tecidos.
10. Custos do procedimento.

4. TIPOS DE DESBRIDAMENTOS.

Existem diferentes métodos de desbridamento que podem ser utilizados de acordo às distintas situações do utente e características da lesão. Geralmente, tratam-se de métodos compatíveis, sendo recomendada a combinação de vários destes para ser eficaz e rápido o processo (p.e. desbridamento cortante associado a desbridamento enzimático e autolítico).

Os tipos de desbridamento existentes são:

- Cirúrgico
- Cortante
- Enzimático
- Autolítico
- Osmótico
- Larval
- Mecânico

4.1. Desbridamento cirúrgico

É a remoção completa do tecido necrótico e desvitalizado. Normalmente são ressecções amplas que implicam a remoção do tecido necrótico e parte do tecido saudável, podendo provocar hemorragia. Geralmente se realiza em uma única sessão por um cirurgião, no bloco ou sala de operações sob alguma técnica anestésica ou de sedação.

Embora pouco selectivo, é o sistema mais rápido para a remoção dos tecidos não viáveis, podendo melhorar o aporte sanguíneo da zona de maneira imediata.

Trata-se de uma técnica cruenta, pouco selectiva, que em todos os casos precisará de anestésicos e analgésicos. Exige conhecimentos, aptidões, destreza e consentimento informado do utente.

O seu custo é levado. A utilização e benefício do mesmo baseia-se unicamente em opiniões de peritos.

Actualmente existem dispositivos específicos para o desbridamento no bloco cirúrgico como a hidrocirurgia com vácuo com jacto de água.

4.2. Desbridamento cortante

Preservamos o conceito de desbridamento cortante a aquele que normalmente realiza a enfermeira ao pé da cama, removendo de forma selectiva o tecido desvitalizado, em diferentes sessões e até ao nível de tecido viável. Se realiza com material esterilizado e também neste caso deverão extremar-se as medidas sépticas, uma vez que é uma fase de proliferação bacteriana.

É um método rápido e selectivo que permite a combinação com outros métodos (enzimáticos, autolíticos,...)

Está indicado perante tecido necrótico, desvitalizado ou zonas hiperqueratósicas, secas ou com exsudado abundante, com suspeita de elevada carga bacteriana ou sinais clínicos de infecção ou celulites, que não estejam localizadas em áreas anatómicas de especial atenção descritas em apartados anteriores.

A flictena cheia de fluido pode ser drenada de maneira controlada. Na maior parte dos casos é drenada com seringa e agulha ou com uma pequena incisão realizada com um bisturi e posteriormente selada para a protecção da ferida. Em todo caso, não existe um critério unificado ao respeito já que alguns autores sugerem atitudes mais conservadoras.

As suas vantagens estão na rapidez, a redução da carga bacteriana e do mal cheiro associado junto de seu mais selectivo que o desbridamento cirúrgico.

Os seus principais problemas estão relacionados com a dor, o risco de hemorragia, a possibilidade de introduzir bactérias em tecidos profundos e o stress que supõe para o utente.

Temos que nos antecipar à presença de dor nesta técnica, aplicando previamente e com tempo suficiente antes do procedimento, algum anestésico local que facilite a remoção do tecido sem ocasionar dor. Existem alguns comercializados e alguns que podem ser elaborados na farmácia: gel de lidocaína, lidocaína e prolicaína,...Nestes casos, aplica-se uma fina capa de anestésico sobre o leito e as paredes da lesão e cobrir com um penso (ver documento técnico GNEAUPP nº VI sobre a dor na mudança de penso).

Igualmente temos que prever o risco de hemorragia em todos os utentes. No caso da técnica cortante, são inusuais as hemorragias que não se possam controlar mediante pressão digital, penso hemostático ou alginato. Vigiar os sinais de hemorragia durante 24h, avaliando a conveniência de manter os pensos anteriormente mencionados. No caso que seja utilizado pensos de alginato como hemostáticos estes deverão ser mudados transcorridas 24h.

