



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA A ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

CLÁUDIA SOFIA VIEIRA PEREIRA

ÚLCERAS DE PRESSÃO EM GERIATRIA - TRATAMENTO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERISSÍMO**

[ABRIL/2014]

Úlceras de pressão em Geriatria - Tratamento

Cláudia Sofia Vieira Pereira⁽¹⁾

⁽¹⁾ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Correspondência:

Cláudia Sofia Vieira Pereira

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Rua Gomes Freire nº65, 1º andar, 3000-353 Coimbra

E-mail: claudiasvp90mail.com

RESUMO

Atualmente verifica-se que há uma grande quantidade de pessoas com idade mais avançada, sendo que a tendência é para que cada vez a esperança média de vida aumente devido à existência de melhores cuidados de saúde. Com este aumento surgem também problemas decorrentes de hospitalizações e imobilidade dos doentes. Um desses problemas são as úlceras de pressão que são definidas como sendo uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. De modo a perceber como combater esta problemática, foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tratamento das úlceras de pressão nos doentes geriátricos. Esta revisão foi feita com base em artigos científicos, guidelines, relatórios e guias de tratamento. Foram analisados os diversos tipos de tratamento e concluiu-se que são necessários mais estudos de modo a tirar mais conclusões e tentar adotar um tratamento consensual. No entanto, existem terapêuticas mais utilizadas, como os pensos e o desbridamento, que outras. O tratamento varia de acordo com diversos fatores, quer individuais do doente, como o seu estado geral, comorbilidades associadas, quer da classificação da úlcera de pressão apresentada, se é única ou se há múltiplas úlceras de pressão, entre outros fatores.

PALAVRAS-CHAVE

Úlceras de pressão, Geriatria, Tratamento

ABSTRACT

Currently there are more aged people in the world, and the trend is towards increasing the average life expectancy due to the existence of better health care. This increase brings also problems resulting from hospitalization and immobility of patients . One of these problems are pressure ulcers that are defined as a localized injury to the skin and / or underlying tissue usually over a bony prominence , as a result of pressure or a combination of this and twisting forces. In order to understand how to fight this problem, a literature review on the treatment of pressure ulcers in geriatric patients was taken. This revision was based on scientific articles, guidelines, reports and treatment guides. The various types of treatment were analyzed and it was concluded that more studies are needed in order to draw more conclusions and try to adopt a consensual treatment. However, there are therapies which are more used, as dressings and debridement, than others. Treatment varies according to several factors, both individual as general condition, associated co morbidities, or the classification of pressure ulcer , if it is only or if there are multiple , among other factors .

KEY WORDS

Pressure ulcers, Geriatrics, Treatment

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

UP - ulcera(s) de pressão

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

TCE - traumatismo crânio-encefálico

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	6
II. MATERIAL E MÉTODOS.....	7
III. ÚLCERAS DE PRESSÃO EM GERIATRIA – TRATAMENTO.....	8
IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	20
V. BIBLIOGRAFIA.....	21

I. INTRODUÇÃO

Com a evolução dos cuidados de saúde, foi possível alargar a esperança média de vida da população. Este aumento faz com que a população geriátrica se torne demograficamente dominante. Apesar de o objetivo ser uma vida mais longa e com qualidade nem sempre isso se verifica ou é possível. Os internamentos de longa duração aumentam, bem como o número de idosos institucionalizados. A imobilização prolongada é um grave problema e acarreta diversas consequências. A síndrome da imobilidade, como é designada em geriatria, traz consequências tanto a nível social, psicológico como físico. A este último nível são várias as alterações, como por exemplo, a perda de força muscular, rigidez articular, aumento do risco de fraturas, entre outras. Também a nível físico destaca-se um grave flagelo que afeta a sociedade, as UP ou escaras. Estas são definidas pelo EPUAP e pelo NPUAP como uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

