



EUROPEAN  
PRESSURE  
ULCER  
ADVISORY  
PANEL

# *Directrizes de nutrição na prevenção e tratamento de úlceras de pressão*

## **MISSÃO**

---

O objectivo do European Pressure Ulcer Advisory Panel é proporcionar alívio às pessoas que têm ou estão em risco de desenvolverem úlceras de pressão, particularmente através da investigação e educação do público.

Registered Charity No: 1066856

## **Pertinência clínica destas directrizes**

As úlceras de pressão resultam de uma complexa interacção entre inúmeros factores de risco externos e internos – força mecânica excessiva, imobilidade, incontinência, idade avançada, entre outros. As consequências da imobilidade são frequentemente vistas como o principal factor que predispõe ao inicio do desenvolvimento das úlceras de pressão, mas é também sabido que existe uma relação causal entre a nutrição e o desenvolvimento das úlceras de pressão. A base científica para esta conclusão é pouco clara, sem que hajam estudos consistentes que relacionem uma nutrição inadequada com um aumento da incidência de úlceras de pressão. Contudo, é possível que uma nutrição inadequada possa influenciar a vulnerabilidade dos tecidos aos factores externos, como a pressão. É importante referir que apenas alguns factores de risco podem ser influenciados pelas nossas acções – sendo a carga tecidular e a nutrição dois factores chave sobre os quais podemos actuar. A importância da desnutrição no desenvolvimento das úlceras de pressão e seu tratamento é brevemente referenciada dentro das directrizes da EPUAP existentes; por exemplo:

- “uma avaliação de todos os riscos do paciente, a incluir: condição geral da pele, avaliação de pele, mobilidade, humidade e incontinência, nutrição e dor”
- “Após avaliação, os indivíduos nutricionalmente comprometidos devem ter um plano de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às necessidades individuais e que seja consistente com os objectivos gerais da terapia”
- “Assegurar a ingestão de uma dieta adequada que previna a desnutrição, desde que seja compatível com as expectativas individuais ou condição do indivíduo”

O objectivo destas directrizes é tornar mais abrangente as referências à desnutrição existentes nas directrizes da EPUAP e proporcionar aos profissionais de saúde orientações específicas no rastreio e avaliação, e após avaliação, uma intervenção apropriada. Entende-se que as directrizes são apropriadas para todos os ambientes de cuidados apesar de se reconhecer que o acesso a instrumentos específicos, como a escalas de peso e a profissionais como os dietistas possa ser limitado em alguns contextos. A EPUAP reconhece que existem outras directrizes sobre nutrição (por exemplo, Obesity in Scotland, Integrating Prevention with Weight Management, SIGN Guideline no 8; 1996) e que as orientações específicas da EPUAP sobre nutrição e feridas devem ser consideradas dentro do contexto das directrizes habituais de prevenção e tratamento da desnutrição.

As recomendações sugeridas nestas directrizes foram classificadas de acordo com os seguintes sistemas;

***Demonstração da fonte que sustenta a recomendação.***

- I Evidência de estudos sistemáticos ou meta-análises de ensaios clínicos aleatórios ou pelo menos um estudo controlado aleatório.
- II Evidência de pelo menos um estudo controlado não aleatório ou pelo menos um outro tipo de estudo quasi-experimental.
- III Evidência de estudos descritivos não experimentais, como estudos comparativos, de correlação e de casos-controlo.
- IV Evidência de relatórios de uma comissão de peritos e/ou experiências clínicas de autoridades credenciadas.

#### ***Classificação das Recomendações:***

- A Baseada directamente na evidencia de categoria I
- B Baseada directamente na evidência de categoria II ou recomendação extrapolada da evidencia da categoria I
- C Baseada directamente na evidência de categoria III ou recomendação extrapolada da evidência de categoria I ou II
- D Baseada directamente na evidência de categoria IV ou recomendação extrapolada da evidência de categoria I, II ou III

Ambos os sistemas de classificação foram adaptados de Eccles M, Mason J (2001). How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5:8

#### **Estrutura das directrizes**

As recomendações destas directrizes são consideradas aplicáveis não apenas para a prevenção como para o tratamento das úlceras de pressão. Quando as orientações se reportarem expressamente ao tratamento das úlceras de pressão, será realçado no próprio texto. Deve também ser tido em conta que a EPUAP considera que todas as recomendações são igualmente válidas independentemente do grau de evidência onde foram baseadas. Nas seguintes recomendações onde a fonte e o nível de evidência não estejam explícitos, a recomendação deve ser considerada de nível IV, recomendação D.

