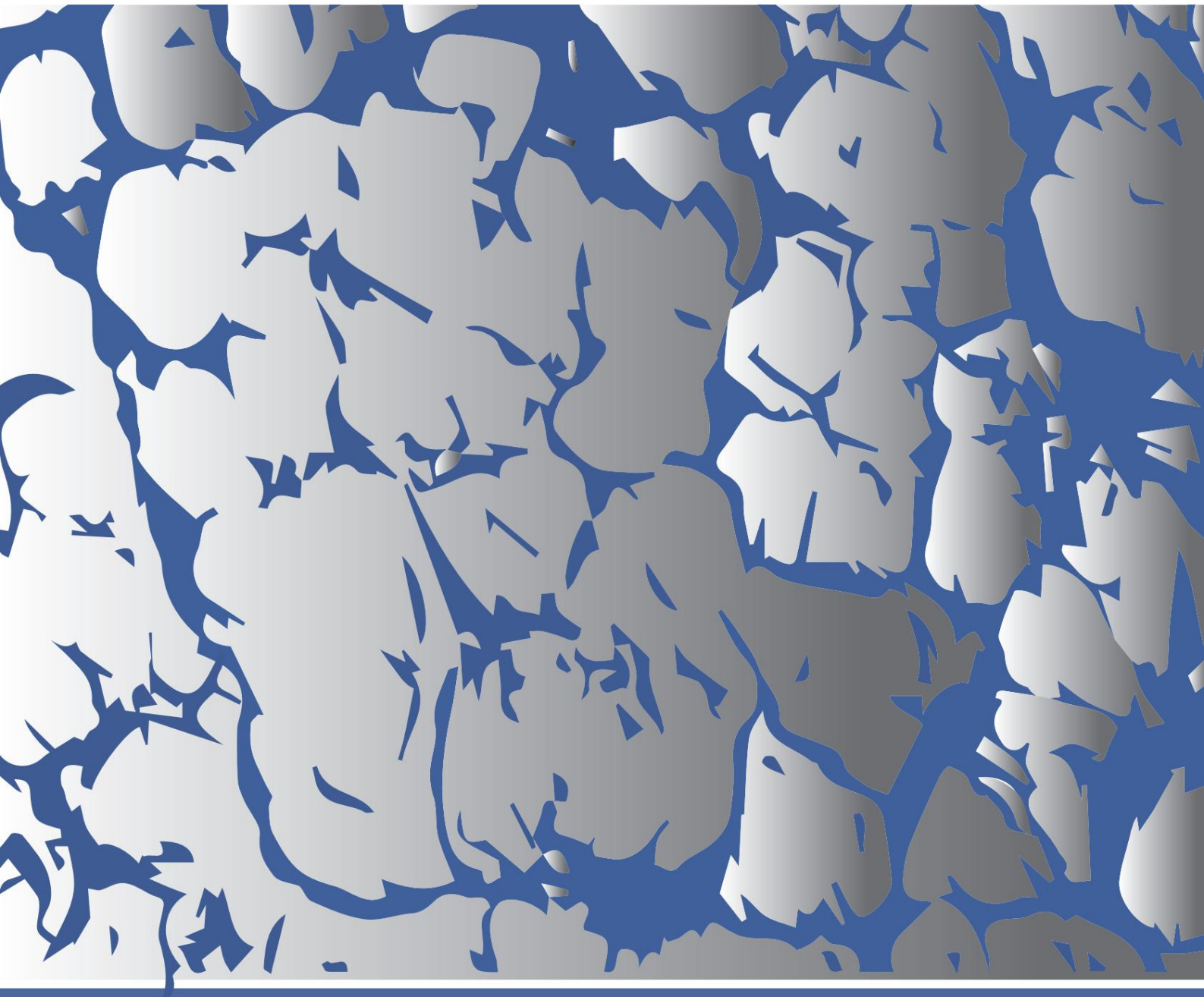
Machine Translated by Google

DOCUMENTO DE **CONSENSO**

TRATAMENTO DA HIPERQUERATOSE DO MEMBRO INFERIOR:

Recomendações de consenso



Wounds UK

Machine Translated by Google

PUBLICADO POR:
Feridas Reino Unido
1.01 Trabalhos de Carga
1–2 Hatfields
Londres SE1 9PG, Reino
Unido Tel: + 44 (0)20 7627 1510
Fax: +44 (0)20 7627 1570
www.wounds-uk.com

© **Wounds UK 2015**

Este documento foi desenvolvido pela Wounds UK e apoiado por

LR Medical UK Ltd

As opiniões expressas são dos autores e não refletem necessariamente as da Activa

Assistência médica

Como citar este documento: Manejo da hiperceratose do membro inferior: recomendações de consenso. Londres: Wounds UK, 2015 11(4). Suplemento. Disponível para download em: www.feridas-uk.com

Prefácio

Este documento é um guia prático para o manejo da hiperqueratose do membro inferior para todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes com hiperqueratose ou aqueles que estão em risco de desenvolver a doença, como enfermeiros especialistas, enfermeiros distritais, enfermeiros práticos, GPs e podólogos.

Oferece recomendações clínicas pragmáticas para todos os aspectos do cuidado e apresenta uma abordagem inovadora e escalonada para o manejo, abrangendo avaliação, tratamento e manejo de pacientes com hiperqueratose, prevenção de recorrência e medidas profiláticas para pacientes que podem estar em risco de desenvolver a doença. O documento também apresenta medidas de resultados que podem ser usadas para avaliar a eficácia das intervenções de prevenção e tratamento.

Atualmente, não existe uma estratégia padronizada ou diretriz nacional baseada em evidências para o manejo da hiperqueratose e a condição é mal representada geralmente na literatura médica. Este documento é, portanto, baseado nas melhores evidências disponíveis, apoiadas pela opinião de consenso de um grupo de trabalho especializado de líderes de opinião de uma ampla gama de disciplinas, incluindo linfedema, tratamento de feridas, diabetes, dermatologia e clínica geral.
O objetivo é aproveitar o sucesso da orientação de All Wales sobre hiperqueratose, que se baseou em grande parte na experiência de seu Tissue Viability Nurse Forum (AWTVNF, 2014).

Ao produzir recomendações de consenso, o grupo de trabalho de especialistas reconhece os muitos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde neste campo, como restrições de tempo que dificultam uma abordagem holística, falta de estratégias nacionais ou locais coesas para o manejo da hiperqueratose e experiência limitada com tecnologias mais novas e eficazes.

Com estas questões em mente, este documento procura melhorar a compreensão da hiperqueratose e equipar os profissionais de saúde com o conhecimento e as habilidades necessárias para reconhecer e tratar esta condição crônica de forma eficaz.

Caroline Dowsett, Presidente

GRUPO DE TRABALHO ESPECIALIZADO

Grupo de desenvolvimento
Irene Anderson University of Herefordshire e Leg Ulcer Forum
Emma Bond Especialista em Enfermeira Clínica Vascular, Glan Clwyd Hospital, North Wales
Caroline Dowsett Enfermeira Consultora de Viabilidade de Tecidos, East London Foundation Trust
Melanie McCann Community Lymphedema Nurse, Hertfordshire Community Trust
George Moncrieff Presidente do Conselho de Dermatologia da Inglaterra e Membro do Comitê de Atenção Primária Sociedade de Dermatologia
Duncan Stang Coordenador Nacional de Pés de Diabetes para a Escócia
Trudie Young Diretora de Educação e Treinamento, Welsh Wound Innovation Center

Grupo de revisão
Leanne Atkin Professora e Praticante, Divisão de Podologia e Serviços Clínicos, Universidade de Huddersfield
Alan Elstone Enfermeira Vascular Especialista, Plymouth Hospitals NHS Trust
Rebecca Elwell Lymphedema Clinical Nurse Specialist, University Hospitals of North Midlands NHS Trust
Anne Williams Professora de Enfermagem e Enfermeira Consultora de Linfedema, Queen Margaret University Hospital e The Haven, Lanarkshire

Machine Translated by Google

Entendendo a hiperqueratose do membro inferior

A hiperqueratose do membro inferior é uma condição cutânea comum que geralmente afeta pacientes com linfedema e insuficiência venosa crônica (ILF, 2012). É visto em ambos os sexos, todos os grupos raciais e étnicos e pessoas de todas as idades (embora seja mais comum em pessoas mais velhas) (Jakeman, 2012). Os dados sobre a incidência de hiperqueratose são escassos. Uma estimativa sugeriu que a hiperqueratose afeta 10-20% da população ocidental (Jakeman, 2012); outra pesquisa com membros do All Wales Tissue Viability Nurse Forum (AWTVNF) descobriu que entre 20-80% dos pacientes em seus casos tinham hiperqueratose do membro inferior (AWTVNF, 2014). É a experiência do grupo que a hiperqueratose do membro inferior é sub-reconhecida e subdiagnosticada.

Conforme destacado pela pesquisa AWTVNF, não há uma abordagem de gerenciamento padrão em todo o País de Gales. Isso provavelmente se reflete no resto do Reino Unido, dada a falta de diretrizes nacionais baseadas em evidências para o gerenciamento da hiperqueratose e a fraca base de evidências para o tratamento da doença. No entanto, se não tratada ou tratada de forma inadequada, a hiperqueratose pode degenerar em um ciclo progressivo de colonização, infecção, ruptura da pele e, potencialmente, sepse (Wounds International, 2012; AWTVNF, 2014).

