

sinais vitais

enfermagem em revista



VI CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS: DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO



ESPECIAL
O MEL NO
TRATAMENTO DE
FERIDAS



CIÊNCIA E TÉCNICA
UTILIZAÇÃO DE
ÁCIDOS GORDOS
HIPOXIGENADOS
NA PREVENÇÃO DE
ÚLCERAS DE PRESSÃO

VII CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS

Lisboa | Portugal | 29 e 30 de Abril de 2016

Auditório Metro Lisboa – Estação Alto dos Moinhos

7/03/2016
Submissão de
Comunicações



QUESTÕES EM DEBATE:

- Que contributos e inovações trazem as guidelines de pé diabético de 2015?
- Como os pensos controlam os biofilmes nas feridas complexas infetadas?
- Usa-se sempre pensos absorventes em feridas exsudativas?
- Circuito de introdução de materiais e produtos para tratamento de feridas: do Infarmed/ACSS/Comissões de escolha
- Que pensos antimicrobianos existem no mercado em Portugal?
- Quais as Bundles – “Feixe de Intervenções” – de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico?
- Infecções da pele e tecidos moles: uma abordagem diferencial
- Ostomias: dos fundamentos à prática

Organização



FORMASAU
FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA

Feridasau

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P06 ESPECIAL

ESPECIAL: VICONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS: DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO

P11 ESPECIAL

CONFERÊNCIA-SÓ A PELE DA PESSOA IDOSA ESTÁ ENVELHECIDA? INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS À PESSOA COM PELE ENVELHECIDA

P16 ESPECIAL

NEM TODAS AS LESÕES NA REGIÃO SAGRADA SÃO ÚLCERAS POR PRESSÃO. O CASO DAS DAI. QUE CREMES E MATERIAIS DE PENSO NÃO SÃO RECOMENDADOS?

P19 ESPECIAL

QUAIS OS ANTisséPTICOS QUE DEVEMOS USAR? QUAIS OS MAIS CITOTÓXICOS E OS DE NOVA GERAÇÃO?

P21 ESPECIAL

O MEL NO TRATAMENTO DE FERIDAS

P27 ESPECIAL

AValiação e controlo da dor no doente com ferida bFOOD- ANA: A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DAS FERIDAS COMPLEXAS

P35 ESPECIAL

Larvaterapia já comercializada em Portugal?

P37 ESPECIAL

UTILIZAÇÃO DE ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

P47 ESPECIAL

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA: EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néilson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf@ NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPOSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO, Enfermeiro
rmargato@gmail.com

A edição 119 da Revista Sinais Vitais é subordinada exclusivamente à temática do tratamento de feridas, dando especial enfoque ao VI CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS: DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO, que decorreu nos dias 2 e 3 de Outubro de 2015, e do qual aqui divulgamos uma selecção das comunicações apresentadas.

Como referimos este é o VI Congresso Internacional, ou seja, desde 2009 que a FORMASAU dedica dois dias com várias horas de divulgação, análise e debate sobre o tratamento de feridas. É assim porque atribuímos significado a esta área específica da intervenção dos enfermeiros. Ela é de extrema utilidade para as pessoas que cuidamos pelo que se exigem boas práticas.

Esta área tem sido objecto de investigação, sendo as intervenções na sua maioria fundamentadas em conhecimento formal, resultante dessa produção científica, em especial da levada a cabo por enfermeiros.

Neste sentido, destaca-se o esforço realizado pela FORMASAU como entidade formativa e de divulgação do conhecimento produzido pelos enfermeiros portugueses, quer no âmbito da sua formação académica, quer no âmbito da sua prática clínica.

Assim, é importante produzir mais e melhor investigação e aqui existem vários actores. Temos a Academia, com as suas unidades de investigação desempenham um papel essencial, porque temos o conhecimento produzido pelos mestrados e doutoramentos em enfermagem que é necessário valorizar e temos a Ordem dos Enfermeiros, que deve assumir como desígnio organizar e constituir-se como pivot, facilitar o processo de investigação e orientar quem pretende desenvolver projectos, nomeadamente em contexto clínico.

Não podemos esquecer o momento inédito que vivemos na nossa sociedade e profissão. Temos as eleições para a Ordem dos Enfermeiros nos dias 13, 14 e 15 de Dezembro de 2015, pela primeira vez em voto electrónico, em que todos os enfermeiros podem escolher, a partir de sua casa, os corpos dirigentes que os vão representar para os próximos 4 anos.

As listas e os candidatos são muitos, o que significa que muitas pessoas querem coisas diferentes para a profissão, ou é um facto que resulta da riqueza e heterogeneidade que a profissão entusiasticamente emana? O que é definitivamente importante é termos uma votação participada, para colocar maior legitimidade nas decisões que serão necessárias tomar.



A todos os Interessados

Justificação:

As situações de emergência exigem uma atuação cada vez célere e assente em conhecimentos científicos. As equipas intervenientes devem possuir conhecimentos e competências adequadas a cada uma das situações com que sejam confrontadas. A capacidade dos elementos da equipa, a coordenação entre eles, bem como o espaço físico e os meios técnicos disponíveis, contribuem para melhorar o desempenho dos profissionais e consequentemente para melhorar o atendimento à pessoa em risco de vida.

Os membros das equipas de emergência, devem estar em constante atualização de conhecimentos, mais do que a prevista para a generalidade dos profissionais.

Objectivo:

Este é o nosso objectivo analisar e discutir as principais alterações que surgiram nas Guidelenes em Ressuscitação de 2015, ao nível da emergência pré-hospitalar e da urgência, em particular.

Destinatários:

O curso é dirigido a todos os profissionais de saúde com formação prévia de Suporte Imediato de Vida e de Suporte Avançado de Vida.

Curso de Recertificação em SAV, 23 de Janeiro 2016, 12 horas, Sala de Formação Sinais Vitais

Inscrições:

Inscrições **limitadas**, disponíveis em www.sinaisvitalis.pt
(deve ser acompanhada de comprovativo de formação prévia)



Pós Graduação de Enfermagem em Cuidados Paliativos

O curso tem como finalidade permitir que os formandos actualizem os seus conhecimentos teóricos e práticos em relação aos cuidados paliativos, no sentido de garantir e otimizar os cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa sujeita a estes cuidados. A formação assenta os seus conteúdos formativos os referenciados como essenciais no Despacho de 15 de Junho de 2004 (aprovação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos) e o proposto pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos no que respeita à formação de profissionais de saúde, incluindo os cuidados à pessoa doente e à sua família em internamento ou no domicílio, nomeadamente o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

Datas: 7 e 14 de Maio | 4 e 18 de Junho | 2 e 9 de Julho | 10 e 24 de Setembro | 8 e 15 de Outubro | 5 e 19 de Novembro 2016

Duração: 150h (90h de sala de aula + 60h de trabalho de formando)

Horário: sábado, das 09h00 às 13:00h e das 14h00 às 17h30

Local de realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Pólo do Lumiar, Alameda das linhas de Torres, nº 179, 1750-142 Lisboa

Programa, condições de candidatura e inscrições em www.sinaisvitalis.pt

Formação | Curta Duração

Lisboa

Suporte Avançado de Vida

Datas: 12 de Dezembro de 2015 e 9 e 16 de Janeiro de 2016

Duração: 40h (24h de sala de aula + 16h de trabalho do formando)

Trauma avançado

Datas: 13 e 27 de Fevereiro e 5, 12 e 19 de Março de 2016

Duração: 56h (40h de sala de aula + 16h de trabalho do formando)

Transporte do Doente Crítico

Datas: 2 de Abril de 2016

Duração: 56h (40h de sala de aula + 16h de trabalho do formando)

Ventilação não Invasiva

Datas: 30 de Janeiro e 6 de Fevereiro de 2016

Duração: 30h (16h de sala de aula + 14h de trabalho do formando)

Local de realização: Escola Profissional Gustave Eiffel, Pólo do Lumiar, Alameda das linhas de Torres, nº 179, 1750-142 Lisboa

Coimbra

Cuidados Continuados Integrados

Datas: 5, 7, 12, 14, 19, 21 e 26 de Janeiro de 2016

Duração: 40h (30h de sala de aula + 10h de trabalho do formando)

Inglês Técnico para Enfermeiros

Datas: 8, 9, 11, 13, 18, 20, 23, 25 e 27 e 30 de Janeiro e 1, 2 e 6 de Fevereiro de 2016

Duração: 60h (48h de sala de aula + 12h de trabalho do formando)

Massagem Terapêutica

Datas: 29 de Fevereiro e 2, 5, 7, 9, 12, 14 e 16 de Março de 2016

Duração: 50h (40h de sala de aula + 10h de trabalho do formando)

Emergências Cardiológicas

Datas: 20 e 27 de Janeiro e 3 e 17 de Fevereiro de 2016

Duração: 40h (30h de sala de aula + 10h de trabalho do formando)

Local de realização: Sala de formação SinaisVitalis



Edição disponível
em
www.sinaisvitalis.pt



VI CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS: DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO

AUDITÓRIO DA FACULDADE DE FARMÁCIA

LISBOA
2 e 3 OUTUBRO
2015

até
25/4/2015

SUBMISSÃO DE
PERGUNTAS

ESPECIAL: VI CONGRESSO INTERNACIONAL
GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS:
DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO



VI Congresso Internacional da Feridasau.
Inovado! Próximo! Prático!

O ponto de partida, este ano, foi diferente.
"O mundo está cheio de respostas. O que
demora é o tempo das perguntas"

José Saramago

As linhas gerais do programa foram traça-
das por todos os enfermeiros que colocaram
questões à Formasau/Feridasau sobre a te-

mática – gestão de feridas complexas. Desde
já deixamos o nosso agradecimento. O tema
faz jus ao processo evocado: da dúvida nas-
ce o conhecimento. Claro está, que para se
colocar questões e ter dúvidas, é necessário
já ter conhecimento. A ciência cresce sobre o
manto das interrogações. O profissional, que
se interroga e interroga os outros, é aquele
que, mobilizado pela curiosidade intelectual,
pretende que o seu cuidar seja assente nas
melhores evidências e estas intrinsecamente

ligadas a um melhor agir ético. Para haver um processo de tomada de decisão ético juntam-se alguns antecedentes da decisão: a motivação, considerando que desejar uma ação é uma condição mínima de inteligibilidade da ação sensata, e a intenção. A todos vós que indagaram, congratulamos-vos pelo vosso processo antecipatório para nos vossos contextos poderem ser livres de tomarem decisões éticas, assentes na melhor evidência disponível, e não no dogma do empirismo. A prática de Enfermagem não pode ser assente em ações involuntárias por coação ou ignorância. As ações em Enfermagem devem ser todas voluntárias. O poder, de cada um para ser autor dos seus atos, determina a resposta pelo seu agir, nunca esquecendo que o objeto da responsabilidade encontra-se na pessoa cuidada com ferida.

Ao longo dos anos, a prática de Enfermagem transformou-se, passando da simples execução de ações por repetição, para o desenvolvimento de uma prática científica baseada na evidência. A Enfermagem tem assistido a um enorme desenvolvimento técnico-científico. As crescentes exigências dos cuidados de saúde conduziram os enfermeiros à procura de níveis de formação cada vez mais avançados, bem como à aposta na formação contínua, como estratégia de atualização profissional.

O programa deste congresso foi, então, baseado, nas questões colocadas pelos enfermeiros prestadores de cuidados, e o esclarecimento passou por palestras de peritos nacionais e internacionais na área de feridas, com core de conhecimentos e com experiência prática. Reunimos experts na área de feridas, de várias associações, grupos, escolas - num só espaço. Juntos para construir

um saber partilhado! Tivemos, também, a preocupação de trazer as novidades até vós, até nós. Contámos com a presença da EL-COS, GAIF, APTF, FERIDASAU, ESEL, ESenfC, Associação científica dos enfermeiros.

O programa cingiu-se não só às feridas, mas, também, à pele, ao envelhecimento cutâneo, às diferenças entre emolientes ocluentes e humectantes, ou seja, aos cuidados com a pele com xerose cutânea.

Acontece, por diversas vezes, ouvir os colegas enfermeiros a pronunciarem-se sobre outros congressos relacionados com a mesma temática, e verifica-se reiteradamente o mesmo denominador comum nas críticas: as dúvidas mantêm-se sobre a aplicabilidade do material de penso dirigido à avaliação da etiologia e do estado da ferida. Este congresso foi pensado, elaborado, estruturado para não incorreremos no mesmo erro.

Quando devo usar pensos antimicrobianos tópicos com surfactantes e bioativos? Aplicando o DIM-E, e se a causa de cronicidade da ferida complexa for a infeção e esta apresentar sinais de infeção local, aplicam-se pensos antimicrobianos tópicos durante 2 a 4 semanas para controlar a carga biológica imposta pelas endotoxinas bacterianas. Se esta deixar de apresentar sinais de infeção, e se a ferida tiver potencial de cicatrização, for considerada cicatrizável, deve-se avançar para os pensos bioactivos, controlando a carga proteásica.

Foi abordada, também, a temática do mel e a diferença entre méis medicinais, ou seja, MGH – Medical Grade Honey. Sabe-se que os méis apresentam propriedades antimicrobianas. A elevada osmolaridade, pH ácido são características comuns aos méis. Alguns apresentam, também peróxido de hidrogé-

nio, mas sabe-se que este é inativado pela catalase. Outros, sabe-se que, não têm peróxido mas sim metilgloxal, mas que, sujeito a processos de neutralização em ensaios, mantém a sua capacidade antimicrobiana. Conclui-se que do mel medicinal ainda há muito por descobrir.

Falou-se na importância dos pensos de silicone enquanto pensos atraumáticos, que não façam o skin stripping, a adesividade celular, sendo diferentes de pensos não aderentes – aqueles que gelificam.

Foi um privilégio e uma honra poder contar com Toni Hubbard para apresentar a Larva-terapia, que contamos que venha a revolucionar as práticas em Portugal. Evidências existem muitas, práticas, no nosso país, ainda, poucas. Permitam-me o denodo: gostaria que este cenário mudasse para obtenção de mais ganhos em saúde. As larvas libertam enzimas proteolíticas, quebrando as pontes de colagénio que unem o tecido inviável ao viável e depois ingerem a carga necrótica (entenda-se tecido desvitalizado + tecido necrótico). É um desbridamento seletivo e eficaz. Tem, também, efeitos antimicrobianos.

A temática da nutrição foi abordada em dois momentos: um abrangente em que se apresentou as evidências, desmontando os mitos associados, e num outro momento, a Alimentação Natural Adaptada (ANA) e seus benefícios.

