1. OBJETIVO

- Promover a prevenção e o tratamento de lesões de pele (lesão por pressão (LP) e de lesões por dispositivo);
- Padronizar os processos assistenciais da equipe multiprofissional para manutenção da integridade cutânea e tratamento de lesões, quando necessário.

2. RESPONSABILIDADES

2.1. ELABORAÇÃO E REVISÃO: Elaborado por enfermeiros e equipe multiprofissional e revisado pelo setor de Qualidade e Coordenação do Hospital Dia Santo Amaro (HDSA);

2.2. EXECUÇÃO: Equipe de enfermagem, Equipe médica e multiprofissional.

3. DEFINIÇÕES

- **LPP**: Lesão por pressão;
- **DAI**: Dermatite associada à incontinência;
- **SCQ**: Superfície corporal queimada;
- **ELPO:** Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico;
- **PHMB:** Polihexametileno de Biguanida;
- **HDSA:** Hospital Dia Santo Amaro.

4. PÚBLICO ALVO

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em atendimento na instituição, sejam eles internados ou admitidos para realização de exames diagnósticos e cirurgias.

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

5.1. INTRODUÇÃO

Em 2016, o órgão americano NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Painel) substituiu o termo Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão, e atualizou a

nomenclatura dos estágios do sistema de classificação.

Segundo Moraes, et al, 2016, a ocorrência de lesão por pressão causa vários transtornos tanto físicos quanto emocionais ao paciente e sua família, além de aumentar risco para complicações, influindo na morbidade e mortalidade.

Além disto, a LPP também aumenta custos hospitalares e ao sistema de saúde. Um indicador de qualidade das instituições hospitalares é a ausência ou presença de LPP.

5.2. DEFINIÇÕES

O conceito de Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa, ocorrendo como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Segundo a SOBEST, 2016, as Lesões por Pressão são categorizadas da seguinte forma para indicar a extensão do dano tissular:

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1
• Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura; • Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais; • Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha (essas podem indicar dano tissular profundo);

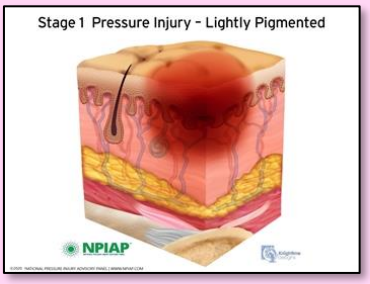


IMAGEM: NPIAP, 2022

IMAGEM: NPIAP, 2022

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2

- Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme;
- leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida;
- tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis;
- Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presents;
- Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo;
- Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões);

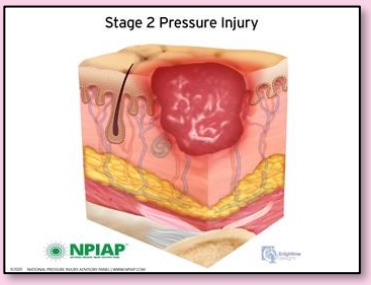


IMAGEM: NPIAP, 2022.

IMAGEM: SOBEST, 2018

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 3

- Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes;
- Esfacelo e /ou escara pode estar visível;
- A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica;

- Áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas;
- Podem ocorrer descolamento e túneis;
- Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso;
- Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável;

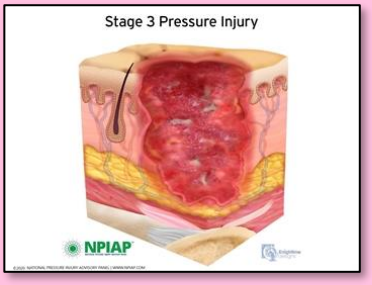


IMAGEM: NPIAP, 2022.

IMAGEM: Coloplast, 2013

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 4

- Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso;
- Esfacelo e /ou escara pode estar visível;
- Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente;
- A profundidade varia conforme a localização anatômica;
- Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável;

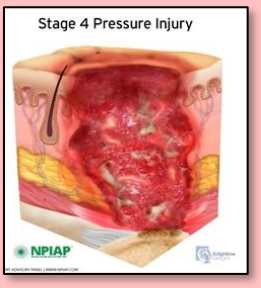


IMAGEM: NPIAP, 2022.

IMAGEM: NPIAP, 2022.

LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL

- Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara;

- Ao ser removido (esfacelo ou escara);
- Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente;
- Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida;

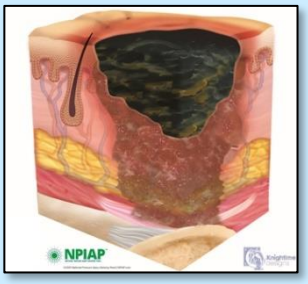


IMAGEM: NPIAP, 2022

IMAGEM: mdsaude, 2022

LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA

- Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento;
- Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele;
- A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura;
- Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo;
- A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular;
- Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4);
- Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas;

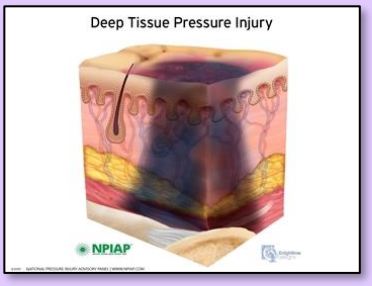


IMAGEM: NPIAP, 2022

IMAGEM: elsevierhealth, 2022

LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO

- Essa terminologia descreve a etiologia da lesão;
- A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos;
- A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo;
- Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão;

IMAGEM: NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2017

LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS MUCOSAS

- A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano;
- Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

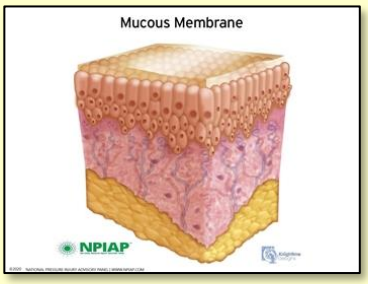


IMAGEM: NPIAP, 2022

IMAGEM: enfermagemonline, 2022

5.3. PROCEDIMENTO PARA AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO E DISPOSITIVOS MÉDICOS

Todo paciente deve ser avaliado na admissão, e diariamente, durante sua internação. A avaliação é realizada pelo enfermeiro, durante o exame físico diário do paciente, considerando suas fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de lesões de pele.

O enfermeiro preenche no sistema MV, a escala de Braden, avaliando o paciente conforme os 6 fatores a seguir: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Cada fator é testado e pontuado de 1 a 4 pontos. Quanto maior a pontuação, significa que melhor é o estado do paciente. Assim, a soma total resulta em um número entre 6 e 23.

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	**1- Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**2- Muito limitado:** Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	**3- Levemente limitado:** Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	**4- Nenhuma limitação:** Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	**1- Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	**2- Muito molhada:** A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	**3- Ocasionalmente molhada:** A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	**4- Raramente molhada:** A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	**1- Acamado:** confinado a cama	**2- Confinado à cadeira:** A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	**3- Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	**4- Anda freqüentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	**1. Totalmente imóvel:** Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	**2. Bastante Limitado:** Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	**3. Levemente Limitado:** Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	**4. Não apresenta limitações:** Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	**1. Muito Pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	**2. Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	**3. Adequado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	**4. Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	**1. Problema:** Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Freqüentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	**2. Problema em potencial:** Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	**3. Nenhum Problema:** Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

FONTE: ESCALA DE BRADEN (PARANHOS E SANTOS, 1999)

Abaixo segue a classificação de risco conforme escala de Braden:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	PONTUAÇÃO
Sem risco	19 a 23 pontos
Risco Baixo	15 a 18 pontos
Risco Moderado	13 a 14 pontos
Risco Alto	10 a 12 pontos
Risco Muito Alto	≤ 9pontos

A escala nos fornece um parâmetro, que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco, portanto devem ser utilizadas 6 etapas essenciais para prevenção de LPP, são elas:

ETAPA 1

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO DE TODOS OS PACIENTES

- Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver lesão por pressão;
- O enfermeiro deverá utilizar a escala de Braden, no sistema MV;
- A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

ETAPA 2

REAVALIAÇÃO DIÁRIA DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LPP DE TODOS OS PACIENTES INTERNADOS

Recomendações para avaliações do risco para desenvolvimento de lesão por pressão:

- Juntamente com a avaliação do risco deverá ocorrer a inspeção da pele descrita na Etapa 3, para pacientes com risco;

- Incluir em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante;
- Avaliar presença de dor;
- Fazer a reavaliação do risco a cada 24 horas ou se houver mudança do quadro clínico do paciente;
- O enfermeiro deverá prescrever os cuidados de enfermagem;
- Sinalizar no quadro de identificação do paciente, a lateralidade para a mudança de decúbito.