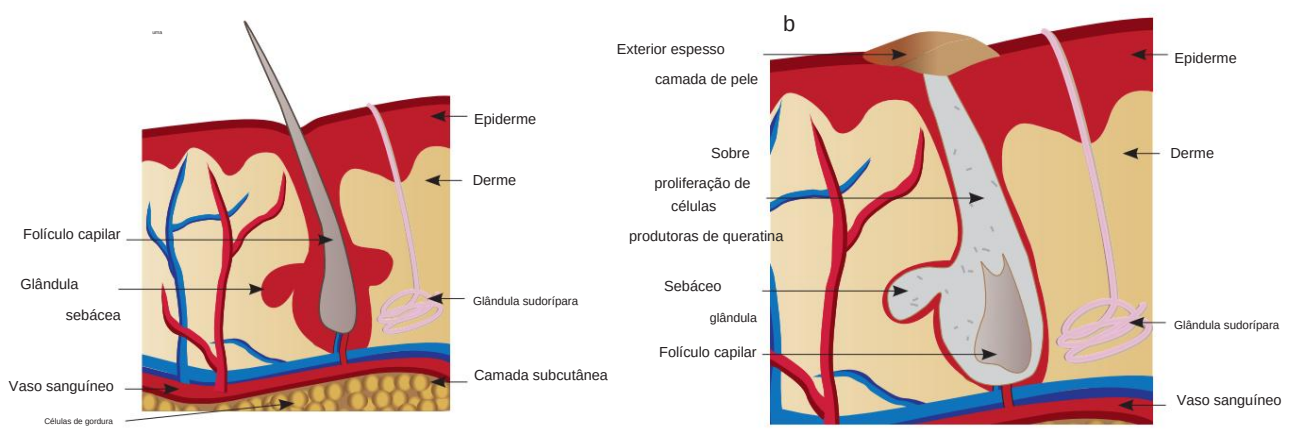
A pressão do estrato córneo espessado pode fazer com que a pele hiperceratótica se sinta desconfortável (AWTVNF, 2014). A formação de fissuras entre as escamas hiperceratóticas pode causar inflamação e prurido (Moncrieff et al, 2013), e permitir que bactérias e fungos penetrem nas camadas inferiores da pele (Day e Hayes, 2008). Se não for controlado, isso pode levar à celulite (Wounds International, 2012; AWTVNF, 2014). O tratamento da hiperqueratose quando ela se torna grave pode ser desafiador, dificultando o uso efetivo de terapias adjuvantes (como compressão).

Existem estratégias simples que todos os profissionais de saúde podem seguir que podem ajudá-los a identificar corretamente e gerenciar efetivamente a hiperqueratose, além de impedir que ela se desenvolva.

O QUE É HIPERQUERATOSE DO MEMBRO INFERIOR?

A hiperqueratose do membro inferior é um espessamento anormal da camada externa da pele (o estrato córneo) localizado na parte inferior da perna e no pé e associado a uma proliferação excessiva de células produtoras de queratina (Figura 1) (EWMA, 2005; ILF, 2012; AWTVNF, 2014). Devido à variação natural da profundidade do estrato córneo, o grau de espessamento da pele depende de onde ocorre a hiperceratose; por exemplo, será mais grosso nas solas dos pés do que no tornozelo.

Figura 1: Anatomia da pele normal (a) e pele com hiperqueratose (b)



Machine Translated by Google

CAIXA 1: Calos e calosidades

O espessamento do estrato córneo é a defesa natural da pele contra traumas ou irritações; por exemplo, de sapatos mal ajustados. Calos e calosidades – uma forma de hiperqueratose – podem se desenvolver em resposta ao atrito repetitivo no aspecto plantar do pé. O tratamento normalmente envolveria o desbridamento da pele/calos espessados e substituição do calçado inadequado e/ou uso de almofadas de amortecimento, palmilhas ou calçados individualizados (AWTVNF, 2014). Este documento não cobre hiperqueratose devido a calos e calosidades; consulte um podólogo para tratamento especializado em pés (FDUK, 2014).

IMPACTO NO PACIENTE

Os pacientes muitas vezes ficam extremamente constrangidos com a aparência física de sua pele, a descamação das escamas hiperceratóticas e o odor desagradável causado pela colonização bacteriana ou fúngica (Brown, 2011; Jakeman, 2012, AWTVNF, 2014). Esses fatores podem causar angústia e levar à ansiedade, depressão e isolamento social (Wounds International, 2012; AWTVNF, 2014).

Alguns profissionais de saúde podem acreditar que a hiperqueratose não requer manejo ativo; no entanto, abordando os problemas dos membros inferiores de forma holística, melhores resultados podem ser alcançados. Os cuidados regulares com a pele da área afetada devem ser revisados e administrados com a mesma diligência que o tratamento de uma ferida.

QUEM TEM HIPERQUERATOSE?

Pouco se sabe sobre a patogênese da hiperqueratose ou por que ela ocorre em determinados pacientes. Os fatores listados na Tabela 1 parecem contribuir para o seu desenvolvimento em alguns casos.

TABELA 1: Fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de hiperqueratose

Fator contribuinte	Notas
Linfoedema/insuficiência venosa crônica (Beldon, 2006; Barron 2007; ILF, 2006; ALI, 2012; Moffat et al, 2007; Whitaker, 2012)	n A coleta anormal de líquido rico em proteínas no tecido extravascular resultante da drenagem linfática abaixo do ideal pode levar a alterações na pele, como hiperqueratose n A hiperqueratose também é observada em pacientes com: - Doença venosa crônica - Hipertensão venosa - Eczema venoso idiopático — Elefantíase
Diabetes neuropática (Cheer et al, 2009)	n Em pacientes diabéticos com envolvimento motor (neuropatia motora), e as forças de atrito podem levar ao calo hiperceratótico n A anidrose pode causar pele seca (neuropatia autonômica), que pode ress à hiperqueratose (particularmente ao redor do calcanhar)
Eczema recorrente crônico e outras condições da pele (drogas. com, 2015; Prakash et al, 2013)	n A inflamação prolongada pode causar pele seca e descamação e, eventualmente, progredir para hiperqueratose n A hiperqueratose também está associada à psoríase e ao líquen plano n A hipertensão venosa, que pode ser uma causa subjacente da hiperqueratose, leva a alterações na pele, incluindo aumento da pressão nos capilares, o que causa dilatação e extravasamento de líquido para as células subcutâneas e espaços intersticiais, causando edema. Isso leva à redução da oxigenação do tecido e a troca gasosa é retardada
Limpeza de pele pouco frequente	n A limpeza pouco frequente da pele leva ao acúmulo de escamas e placas na pele, enquanto a remoção de tecido solto por limpeza visa evitar que áreas duras do tecido se tornem pontos de pressão sob curativos e compressão
Falta de avaliação e tratamento holísticos (Lindsay, 2007)	n Muitos profissionais citam restrições de tempo e controle de infecção como justificativa por não limpar; de fato, a lavagem dos membros inferiores é um assunto controverso para muitos profissionais de saúde n No entanto, é importante sempre fornecer uma avaliação holística e tratamento de doenças de pele que podem estar associadas a condições como ulceração da perna (por exemplo, hiperqueratose)

Machine Translated by Google

Diagnóstico de hiperqueratose

REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA PELE O

diagnóstico de hiperqueratose deve ser baseado em uma história clínica detalhada e inspeção física da pele. Uma avaliação completa da pele envolve a obtenção de um histórico da condição da pele do paciente e um histórico médico e psicossocial, garantindo que todas as condições da pele sejam revisadas. Um histórico da rotina de banho do paciente e todos os produtos de cuidados com a pele usados também devem ser documentados. A avaliação física deve revisar a cor da pele, níveis de umidade, temperatura, textura, mobilidade e categorização de quaisquer lesões cutâneas presentes (primárias ou secundárias) (Hess, 2010).

Figura 2: Hiperqueratose no pé diabético (imagem fornecida pela Activa Assistência médica)

IDENTIFICAÇÃO DA HIPERQUERATOSE

A pele hiperceratótica pode parecer vermelha e seca com manchas escamosas marrons ou cinzas; um exemplo de hiperceratose é dado na Figura 2, com placas hiperceratóticas de gravidade crescente mostradas na Figura 3 (página 4) (ILF, 2012; Jakeman, 2012).

A hiperqueratose pode envolver uma pequena área isolada da pele ou, em seu estágio mais avançado, cobrir toda a superfície circunferencial do membro inferior, apresentando-se como placas profundas com fendas.

Se houver uso regular de emoliente ou uma vez encharcado, pode ser possível retirar facilmente as escamas sem causar sangramento (ao contrário de uma placa psoriática, que não pode ser removida sem causar algum trauma epidérmico). Se, no entanto, as escamas estiverem firmemente presas à pele, elas não devem ser removidas.

Os profissionais de saúde devem estar atentos a sinais e sintomas sugestivos de doença maligna. Se o tratamento de primeira linha não for bem-sucedido, o paciente pode precisar ser encaminhado a um dermatologista. Sempre que houver suspeita de malignidade, a biópsia será necessária para confirmar o diagnóstico (Jakeman, 2012).

É importante distinguir a hiperqueratose de outras condições visualmente semelhantes antes de iniciar o tratamento (Tabela 2, página 4) (Jakeman, 2012). Em particular, a doença de Bowen é facilmente confundida com hiperqueratose (Moffat et al, 2007); uma mancha da doença de Bowen é caracterizada por uma área escamosa vermelha que geralmente é mais branca que a hiperqueratose, firmemente aderente e geralmente cresce lentamente (British Association of Dermatologists, 2010).