Nos utentes com alto risco de hemorragia (coagulopatias ou anticoagulantes) não é aconselhada a realização de desbridamento cortante até a alteração do risco após consulta com médico especialista.

Nas úlceras não cicatrizáveis, por insuficiente aporte vascular ou pelo tipo de lesão ou tecido (p.e. zonas de radiodermites) é desaconselhado este tipo de desbridamento.

Quando seja preciso desbridar tecido esfacelado deverá evitar-se arrancar o tecido uma vez que existe risco de lesar o tecido saudável sobre o qual está ancorado.

A possibilidade de bacteriemias transitórias durante o processo de desbridamento convida à utilização de antissépticos em feridas com tecido desvitalizado que será submetido a desbridamento cortante antes e depois da técnica (ver documento técnico GNEAUPP nº VIII).

Para a realização do desbridamento cortante são necessários materiais e técnicas estéreis. O equipamento essencial inclui material cortante (bisturi, tesouras,...), pinças para agarrar ou segurar (dissecção com ou sem dentes,...), pinças hemostáticas (Kocher, mosquito,...) e pensos hemostáticos ou alginatos. A posição deve ser a mais confortável para o utente e o profissional, com a luz adequada e tendo em consideração as precauções universais.

Recomenda-se uma formação específica que proporcione competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para os profissionais que realizam esta técnica.

Visto que o desbridamento cortante é um procedimento invasivo, com risco de complicações, é necessário que o utente tenha toda a informação relevante sobre a necessidade do procedimento, métodos alternativos, vantagens de cada método, riscos e complicações possíveis, para que uma vez informado, conceda o seu consentimento se assim achar conveniente. Embora legalmente o consentimento possa ser concedido de várias maneiras, incluindo a verbal, é considerado como a melhor prática e a melhor forma de demonstrar que este foi concedido (ver Anexo I).

A utilização e benefício do mesmo baseiam-se unicamente em opiniões de peritos.

4.3. Desbridamento enzimático

Este sistema está baseado na aplicação local de enzimas exógenas (colagenase, estreptoquinase, papia-ureia, etc.), que funcionam de forma sinérgica com as enzimas endógenas, degradando a fibrina, o colagénio desnaturalizado e a elastina. A destruição de leucócitos dentro do processo de cicatrização, produz uma libertação natural de enzimas proteolíticas (proteasas), que ajuda na separação do tecido necrótico.

Ao longo da história foram utilizadas diversas enzimas como desbridantes químicos, tais como a papaina, fibrinolisin, tripsina, desoxirribonucleasa, etc. Na actualidade, a colagenase bacteriana procedente do *Clostridium histolyticum* é a mais utilizada como desbridante enzimático na Espanha.

Trata-se de um método selectivo, que actua em tempo inferior que os métodos autolíticos e maior que o cortante, sendo possível a sua combinação com outros métodos.

Recomenda-se proteger a pele perilesional quando utilizada – pelo risco existente de maceração e escoriação - e aumentar o nível de humidade na ferida para potenciar a sua acção.

A sua acção pode ser neutralizada se entra em contacto com algumas soluções ensaboadas, metais pesados e alguns antissépticos.

O desbridamento enzimático parece ser mais rentável (custo-efectivo) que o autolítico e o mecânico com compressa seca.

Existem evidências científicas que indicam que a colagenase favorece o desbridamento e crescimento do tecido de granulação.

4.4. Desbridamento autolítico

O desbridamento autolítico ocorre de forma natural em todas as feridas. Os fagócitos presentes no leito da lesão, junto dos macrófagos e enzimas proteolíticas, liquefazem e separam os tecidos necróticos, estimulando a granulação do tecido. Esta autodigestão dos tecidos desvitalizados é possível com a aplicação de qualquer dos pensos concebidos no princípio de cura em ambiente húmido.

