



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

DIRETRIZES GERAIS SOBRE O TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

(Doc.III GNEAUPP)

Preâmbulo

As seguintes diretrizes gerais são o resultado do consenso de um grupo de profissionais de saúde e docentes, dos diferentes níveis assistenciais que participaram no Primeiro Painel do GNEAUPP sobre o Tratamento das Úlceras por Pressão (Arnedillo, La Rioja, Espanha, 1998). Posteriormente foram incorporadas recomendações derivadas das evidências geradas nesta área de conhecimento.

O seu conteúdo está enquadrado dentro das diferentes linhas de atuação do GNEAUPP em relação direta com outros documentos como as *DIRECTRIZES GERAIS SOBRE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO*, bem como os documentos gerados dentro da European Wound Management Association (EWMA), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), assim como a National Ulcer Advisory Panel norte-americano (NUAP).

O principal objetivo das diretrizes é a utilidade e a aplicação nos diferentes contextos assistenciais.

Este documento, como os outros documentos do GNEAUPP, pode ser utilizado para a elaboração de guias de prática clínica a nível local. Ficando gratos com a citação como fonte bibliográfica, para tal efeito é sugerido o seguinte formato:

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003

Introdução

As úlceras por pressão são um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde na sua prática assistencial diária.

O tratamento do utente com úlceras por pressão deve considerar os seguintes elementos:

- Prestar atenção ao indivíduo holístico.
- Dar especial destaque às medidas de prevenção.
(ver *DIRETRIZES GERAIS DE PREVENÇÃO* do GNEAUPP)
- Atingir a implicação máxima do utente e da família na planificação e execução dos cuidados.
- Desenvolver guias de prática clínica sobre úlceras por pressão a nível local com a implicância dos cuidados de saúde primários, cuidados diferenciados e assistência social.
- Configurar um quadro de prática baseada em evidências científicas.
- Tomar decisões baseadas na relação custo/benefício.
- Avaliar constantemente a prática dos profissionais e incorporá-los nas acções de investigação.

As diretrizes gerais sobre o tratamento das úlceras por pressão estão dispostas sob os seguintes títulos:

- Avaliação.
- Alívio da pressão dos tecidos.
- Cuidados gerais.
- Cuidados à úlcera.
- Colonização e infeção bacteriana em úlceras por pressão.
- Intervenção cirúrgica nas úlceras por pressão.
- Educação e melhoria da qualidade de vida.
- Cuidados paliativos e úlceras por pressão.
- Avaliação: indicadores e parâmetros.

1.- AVALIAÇÃO

Não seria adequado concentrar-se exclusivamente na avaliação da úlcera por pressão e não apreciar o utente como um todo.

A avaliação integral do utente com úlceras por pressão exige de uma avaliação em três dimensões: condição da pessoa com a lesão, estado da lesão, e recursos psico-socio-ambientais.

1.1. Avaliação inicial do utente

Realizar um exame físico e história, com especial atenção para:

-Os fatores de risco para úlceras por pressão (imobilidade, incontinência, nutrição, nível de consciência, ...) A utilização de uma escala de classificação de risco de desenvolver úlceras por pressão é vantajoso. (ver *Documento I GNEAUPP: Diretrizes Gerais sobre a Prevenção de Úlceras por Pressão*)

-A identificação de doenças que podem interferir com o processo de cicatrização (alterações vasculares, do colagénio, respiratórias, metabólicas, imunológicas, processos neoplásicos, psicose, depressão, ...).

-A idade avançada.

-Os hábitos nocivos: tabaco, álcool,...

-O estado e os hábitos de higiene.

-Terapêutica medicamentosa: corticosteróides, anti-inflamatórios, imunossuppressores, medicações citotóxicas,...).

Avaliação nutricional:

-Utilização de uma ferramenta simples para a identificação de estados de desnutrição (calorias, proteínas, albumina sérica, minerais, vitaminas,...).