A hiperqueratose verdadeira também deve ser distinguida da pele seca ou crosta (embora a crosta possa estar presente com hiperqueratose). Em pacientes com mais de 65 anos, o ressecamento da pele é uma mudança natural do envelhecimento devido à redução da formação de suor e sebo, juntamente com uma barreira cutânea comprometida. Fatores ambientais, como aquecimento central seco e lavagem excessiva, agravam ainda mais o problema. Esse ressecamento raramente é devido a alguma doença sistêmica ou condição dermatológica primária. A crosta é o resíduo seco de exsudato da pele, como soro, pus ou sangue, geralmente está associada a exsudato excessivo ou linforréia e pode ser lavada (Hess, 2010). A pele seca, leve e excessiva, deve ser tratada com limpeza ou desbridamento e emolientes – todos os quais reduzem a carga econômica sobre o sistema de saúde.

Machine Translated by Google

Figura 3: Linha do tempo da gravidade da hiperqueratose (imagens fornecidas pela Activa Assistência médica)

TABELA 2: Diagnósticos diferenciais para hiperqueratose

Doença	Sinais/sintomas
Hiperqueratose	n Pode apresentar-se como pele vermelha e seca com manchas escamosas castanhas ou cinzentas que não descamam afastado quando a pele é escovada n Em alguns casos, os adesivos podem ser removidos sem sangramento para revelar a pele saudável subjacente; isso deve ser realizado por um profissional de saúde qualificado n Pode cobrir áreas pequenas e isoladas ou toda a circunferência da perna n Pode estar associado ao odor devido à presença de bactérias e fungos
Pele seca/crosta	n A crosta é normalmente secundária ao vazamento da pele ou a uma ferida que secou ou um acúmulo de pele seca ou produtos para tratamento de feridas nFlocos de pele seca sem múltiplas camadas n Associado a exsudato excessivo na pele; crostas se dissolvem na lavagem e não se repetem quando o exsudato está sob controle
Doença de Bowen/carcinoma de células escamosas	n Muitas vezes não há sintomas presentes, embora a superfície possa pegar roupas (dor ou coceira pode sugerir doença invasiva) n Apresenta-se como uma mancha vermelha e escamosa que cresce muito lentamente
Eczema varicoso	n Vermelho, inflamado, com coceira e pode chorar
Psoríase	n Seco, vermelho e coberto de escamas prateadas n Caracteristicamente vê pequenos pontos de sangramento quando as escamas são levantadas n Pode causar coceira e dor
Líquen plano	n Pápulas azul-avermelhadas (violáceas), levemente elevadas, brilhantes e com um topo plano n Tipicamente tem uma "escama" branca rendilhada firmemente aderente (estrias de Wickham), mas pode desenvolver escamas mais espessas (líquen plano hipertrófico) n Normalmente com muita coceira

Machine Translated by Google

Gerenciando a hiperqueratose

O tratamento da hiperqueratose é composto por três fases:
1. Prevenção
2. Tratamento
3. Manutenção.

Os pacientes podem avançar e retroceder nas três fases de acordo com o grau de controle alcançado, conforme mostrado na Figura 4.

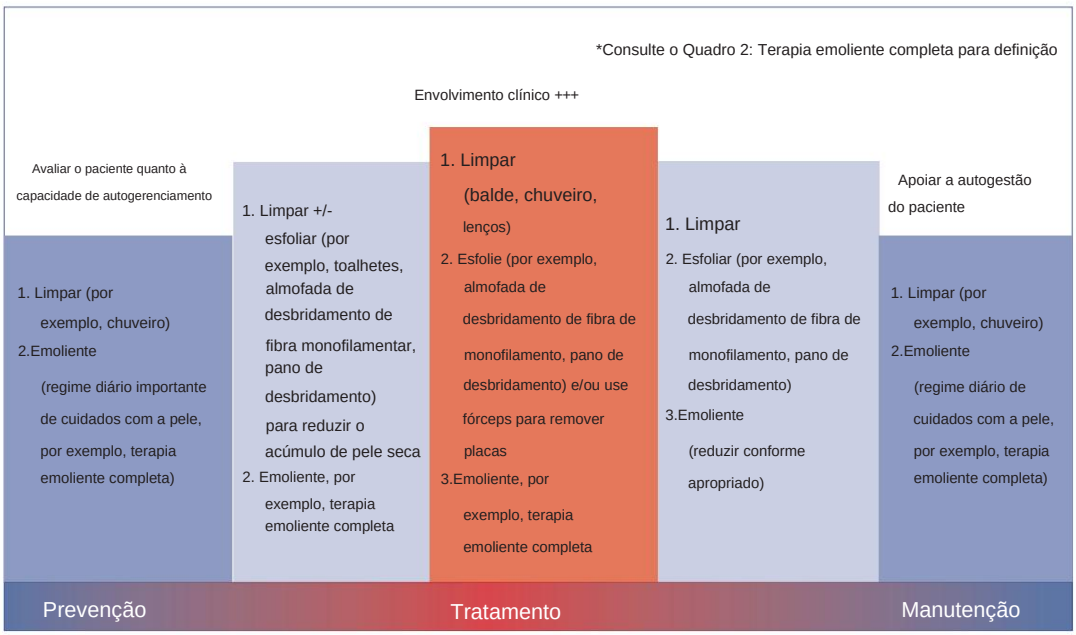
ABORDAGEM PASSOADA PARA GERENCIAMENTO DA HIPERQUERATOSE

O grupo de trabalho de especialistas defende uma abordagem escalonada para o manejo da hiperqueratose nessas três fases. O objetivo é prevenir o desenvolvimento de hiperqueratose em pacientes de risco, ou naqueles com sintomas (por exemplo, pele escamosa muito seca), para alcançar o controle precoce e mantê-lo intensificando ou diminuindo o tratamento conforme necessário. O foco é prevenir o desenvolvimento ou minimizar rapidamente os sintomas e otimizar a saúde da pele iniciando o tratamento no nível mais adequado.

O envolvimento do paciente com suporte é incentivado para as etapas inferiores (colunas azuis escuras, Figura 4) de acordo com a vontade e competência do paciente e/ou de seu cuidador. O envolvimento do profissional de saúde torna-se mais necessário nas etapas mais altas (colunas azul claro/vermelho) e é essencial durante a fase de tratamento.

Dentro desta abordagem escalonada, uma estratégia de gestão eficaz consiste em:
1. Avaliação holística
2. Um regime estruturado de cuidados com a pele 3. Cuidados posteriores e envolvimento do paciente.

Figura 4: Abordagem escalonada para o manejo da hiperqueratose



Machine Translated by Google

1. AVALIAÇÃO HOLÍSTICA A

hiperqueratose é uma manifestação de outros problemas clínicos, portanto, deve ser realizada uma avaliação detalhada e holística das necessidades de saúde do paciente. É vital identificar e tratar quaisquer causas subjacentes, como hipertensão venosa, edema crônico ou linfedema (AWTVNF, 2014). Quando o diagnóstico não é claro, o paciente deve ser encaminhado ao especialista mais adequado (por exemplo, cirurgião vascular, podólogo ou dermatologista); por exemplo, se houver sinais e sintomas de doença venosa, considere encaminhar o paciente para a atenção secundária conforme orientação NICE CQ 168 (NICE, 2013).

Fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de hiperqueratose foram discutidos anteriormente (Tabela 1).
As estratégias preventivas devem ser focadas, mas não limitadas a, pacientes com esses fatores contribuintes. Como parte da avaliação holística, a educação do paciente deve ser fornecida e sua vontade de participar de seus próprios cuidados deve ser avaliada.

2. REGIME ESTRUTURADO DE CUIDADOS COM A PELE

Um regime de cuidados com a pele deve ter como objetivo limpar e remover quaisquer produtos ou resíduos de produtos, preparar a pele usando esfoliação e reabastecer a barreira da pele usando emolientes.

Limpeza

A pedra angular da prevenção, tratamento e manutenção é a higiene completa da pele. Água da torneira ou solução salina pode ser usada para limpar os membros inferiores com a opção de usar um limpador antimicrobiano para prevenir infecções, quando apropriado.

TABELA 3: Prós e contras dos métodos de limpeza

Método de limpeza	Prós	Contras
Banho	n Permite a limpeza completa de todo o corpo n Os agentes de limpeza são lavados n Melhora o bem-estar do paciente	n Potencial contaminação, alteração do pH da pele e ressecamento da pele de risco por xampus, géis de banho, etc. barreira da pele)
Banho	n Permite a limpeza completa de todo o corpo uma vez n Melhora o bem-estar do paciente	n A água não deve estar muito quente para a pele vulnerável n A imobilidade do paciente pode tornar o banho impraticável n Risco de contaminação por xampu, géis de banho e ducha (ver acima de)
Caçamba forrada	n Barato e eficaz n Incentiva o envolvimento do paciente/médico n Pode melhorar o bem-estar do paciente n Suaviza a hiperqueratose n Bom para pacientes imóveis	n Pesado para mover quando cheio de água n Não permitido em algumas áreas devido a questões de saúde e segurança n As bordas do balde têm o potencial de danificar a pele vulnerável se forem pegas n Deve ser forrado com um saco descartável que caiba bem
Bacia forrada	n Barato n Menos pesado que um balde quando cheio	n Não é prático para membros/pacientes maiores n Pode ser difícil abaixar para alcançar a parte inferior da perna
Toalhetes de limpeza licenciados	n Conveniente, fácil de usar e os pacientes podem gerir n Mantém a independência para pacientes hábeis e móveis n Preocupações mínimas de movimentação e manuseio n Seguro para uso sobre leitos de feridas	n Caro n Aumento do impacto ambiental n Excipientes (por exemplo, metilisotiazolinona) podem causar contato dermatite n Potencial de contaminação cruzada se não for usado adequadamente
Cápsulas/sachês/latas de solução de limpeza (ou seja, solução salina normal)	n Conveniente de usar	n Adequado apenas para irrigação de feridas, mas insuficiente para a pele limpeza

Machine Translated by Google

QUADRO 2:
Terapia emoliente comple

O termo 'Terapia emoliente completa' (CET) foi cunhado em 1997 pelo Professor Mike Cork (Cork, 1997). A CET implica o uso de: n Um substituto do sabão

n Um óleo de banho e
n Um emoliente sem enxágue.

