

CUIDADOS COM A PELE DO PACIENTE NEUROLÓGICO

Taciana Dal’Forno¹
Melissa Blom²
Dóris Baratz Menegon³

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é o maior órgão do nosso corpo, formando uma barreira de proteção do nosso organismo. Ela separa o interior do nosso corpo do meio externo, sendo indispensável à vida.

A pele é formada por 3 camadas de tecidos: a superior (epiderme), a intermediária (derme) e a profunda (hipoderme ou tecido celular subcutâneo). A *epiderme* é composta por células em camadas e sua espessura varia de 0,4mm nas pálpebras até 1,6mm nas palmas das mãos e plantas dos pés. A *derme* é mais espessa, com denso tecido fibroso rico em colágeno, na qual situam-se os vasos, nervos e os anexos cutâneos. A *hipoderme* compõe-se basicamente de gordura.

Os *anexos cutâneos* compreendem as glândulas sudoríparas (produtoras de suor), as glândulas sebáceas (produtoras de sebum), os pêlos (incluindo os cabelos) e as unhas.

A pele possui funções diversas: estética, protetora, reguladora da temperatura corpórea, sensitiva (percepção de calor, frio, dor e tato) e secretora.

Quando a pele está íntegra, isto é, sem feridas ou arranhões, ela protege o nosso organismo contra a entrada de germes e evita a perda excessiva de água pelo corpo.

As células da pele produzem uma secreção natural chamada *sebum* que promove a adequada hidratação da pele. Essa lubrificação natural, produzida constantemente através do suor e das glândulas sebáceas, protege a pele de ressecamentos, irritações, envelhecimento precoce e infecções.

Os cuidados com a pele são muito importantes na manutenção da saúde e bem-estar do ser humano.

COMO AS DOENÇAS NEUROLÓGICAS AFETAM A PELE

O sistema nervoso encontra-se intimamente relacionado com a pele. São comandos neurológicos que fazem as glândulas da pele produzirem secreção como, por exemplo, o suor. Na pele encontram-se diversas minúsculas estruturas nervosas chamadas de receptores, que, como antenas, captam sensações diferentes de temperatura, pressão, vibração e dor e enviam essas informações através dos nervos

¹ Dermatologista, especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Doutoranda em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, Serviço de Dermatologia e coordenadora do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

para o sistema nervoso central. Essas sensações, inclusive a dor, servem de alerta e aviso para o nosso cérebro perceber o que está acontecendo ao nosso redor.

Quando há lesão de um nervo destinado para certa parte do corpo ou **lesão** da medula, pode haver perda de sensações nessa região. Sem a função estimulante que a inervação exerce na pele (função trófica), a pele pode ter atrofia, perda de pêlos e feridas.

Um paciente que está imóvel, por paralisias₂ ou inconsciente₂, pode ter feridas na pele, as chamadas úlceras de pressão (escaras). Essas lesões ocorrem mais em locais em que a pele fica muito tempo pressionada entre a cama ou cadeira e uma saliência óssea do esqueleto.

COMO PREVINIR E RECONHECER COMPLICAÇÕES NA PELE DE PACIENTES NEUROLÓGICOS

Cuidados com a higiene da pele

Para realizar uma higiene da pele adequada, devemos atentar aos cuidados essenciais para deixá-la limpa, mas ao mesmo tempo sem afetar a sua integridade.

Manter o paciente limpo, livre das impurezas, secreções, excreções e odores, proporciona conforto e contribui para a manutenção da integridade da pele, servindo como defesa contra as infecções.

A água quente é um dos principais fatores que prejudica a integridade da pele. Ela remove a gordura natural da pele, deixando-a mais ressecada. Além da água quente, o uso excessivo de buchas, sabonetes, detergentes e loções com álcool também não são indicados por promoverem o ressecamento da pele.

A higiene da pele deve ser realizada através de banhos com água morna e sabonetes neutros, sendo que as partes que mais necessitam de sabonete são as dobras, pregas, genitais e locais onde há secreção ou infecção. A manutenção da pele limpa e seca após cada micção ou evacuação também é importante na prevenção de assaduras, intertrigos e úlceras de decúbito, principalmente nos pacientes com incontinência urinária e/ou fecal.