-Reavaliação periódica.

Avaliação psicossocial

-Examine a capacidade, aptidão e motivação do utente para participar no programa terapêutico.

1.2. Avaliação dos recursos socioambientais.

Identificação do cuidador principal.

Avaliação das capacidades, atitudes, habilidades e conhecimentos de familiares, cuidadores informais,...

Avaliação dos recursos e apoios psicossociais e económicos.

1.3. Avaliação da lesão

Na avaliação de uma lesão, devemos ter a aptidão de descrevê-la mediante a unificação de parâmetros para facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos, o que vai permitir a adequada monitorização da sua evolução. O registo das características da lesão é importante para a avaliação, pelo menos uma vez por semana e sempre que houverem mudanças.

Esta avaliação deve incluir pelo menos os seguintes parâmetros:

-Localização da lesão.

-Classificação/Estadiamento (ver *Documento Técnico nº II GNEAUPP:*

Classificação/Estadiamento das Úlceras por Pressão)

* Grau/Estágio I

* Grau/Estágio II

* Grau/Estágio III

* Grau/Estágio IV

-Dimensões:

*Comprimento/Largura (diâmetro maior e menor)

*Área de Superfície (em úlceras elípticas, dada a maior frequência: área = diâmetro maior x diâmetro menor) x $\pi / 4$

- *Volume

-Existência de tratos sinusais, fístulas,...

-Tipos de tecidos presentes no leito da ferida:

- *Tecido necrosado.
- *Tecido esfacelado.
- *Tecido de granulação.

-Estado da pele circundante:

- *Integra.
- *Lacerada.
- *Maceradas.
- *Eczematização, celulite.

-Exsudado da úlcera:

- *Pouco exsudativa.
- *Abundantemente exsudativa.
- *Purulento.
- *Hemático.
- *Seroso.

-Dor.

-Sinais clínicos de infecção local:

- *Exsudado purulento.
- *Odor.
- *Bordos lesionais com sinais inflamatórios.
- *Febre.

-Tempo de evolução da lesão.

-Evolução da lesão.

2-.ALÍVIO DA PRESSÃO SOBRE OS TECIDOS

O alívio da pressão supõe evitar a anóxia, a isquemia tissular e as lesões relacionadas com as pressões (lesões por reperfusão,...), aumentando assim a viabilidade dos tecidos moles e colocando a lesão em ótimas condições para a cura.

Cada atuação será conduzida para a diminuição do grau de pressão, fricção e tração (cisalhamento). Este alívio da pressão pode ser obtido utilizando técnicas de posicionamento (deitado ou sentado) e da escolha de uma superfície de suporte adequada.

2.1. Técnicas de posicionamento

2.1.1. Com o utente sentado.

No indivíduo sentado deve evitar-se a permanência sobre as úlceras por pressão. Excepcionalmente e com a garantia da utilização de dispositivos especiais para o alívio da pressão o utente poderá permanecer sentado por períodos limitados de tempo, mantendo a boa funcionalidade do utente. A posição sentada em indivíduos que não apresentam nenhuma lesão deve variar, no mínimo, uma vez por hora, facilitando a mudança de suporte do seu peso corporal de quinze em quinze minutos, pela mudança postural ou com a realização de exercícios de contração/descontração muscular¹.

Se não é possível realizar a mudança postural uma vez por hora, deve ser deitado na cama.

2.1.2. Com o utente acamado.

Os indivíduos acamados não devem permanecer sobre a úlcera por pressão.

Quando o número de lesões, a situação do utente ou os objetivos do tratamento impedem o cumprimento da anterior diretriz, deverá diminuir-se o tempo de exposição à pressão aumentando a frequência das mudanças posturais. Podem ser utilizadas uma grande variedade de superfícies de apoio podendo ser vantajosa na consecução deste objetivo.

1. Fazemos referência à contração-descontração de um grupo muscular concreto.

Em ambas as posições:

-Nunca utilizar dispositivos tipo almofadas circulares (anéis) anti-escaras.

