

Documento GNEAUPP N°VIII

**Recomendações sobre a utilização de
antissépticos no cuidado de feridas
crónicas**

GNEAUPP

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en
Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

Dezembro de 2002

Recomendações sobre a utilização de antissépticos no cuidado de feridas crónicas

0. Situação de início

- Embora as Guias de Prática clínica não recomendem a utilização de antissépticos no tratamento de feridas crónicas, na prática, um grande número de profissionais os utilizam, e amiúde, de maneira incorreta, (por exemplo antisséptico diluído em solução salina, antissépticos junto com colagenase, compressas embebidas com antissépticos em feridas infetadas,)
- Existem dúvidas por parte dos profissionais sobre o conceito e o uso de produtos antissépticos, desinfetantes, limpadores e antibióticos.
- Da mesma forma não existe um critério unânime em quanto ao que é uma ferida infetada e o que representa a infeção numa ferida.
- As recomendações para o tratamento de úlceras por pressão (UPP) da American Health Care Policy Research (AHCPR) datam do ano 1994. A partir desse momento avançou-se no conhecimento de muitos aspetos, emergindo conceitos como a gestão da carga bacteriana.

Uma análise sobre a utilização de antissépticos nas feridas crónicas exige necessariamente partir desde as diferentes situações perante as que se podem encontrar as lesões em relação aos micróbios.

Neste sentido, uma ferida contaminada é uma ferida com presença de bactérias na sua superfície; considera-se que todas as feridas crónicas estão contaminadas. Uma ferida está colonizada, quando na sua superfície existem micróbios em multiplicação mas sem produzir infeção. Por último, considera-se que uma ferida está infetada, quando existe invasão e multiplicação de micro-organismos nos tecidos, ocasionando uma lesão local

nas suas células.

Tradicionalmente, considera-se uma ferida infetada quando se contabilizam mais de 100.000 colónias por grama de tecido, ou bem existem sinais claros de osteomielite, infeção local ou geral. Hoje, abriu-se um debate científico à volta de conceitos como a existência de uma elevada carga bacteriana no leito da ferida, que sem causar infeção, pode atrasar a cicatrização das feridas crónicas.

Para a elaboração das presentes recomendações, o grupo de especialistas centrou-se em seis aspetos argumentados:

- Definição de antisséptico.
- Características diferenciais dos antissépticos perante outros produtos.
- Quando utilizar um antisséptico numa ferida crónica.
- Critérios para a eleição de um antisséptico.
- Recomendações sobre a utilização de um antisséptico.
- Principais características dos antissépticos mais utilizados no nosso entorno.

1. O quê é um antisséptico?

Entendemos como antisséptico, um produto químico que aplicado sobre os tecidos vivos tem como finalidade a eliminação dos micro-organismos patogénicos ou a inativação dos vírus. Não têm atividade seletiva uma vez que eliminam todo tipo de gérmes. A alta concentração podem ser tóxicos para os tecidos vivos. Alguns podem interferir sobre a ação de outros produtos tópicos utilizados no cuidado de feridas (colagenase, lidocaína, etc). O seu espectro de atuação, tempo de início da ação, tempo de atividade, efeito residual, toxicidade, capacidade de penetração e possíveis materiais ou circunstâncias que os ativem podem variar de um produto a outro. Temos que considerar que em alguns casos também se podem gerar resistências bacterianas aos antissépticos.

2. De quê há que diferenciar um antisséptico?

Soluções de limpeza

Produtos com capacidade de eliminar substâncias residuais na pele sã ou feridas através de sistemas físicos e/ou químicos; algumas soluções de limpeza podem ser tóxicas para o leito da ferida e/ou para a pele perilesional e podem interferir sobre a ação de outros produtos. Não têm capacidade de evitar a proliferação de micro-organismos.

Desinfetante

Produtos químicos que aplicados sobre superfícies ou materiais inanimados ou inertes têm como finalidade a eliminação de micro-organismos. Não têm atividade seletiva. A sua eleição deve ter em conta os possíveis patógenos a eliminar. Não podem ser utilizados sobre tecidos vivos.