Em pacientes idosos ou nos que possuem pele seca, não há necessidade de banho completo todos os dias, sendo aconselhável a lavagem diária das mãos, axilas e região genital, tomando o cuidado de retirar totalmente o sabonete.

Após o banho, deve-se enxugar a pele com movimentos suaves, sem friccionar, utilizando uma toalha ou pano macio. A higiene deverá ser completada com a utilização de hidratantes.

Cuidados com a cama do paciente

Cuidados também devem ser observados em relação à cama do paciente para a manutenção da pele íntegra. Entre eles podemos citar:

- manter a cama limpa e seca;

- manter lençóis bem esticados, porque as pregas do lençol podem machucar a pele;
- não usar lençóis ásperos ou engomados;
- arejar a cama pelo menos duas vezes ao dia, mesmo após a troca dos lençóis;
- não aquecer demasiadamente o paciente, evitando a sudorese;
- não esquecer objetos sobre a cama (pinças, agulhas, termômetros, alfinetes de segurança);
- retirar migalhas de alimentos espalhadas pela cama após cada alimentação;
- evitar uso de lençóis térmicos; e
- não compartilhar a roupa de cama.

Cuidados com a hidratação da pele

A pele ressecada pode ter sua função comprometida, ganha aspecto opaco, áspero, sem elasticidade e com tendência à descamação. Fica mais frágil, sujeita a irritações e a perda da integridade, com ruptura facilitada.

Vários fatores são responsáveis pelo ressecamento ou desidratação da pele tais como:

- fatores climáticos: sol, vento, frio intenso e ar seco;
- substâncias químicas que eliminam a gordura natural da pele: sabões, detergentes, soluções alcoólicas;
- diminuição da ingestão líquida; e
- o próprio envelhecimento, por diminuir o teor de água da pele.

É importante beber bastante líquidos e utilizar hidratantes em todo o corpo logo após o banho para manter a pele hidratada.

No inverno, há diminuição da transpiração e uma menor umidade do ar, levando a uma menor hidratação natural da pele. Além disso, nessa época, é comum se tomar banhos mais quentes e prolongados, que retiram a oleosidade natural de forma mais intensa. Por isso, os cuidados com a hidratação da pele devem ser redobrados durante o inverno.

Deve-se sempre aplicar hidratante nas proeminências ósseas dos pacientes acamados, sem massagear.

Cuidados com as pregas da pele

As pregas ou dobras de pele (virilha, axilas, entre os dedos, região entre os glúteos, região abaixo das mamas) são locais onde há um maior acúmulo de suor e secreções. Consequentemente, tendem a permanecer quentes e úmidos, favorecendo o surgimento de assaduras, escoriações, alergias e infecções por bactérias ou fungos.

Intertrigo é um nome genérico para a dermatose inflamatória que envolve as pregas cutâneas, ocorrendo principalmente na região embaixo das mamas e na região genital. O intertrigo é muito comum em pacientes com seqüelas neurológicas, principalmente os acamados.

As dobras e pregas cutâneas são locais que requerem o uso diário de sabonetes. Deve-se secá-las muito bem após o banho com toalha ou pano macio e deixá-las expostas ao ar por alguns momentos para que não fiquem úmidos. Outra opção é o uso de secadores de cabelo para a secagem completa da pele, tomando o cuidado de não usá-los na temperatura elevada ou muito próximo a pele para não causar queimaduras.

O talco pode ser usado para diminuir o contato do suor com a pele, pois tem a propriedade de absorver o suor, diminuindo o risco de afecções. Alguns talcos possuem propriedades antifúngicas e/ou antibacterianas, diminuindo o risco de infecções. Porém, só devem ser prescritos por um dermatologista em casos selecionados.

É recomendado evitar o uso de talcos e hidratantes em excesso. O talco, além de poder causar alergias, tem risco de ser aspirado e causar complicações pulmonares nos pacientes. Em caso de suspeita de alergias ou infecção, o médico deve ser consultado.