Na fisiopatologia desta entidade destaca-se um processo isquémico tecidual que tem como consequência a redução do aporte de oxigénio e nutrientes às células culminando este processo em morte celular. A dedicação dos profissionais de saúde na prevenção das UP permitiu uma diminuição da sua incidência, no entanto é necessário continuar o trabalho de modo a manter esta diminuição. Existem várias possibilidades no que diz respeito ao tratamento das UP e a sua seleção é feita de acordo com diversos fatores individuais do doente. Começando na seleção de diferentes superfícies de apoio, passando pelo desbridamento e utilização de agentes biofísicos e também a cirurgia, as opções são muitas e a classificação da UP bem como as características de cada doente são, como já foi referido, essenciais na decisão terapêutica.

II. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa de informação para a realização do presente trabalho foi efetuada com base na leitura e compilação de informação presente em artigos científicos e guidelines indexados nos motores de busca de base de dados digitais “PubMed” e “b-ON”. Foram também consultados relatórios e guias de referência do European Pressure Ulcer Advisory Panel e National Pressure Ulcer Advisory Panel. Para esta pesquisa usaram-se os seguintes termos em combinação: “Pressure ulcers”, “Treatment” e “Geriatrics”,. Para cada pesquisa foram definidos filtros com restrição para artigos editados em inglês ou português, com disponibilização de resumo/*abstract* para consulta prévia e com data de publicação compreendida entre 2000 e 2014. A seleção dos trabalhos a incluir foi realizada com base na leitura do resumo/*abstract* dos mesmos, a partir da qual foi inferida a pertinência da sua inclusão no presente estudo. O reduzido número de estudos documentados e a informação por vezes incompleta e pouco sustentada presente em alguns destes, fizeram com que se apresentassem dificuldades acrescidas na elaboração do presente estudo. Contudo, o conhecimento limitado sobre este tema fomentou a curiosidade e estimulou uma investigação mais cuidadosa, a fim de cumprir os objetivos propostos. De salientar que muitos dos artigos encontrados foram excluídos deste revisão pois, apesar da pesquisa cruzado dos termos acima referidos, muitos dos resultados encontrados não diziam respeito a doentes geriátricos.

III. ÚLCERAS DE PRESSÃO EM GERIATRIA - TRATAMENTO

As UP têm uma incidência e prevalência muito variáveis, sendo que, apesar da existência de diversos estudos, é difícil avaliá-las. Esta dificuldade surge devido à variação de metodologias e tipo de população entre os diferentes estudos. No entanto, é possível afirmar que as UP estão entre as afeções mais comuns, quer em doentes com hospitalizações de curta ou longa duração.^{1,2} Em 2006, durante um período de 6 meses e com o objetivo de caracterizar a população de doentes portadores de UP, foi feita, no Serviço de Medicina I dos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma análise retrospectiva e descritiva dos dados constantes nos registos clínicos dos doentes internados nesse mesmo serviço. Dos 498 registos analisados, em 61 (12,24%) foram identificados como sendo de doentes com UP, sendo que 48 (78,69%) dos 61 já apresentavam UP à data de entrada. As UP afetam, maioritariamente pessoas idosas, com idade ≥ 65 anos.¹⁻³ Na análise acima referida, 97% dos casos de UP ocorreram em doentes com idade igual ou superior a 65 anos e os 3%, que não foram nessa faixa etária, ocorreram em doentes jovens com antecedentes do TCE/vertebro-medular com sequelas neurológicas graves.³ Noutros estudos, a incidência e prevalência das UP é avaliada tendo em conta se se trata de um quadro agudo ou, por outro lado, de um doente crónico, sendo que é apresentada uma incidência entre 0,4% e 38% e prevalência entre 10% e 18% em situações agudas, enquanto que em doentes crónicos a incidência varia entre 2,2% e 23,9% e a prevalência entre 2,3% e 28%.² Nos Estados Unidos da América, estima-se que sejam tratadas, por ano, cerca de 2,5 milhões de UP. Um estudo realizado revelou um aumento de cerca de 80% nas hospitalizações com relato de UP, sendo que mais de 90% dessas hospitalizações não tinham a UP como causa de admissão.¹ Sendo um problema frequente e com custos económicos consideráveis há que apostar na prevenção das UP, existindo diversas formas de o fazer. É também necessário consciencializar a população hospitalar, nomeadamente a população médica, para o problema das UP. No estudo já acima