Substituto de sabão
Estes são um tipo de emoliente que pode ser usado em vez do sabonete tradicional para lavar, tomar banho e tomar banho. As opções incluem Oilatum, Cetraben ou Doublebase (deixar hidratantes); ou Dermol 600, Oilatum wash (lavagens).

Banho de óleo

Existem dois tipos principais de óleo de banho: n Aqueles que formam uma película na superfície, mas deixam um resíduo escorregadio no banho

n As que se dispersam na água (aproximadamente duas tampas por 20cm de água); Balneum, Oilatum e Aveeno são exemplos.

Emoliente leave-on
Os emolientes sem enxágue são aplicados diretamente na pele e deixados de molho. Estes são discutidos mais adiante (consulte 'Emolientes' na página 11).

Para obter informações adicionais (página 9 do documento vinculado):

http://www.pcds.org.uk/ee/images/uploads/boletins/primavera_boletim_2013-web.pdf (Moncrieff, 2013).

Frequência de limpeza
Quando o paciente é autocuidado, o membro deve ser lavado uma vez ao dia com chuveiro, banheira, balde, bacia ou lenços umedecidos para banho/limpeza, de acordo com os protocolos locais e levando em consideração os prós e contras de cada método (Tabela 3) . Sempre verifique os protocolos locais com relação ao método de limpeza.

Se a limpeza diária não for possível, por exemplo, porque o paciente está usando bandagens compressivas, pode-se adotar a limpeza uma ou duas vezes por semana; sistemas de compressão que maximizam os cuidados com a pele devem sempre ser considerados. Por exemplo, sistemas de compressão autoaplicáveis e ajustáveis (por exemplo, kits de meias e bandagens de compressão) podem permitir a remoção fácil pelos pacientes para limpeza diária, esfoliação e aplicação de emolientes. Os pacientes que recebem visita domiciliar devem ser aconselhados a tomar banho imediatamente antes da chegada do profissional de saúde.

Agentes de limpeza
Detergentes agressivos (por exemplo, sabonete tradicional, gel de banho, banho de espuma, xampu) não devem ser usados, pois podem comprometer a barreira da pele e permitir que patógenos e alérgenos em potencial entrem nas camadas mais profundas da pele (Moncrieff et al, 2015). Em vez disso, a CET deve ser adotada, em que os detergentes agressivos são substituídos por um substituto de sabão, um óleo de banho e um emoliente leave-on (Caixa 2) (Cork e Danby, 2009). O creme aquoso não é recomendado para lavagem da pele ou como emoliente em pacientes com ou em risco de desenvolver hiperqueratose (ver The Aqueous Cream Debate, Box 5, page 13).

Um substituto de sabão deve ser usado com água para limpar a perna usando um pano descartável. Cerca de meia a uma colher de chá de substituto de sabão deve ser misturado na palma da mão com um pouco de água morna e espalhado sobre a pele úmida ou seca, ou dissolvido em água em um balde ou bacia (BDNG, 2012).

Qualquer resíduo na pele deve ser enxaguado (por exemplo, em um chuveiro ou banheira) e acariciado para remover o excesso de água com uma toalha. No entanto, deve-se ter cuidado para secar completamente entre as dobras da pele e os dedos dos pés (por exemplo, com uma toalha de papel) para ajudar a prevenir infecções fúngicas. A fricção da pele deve ser evitada, pois pode causar danos à pele (BDNG, 2012). Os pacientes devem ser lembrados de tomar medidas para reduzir o risco de escorregar ao usar emolientes em uma banheira, chuveiro ou piso frio.

Toalhetes de banho e limpeza de uso único (por exemplo, CavilonTM) que combinam um limpador e um condicionador de pele podem ser usados em vez de água. Esses lenços são uma maneira conveniente e segura de limpar, sem a necessidade de balde. No entanto, seu uso tem alto impacto no meio ambiente e pode aumentar os custos.

Esfoliação

A esfoliação tem sido descrita como “cuidado intensivo para as pernas” e é um componente vital de um regime estruturado de cuidados com a pele (BDNG, 2012). A esfoliação também pode ser chamada de desbridamento mecânico (Quadro 4, página 8). Remoção de pele seca e escamosa por esfoliação: n Permite a penetração de emolientes, e também pode ajudar a prevenir rasgos na pele (Stephen-Haynes e Carville, 2011)
n Alivia a pressão e o desconforto causados pela descamação da pele
n Melhora a aparência física da pele
n Melhora o bem-estar do paciente.

Frequência de esfoliação
A decisão sobre a frequência com que a esfoliação deve ocorrer deve ser centrada no paciente, tendo em mente

Machine Translated by Google

QUADRO 3: Manejo de úlcera venosa da perna

Mais informações sobre como otimizar os cuidados com a pele em pacientes com úlceras venosas da perna são fornecidas nas recomendações de consenso para o tratamento de úlceras venosas da perna (disponível em: www.feridas internacionais.com) (Harding et al, 2015).

que a esfoliação diária pode ser muito frequente para a pele inflamada ou vulnerável. Em pacientes com hiperqueratose, a esfoliação deve ser idealmente realizada toda vez que o processo de cuidados com a pele for realizado e, sempre que possível, em pacientes com bandagem de compressão. Um compromisso deve ser feito para equilibrar os benefícios da compressão com bons cuidados com a pele: o painel de trabalho especializado recomenda esfoliação duas vezes por semana neste grupo.

O uso ideal de bandagens e/ou meias apropriadas reduzirá rapidamente o volume do membro em pacientes com edema. No entanto, pode haver inicialmente alguma pele seca e escamosa que precisará ser removida antes da reaplicação da compressão, a fim de maximizar seu benefício, com emolientes aplicados para manter a integridade da pele (Whitaker, 2012).

Técnicas de esfoliação

Os métodos de esfoliação comumente usados para controlar ou prevenir a hiperqueratose incluem:

n Métodos físicos
- — Almofada de desbridamento de fibra monofilamentar (por exemplo, Debrisoft ®): prevenção e gestão ativa — Pinça: gestão ativa
- — Dedos enluvados: gestão ativa
- — Abaixador de língua de madeira: gestão ativa
- — Pano de desbridamento pré-umedecido (por exemplo, UCSTM Debridement): gestão ativa
- — Lavagem com balde/bacia forrada ou pano: gestão ativa

n Métodos químicos
- — Ácido salicílico: gestão ativa

QUADRO 4: Definição de desbridamento

O desbridamento é definido como o ato de remover material necrótico, escara, tecido desvitalizado, serocrostas, tecido infectado, hiperqueratose, esfacelo, pus, hematomas, corpos estranhos, detritos, fragmentos ósseos ou qualquer outro tipo de biocarga de uma ferida com o objetivo de de promover a cicatrização de feridas (Strohal et al, 2013).

O método selecionado deve atender às necessidades clínicas do paciente e ser adequado ao nível de competência do profissional de saúde, levando em consideração os prós e contras apresentados na Tabela 4 (página 10). Na verdade, a esfoliação só é necessária quando há pele seca e escamosa aparente; dependendo da vulnerabilidade da pele, a esfoliação pode ser muito dura. Independentemente do método, a remoção das escamas cutâneas da hiperqueratose deve ser segura, indolor e atraumática (Whitaker, 2012). Antes de iniciar o processo de esfoliação, quaisquer placas hiperceratóticas soltas devem ser removidas. Estes devem ser fáceis de retirar e não devem causar dor ou sangramento; se as placas não forem fáceis de levantar, emolientes devem ser usados. Sempre que possível, o processo deve ser repetido diariamente, ou quando o paciente for examinado se estiver sendo tratado na comunidade, até que todas as placas sejam removidas.

Almofada de desbridamento de fibra de monofilamento O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) recomenda a almofada de desbridamento de fibra de monofilamento, Debrisoft, para o manejo de pacientes com hiperqueratose de membros inferiores (NICE, 2014). Exemplos visuais antes e depois do uso de uma almofada de desbridamento de fibra de monofilamento são fornecidos na Figura 5. Este produto está disponível como uma almofada estéril de uso único que consiste em fibras de poliéster monofilamento cortadas com pontas angulares projetadas para penetrar em áreas de formato irregular e remover a pele desvitalizada e restos de feridas. A almofada é revestida com poliacrilato e é macia e flexível para permitir um desbridamento e limpeza suaves (NICE, 2014). Na prática, a almofada de desbridamento de fibra monofilamentar deve ser usada assim que houver evidência de formação de placa e descontinuada quando as placas estiverem ausentes. Se as placas retornarem, o uso da almofada deve ser reiniciado.

Evidências mostram que a almofada de desbridamento de fibra de monofilamento (Bahr et al, 2011; Gray et al, 2011; Stephen Haynes e Callaghan, 2012; NICE, 2014): n É um método rápido e eficaz de desbridamento

n Pode remover a pele hiperceratótica do membro inferior com melhora da condição da pele
n Pode exigir menos consultas de enfermagem do que outros métodos de desbridamento n É conveniente e fácil de usar
n É bem tolerado.