-Realizar um plano individualizado e por escrito.

-Nos diferentes níveis assistenciais, e em especial no âmbito dos cuidados de saúde primários, será necessário o envolvimento do cuidador para a realização das atividades destinadas ao alívio da pressão. Para uma descrição mais detalhada dessas estratégias é recomendado o *Documento II GNEAUPP: Orientações gerais para a prevenção de úlceras por pressão*.

2.2. Superfícies de apoio

O profissional de saúde deve considerar vários fatores aquando da seleção de uma superfície de apoio, incluindo a situação clínica do utente, as características da Instituição ou do nível assistencial, assim como das próprias características da superfície escolhida.

A utilização de superfícies de apoio é importante tanto do ponto de vista da prevenção como de medida coadjuvante no tratamento de lesões instauradas.

A eleição de superfícies de apoio será baseada na capacidade de contrapor os elementos e forças que podem aumentar o risco de desenvolver estas lesões ou agravá-las, bem como a conjugação de outros fatores (a facilidade de utilização, a manutenção, os custos e o conforto do utente).

As superfícies de apoio podem atuar a dois níveis:

-as superfícies que diminuem a pressão, diminuem os níveis da mesma, embora não necessariamente sob níveis que impedem o fechamento capilar;

-no caso de superfícies que aliviam a pressão diminuem os níveis de pressão nos tecidos moles por diminuição da pressão de oclusão capilar além da eliminação da fricção e tração (cisalhamento).

Resulta importante lembrar que as superfícies de apoio são um grande aliado no alívio da pressão mas em nenhuma circunstância substituem as mudanças posturais.

Utilize uma superfície que diminua ou alivie a pressão, de acordo com as necessidades

específicas de cada utente.

Neste sentido as diretrizes são:

-Todo indivíduo que apresente uma ou várias úlceras por pressão deve ser considerado como de alto risco para desenvolver novas lesões e por tanto, deve ser posicionado sobre uma superfície especial para a gestão da pressão dinâmica.

-De não ser possível, utilize uma superfície estática se o indivíduo consegue assumir várias posições sem apoiar o seu peso sobre a úlcera por pressão.

-Utilize uma superfície dinâmica de apoio se o indivíduo não tem capacidade para assumir várias posições sem que o seu peso incida sobre a/s úlcera/s por pressão.

De acordo com as evidências científicas disponíveis, recomenda-se aos responsáveis pelos recursos dos diferentes níveis assistenciais (tanto em atenção hospitalar como nos cuidados de saúde primários onde utentes com úlceras ou suscetíveis de padecê-las são atendidos) a conveniência-obrigação de proporcionar este tipo de superfícies pelo benefício que se pode obter da sua utilização, tanto no plano preventivo como curativo.

Recomenda-se a designação de recursos consoante o risco do utente, pelo que se sugere a utilização sistemática de uma escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão que esteja validada na literatura científica e que seja adequada às necessidades do contexto assistencial de referência.

Tabela I

<i>Requisitos para as superfícies de apoio</i>
Eficácia na diminuição ou alívio da pressão tissular.
Aumento da superfície de apoio.
Facilitadora da evaporação da humidade.
Causadora de pouco calor ao utente.
Diminuição das forças de tração(cisalhamento).
Boa relação custo-benefício.
Facilidade na manutenção e manipulação.
Compatibilidade com os protocolos de controlo de infeção.
Compatibilidade com as necessidades de Reanimação cardiorrespiratória em meios com utentes de elevada complexidade médica.

Existem no mercado superfícies especiais concebidas para utentes pediátricos

(incubadora, berço, cama pediátrica), utentes adultos e superfícies para utentes obesos.