#### ***Rastreio e avaliação do estado nutricional***

O rastreio e a avaliação do estado nutricional de um indivíduo podem ser realizados utilizando um número de medidas que variam de instrumentos como a Avaliação Global Subjectiva (Detsky et al 1987) até medições relativamente simples da altura e peso (em conjugação com o Índice de Massa Corporal). Contudo, algumas medidas (altura, testes laboratoriais, espessura da prega cutânea) podem não estar prontamente disponíveis em todos os ambientes de cuidados. A perda de peso involuntária (>10% do peso normal nos últimos 6 meses, ou > 5% no último mês ) pode fornecer a indicação de desnutrição, embora se possível as razões desta perda involuntária de peso devam ser exploradas em cada caso individual.

A medição precisa do peso e altura corporal, em conjugação com o Índice de Massa Corporal, pode ser problemática em muitos ambientes devido à falta de equipamento disponível ou pelo desafio que colocam na avaliação do comprimento do corpo em certos grupos de pacientes. As medições do IMC têm sido consideradas como sendo pouco válidas em alguns grupos de pacientes, como nas crianças e nos mais idosos, devido à alteração/diferença na razão da sua massa corporal gorda/magra.

O registo do peso do paciente deve seguir um protocolo específico, onde o indivíduo é idealmente pesado à mesma hora do dia utilizando a mesma escala com um intervalo de peso apropriado (até 350 Kg). Antes de se pesar, o indivíduo deve despir-se e descalçar-se. Se possível, o registo de todas as medições de peso deve ser efectuado pelo mesmo indivíduo. Para além do peso, o diâmetro abdominal é um marcador fiável da massa adiposa intra-abdominal. A medição do diâmetro abdominal deve ler lugar numa localização específica, a meio da crista íliaca superior e da grelha costal, na linha média axilar.

A avaliação nutricional pode também incluir a ingestão nutricional do último dia, últimos 3 ou 7 dias; esta informação deve ser reunida utilizando um registo das 24 horas, mediante registo dos alimentos ingeridos feito pelo próprio ou pelo cuidador informal ou envolvendo um dietista, quando disponível. É importante perceber porque é que a ingestão de alimentos e fluidos está no nível reportado.

Medições bioquímicas como a albumina sérica, a hemoglobina e o potássio podem ser vantajosas tendo em consideração o estado nutricional do doente, embora estes indicadores forneçam mais informação na população crónica, sendo menos válidos numa depleção aguda de nutrientes específicos. No geral é pouco provável que as medições bioquímicas providenciem mais informação do que outros indicadores, como a perda involuntária de peso, embora alguns estudos citem uma associação entre a albumina e as úlceras de pressão.

A utilização do rastreio nutricional ou de instrumentos de avaliação parece estar a prevalecer no tratamento de pacientes em risco ou com úlceras de pressão. Estes instrumentos necessitam de ser válidos e fidedignos. À semelhança da generalidade dos instrumentos de avaliação do risco não devem substituir a avaliação clínica. Contudo, a utilização de um instrumento de avaliação nutricional validado pode ajudar a chamar a atenção para a necessidade de considerar a nutrição quando se avalia a vulnerabilidade ao desenvolvimento das úlceras de pressão.

O estado nutricional deve ser re-avaliado periodicamente, seguindo um plano de avaliação individualizado que inclua a data de avaliação. A frequência da avaliação deve ser baseada nas condições do indivíduo e deve ocorrer na sequência de eventos específicos, como cirurgia e qualquer desenvolvimento de infecções ou outro processo catabólico, que possam alterar o estado nutricional do indivíduo.

Ao olhar para o paciente individualmente, a avaliação clínica realizada por profissionais de saúde treinados pode fornecer informações de fundo sobre o provável estado nutricional. Deve ser reconhecido que o excesso de peso pode ocultar deficiências nutricionais – por exemplo indivíduos com obesidade mórbida podem estar desnutridos.

### ***Intervenção nutricional***

Quando a avaliação ou rastreio do estado nutricional indica que a desnutrição pode estar presente, deve ser considerada uma intervenção nutricional. O objectivo primário da intervenção nutricional é geralmente corrigir a desnutrição proteico-energética, de preferência por via oral. Quando existem algumas limitações na ingestão normal de alimentos e líquidos, avaliar o ambiente local como a acessibilidade aos alimentos, questões funcionais e sociais bem como a textura da dieta. Alterações nestes aspectos podem encorajar ou facilitar a ingestão oral. O objectivo global deve ser o de considerar a qualidade e a densidade energética dos alimentos ingeridos, mais do que a quantidade. Considerar a quantidade de fluidos ingeridos é tão importante como a qualidade.