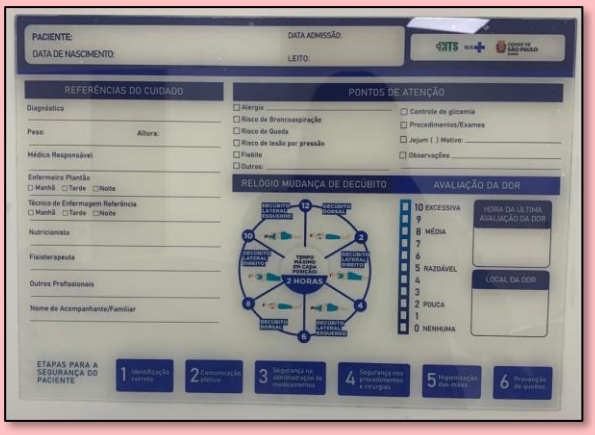


IMAGEM: Placa de leito do paciente - HDSA

Em pacientes com risco alto / pacientes graves, em que a pele já está vulnerável e com alteração de fluidos e/ou com sinais de edema localizado/generalizado, a avaliação da pele nos locais de interface com dispositivos médicos deverá ser realizada a cada 2 horas ou mais vezes, se necessário. Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos (claves, conectores, equipo, extensões, cateteres venosos, vesicais, eletrodos, tubo endotraqueal, sondas gástricas e enterais, entre outros) de 2/2h, a cada mudança de decúbito, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. Registrar a avaliação de pele em evolução de enfermagem. A avaliação de pele deve ocorrer de acordo com a classificação de risco:

- **Risco Baixo 1x ao dia;**
- **Risco Moderado 2x ao dia;**
- **Risco Alto ou Muito Alto 3x ao dia;**
- **Pacientes graves a cada 2hs.**

Pacientes no Centro Cirúrgico - Devido alterações de mobilidade, atividade, percepção sensorial, decorrentes da anestesia, tempo de cirurgia muitas vezes prolongado e sobre superfície rígida, os pacientes deverão ser considerados como de risco para desenvolver LPP. O tempo cirúrgico associado ao posicionamento fixo do paciente pode gerar pontos de pressão óssea com a mesa cirúrgica e gerar danos ao paciente: temporários ou permanentes. (Nascimento e Rodrigues, 2020).

De acordo com cada posição cirúrgica, o paciente deve ter proeminências ósseas protegidas e a redistribuição da pressão, conforme descrito em nosso **PO.ENF.066.**

O paciente cirúrgico deve ser avaliado no momento em que for posicionado em mesa cirúrgica, através da escala ELPO. Esta escala deve ser aplicada exclusivamente pelo enfermeiro.

A escala ELPO contém sete itens de avaliação (tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente) com cinco subitens cada. A pontuação varia de um a cinco pontos e a pontuação total de sete a 35 pontos. Considera-se paciente de baixo risco com até 19 pontos e de alto risco aquele igual ou maior de 20 pontos, e quanto maior o escore em que o paciente é classificado, maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

Itens \ Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	geral + regional	geral	regional	sedação	local
Superfície de suporte	sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	abertura dos membros superiores < 90°	alinhamento corporal
Comorbidades	úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnostica ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

FONTE: PO de Posicionamento cirúrgico – HDSA

Ao término da cirurgia, durante a transferência da mesa cirúrgica para maca, a equipe deverá realizar inspeção de pele e, na presença de hiperemia ou rompimento cutâneo, posicionar o paciente de tal forma que as áreas com alteração sejam mantidas livres de pressão.

Para realizar proteção e redistribuição de peso sugerem-se: uso de colchão de espuma visco elástica, colchão piramidal curativo de espuma de poliuretano em proeminências ósseas, coxins com a almofada do paciente, ou coxins de polímero para posicionamento.

ETAPA 3

INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés.

Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes.

Recomendações para inspeção da pele:

- O paciente deve estar com a pele limpa e seca. Caso seja necessário realizar higiene com água morna e um produto com pH equilibrado; caso o paciente apresente evacuações líquidas, prescrever creme barreira, aumento da frequência de higiene íntima e tratamento para DAI;
- Atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos;
- Recomenda-se que se aproveite os reposicionamentos do paciente para reavaliar a pele em caso de pacientes acamados;
- Diferenciar a causa e o grau do eritema da pele, determinando se é branqueável ou não branqueável;
- Incluir em todas as avaliações da pele: temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante.