Tabela II

Tipos de superfícies de apoio
Superfícies estáticas
Colchões-almofadas estáticos de ar.
Colchões-almofadas de fibras especiais (siliconizadas).
Colchões de espumas especiais.
Colchões-almofadas viscoelásticos.
Superfícies dinâmicas
Colchões-almofadas com alternância de ar.
Colchões-almofadas com alternância e fluxo de ar.
Camas e colchões para posicionamento lateral.
Camas fluidificadas.
Camas bariátricas.
Camas que permitem o posicionamento em decúbito e em pé.

3.-CUIDADOS GERAIS

3.1. Prevenção de novas lesões por pressão

Nos utentes que apresentam ou apresentaram alguma úlcera por pressão é maior o risco de desenvolver novas úlceras.

Por este motivo resulta necessário continuar com o programa de prevenção referido (*Documento Técnico GNEAUPP nº I: Diretrizes gerais na Prevenção sobre as úlceras por pressão*) ainda com maior ênfase.

3.2. Suporte nutricional

A nutrição desempenha um papel relevante na abordagem holística da cicatrização nas feridas. Frequentemente, os utentes com úlceras por pressão acolhem outros problemas que podem dificultar uma adequada nutrição (idade avançada, falta de apetite, carência de dentes, problemas neurológicos, diminuição do nível de consciência,...)

Um estado nutricional deficiente, produz um atraso ou impedimento da cicatrização total das lesões e favorece a aparição de novas.

Um bom aporte nutricional não só favorece a cicatrização das úlceras por pressão senão que também pode evitar a aparição destas, bem como o surgimento de complicações locais (p.e.:infeção).

A desnutrição pode ser diagnosticada mediante a efetuação de medições antropométricas, determinação clínica de albumina sérica (proteína visceral de longa vida), da transferrina sérica (proteína visceral de vida curta) e da contagem linfocitária total. Outro aspeto a ponderar é a diminuição ou perda involuntária de peso.

As necessidades nutricionais de uma pessoa com úlceras por pressão estão aumentadas devido às necessidades inerentes do processo de cicatrização.

Atualmente existem evidências de que alguns nutrientes específicos são básicos para o processo de cicatrização, como a arginina (aminoácido semiessencial) cujas quantidades necessárias são praticamente impossíveis de obtê-las dos nutrientes disponíveis numa dieta normal. No mercado existem produtos que contêm arginina.

A dieta do utente com úlceras por pressão deverá garantir o aporte mínimo de:

-Calorias (30-35 Kcal x Kg peso/dia)

-Proteínas (1.25-1.5gr/Kg peso/dia)
(pode ser necessário um aumento até um máximo de 2 gr /Kg peso/dia)

-Minerais: Zinc, Ferro, Cobre

-Arginina

-Vitaminas: vit C, vit A, complexo B

-Aporte hídrico: (1cc água x Kcal /dia)(30 cc água x Kg peso)

Se a dieta habitual do utente não cobre estas necessidades se recorrerá a dietas completas ou suplementos nutricionais formulados especialmente para utentes com feridas crónicas.

3.3. Suporte emocional

A presença de uma lesão cutânea pode provocar uma mudança importante nas atividades da vida diária devido a problemas físicos, emocionais ou sociais que se podem traduzir num défice na demanda de autocuidados e a capacidade de fornecer estes autocuidados. As úlceras por pressão podem ter consequências importantes no indivíduo e na família, em aspetos como a autonomia, auto-imagem, auto-estima, etc. pelo que será importante considerar o tempo e disponibilidade para a planificação dos seus cuidados.

4. CUIDADOS DA ÚLCERA

O cuidado local de uma úlcera por pressão de Grau/Estágio I basear-se-á em:

- Aliviar a pressão da zona afetada.
- Utilização de ácidos gordos hiperoxigenados (para aumentar a resistência da pele e diminuir o efeito da anóxia tissular).
- Uso de medidas locais de alívio da pressão, como por exemplo, a utilização de pensos que obedeçam aos seguintes requisitos: que sejam eficazes na gestão da pressão, que diminuam a fricção, que permitam a visualização da zona lesionada pelo menos uma vez por dia, que não danifiquem a pele saudável e que sejam compatíveis com a utilização de produtos tópicos para o cuidado da pele.