A Terapia de feridas por pressão negativa (TFPN) é substituível por vácuo fornecido por rampa? Não! Não há o garante da pressão exercida no leito e nas alterações topográficas da ferida, a capacidade adaptativa não é igual e o facto de o doente ficar “preso” a uma tubuladura, com conexão à rampa,

interfere na sua qualidade de vida. Não há evidências científicas da terapia por vácuo fornecido na rampa!! Foram apresentados alguns casos de TFPN com irrigação com plihexametileno de biguanida (polihexanida) + betaine (ou seja, antisséptico não citotóxico, sem resistências associadas, e um surfactante que garanta a destruição da matriz exopolissacarídea do biofilme).

O tema da massagem de drenagem linfática e exercícios miolinfocinéticos foi apresentado de um modo muito dinâmico, com apresentação de um vídeo, e foi desmistificado vários aspetos, como a pouca pressão exercida, sem recurso a cremes, entre outros aspetos. Muito interessante!

Foi abordada a observação clínica e os cuidados de Enfermagem ao Pé diabético – patologia não ulcerativa. Portanto, de uma forma muito específica, focalizou-se somente na patologia não ulcerativa e os cuidados preventivos.

No segundo dia de congresso, foi de especial interesse a conferência sobre as intervenções de Enfermagem na esfera da atividade profissional. Foi para além do expectável, pois foram lançadas algumas questões incitadoras ao pensamento dos enfermeiros. Foco: intervenções autónomas e interdependentes. Claramente que na área de cuidar uma pessoa com ferida, as intervenções são interdependentes, em que toda a equipa interdisciplinar tem como foco a pessoa. Todos os atos – os de prescrição e os de execução são partilhados. Mas, fomos lançados a pensar mais além!: por vezes, preocupamo-nos em fazer a transferência de intervenções interdependentes para as autónomas, mas estas últimas são, por vezes, delegadas, até mesmo por desconhecimento do nosso campo

de ação assente no campo legal.

Numa mesa com cariz prático, abordou-se a temática do desbridamento. Posso usar concomitantemente diferentes formas de desbridamento? Claro! E, Devo! Numa ferida com tecido necrosado, posso usar desbridamento autolítico e enzimático e cortante conservador parcial. Se a ferida estiver exsudativa, é contraproducente recorrer ao autolítico, com recurso ao hidrogel gel amorfo. A palestrante deu enfoque às técnicas de desbridamento cortante: square, cover – que se utiliza quando o tecido está necrótico aderente e consistente e slice quando está apresenta tecido desvitalizado mais mucoide.

A temática dos antissépticos não podia ser descuidada. Claramente que os antissépticos citotóxicos, com relatos de resistências, não são preconizados, por diversas razões. Os que se podem usar, quando a ferida apresenta sinais de infeção, são os pensos com libertação prolongada, sustentada de antisséptico. Abordou-se os antissépticos em solução, de nova geração: a octenidina e a polihexanida (sabendo à priori que este, em toda a sua gama, está associado a um surfactante - betaine - que irá criar stresse à matriz do biofilme).

Na temática seguinte abordaram-se os surfactantes - Betaine, F-68. Surfactante é um agente ativo de superfícies, caracterizado pela sua tendência de adsorver em superfícies e interfaces, aumentando a solubilidade e melhorando a limpeza. O resultado da baixa tensão superficial induzida pelo surfactante ajuda na remoção de detritos e bactérias. Estes com as suas propriedades tensoativas passam pela fragilização da matriz polimérica dos biofilmes, sendo fundamental quando a ferida se encontra infetada

e não responde aos antimicrobianos.

Na mesa das úlceras por pressão (UPP) e dermatites associadas à incontinência (DAI), começou por se defender que nem todas as lesões na região sagrada são UPP, fazendo o diagnóstico e abordagem diferencial para as DAI. Ficou claro que não se devem usar emolientes, pensos de hidrocoloide, hidrogel gel amorfo, compressas, entre outros, nas DAI Flictenas! As abordagens mais adequadas nas feridas com flictenas não reúnem consenso entre autores. Contudo, foi feita uma apresentação clara e esquemática de algumas práticas, mais advogadas pelos autores. Estas foram dirigidas para as flictenas associadas à UPP, de conteúdo seroso, hemático e purulento. Foi feita ressalva que as flitenas no caso da Epidermólise Bolhosa têm uma abordagem distinta.

O congresso foi fechado com uma apresentação entusiasta e clara sobre as Guidelines das UPP de 2014, que nos trazem algumas novidades, contudo nem todas se sabe se terão aplicabilidade nacional. Aguardaremos..! Dou por término este breve preâmbulo e apresentação das várias temáticas apresentadas no congresso.

Espero contar com a vossa participação para o próximo ano.

Bem hajam.

Elsa Menoita – Coordenadora do Feridasau; Gestora do Programa de melhoria das Úlceras por Pressão no CHLC; Membro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do CHLC

www.jmv.com.pt



JMV
produtos hospitalares

a solução eficaz

Tecnologias Cirúrgicas • Tecnologias da Saúde • Tratamento de Feridas
Cirurgia Plástica • Estética

CONFERÊNCIA - SÓ A PELE DA PESSOA IDOSA ESTÁ ENVELHECIDA? INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS À PESSOA COM PELE ENVELHECIDA



ELSA MENOITA

Coordenadora do Feridasau; Gestora do Programa de melhoria das Úlceras por Pressão no CHLC; Membro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do CHLC

PELE ENVELHECIDA

A pele apresenta, com o avançar da idade, diminuição da espessura epiderme-derme; redução da elasticidade, redução da secreção de sebo pelas glândulas sebáceas; resposta imunológica comprometida; decréscimo do número de glândulas sudoríparas; diminuição do leito vascular com fragilidade dos vasos sanguíneos. Assim, evidencia-se a necessidade de cuidados específicos para a pele da pessoa idosa que atendam às alterações do sistema tegumentar.

O envelhecimento cutâneo pode ser:

Intrínseco ou cronológico;

Extrínseco (cujos fatores causais principais são: stresse, hábitos tabágicos, dietas restritivas e exposição solar). Dos fatores extrín-

secos, o que apresenta maior impacto é a exposição solar, sendo responsável pelo fotoenvelhecimento.

A teoria mais advogada que defende o envelhecimento cronológico é a do encurtamento dos telómeros. Os telómeros são sequências de repetições nucleopeptídicas presentes no final dos cromossomas, funcionando como tampão biológico que mantém a integridade do ADN durante as divisões celulares. O tamanho telomérico vai-se reduzindo a cada mitose. Com a ausência dos telómeros, após várias divisões há a interrupção da divisão celular e conseqüentemente o envelhecimento celular.

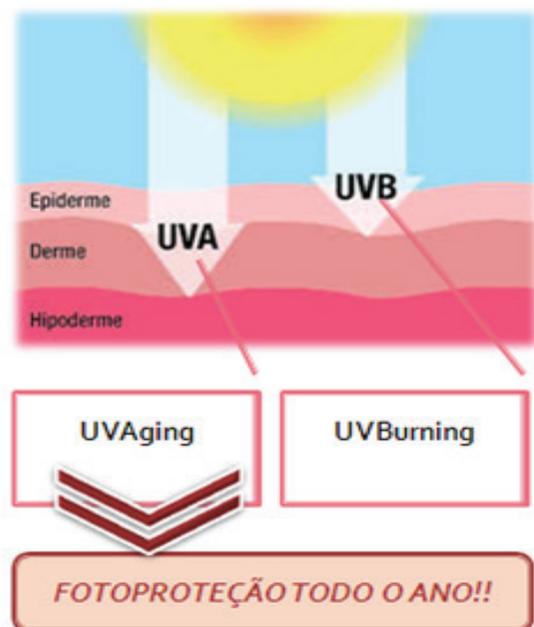
Nas peles mais fotoexpostas existe maior mutação no ADN mitocondrial e libertação

de ERO – enzimas reativas oxidativas -, que desencadeiam stresse oxidativo.

É, ainda, importante referir que, os danos foto-oxidativos acumulativos, gerando uma sobrecarga de ERO, aceleram o encurtamento dos telómeros.

Há uma expressão do senso comum: “vê-se a idade pelas mãos”. De facto, toda a superfície corporal que se encontra fotoexposta, mesmo durante o inverno, está sujeita à radiação UVA que atinge a epiderme, mas, também, a derme, provocando alterações na atividade fibroblástica e por consequência na produção de fibras proteicas, como colagénio – fibra responsável pela arquitetura da derme. Por este facto, é necessária a fotoproteção durante todo o ano, tendo em consideração que os raios UVB atingem 5% da biosfera no período de verão entre as 10-16 horas e os UVA atingem 95% da biosfera, em intensidade constante durante todas as horas do dia (Figura nº1).

Figura nº 1- Impacto da radiação solar (UVA e UVB) na pele



As principais alterações histológicas na derme são:

Diminuição do conteúdo total de glicosaminoglicanos (GAGs) – como exemplo o ácido hialurónico – tendo implicações na migração celular, nomeadamente dos fibroblastos para a produção de colagénio;

Processos mitóticos estão diminuídos, pelo que o número de fibroblastos está reduzido, alterando a capacidade de biossíntese de colagénio;

Aumento da atividade proteolítica, como as MMP – metaloproteinases da matriz, aumentando a degradação do colagénio;

Fragmentação das fibras elásticas na derme, desenvolvendo-se a elastose solar.

Estas alterações na derme serão as responsáveis pelos sinais visíveis do envelhecimento cutâneo observáveis na epiderme, como as rugas. Existem as rugas finas e as profundas. As primeiras podem ser categorizadas como: estáticas (gravitacionais associadas à fraqueza das estruturas) e dinâmicas (associadas aos movimentos repetitivos dos músculos da face). Por curiosidade, a toxina botulínica só atua nas dinâmicas. As profundas estão associadas aos danos por fotoexposição. Uma pele com rugas de classe 3 – profundas - apresenta vulgarmente elastose solar e cutis rhomboidalis nuchae.

Verifica-se um aplanamento da junção dermo-epidérmica e um aplanamento das papilas dérmicas, havendo maior suscetibilidade para a ocorrência de quebras cutâneas. Adicionados a estes processos, o adelgaçamento da derme e a xerose cutânea contribuem para que a pele envelhecida se apresente como uma “folha de papel”.

Porque a pele envelhecida apresenta xerose

cutânea?

As glândulas sebáceas segregam menos sebo, que lubrificam o pelo, a pele e têm propriedade bactericidas e fungidas importantes por serem um dos responsáveis pelo manto ácido hidrolipídico da pele. Este forma um manto lipídico que evita as perdas de água excessivas.

Os corneócitos têm menor espessura e as lamelas lipídicas estão mais estreitas por diminuição de produção de lípidos, aumentando o espaço entre eles, facilitando a entrada de agentes irritantes e alergénicos, o que pode provocar uma resposta inflamatória – dermatite de contacto - eczemas. Para além deste processo, com a diminuição de es-

passura dos corneócitos há um aumento de perda de água transepidérmica, fomentando ainda mais a desidratação da pele. As lamelas lipídicas também são responsáveis pela manutenção do pH ácido da pele, devido à sua composição (lípidos hidrofóbicos, como os ácidos gordos, colesterol e ceramidas) (Menoita, 2015).

Deste modo, também, estão reunidas as condições para a pele envelhecida ter alterações do pH: diminuição das lamelas lipídicas e diminuição da produção do sebo.

Para além das alterações histológicas já apresentadas com implicações nas manifestações clínicas, a pele exposta à radiação

Figura nº 2 – Xerose cutânea e dermatites de contacto na pele envelhecida



UV, ao longo dos anos, vai sofrendo efeitos acumulativos, como senescência e disfunção celular dos melanócitos, provocando fotodermatoses: hiperpigmentos (por exemplo o lentigo solar) e hipopigmentos (leucodermia guttata), entre outras.

SÓ A PELE DA PESSOA IDOSA ESTÁ ENVELHECIDA?

Não. As rugas, a xerose cutânea, as fotodermatoses, entre outras manifestações clínicas podem surgir sem ser na pessoa idosa. Estas dependem da exposição da pele aos fatores extrínsecos, nomeadamente à radiação UV (tanto UVA como UVB).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS À PESSOA COM PELE ENVELHECIDA

A primeira abordagem tem como objetivo prevenir o fotoenvelhecimento, mediante sensibilização para os perigos da fotoexposição. Algumas recomendações (Menoita, 2015):

Use diariamente protetores solares (UVB e UVA), nas áreas de pele não protegidas pelas roupas e que mais envelhecem, como a face, pescoço, membros superiores e mãos.

Se houver muita fotoexposição ou transpiração, a duração da ação de um filtro solar é de cerca de 2 horas. Após este período deve ser reaplicado. Não confie na indicação "resistente à água".

Use chapéu e guarda-sol quando for à praia. Ainda assim, use o filtro solar pois parte dos UV reflete-se na areia atingindo a sua pele.

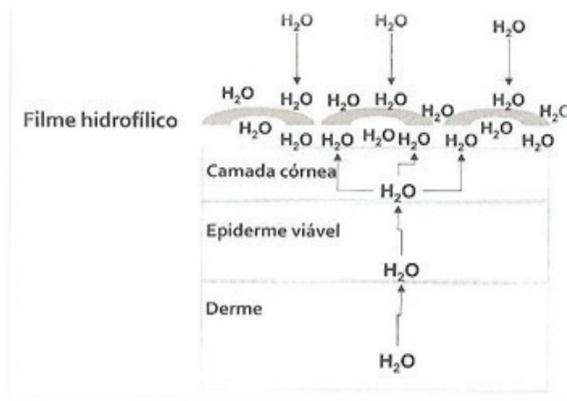
A segunda abordagem tem como objetivo melhorar a integridade cutânea, de modo a evitar lesões como as úlceras por pressão, dermatites de contacto e quebras cutâneas.

Para garantir a integridade da pele recomendam-se alguns cuidados com a limpeza e hidratação da pele.

É importante limpar a pele de resíduos orgânicos e não orgânicos. Se um doente apresentar restos fecais, a pele deve ser cuidadosamente limpa para remover todos os microrganismos e toda a carga enzimática, como as lípases, ureases, proteases, sais biliares, que irão danificar o manto hidrolipídico da pele. No entanto, na pele envelhecida os cuidados de higiene não podem ser rotinizados. O sabão pode remover os óleos naturais da pele - como por exemplo, o sebo, podendo provocar pele seca. Os sabões possuem vulgarmente um surfactante, o Lauril Sulfato de Sódio (LSS) - sodium lauryl sulfate, mas este é um potente agente irritativo da pele. Deve dar-se primazia aos produtos de higiene com surfactantes não iónicos, como polisorbato e a agentes de limpeza com pH ácido (Menoita, 2015).