Machine Translated by Google

Figura 5: Parte superior: Antes de usar uma almofada de desbridamento de fibra monofilamentar. Inferior: Depois de usar uma almofada de desbridamento de fibra de monofilamento (imagens fornecidas pela Activa Healthcare)

A almofada deve primeiro ser umedecida com 20–40ml de água ou soro fisiológico; o lado macio e felpudo pode então ser usado para limpar suavemente a superfície da pele com movimentos longos e abrangentes (ou para uma ferida, em movimentos circulares), por um mínimo de 2 minutos. Os tecidos hiperceratóticos são levantados e presos dentro da almofada de desbridamento de fibra de monofilamento e removidos da pele. Uma ou mais almofadas novas são necessárias para cada perna; isso dependerá do tamanho da área e da gravidade da hiperqueratose. A almofada deve ser substituída quando estiver coberta de detritos, o que impede que as fibras funcionem de forma eficaz. Os emolientes devem ser removidos da pele antes do uso da almofada para obter um efeito ideal. Além disso, os emolientes não devem ser colocados na água do balde ou bacia durante a etapa de limpeza, antes da esfoliação com a almofada de desbridamento de fibra monofilamentar, como é prática normal.

A almofada de desbridamento de fibra de monofilamento pode ser usada por todos os profissionais de saúde que trabalham na comunidade e pelos pacientes. Sua facilidade de uso pode encorajar os pacientes a ter um papel ativo em seus cuidados e realizar a esfoliação de sua própria hiperqueratose e pele seca (Wounds UK, 2015).

Fórceps/ dedos enluvados/ abaixador de língua

A remoção manual de escamas usando fórceps, dedos enluvados ou um abaixador de língua também pode ser realizada, embora várias sessões possam ser necessárias para remover todas as escamas. As pinças de uso único são o método manual de escolha, embora sejam mais caras do que as alternativas. A pele hiperceratótica deve primeiro ser amolecida com um emoliente (AWTVNF, 2014).

Esta opção é útil quando a hiperqueratose engrossou ou se desenvolveram fendas, a fim de penetrar mais. No entanto, há potencial para causar trauma com a remoção manual, principalmente quando o paciente tem pele frágil, portanto, o processo deve ser realizado por um clínico experiente.

Ácido salicílico

Preparações tópicas de ácido salicílico (3% ou 6%) (por exemplo, Diprosalic) podem ser usadas para ajudar a esfoliar as escamas da pele (AWTVNF, 2014). A capacidade do ácido salicílico de erodir lentamente a epiderme é útil para a pele seca ou hiperceratótica (Pray, 2010); no entanto, traz uma contraindicação para pacientes com diabetes em risco de úlceras neuropáticas (Jakeman, 2012). O uso de ácido salicílico em pacientes com diabetes pode produzir uma infecção resultante dessa erosão da pele, potencialmente levando o paciente a perder um membro (Pray, 2010). Como tal, deve ser usado apenas enquanto houver orientação profissional contínua e apenas na pele hiperceratótica, não na pele saudável circundante.

Pano de desbridamento pré-umedecido

Há evidências de que o pano de desbridamento pré-umedecido pode ser usado para remover a hiperceratose com trauma mínimo, além de limpar e hidratar a pele circundante (Downe, 2014). Quando a movimentação e manuseio for uma preocupação (ou seja, em pacientes acamados), o uso do pano de desbridamento pré-umedecido pode facilitar a limpeza de todo o membro.

Machine Translated by Google

Outros métodos de esfoliação

Há algum debate sobre o uso de curativos hidrocolóides, hidrogéis e bandagens em pasta para esfoliação. Embora se saiba que alguns produtos de curativos podem causar sensibilização cutânea em alguns pacientes (Beldon, 2006), eles são amplamente utilizados em pacientes com eczema para pele seca e com coceira, e há algumas evidências de seu uso como tratamento com e sem esteróides para placas psoriáticas.

TABELA 4: Prós e contras dos métodos de esfoliação usados para tratar e prevenir a hiperqueratose

Método	Indicação	Prós	Contras
Almofada de desbridamento de fibra de monofilamento	Prevenção Gestão Manutenção	Fácil de usar para o paciente e o clínico Resultados rápidos Custo-benefício Bem tolerado Baseado em evidências	Pode exigir receita médica no ambiente comunitário
Fórceps, dedos enluvados, abaixador de língua	Manejo	Fórceps/abaixador de língua - Remove escamas e placas - Resultados rápidos — Fácil de usar para pacientes e médicos — Disponível em muitos ambientes clínicos Dedos enluvados — Disponível em muitos ambientes clínicos - Pode sentir resistência e medir quando parar usar	Risco de trauma/potencial para causar dor Risco associado de infecção Demora para usar; várias sessões pode ser necessário
Pano de desbridamento pré-umedecido	Gestão Manutenção	Conveniente e fácil de usar	Pode exigir receita médica Risco de sensibilização da pele
Ácido salicílico	Manejo	Amolece e remove as escamas, fazendo com que a camada mais externa da pele se desprenda	Tal como acontece com todos os hidroxiácidos, é possível que a exposição prolongada ou altas concentrações possam causar queimaduras ou infecções Carrega uma contra-indicação em certos pacientes, ou seja, aqueles com diabetes Requer receita médica
Folhas de hidrogel e curativos hidrocolóides	Gestão	Pode ajudar a remover placas duras	Leva tempo para trabalhar (dias a semanas) Requer receita médica

Machine Translated by Google

Emolientes

O estrato córneo forma uma barreira eficaz que restringe a perda de água do corpo e evita a infiltração de irritantes nocivos; condições de pele seca são sinônimos de um defeito de barreira da pele e são causadas pela perda de água do estrato córneo (Moncrieff et al, 2013). Os emolientes são substâncias à base de lipídios que ocluem a superfície da pele e estimulam o acúmulo de água no estrato córneo (Marks, 2001; BDNG, 2012). Seus efeitos clínicos são acalmar, suavizar e hidratar a pele (BDNG, 2012; BNF, 2015):

- Reduzir os sinais clínicos de secura (por exemplo, rugosidade e descamação da pele)
- Reduzir sensações dolorosas, como coceira e aperto.

Os emolientes são vitais para a prevenção e tratamento de condições de pele seca, como hiperqueratose e para a promoção da saúde da pele (BDNG, 2012). Os emolientes re-lubrificam a pele durante a limpeza e são tamponados, mantendo o pH normal da superfície. Eles não devem ser vistos como um complemento, mas como um componente-chave de um protocolo estruturado de cuidados com a pele (Moncrieff et al, 2015). De fato, foi acordado que os emolientes devem ser a terapia de primeira linha para todas as condições de pele seca (Moncrieff et al, 2013; Proksch e Lapachelle, 2005).

Tipos de emoliente

Existem muitos emolientes no mercado, mas não são todos iguais, e só são eficazes se forem utilizados de forma adequada (Moncrieff et al, 2015). A quantidade de lipídios e o número e concentração de outros ingredientes ativos variam entre os produtos, resultando em uma variedade de formulações com diferentes efeitos físicos e clínicos.

Emolientes simples são baseados apenas em lipídios com quantidades variadas de água (mais estabilizantes e conservantes). Produtos com maior teor de lipídios são mais gordurosos ou cerosos do que aqueles com menor teor de lipídios e, portanto, são melhores na retenção de água (BDNG, 2012).

Por outro lado, os emolientes mais complexos contêm ingredientes adicionais com ações terapêuticas específicas:

- Umectantes, como uréia, glicerol, propilenoglicol, ácido lático
  - — Aumente a hidratação atraindo e retendo água no estrato córneo
  - — Previne a alta perda de água transepidérmica (TEWL) por muito mais tempo do que emolientes simples (Moncrieff et al, 2015), estendendo a duração da atividade para pelo menos 12 horas (Moncrieff, 2013)
- Antissépticos, como benzalcônio, clorexidina
  - — Controlar a carga/infecção bacteriana
- Antipruriginosos, como uréia, lauromacrogols
  - - Reduzir a coceira
- Ceramida (principal componente lipídico do envelope lamelar no estrato córneo)
  - — Ajuda a manter uma barreira cutânea eficaz
- Antibióticos tópicos (devem ser evitados)
  - — As preparações contendo um antibiótico só devem ser consideradas se houver infecção ou complicação (BNF, 2015).

Os produtos emolientes também podem ser formulados para oferecer benefícios extras, como maior absorção ou penetração na pele, e podem ser fornecidos em um dispensador para reduzir o risco de contaminação cruzada ou como spray para ajudar a tratar a pele em locais de difícil acesso.

Por fim, o modo de hidratação também difere entre os produtos. Emolientes gordurosos (por exemplo, aqueles que contêm petróleo) tendem a agir por oclusão, retendo a umidade na pele. Os emolientes contendo umectantes atuam ativamente atraindo umidade para o estrato córneo da derme (BDNG, 2012). Outros emolientes contêm uma mistura de substâncias oclusivas e umectantes que trabalham juntas para atrair água para a epiderme e aprisioná-la lá (BDNG, 2012).