Cuidados com as mucosas

A mucosa é um tipo de revestimento encontrado internamente nas cavidades do corpo que entram em contato com o meio externo. Ao contrário da pele, deve permanecer constantemente úmida para se manter saudável.

- **Mucosa oral** – idealmente, a higiene oral deve ser realizada após cada refeição, ou pelo menos duas vezes ao dia através da escovação dental, uso de fio dental e antissépticos bucais para prevenir o surgimento de doenças orais. Em pacientes com a motricidade comprometida, a higiene oral deve ser realizada por outra pessoa. Para maiores orientações, leia o capítulo sobre cuidados com a boca. Por ser um ambiente naturalmente úmido, os lábios, a língua e as gengivas devem ser lubrificadas várias vezes ao dia, com o uso de lubrificantes específicos, principalmente quando o paciente respira muito pela boca. A manutenção da mucosa seca pode provocar lesões com posterior surgimento de infecções. Uma das doenças mais comuns que afeta a mucosa oral é a candidíase (também chamada “sapinho” ou monília). É uma infecção fúngica que aparece sob a forma de placas brancas ou avermelhadas na mucosa, associada ou não a ardência. Também pode se manifestar por erosões e fissuras nos cantos dos lábios, sendo então chamada de queilite angular. Pode ser prevenida com higiene oral adequada e bom ajuste na prótese. O tratamento é feito com uso de soluções ou géis orais de nistatina, miconazol ou outros antifúngicos, prescritos pelo médico. O uso de antibióticos, o estresse e a queda da imunidade (das defesas do corpo) por qualquer outro fator ou doença, favorece o surgimento dessa infecção.

- **Mucosa vaginal** – externamente, a higiene deve ser realizada com uso de sabonete neutro ou sabonetes específicos contendo ácido láctico. Duchas vaginais são contraindicadas, pois retiram a flora normal da vagina e predispõe à infecções. Em caso de surgimento de secreções de coloração branca, amarela ou esverdeada, odor fétido ou coceira, um ginecologista deverá ser consultado.
- **Genitália masculina** – a glândula (cabeça do pênis) secreta uma substância gordurosa chamada esmegma que atua na manutenção da umidade da mucosa no local. Essa secreção tende a se acumular entre a glândula e o prepúcio (a pele que cobre a glândula) podendo causar infecções, se não for realizada uma higiene correta. A higiene da glândula e do prepúcio deve ser realizada com uso de sabonetes neutros ao menos uma vez ao dia, tomando-se o cuidado de tracionar o prepúcio para trás cuidadosamente e limpar embaixo dele. Após a limpeza, deve-se secar cuidadosamente a glândula e o prepúcio, sem esfregar. Se surgirem lesões, ulcerações ou drenagem de secreção pela uretra (canal por onde sai a urina), procure um médico, preferencialmente um urologista ou um dermatologista.

Prevenindo alergias

A alergia é uma reação do organismo a uma substância que já entrou em contato e foi sensibilizado. Ou seja, a alergia só se desenvolve com substâncias em que já houve contato prévio.

A alergia na pele se manifesta principalmente através de vermelhidão e coceira após o contato com a substância causadora. Geralmente há o surgimento de pequenas bolhas (vesículas) e após ocorre descamação.

Para a prevenção de alergias deve-se evitar o máximo possível de contato com substâncias diversas. Muitas vezes, cremes que são receitados por terceiros, sem orientação médica, levam ao surgimento de alergias ou à sensibilização do paciente.

O tratamento das alergias cutâneas geralmente é feito com cremes a base de corticóides, mas o médico sempre deve ser consultado para o correto diagnóstico. Cremes a base de corticóides devem ser utilizados por curtos períodos (poucos dias), pois causam efeitos-colaterais irreversíveis quando utilizados à longo prazo (afinamento da pele, aumento de pêlos, aumento de vasos e estrias).