Para a hidratação da pele existem os emolientes ocluentes e os humectantes. A terapia emoliente deve ser utilizada regularmente na pele envelhecida, precisamente porque esta apresenta xerose cutânea. Os ocluentes fazem uma cobertura oclusiva, imitando o papel do sebo, e evitam as perdas de água transepidermais. Os humectantes são substâncias higroscópicas, que atraem a água da derme para a epiderme - water-loving, como a glicerina, ureia, glicerol, ácido glicólico, lactato de amónio, propilenoglicol. Quando o produto tem os dois papéis, o humectante atrai a água para a epiderme, enquanto o elemento oclusivo assegura que não se evapore.

Figura nº3 - Emolientes humectantes: Propriedades higroscópicas



É importante abordar a temática das quebras cutâneas. Estas desenvolvem-se devido a um trauma mecânico, mas estão associadas às alterações da condição do epitélio. As quebras cutâneas são entidades distintas das lacerações e das UPP de categoria II, causadas por fricção.

Manter a pele intacta em pessoas com pele frágil é um desafio. Existem alguns cuidados preventivos, como: 1) Lavar a pele com água morna e sabão com pH ácido; 2) Evitar a fricção, como modo de secagem da pele; 3) Utilizar emolientes; 4) Evitar produtos adesivos e se se utilizar pensos secundários, dar preferência a atraumáticos – evitar skin stripping; 5) Proteger de traumas.

Em suma, uma pessoa com pele envelhecida com alterações estruturais e celulares, mesmo que algumas não visíveis, devem ser adotados cuidados preventivos, de modo a evitar lesões. Sabendo que a idade é um fator de risco de desenvolvimento de quebras

cutâneas, para além das feridas complexas (como por exemplo, as úlceras por pressão), torna-se imperioso todo o profissional estar inteirado das diferenças da pele jovem e da envelhecida para empregar à sua prática um agir consciencioso, criterioso e baseado na melhor evidência (Menoita, 2015).

Bibliografia

Menoita, Elsa – A pele da pessoa idosa. Menoita, Elsa (org). – Gestão de feridas complexas, Loures: Lusodidacta, 2015

Menoita, Elsa – Abordagem diferencial entre úlcera por pressão e quebra cutânea. Menoita, Elsa (org). – Gestão de feridas complexas, Loures: Lusodidacta, 2015

NEM TODAS AS LESÕES NA REGIÃO SAGRADA SÃO ÚLCERAS POR PRESSÃO. O CASO DAS DAI. QUE CREMES E MATERIAIS DE PENSO NÃO SÃO RECOMENDADOS?

ELSA MENOITA

Coordenadora do Feridasau; Gestora do Programa de melhoria das Úlceras por Pressão no CHLC; Membro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do CHLC

Yates (2012) defende que o termo "lesão por humidade" é amplamente utilizado na prática clínica, mas, mais recentemente a terminologia advogada é: "danos da pele induzidos por humidade" - Moisture-Associated Skin Damage (MASD). Para a mesma autora, os danos da pele induzidos por humidade abrangem:

- 1) As dermatites associadas à incontinência - DAI;
- 2) As dermatites associadas à humidade periestomais;
- 3) As dermatites perilesionais associadas à humidade;
- 4) Intertrigo (dermatite intertriginosa).

Por diversas vezes se confunde as DAI com as UPP, nomeadamente as de Jacquet na região sagrada.

O papel do microclima está a ser cada vez mais reconhecido como uma influência sobre a humidade da pele, desencadeado pelas fraldas e urina/fezes. As fraldas com urina e suor constituem um ambiente "tropical": quente e húmido, provocando a maceração tecidual, e consequentemente alteração da função barreira da pele, sendo um ambiente

propício para a proliferação de microrganismos (Menoita, 2015).

Atualmente, a maioria das fraldas comercializadas contém um material acrílico em gel superabsorvente, a maioria de poliacrilato de sódio, eficaz em manter a área da fralda seca e em meio ácido.

A fricção que ocorre entre a pele e o material da fralda é um dos principais fatores desencadeantes de dermatites de contacto, nomeadamente da dermatite irritativa das marés, ou dermatite do "cowboy".

Quando existe incontinência urinária, a pele é exposta à amónia, que resulta da conversão da ureia, aumentando o pH da pele. Desta forma, o manto da pele ácido é destruído, aumentando a sua permeabilidade, criando um ambiente ideal à invasão e proliferação de substâncias irritantes.

Quando a urina e as fezes se misturam, as enzimas digestivas existentes nas fezes na presença da amónia tornam-se ativas, aumentando o risco de alteração da integridade cutânea. De facto, o aumento do pH local aumenta a atividade das proteases, constituindo estas enzimas fatores importantes na etiopatogenia das dermatites (Bianchi, 2012). As fezes também são responsáveis pelo de-

envolvimento de dermatites de contacto, através das suas enzimas lipídicas e proteolíticas, como as ureases bacterianas, proteases fecais, lipases, sais biliares, danificando a pele.

Os agentes irritativos ou alergizantes que desencadeiam ou agravam a DAI tanto podem ser os do princípio ativo como outros ingredientes (conservantes, emulsificantes), muitos dos quais são encontrados nos produtos de higiene.

Existem várias classificações para as dermatites. A apresentação mais severa é de Sevestre-Jacquet, e deve-se à perpetuação e intensidade do agente agressor. Estas geralmente sucedem-se na fase vesico-erosivo-ulcerativa.

A melhor estratégia de atuação na DAI é a capacitação em reconhecer e diferenciar a lesão e a prevenção precoce. Esta engloba medidas que têm como objetivo manter a pele seca e a eliminação ou minimização de todos os fatores implicados na etiopatogenia desta entidade.

Deve-se, sempre, proteger a pele dos agentes agressores, nomeadamente da humidade e urina/fezes. Como tal, o uso rotineiro de produtos barreira está indicado para as pessoas com risco de desenvolver DAI e que tenham incontinência urinária e/ou fecal.

A terapia por emoliente NUNCA pode ser usada para tratamento das DAI.

Se existir dermatite severa, recomenda-se a utilização de pensos secundários, pois são impermeáveis à água e bactérias. Contudo, não se aconselha o uso de pensos mais oclusivos como os hidrocolóides, pois não fazem a gestão da humidade, exacerbando a DAI.

Não se recomenda a utilização de desbridan-

tes autolíticos, como por exemplo, o hidrogel amorfo numa dermatite severa, como por exemplo, uma de Jacquet, com tecido desvitalizado, pois estar-se-á a aumentar os níveis de humidade.

Não se pode descurar o tratamento e gestão da incontinência. Em casos de diarreia grave e de DAI deve-se considerar a utilização de um sistema de gestão de fezes (Beldon, 2012). Por vezes, é a única opção de controlar a DAI quando há diarreia (Menoita, 2015).

Em suma, as DAI são um problema frequente principalmente na população idosa, diminuindo a sua qualidade de vida e acarretando custos às instituições de saúde.

Cada vez mais as instituições e os profissionais de saúde devem investir na prevenção através da criação de programas estruturados de prevenção, intervenção e de diagnóstico das situações de dermatite.

BIBLIOGRAFIA

1BELDON - The latest advances in skin protection. In: In Wounds UK - Moisture Lesions Supplement. 2012, Wounds UK, London

2BIANCHI - Top tips on avoidance of incontinence-associated dermatitis. In Wounds UK - Moisture Lesions Supplement. 2012, Wounds UK, London.

COOPER P - Skin Care: managing the skin of incontinent patients. Wound Essentials 6: 2011, 69-74

MENOITA, Elsa - Abordagem diferencial entre úlcera por pressão e lesão por humidade. Menoita, Elsa (Org.) – Gestão de feridas complexas, Loures:Lusodidacta, 2015

YATES - Differentiating between pressure ulcers and moisture lesions. Wounds Essentials 2012, Vol 1



📞 219 569 745 📠 219 594 073 @compras@queenlabs.pt 🌐 www.queenlabs.pt | www.queenlabs.com

Queenlabs
Especialidades Farmacêuticas, Lda

Rua José Nogueira Vaz, nº 12A, 2625-099 Póvoa de Santa Iria
Contribuinte nº 503 984 485 - C. R. C. Vila Franca de Xira - Mtr 3880 - Capital Social 317.000,00 €

QUAIS OS ANTISSÉPTICOS QUE DEVO USAR? QUAIS OS MAIS CITOTÓXICOS E OS DE NOVA GERAÇÃO?

ANA RITA CIGARRO

Enfermeira na unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de S. João de Deus de Montemor-o-Novo; Pós Graduada em Gestão de Feridas crónicas pela Sinais Vitais; Mestranda em Cuidados Paliativos, pela Universidade Católica Portuguesa de Lisboa



RESUMO DE COMUNICAÇÃO

Os antimicrobianos são agentes que destroem os microrganismos ou inibem o seu crescimento ou divisão. Entre estes destacam-se:

- Os antibióticos (que atuam em lugares específicos das células),
- Os antissépticos (atuam em superfícies vivas – bióticas) (OVINGTON, 2004),
- Os desinfetantes (atuam em superfícies abióticas), como é o caso do hipoclorito de

sódio que é um excelente desinfetante, mas não é um eficaz antisséptico, com prejuízo para a cicatrização (OVINGTON, 2004).

No que concerne aos antibióticos tópicos, estes não são recomendados no tratamento de feridas complexas por vários fatores (YOUNG, 2012; MELLING et al, 20016):

- Não há evidência da sua eficácia;
- Apresentam atividade decrescente da superfície para a profundidade: apresentam uma inadequada penetração nos tecidos;

- Promovem o desenvolvimento de resistências bacterianas e de superinfecções (infecções por bactérias resistentes)

- Provocam reações alérgicas e distúrbios na flora da pele

Em relação ao uso dos antissépticos no tratamento de feridas, a sua efetividade deve ser avaliada de acordo com os efeitos nocivos que poderão originar no tecido saudável, mais do que nas bactérias e tecidos inviáveis.

Os antissépticos tópicos em solução, como é o caso do hipoclorito de sódio, iodopovidona, peróxido de hidrogénio, permanganato de potássio, clorohexidina, entre outros, apresentam diversas desvantagens documentadas, pelo que não são recomendados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009; OVINGTON, 2004):

- Revelam pouca penetração nas camadas profundas da ferida;

- Em feridas de grandes dimensões pode haver absorção sistémica de determinados agentes;

- Podem provocar hipersensibilidade local ou reações de dermatites de contacto;

- Podem interferir com o processo de cicatrização;

- São citotóxicos (não poupam as células preponderantes para a cicatrização)

- Possibilidade de alterar a flora normal cutânea.

Existem no mercado 2 antissépticos em solução considerados de nova geração, logo, recomendados no tratamento de feridas complexas (BRAUN, MCGRATH & DOWNIE, 2013; BUTHCER, 2011; GRAY, 2010):

- Polihexanida (PHMB) + Undecilaminopropil Betaina;

- Octenidina.

Os antissépticos tópicos em penso também são recomendados, pois garantem:

- Libertação gradual, atividade bacteriana rápida, ação prolongada e permanente do princípio ativo no leito da ferida;

- Persistente atividade independentemente da dose;

- Manter a atividade na presença do exsudado da ferida;

- Baixa resistência bacteriana;

- Sem toxicidade para os tecidos do hospedeiro ou reação alérgica;

- Poucos efeitos adversos.

Dos antissépticos tópicos em penso existe uma panóplia no mercado, desde pensos com prata, polihexanida, mel, entre outros.



O MEL NO TRATAMENTO DE FERIDAS

ANA RITA CIGARRO

Enfermeira na unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de S. João de Deus de Montemor-o-Novo; Pós Graduada em Gestão de Feridas crónicas pela Sinais Vitais; Mestranda em Cuidados Paliativos, pela Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

RESUMO DE COMUNICAÇÃO

A presente comunicação sobre o mel no tratamento de feridas complexas teve por base três questões fundamentais:

- Existem diferenças entre o mel medicinal e o mel caseiro? Pode usar-se o mel caseiro no tratamento de feridas?
- Os meis medicinais são todos iguais?

O mel foi documentado e reconhecido como agente terapêutico na literatura médica do Egipto, Grécia e Índia, pelas suas propriedades medicinais, no tratamento de feridas, em 2000 a.C. (COOPER et al, 2009; GOTTRUP & LEAPER, 2004).

Este “remédio antigo” foi reconhecido como agente antibacteriano tópico em 1982, contudo, a sua utilização foi sempre baseada em princípios empíricos, sem bases científicas concretas (MOLAN, 2011 citado por GROTHIER & COOPER, 2011). Tal facto fez com que, aquando da descoberta dos antibióticos, o uso do mel, no tratamento de feridas, tenha sido excluído da prática comum (HENRIQUES, 2004 [s.l.]).

Nas últimas décadas, face ao conhecimento científico já existente sobre as propriedades promissoras do mel, assiste-se a um crescente (re)interesse pelo uso do mel no tratamento de feridas.

No que concerne à primeira questão, a literatura é peremptória. Não é recomendado o uso de mel caseiro no tratamento de feridas complexas. Para poder ser usado no tratamento de feridas, o mel tem de ter a sua atividade antibacteriana comprovada, tem de existir uma rastreabilidade no que respeita à sua origem, e tem de ser livre de contaminantes, ou seja, tem de ser sujeito a um processo de esterilização, por radiação gama, o qual permite a neutralização dos esporos bacterianos, contidos na sua estrutura (COOPER & GRAY, 2012). Quer isto dizer que o mel medicinal é produzido segundo critérios rigorosos, que permitem a sua utilização segura no tratamento de feridas.

O mel consiste numa substância líquida viscosa, supersaturada em açúcares e com uma cor e odor peculiares. Constituído por açúcares simples (glicose, frutose e sacarose), uma reduzida percentagem em água (cerca de 18%) e enzimas, aminoácidos, vitaminas e minerais (COOPER & JENKINS, 2009; COOPER et al, 2009; JULL RODGERS & WALKER, 2008).

Deriva do néctar que é recolhido e modificado pelas abelhas *Apis mellíferas*.

Em relação às propriedades do mel, a literatura aponta-o como uma opção terapêutica, no tratamento de feridas, muito completa. Atua como/Apresenta (GROTHIER & COOPER, 2011; COOPER, JENKINS & ROWLANDS, 2011; COOPER et al, 2009; OKHIRIA et al, 2009 citados por COOPER & GRAY, 2012):

- Desbridante (autolítico);
- Antimicrobiano (bactericida de largo espectro);
- Atua sobre o biofilme (previne e elimina biofilmes);

- Desodorizante (por eliminação direta das bactérias e por estas metabolizam preferencialmente a glicose);
- Propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes (neutralização dos radicais livres);
- Modulador do pH (apresenta pH ácido, promovendo um ambiente inóspito à proliferação bacteriana e atuação das MMP's);
- Promotor da cicatrização (higroscópico);
- Propriedades nutricionais: fonte de nutrientes e energia.