Machine Translated by Google

Selecionando um emoliente

A escolha de um emoliente adequado depende (BNF, 2015): n A gravidade da condição

n Local de aplicação n

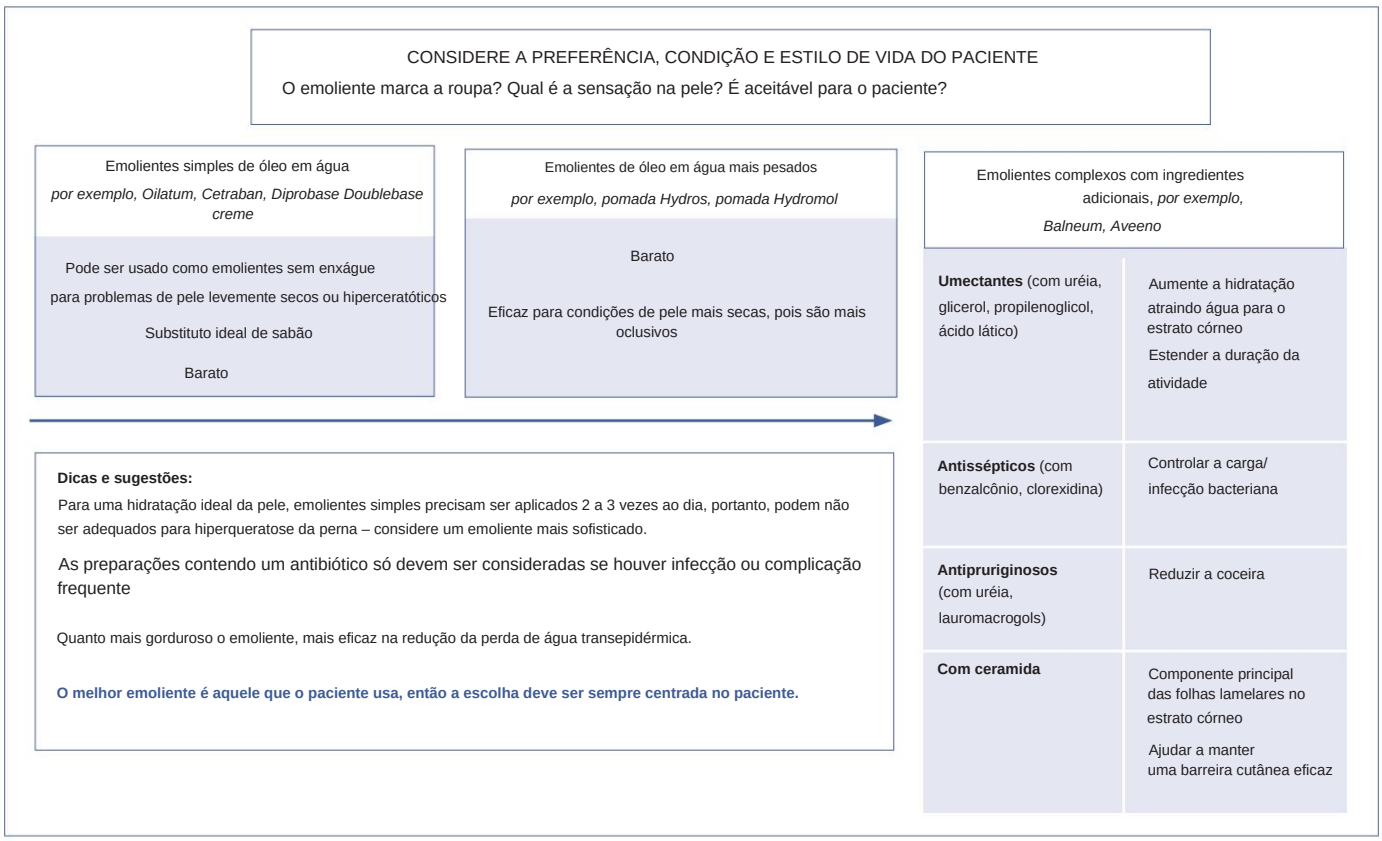
Preferência do paciente.

Envolver o paciente no processo de tomada de decisão ajuda a garantir que o produto escolhido seja esteticamente aceitável e atenda às necessidades de seu estilo de vida (por exemplo, número de aplicações diárias e velocidade de absorção) (Lawton e Langeon, 2009). Isso, por sua vez, incentiva a concordância do paciente com o tratamento (BDNG, 2012).

Os pacientes podem responder de maneiras muito diferentes a produtos com ingredientes amplamente semelhantes; o que funciona bem para um paciente pode não ter o mesmo efeito em outro. Embora os produtos genéricos devam ser usados quando terapeuticamente benéficos, muitas vezes é mais apropriado prescrever um produto de marca (de acordo com o formulário local), tendo trabalhado com o paciente para descobrir qual produto ele prefere (BDNG, 2012). Para evitar confusão e garantir a eficácia clínica, é importante que toda a equipe multidisciplinar seja consistente com o produto que prescreve para um paciente individual.

A Figura 6 fornece um guia visual das opções de emolientes disponíveis e indica quando aumentar ou diminuir.

Figura 6: Selecionando um emoliente apropriado



Machine Translated by Google

QUADRO 5: O debate sobre o creme aquoso

O papel do creme aquoso como emoliente sem enxágue ou como produto de lavagem tornou-se controverso (BDNG, 2012; Moncrieff et al, 2013). Estudos recentes (principalmente em crianças com eczema) mostraram que o creme aquoso enfraquece a barreira epidérmica e, na verdade, aumenta a perda de água transepidérmica (Cork et al, 2003; Danby et al, 2011). Outros questionaram a evidência de danos quando o creme aquoso é usado como substituto do sabão (BDNG, 2012) e o *British National Formulary* afirma que pode ser usado como alternativa ao sabão no banho para distúrbios da pele seca ou escamosa (BNF, 2015) . De acordo com o consenso atual, o grupo de trabalho de especialistas não defende o uso de creme aquoso em pacientes com ou em risco de desenvolver hiperqueratose (Moncrieff et al, 2013).

Aplicação de emolientes

Recomenda-se que um adulto aplique 250-600g de emoliente por semana (para todo o corpo) (BDNG, 2012; NICE, 2007). O *British National Formulary* recomenda 100-200g para ambas as pernas durante 1 semana e 200 ml de uma loção.

No entanto, a quantidade de emoliente necessária dependerá da área a ser tratada, frequência de aplicação (ou seja, fator TEWL) do emoliente e se um substituto de sabão está sendo usado em conjunto. Por exemplo, em um adulto, cada membro inferior requer cerca de 6 unidades de ponta de dedo por dia (3 g); como tal, se um emoliente for aplicado uma vez por dia (por exemplo, Balneum®) em toda a parte inferior das pernas, serão necessários 6 g por dia de emoliente (50 g por semana). Na hiperqueratose acentuada, o uso mais generoso de emolientes pode ser útil.

As recomendações para a aplicação de emolientes são as seguintes:

- Lave as mãos antes de aplicar emolientes para reduzir o risco de contaminação cruzada (BDNG, 2012)
- Mantenha as unhas curtas e lisas para evitar traumas na pele (BDNG, 2012)
- Aplique emolientes suavemente na pele em um movimento descendente para evitar que os folículos pilosos fiquem bloqueados (Beldon, 2006)
- Não é necessário esfregar o produto continuamente na pele até que seja completamente absorvido; isso pode gerar calor e exacerbar qualquer prurido (BDNG, 2012) n Se estiver usando emolientes juntamente com esteróides tópicos, aplique o emoliente primeiro e deixe secar por cerca de 30 minutos antes de aplicar qualquer preparação de esteróide (BDNG, 2012)

- Tenha em atenção que a pele mais velha tende a ser mais seca; ambientes quentes, como casas de repouso com aquecimento central permanente e sem umidificação, podem aumentar ainda mais essa secura
- O *British National Formulary* contém um aviso sobre o risco de incêndio com emolientes à base de parafina. Os produtos à base de parafina que entram em contato com curativos ou roupas podem inflamar-se facilmente, aumentando o risco quando as preparações são aplicadas em grande parte do corpo ou se os curativos/roupas são embebidos em pomada (MHRA, 2008).

Os emolientes devem ser armazenados em local fresco e não devem ser utilizados após o prazo de validade; o prazo de validade é reduzido uma vez aberto. Os produtos que contêm uréia cheiram fortemente a amônia uma vez que o produto se deteriorou (BDNG, 2012), e podem ser irritantes para o estrato córneo.

Os emolientes que evitam a perda de água da pele (TEWL) podem ser aplicados uma vez ao dia (por exemplo, Balnuem), idealmente após a lavagem, para reter qualquer umidade na pele (BDNG, 2012). Os emolientes com maior TEWL precisarão ser aplicados com mais frequência para manter a eficácia.

Os profissionais de saúde devem demonstrar a aplicação de emolientes a todos os pacientes para facilitar o autocuidado e promover a concordância Os efeitos dos emolientes são de curta duração e devem continuar a ser aplicados mesmo após a melhora (BNF, 2015). Esta é uma intervenção para toda a vida, com a frequência de aplicação dependendo do produto e das suas orientações individuais. As condições da pele do paciente e suas necessidades de emolientes mudarão ao longo de sua vida, e essas mudanças também precisam ser levadas em consideração na escolha de qual emoliente usar (Lawton, 2009; Dyble e Ashton, 2011).

Machine Translated by Google

3. CUIDADOS POSTERIORES E ENVOLVIMENTO DO PACIENTE

Papel dos pacientes, cuidadores e familiares

A promoção do autocuidado (higiene diária mais cuidados regulares com a pele) é um determinante chave de resultados positivos (Whitaker, 2012; Pidock e Jones, 2013). A fase de manutenção apresenta uma grande oportunidade para o paciente, seu cuidador e/ou membro da família, se apropriar de quaisquer aspectos do regime de cuidados com a pele com os quais se sinta confortável. A educação do paciente ajuda os pacientes a aderir ao seu tratamento e pode aumentar sua confiança para assumir componentes adicionais de gerenciamento.

Avaliação do envolvimento do paciente

Ao avaliar o envolvimento do paciente e do cuidador no plano de cuidados, tanto a vontade quanto a competência devem ser levadas em consideração. É importante não presumir que os pacientes, cuidadores ou familiares estarão dispostos ou serão capazes de assumir a responsabilidade por um regime de cuidados com a pele. Além disso, o grau de envolvimento pode aumentar ou diminuir com o tempo à medida que a condição transita entre prevenção, tratamento e manutenção, e à medida que o paciente, cuidador ou familiar ganha confiança (Wounds International, 2015 – a ser publicado).

Por exemplo, os pacientes podem ficar felizes em cuidar de si mesmos durante a fase de manutenção, mas não durante a fase de tratamento.