Prevenindo infecções

Infecção é um processo inflamatório no qual está presente um agente, podendo ser vírus, bactérias, fungos, parasitas, etc. Infecções podem causar dor, vermelhidão, inchaço, formação de secreção e até febre. Essas infecções podem levar a complicações futuras, necessidade de cirurgia ou até a morte, se não tratadas corretamente.

Para prevenir o surgimento de infecções da pele, sempre se deve prestar atenção especial à higiene e hidratação, bem como manter sua integridade. Quando há

perda da integridade, isto é, quando há formação de assaduras, rachaduras, queimaduras ou feridas, há um risco maior de infecção, pois a pele aberta pode permitir a entrada de germes e/ou sujeira.

Deve-se tomar um cuidado especial com os pacientes que apresentam perda de urina e fezes, pois a umidade e a grande presença de microorganismos no aparelho genital contribuem para o surgimento de assaduras, feridas e para o desenvolvimento de infecção.

A primeira medida a ser tomada caso haja o aparecimento de um ferimento na pele, ou na suspeita de uma infecção, é lavar o local com água morna. O cuidador deve usar luvas para a limpeza de ferimentos e úlceras de pressão, limpar as áreas mais contaminadas por último (como a região ao redor do ânus) e lavar as mãos antes e depois de manusear o paciente. Utilizar curativos estéreis no contato direto com a ferida e compressas limpas para o tratamento das feridas.

Ao suspeitar do aparecimento de uma infecção, deve-se entrar em contato com o médico imediatamente. Deve-se agir rápido, antes que uma pequena irritação possa se tornar um problema mais sério, como uma erisipela.

A melhor maneira de tratar uma infecção é preveni-la. Portanto, lembre-se:

- mantenha a integridade da pele, através de higiene e hidratação adequadas;
- limpe o paciente sempre após a micção ou evacuação;
- lave as mãos antes e depois de manusear o paciente;
- use luvas para a limpeza de ferimentos e depois descarte-as;
- limpe os locais mais contaminados por último;
- use curativos esterilizados no contato direto com a ferida, a cobertura externa pode ser com compressas limpas; e
- sempre procure auxílio médico ao suspeitar de uma infecção, pois somente ele poderá prescrever o tratamento correto.

Prevenindo as assaduras

Em pacientes acamados por problemas neurológicos, é muito comum o desenvolvimento de assaduras (dermatite). Tais assaduras localizam-se principalmente na região genital e desenvolvem-se por vários fatores, dentre eles, podemos citar:

- **umidade:** a água contida no suor provoca danos à camada superior da pele, deixando-a mais suscetível a lesões pela fricção dos lençóis ou fraldas e por irritantes locais, como anti-sépticos e talcos.
- **oclusão:** apenas a oclusão prolongada da pele com material úmido já pode provocar vermelhidão e dermatite, como acontece, por exemplo, com o uso prolongado de fraldas.
- **fricção:** a fricção dos lençóis ou fraldas sobre a pele também colabora para o surgimento de assaduras, provocando dermatites nas áreas da pele onde há o contato direto, como a região superior das coxas, a superfície convexa da genitália e as nádegas.

- **urina e fezes:** está bem estabelecido que nas fezes existem inúmeras enzimas que são irritantes à pele, portanto, o tempo de contato das fezes com a pele deve ser sempre o menor possível. A urina, quando em contato prolongado com a pele, provoca dano maior à camada superior da pele do que a água isoladamente. As bactérias das fezes em contato com a urina podem provocar modificações no pH da urina, levando à irritação da pele.
- **micro-organismos:** o microorganismo mais comumente encontrado em assaduras é um fungo chamado *Candida albicans*, que provoca a candidíase. Este fungo cresce em meios úmidos e quentes, condições próprias da área dos genitais. Também se prolifera após uso de antibióticos. A candidíase pode ser uma consequência das assaduras, pois o fungo tende a se estabelecer nas regiões de pele lesadas. Eventualmente, a dermatite provocada pelos fatores acima, pode ser infectada com bactérias, levando ao agravamento das lesões, surgimento de secreção amarelada, muitas vezes fétida e, em casos mais graves, febre. Na suspeita de infecção, o médico sempre deve ser consultado.