Concretizando as propriedades antibacterianas do mel, inicialmente, pensou-se que a sua ação bactericida se devia essencialmente dois fatores: elevada osmolaridade (elevada concentração de açúcares e reduzida concentração de água) e reduzido pH, na ordem dos 3.5-3.9 (as bactérias e MMP's necessitam de um ambiente mais alcalina para poderem proliferar e atuar) (GETHIN & COWMAN, 2006).

Contudo, percebeu-se que existiam microrganismos resistentes, como *S. aureus*, que conseguem sobreviver em ambientes de grande stresse osmótico e pH reduzido (HENRIQUES, 2004 [s.l]). Tal facto levou a querer que existisse outro factor que contribuísse para a atividade antibacteriana do mel, o qual foi durante anos designado por "factor de inibição" e só mais tarde se percebeu ser o peróxido de hidrogénio.

Nas últimas investigações realizadas, percebeu-se que o H₂O₂ é inibido pela catalase (enzima presente nas bactérias e exsudado de feridas) e além disso, percebeu-se que existem méis, cujas concentrações de H₂O₂ são mínimas, o que quer dizer que apresen-

tam uma atividade antibacteriana não dependente do H₂O₂ – é o caso do Mel Manuka (KWAKMAN et al, 2011).

O mel Manuka deriva do néctar das flores das árvores de Manuka – planta da espécie *Leptospermum Scoparium*, indígena da Nova Zelândia.

A atividade antibacteriana do mel Manuka está dependente de 4 fatores essenciais (MOLAN, 1992 citado por COOPER & GRAY, 2012; MAVRIC et al, 2008 citados por COOPER & GRAY, 2012; KWAKMAN et al, 2011):

- pH reduzido;
- Elevada osmolaridade;
- Metilglioxal (MGO): composto presente no néctar das flores de Manuka, formado a partir da conversão da dihidroxiacetona (DHA). Sabe-se que o MGO existem em concentrações, 100 vezes superiores, no mel Manuka, comparativamente a outros méis, sendo-lhe conferida uma ação bactericida significativa;
- Composto catiónicos e não catiónicos, ainda não identificados.

A atividade antibacteriana do mel Manuka está associada a um sistema de classificação próprio – UMF (Factor Único Manuka), sendo que os méis Manuka, com UMF igual ou superior a 10 (10+UMF) são aqueles que apresentam uma atividade antibacteriana significativa para o uso medicinal (COOPER & GRAY, 2012).

Assim sendo, dando resposta á ultima questão colocada no início da comunicação – “Os méis medicinais são todos iguais?” A resposta é não. A atividade antibacteriana do mel depende de vários factores, como as condições geográficas e climáticas, da fonte floral, das condições de colheita, processamento

e armazenamento, bem como dos componentes antibacterianos. Desta forma, pode afirmar-se que o mel não é todo igual, pelo que não pode ser considerado um produto genérico.

O mel medicinal (MGH – Medical Grade Honey), este encontra-se disponível no mercado, sob a forma de diferentes apresentações, desde pasta, gel e associações com hidrocolóides, alginato de cálcio, poliacrilato, entre outros.

BIBLIOGRAFIA

COOPER, R.; GRAY, D. – Is manuka honey a credible alternative to silver in wound care?. In: Wounds UK, V.8, N^o4, 2012. p. 54-64;

COOPER R, JENKINS L (2009) - A comparison between medical grade honey and table honeys in relation to antimicrobial efficacy. Wounds 21(2): 29–36

COOPER, R.; JENKINS, L.; ROWLANDS, R. – Inhibition of biofilms through the use of manuka honey. In: Wounds UK, V.7, N^o1, 2011. p. 24-32;

GETHIN, G, COWMAN, S - Changes in Surface pH of Chronic Wounds When a Honey Dressing was Used. In: Wounds UK Conference Proceedings. Aberdeen. Novembro, 2006. p. 13–15

GOTTRUP F, LEAPER D. Wound healing: Historical Aspects. EWMA Journal [Internet]. Outono 2004 [acedido Fev 22]; 4(2): [cerca de 6p.]. Disponível em: <http://ewma.org/english/publications/ewma-journal/latest-issues.html>

GROTHIER, L., COOPER, R. - MedihoneyTM Dressings – Products for practice: made easy. In: Wounds UK, V. 7, N^o4 (Nov 2011). p.1-6;

HENRIQUES, A. – Mel: um milagre da nature-

za para o tratamento de feridas? (2004) [s.l.]

JULL, A.; RODGERS, A. & WALKER, N. - Honey as a topical treatment for wounds. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2008.

KWAKMAN PHS, te Velde AA, de Boer L, Vandenbroucke-Grauls CMJE, Zaat SAJ (2011) Two Major Medicinal Honeys Have Different Mechanisms of Bactericidal Activity. PLoS ONE 6(3): e17709. doi:10.1371/journal.pone.0017709.

MENOITA, E. & CIGARRO, A. (2015). Material de penso: mel. In E. Menoita, Gestão de Feridas complexas (pp. 414-421). Lisboa: Luso-didacta.

Bfood- ANA: A Importância da Nutrição no Tratamento das Feridas Complexas

ANA SOFIA GOUVEIA DA CUNHA

Licenciada em Ciências da Nutrição pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte. Nutricionista da Empresa Palmeiro Foods. Nutricionista Clínica.

RESUMO DE COMUNICAÇÃO

A Palmeiro Foods é uma empresa produtora do ramo alimentar desde 1980, com vasta experiência na área dos desidratados e liofilizados.

O sistema de qualidade implementado é certificado de acordo com as normas ISO 22000-2005 e ISO 9001-2008.

Os projetos de Investigação e Desenvolvimento são alicerçados através de parcerias e protocolos com entidades de renome do conhecimento científico e tecnológico, como o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o Instituto de Biologia Experimental e Tecnológica, a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

A Bfood-ANA é uma linha de produtos de Nutrição Natural Adaptada desenvolvida pela Palmeiro Foods. Esta linha apresenta versatilidade de texturas, podendo ser adaptável desde a textura líquida à textura de puré, sendo também suplementada em micro e macro nutrientes e tendo como principal referência, ingredientes funcionais e o seu potencial efeito fisiológico. Assim, tem como principal objetivo suprir necessidades

nutricionais inerentes a utentes com diversas especificidades, nomeadamente, dificuldades de mastigação e deglutição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, patologias relacionadas com o envelhecimento e com o défice nutricional.

Os produtos Bfood-ANA podem ser utilizados, simplesmente, para perfazer todas as necessidades de um plano alimentar diário ou para solucionar casos mais graves e específicos como o tratamento de feridas complexas.

As feridas complexas são habitualmente tratadas através de métodos convencionais e curativos simples, no entanto, a nutrição tem um papel fulcral no tratamento das mesmas.

As guidelines existentes para o aporte de Hidratos de Carbono no tratamento de feridas complexas são de 50 a 60% do substrato energético diário, sendo esta a proporção oferecida pelos produtos Bfood – ANA. (1)

Quanto às necessidades proteicas em caso de feridas complexas, atualmente é preconizado um aporte de 1,25 a 1,5 g/Kg/dia. Com os produtos BFood – ANA, é possível com um aporte energético diário de 1800 Kcal, fornecer cerca de 90 g de proteína, o que corresponde a cerca de 1,5 g/Kg/dia num

adulto de 60 Kg. (2)

Os produtos Bfood – ANA são enriquecidos em vitaminas A, E, C, K e do complexo B que detêm funções metabólicas e estruturais basilares para o tratamento das feridas complexas. (3)

Minerais como o Ferro, Cobre e Zinco, fundamentais para a cicatrização das feridas complexas, estão entre os diversos minerais constituintes dos produtos Bfood-ANA. (4)

A quantidade de alimentos servidos numa refeição é considerada grande para os idosos que não conseguem realmente ingerir todo o alimento servido. A redução da porção servida e a utilização de alimentos com maior densidade energética e nutricional podem minimizar significativamente a perda em termos de ingestão. (5)

Assim sendo, os produtos Bfood-ANA têm um papel fundamental na resolução desta problemática, pois devido à sua elevada concentração nutricional, pequenas quantidades preenchem as doses diárias recomendadas.

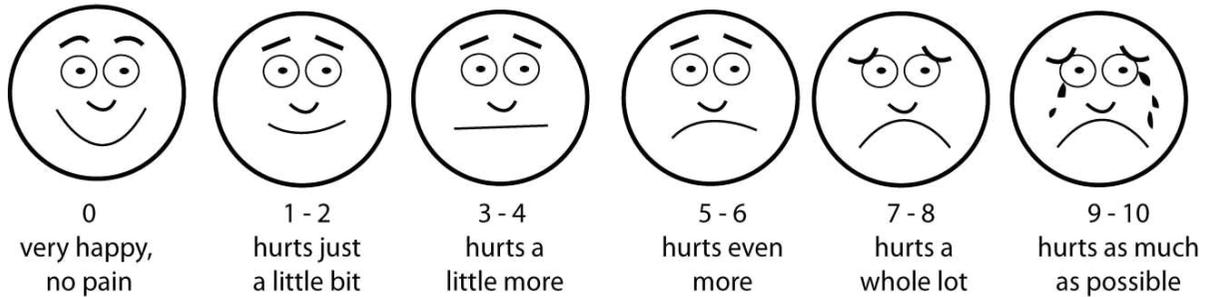
Uma vez que quantidade não é sinónimo de qualidade, deve-se, cada vez mais, incidir na alimentação suplementada, garantindo assim o aporte nutricional adequado, não esquecendo nunca que esta se deve manter o mais próximo da alimentação natural e tradicional.

BIBLIOGRAFIA

1. MOREIRA JR., J.C. Desnutrição e Cicatrização de Feridas. In: WAITZBERG, D.L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3.ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 411 – 421. NOBRE, G.E. "et al". Terapia nutricional no paciente com úlceras de pressão. Nutr Bras., n. 4, p. 233 - 238. Rio de Janeiro, Jul./Agos. 2006.
2. EPUAP . European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: Nat Press Ulcer Adv Pan., 2009. Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf>. Acesso em: 05 Set. 2010.
3. Rojas, A. & Phillips, T., Patients with chronic leg ulcers show diminished levels of vitamins A and E, carotenes and Zinc, The American Society for dermatologic Surgery, 1999, 25:601-604.
4. Cássia R, Oliveira PA. Úlcera por pressão. In: Magnoni D, et al. Nutrição na terceira idade. 1ª ed. São Paulo: Sarvier: 2007. p. 121-9.
5. SAKASSHITA, V.M; NASCIMENTO, M.L; Úlcera por pressão em idosos: a importância do manejo nutricional no tratamento. Geriatria e Gerontologia. 5(4):253-60. 2011

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NO DOENTE COM FERIDA

Are you in pain?



ELSA CRISTINA MORAIS FIGUEIREDO SANTOS

Enfermeira; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

RESUMO

No doente com ferida, a dor não controlada decorrente da lesão tem um impacto negativo na cicatrização e na qualidade de vida (2). Para minimizar esta situação é necessário, por parte dos profissionais de saúde, a combinação de um conhecimento primário da fisiopatologia da dor, de uma avaliação da dor feita com exatidão, de um tratamento especializado de feridas e de um regime analgésico individualizado (4).

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou po-

tencial, ou descrita em função dessa lesão. A dor, é pessoal, subjetiva e multidimensional, e como tal é diferente de indivíduo para indivíduo, devendo a sua abordagem integrar o modelo biopsicossocial, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas também as suas implicações psicológicas, sociais e até culturais (3).

A Ordem dos Enfermeiros (6) sugere um algoritmo que orienta os profissionais quanto aos principais itens a ter em conta no controlo da dor, desde a seleção dos instrumentos de avaliação, passando pela história de dor, até ao estabelecimento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, monitorização e reavaliação da dor.

Sabendo que, no doente com ferida é prati-

camente impossível garantir ausência de dor em todos os momentos do dia-a-dia, é fundamental estabelecer metas realistas, que visem a redução da dor e do desconforto ao mínimo aceitável por este. Uma abordagem estratificada vai ajudar na avaliação e definição de um plano terapêutico individualizado e multidisciplinar, que deve sempre que possível envolver o doente e seus familiares/cuidadores (4).

DIMENSÕES DA DOR

Quando existe dor, qualquer que seja a causa ou o mecanismo envolvido, a sua representação cerebral apresenta quatro componentes: sensorio-discriminativa, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativa e comportamental (5).

- Componente sensorio-discriminativa - corresponde às características da dor (duração, localização, qualidade e intensidade). Com questões simples como: Há quanto tempo dói?, Onde dói?, Como dói?, e Quanto dói?, consegue-se evocar possíveis causas da dor e classificá-la;
- Componente afetivo-motivacional - reporta-se à forma como o doente sente a dor (ex: ansiedade, medo, aborrecimento, depressão) e depende do caráter e da personalidade deste;
- Componente cognitivo-avaliativa - corresponde ao significado, consciente ou não, que o doente atribui à experiência dolorosa (ex: limitante, incapacitante, fatal, compensatória) e depende da história familiar/pessoal, do meio social, da natureza da causa da dor (benigna ou maligna), das experiências anteriores e dos ganhos secundários que possa acarretar (atenção, compensação financeira),

entre outros;

- Componente comportamental - é referente à forma como o doente manifesta a dor (ex: taquicardia ou bradicardia com possível perda de consciência, gritos, lamentações, choro, palidez, mutismo, entre outros;

Sobressai até aqui, que são muitos os processos de índole psicológica que influenciam a experiência dolorosa. Compreende-se assim, que um doente possa referir dor intensa, apesar de na opinião do profissional de saúde a queixa não ter relação lógica com a extensão ou importância da lesão orgânica que a provoca (5). Portanto, mais do que duvidar do doente, e entrar em conflito, é preciso perceber as suas motivações, avaliando a dor de forma minuciosa para estabelecer um plano terapêutico individualizado.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR NO DOENTE COM FERIDA

De uma forma geral, no doente com ferida pode classificar-se a dor da seguinte forma: quanto à duração (aguda ou crónica); quanto à fisiopatologia (nociceptiva somática superficial ou profunda, neuropática e mista); quanto à manifestação (dor de fundo, episódica, procedimental e operatória) e quanto à intensidade (sem dor, dor ligeira, moderada, intensa ou máxima) (2,4).