Onde não for possível promover uma alimentação normal, pode estar indicado o uso de suplementos orais ricos em proteínas e energia (Recomendação 1B; Benati et al 2001, Bourdel-Marchasson et al 2000, Breslow et al 1993, Chernoff et al 1990, Delmi et al 1990). O valor dos suplementos de vitaminas e oligoelementos não é totalmente claro (Recomendação 1B; Taylor et al 1974, ter Riet et al 1995).

Quando a alimentação normal e os suplementos orais falham na resolução da desnutrição aparente, devem então ser utilizadas outras vias (por exemplo alimentação por sonda), tendo em consideração os riscos associados a estas intervenções.

Embora a quantidade de suplemento necessária a um indivíduo varie, podem ser indicadas directrizes gerais quando um indivíduo requer pelo menos 30-35 Kcal por Kg de peso corporal, por dia, com 1 a 1,5g/Kg/dia de proteínas necessárias e 1ml por Kcal de ingestão de líquidos por dia.

Uma orientação específica sobre o dispêndio de energia, pode ser providenciada recorrendo a equações padronizadas, como as formulas Harris- Benedict ou Schofield, apesar de se recomendar que os conselhos respeitantes à sua utilização e interpretação devam ser proferidos por um dietista (quando disponível) ou por uma equipa multi-disciplinar.

O sucesso da intervenção nutricional deve ser revisto ao longo das avaliações periódicas nutricionais, e pode ser indicado pelos resultados atingidos, como aumento de peso ou melhoria da competência funcional e/ou pela melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde. Uma intervenção nutricional bem sucedida pode também ser marcada pela redução na incidência de novas úlceras de pressão e pela cicatrização das já existentes.

É necessária uma avaliação periódica dos efeitos das intervenções nutricionais, mas deve ser lembrado que quando os indivíduos estão desnutridos os efeitos da alimentação e/ou dos suplementos podem não ser imediatamente visíveis, provavelmente porque primeiro será necessário ocorrer um restabelecimento das reservas já esgotadas.

Quando os pacientes já têm úlceras de pressão, deve normalmente ser considerada uma estratégia similar à intervenção nutricional (alimentação normal, seguida de suplementos orais e finalmente alimentação por sonda), apesar dos requisitos poderem ser maiores. Há um número de observações sobre o papel das deficiências nutricionais na cicatrização das úlceras de pressão, que podem ser extraídas de estudos controlados – suplementos proteicos e calóricos, juntamente com o uso de arginina, vitaminas e de oligoelementos com efeito antioxidante, parecem ter um efeito positivo na cicatrização (Recomendação 1B; Benati et al 2001, Bourdel-Marchasson et al 2000, Breslow et al 1993, Chernoff et al 1990, Delmi et al 1990). A evidência do valor do suplemento de ácido ascórbico é equivocada (Recomendação 1B; Taylor et al 1974, ter Riet et al 1995) e a evidência do suplemento de zinco é fraca (Recomendação 1B; Norris 1971).

Pode ser necessário resolver problemas específicos, se o objectivo é melhorar a ingestão normal – por exemplo, controlo do odor da ferida, imagem corporal alterada, dor associada à úlcera de pressão e perda de auto-estima. Estes problemas podem reduzir a ingestão nutricional.

Quando os indivíduos têm úlceras de pressão graves (Grau 3 e 4) a equipa multidisciplinar deve ter em consideração o seu dispêndio de energia basal e prestar particular atenção ao aumento da perda de fluídos através das feridas.

As necessidades nutricionais de determinados grupos podem ser diferentes das sublinhadas nestas directrizes, por exemplo na lesão da espinal-medula.

A avaliação e intervenção nutricional devem obviamente ser conjugadas com todas as outras intervenções apropriadas, incluindo o controlo da pressão.

Estas directrizes não abordam diversos assuntos específicos – avaliação e intervenção nutricional em neonatologia e pediatria, o papel da nutrição parentérica e as necessidades específicas de determinados grupos de pacientes como os imuno-deprimidos, com neo-plasias, pacientes ortopédicos, pacientes traumatizados e cirúrgicos e queimados. Intervenções farmacêuticas como o uso de esteroides anabólicos também não foram incluídas.

Em todas as recomendações precedentes respeitantes à avaliação nutricional e utilização de suplementos nutricionais, todas as decisões devem ser tomadas tendo em conta a escolha do paciente e à luz dos objectivos globais do tratamento.