Para evitar o surgimento de assaduras em pacientes com incontinência urinária e fecal deve-se proceder as seguintes recomendações:

- uso de coletor externo de urina (camisinha ligada a uma bolsa coletora) para os homens e absorventes ou fraldas descartáveis para as mulheres;
- retirar coletor externo de urina diariamente para a higiene do pênis com água e sabão neutro, bem como do coletor;
- trocar o absorvente ou fralda sempre que estiverem molhados e após cada eliminação de fezes;
- utilizar sempre barreira protetora de pele nas áreas de maior risco, tais com creme com óxido de zinco ou película líquida siliconada;
- secar sempre o paciente após cada higiene ou troca de fraldas;
- consultar o médico em caso de suspeita de infecção.

Prevenindo as úlceras de pressão

A úlcera de pressão, também chamada úlcera de decúbito ou escara, é uma ferida ocasionada por pressão constante de uma área do corpo sobre a superfície do colchão, cadeira ou outros. Há diminuição do sangue que chega no local, prejudicando a nutrição e oxigenação da área e levando à necrose, que é a morte dos tecidos. As consequências dessas lesões de pele induzidas por pressão variam desde um aparecimento de uma área avermelhada na pele íntegra até úlceras profundas que atingem o osso.

É uma das afecções comuns em pacientes acamados e ou com nível de consciência alterado. As áreas em que as úlceras de decúbito aparecem com maior frequência são: sacral (logo acima das nádegas), calcanhares, cotovelos e escapular, quando os pacientes permanecem de costas. Se o paciente fica deitado de lado, as áreas que sofrem maior pressão são as laterais do quadril, os maléolos (saliência óssea nas laterais dos tornozelos), o ombro e a orelha. O sacro e o calcâneo são as regiões

mais frequentes onde há o desenvolvimento de úlceras de pressão, pois estão sujeitos a maior pressão e fricção.

As úlceras de decúbito apresentam 4 estágios:

- **Estágio 1** – área avermelhada – nessa primeira fase aparece vermelhidão na pele no local de pressão. Também pode haver alteração na temperatura (calor ou frio), consistência da pele ou sensibilidade (aumento ou diminuição na sensação de dor);
- **Estágio 2** – rompimento da pele – a pele se rompe superficialmente e apresenta-se uma bolha ou erosão (ferida “rasa”);
- **Estágio 3** – exposição do subcutâneo – perda total da pele até a visualização dos tecidos abaixo dela, como a gordura. Forma-se uma ferida profunda com ou sem alteração do tecido ao redor; e
- **Estágio 4** – escara – perda total da pele com extensa destruição, necrose tecidual (fica escuro, marrom ou preto) exposição ou dano muscular, ósseo ou de outras estruturas.

Fatores que favorecem formação de úlceras de decúbito:

- **pressão** – maior nas saliências ósseas, a pressão é maior quando se usa colchões normais. É muito importante o uso de colchões piramidais, por diminuírem a pressão nesses locais. Como o músculo e tecido adiposo (gordura) são mais suscetíveis à pressão que a pele, a úlcera pode progredir do estágio 1 diretamente para o estágio 4;
- **inclinação** – ocorre quando o paciente está deitado em posição inclinada e tende a escorregar. Na presença de pressão, desenvolve úlceras mais rapidamente;
- **fricção** – quando o paciente é “arrastado” sobre uma superfície. Afeta a camada superficial da pele, causando erosão;
- **humidade** – pela transpiração, fezes ou urina deixa a pele macerada e predispõe a formação de úlceras;
- **imobilidade** – fator mais importante na formação de úlceras de decúbito; e
- **outros** – idade avançada, pessoas de pele clara, homens, pele seca, perda de sensibilidade e lucidez, incontinência fecal, pacientes emagrecidos, portadores de diabetes e de doenças cardiovasculares.