Fazer perguntas como as seguintes pode ajudar a avaliar o grau de envolvimento com o autocuidado:

- Você está disposto e é capaz de lavar as pernas?
- Você está disposto e é capaz de esfoliar sua pele?
- Você está disposto e é capaz de aplicar um emoliente?
- Com que frequência você pode realizar essas ações?
- Você prefere usar balde, chuveiro, bacia?
- Você está em compressão que precisa permanecer por um certo número de dias?
- Você consegue remover e reaplicar sua compressão? Se necessário, você tem alguém que possa ajudar você faz isso?
- Você tem acesso às ferramentas necessárias para facilitar o autocuidado (por exemplo, uma esponja de cabo longo ou escova corporal?)
- Você consegue reconhecer quando seu tratamento está funcionando e quando pedir mais apoio?
- Você está disposto a entrar em contato com um profissional de saúde para aconselhamento se achar que há deterioração de seu pele?

Essas questões podem ser revisitadas em vários pontos do ciclo de gestão (Figura 7).

Educação paciente

Pacientes, cuidadores ou familiares podem inicialmente se sentir assustados com a perspectiva de assumir um regime de cuidados com a pele que foi anteriormente realizado por uma enfermeira. Aconselhamento e planejamento de cuidados com profissionais de saúde podem ajudar a maximizar a independência dos pacientes e, em última análise, evitar o agravamento de sua condição. Medicar em excesso as informações fornecidas aos pacientes e cuidadores pode ser desanimador e pode fazer com que o autocuidado pareça uma responsabilidade que eles não estão qualificados para assumir.

A educação do paciente deve consistir em:

- Informações escritas (por exemplo, um folheto) reforçadas por informações verbais que devem ajudar os pacientes a entender:
  - — A natureza crônica da hiperqueratose
  - — As consequências de não seguir o regime de tratamento recomendado (infecção, celulite, eczema varicoso, odor, inestética)
  - - Como cuidar da pele
  - — Quando procurar ajuda (sinais precoces de regressão e bandeiras vermelhas)
  - — Quem contactar
  - — Como acessar o suporte de manutenção
  - — Dados de contato do médico.

Machine Translated by Google

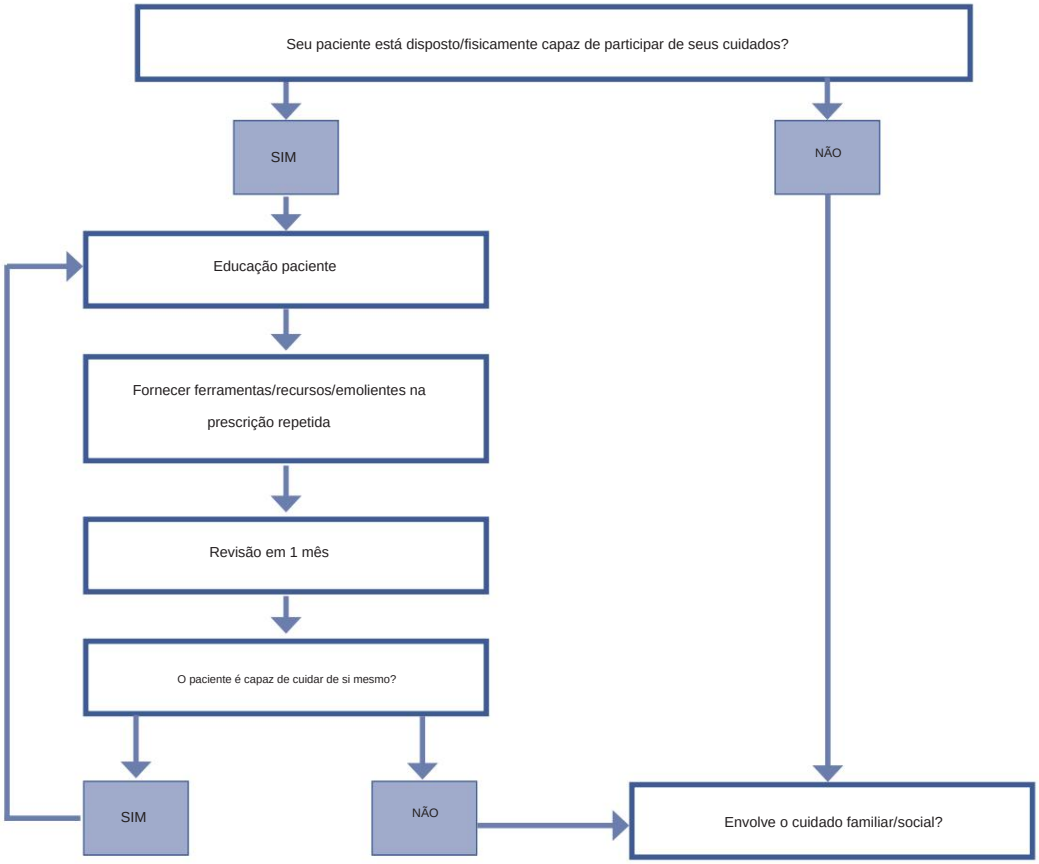


Figura 7: Envolvimento do paciente, cuidador ou familiar no manejo da hiperqueratose

- Um plano de cuidados individualizado para cuidador, paciente ou enfermeiro:
  - — Detalhes do regime de cuidados com a pele
  - - Frequência de intervenções
  - — Armazenamento dos produtos/vida útil depois de abertos (emolientes).

Como parte do manejo de longo prazo, também será importante garantir que o paciente entenda que sua hiperqueratose tem uma causa subjacente (ou seja, hipertensão venosa, edema crônico ou linfedema) e como gerenciar sua condição de saúde a longo prazo; por exemplo, usando compressão e/ou cuidados com a pele.

QUADRO 5: Medindo os resultados

As medidas de resultados que podem ser usadas para avaliar a eficácia das intervenções incluem:

- Melhoria da condição da pele
  - - Remoção de hiperqueratose
  - - Prevenção de recorrência
- Feedback do paciente
  - - Satisfação com a gestão
  - - Impacto na qualidade de vida
  - - Coceira
  - — Odor
  - — Episódios de celulite
- Concordância
  - — Porcentagem de pacientes esfoliantes
  - — Percentual de pacientes que usam emolientes
  - — Grau de concordância exibido por pacientes/cuidadores
- Progressão ao longo do caminho de gestão
  - — Prazo para melhoria em cada etapa
- Análise de custos
  - — Custo dos cuidados diários
  - — Impacto nos custos de longo prazo
- Identificação de pacientes em risco (por exemplo, implementar a fase preventiva mais cedo)

Machine Translated by Google

REVISÃO DO PACIENTE

Os pacientes devem ser revisados a cada contato com um profissional de saúde (por exemplo, sempre que realizar um estudo Doppler para medir o índice de pressão tornozelo-braquial ou aplicar terapia de compressão a um paciente com úlcera venosa na perna). Essas visitas apresentam uma oportunidade valiosa para avaliar a pele quanto ao desenvolvimento de hiperqueratose ou recorrência em uma pessoa que foi tratada anteriormente e para avaliar se um regime de cuidados com a pele está funcionando em um paciente na fase de tratamento.

Os pacientes que cuidam de si mesmos devem ter um trabalhador-chave como parte da estrutura de condições de longo prazo (Department of Health, 2005) e devem receber informações escritas e verbais explicando quando e como devem entrar em contato com o profissional de saúde para uma revisão . Quaisquer preocupações devem levar a um encaminhamento rápido de volta ao serviço relevante. Vale a pena considerar o potencial papel dos farmacêuticos locais em sinalizar a necessidade de revisão, por exemplo, encaminhar um paciente com hiperqueratose que é identificado ao fornecer e ajustar meias ou destacar se os emolientes não estão mais sendo coletados.

Durante a revisão do paciente, os profissionais de saúde devem considerar se a pele está melhorando satisfatoriamente ou se há sinais de desenvolvimento de hiperqueratose e se cada aspecto do regime de cuidados com a pele está funcionando de forma eficaz. É importante documentar e comunicar à equipe multidisciplinar a justificativa para a escolha de uma determinada terapia, a fim de minimizar a chance de troca de prescrição e garantir que o paciente mantenha o acesso a prescrições repetidas. Conforme discutido anteriormente, é importante observar atentamente a malignidade; por exemplo, se uma área não estiver respondendo da mesma forma que a pele ao redor ou parecer anormal. Em caso de dúvida, os pacientes devem ser encaminhados com urgência a um dermatologista.

PERGUNTAS FREQUENTES E RESPOSTAS

O que é hiperqueratose?	A hiperqueratose é um espessamento anormal da camada externa da pele causado pela multiplicação de células produtoras de queratina (células que ajudam a manter a pele impermeável).
Por que eu tenho hiperqueratose?	Pouco se sabe sobre como a hiperqueratose se desenvolve, mas há vários fatores que podem contribuir; por exemplo, linfedema (inchaço crônico nos tecidos do corpo), problemas de fluxo sanguíneo, diabetes neuropática, eczema recorrente crônico ou outras doenças da pele, limpeza de pele pouco frequente ou cuidados que não levam a pele em consideração.
Por que devo tratar isso (para pacientes ou profissionais)?	A hiperqueratose indica que a pele ou tecido subjacente não é saudável. A avaliação e o diagnóstico precisos podem identificar causas potenciais, que podem precisar de mais investigação ou tratamento. O tratamento deve abordar as causas e os efeitos simultaneamente. Se isso for feito, há menos risco de infecção e a pele ficará mais nutrida, além de parecer e sentir-se melhor.
Quanto tempo leva para tratar a hiperqueratose?	O tempo de cicatrização pode variar dependendo da gravidade da hiperqueratose. Os pacientes devem alternar entre os estágios de prevenção, manejo e manutenção do tratamento até que a melhora seja observada na pele.
Com que frequência e qual técnica devo usar para o tratamento?	Limpeza: a limpeza deve ser frequente, diária sempre que possível (uma/duas vezes por semana para pacientes com compressão). Esfoliação: a frequência da esfoliação deve ser centrada no paciente, tendo em conta o estado da pele; Idealmente, deve ser realizado sempre que o processo de cuidados com a pele for realizado e, sempre que possível, em pacientes com compressão. Emolientes: a frequência de aplicação depende do tipo de emoliente, desde uma vez por dia no mínimo. Os efeitos emolientes são de curta duração e devem ser aplicados até que a melhora seja observada.
Quando devo procurar orientação médica?	Se o tratamento parecer não estar funcionando ou houver deterioração na pele, deve-se procurar o conselho de um profissional médico.
Como posso prevenir novos episódios de hiperqueratose?	A pele hiperceratótica é um sinal de uma condição de saúde subjacente, portanto, deve-se ter cuidado para entender qual é a causa e como isso deve ser tratado para evitar episódios futuros.