Um plano básico de cuidados locais da úlcera em Grau/Estágio II, III e IV deve incluir:

- 1º Desbridamento do tecido necrótico.
- 2º Limpeza da ferida.
- 3º Prevenção e abordagem da infeção bacteriana.
- 4º Eleição de um produto que mantenha o leito da ferida húmido e conserve a temperatura corporal.

4.1. Desbridamento

A presença no leito de tecido necrótico na forma de escara preta, amarela,...de carácter seco ou húmido, atua como meio ideal para a proliferação bacteriana e impede o processo de cura.

De qualquer forma, a situação integral do utente (com alteração da coagulação, em fase terminal, etc.), bem como as características do tecido a desbridar, condicionará o tipo de desbridamento a realizar.

De forma prática podemos classificar os métodos de desbridamento em: cortantes (cirúrgicos), químicos (enzimáticos), autolíticos e mecânicos.

Estes métodos não são incompatíveis entre si. É recomendável a combinação deles para a obtenção de melhores resultados (p.e. desbridamento cortante associado a desbridamento enzimático e autolítico).

4.1.1. Desbridamento cortante ou cirúrgico

Considerado o método mais rápido na eliminação de áreas com escaras secas, em aderência a planos mais profundos ou de tecidos necróticos húmidos.

O desbridamento cirúrgico é um procedimento cruento que requer conhecimentos, destreza, técnica e material estéreis. Por outro lado, a política institucional determinará quem e onde o realizar.

O desbridamento cortante deverá realizar-se por planos e em diferentes sessões (exceto o desbridamento radical no bloco), sempre iniciando-o pela área central, procurando alcançar rapidamente a libertação do tecido desvitalizado num dos bordos da lesão.

Perante a possibilidade da aparição de dor durante esta técnica aconselha-se a aplicação de um analgésico tópico (gel de lidocaína 2%, EMLA, etc.). A hemorragia pode ser uma complicação frequente, controlável geralmente com a aplicação de compressão direta, pensos hemostáticos, etc. Se a situação não cessar será efetuada a sutura do vaso hemorrágico. Uma vez controlada a hemorragia seria recomendável a utilização de um penso seco durante um período de 8-24h, mudando posteriormente por um penso

húmido.

4.1.2. Desbridamento químico (enzimático)

O desbridamento químico ou enzimático é um método para ser realizado quando o utente não tolere o desbridamento cirúrgico.

Existem no mercado diversos produtos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos,...) que podem ser utilizados como agentes de detensão química dos tecidos necróticos.

A colagenase é um exemplo deste tipo de substâncias. Existem evidências científicas que indicam que a colagenase favorece o desbridamento e crescimento do tecido de granulação. Quando utilizada recomenda-se proteger a pele perilesional mediante uma película barreira, pasta de Zinco, silicone, etc., bem como aumentar o nível de humidade da ferida para potenciar a sua ação.

4.1.3. Desbridamento autolítico

O desbridamento autolítico será beneficiado com a utilização de produtos concebidos no princípio da cura húmida.

Surge na conjugação de três fatores: a hidratação do leito da ferida, a fibrinólise e a ação das enzimas endógenas sobre os tecidos desvitalizados.

Esta fórmula de desbridamento é mais seletiva e atraumática, não requer de habilidades clínicas específicas sendo bem tolerada e aceite pelo utente. Oferece uma ação mais demorada no tempo. Qualquer penso capaz de produzir condições de cura em ambiente húmido (de maneira geral) e os hidrogéis de estrutura amorfa (de maneira específica) são produtos com capacidade de produzir desbridamento autolítico.