É destacável o papel que ocupam neste processo de detensão os hidrogéis, especialmente em estrutura amorfa, compostos por meios aquosos (conteúdo de água oscila entre o 70% e o 90%), sistemas microcristalinos de polisacáridos e polímeros sintéticos muito absorventes. Estes materiais aportam a hidratação necessária para que o tecido desvitalizado seja submetido ao processo fisiológico de desbridamento.

É um método de eleição quando não podem ser utilizadas outras fórmulas e muito favorecedor combinado com o desbridamento cortante e enzimático. É o método mais seletivo, não traumático e indolor. Geralmente é bem aceite pelo utente. Não requer habilidades clínicas especiais.

Oferece uma acção mais lenta no tempo. A sua utilização adequada pode provocar maceração da pele perilesional.

Junto da terapia larval é o método que mais evidencia existe sobre a sua eficácia clínica frente à compressa seca.

4.5. Desbridamento osmótico.

O desbridamento osmótico sobrevém através do intercâmbio de fluidos de distinta densidade, mediante a aplicação de soluções hiperosmolares ou de pensos de poliacrilato ativados com soluções hiperosmolares. É um método seletivo embora a sua principal desvantagem é que demanda mudança de penso cada 12-24h.

A evidência sobre o seu efeito baseia-se em estudos descritivos e opinião de peritos.

4.6. Terapia larval

Desde há alguns anos se aplica, especialmente em alguns países europeus, como uma alternativa não cirúrgica, adequada e segura para o desbridamento de lesões de diferente etiologia (desde úlceras por pressão e vasculares até lesões produzidas por fungos) especialmente cativadas e de difícil acesso para procedimentos cirúrgicos ou cortantes, com grande quantidade de tecido necrótico e exsudado profuso, inclusive perante feridas complicadas por osteomilite, não conhecendo-se efeitos secundários, nem alergias, e com uma vantagem adicionada: diminui de forma significativa a carga bacteriana nessas lesões, incluindo o estafilococo aureo resistente à metilicina (SARM).

Nesta terapia são utilizadas larvas estéreis de uma mosca chamada *Lucilia Sericata* (mosca verde) criadas ex profeso no laboratório. Estas larvas produzem potentes enzimas que permitem liquefazer o tecido desvitalizado para a sua posterior ingestão e eliminação, respeitando o tecido não danificado. Alguns autores sustêm que estas enzimas têm a capacidade de combater infecções clínicas.

O procedimento requer a manutenção das larvas num meio adequado em curas planificadas. A escara necrótica é difícil de ser penetrada pelas larvas e precisa de um amolecimento prévio. Qualquer material utilizado no leito da úlcera, como hidrogéis,

pode ser determinante para a larva. Um exsudado em excesso pode afogá-las, por contra sem humidade justa, a larva pode desidratar e morrer.

Isto é particularmente relevante quando se considera a utilização de algumas terapias de alívio da pressão que utilizam ar quente (sistemas de baixo fluxo de ar).

A sua rentabilidade é maior que as dos hidrogéis. O inconveniente conhecido está na repulsa que podem causar nos utentes e profissionais.

Actualmente não está disponível na Espanha.

Temos evidência da sua eficácia especialmente nas úlceras de distinta etiologia (vasculares, por pressão e pé diabético).

4.7. DESBRIDAMENTO MECÂNICO

São técnicas em desuso perante a existência alternativas com menor risco de prejuízo do leito da ferida. São traumáticas e não selectivas. Actuam sobre os tecidos da ferida utilizando a abrasão mecânica.

Neste grupo estão incluídos distintos métodos, tais como os pensos que se aplicam húmidos e secam, a irrigação continua a pressão, o banho de redemoinho e a esfregação do leito da úlcera.