Machine Translated by Google

Referências

All Wales Tissue Viability Nurse Forum (AWTVNF) (2014) Todas as orientações do País de Gales para o manejo da hiperceratose do membro inferior. Londres: Feridas Reino Unido

Barron GS, Jacob SE, Kirsner RS (2007) Complicações dermatológicas da doença venosa crônica: manejo médico e além. *Ann Vasc Surg* 21(5): 652–62

Bahr S, Mustafi N, Hattig P, et al (2011) Eficácia clínica de um novo produto de desbridamento de feridas contendo fibra monofilamentar. *J Cuidados com Feridas* 20(5): 242-8

Beldon P (2006) Evitando a dermatite alérgica de contato em pacientes com úlceras venosas de perna. *Enfermeiras Comunitárias Br J* 11(3((Supl): S6–S12

Associação Britânica de Dermatologistas (2010) Doença de Bowen (Carcinoma de Células Escamosas *in situ).* Disponível em: http://bit.ly/20ftBom (acessado em 21.10.15)

Grupo Britânico de Enfermagem Dermatológica (BDNG) (2012) Melhor Prática em Terapia Emoliente. Uma declaração para os profissionais de saúde. *Dermatol Enfermeiros* 11(4): S1-S19

Formulário Nacional Britânico (BNF) (2015) 13.2.1. Emolientes. Disponível em: https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/PHP7459-emolients.htm?q=emolientes&t=search&ss=text&p=1#_hit (acessado em 21.10.15)

Brown AM (2011) Gerenciando as condições da pele devido à ulceração venosa da perna. *Enfermeiras Cuidados Residenciais* 13(6): 280-5

Cheer K, Shearman C, Jude EB (2009) Gerenciando complicações do diabético pé. *BMJ* 339 (7733): 1304-7

Cork MJ (1997) A importância da função de barreira da pele. *J Dermatol Tratar* 8: S7-13

Cork MJ, Timmins J, Holden C, et al (2003) Uma auditoria de reações adversas a creme aquoso em crianças com eczema atópico. *Farmacêutico J* 271 (7277): 746-7

Cork MJ, Danby S (2009) Desarranjo da barreira da pele: um renascimento para a terapia emoliente. *Br J Enfermagem* 18: 872-7

Danby S, Al Enezi T, Sultan A, et al (2011) O efeito do creme aquoso BP em a barreira cutânea em voluntários com história prévia de dermatite atópica. *Br J Dermatol* 165: 329–34

Day J, Hayes W (2008) Imagem corporal e ulceração da perna. In: Lindsay E, White R, ed. Úlceras de perna e problemas do membro inferior: uma abordagem holística. *Feridas Reino Unido,* Aberdeen: 21-8

Departamento de Saúde (2005) Quadro Nacional de Serviços: condições de longo prazo. Março de 2005. Disponível em: http://bit.ly/1WltuIp (acessado em 21.10.15)

Downe A (2014) Como a limpeza e o desbridamento de feridas auxiliam no gerenciamento e na cicatrização. *JCN* 28(4): 33-7

Drugs.com (2015) *Hiperqueratose.* Disponível em: http://www.drugs.com/health guide/hyperkeratosis.html (acessado em 01.10.15)

Dyble T, Ashton J (2011) Uso de emolientes no tratamento de condições de pele seca. *Comunidade Br J Enfermeiras* 16: 214¬20

European Wound Management Association (EWMA) (2005) Documento de foco: curativo de linfedema na prática. MEP Ltda: Londres

Foot in Diabetes em nome do College of Podiatry (FDUK) (2014) O Princípios de Desbridamento: O Pé Diabético. Desenvolvendo um escopo de prática para podólogos no Reino Unido. Disponível em: http://www.wounds-uk.com/pdf/con tent_11359.pdf (acessado em 21.10.15)

Gray D, Cooper P, Russell F, et al (2011) Avaliando o desempenho clínico de um novo produto de desbridamento mecânico seletivo de feridas. *Feridas Reino Unido* 7(3): 42-6

Harding K, et al (2015) Simplificando o manejo da úlcera venosa da perna. Consenso recomendações. Internacional de Feridas. Disponível para download em: www.feridasinternational.com

Hess CT (2010) Realizando uma avaliação da pele. *Enfermagem* 40(7): 66

International Lymphoedema Framework (ILF) (2006) Melhor prática para o tratamento do linfedema: Consenso Internacional. Londres: MEP Ltd

International Lymphoedema Framework (2012) Terapia de compressão: um documento de posição sobre bandagem de compressão. A International Lymphoedema Frame trabalha em associação com a Aliança Mundial para Tratamento de Feridas e Linfoedema. Disponível em: http://bit.ly/19X7Rkc (acessado em 21.10.15)

Jakeman A (2012) A gestão eficaz da hiperqueratose. *Fundamentos de Feridas* 1: 65-73

Lawton S, Langeon A (2009) Avaliando e gerenciando a pele perilesional vulnerável. *Feridas Mundiais.* Disponível em: http://bit.ly/1WltF6y (acessado em 24.03.2015)

Lawton S (2009) Questões práticas para terapia emoliente em pele seca e com coceira. *Br J* Enfermeiras 18: *872–7*

Lindsay E (2007) Lavar ou não lavar: Qual é a solução para úlceras crônicas nas pernas? *Fundamentos de Feridas* 2: 74–83

Marks R (2001) Emolientes sofisticados. Stuttgart, Nova York: Georg Thieme Verlag

Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde (MHRA) (2008) Atualização de Segurança de Medicamentos. Tratamentos à base de parafina: Risco de incêndio. Disponível em: http://bit.ly/1WltKHn (acessado em 28.10.15)

Moffatt C, Martin R, Smithdale R (2007) Gerenciamento de úlceras de perna. Blackwell Publishing, Oxford: 171 Moncrieff G, Van Onselen J, Young T (2015) O papel dos emolientes na manutenção

da integridade da pele. *Feridas Reino Unido* 11(1): 68-74

Moncrieff G, Cork M, Lawton S, et al (2013) Uso de emolientes em condições de pele seca ções: declaração de consenso. *CED* 38:231-8

Moncrieff G (2013) Terapia emoliente completa – uma visão pessoal. Boletim de primavera da Sociedade de Dermatologia de Atenção Primária. Disponível em: http://bit.ly/1GOKG1F (acessado em 21.10.15)

Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) (2007) Eczema atópico em menores de 12 anos: diagnóstico e tratamento [CG57]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg57 (acessado em 21.10.15)

NICE (2014) A almofada de desbridamento de monofilamento Debrisoft para uso em feridas agudas ou crônicas [MTG 17]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/mtg17 (acessado em 08.10.15)

NICE (2013) Varizes nas pernas: o diagnóstico e o manejo da varizes. Diretrizes NICE [CG168]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/orientação/cg168 (acessado em 08.10.15)

Pidock L, Jones H (2013) Uso de uma almofada de desbridamento de fibra de monofilamento para tratar hiperqueratose relacionada ao edema crônico. *Feridas Reino Unido* 9 (3): 89-92

Prakash S, Tiwary SK, Mishra M, et al (2013) Úlcera venosa: artigo de revisão. *Ciência Cirúrgica* 4: 144-150

Pray WS (2010) Desafios ao recomendar produtos sem receita médica para pacientes com diabetes. Disponível em: http://bit.ly/1Ri0lqU (acessado em: 23.10.15)

Proksch E, Lachapelle JM (2005) O manejo da pele seca com emolientes tópicos – perspectivas recentes. *J Dtsch Dermatol Ges* 3: 768¬74

Stephen-Haynes J, Callaghan R (2012) O papel de um sistema de desbridamento ativo em auxiliar o clínico experiente a realizar uma avaliação e determinar o apropriado. Apresentação de pôsteres, Conferência EWMA. Viena, maio

Stephen-Haynes J, Carville K (2011) Skin Tears Made Easy. *Internacional de Feridas* 2(4). Disponível para download em www.woundsinternational.com (acessado em 21.10.15)

Strohal R, Apelqvist J, Dissemond J, et al (2013) Documento EWMA: Debride mento. *J Cuidados com Feridas* 22 (Suplemento 1): S1–S52

Whitaker J (2012) Autogestão no combate às doenças crônicas da pele. *J Linfoedema* 7(1): 46–50

Wounds International (2012) Otimizando o bem-estar em pessoas que vivem com uma ferida. Um consenso internacional. Londres: Wounds International. Disponível em: http://www.woundsinternational.com/media/issues/554/files/content_10309.pdf (acessado em 21.10.15)

Wounds UK (2015) Debrisoft® Fazendo o Caso. Disponível em: http://www.feridas-uk.com/pdf/content_11560.pdf (acessado em 22.10.15)

Machine Translated by Google

Wounds UK

Machine Translated by Google