Antibiótico

Substâncias químicas, derivadas de micro-organismos ou elaboradas sinteticamente, que têm capacidade, em soluções diluídas, de inibir o crescimento bacteriano (bacteriostáticos) ou eliminar outros micro-organismos (bactericidas). Têm capacidade seletiva perante os micro-organismos, podendo ser utilizados a baixa concentração. Podem gerar resistências.

3. Quando utilizar um antisséptico numa ferida crónica?

Em regra geral, os antissépticos não devem ser utilizados de maneira sistemática no tratamento de feridas crónicas. No entanto, o grupo de especialistas, de acordo com a bibliografia consultada, e a sua experiência clínica, considerou algumas situações especiais em relação à utilização de antissépticos em feridas crónicas.

3.1 Ferida com tecido desvitalizado que irá ser submetida a desbridamento cortante

Fundamento racional: possibilidade de bacteriemia transitória durante o processo de desbridamento

Perante esta situação recomenda-se:

-Lavar com soro fisiológico conforme as diretrizes para o tratamento do GNEAUPP.

-Aplicar medidas antissépticas prévias ao procedimento cortante e esperar no mínimo 3 minutos para permitir a sua atuação.¹

-Aplicar medidas antissépticas pós-desbridamento cortante para a diminuição do risco de bacteremias, esperando no mínimo 3 minutos para permitir a sua atuação.

-Limpar a ferida de resíduos de antisséptico com solução salina. No caso da posterior utilização de produtos com prata de libertação direta na ferida considerar a utilização para lavagem de água bidestilada ou solução de Ringer para evitar a precipitação ou cristalização da prata.

-Utilizar um sistema de gestão da carga bacteriana adequado (pensos de carvão com prata, pensos com prata de libertação gradual) selecionando um antisséptico compatível com o mesmo.²

-Quando se considera utilizar o desbridamento cortante junto com outros tipos de desbridamento deve ter-se em conta a compatibilidade entre o antisséptico de eleição e o sistema complementar de desbridamento.³

-Deve ter-se considerado, no momento da escolha do antisséptico, a possível interação ou inativação de substâncias anestésicas tópicas como a lidocaína⁴, as quais se utilizam para a diminuição da dor durante o processo de desbridamento cortante.

3.2. Feridas com infecção por micro-organismos multirresistentes

Nestas casos (MARSA, Acinetobacter,...) e dada a transcendência clínica e institucional destas situações, recomenda-se seguir as orientações do centro/instituição. A efetividade dos antissépticos perante este tipo de gérmes varia de um produto ao outro.

3.3 Feridas infetadas

Não existem evidências que justifiquem a utilização sistemática de antissépticos tópicos em feridas crónicas infetadas. Neste âmbito, é impreterível fazer um balanço risco/benefício.

3.4 Feridas sem sinais clínicas de infecção local

A utilização sistemática de antissépticos tópicos em feridas sem sinais locais de infecção não está garantida por nenhuma evidência científica.

3.5 Antissépticos e carga bacteriana na pele circundante

Como regra geral de atuação, deve realizar-se a avaliação da pele perilesional. Perante a presença de sinais atípicos na pele sã, consultar o especialista de referencia.

1 Utilizar antissépticos de ação rápida e largo espectro durante o tempo especificado.

2 Alguns antissépticos podem ser incompatíveis com a prata.

3 Alguns antissépticos são incompatíveis com produtos desbridantes enzimáticos (por exemplo, povidona iodada com colagenase).

4 A lidocaína e EMLA podem sofrer interações e inativação com a benzocaína, tinturas derivadas das anilinas e especialmente as sulfamidas tópicas.