ETAPA 4

MANEJO DA UMIDADE: MANUTENÇÃO DO PACIENTE SECO E COM A PELE HIDRATADA

Pele úmida é mais vulnerável, propícia o desenvolvimento de lesões cutâneas, e a tendência é romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

Recomendações para higienização, hidratação da pele e manejo da umidade

- Hidratar a pele seca e áreas ressecadas, principalmente após o banho, ao menos 1x/dia;
- Durante a hidratação da pele, não massagear as proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. Os movimentos devem ser suaves e circulares;
- Pacientes com incontinência urinária e/ou fecal devem ter prescrito obrigatoriamente produtos barreira como cremes de barreira;
- A decisão pelo uso de fralda ou absorventes é do enfermeiro, com base na aplicação da escala de Braden;
- Atentar para troca de curativos, enxoval e posicionar barreiras de contenção com toalhas ou lençol;
- Oferecer comadre ou papagaio sempre que necessário.

Atenção a outras fontes de umidade como: extravasamento de drenos, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para pele.

ETAPA 5

OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente.

Avaliações de nutricionistas deverão ser solicitadas:

- Quando houver alteração na pontuação na escala Braden no item nutricional;
- Quando o paciente tiver sido pontuado entre: risco moderado, risco alto e pacientes graves;
- Sempre que houver má aceitação alimentar, sinais clínicos de desnutrição ou que possam predispor alterações do estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência e desidratação, a equipe médica também deve ser acionada para discussão sobre a possibilidade de sondagem para melhora do quadro do paciente ou até mesmo suplemento nutricional.

ETAPA 6

OTIMIZAÇÃO DA MOBILIDADE

Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão (ANVISA, 2017).

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal, para todos os tipos de paciente, os cuidados com os pacientes são:

- **PACIENTE INDEPENDENTE:** Orientar e estimular as tarefas de forma ativa, deambulação precoce com auxílio e supervisão da equipe multiprofissional;
- **PACIENTE PARCIALMENTE INDEPENDENTE:** Necessário maior planejamento, auxílio da equipe multiprofissional, e de equipamentos facilitadores durante as movimentações;
- **PACIENTE DEPENDENTE:** Maior risco durante as mobilidades e transferências. Necessita de rigoroso planejamento e auxílio da equipe multiprofissional;

- **PACIENTE GRAVE:** Apresenta instabilidade hemodinâmica. Mobilizar de forma lenta e gradual, estabilizando sua condição hemodinâmica e oxigenação. Se houver contraindicação de mobilização / reposicionamento devido quadro de instabilidade hemodinâmica, reavaliar a cada 6 horas objetivando sua mobilização o quanto antes e assim que estável. Em caso de impossibilidade de mobilização/reposicionamento do paciente, registrar em prontuário. Nesta reavaliação deverá ser realizada semi mudanças de decúbito, utilizado coxin, mantendo calcâneos elevados com posicionadores, realizando mudanças lentamente, em até 10 ou 15 graus aguardando 15 segundos, após este período ir lateralizando a 30 graus, avaliando sempre os SSVV como FC, FR, Sat O^2, por cerca de 10 min.

ETAPA 7
MANUTENÇÃO DO CONFORTO RESPIRATÓRIO

Os pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva em algum momento podem necessitar de uso de dispositivo de via aérea que substitua ou auxilie na manutenção de sua ventilação. O uso do tubo orotraqueal (TOT) e/ou cânula de traqueostomia são os principais instrumentos que comportam essa manutenção, permitindo instalação de oxigênio, remoção de secreções e ventilação mecânica. Com a utilização desses dispositivos invasivos, os pacientes podem estar sujeitos a lesões cutâneo-mucosas nas vias respiratórias superiores e inferiores.

A segurança do paciente visa à redução de danos desnecessários, envolvendo a prática de ações que minimizem as complicações ao contexto e aos dispositivos a partir dos quais se presta o cuidado.

CUIDADOS AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:

- Avaliação do fisioterapeuta em conjunto com equipe médica e de enfermagem sobre previsão do tempo em que permanecerá com a VNI;
- Atentar-se para o tamanho correto da máscara conforme o biotipo do paciente;
- Atentar-se em casos em que a máscara será utilizada acima de 2hs;
- Atenção para necessidade de corrigir o posicionamento das máscaras devido a presença de hiperemia na pele;
- Posicionamento correto do circuito no braço de apoio;

- Questionar o paciente quanto a sensação de desconforto e reposicionar a máscara sempre que necessário;
- Realizar limpeza da máscara sempre que necessário;
- Realizar avaliação da pele e mini deslocamentos para alívio de pontos de pressão a cada 2h.