referido verificou-se que apenas 34% dos casos de UP foram notificados no boletim de alta hospitalar.³ Em relação ao tratamento da UP, existem diversos métodos, que eram ser descritos detalhadamente mais à frente neste trabalho, sendo uns mais utilizados, outros menos. No entanto, apesar das diversas opções terapêuticas a prevenção revela-se mais eficaz no controlo das UP.³

Existem diversas modalidades de tratamento das UP sendo estas aplicadas consoante o estadio em que a úlcera é classificada. Em seguida passo a descrever os tratamentos existentes e a sua aplicabilidade.

A) Posicionamento e superfícies de apoio

O posicionamento, bem como o reposicionamento, dos doentes hospitalizados é de extrema importância para o tratamento, mas também para a prevenção do desenvolvimento de UP. Esta importância é explicada por um dos mecanismos de formação das UP, onde, a pressão contínua, sem alívio, de uma determinada área do corpo leva à obstrução vascular, eliminando o fluxo sanguíneo capilar dessa área o que faz com que ai haja uma privação de oxigénio e nutrientes. Esse oxigénio e nutrientes, são essenciais para as células e sem eles as células não são capazes de proliferar o que prejudica a cicatrização da UP.⁴

É um dado aceite pelos prestadores de cuidados de saúde que o posicionamento e reposicionamento são essenciais no controlo das UP, no entanto ainda há alguma controvérsia em relação à frequência com que deve ocorrer. O EPUAP e o NPUAP defendem que o reposicionamento dos doentes deve ser feito em intervalos periódicos, de acordo com a tolerância e desejo dos doentes, ou seja, são os doentes que, quando querem, pedem para ser reposicionados ou fazem-no autonomamente.⁵ Já a AHCPR defende que os doentes devem ser reposicionados a cada duas horas.⁴ Aquando do posicionamento e reposicionamento dos doentes é necessário ter em conta vários fatores como: a proteção de proeminências ósseas como o sacro, cotovelos e grande trocânteres; devem ser usadas, se necessário, almofadas ou

espuma de modo a prevenir o contato direto das proeminências ósseas e evitar que o doente esteja diretamente deitado sobre a UP, a não ser que esta seja a posição de menor desconforto para o doente; devem ser usados protetores de calcanhares ou feita suspensão da perna sobre uma almofada ou cobertor dobrado de modo a que os calcanhares fiquem suspensos; quando os doentes se encontram sentados deve também ser usada uma almofada de cadeira que redistribua a pressão sobre as proeminências ósseas e aumente o conforto.⁵

Ainda em relação ao posicionamento e reposicionamento o EPUAD e o NPUAP tecem algumas recomendações, aconselhando, com um nível de evidência C, que: deve ser estabelecido um horário flexível de reposicionamentos com base nas características da superfície de apoio, preferência e tolerância de cada doente; o horário deve ser individualizado de acordo com os objetivos e desejos do doente, condição clínica e comorbilidades associadas; em doentes com dor ao movimento, deve ser administrada medicação analgésica vinte a trinta minutos antes do reposicionamento; em doentes com autonomia para os movimentos devem ser explicados os objetivos do posicionamento, averiguada a existência de uma ou mais posições de maior conforto e observada a escolha do doente, após a explicação; em doentes em fim de vida ou que apresentam apenas uma posição de conforto o objetivo de prevenir ou tratar a UP pode ser ultrapassado pelo conforto, visto que este é de extrema importância; deve ser considerada a mudança da superfície de apoio para outra que promova uma melhor redistribuição e conforto; os posicionamentos e reposicionamentos devem ser registados, bem como os fatores que os despoletaram ou não. Com um nível de evidência B é recomendado que em doentes a receber cuidados paliativos se faça um esforço o reposicionar pelo menos a cada quatro horas num colchão de redistribuição de pressão, ou a cada duas horas num colchão normal.⁵