Não existem evidências:

-que justifiquem a utilização sistemática de antissépticos na pele perilesional sã, exceto no caso de feridas com tecido desvitalizado que vão ser submetidas a desbridamento cortante ou quando se realize uma técnica diagnóstica invasiva (biopsia, aspiração percutânea);

-sobre a utilização de antissépticos na pele perilesional para criar uma barreira contra a infecção;

-a utilização de antissépticos como produtos “secantes”.

A maior parte de antissépticos apresentam-se em soluções aquosas ou alcoólicas, as quais podem aumentar o risco de maceração e/ou produzir irritação em pele e mucosas.

4. Recomendações para a utilização dos antissépticos

- Evitar a utilização de dois ou mais antissépticos.
- Respeitar o tempo de atuação e a concentração indicada pelo fabricante, assim como a eficácia perante a matéria orgânica.
- Evitar os frascos com mais de ½ litro de capacidade. São recomendadas as monodoses.
- Para diminuir o risco de contaminação, guardar os frascos fechados. No caso de utilização de embalagens grandes, recomenda-se verter previamente, num frasco menor, a quantidade de antisséptico necessária. Rejeitar o produto não utilizado.
- Pode aplicar-se o antisséptico mediante a utilização de uma compressa , evitando o contacto direto com o frasco.
- Os frascos opacos mantêm em melhores condições as preparações de antissépticos.
- Existem antissépticos que são inativados por sabões aniónicos, de grande utilização em ambiente doméstico para o banho, lavagem de mãos, etc.; é importante

lembrar-se desta questão quando se realize a limpeza da ferida com substâncias como o sabão.

5. CrITÉRIOS a considerar no momento de escolha de um antisséptico

O antisséptico ideal deve cumprir com os seguintes atributos chave:

- Atividade de largo espectro.
- Baixa capacidade de gerar resistências.
- Não resultar tóxico para os leucócitos na fase inflamatória inicial do processo de cicatrização nem para os fibroblastos e queratinocitos em fases posteriores.
- Ter um início de atividade rápido.
- Não ser irritante nem sensibilizante.
- Não tingir os tecidos.
- Ser efetivo, até mesmo na presença de pus, exsudado e tecido esfacelado.

6. Principais características dos antissépticos mais utilizados no nosso entorno

Antisséptico	Espectro de ação	Início de atividade	Efeito residual	Ação perante matéria orgânica: pus, exsudado, sangue	Segurança	Toxicidade	Contraindicações
Álcool 70%	<i>Bactérias:</i> Gram + e Gram -. <i>Virus.</i>	2 minutos	Nulo	Inativo	Inflamável	Irritante	Feridas abertas
Clorexidina (gluconato de clorexidina 0,05-1%)	<i>Bactérias:</i> Gram+ (MARSA), Gram – (Pseudomonas) <i>Esporos</i> <i>Fungos</i> <i>Virus</i>	15-30 segundos	6 horas	Ativo	A concentração superior a 4% pode danificar os tecidos	Não tóxico	Não descritas
Povidona Iodada 10%	<i>Bactérias:</i> Gram+ (MARSA), Gram-. <i>Fungos</i> <i>Virus</i>	3 minutos	3 horas	Inativo	Atraza o crescimento do tecido de granulação	Irritação cutânea. Absorção do iodo a nível sistémico.	Gravidez, recém-nascidos (cordão umbilical), lactantes, pessoas com patologia tiroideia).
Peróxido de Oxigénio Água oxigénada (1,5-3%)	<i>Bactérias:</i> Gram + e Gram -. <i>Virus. (3%)</i>	Imediato	Nulo	Inativo	Inativo em presença de ar e luz	Irritante nas mucosas	Perigo de danificar tecidos em cavidades fechadas e risco de embolia gasosa.