## **Educação**

Há um apelo dirigido a todos os profissionais (incluindo, mas não se limitando aos profissionais de saúde, pessoal auxiliar, cozinheiros e copeiros) para terem consciência da importância da nutrição e para compreenderem o seu papel na melhoria do estado nutricional dos pacientes. Esta educação vai desde a realização do rastreio e da avaliação nutricional, à preparação de refeições atractivas e apetitosas, até à entrega e apresentação das refeições, dependendo das necessidades individuais dos membros do staff. Há uma necessidade de estabelecer uma cultura nutricional no sistema de saúde, estimulando a apropriada disponibilidade e apresentação de refeições através duma continuidade dos cuidados nutricionais nos diferentes departamentos e serviços.

### **Sumário das recomendações**

A EPUAP recomenda que, no mínimo, a avaliação do estado nutricional deve incluir a pesagem periódica, avaliação da pele e o registo da ingestão de alimentos e líquidos. Procedimentos adicionais, incluindo medições antropométricas e testes laboratoriais podem igualmente ser realizados, apesar destes deverem ser vistos como técnicas mais avançadas de avaliação. A intervenção nutricional deve focar a melhoria da ingestão de alimentos e fluidos – tendo em consideração a qualidade do que é oferecido, em conjunto com a remoção de barreiras físicas ou sociais ao seu consumo. O suplemento nutricional deve ser considerado quando não fôr possível melhorar o consumo individual de alimentos e fluidos.

### ***Referências utilizadas no desenvolvimento destas directrizes***

- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Definition of terms used in ASPEN guidelines and standards. JPEN 1995; 19: 1–2.
- Benati G, Delvecchio S, Cilla D, and Pedone V. Impact on pressure ulcer healing of an arginine enriched nutritional solution in patients with severe cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr, 2001, 33 Suppl 1, 43–47.
- Bourdel-Marchasson I, Barateau M, Rondeau V, Dequae-Merchadou L, Salles-Montaudon N, Emeriau JP, Manciet G, and Dartigues JF. A multicenter trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients. GAGE Group. Groupe Aquitain Geriatrique d’Evaluation. Nutrition, 2000, 16(1), 1–5.
- Breslow RA, Hallfrisch J, Guy DG, Crawley B, and Goldberg AP. The importance of dietary protein in healing pressure ulcers. J Am Geriatr Soc, 1993, 41(4), 357–362.
- Chernoff RS, Milton KY, and Lipschitz DA. The effect of a very high protein liquid formula on decubitus ulcers healing in longterm tube-fed institutionalised patients. J Am Diet Assoc, 1990, 90, A–130.
- Delmi M, Rapin CH, Bengoa JM, Delmas PD, Vasey H, and Bonjour JP. Dietary supplementation in elderly patients with fractured neck of the femur. Lancet, 1990, 335(8696), 1013–1016.

Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, and Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *J. Parenter. Enteral Nutr.*, 1987, 11: 8–13

Gray-Donald K, Payette H, Boutier V. Randomized clinical trial of nutritional supplementation shows little effect on nutritional status among free-living frail elderly. *J Nutr* 1995; 125(12): 2965–71

Green CJ. Existence, causes and consequences of disease related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clinical Nutrition* 1999; 18(Supp 2): 3–28.

Keele AM, Bray MJ, Emery PW et al. Two phase randomized controlled clinical trial of postoperative oral dietary supplements in surgical patients. *Gut* 1997; 40: 393–399.

Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, and Behrens J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Lipschitz DA, Mitchell CO, Steele RW et al. Nutritional evaluation and supplementation of elderly subjects participating in a ‘meals on wheels’ program. *JPEN* 1985; 9: 343–7

Mathus-Vliegen EMH. Nutritional status, Nutrition and Pressure Ulcers. *Nutrition in Clinical Practice* 2001; 16:286-291.

Norris JR and Reynolds RE. The effect of oral zinc sulfate therapy on decubitus ulcers. *J Am Geriatr Soc*, 1971, 19, 793–797.

Robinson G, Goldstein M, and Levine GM. Impact of nutritional status on DRG length stay. *JPEN* 1987; 11: 49–52

Taylor TV, Rimmer S, Day B, Butcher J, and Dymock IW. Ascorbic acid supplementation in the treatment of pressuresores. *Lancet*, 1974, 2(7880), 544–546.

ter Riet G, Kessels AG, and Knipschild PG. Randomized clinical trial of ascorbic acid in the treatment of pressure ulcers. *J Clin Epidemiol*, 1995, 48(12), 1453–1460.

A EPUAP sugere que um sólido ponto de partida para um estudo mais aprofundado da ligação entre a desnutrição e as úlceras de pressão seria a publicação:

Mathus-Vliegen EMH. Nutritional status, Nutrition and Pressure Ulcers. *Nutrition in Clinical Practice* 2001; 16:286-291.

*Texto redigido por Michael Clark em representação do grupo das directrizes, 16 de Novembro de 2003.*