CUIDADOS AO PACIENTE COM INTUBAÇÃO TRAQUEAL

- Avaliação do enfermeiro e fisioterapeuta em conjunto com equipe médica sobre previsão do tempo de intubação;
- Avaliar a necessidade de aplicação de película/cobertura nos pontos de fixação do tubo como: região posterior da cabeça, zigomático, orelhas, lábio superior;
- Troca da fixação na presença de sujidade, umidade ou fixação apertada causando pressão na pele;
- Em casos de paciente com agitação, comunicar equipe médica para otimização de sedoanalgesia, minimizando atrito de dispositivos na pele do paciente, consequentemente, lesões cutâneas.

ETAPA 8

CUIDADOS AOS PACIENTES EM USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

- Pacientes com dispositivos médicos deverão ser considerados com risco de desenvolver LPP, independente da pontuação da escala de avaliação de risco, ou seja, caso ele seja classificado como sem risco pelos critérios da escala e estiver com dispositivos médicos em contato com a pele serão considerados como risco havendo necessidade avaliação contínua;
- Discutir em visita multidisciplinar, a possibilidade de retirada dos dispositivos utilizados pelo paciente;
- Inspecionar a pele em contato com o dispositivo ao menos 4x/dia para identificar sinais de lesão;
- Na Unidade de Estabilização, a inspeção da pele ao redor de dispositivos médicos deve ser a cada 2h, durante a mudança de decúbito, exceto no paciente consciente e orientado que seja capaz de sinalizar desconforto ou dor no local, sempre que possível rodiziar oxímetro e manguito;

- Evitar colocar dispositivos em regiões com risco de LPP ou LPP presente;
- No momento da avaliação do local do dispositivo, se identificada qualquer alteração na pele, deve-se realizar o rodízio da fixação, afrouxamento ou troca da fixação para alívio da pressão local, além do uso de películas/ coberturas protetoras;
- Considerar a utilização de uma cobertura de proteção para prevenir LP relacionadas com dispositivos médicos, caso decidido o uso de películas/ cobertura protetora da pele;
- Rodiziar dispositivos com atenção para não os deslocar (rodízio de sondas enterais, gástrica e vesicais, tubo endotraqueal, extensão de cateteres, extensão de drenos);
- Não aplicar dispositivos de aquecimento como bolsa de água quente e almofadas térmicas diretamente sobre a pele;
- Manter paciente em normotermia, exceto pacientes com prescrição de hipotermia;
- Avaliar a dor localizada como parte integrante da avaliação de pele. A dor pode, comumente, ser uma das causas da imobilidade no leito;
- Pacientes identificados como risco para desenvolvimento de LPP deverão ser reposicionados a cada 2 horas;
- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90 graus ou estar semi- reclinado;
- Quando o paciente estiver em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30 graus, salvo contraindicações devido a condição clínica;
- Utilizar a inclinação de 30 graus para as posições laterais – alternar lado direito, dorsal e esquerdo- ou para posição de prona se o indivíduo tolerar e a condição clínica permitir;
- Evitar o uso em excesso de fitas adesivas;
- Manter os lençóis limpos, secos e sem dobras.

5.4. AVALIAÇÃO DA FERIDA

A avaliação da ferida deve contemplar os seguintes aspectos:

- **ETIOLOGIA:** As feridas são classificadas em agudas e crônicas. Esta classificação é baseada no tempo de cicatrização. As feridas agudas podem ser: Cirúrgicas (intencionais e podem cicatrizar por primeira intenção, segunda

intenção ou primeira intenção diferida) ou traumáticas (geralmente acidentais: esfacelos, escoriações, cortantes, perfurantes, esmagamentos, mordeduras de animais e queimaduras). Feridas crônicas são de difícil cicatrização: úlceras de pressão, pé diabético, úlceras de perna, feridas oncológicas, feridas atípicas;

- **LOCALIZAÇÃO:** A localização de uma ferida pode indicar sua etiologia, mas não deve ser sua única característica definidora. Deve ser descrita com linguagem classificada e exata;
- **DIMENSÕES:** Para se caracterizar uma ferida de acordo com suas dimensões, devem ser descritos: comprimento, largura e profundidade;

Mensuração horizontal e vertical

FONTE: Protocolo de assistência aos usuários com lesões de pele, Prefeitura de Videira, 2018.

Mensuração de profundidade

FONTE: Protocolo de assistência aos usuários com lesões de pele, Prefeitura de Videira, 2018.