Quanto à duração:

Dor aguda – é de início recente (menos de três meses), bem localizada, com relação causal com a ferida que lhe deu origem e provável duração limitada.

Dor crónica – tem duração superior a três/seis meses, pode persistir para além da cura da ferida e pode não ter intensidade correla-

cionável com o estímulo desencadeante.

Quanto à fisiopatologia:

Dor nociceptiva somática - surge devido à ativação dos nociceptores (terminações nervosas livres que enviam os sinais dolorosos para o sistema nervoso central), causada pela lesão de tecidos não nervosos. Se a cicatrização da ferida for retardada, o prolongamento da fase inflamatória leva à hipersensibilização dos nociceptores, e ao aparecimento de hiperalgesia primária e/ou secundária bem como de alodinia. Estes sintomas, pouco valorizados, explicam o porquê de estímulos aparentemente pouco dolorosos, tanto no leito da ferida como na região circundante, serem percebidos pelo doente como muito dolorosos (hiperalgesia); e estímulos não dolorosos serem percebidos como dolorosos (alodinia). Este tipo de dor pode ser superficial ou profunda consoante os tecidos lesados sejam respetivamente pele e tecido subcutâneo ou músculos, tendões, ossos e articulações;

Dor neuropática é resultante de lesão ou doença do sistema nervoso periférico ou central, decorrente de traumatismos, processos inflamatórios ou infiltrativos, cirurgias, doenças metabólicas (diabetes) e toxicidade (quimioterapia). Manifesta-se normalmente por sensações, ditas aberrantes, como por exemplo: formigueiro, picada, choque elétrico, queimadura, frio doloroso, dormência, guinada. De uma forma geral a dor neuropática é sub-diagnosticada, e por isso causa de ineficaz controlo da dor. Na tentativa de ultrapassar esta situação, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou orientações e normas para o diagnóstico e controlo da dor neuropática em 2011 e 2014 e a IASP definiu 2014/2015 como o ano global de luta contra

a dor neuropática;

Dor mista - resulta da presença simultânea de dor nociceptiva e neuropática.

Quanto à manifestação:

Dor de fundo - está relacionada com a causa subjacente à ferida (ex: isquémia), fatores locais (ex: infeção, maceração) ou outras patologias (ex: diabetes, artrite reumatoide). É sentida em repouso, sem manipulação da ferida, podendo ser contínua ou intermitente;

Dor episódica - corresponde a agravamentos intermitentes da dor de fundo e pode ser dividida em incidental (surge de forma esperada após estimulação voluntária ou involuntária), fim-de-dose (surge sempre antes da administração do fármaco basal), irruptiva (surge espontaneamente sem relação com fármacos, funções ou movimentos corporais);

Dor procedimental - resulta de um procedimento básico como seja a remoção/aplicação de um apósito ou limpeza da ferida;

Dor operatória - surge quando é executada uma intervenção que necessita de anestesia local ou geral para ser realizada.

AVALIAÇÃO DA DOR

O sucesso da estratégia terapêutica depende da avaliação da dor em todas as suas vertentes. A realização da história de dor, na avaliação inicial, faculta um conhecimento da experiência de dor do doente único. Deve constar desta história: exame físico, características da dor, formas de comunicar a dor, fatores de alívio e agravamento, estratégias de coping, implicações na vida diária, compreensão da doença, impacto emocional, social, económico e espiritual, sintomas associados e estratégias terapêuticas utilizadas

(6).

Se se for cuidadoso e criterioso na realização da história de dor, “facilmente” se chega a um diagnóstico e se definem intervenções com elevada probabilidade de sucesso, que podem passar apenas por um simples diálogo..., se o que efetivamente estiver a condicionar a percepção de dor forem elevados níveis de ansiedade ou de medo. Nem sempre são necessários reajustes na terapêutica farmacológica.

Depois do estabelecimento de intervenções é fundamental monitorizar a dor pois só assim se percebe a eficácia do plano terapêutico. A monitorização deve ser feita de forma contínua e regular, antes, durante e após procedimentos dolorosos e aquando da administração de terapêutica farmacológica ou intervenções não farmacológicas (6).

Para avaliar a dor devem, por rotina, ser utilizadas escalas de avaliação escolhidas em função da idade do doente, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação e facilidade de aplicação. A DGS, na circular normativa n.º9 /DGCG de 14/06/2003, sugere a utilização de escalas de autoavaliação (ex: numérica, qualitativa, faces, visual analógica) em que é o doente a avaliar a sua dor. No entanto é fundamental que o enfermeiro se assegure que o doente compreendeu corretamente o significado e utilização da escala. Quando existem alterações cognitivas ou dificuldade de comunicação deverão ser utilizadas escalas de heteroavaliação (ex: escala comportamental da dor), onde quem avalia a dor é o enfermeiro através da observação do comportamento do doente.

Podem ainda ser utilizadas escalas multidimensionais. Um exemplo é o questionário

abreviado da dor (Brief Pain Inventory), que avalia a evolução da dor na última semana em várias vertentes. A escala para rastreio de dor neuropática (DN4) pode também ser muito útil, facilitando a identificação deste tipo de dor. É importante ainda utilizar um diagrama corporal, sobretudo se houver mais do que uma área dolorosa que necessite de ser pontuada de forma diferente (1).

A documentação de todos estes dados é fundamental para perceber a evolução tendencial da dor e adequar estratégias, facilitando a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação. O próprio doente em ambulatório pode recorrer à utilização de um diário de dor como promotor do autocontrolo e da continuidade dos cuidados (6).

CONTROLO DA DOR

São inúmeros os métodos que podem ser utilizados para controlar a dor, sendo o recurso a analgésicos um ato quase reflexo perante alguém que sofre (5). No entanto é necessário não esquecer que as estratégias não farmacológicas também têm o seu papel, e quando utilizadas em complementaridade com as estratégias farmacológicas potenciam o efeito terapêutico global, permitindo a redução da dose de fármacos, de efeitos secundários e, por vezes, diminuição dos custos (6).

O controlo farmacológico da dor passa por um mundo vasto de diferentes fármacos, com diferentes indicações, diferentes vias e formas de administração, que exigem cuidadoso ajuste, com o objetivo de conseguir o máximo de analgesia com o mínimo de efeitos secundários.

Em 1986 a OMS (Organização Mundial de Saúde) criou a escada analgésica (Fig. 1) que

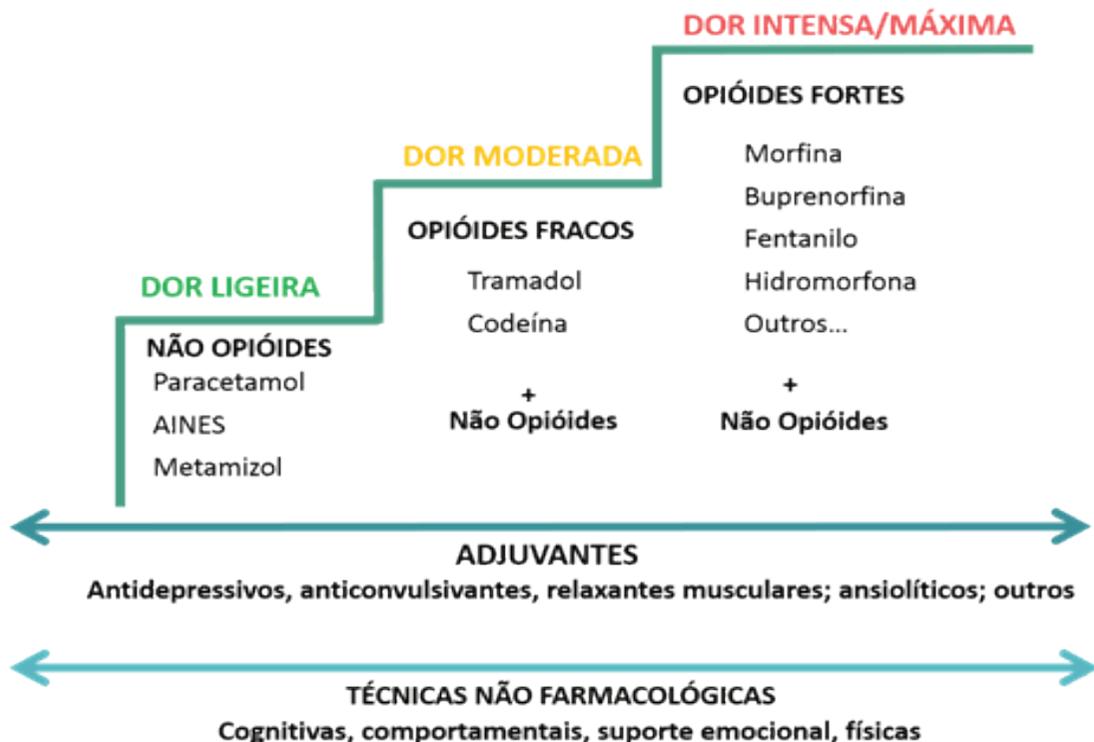
deve servir de base de orientação para a prescrição de analgésicos. Esta escada advoga o uso sequencial de fármacos no tratamento da dor, começando na dor ligeira com fármacos não opióides (paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides e metamizol) passando aos opióides fracos na dor moderada (ex: tramadol, codeína), mantendo os não opióides. Na dor intensa introduzem-se os opióides fortes (ex: morfina, buprenorfina, fentanilo, entre outros), com suspensão dos opióides fracos e manutenção dos não opióides.

Os fármacos em SOS devem ser acrescentados à medicação de base, e ficar reservados para a dor episódica ou em casos de ser necessária analgesia preventiva na dor proce-

dimental ou operatória, seguindo a mesma escada de utilização, isto é, se a dor é intensa devem utilizar-se opióides fortes (desde que o doente os tenha prescritos de base) e se é ligeira utilizar não opióides.

Em qualquer um dos degraus é importante considerar a hipótese de associar adjuvantes... fármacos que apesar de terem outras indicações primárias, podem em determinadas situações exercer efeito analgésico (ex: ansiolíticos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, antidepressivos). Especificamente no doente com dor neuropática a não introdução de adjuvantes pode, na grande maioria dos casos, inviabilizar o controlo da dor (5).

Figura 1 – Escada analgésica da OMS (adaptação).



O controlo não farmacológico da dor inclui várias técnicas, transversais aos três degraus da escada analgésica. Falamos de técnicas cognitivo-comportamentais (ex: informação prévia, relaxamento, distração), físicas (ex: imobilização, estimulação elétrica transcutânea, massagem) e de suporte emocional (ex: presença de alguém significativo, toque terapêutico) (6).

De uma forma geral, no doente com ferida para controlar a dor é necessário (4):

- Considerar em equipa as opções analgésicas (farmacológicas e não farmacológicas), após avaliação criteriosa da dor;
- Ensinar o doente sobre a importância do cumprimento do esquema terapêutico, administração dos fármacos e gestão dos analgésicos em SOS;
- Ajustar o esquema terapêutico sempre que a reavaliação da dor assim o exija;
- Ensinar ao doente técnicas de autocontrolo da dor (utilizar diário da dor, ver televisão, ouvir música, identificar posturas/movimentos que diminuam a dor, entre outros);
- Preparar o ambiente onde é feito o tratamento da ferida (privacidade, manutenção da temperatura da sala, presença de alguém significativo, entre outros);
- Considerar analgesia preventiva aquando da realização de procedimentos dolorosos;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Expor a ferida durante o tempo estritamente necessário à realização do penso;
- Evitar estímulos desnecessários na ferida;
- Considerar a temperatura da solução de limpeza (líquidos frios podem aumentar a dor);

- Dar resposta aos fatores locais (infecção, maceração, problemas dermatológicos, entre outros);
- Selecionar o apósito criteriosamente (ex: que promova ambiente húmido, seja atraumático na remoção e tenha capacidade de absorção ajustada ao nível de exsudado da ferida);
- Evitar pressão excessiva do penso ou adesivos;
- Envolver o doente/família/cuidador ao longo do processo;

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o controlo da dor no doente com ferida é possível, mas implica uma avaliação adequada, monitorização regular, e confiança do doente na equipa que o está a tratar. Os objetivos do tratamento farmacológico e não farmacológico devem visar não só o alívio da dor mas também melhoria da funcionalidade, sendo o doente com ferida e seus cuidadores, parceiros ativos e comprometidos com o tratamento. Importa ainda salientar que existem Unidades especializadas no controlo da dor, tanto nos hospitais centrais como distritais, para onde os doentes podem ser referenciados quando, apesar de uma estratégia concertada, não se consegue controlar a dor.

BIBLIOGRAFIA

1. AZEVEDO, Luis Filipe [et al] – Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. DOR. ISSN 0872-4814. vol. 15, nº 4 (2007), p.6-56.
2. BENBOW, Maureen – A practical guide to reducing pain in patients with wounds. Bris-

tish Journal of Nursing. ISSN 0966-0461. vol. 18, nº 11 (2009), p. 11-24.

3. DIREÇÃO-GERAL DA SAUDE (DGS) – Plano nacional de luta contra a dor. [1ª ed.] Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

4. MEDICAL EDUCATION PARTNERSHIP Ltd – Minimizar a dor nos procedimentos relacionados com pensos: um document de consenso. Úlceras de Perna: uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas IN. Loures: Lusodidata, 2010. ISBN 978-989-8075-25-3. Pt. 29, p. 489-499.

5. METZEGGER, Christiane [et al] – Cuidados de enfermagem e dor. 1ªed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0.

6. ORDEM DOS ENFERMEIROS-CONSELHO ENFERMAGEM – DOR-Guia orientador de boa prática. [1ªed.] Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

Trusted Solutions, Passionate People



A Invacare Corporation é um grupo multinacional, com sede no Ohio, Estados Unidos da América, líder mundial na produção e distribuição de produtos inovadores de cuidados médicos - promovendo a recuperação de estilos de vida ativos - sendo a maior empresa do ramo ao nível internacional. Temos uma vasta oferta de produtos que inclui cadeiras de rodas elétricas e manuais, scooters de mobilidade, auxiliares de marcha, camas hospitalares, colchões, almofadas preventivas de úlceras de pressão e produtos para o banho e higiene pessoal.

Em Portugal, a nossa unidade industrial está sediada em Leça do Balio, Porto, onde produzimos diariamente camas articuladas, cadeiras de rodas e elevadores de transferência que são exportados para todo o mundo. Asseguramos, através da nossa Unidade Comercial - inclui os serviços de Marketing e Pós-Venda- a distribuição e assistência aos produtos Invacare em todo o território nacional. Oferecemos ainda suporte comercial à nossa vasta rede de revendedores, e apoiamos os profissionais de saúde que necessitam de conhecer e aconselhar os produtos Invacare.