Em relação às superfícies de apoio, estas, por si só, não previnem nem curam as UP.⁵ Existem 2 tipos de superfícies, as sem motor e as com motor ou dinâmicas. As superfícies

sem motor devem ser usadas em doentes com autonomia para os movimentos, que conseguem assumir diversas posições no leito. As dinâmicas, são mais indicadas para os doentes com impotência funcional, pois estas superfícies permitem uma melhor distribuição da pressão.⁵

B) Limpeza

A limpeza da ferida é útil pois remove fragmentos soltos que impedem uma correta cicatrização da ferida. Em alguns estudos é recomendado o uso de uma solução salina estéril ou água, sendo que a água da torneira só deve ser usada se a fonte de água for confiável. Em relação ao uso de agentes antissépticos há que ter em conta que estes, apesar de terem propriedades antibacterianas, são tóxicos para os tecidos de granulação essenciais para o processo de cicatrização da UP.⁶ A limpeza é também importante para preparar a UP para a posterior colocação de um penso. Existem ensaios randomizados, controlados e duplamente cegos que demonstram a existência de uma melhor cicatrização da UP com a aplicação de sprays salinos com aloé-vera, cloreto de prata e decil-glucosídeo em comparação com o uso de uma solução salina.⁷ O EPUAP e o NPUAP recomendam que a limpeza das UP e de toda a área circundante seja feita aquando da mudança dos pensos, sendo a limpeza feita com uma solução salina ou simplesmente com água. Quando há presença de fragmentos na ferida, infeção ou suspeita de infeção, pode considerar-se o uso de soluções de limpeza com propriedades surfactantes ou antimicrobianas. A limpeza deve ser feita aplicando uma pressão suficiente para limpar a ferida mas sem causar dano ao tecido ou favorecer a propagação de bactérias. É também importante estar atento às regras de assepsia, descartando o material utilizado de modo a reduzir a contaminação.⁵

C) Desbridamento

O desbridamento das feridas por UP é importante na medida em que permite a remoção de tecido necrosado que impede uma cicatrização adequada da ferida e ainda promove um ambiente propício ao crescimento bacteriano podendo levar a infeção da

ferida.^{8,9} Existem diferentes métodos de desbridamento, sendo que ainda é controversa a escolha do melhor método.⁸ Os métodos existentes são o desbridamento cirúrgico, o desbridamento mecânico, o desbridamento autolítico, o desbridamento enzimático e ainda outro método designado como "bio cirúrgico". A associação de diferentes tipo de desbridamento pode e é frequentemente utilizada.⁹

i) desbridamento cirúrgico

Esta é a forma mais rápida de realizar o desbridamento das feridas por UP, no entanto tem de ser realizado com cuidado de modo a evitar o atingimento de tecido são. É um tipo de desbridamento implica o uso de material cirúrgico, como o bisturi e a tesoura, sendo que deve ser utilizado na presença de infeção, como a celulite ou sépsis, na presença de necrose extensa e de escaras espessas.^{8,9} Não está recomendada a realização de desbridamento cirúrgico em casos de UP nos calcanhares devido à proximidade com o osso que existe nesta área.⁹ A falta de experiência na utilização deste método, a ausência de suprimento vascular adequado e em casos de sépsis sem adequada cobertura antibacteriana, contraindicam a realização do desbridamento cirúrgico. Distúrbios da coagulação e terapêutica anticoagulante são contraindicações relativas à realização deste método.⁶