Outros antissépticos utilizados com menos frequência

Antisséptico	Espectro de ação	Início de atividade	Efeito residual	Ação perante matéria orgânica: pus, exsudado, sangue	Segurança	Toxicidade	Contraindicações
Hipoclorito de Sódio	<i>Bactérias:</i> Gram + e Gram -. <i>Virus.</i> <i>Esporos.</i>	?	?	Inativo	Perde a sua estabilidade e inativa nas 12 h após aplicação	Irritante	Atrasa o crescimento do colagénio nas feridas e aumenta a resposta anti-inflamatória nos tecidos subjacentes
Permanganato potássico (solução 1:8000-1:10000)	<i>Bactericida.</i> <i>Fungicida.</i>	Imediatamente	10-15 minutos	Inativo	Altera-se na presença de ar e luz por oxidação	Tinge os tecidos. Irritante	Possibilidade de reações alérgicas e/ou contacto.

7. Considerações finais

- Em referência à utilização de antissépticos em feridas crónicas, existe uma grande distância entre os ditames dos documentos baseados em evidências científicas e a prática diária dos profissionais de saúde.
- Existem poucas evidências científicas sólidas sobre este tema. Muitas delas baseiam-se exclusivamente em investigação experimental de laboratório, sendo poucas as desenvolvidas no campo clínico.
- É preciso uma grande “generosidade” por parte dos profissionais imiscuídos na forma de atuar tradicional que permitam mudar as atitudes pouco favoráveis para a evolução das feridas crónicas.
- Existe a tendência errónea de tratar feridas crónicas sob os mesmo critérios que as feridas agudas, quando a realidade do processo de cicatrização e as suas condicionantes têm grandes diferenças.
- É necessário, também, a geração de linhas de investigação que aportem bases sólidas e conhecimento sobre a matéria abordada no presente documento.

8. Bibliografía

- Anónimo. Pressure sores- Part II: Management of pressure related tissue damage. Best Practice. Evidence based practice information sheets for health professionals. 1997; 1(2): 1-6
- Bale S, Harding K, Leaper D. An introduction to wounds. London: EMAP Healthcare, 2000
- Bergstrom N; Bennet MA; Carlos CE et al. Treatment os Pressure lcers. Clinical Practice Guideline nº 15. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 95-0652. December 1994
- Bergtrom N, Cuddigan J. Editors. Treating Pressure ulcers. Guideline technical Report nº15. Volume I. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. Wound microbiology and associated approaches to wound treatment. Clin Microbiol Rev 2001; 14(2):244-269
- Brennen SS, Foster ME, Leaper DJ. Antiseptic toxicity in wounds healing by secondary intention. J Hosp Infect 1986; 8:263-7
- Burks RI. Povidone-iodine solution in wound treatment. Phys Ther 1998; 78:212-8
- Cooper R, Lawrence JC. The role of antimicrobial agents in wound care. J Wound Care 1996; 5(8):374-380
- European Pressure Ulcers Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review 1999; 1(2): 31-33
- Flanagan M. Wound Management. New York: Churchill Livingstone, 1997
- Gordon D. Infection in chronic wounds. En: Krasner D, Rode heaver GT, Sibbald RG (edits). Chronic Wound care, third edition. Wayne, PA, Health Managemnt Publications, Inc; 2001
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera spor presión y Heridas

Crónicas. Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Revisión febrero 2003. www.gneaupp.org

-Hansson C, Holm J, Lillieborg S, Syren A. Repeated treatment with lidocaine/prilocaine cream (MLA) as a topical anaesthetic for cleansing of venous leg ulcers: a controlled study. Act Dermo Venerol (Stockl) 1993; 73:231-233

-Lawrence JC. The treatment of small burns with a clorohexidine medicated tulle gras. Burns 1973; 3:239-244

-Lawrence JC. The bacteriology of burns. J Hosp. Infect 1985;6:3-17

-Levin, O'neal. The diabetic foot, 6ª ed; San Lusi: Mosby, 2001; pp 291

-Lineaweaver W, Howard R, Souey D, Mc Morris S, Freeman J. Topical antimicrobial toxicity. Arch Surg 1985; 120:267-270

-Mertz PM, Marshall DA, Eaglestein WH. Occlusive wound dressings to prevent bacterial invasion and wound infection. J Am Acad Derm 1985; 12: 662-668

-Miller M, Gilchrist B. Understanding wound cleaning and infection. EMAP Healthcare.