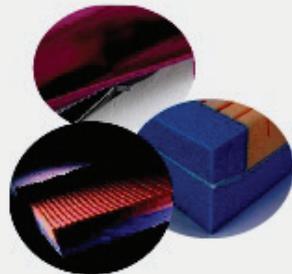


PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Apesar dos avanços científicos, as úlceras de pressão (UP) permanecem como um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. Estudos demonstram que esta lesão significa um problema grave de saúde a nível nacional e internacional, pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, acima de tudo, pela dor e sofrimento provocados aos doentes e suas famílias. Mais do que tratar, torna-se necessário prevenir o surgimento de UP.

COMO É QUE OS COLCHÕES SOFTFORM AJUDAM A REDUZIR AS FORÇAS DE PRESSÃO E CISALHAMENTO SOBRE A PELE?

- Espuma recortada para facilitar a imersão do corpo do utilizador (redução da pressão) e facilitar a ventilação, minimizando efeitos de sudação;
- Espuma de alta resiliência e densidade para maior longevidade do colchão e maior estabilidade e posicionamento do utilizador no leito;
- Capa bi-extensível em Dártex® para minimizar os efeitos da fricção e cisalhamento, permeável ao vapor e impermeável a líquidos.



CONHEÇA TAMBÉM AS VANTAGENS DAS ALMOFADAS DE POSICIONAMENTO MATRIX FLOTECH:

- Alívio de pressão;
- Promoção do conforto
- Minimização das forças de fricção e cisalhamento;
- Promoção da estabilidade e função.

Mais info em: www.invacare.pt



Invacare Portugal II
Rua da Estrada Velha nº 949 4465-784 Leça do Balio

Tel: +351 225 193 360
Fax: +351 225 105 739

www.invacare.pt

CONFERÊNCIA

Larvaterapia já comercializada em Portugal?

TONI HUBBARD - QUEENLABS

A Toni Hubbard, enquanto enfermeira, trabalhou no setor privado e público no Reino Unido, embora tenha estado a maior parte da sua carreira de enfermagem no setor comunitário do Sistema Nacional de Saúde em Londres. Posteriormente, trabalhou como Enfermeira Consultora na Indústria Farmacêutica em variados projetos, antes de se ter juntado à empresa Biomonde, em 2011. Já nesta empresa, começou a trabalhar como Especialista de Produto para formar profissionais de saúde e prestar apoio na utilização da Terapia Larvar em feridas crónicas e necrosadas. Cinco anos após a sua entrada para a Biomonde, a Toni é atualmente Gestora da Distribuição Europeia da empresa e apoia a utilização da Terapia Larvar por toda a Europa.

RESUMO DE COMUNICAÇÃO

Introdução

A pele normal é composta por células e matriz extracelular (ECM = ExtraCellular Matrix), em equilíbrio no que diz respeito à sua síntese e degradação por proteases. A pele tem 2 tipos principais de proteases: as MMP (metaloproteases da matriz) e as Serinaproteases (ou seja, tripsina e quimotripsina). Estas enzimas são entidades químicas que agem cortando as ligações entre as proteínas. E, em tecido saudável, são reguladas por inibidores das proteases. No tecido normal, existe um equilíbrio entre proteases e inibidores de proteases e a ECM é regulada no tecido normal.

Nas feridas crónicas, este equilíbrio é completamente interrompido, proteases e inibidores das proteases estão em desequilíbrio. Como consequência, a ECM necrótica é um paraíso para as bactérias e o Desbridamento da ECM necrótica deve ocorrer para que seja possível o progresso da cicatrização da ferida.

Terapia Larvar

Na Terapia Larvar são utilizadas as larvas de mosca da espécie *Lucilia sericata* esteriliza-

das.

Estas larvas alimentam-se de tecidos mortos e podem ser muito eficientes na limpeza de feridas difíceis de cicatrizar.

Estudos demonstram que a Terapia Larvar atua de forma completa percorrendo todas as ações do TIME:

T (1) = Desbrida a ferida, removendo o tecido morto e não viável, e removendo e prevenindo os biofilmes bacterianos.

I (2) = Possui atividade antibacteriana e anti-inflamatória, pois remove e previne os biofilmes bacterianos e secreta fatores antibacterianos que eliminam as bactérias (*Streptococcus pyogenes*, *S. pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Bacillus cereus*, *Clostridium difficile* e MRSA; bactérias Gram positivas (ex.: *Streptococci*, *Staphylococci*) e Gram negativas (ex.: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*))(5).

M (3) = Normaliza a produção de exsudado da ferida (efeito secundário)

E (4) = Suporta a granulação, remodelação e o fechamento da ferida; estimula a contração dos bordos da ferida; e, ao mesmo tempo, promove atração de células e a mobilidade de fibroblastos, células endoteliais e queratinócitos.

As secreções das larvas incluem as enzimas Tripsina e Quimiotripsina. Estas enzimas vão permitir a degradação das ligações proteicas do tecido não viável ao tecido viável e ainda a reorganização da ECM. Permitem ainda a rápida degradação de coágulos, quebra de ligações de fibrina e de tecido necrosado.

A amónia é também um dos componentes das secreções larvares, permitindo que estejam reunidas as condições alcalinas ideais para que a tripsina e a quimiotripsina possam exercer as suas funções.

Particularidade das larvas

A quimiotripsina larvar é diferente da quimiotripsina endógena, pois os inibidores endógenos da quimiotripsina endógena não inativam a quimiotripsina larvar.

Além disso, a quimiotripsina larvar é sensível à alfa-2-macroglobulina, a qual se encontra nas células humanas vitais, o que significa que a LDT é seletiva - só vai desbridar tecido morto e não viável.

Efeito terapêutico

Os efeitos clínicos mais amplamente relatados da utilização da Terapia Larvar (LDT = Larval Debridement Therapy) são: Desbridamento da ferida; Desinfecção da ferida e Aumento da cicatrização da ferida.

A BioMonde coloca à disposição dos profissionais de saúde 2 apresentações distintas: Larvas livres e Larvas em saco.

Aplicações da Terapia Larvar:

- Úlcera de pé diabético
- Hematomas (ex: pré-tibial)
- Feridas cirúrgicas
- Deiscências cirúrgicas

- Local doador de enxerto vascular
- Úlceras venosas de perna
- Úlceras de calcanhar
- Úlceras de calcanhar de grau 4
- Úlceras de pressão

Vantagens da Terapia Larvar

- Atua em todas as etapas do TIME, fazendo a preparação completa para a cura da ferida.
- Excelente relação custo-efetividade.
- O método de desbridamento recomendado pela EWMA.
- Pode ser usado em múltiplos tipos de feridas

Fontes bibliográficas

- (1) Dumville et al. (2009): Larval therapy for leg ulcers (VenUS II): randomized controlled trial. *Brit. Med. J.* 338: b773.
- (2) Cazander et al. (2013): Multiple actions of *Lucilia sericata* larvae in hard-to-heal wounds. Submitted for publication.
- (3) Schultz, G. et al (2003): Wound Bed Preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration* 11, Supplement, 1-28.
- (4) Bexfield A. et al. (2010): Amino acid derivatives from *Lucilia sericata* excretions/secretions may contribute to the beneficial effects of maggot therapy via increased angiogenesis. *Br J Dermatol* 162, 554-562.
- (5) Andersen A. et al (2010): A novel approach to the antimicrobial activity of maggot debridement therapy. *J Antimicrob Chemother*, doi:10.1093/jac/dkq165.

Artigo recepcionado em Abril de 2012

UTILIZAÇÃO DE ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

EDUARDO JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS

Pós-Graduado em Tratamento de Feridas e Regeneração Tecedular. Enfermeiro - Fundação Aurélio Amaro Diniz (Serviço de Medicina)

**MARGARIDA ALEXANDRANUNES CARRAMANHO
GOMES MARTINS MOREIRA DA SILVA**

Mestre em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESUMO

Contexto: Nos últimos anos têm-se observado avanços notáveis da ciência na área das úlceras de pressão mas a sua prevenção continua a ser um grande desafio. Este trabalho surge na sequência da utilização de um produto inovador – os ácidos gordos hiperoxigenados (AGHO).

Objectivos: Determinar a eficácia dos AGHO na prevenção de úlceras de pressão, o seu nível de evidência e grau de recomendação.

Desenho: Revisão sistemática com metanálise.

Métodos: Foram seguidos os princípios propostos pelo Cochrane Handbook. A análise crítica foi realizada isoladamente por dois investigadores e a análise estatística com recurso ao programa STATA 11.1.

Resultados: Os utentes tratados com AGHO apresentam 58% de menor risco de desenvolverem úlceras de pressão (odds ratio= 0.42, IC 95% = 0.25-0.70, p= 0.001) o que se traduz num grau de recomendação A.

Conclusão: A utilização de AGHO é uma prática segura na prevenção das úlceras de pressão.

Descritores: Ácidos gordos hiperoxigenados; úlcera de pressão; prevenção.

ABSTRACT

Context: In the last years it has been observed remarkable science advances in the area of pressure ulcers but its prevention remains a major challenge. Thus, this study follows the use of an innovative product – the hyper-oxygenated fatty acids (HOFA).

Goal: Determine the efficacy of the HOFA in pressure ulcers prevention, its evidence level and recommendation degree.

Drawing: Systematic review with meta-analysis.

Methods: We followed the principles proposed by the Cochrane Handbook. The review was conducted by two singly researchers and statistical analysis was performed using the program STATA 11.1.

Results: The patients treated with HOFA have 58% lower risk of developing pressure ulcers (odds ratio = 0.42, IC 95% = 0.25-0.70, p = 0.001) and that could be reflected in a grade of recommendation A.

Conclusion: The use of HOFA is a safe practice in the prevention of pressure ulcers.

Descriptors: Hyper oxygenated fatty acid; pressure ulcer; prevention.

INTRODUÇÃO

A utilização de substâncias oleosas e ricas em ácidos gordos desde sempre ocuparam uma posição de relevo na prevenção e tratamento de feridas, sendo empiricamente aplicados ao longo da história(1,2).

No entanto, atualmente, já existem evidências científicas sobre os seus benefícios para a regeneração da epiderme e da prevenção de úlceras crónicas(3).

Os ácidos gordos hiperoxigenados (AGHO) são um produto composto por ácidos gordos essenciais (AGE) que foram submetidos a hiperoxigenação, o que lhes confere maior estabilidade e penetração da pele; e são de uso tópico para a prevenção e no tratamento de úlceras de pressão (UPr) de categoria I apresentando as seguintes propriedades(4-10):

Proporcionam a protecção da pele contra os efeitos de alguns agentes causais mais importantes das UPr (pressão e fricção);

Permitem uma óptima hidratação;

Facilitam as renovações das células da pele;

Permitem reverter as lesões iniciais produzidas pela isquémia (eritema não branqueável ou UPr categoria I), aumentando a microcirculação sanguínea;

Aumentam a resistência da pele;

Reduzem o efeito dos radicais livres.

Quando na pele não há presença de AGE, a nível cutâneo produz-se uma tendência de interrupção na produção de prostaglandinas e, secundariamente, um estado de hiperproliferação (descamação)(11).

Por outro lado, nos tecidos submetidos a pressão, os radicais livres não são suficientemente eliminados. Quando há um excesso de radicais, estes danificam o endotélio, uma

vez que atraem plaquetas e granulócitos, estimulam a estase do fluxo sanguíneo e produzem uma microtrombose, que posteriormente diminui o fluxo sanguíneo e estimula o desenvolvimento de tecido necrosado(8).

No âmbito do material de penso com acção terapêutica os AGHO entram na formulação de soluções, que devem ser aplicadas três vezes ao dia nas zonas de risco/ pressão(12).

Neste contexto, o presente artigo pretende conhecer e sistematizar a eficácia dos AGHO na prevenção de UPr pelo facto de estas não constituírem exclusivamente um importante problema de saúde mas também um relevante indicador de qualidade directamente implicado com os cuidados de Enfermagem.

Assim, com o intuito de focalizar o campo da nossa problemática, delineando claramente as suas fronteiras, foi enunciada a seguinte questão de investigação: Qual é a eficácia dos ácidos gordos hiperoxigenados na prevenção de úlceras de pressão?

Após a formulação da questão orientadora e de modo a limitar o campo de pesquisa desta revisão definiram-se os seguintes objectivos:

- Determinar a eficácia dos ácidos gordos hiperoxigenados na prevenção de úlceras de pressão;
- Determinar o nível de evidência e o grau de recomendação da utilização dos ácidos gordos hiperoxigenados na prevenção de úlceras de pressão.

1 – METODOLOGIA

De forma a identificar os principais estudos primários e secundários que permitissem responder à questão anteriormente mencionada, foram adoptados os princípios pro-

postos pelo Cochrane Handbook(13). A localização e selecção dos estudos foi realizada através de uma estratégia de pesquisa que incidiu sobre várias bases de dados electrónicas.

LOCALIZAÇÃO E SELECÇÃO DOS ESTUDOS

As pesquisas electrónicas realizaram-se entre Fevereiro de 2011 e Abril de 2011 através de vários motores de busca científica: PubMed-MEDLINE, Google Scholar, SciELO Scientific Electronic Library Online, The Cochrane Library, The Joanna Briggs Institute; CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text (via EBSCO); Elsevier - Science Direct (via b-on – Online Knowledge Library) e CUIDEN.

Apenas foram considerados estudos com população adulta (maior de 18 anos), publicados em língua portuguesa, espanhola (castelhana) ou inglesa e com limitação temporal de 2001 até à actualidade.

Os descritores utilizados foram: hyper oxygenated fatty acid, pressure ulcer, randomized controlled trial as topic e systematic review, tendo sido adoptada a seguinte estratégia de pesquisa para as bases de dados mencionadas:

#1 MeSH descriptor "hyper oxygenated fatty acid" ("All of the Above")

#2 MeSH descriptor "pressure ulcer" ("All of the Above")

#3 MeSH descriptor "randomized controlled trials as topic" ("All of the Above")

#4 MeSH descriptor "systematic review" ("All of the Above")

#5 [(#1 OR #2) AND #3] (All fields)

#6 [(#1 OR #2) AND #4] (title and abstract)

Para além das bases electrónicas foi consultada a base de dados da Biblioteca da Universidade de Coimbra, da ESEnC e as publicações da Wounds International, do GAIF e da EWMA.

A primeira amostra de artigos ficou, então, composta por 177 trabalhos. Após a leitura e análise dos títulos e resumos dos estudos encontrados, constatou-se que 16 artigos se encontravam repetidos e 143 não se referiam ao tema em estudo especificamente e/ou não se enquadravam no limite temporal e/ou participantes estabelecidos anteriormente, tendo a amostra ficado reduzida a 18 trabalhos.

ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

A partir deste ponto foram definidos e aplicados critérios de selecção (Tabela 1) mais rigorosos, de forma a estreitar e refinar o corpus de estudo que constituiria esta revisão. Neste sentido, foram obtidas cópias dos títulos e resumos dos estudos identificados pela estratégia de pesquisa e a sua selecção foi realizada por dois investigadores isoladamente e nenhum teve conhecimento dos resultados da análise um do outro em qualquer momento deste processo(13,14).

Quanto à avaliação crítica da qualidade dos trabalhos incluídos foram utilizados os instrumentos "Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospectivo, aleatorizado e controlado" e "Grelha para avaliação crítica de uma revisão sistematizada" do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da F.M.L.

Apenas foram considerados "estudos de qualidade" os que obtivessem um score igual ou superior a 75%(15).

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes (Tipo de feridas)	Doentes com risco de UPr ou com presença de UPr categoria I	Todas as feridas de outra etiologia
Intervenções	Avaliem a utilização de AGHO na prevenção de UPr ou no tratamento de UPr categoria I	Todos os estudos que não utilizem AGHO
Comparações	Comparação dos AGHO com placebos ou controlo	-
"Outcomes"	Estudar pelo menos as seguintes medidas de associação: - Incidência de UPr; - Risco relativo de UPr.	Todos os estudos que não analisassem as medidas de associação de inclusão
Desenho	Ensaio clínico aleatorizado (randomized controlled trial – RCT) e revisões sistemáticas	Outros desenhos para além dos critérios de inclusão

Os níveis de evidência e graus de recomendação foram estabelecidos a partir do material do CEBM (Centre for Evidence Based Medicine da Universidade de Oxford) e do EBOC (Evidence-Based On-Call).

Para efectuar metanálise dos resultados, foi realizada a análise estatística com recurso ao comando metan do programa STATA 11.1.

2 – RESULTADOS

De todos os estudos identificados apenas três foram seleccionados para o corpus de estudos. Assim, os principais resultados da análise dos estudos seleccionados foram agrupados e organizados em duas "tabelas de evidências" (tabela 2 e 3) que resumem os dados de maior interesse. Os mesmos são seguidos de uma síntese descritiva dos aspectos mais importantes e da análise da qualidade de cada um.

Tabela 2 – Principais resultados dos RCT incluídos nesta revisão

Autores/Ano/País	Título	Desenho/amostra	Intervenção/Comparação	Resultados (RAR, RRR e NNT – IC 95%)
Gallart et al., 2001 (Espanha)	Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados	RCT/ n=192	Comparar os efeitos dos AGHO com a sua não aplicação (controlo) na prevenção de UPr	RAR = 16,0 (3,9–28,1) RRR = 45,7 (11,8–66,6) NNT = 7 (4–26)
Torra i Bou et al., 2005 (Espanha)	Efectividad de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión	RCT/ n=331	Comparar os efeitos do Mepentol® com um placebo (controlo) na prevenção de UPr	RAR = 10,0 (3,1–17,0) RRR = 57,9 (20,3–77,7) NNT = 10 (6–33)

A tabela 2 resume as principais características e dimensões dos RCT incluídos na nossa amostra.

Quanto a Gallart et al.(5), os autores desenharam um estudo que contou com 192 utentes sem úlceras de pressão e dividiram aleatoriamente os participantes em dois grupos, o grupo experimental (n=96) onde foi aplicado AGHO duas vezes ao dia nas zonas de risco e cumprido o protocolo de medidas preventivas de UPr (os autores não especificam quais) e o grupo de controlo (n=96) onde apenas se seguiu o já referido protocolo. Foram definidos como critérios de inclusão: inexistência de UPr na admissão, internamento de pelo menos 7 dias, utentes com mobilidade e actividade alterada (score mínimo de 3 pontos segundo a escala de risco EMINA) e que quisessem participar voluntariamente no estudo. Como critérios de exclusão rejeitaram-se os casos de utentes admitidos na unidade de queimados. Os autores concluíram que a incidência de UPr no grupo controle foi de 35% (IC 95%, 27-47%) e no grupo experimental 19% (IC 95%, 12-29%) esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,007$).

No que concerne ao estudo apresentado por Torra i Bou et al.(7), os autores procuraram

comparar os efeitos do Mepentol® (AGHO) com um placebo (controlo) na prevenção de UPr. Neste processo foram incluídos 331 utentes que constituíram aleatoriamente o grupo de controlo (n=167): foi aplicado placebo; e o grupo experimental (n=164): foi aplicado Mepentol®. Estabeleceram-se como critérios de inclusão que os utentes tinham de ter um risco médio, alto ou muito alto de desenvolver UPr; internamento de pelo menos 30 dias; e dar o seu consentimento informado. Como factores de exclusão rejeitaram-se todos os casos de utentes com doenças terminais ou que tenham realizado quimioterapia; que tenham mais de três UPr; com alergias a AGHO; e com doença vascular periférica. Os autores concluíram que a incidência de UPr foi de 7.32% no grupo experimental versus 17.37% no grupo controlo ($p < 0.006$). Estes resultados mostram que o risco relativo é de 0.42 (IC 95%= 0.22-0.80) e que por cada 10 utentes tratados com Mepentol uma UPr é prevenida (NNT=9.95), sendo esta considerada custo-efectiva.

Relativamente à análise da qualidade dos estudos é de referir que o estudo de Gallart et al.(5) é um ensaio clínico randomizado (evidência alta), com um grande constrangimento para não ser cego, contudo é consis-

Tabela 3 – Principais resultados das revisões sistemáticas incluídas nesta revisão

Autores/ Ano/País	Título	Desenho/ amostra	Objectivo	Resultados
Escribano <i>et al.</i> , 2007 (Espanha)	Eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión	Revisão sistemática da literatura com base em: - 2 RCT/ n=523	- Conhecer a eficácia dos AGHO na prevenção de UPr; - Determinar o nível de evidência da utilização dos AGHO na prevenção das UPr.	- Os estudos incluídos são de um nível de evidência alta (classificação GRADE); - Os AGHO podem ser uma medida preventiva eficaz nas UPr e quando não são capazes de evitá-las, atrasam a sua ocorrência.

tente e apresenta validade interna e externa. Como tal, obtém como classificação um alto nível de evidência (1b) e um score de 93% pelas grelhas de avaliação crítica utilizadas.

Por outro lado, o estudo de Torra i Bou et al.(7) é um RCT duplamente cego, sem limitações importantes e também obtém uma classificação de alto nível de evidência (1b) e um score de 95% nas grelhas de avaliação já mencionadas.

Na tabela 3 podem-se observar os principais resultados das revisões sistemáticas incluídas neste trabalho.

Em relação ao trabalho efectuado por Escribano et al.(9) os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura com base em dois RCT (n=523). Assim, apontam os AGHO como uma medida preventiva eficaz nas UPr denotando que os estudos incluídos são de um nível de evidência alta (classificação GRADE). Todavia, salientam a necessidade da realização de mais RCT neste domínio.

Devemos referir que esta revisão apresenta um reduzido corpus de estudo mas, por outro lado, manifesta alta qualidade metodológica e relevância dos resultados para a prática clínica. Assim, este obtém como classificação um alto nível de evidência (1a) e um

score de 95% nas grelhas de avaliação crítica. Consideramos, portanto, que a qualidade metodológica dos estudos analisados é muito alta, pelo que a utilização de AGHO na prevenção de úlceras de pressão se pode traduzir num grau de recomendação A.

2.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para se proceder à análise estatística – metanálise dos resultados foram calculados os odds ratio e desvios padrão de acordo com o modelo de efeito fixo, o qual assume que existe um tamanho do efeito semelhante e verdadeiro em todos os estudos, sendo que as diferenças são explicáveis apenas devido a erros de amostragem(16).

Para a verificação de existência de heterogeneidade entre os estudos foi calculado o teste Q de Cochran e o I^2 de Higgins e Thompson, tendo por base que um valor de I^2 próximo a 0% indica não heterogeneidade entre os estudos, próximo a 25% indica baixa heterogeneidade, próximo a 50% indica heterogeneidade moderada e próximo a 75% indica alta heterogeneidade entre os estudos (Idem).

Na tabela 4 e figura 1 apresentamos os resultados da metanálise.

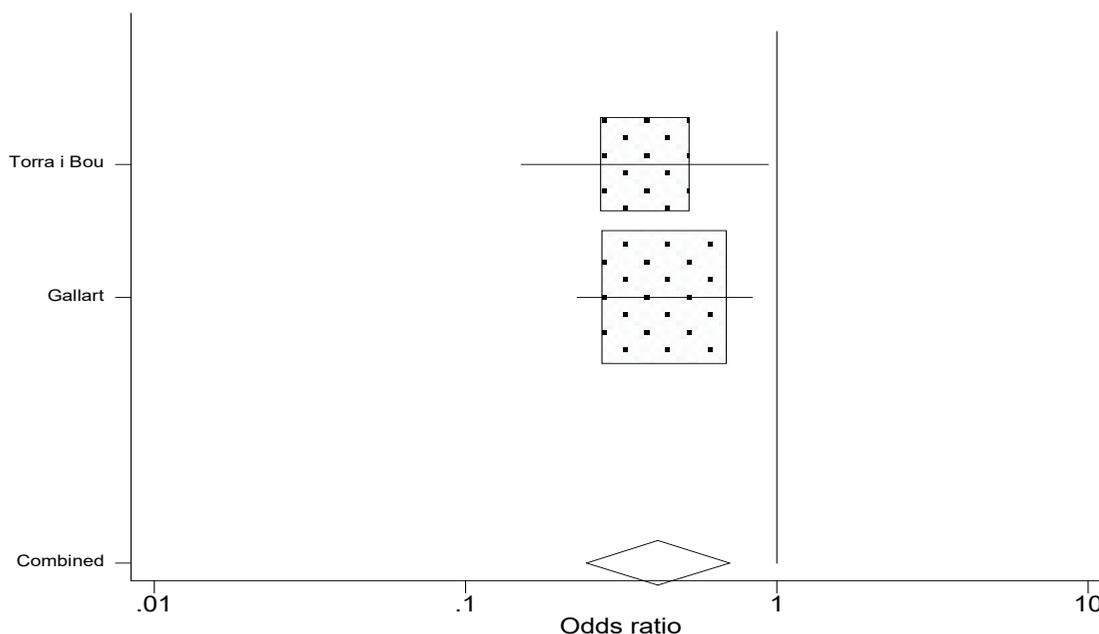
Tabela 4 – Resultados da metanálise

Method	Pooled Est	95% CI		Asymptotic		Number of studies
		Lower	Upper	z_value	p_value	
Fixed	0.415	0.245	0.703	-3.269	0.001	2
Random	0.415	0.245	0.703	-3.269	0.001	

Figura 1 – Forest Plot

Heterogeneity chi-squared = 0.067 (d.f. = 1) p = 0.796

I-squared (variation in ES attributable to heterogeneity) = 0.0%



Os resultados da metanálise apontam que o risco de desenvolver UPr é de 0.42 (odds ratio= 0.42, IC 95% = 0.25-0.70, p= 0.001). Por outras palavras, a análise revela que os utentes tratados com AGHO apresentam 58% de menor risco de desenvolverem UPr.

Quanto à heterogeneidade dos estudos incluídos, o valor p encontrado indica não existirem diferenças estatisticamente significativas (Q= 0.067, p=0.796), o que é corroborado pelo valor calculado de I^2 ($I^2= 0.0\%$) que sugere não existir heterogeneidade entre os estudos.

Da análise do forest plot (figura 1) podemos inferir que todos os resultados apresentam uma redução de risco, devido às intervenções clínicas, ou um efeito benéfico da intervenção em relação ao grupo de controlo.

3 – DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática de literatura com metanálise é alvo de algumas limitações. Primeiramente devemos referir que o reduzido número de estudos analisados, motivo que se deve, por um lado, ao facto da temática ser relativamente recente e por outro, de termos adoptado rigorosos critérios de selecção e seguido rigidamente todas etapas da realização de uma revisão sistemática.

Contudo, a qualidade metodológica dos estudos analisados, a sua homogeneidade e o facto de terem um nível de evidência elevado contribuíram para a validade e fiabilidade dos resultados encontrados.

É de salientar que foram preferidos os RCT e revisões sistemáticas por constituírem peças de evidência absolutamente fundamentais para a prática clínica(17).

Futuramente, a realização de novos RCT e

de estudos meta-analíticos a partir de uma maior amostra de estudos podem contribuir para resultados ainda mais rigorosos.

Consideramos igualmente, como uma limitação, termos imposto um horizonte temporal de 10 anos, o que restringiu em grande número as publicações encontradas. Contudo, tal atitude conduziu-nos um conhecimento mais aproximado do “estado da arte” sobre esta problemática.

Apesar disto e da sua recente utilização no tratamento de feridas, os AGHO possui já um suporte científico bem estruturado tendo um grau de recomendação A. Aliás, pode-se referir que a utilização de AGHO é eficaz na prevenção de UPr e que existe uma redução de risco de UPr de 58%.

Estes resultados têm concordância com os resultados de estudos clínicos não comparativos e comparativos como os de Gouveia, et al.(8) que realizaram um ensaio clínico aberto (sem aleatorização) para avaliar a efectividade de ácidos gordos hiperoxigenados (Mepentol®) na prevenção de UPr dos calcâneos numa amostra de 96 utentes tendo concluído que a incidência total de UPr no grupo Mepentol® foi de 2% versus 17,4% no grupo de controlo (Qui-Quadrado de Pearson: 0,01).

Também, Meaume et al.(18) num estudo descritivo correlacional que envolveu 1.121 pacientes com risco elevado ou muito elevado de UPr concluíram que a utilização de AGHO (Sanyrène / Corpitol) reduziu significativamente a incidência de UPr pélvica ($p = 0,04$) apresentando um $OR = 0,61$ (0.38-0.98) o que sugere que a intervenção reduziu 40% dos casos de UPr.

Similarmente, Soriano et al.(19) reuniram 100 utentes de risco com o objectivo de determi-

nar a incidência de UPr nos calcâneos através da aplicação de um protocolo de prevenção que incluía a aplicação combinada de pensos hidrocelulares (Allevyn Heel®), AGHO (Mepentol®) e superfícies de apoio para a re-distribuição de pressão (SEMP) (sistemas alternantes de ar da gama Aerocare®). Os autores concluíram que após a adopção deste protocolo de prevenção o risco de desenvolver UPr nos calcâneos foi reduzido para 4% ($IC95\% = [0,28\%-7.72\%]$).