ii) desbridamento mecânico

O desbridamento mecânico é feito aplicando gaze molhada com solução salina e deixando-a secar e só depois removendo-a.⁸ Neste método é necessário estar atento pois a exposição da ferida por períodos de tempo muito prolongados à humidade pode levar a maceração do tecido e pode estar associada a contaminação bacteriana da ferida.⁶ É designado como sendo um método de desbridamento não seletivo pois para além da remoção do tecido necrosado pode também remover tecido são, recentemente formado, daí que requeira algum cuidado na sua realização de modo a evitar esta situação.^{6,9} Este tipo de desbridamento é mais indicado para UP que contenham exsudato espessos ou tecido necrótico solto.⁹ Outra das

técnicas utilizadas no desbridamento mecânico são as hidromassagens que podem ser usadas numa fase inicial de modo a fragmentar e remover fragmentos, bactérias, exsudato ou tecido necrosado.⁶

iii) desbridamento autolítico

O desbridamento autolítico baseia-se no uso de pensos oclusivos e semiocclusivos que fazem com que o tecido necrótico seja digerido por enzimas que normalmente se encontram nas feridas, favorecendo a granulação que é necessária para a cicatrização da UP.^{6,9} Após o desbridamento autolítico é necessária uma adequada limpeza da ferida de modo a remover o tecido necrosado.⁶ Este método permite melhores resultados em feridas com exsudato mínimo e não é recomendado quando há infeção da ferida.^{6,9} Há que tem em conta que se após uma a duas semanas não houver sinais de autólise do tecido deve recorrer-se a outro método de desbridamento.⁶

iv) desbridamento enzimático

Em relação ao desbridamento enzimático, este é feito pela aplicação na ferida de enzimas proteolíticas, como a colagenase, a fibrinolisinina e a deoxiribonuclease. Estas enzimas de forma sinérgica com as enzimas endógenas fazendo com que ocorra o desbridamento da ferida. Pode haver o desenvolvimento de irritação na área que circunda a UP devido à produção excessiva de exsudato por parte destes agentes.^{8,9}

v) desbridamento "bio cirúrgico"

Este tipo de desbridamento é feito com recurso a lavas, nomeadamente *Lucilia sericata*, que produzem enzimas capazes de degradar o tecido necrosado sem afetar o tecido são. É um método que pode ser utilizado quando há contraindicação à realização do desbridamento cirúrgico.⁹

D) Pensos

No tratamento das UP os pensos são não só uma forma de proteger a ferida de traumatismos e contaminação, mas também de facilitar a cura, absorvendo o exsudato e protegendo as superfícies.⁹ Existem imensas opções de pensos, havendo algumas indicações sobre qual o tipo de penso a utilizar consoante as características da ferida. No entanto, em ensaios clínicos realizados, nenhum penso mostrou-se substancialmente superior a outro.^{6,9}

Em feridas com marcado componente exsudativo, devem ser usados pensos absorventes, como os de alginatos, espumas e hidrofibras, de modo a evitar a acumulação de fluídos que podem levar a maceração da ferida e inibição da proliferação celular, resultando num atraso no processo de cicatrização. No entanto, é preciso que a capacidade absorvente do penso permita também o estabelecimento de um ambiente húmido, que favorece o processo de cicatrização da ferida. Nas feridas onde os fluídos não são abundantes há necessidade de optar por pensos que tenham a capacidade de promover um ambiente húmido que favoreça a cicatrização dos tecidos, como as gazes humedecidas com solução salina, os hidrocolóides e hidrogéis.⁹ Os diversos tipos de pensos são:

i) alginatos

Os pensos de alginato de cálcio são muito absorvíveis, sendo utilizados, com já foi referido, em UP com exsudato moderado ou significativo e promovem também um ambiente húmido favorecedor do processo de cicatrização.^{5,8,9} Podem ser utilizados em UP infetadas desde que com a realização de tratamento concomitante adequado da infeção.⁵ Se secarem na ferida podem danificar o tecido cicatricial ao serem removidos.⁸