Em feridas com tecido esfacelar, os hidrogéis em estrutura amorfa (geles), pela ação hidratante facilitam a eliminação de tecidos não viáveis, pelo que devem ser ponderados na hora da escolha como opção efetiva de desbridamento.

4.1.4. Desbridamento mecânico

Atualmente é uma técnica em desuso, por existirem alternativas com menor risco de danificação do leito lesional.

Trata-se de uma técnica não-seletiva e traumática. Realiza-se por abrasão mecânica através de forças friccionais, utilização de dextranómeros, mediante a irrigação a pressão da ferida ou utilização de pensos humidificados que ao secar passadas 4-6 horas aderem ao tecido necrótico, mas também ao tecido saudável, que é arrancado na sua remoção.

4.2. Limpeza da lesão

Limpe a lesão inicialmente e em cada tratamento.

Utilize como regra soro salino fisiológico.

Use a mínima força mecânica para a limpeza da úlcera assim como para a secagem posterior.

Utilize uma pressão de lavagem efetiva para facilitar a retirada de detritos, bactérias e restos de tratamento anteriores mas sem capacidade para produzir traumatismos no tecido saudável. A pressão mais eficaz é a proporcionada pela gravidade ou por exemplo a que realizamos através de uma seringa cheia com 35 ml com uma agulha ou catéter de 19 G que projeta soro fisiológico sobre a ferida com uma pressão de 2 Kg/cm². As pressões de lavagem da úlcera efetivas e seguras oscilam entre 1 e 4 Kg/cm².

Como norma, não limpe a ferida com antissépticos locais (iodo povidona, clorexidina, água oxigenada, ácido acético, solução de hipoclorito,...) ou produtos de limpeza cutâneos. Todos são produtos químicos citotóxicos para o novo tecido e em algumas situações a utilização continuada pode provocar problemas sistêmicos pela absorção no organismo.

(Ver Documento Técnico VIII GNEAUPP: Recomendações sobre a utilização de antissépticos no cuidado de feridas crônicas)

4.3. Prevenção e abordagem da infecção bacteriana

(ver capítulo 5: “A colonização e infecção bacteriana nas úlceras por pressão”)

4.4. Eleição de penso

As evidências científicas disponíveis mostram a efetividade clínica e sob uma ótica custo/benefício (espaçamento de tratamentos, diminuição da manipulação das lesões,...) da técnica da cura de feridas em ambiente húmido frente a cura tradicional.

Um penso ideal deve ser biocompatível; proteger a ferida de agressões externas (físicas, químicas e bacterianas); manter o leito da úlcera continuamente húmido e a pele circundante seca; eliminar e controlar o exsudado e tecido necrótico mediante a absorção; deixar a mínima quantidade de resíduos na lesão; adaptável a localizações difíceis; respeitar a pele perilesional e ser de fácil aplicação e remoção.

Os pensos de gaze não cumprem a maior parte dos requisitos anteriores.

A seleção de um penso de cura em ambiente húmido deve ser realizado considerando as seguintes variáveis:

- Localização anatómica da lesão.
- Grau/Estágio da úlcera.
- Severidade da úlcera.
- Quantidade de exsudado.
- Presença de tratos sinusais.
- Estado da pele perilesional.
- Sinais de infeção.
- Estado geral do utente.
- Nível assistencial e disponibilidade de recursos.
- Custo-efetividade.
- Facilidade de aplicação em contexto de auto-cuidado.

Para evitar a formação de abscessos ou falso encerramento da lesão será necessário preencher parcialmente (entre a metade e três quartas partes) as cavidades e tratos sinusais com produtos baseados no princípio da cura em ambiente húmido.

A frequência de mudança de cada penso será determinada pelas características

específicas do produto escolhido.

É necessária a eleição de um penso que permita uma gestão do exsudado sem que seque o leito da ferida nem lese o tecido perilesional.

Alguns pensos de cura em ambiente húmido podem combinar-se entre si, da mesma maneira que podem combinar-se com outros produtos para o tratamento de feridas.