Todavia e apesar destes resultados a aplicação per si de AGHO (isolada) nas zonas de risco não é suficiente na prevenção das UPr. Tudo isso é complementado com cuidados adequados da pele, como a utilização de produtos barreira nas agressões à pele, assim como a protecção de zonas de risco com pensos ou dispositivos especiais redutores da pressão, como os pensos hidrocelulares. Para além disso é premente a implementação de escalas para avaliar o risco de desenvolver UPr e protocolos de prevenção, seguidas de recomendações específicas para um tratamento efectivo da pressão, mediante programas activos de posicionamentos posturais, assim como a utilização de superfícies de apoio adequadas para a “re-distribuição” da pressão de acordo com as características de cada situação de risco. Outros pontos que não se podem omitir são a manutenção de um estado de nutrição e hidratação óptimos, programas de formação periódicos e actualizados para os profissionais de saúde, assim como a monitorização epidemiológica do problema(8,12).

CONCLUSÃO

Embora pareça contraditório, as úlceras de pressão, apesar dos avanços da ciência e

consequente evolução dos cuidados em saúde, continuam a constituir um importante problema que afecta os utentes indiferentemente dos níveis de cuidados assistenciais.

É incontestável que o melhor tratamento das UPr é a sua prevenção, contudo verifica-se, na maior parte das vezes, que não lhe é atribuída devida ponderação e a mesma não se encontra baseada em consistente evidência científica.

De acordo com a evidência disponível proveniente dos ensaios clínicos os AGHO constituem uma medida preventiva eficaz na prevenção de UPr e quando não as conseguem evitar, retardam o momento do seu desenvolvimento. Assim, devido ao consenso entre os diversos autores e as evidências encontradas pode-se afirmar que a utilização de AGHO, em conjunto com pensos hidrocelulares e superfícies de apoio adequadas e personalizadas, constitui a medida mais eficaz e económica para a prevenção de UPr. Futuramente, é imperativa a realização de mais RCT e de estudos meta-analíticos a partir de uma maior amostra de estudos seleccionados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

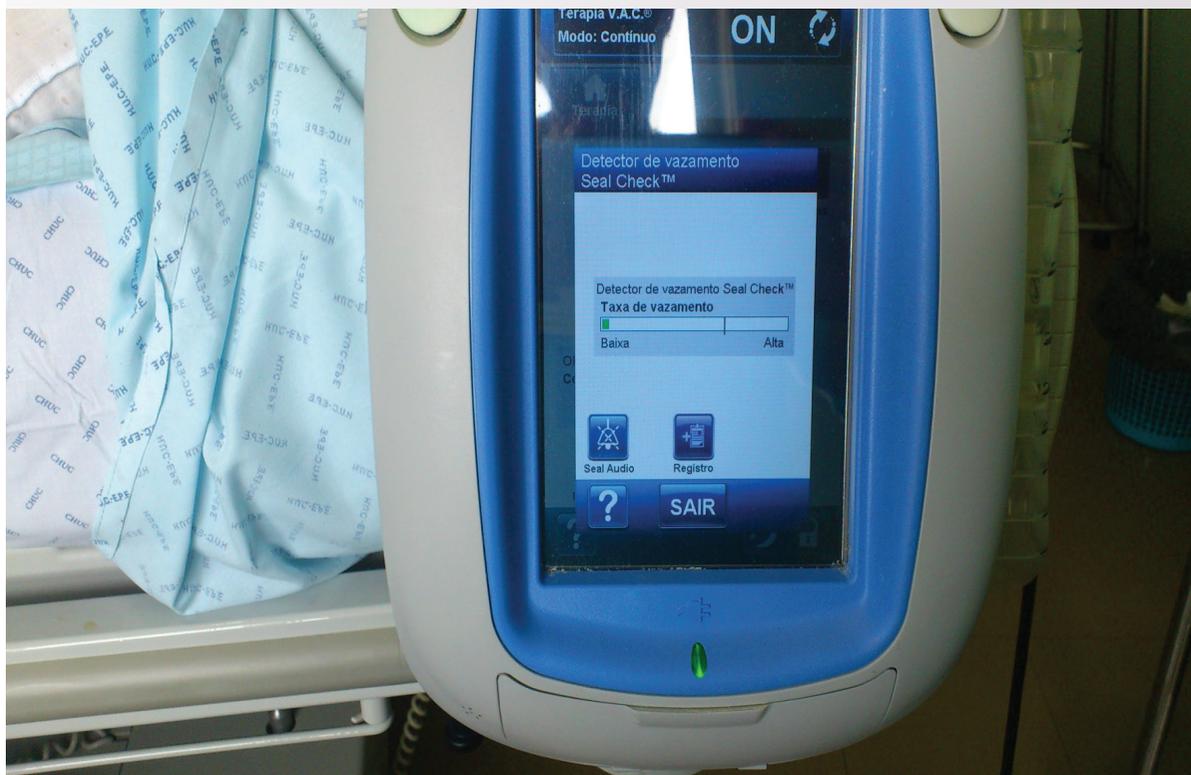
1. Dealey C. Tratamento de Feridas: um guia para enfermagem. 1.^a Edição. Lisboa: CLIMEPSI; 2006. ISBN 972-796-204-1.
2. Elias C, Miguéns C, Gouveia J, Martins O. Material de Penso com Acção Terapêutica: Penso – acto de pensar uma ferida. Lousa: GAIF; 2009. ISBN 978-989-20-1596-5.
3. Cuervo F, Galofré E. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie dia-

bético. Gerokomos. 2009; 20(1):41-46.

4. Colin D, Chomard D, Saumet JL, Desvaux B, Marie M. An evaluation of hyper-oxygenated fatty acid esters in pressure sore management. *Journal of Wound Care*. 1998; 7(2):71-72.
5. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. *Enfermería Clínica*. ISSN: 1130-8621. 2001; 11(5):179-83.
6. Torra i bou JE, Gomez T. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados. *Revista ROL de enfermería*. 2003; 26(1):54-61.
7. Torra i bou JE, Gómez TS, Soriano JV, Bonmati NA, López JR, Arboix i Perejamo M. Efectividad de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Journal of Wound Care*. 2005; 14(3):117-21.
8. Gouveia J, Miguéns C, Torra i Bou JE, Gómez T. Ensaio Clínico aberto sobre a efectividade do Mepentol®, um composto de ácidos gordos hiperoxigenados, na prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos. *Nursing*. 2006; 207: 30-35.
9. Escribano L, Alcaraz F, Collado P, Aranos J, Piqueras N. Eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2007; 18(4):197-201.
10. Martín B. Efecto de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las lesiones cutáneas secundarias al uso del manguito de isquemia quirúrgico. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de*

- Master. ISSN: 1989-5305. 2010; 2(1):1265-81.
11. Ríos J. Efecto de los ácidos grasos hiperoxigenados en la microcirculación de pacientes con pie diabético. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master*. ISSN: 1989-5305. 2009; 1(2).
12. Sánchez A. Estudio aleatorizado sobre la eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en la prevención de lesiones cutáneas. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master*. ISSN: 1989-5305. 2010; 2(1):607-28.
13. Higgins JPT, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.0.2* [internet]. London: The Cochrane Collaboration; 2009 [Acess: 10 mar. 2010] Available form: WWW:<URL:http://www.cochrane-handbook.org>.
14. Ramalho A. *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: FORMASAU; 2005. ISBN 972-8485-54-9.
15. Carneiro A. Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *J Port Gastreterol*. ISSN 0872-8178. 2008; 15(1):30-36.
16. Rodrigues C, Ziegelmann, P. *Metanálise: um guia prático*. *Revista HCPA*. ISSN: 1983-5485. 2010; 30(4): 435-446.
17. Santos E, Silva M. Tratamento de feridas colonizadas/infetadas com utilização de polihexanida. *Referência*. ISSN 0874-0283. 2011; 3(4): 135-42.
18. Meaume S, Colin D, Barrois B, Bohbot G, Allaert FA. Preventing the occurrence of pressure ulceration in hospitalized elderly patients. *Journal of Wound Care*. 2005; 14(2):78-82.
19. Soriano JV, López Casanova P. Prevención de UPP en talones: impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. *Revista ROL de enfermería*. 2004; 27(9): 620-

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA: EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

**RUI RAFAEL SANTOS**

Enfermeiro - Ortopedia Oncológica, CHUC

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO

Enfermeiro - Ortopedia Oncológica, CHUC; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Enfermagem; Pós-graduado em Gestão e Administração de Serviços de Saúde

A Terapia VAC® (Vacuum Assisted Closure) é um tratamento avançado de cicatrização de feridas que se pode integrar facilmente na prática terapêutica dos Profissionais de Saúde para a cicatrização de feridas otimizando o cuidado ao paciente e reduzindo os custos. Trata-se de um tratamento flexível que pode ser usado tanto no Hospital como em Ambulatório.

A terapia VAC é eficaz no tratamento de úlceras crónicas, facilitando a fixação dos enxertos em zonas difíceis, favorecendo o encerramento de feridas cirúrgicas com complicações (esternotomias abertas). O VAC pode ser usado como adjuvante de procedimentos cirúrgicos para facilitar o encerramento de feridas. O VAC pode ser usado como alternativa ou até que um procedimento cirúrgico de menor envergadura possa ser realizado.

Os fundamentos da Terapia VAC e as suas aplicações clínicas assentam nos seguintes pressupostos:

- Impedir a contaminação exógena
- Limpar, instilando soluções tópicas na ferida de forma sistemática e controlada (VAC VeraFLO)
- Promover a formação de tecido de granulação
- Acelerar a cicatrização

A poupança que VAC gera produz-se principalmente nas seguintes áreas:

- a) Redução entre um 40-60% do tempo de cicatrização,
- b) Redução dos dias de hospitalização,
- c) Possibilidade de instaurar tratamentos em ambulatório, o que reduz ainda mais o tempo de hospitalização,

- d) Redução de pelo menos 50% do tempo de enfermagem,
- e) Diminuição significativa de complicações.

A terapia VAC que está protocolada para o tratamento de diversas feridas:

- Feridas agudas ou traumáticas
- Feridas Abdominais
- Feridas esternais
- Úlceras por decúbito
- Úlceras nas extremidades inferiores
- Úlceras de pé diabético
- Feridas infectadas
- Feridas no pós-operatório
- Enxertos em malha e substitutos de pele
- Retalhos
- Fístulas enterocutâneas

Orientações para execução do tratamento:

Frequência

De acordo com as características da ferida. Preconiza-se um período máximo de cinco dias

Orientações quanto à execução

- Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados
- Observar o cliente: face, postura, cheiro da ferida, entre outros sinais
- Examinar o cliente: dor, bem-estar
- Orientar sobre os cuidados de higiene e protecção do local
- Providenciar a execução do tratamento da ferida em local apropriado, sempre que possível

- Aprontar o material de acordo com o tipo de ferida e as necessidades do cliente
- Executar com técnica asséptica e com recurso a máscara, se indicado
- Limpar a ferida, da área menos contaminada para a mais contaminada
- Evitar o atrito na limpeza da ferida, utilizando força mecânica mínima, de modo a prevenir o traumatismo dos tecidos em vias de cicatrização

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Providenciar os recursos para junto do cliente	
Lavar as mãos	
Instruir o cliente sobre o procedimento	
Calçar luvas não esterilizadas	
Remover o penso	
Observar as características do penso removido, a ferida e a região circundante	Avaliar a evolução cicatricial
Remover as luvas	
Lavar as mãos	Prevenir a contaminação
Aprontar o "Kit" de penso e/ou material esterilizado	
Limpar a pele circundante a ferida com soro fisiológico hipotónico	
Desinfectar a ferida com solução de polihexanida	
Aplicar compressa embebida em solução de polihexanida sobre a ferida e deixar actuar durante no mínimo 15 minutos	Descontaminar a ferida. Remover e prevenir a formação de biofilme
Aplicar Cavilon na pele circundante à ferida	Prevenir a maceração da pele peri-lesional
Aprontar o "kit" de vácuo	
Calçar luvas esterilizadas	
Recortar a espuma de poliuretano com um tamanho inferior ao da ferida	Promover a cicatrização reduzindo progressivamente o tamanho e aproximando os bordos da ferida
Aplicar película adesiva cuidadosamente removendo bolhas de ar	Minimizar a presença de fugas
Recortar a película em forma de círculo, com o diâmetro do "Pad" de aspiração (local de aspiração) do sistema	
Aplicar o "Pad" de aspiração cuidadosamente removendo bolhas de ar	O interface deve estar em contacto com a espuma devido à presença de sensores que monitorizam a ferida
Caso o tamanho da ferida não permita o recorte da película, fazer pequena incisão sobre a mesma	
Recortar um novo pedaço de espuma em círculo, com o diâmetro do "Pad" de aspiração, e espessura com cerca de 0,5 cm	
Aplicar o círculo sobre a pequena incisão realizada na película	
Aplicar o "Pad" de aspiração	
Conectar a tubuladura do "Pad" de aspiração à tubuladura do reservatório	
Ligar a máquina, realizar teste de fugas e iniciar terapia	

Análise de caso



A ferida consiste em duas locas de tamanho variável, sem exsudato



Aplicação da esponja de poliuretano adaptada à dimensão da ferida

Colocação da esponja de poliuretano de ligação entre as duas feridas (no caso de não possuir o Y de conexão)



Após realizar uma incisão em cruz ou remover um pequeno pedaço de película auto-adesiva sobre a esponja de poliuretano colocada sobre a ferida mais exsudativa e "suja", aplicar o pad de aspiração numa orientação que facilite a drenagem.



Com a conexão em Y, individualizar a colocação da esponja de poliuretano para aspiração independente das feridas

Evolução cicatricial: 26/02





Evolução cicatricial:
03/03



Evolução cicatricial:
09/03



Evolução cicatricial:
encerramento final
por primeira intenção
(18/03)

*No tratamento
do princípio ao fim*



L-Mesitran®

**Antibacteriano e estimulante
do crescimento celular**

**A SOLUÇÃO
NATURAL PARA
O TRATAMENTO
DAS FERIDAS E
QUEIMADURAS**



- *Eritema da fralda*
- *Escaras*
- *Feridas cirúrgicas*
- *Feridas crónicas ou traumáticas
com e sem infeção*
- *Feridas oncológicas*
- *Pós-intervenção dermatológica*
- *Queimaduras de 1º e 2º grau*
- *Radiodermites*
- *Úlceras venosas, arteriais,
diabéticas e de pressão*

 **Biolotus**

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SINAIS VITAIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
- 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
- 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
- 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
- 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
- 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitais.pt