-Morrison MJ (edit). The prevention and treatment of pressure ulcers. Edinburgh: Mosby 2001

-Registered Nurses Association of Notario. Nursing best practice guideline. Shaping the future of nursing. Assessment & treatment of stage I to stage IV pressure ulcers. August 2002. www.rnao.org

-Rodeheaver GT. Wound cleansing, wound irrigation, wound disinfection En: Krasner D, Rodeheaver GT., Sibbald RG (edits). Chronic wound care, third edition. Wayne, PA, Health Management Publications, Inc;2001

-Salas Campos L, Gomez Ferrero O, Villar Miranda H et al. Antisépticos. Rev Rol Enf 2000; 23:537-541

-Scanlon E, Stubbs N. To use or not to use? The debate on the use of antiseptics on

wound care. Wound Care 2002; September:8-20

-Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The care of patients with chronics leg ulcer. A national clinical guideline. SIGN Publication number 26. Edinburh: SIGN, 1998

-Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL et al. Preparing the wound bed debridement, bacterial balance and moisture balance. Ostomy Wound Manag 2000; 46(11):14-33

-Villanto J. Desinfection of surgical wounds without inhibition of normal wound healing. Arch Surg 1989; 115:253-6

Documento Técnico de consenso elaborado en Castelldefels (Barcelona). Dezembro de 2002 por um grupo de profissionais integrado por:

-JOAN BLANCO BLANCO

Enfermeiro, Unitat Sociosanitària. Hospital Santa Maria, Lleida

-CARMEN BLASCO GARCIA

Enfermeira. UFISS-Geriatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

-JORDI BALLESTÉ TORRALBA

Enfermeiro, Unitat Sociosanitària. Hospital Santa Maria, Lleida

-NURIA CASAMADA HUMET

Enfermeira. Adjunta de Enfermagem. ABS Vallirana. ICS Barcelona

-FERNANDO GARCIA GONZALEZ

Enfermeiro. Hospital G.U. Puerto Real, Cádiz

-MANUEL GAGO FORNELS

Enfermeiro Comunitário. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa Maria, Cádiz

-NURIA IBAÑEZ MARTINEZ

Enfermeira, Unidad de Semicríticos, HSC Sant Pau. Barcelona

-PILAR IBARS MONCASI

Enfermeira. Supervisora Servicio de Nefrología. Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

-FERNANDO MARTINEZ CUERVO

Enfermeiro. Residencia de Ancianos Mixta de Gijón perteneciente al ERA, Gijón
(Principado de Asturias)

-LUIS MIGUEL NOVILLO BRICEÑO

Director de Enfermería. Residencia de Tercera Edad. Manoteras. Madrid

-ESTRELLA PERDOMO PEREZ

Enfermeira. Centro de Salud Miller Bajo, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio Canario
de la Salud

-GLORIA ROVIRA CALERA

Enfermeira, ABS Tarragona-6. CAP Tàrraco. ICS, Tarragona

-JUSTO RUEDA LOPEZ

Enfermeiro. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona

-MARIA ASUNCION SANCHO PONS

Enfermeira, ABS Tarragona-6. CAP Catalunya. ICS, Tarragona

-ELENA SANTAMARIA ANDRES

Enfermeira Supervisora. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Servicio de
Dermatología. Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)

-TERESA SEGOVIA GOMEZ

Enfermeira Supervisora. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario "Puerta del
Hierro". Madrid

-JOSE JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

Enfermeiro. Hospital de la Rioja

Professor de Enfermagem Geriátrica. E.U. Enfermería de Logroño. Logroño. La Rioja

-JOAN ENRIC TORRA I BOU

Enfermeiro. Responsável Unidade de Heridas Crónicas. Consorci Sanitari de Terrassa.
Terrassa, Barcelona

-JOSE VERDU SORIANO

Enfermeiro. Professor titular. Escuela Universitaria de Enfermeria. Universidad de Alicante