DOCUMENTO TÉCNICO DE CONSENSO ELABORADO EM SEGOVIA (ESPAÑA) EM ABRIL DE 2005, POR UM PAINEL DE ESPECIALISTAS INTEGRADO POR:

- FRANCISCO PEDRO GARCIA FERNANDEZ

Enfermeiro. Supervisor de Calidad y Formación. Complejo Hospitalario de Jaén.
Membro Comité Consultivo GNEAUPP

- FERNANDO MARTINEZ CUERVO

Enfermeiro. Residencia de Ancianos Mixta del ERA. Gijón (Principado de Asturias).
Membro Comité Director GNEAUPP

- PEDRO L. PANCORBO HIDALGO

Enfermeiro. Biólogo, Professor Titular de Enfermagem. Universidad de Jaén.
Membro Comité Consultivo GNEAUPP

- JUSTO RUEDA LÓPEZ

Enfermeiro. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa,
Membro Comité Director GNEAUPP

- ELENA SANTAMARIA ANDRÉS

Enfermeira. Supervisora. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y Dermatología.
Ciutat Sanitaria i Univesitaria de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

- J. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

Enfermeiro. Hospital de La Rioja. Professor de Enfermagem. Escuela Universitaria
de Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja. Director GNEAUPP

- JOSE VERDÚ SORIANO

Enfermeiro. Professor Titular do Departamento de Salud Pública. Universidad de
Alicante. Membro Comité Director GNEAUPP

Submetido o borrador a revisores externos assim como aos membros dos Comités
Director y Consultivo do GNEAUPP, foi aprovado o presente texto em Mogro
(Cantabria, Espanha) o dia 29 de Junho de 2005.

TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS:

-Lourdes Muñoz Hidalgo
Enfermeira de Família. Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra, Portugal)
Responsável de Enfermagem na área de Diabetes e Pé diabético.
Membro do GNEAUPP.

5. BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, O.M., Fernández-Obregón, A., Rogers, R.S., Bergamo, L., Masso, J. and Black, M. A prospective, randomized, comparative study of collagenase and papain-urea for pressure ulcer debridement. *Wounds- A compendium of Clinical Research and Practice* 2002; 14, 293-301.
- Anónimo .Ciencia de la curación de heridas. Barcelona: Smith & Nephew, 2002.
- Ayello, E.A. and Cuddigan, J. Conquest chronic wounds with wound bed preparation. *The Nurse Practitioner* 2004; 29, 8-25.
- Bale, S., Banks, V., Haglestein, S. and Harding, K.G. A comparison of two amorphous hydrogels in the debridement of pressure sores. *J. Wound Care* 1998; 7, 65-68.
- Barahestani M. The clinical relevance of debridemnt. In: Barahestani M ,Gotrup F , Holstein P and VansceidtW, (Eds.) *The clinical relevance of debridement*, Berlin: Spinger-Verlag, 1999
- Bergstrom, N., Bennett, M.A., Carlson, C.E. and et al. *Treatment of pressure ulcers. Clinical practice guideline, n 15*, edn. Rockville, MD. US.: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1994.
- Bradley, M., Cullum, N. and Sheldon, T. The debridement of chronic wounds: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1999; 3, 1-86.
- Briggs M., Nelson EA. Agentes tópicos o apósitos para el dolor en las úlceras venosas de la pierna (revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* , 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Church, J.C.T. Larval intervention in the chronic wound. *EWMA Journal* 2001; 1, 10-13.
- Davies, P. Current thinking on the management of necrotic and sloughy wounds. *Professional Nurse* 2004; 19, 34-36.
- Enochs S, Harding K.Wound bed preparation: The science behind the removal of barriers to healing. *Wounds* 2003; 15, 213-229.
- European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP). Guidelines on treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review* 1999; 1, 31-33.
- Evans, P. Larvae therapy and venous leg ulcers: reducing the 'yuk factor'. *J. Wound Care* 2002; 11, 407-410.
- Fairbairn, K., Grier, J., Hunter, C. and Preece, J. A sharp debridement procedure devised by specialist nurses. *J. Wound Care* 2002; 11, 371-375.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documentos Técnicos GNEAUPP. Logroño:2003
- Hess, C.T., Kirsner, R.S. Orchestrating wound healing: Assessing and preparing the wound bed. *Adv Skin Wound Care* 2003; 16, 246-259.