ii) espumas

Estas apresentam também uma grande capacidade absorvente, com a presença de uma ambiente húmido e conseguindo também isolamento térmico. São úteis também nas UP exsudativas no estadio 2 e nas que apresentam crosta ou escara no estadio 3. Apresentam a vantagem de poderem ser cortadas e adaptadas à forma desejada.^{5,9}

iii) hidrofibras

Tal como os anteriores, as hidrofibras apresentam também grande capacidade absorvente sendo indicadas em feridas fortemente exsudativas e também com crosta ou escara.⁹

iv) pensos com gaze

Podem ser humedecidos e usados para promover um ambiente húmido e favorecer a cicatrização.⁹

Devem ser evitados em UP abertas e limpas porque, se quando forem removidos estiverem secos provocam dor e podem fazer desbridamento de tecido são e também porque são grandes consumidores de cuidados de enfermagem.^{5,9}

É preferível a sua utilização na forma humedecida, com a vantagem de manterem o ambiente húmido.^{5,9}

Podem ser uma fonte de infeção e para evitar esta situação devem ser usados em camada única.⁵

v) "transparent films"

São pensos podem ser usados para proteger áreas em risco de desenvolver UP, em doentes não imunocomprometidos de modo a obter um efeito de desbridamento autolítico, podem ser usados em associação com outro tipo de pensos em UP no estadio 3 ou 4 e isoladamente em UP no estadio 2.^{5,9}

vi) hidrocolóides

Os pensos de hidrocolóides, têm a capacidade de manter o ambiente húmido o que promove a cicatrização.⁹ Devem ser usados em UP no estadio 2 e não infetadas, podendo também ser usados para proteger áreas com risco de lesão.⁵ Quando comparados com os "transparent films", o tempo de encerramento da ferida é semelhante entre os 2, no entanto os

"transparent films" revelam-se mais confortáveis para os doentes e permitem uma melhor avaliação da úlcera.⁹

Este tipo de pensos tem uma grande capacidade de adesão à pele que circunda a úlcera, no entanto não aderem ao tecido afetado e, assim sendo, não prejudicam o processo de cicatrização da ferida. Não podem ser usados sobre tendões ou UP com formação de crostas.⁸

vii) hidrogéis

São usados em úlceras secas e minimamente exsudativas sendo que o gel promove a humidificação da ferida. São também úteis em úlceras dolorosas, devido ao seu efeito de arrefecimento⁸ e em úlceras profunda ou não, com contornos e em áreas do corpo onde há risco de migração do penso. Outra das aplicações deste tipo de pensos é em UP não infetadas e com granulação^{5,9}.

E) Agentes biofísicos

Este tipo de agentes ainda está a ser estudado para a terapêutica da UP. São considerados métodos de tratamento adjuvante, sendo que as suas indicações ainda não são claras.⁹ No guia de tratamento elaborado pelo EPUAP e pelo NPUAP há também referência a este tipo de terapêutica, no entanto as recomendações são baseadas em opiniões de especialistas, não havendo ainda evidência ou havendo evidências inconclusivas.⁵

Os agentes biofísicos cuja aplicabilidade está a ser estudada incluem a estimulação elétrica, a utilização de agentes eletromagnéticos, a fototerapia com infravermelhos, laser e ultravioleta, a terapêutica com ultra-sons, a terapêutica com pressão negativa, a hidroterapia e a terapêutica com oxigénio, quer hiperbárico, quer tópico.