Para a proteção da pele perilesional do exsudado e outras agressões, é aconselhada a utilização de películas ou produtos de barreira não irritantes.

Tabela III

<i>Pensos baseados na técnica de cura em ambiente húmido</i>
Alginatos
Placa
Fita
Poliuretanos
Filme/película
Espumas poliméricas em placa
Espumas poliméricas para cavidades
Espumas poliméricas com silicone
Espumas de gel de poliuretano
Hidrocoloides
Placa
Granulado
Pasta
Com alginato cálcico
Fibra
Rede ou tule
Pensos combinados
Hidrocoloides em placa com absorventes
Hidrocoloides em placa com hidrofibra de hidrocoloide
Hidrogéis
Placa
Estrutura amorfa (geles)
Salinos
Rede ou tule

Tabela IV

<i>Outros tipos de pensos</i>
Pensos de ácido hialurónico
Pensos com carvão ativado
Pensos com carvão ativado com prata
Pensos com prata de libertação direta
Pensos de gaze gorda
Pensos de rede de silicone perfurada
Pensos com carga iónica
Colagénio em pó

4.5. Tratamento coadjuvante

Na atualidade existem outras terapias coadjuvantes com funcionalidades adicionais no tratamento das úlceras por pressão:

- A terapia de cicatrização assistida por vácuo.
- Sistemas de estimulação elétrica e térmica (utilizados em outros países).

Em todo caso, o responsável deverá garantir que possui a equipa e pessoal adestrado na manipulação dos mecanismos e sistemas, seguindo os protocolos que demonstraram segurança e eficácia em testes controlados assim como as recomendações dos fabricantes.

5. A COLONIZAÇÃO E INFECCÃO BACTERIANA NAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Todas as úlceras por pressão estão contaminadas por bactérias, o que não significa que a lesão esteja infetada.

Na maior parte dos casos uma limpeza e desbridamento eficaz impossibilita que a colonização bacteriana progrida até infeção clínica.

O diagnóstico da infeção associada à úlcera por pressão, deve ser fundamentalmente clínico.

Os sintomas clássicos de infeção local da úlcera cutânea são:

- Inflamação (eritema, edema, tumor, calor).
- Dor.
- Odor.

-Exsudado purulento.

A infecção de uma úlcera pode estar relacionada com fatores próprios do utente (défice nutricional, obesidade, medicação –imunossupressores, citotóxicos-, doenças concomitantes –diabetes, neoplasias,...-, idade avançada, incontinência) e outros relacionados com a lesão (estado, existência do tecido necrótico e esfacelado, tratos sinusais, lesões tórpidas, alterações cutâneas na zona, etc.)

Perante a presença de sinais de infecção local deverá intensificar-se a limpeza e o desbridamento.

Se após um prazo de 2 a 4 semanas, a úlcera não evoluciona favoravelmente ou mantiver os sinais de infecção, tendo sido descartada a presença de osteomielite, celulite ou septicemia, implantar-se-á um esquema de tratamento. Como alternativa prévia podem utilizar-se pensos que contêm carvão ativado com prata (efetivos na diminuição da carga bacteriana) ou aplicar durante um período máximo de 2 semanas, um antibiótico local com efetividade contra os micro-organismos que frequentemente infetam as úlceras por pressão (p.e. sulfadiazina argêntica, ácido fusídico...). A utilização de antibióticos deve realizar-se conforme as políticas institucionais de uso racional aplicáveis.

Como opção à utilização de antibióticos locais podem utilizar-se pensos com prata.

Se a lesão não responde ao tratamento local, deve ser realizada a recolha de culturas bacteriológicas, qualitativas e quantitativas, de preferência mediante à aspiração percutânea com agulha ou biopsia tissular, evitando, se possível, a recolha de exsudado mediante esfregaço que pode detetar unicamente os contaminantes superficiais e não o verdadeiro micro-organismo responsável pela infecção.