- Lewis, R., Whiting, P., ter Riet, G., O'Meara, S., Glanville, J. A rapid and systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of debriding agents in treating surgical wounds healing by secondary intention. *Health Technology Assessment* 2001; 5, 1-141.
- Lázaro Ochoa P and Longo Imedio Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. *Piel* 2001; 16, 213-219.
- Marquez RR .Wound debridement and hydrotherapy in wound management. En: Anonymous *Clinical wound mangement*, Thorofare NJ: Slack Inc. 1995
- Martin, S.J., Corrado, O.J.,Kay, E.A. Enzymatic debridement for necrotic wounds. *J. Wound Care*. 1996; 5, 310-311.
- Martínez F, Blasco C , Perdomo E , Sancho A, Torra JE. Terapias alternativas y heridas crónicas. En: Soldevilla JJ , Torra JE, (Eds.) *Atención integral a las heridas crónicas*, Madrid: SPA S.L. 2004
- Mosher, B.A., Cuddigan, J., Thomas, D.R.,Boudreau, D.M. Outcomes of 4 methods of debridement using a decision analysis methodology. *Advances in wound care* 1999; 12, 81-88.
- National Institute for Clinical Excellence. National Institute for Clinical Excellence. National Health Service. 2001
- Paustian, C , Stegman, M.R. Preparing the wound for healing: The effect of activated polyacrylate dressing on debridement. *Ostomy Wound Manage.*2003; 49, 34-42.
- Püllen, R., Popp, R., Volkens, P.,Füsgen, I. Prospective randomized doubleblind study of the wound-debriding effects of collagenase and fibrinolysin/deoxyribonuclease in pressure ulcers. *Age and ageing* 2002; 31, 126-130.
- Richardson, M. The benefits of larval therapy in wound care. *Nursing standard* 2004; 19, 70-76.
- Rodeheaver, G.T. Pressure ulcer debridements and cleansing: A review of current literature. *Ostomy Wound Manage.*1999; 45, 80S-85S.
- Romanelli M., Mastronicola D. The role of wound-bed preparation in managing chronic pressure ulcers. *J. Wound Care* 2002; 11, 305-310.
- Sherman, R.A. Maggot therapy for treating diabetic foot ulcers unresponsive to conventional therapy. *Diabetes Care* 2003; 26, 446-451.
- Sherman, R.A. Maggot versus conservative debridement therapy for the 12 treatment of pressure ulcers. *Wound Rep Reg* 2002; 10, 208-214.
- Sieggreen, M.Y., Maklebust, J. Desbridamiento: opciones y desafíos. *Gerokomos/Helcos* 1997 8, 5-13.
- Singhal A , Reis ED., Kerstein MD. Options for non surgical debridement of necrotic wounds. *Advanced Skin Wound Care* 2001; 14, 96-103.
- Smith, J., Scanlon, L. Review: Debridement using hydrogel apperas to be more effective than standard wound care for healing diabetic foot ulcers. *Evidence-Based Nursing* 2003; 6, 83
- Soldevilla JJ , Torra JE , Orbegozo A , Rovira G , Sancho A. Limpieza y desbridamiento. En: Soldevilla JJ ,Torra JE, (Eds.) *Atención integral de las heridas crónicas*, Madrid: SPA S.L. 2004
- Thomas S., Jones M . *Maggots and the Battle against MSRA*, edn. Bridgend : SMTL.2000
- Thomas, S., Jones, M. Wound debridement: evaluating the costs. *Nursing standard* 2001; 15, 59-61.

- Torra i Bou JE., Soldevilla Agreda JJ. El desbridamiento en heridas crónicas. *Mon Enferm* 2000; (2):2-4

- Vowden, K., Vowden, P. Wound debridement, Part 1: non-sharp techniques. *J. Wound Care* 1999a; 8, 237-240.

- Vowden, K., Vowden, P. Wound debridement, Part 2: sharp techniques. *J. Wound Care* 1999b; 8, 291-294.

