

## **Nutrição no tratamento e prevenção da úlcera de decúbito**

As úlceras de decúbito ou úlcera de pressão, ou ainda escaras, são alterações da integridade da pele que resultam em lesões que acometem pacientes hospitalizados e têm sido motivo de preocupação tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe multidisciplinar. Resultam de uma complexa interação entre fatores de risco externo e interno como força mecânica excessiva, imobilidade, incontinência, idade avançada e outros. De acordo com Rogenski e Santos (2005), a incidência dessas lesões pode variar em torno de 3,2% a 66%<sup>6</sup>.

Estudos apontam a desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de decúbito e também no retardo da cicatrização de lesões já existentes<sup>1</sup>. A cicatrização é um processo complexo dividido em três fases e influenciado por vários motivos dentre eles o estado nutricional. Larsson et al (1990) e Delmi et al (1990) verificaram o

efeito de suplemento nutricional em grupos com úlcera de pressão e puderam concluir que além de promover um melhor estado nutricional, o tempo de hospitalização e a mortalidade foram minimizados<sup>1</sup>.

De acordo com Waitzberg (2000), a resposta fibroblástica às feridas é prejudicada pela depleção de proteínas e energia, promovendo uma cicatrização mais lenta<sup>9</sup>. As células são basicamente compostas por proteínas e as proteínas compostas por aminoácidos que por sua vez são essenciais à neovascularização, síntese de colágeno, proliferação fibroblástica e produção de linfócitos. Neste caso, quando ocorre a depleção protéica, ocorre então a inibição da proliferação fibroblástica, prolongamento da fase inflamatória, redução da síntese de colágeno, redução da força tênsil da ferida e conseqüente aumento da taxa de infecção<sup>9</sup>.

Existe ainda, uma classificação para os estágios da úlcera de pressão de acordo com a profundidade de comprometimento tecidual, que pode variar de I até IV. O primeiro estágio é caracterizado pela alteração da pele, na consistência do tecido, pode causar sensação de coceira ou queimação e em pessoas de pele clara o aparecimento de eritema e em pessoas com a pele mais escura pode aparecer descoloração, manchas roxas ou azuladas. No estágio II ocorre a perda da epiderme, derme ou então de ambas. O surgimento de bolhas ou orifícios rasos é comum nessa fase. O estágio III envolve perda de pele com necrose subcutânea e no estágio IV ocorre destruição de músculos, ossos e outras estruturas<sup>1</sup>.

Mais do que a quantidade, oferecer uma dieta com nutrientes de qualidade torna-se essencial em todas as fases, mas em especial nas fases I e II. O aporte de proteínas de alto valor biológico como a proteína do soro do leite é uma excelente opção, pois

apresenta todos os aminoácidos essenciais e em proporções adequadas. Além disso, possui rápida digestão e lenta passagem pelo intestino, promovendo maior absorção de aminoácidos e peptídeos pelo organismo. As proteínas do soro do leite apresentam atividade biológica como ação antimicrobiana, cicatrização de feridas, imunidade passiva, fator de crescimento para bifidobactérias, atividade imunomoduladora, atividade antiinflamatória, ligação entre plaquetas e outras atividades<sup>8</sup>. Devido ao quociente de eficiência protéica (PER) elevado e excelente perfil aminoacídico, a proteína do soro do leite torna-se perfeita para complementar outras fontes protéicas como a proteína isolada de soja e caseinato de cálcio. A proteína isolada de soja, por sua vez, além de ter valor biológico equivalente ao de fontes protéicas de origem animal, apresenta aminoácidos anabólicos como arginina e glutamina<sup>4</sup>.

Além das proteínas, algumas vitaminas e minerais exercem papel importante no

processo de cicatrização como vitamina A, C, K, vitaminas do complexo B, ferro, cobre, zinco e até mesmo manganês. A vitamina C ou ácido ascórbico atua na hidroxilação da prolina, lisina e também na síntese de colágeno. Além disso, a vitamina C otimiza a absorção e utilização do ferro, outro nutriente essencial no processo de cicatrização. O ferro, componente essencial de algumas enzimas como hemoglobina, mioglobina, participa da hidroxilação da prolina e lisina na síntese de colágeno e age juntamente com o cobre<sup>9</sup>.

O zinco é um íon fundamental presente em enzimas, proteínas, carboidratos, lipídeos e ácidos nucleicos. Além de ação antioxidante, o zinco atua na regulação hormonal da divisão celular, sendo que o eixo do hormônio gonadotrófico e o IGF-1 é responsivo ao estado nutricional do zinco, conforme Fernandes e Mafra (2005)<sup>2</sup>. Deficiência de zinco tem sido associada à susceptibilidade a infecções (livro materese), pois atua no sistema imunológico<sup>2,3,5</sup>.

Outro mineral de importância no processo de cicatrização da úlcera de decúbito é o cálcio, pois atua como co-fator necessário para coagulação sanguínea e o manganês importante na síntese e ativação de protrombina na presença da vitamina K<sup>9</sup>.

Como foi colocado anteriormente, o processo de cicatrização compreende três fases, nas quais a nutrição atua de forma essencial e efetiva. De acordo com EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), *South Australian Department of health* e Guideline 2004, o objetivo primário deve ser a correção da desnutrição protéico-calórica, sendo dada atenção atualmente à qualidade protéica ofertada, mais do que a quantidade. Com o intuito de promover a qualidade de vida de tais pacientes, a intervenção nutricional deve ser iniciada logo aos primeiros sinais de alteração da pele, seja quanto à cor, temperatura ou umidade, prevenindo futuras úlceras ou em estágio inicial<sup>1,3,7,9</sup>.

## Referências

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Diretrizes de nutrição na prevenção e tratamento de úlceras de pressão. 2003.
2. Fernandes, AG e Mafra, D. Zinco e câncer: uma revisão. Revista Saúde e Com. 1 (2):144-156. 2005.
3. Koury, JC. E Donangelo, CM. Zinco, estresse oxidativo e atividade física. Revista Nutr. Campinas. Out/dez. 2003.
4. Magnoni, D e Emed, T. Revisão Clínica sobre proteína de soja. The Solae Company. 2005.
5. Matarese, LE e Gottschlich, MM. Contemporary Nutrition Support Practice. A Clinical Guide. 1998.
6. Rogenski, N M B e Santos, V L C G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Revista Latino-am Enfermagem, Julho / Agosto. 2005.
7. South Australian Department of Health. Pressure ulcer prevention & Management Practices Integration of Evidence. 2003.
8. Walzem R L, Dillard C S, et al. Whey Components: M. Llenia of evolution creates functionalities from mamalian nutrition: "What we know and what we may be over looking". Critical Reviews in Food Science.
9. Waitzberg D L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática clínica. São Paulo: Editora Atheneu. 2000.