(Ler *Documento Técnico GNEAUPP nº IV: “Normas básicas para a obtenção de uma amostra de exsudado de uma úlcera por pressão e outras feridas crónicas”*).

Identificado o gérmem terá que programar-se um tratamento específico, reavaliando o

utente e a lesão.

Controlo da infeção

Seguir as precauções de isolamento de substâncias corporais.

Utilização de luvas limpas, incluindo a mudança entre utentes. A lavagem de mãos entre os procedimentos com os utentes é essencial.

Em utentes com várias ulcerações, comece pela menos contaminada.

Use instrumentos estéreis no desbridamento cirúrgico das úlceras por pressão.

Não utilize antissépticos locais.

Os antibióticos sistémicos devem ser administrados sob prescrição médica em utentes com bacteriemia, sepsia, celulite avançada ou osteomielite.

Cumpra com a normativa de eliminação de resíduos da instituição.

6. REPARAÇÃO CIRÚRGICA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Deve ser considerada a reparação cirúrgica em aqueles utentes com úlceras por pressão em Grau/Estágio III ou IV que não respondem ao tratamento convencional. Do mesmo modo, será necessária a avaliação de outros elementos como a qualidade de vida, o risco de recidivas, preferências do utente, etc. junto das possibilidades para ser candidato a tratamento cirúrgico (imobilidade pós-cirúrgica evitando a pressão sobre a região afetada, nutrição adequada, utentes medicamente estáveis, etc.).

7. EDUCAÇÃO E MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA

O programa de educação deve ser parte integral da melhora da qualidade de vida.

Os programas educativos são uma componente essencial dos cuidados para a prevenção e o tratamento.

Os programas educativos serão dirigidos para os utentes, família, cuidadores e profissionais de saúde.

8.CUIDADOS PALIATIVOS E ÚLCERAS POR PRESSÃO

O estado terminal de um indivíduo não justifica o abandono do objetivo de evitar a aparição das úlceras por pressão.

No caso de que o utente apresente úlceras por pressão deve-se atuar:

- Não culpabilizando o/s cuidador/es do aparecimento de novas lesões. É uma complicação frequente e em muitos casos nesta fase, provavelmente inevitável.
- Programar objetivos terapêuticos específicos e realistas de acordo com as possibilidades de cura, evitando técnicas mais agressivas.
- Mantendo a ferida limpa e protegida para evitar o desenvolvimento da infeção.
- Selecionando pensos que permitam o espaçamento dos tratamentos para evitar o desconforto dos procedimentos.
- Melhorando o bem-estar do utente, evitando a dor e tentando controlar, de existir o odor das lesões (mediante pensos de carvão ativado, gel de metronidazol, etc.)
- Avaliando a necessidade de realizar mudanças posturais, em situação de agonia.

9.AVALIAÇÃO: INDICADORES E PARÂMETROS

O registo da evolução das lesões é um instrumento fundamental no processo terapêutico das úlceras por pressão.

Considerando a grande quantidade de informação gerada no processo dos cuidados à pessoa com úlceras por pressão, seria recomendável a adoção, a nível institucional, de registos tipo que facilitem a recolha e análise posterior dos dados. A realização periódica de fotografias² das lesões pode ser de grande utilidade. Estes registos são de grande interesse no processo da avaliação da qualidade assistencial e de proteção dos profissionais perante possíveis processos judiciais.

O Documento Técnico GNEAUPP nº VII: "Instrumentos para a Monitorização da evolução

de uma ulcera por pressão”, é uma ferramenta validada pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel que permite de maneira simples realizar o seguimento da evolução de uma lesão.

Outro instrumento para a evolução destas feridas pode ser o índice de severidade.

Índice de severidade (B. Braden): $[(\text{longitude} + \text{largura}) / 2] \times \text{estadio da UPP}$

²Quando se tirem fotografias de lesões será necessária a verificação do cumprimento dos postulados éticos e legais aplicáveis.