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESBRIDAMIENTO CORTANTE

Conforme com a Lei , você deve receber informação sobre a técnica que se lhe vai praticar, a sua utilidade e riscos. Se necessita mais informação ou algum esclarecimento antes de autorizar com a sua assinatura a prática da mesma, não duvide em solicitá-la ao profissional que a vai realizar.

Quê entende por desbridamento? Quê métodos existem? Quê é o desbridamento cortante? Denominamos desbridamento o conjunto de mecanismos dirigidos à remoção de tecidos necróticos (mortos), exsudados, coleções serosas ou purulentas e/ou corpos estranhos presentes em uma ferida, que impedem o processo de cicatrização, sendo imprescindível para pretender a cura da lesão. Existem distintos métodos de desbridamento que podem utilizar-se consoante as diferentes situações do utente e as características da sua ferida. Geralmente se trata de métodos compatíveis, recomendando a combinação de vários de estes (cortante, enzimático, autolítico, ...), para fazer mais rápido e eficaz o processo, facilitando também a redução da carga bacteriana e do mau cheiro associado. O desbridamento cortante é uma técnica para remover de forma selectiva e rápida, mediante corte, o tecido morto de uma ferida, quais são as suas indicações?

Está indicado realizar-se ante tecido necrótico, desvitalizado ou zonas hiperqueratósicas (de calosidade), com exsudado abundante, com suspeita de elevada carga bacteriana ou sinais clínicos de infecção ou celulites. Como se realiza e quem a pratica?

Se realiza mediante técnica e instrumental estéreis, que incluem o uso de tesouras e/ou bisturi, pinças e material hemostático, que deverá repetir-se durante varias jornadas até chegar a níveis onde apareçam tecidos viáveis. Geralmente se realiza ao pé da cama, por profissionais de saúde (médicos ou enfermeiras) com formação específica e experiência nesta técnica. Quais são os riscos da técnica? Os seus potenciais problemas estão relacionados com a dor, o risco de hemorragia e a possibilidade de introduzir bactérias em tecidos profundos. Para reduzir a dor que pode acompanhar este procedimento se pode aplicar com tempo suficiente algum anestésico local, comercializado ou elaborados na farmácia. As hemorragias derivadas desta técnica comumente se podem controlar pressionando com o dedo ou mediante pensos hemostáticos ou alginatos. Não é aconselhável realizar esta técnica em utentes com alto risco de hemorragia (em tratamento com anticoagulantes, ..., com doenças relacionadas com a coagulação...). Se você toma alguma destas medicações ou sofre algum destas doenças alerte a sua enfermeira ou médico. A possibilidade de introduzir bactérias em níveis mais profundos durante este procedimento de desbridamento se minimiza com o uso de antissépticos antes e depois da técnica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESBRIDAMIENTO CORTANTE

Sr/D.....com BI

....., maior de idade, em pleno uso das minhas faculdades mentais, em qualidade de utente: DECLARO que fui bem e satisfatoriamente informado, li este documento, compreendo e concordo com as explicações do procedimento, e dou o meu consentimento, para que se proceda à realização de dito procedimento terapêutico durante as sessões que forem necessárias (Artº 10.6 Ley General de Sanidad - Espanha)

Em situação de incapacidade ou minoria de idade, representante legal o tutor (*)

Representante legal:

Sr/D.....com BI.....,

maior de idade, em pleno uso das minhas faculdades mentais, manifesto que como representante legal e/ou tutor do utente (parentesco)

DECLARO que fui informado, das vantagens e inconvenientes da técnica. Compreendo a informação recebida e pude formular todas as perguntas que solicitei.

....., a ... de de

.....
Assinaturas de utentes/ Representante

.....
Identificação e assinatura do médico ou enfermeira

REVOGAÇÃO

Decidi revogar a anterior autorização e não desejo prosseguir com a utilização desta técnica no tratamento da minha lesão, que dou com esta data por finalizado.

Em a de de

.....
Assinatura do utente / representante

(*) Ordem de prioridade: conjugue, filhos, pais, irmãos, outros.