Para a prevenção das úlceras de pressão, os seguintes passos devem ser seguidos:

- **Inspeção diária da pele:** deve-se aproveitar todos os momentos em que se faz a higiene (banho ou troca de fraldas), mudança de posição, troca de roupa de cama, para verificar se há sinais de pressão na pele que corresponda a um vermelhidão ou ferida. Se for detectada alguma alteração

na pele, deve-se evitar retornar à posição anterior para prevenir o aparecimento ou progressão da úlcera de decúbito.

- **Alívio da pressão:** as pessoas confinadas ao leito ou imobilizadas precisam ser mudadas de posição com frequência para evitar a pressão constante no mesmo local.

Alisar o lençol a cada mudança de posição para evitar que as rugas e dobras agriçam a pele. Deve-se explicar a importância da mudança de posição, mesmo quando os pacientes relutam em fazê-la.

- Em pacientes acamados, mudar posição a cada 2 horas (primeiro de costas, lado direito, lado esquerdo). Sugere-se a colocação de uma tabela junto à cama com a posição para cada horário;
- Pacientes limitados à cadeira de rodas apresentam grande pressão sobre a porção inferior das nádegas e devem ser reposicionados a cada hora, com almofadas ou coxins de gel ou espuma sem furo no meio. As almofadas com furo central exercem uma pressão inadequada nesta área causando diminuição da oxigenação local;
- Pacientes lúcidos e com a força e movimentação dos braços preservada devem ser encorajados e condicionados a mudar de posição regularmente;
- Posicionar o paciente em ângulo de 30 graus quando deitado para evitar pressão sobre o quadril e região inferior das nádegas;
- Colocar travesseiros, almofadas ou calços de espuma embaixo dos tornozelos e entre os joelhos para evitar pressão nesses pontos;
- Os calcanhares precisam de atenção especial: colocar travesseiro abaixo dos joelhos e das pernas ou utilizar botas de espuma protetoras de calcanhar;
- Limitar a elevação da cabeça para evitar que o paciente escarregue no leito, pressionando a pele sobre o lençol. Usar colchões de ar, que alternam a pressão, através de um pequeno motor pois distribuem melhor o peso ou colchões piramidais, colchões feitos de gel, espuma ou água;
- Não massagear as proeminências ósseas.

Tratamento das úlceras de pressão

Sempre deve ter acompanhamento médico ou de enfermeira especializada. Os seguintes cuidados devem ser tomados:

- intensificar as medidas de prevenção em todos os pacientes com úlcera de pressão;
- os pacientes devem ser posicionados de forma a diminuir ou evitar pressão no ferimento;
- providenciar alívio da dor;
- adequar a nutrição, com maior ingestão de calorias e proteínas;

- limpar a ferida com soro fisiológico morno e em jato (colocar o soro em uma seringa para formar um jato com boa pressão);
- não utilizar agentes anti-sépticos como: iodo, povidine, iodofor, água oxigenada, vinagre, açúcares, solução de Thiersch, clorohexidine. Essas substâncias ressecam a lesão e dificultam a cicatrização;
- não utilizar alimentos nas feridas (açúcares, mamão), porque atraem formigas e outros insetos e necessitam de trocas de curativos a cada 4 horas;
- o banho de luz resseca a úlcera prejudicando a cicatrização, o meio úmido sempre é melhor, por isto manter a ferida sempre coberta;
- outras tecnologias podem ser úteis e devem ser prescritas à critério médico. São utilizadas em casos com complicações, como a osteomielite, ou para estimular o tecido de granulação para reconstrução. Dentre elas, destaca-se: oxigenioterapia hiperbárica, laser, pressão negativa e estimulação elétrica.

O tratamento da úlcera de pressão é definido conforme a sua gravidade ou conforme o seu estágio (descrito acima):

Estágio 1 – As intervenções acima geralmente são suficientes e devem ser intensificadas a para prevenir um dano maior . Nesse estágio, podem ser usados os filmes adesivos semipermeáveis ou o hidrocolóide em placa, que formam uma camada protetora sobre a pele. Também podem ser utilizados creme protetor com óxido de zinco, vitamina A e D com cobertura de gaze no local avermelhado.