Uma revisão bibliográfica sobre a terapêutica com agentes eletromagnéticos, feita em 2012 concluiu, a partir de 2 pequenos ensaios que não havia evidência suficiente de que este

tipo de terapêutica acelera-se o processo de cura das UP.¹⁰ Chega-se a conclusão que é necessário realizar mais estudos e de melhor qualidade do que os realizados anteriormente.¹⁰

Em relação à terapêutica com pressão negativa, há estudos que invocam o potencial da sua associação com o uso de espumas em comparação com o uso de um sistema de vácuo criado com garrafas "Redon", que era a fonte de pressão negativa no outro grupo estudado, Concluiu-se que em doentes tratados com a associação houve um aumento de 54% do tecido de granulação. Houve também uma redução da fibrina em 27% e redução da necrose mas sem significado.¹¹ Outros ensaios a comparar a mesma associação com outras terapêuticas convencionais mostrou que no grupo tratado com a associação houve uma diminuição da área afetada, bem como do volume e profundidade. Foi também detetado um aumento da formação de tecido de granulação.¹¹ A associação da terapêutica de pressão negativa com uso de espuma foi também associado a um menor número de hospitalizações, menos casos de problemas relacionados com a UP e diminuição da necessidade de cuidados no domicílio.¹¹ Outros estudos também revelaram uma cicatrização mais rápida das UP com a terapêutica com pressão negativa em comparação com o uso de terapêutica com pensos¹².

F) Pensos biológicos

Atualmente ainda não existem estudos suficientes que permitam tirar conclusões acerca do uso deste tipo de terapêutica nas UP.⁵

G) Fatores de crescimento

O uso de fatores de crescimento no tratamento das UP pode ser considerado quando estamos perante UP que não respondem a terapêutica compressiva ou antes ou depois de recorrer à terapêutica cirúrgica.⁶

Nas UP há deficiências e desequilíbrios a nível dos fatores de crescimento e são necessários num processo normal de cura de feridas. Assim sendo, a terapêutica com fatores de crescimento baseia-se na aplicação tópica destes na UP, com o objetivo de acelerar o

processo de cura. No entanto, em ensaios clínicos com o fator de crescimento derivados de plaquetas e fator de crescimento dos fibroblastos não houve atingimento da cura total tendo sido apenas observada uma diminuição do tempo de encerramento das feridas.⁸ De acordo com o EPUAP e o NPUAP não há evidência suficiente que suporte o uso deste tipo de terapêutica como rotina.⁵

H) Cirurgia

O tratamento cirúrgico das UP é o último recurso disponível e aquele ao qual se recorre quando as feridas são refratárias a outras terapêuticas menos agressivas ou quando é preciso que haja um rápido encerramento da ferida.⁶ Apesar de ser uma opção que permite um tratamento rápido da UP, a cirurgia não pode ser realizada em alguns doentes pois é um procedimento que pode ser longo e resultar em perdas consideráveis de sangue, sendo necessário que para a realização da cirurgia os doentes estejam estáveis.^{8,9} Para a realização da cirurgia é necessário que a UP não apresente tecido desvitalizado e que se tente corrigir os fatores de risco para o desenvolvimento de UP passíveis de correção, como por exemplo o fato de o doente ser fumador. De acordo com alguns estudos a maior parte das UP conseguem ser controladas sem recurso à cirurgia. Em 2 estudos com mais de 1000 doentes com UP, mais de 70% dos doentes com úlceras no estadio 2, 50% com UP no estadio 3 e 30% no estadio 4 alcançaram a resolução do problema com terapêuticas conservadoras não cirúrgicas num espaço de tempo de 6 meses e, após 2 anos, 77% dos doentes com UP no estadio 4 tinham o seu problema resolvido.⁹