Estágio 2 – As úlceras devem ser limpas com soro fisiológico morno em jatos e tratadas com o uso de um curativo oclusivo ou semipermeável para manter um ambiente úmido na ferida e seco na pele ao redor. Alguns exemplos de curativos são o hidrocolóide extrafino, hidrogel ou óxido de zinco com gaze não aderente.

Se for utilizada a gaze simples para fazer o curativo, deve-se umidificá-la com soro fisiológico ou com a substância utilizada e cobri-la com uma gaze seca. A gaze seca não deve ser colocada diretamente sobre a ferida, pois pode provocar trauma nos tecidos durante a troca.

A frequência da limpeza da ferida e a frequência da troca de curativos dependem do tipo de curativo e do produto escolhido. Devem ser realizadas conforme as especificações de cada produto.

Estágios 3 e 4 – Nos pacientes com úlceras de pressão nesses estágios ou com múltiplas úlceras, está especialmente recomendado o uso de colchões de ar de alternância de pressão. Além da limpeza com soro fisiológico, pode-se utilizar outras substâncias para auxiliar na retirada de tecido morto, dependendo da profundidade da úlcera, presença de exsudato (secreção corpórea que sai pela úlcera), infecção ou tecido desvitalizado.

- Pouco ou moderado exsudato, sem infecção: realizar curativos com hidrogel, gaze não aderente e filme transparente para manter a umidade.

- Muito exsudato, sem infecção: preencher a cavidade da úlcera com gaze. Como alternativas de curativos absorventes encontramos hidropolímeros, espumas e alginato de cálcio.

Na presença de tecido desvitalizado ou morto, deve-se realizar o desbridamento da lesão que é a remoção dos tecidos mortos que impedem a cicatrização adequada da úlcera. O desbridamento deve cessar após a remoção do tecido necrótico e quando há presença de granulação. Úlceras no calcanhar com escaras secas e pretas, sem sinais de infecção, não devem ser desbridadas.

O desbridamento deve ser realizado e acompanhado por profissional médico ou enfermeiro especializado, pode ser feito a beira do leito, quando não atinge tecidos profundos ou com o uso de enzimas, papaína e colagenase, que promovem a retirada do tecido desvitalizado.

Tratamento de infecções em úlceras de pressão

O tratamento de infecções em úlceras de pressão deve sempre ser realizado conforme avaliação médica. Inclui desde o debridamento local e uso de curativos apropriados para úlceras infectadas e até o uso de antibióticos sistêmicos. Em infecções superficiais, há calor, vermelhidão, dor, secreção purulenta e mau cheiro em úlcera que não melhora. Na infecção profunda, pode haver também febre e mal-estar.

Na presença de infecção superficial, a limpeza da úlcera e a troca de curativos devem ser realizadas com maior frequência e o desbridamento cirúrgico poderá ser necessário. O uso de curativos a base de prata podem ser úteis nas feridas infectadas ou naquelas que não apresentam melhora. Os antibióticos tópicos devem ser utilizados com cautela e à critério médico, pois podem levar à resistência bacteriana.

Na presença de infecção profunda ou grave (como celulite, osteomielite e sepse), além do desbridamento cirúrgico, há a necessidade do uso de antibióticos por via oral, muscular ou até mesmo endovenosa, que devem ser prescritos pelo médico.

Tratamento cirúrgico das úlceras de pressão

O tratamento cirúrgico das úlceras de decúbito deve ser considerado naqueles pacientes com úlceras estágios 3 ou 4, que apresentam boas condições clínicas, com baixo risco de recorrência da úlcera e que têm a possibilidade de uma melhora importante na qualidade de vida com a melhora rápida da úlcera de pressão.

Os procedimentos cirúrgicos para reparar as úlceras de decúbito incluem um ou mais dos seguintes: fechamento direto, enxerto de pele parcial ou total, retalho miocutâneo, e outros. Não há um consenso sobre quais pacientes devem ser submetidos à cirurgia, então essa possibilidade deve ser avaliada e discutida com o médico.