Este tipo de tratamento não é sempre utilizado com o objetivo de obter uma resolução definitiva, podendo ser um meio para preparar a ferida para a aplicação de outros tipos de tratamento.⁶ Existem vários tipos de procedimentos, mas geralmente são feitos enxertos de pele, retalhos de pele, músculo ou retalhos livres.⁹ Para que a probabilidade de sucesso do procedimento cirúrgico seja maior, para além da otimização do estado do doente são também

necessários cuidados intra e pós operatórios. Há que ter em atenção a posição do doente na mesa operatória tendo o cuidado de proteger os pontos de maior pressão; há que ter cuidados com os enxertos e após o término da cirurgia o doente deve ser transferido da mesa operatória para a cama com todo o cuidado de modo a evitar um rompimento do enxerto.⁵ No pós operatório, há que adequar a superfície de apoio à condição do doente, evitando pressão sobre o enxerto de modo a não prejudicar o suprimento sanguíneo; há que ter atenção a eventuais sinais de rejeição do enxerto; estar atento aos perigos da imobilidade após uma cirurgia e progressivamente ir promovendo o levante do doente e transferência para a cadeira, de acordo com as indicações do cirurgião e sempre com utilização de almofadas na cadeira que permitam uma correta redistribuição da pressão.⁵

IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Com esta revisão bibliográfica, chega-se à conclusão de que o tratamento das UP ainda é algo controverso, e que apesar da existência de diversas terapêuticas não há uma que se destaque claramente das outras e seja a terapêutica de eleição.

É um tratamento que depende de diversos fatores, quer individuais do doente, como o seu estado geral, comorbilidades associadas, a classificação da UP apresentada, se é única ou se há múltiplas UP, entre outros.

Há um dado que é consensual, o mais importante é tentar prevenir o aparecimento das UP, sendo que neste campo a posicionamento e reposicionamento dos doentes, bem como a superfície de apoio em que estas se encontram são essenciais.

Em relação ao tratamento propriamente dito das UP, há que recorrer a diversos métodos, sendo os pensos mais utilizados devido ao seu baixo custo e relativa eficácia. Também o desbridamento é muitas vezes necessário e passível de melhorar a resposta terapêutica dos doentes a terapêuticas menos invasivas.

Depois existem outras terapêuticas menos utilizadas e mais dispendiosas que carecem de grandes estudos de modo a poder avaliar mais corretamente a sua eficácia e aplicabilidade.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Berlowitz D, Pressure ulcers: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and staging, April 2013
2. Luz S, Lopacinski A, Fraga R, Urban C, Úlceras de pressão. Geriatria & Gerontologia 2010;4 (1), p. 36-43
3. Andrade P, Pereira F, Santos L, Saldanha M, Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Janeiro/Março de 2010, volume 17, número 1
4. Moore ZEH, Cowman S. Repositioning for treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD006898. DOI: 10.1002/14651858.CD006898.pub3.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Treatment: Technical Report. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009
6. Whitney J, Philips L, Aslam R, Barbul A, Gottrup F, Gould L, et al. Guidelines for the treatment of pressure ulcers, Wound Repair and Regeneration 2006; 14:663-679 , p.663-679
7. Levine S, Sinno S, Levine J, Saadeh P, Current Thoughts for Prevention and Treatment of Pressure Ulcers Using Evidence to Determin Fact or Fiction. Annals of Surgery, April 2013, Volume 257, Number 4, p.603-608
8. Thomas RD, Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't?. Cleveland Clinic Journal of Medicine, August 2001, Volume 68, Number 8, p. 704-722
9. Berlowitz D, Treatment of pressure ulcers, April 2013
10. Aziz Z, Flemming K, Electromagnetic therapy for treating pressure ulcers, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12, Art No.: CD002930, DOI: 10.1002/14651858. CD002930.pub5.

11. Gupta S, Ichioka S, Optimal use of negative pressure wound therapy in treating pressure ulcers. *International Wound Journal* 2012; 9 (Suppl.1), p. 8-16
12. Laat E, Boogaard M, Spauwen P, Kuppevelt D, Goor H, Schoonhoven L, Faster Wound Healing With Topical Negative Pressure Therapy in Difficult-to-Heal Wounds. *Annals of Plastic Surgery*, December 2011, Volume 67, Number 6, p. 626-631