- **EXISTÊNCIA DE CAVIDADES OU FÍSTULAS:** Caracterizam-se por perda de tecido e formação de uma cavidade com envolvimento de órgãos ou espaços. Podem ser traumáticas, infecciosas, por pressão ou complicações pós-cirúrgica;

- **PRESENÇA DE EXSUDATO:** O exsudato deve ser caracterizado quanto à sua cor (seroso, sanguinolento, sero sanguinolento); quantidade (pequena, moderada, abundante) e consistência (fluído, espesso, purulento). Pode estar presente ou ausente. A presença de odor pode indicar um sinal de processo infeccioso na ferida;

IMAGEM: medetec.co.uk/slide%20scans/miscellaneous/target33.html

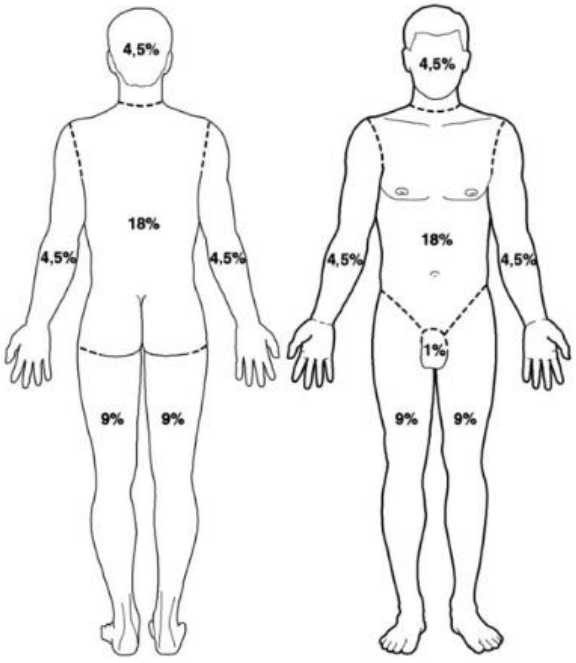
- **DOR:** A presença de dor é um fator muito importante a ser considerado e tratado nos pacientes com ferida;
- **TIPO DE TECIDO PRESENTE NO LEITO DA FERIDA:** Indicativo da fase de cicatrização, da evolução e da eficácia do tratamento. O leito da ferida pode apresentar diferentes tipos de tecido: necrose seca (cor preta, indicativo de desvitalização), esfacelo (de cor amarelada e que pode se apresentar aderente ao leito da ferida), Granulação (tecido de cor avermelhada), Epitelização (tecido de cor rosada);
- **BORDAS DA FERIDA E PELE PERI-LESIONAL:** As condições da pele nas bordas da ferida são muito importantes para sua evolução. Alterações como maceração, eritema, edema, eczema ou celulite são prejudiciais para a boa evolução da cicatrização da ferida;
- **SINAIS DE COLONIZAÇÃO CRÍTICA / INFEÇÃO:** São sinais que atrasam o tratamento da lesão: aumento da quantidade de exsudato e alterações das suas características, odor, dor, alterações de coloração do tecido e do leito da ferida, presença de hipergranulação ou tecido de granulação friável, eritema,

rubor, aumento da temperatura local, celulite, das bordas e pele peri lesional, atraso ou estagnação do processo de cicatrização.

5.5. QUEIMADURAS

As queimaduras são lesões decorrentes de agentes capazes de produzir um calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular (como exemplo energia térmica, química ou elétrica).

Podem ser classificados como queimaduras de primeiro grau, de segundo grau ou de terceiro grau. A classificação é feita considerando a profundidade do local atingido. O cálculo da extensão do agravo é classificado de acordo com a idade. Assim, normalmente utilizamos a regra dos nove, de autoria de Wallace e Pulaski, que considera a extensão atingida: a chamada superfície corporal queimada (SCQ). Para superfícies corpóreas de pouca extensão ou que atinjam apenas partes dos segmentos corporais, utiliza-se para o cálculo da área queimada o tamanho da palma da mão (incluindo os dedos) do paciente, o que é tido como o equivalente a 1% da SCQ.



Cálculo da superfície corporal queimada

FONTE: Google 2022

De acordo com a profundidade, as queimaduras são classificadas em:

- **PRIMEIRO GRAU (ESPESSURA SUPERFICIAL)**: Eritema solar. Afeta somente a epiderme, sem formar bolhas, apresenta vermelhidão, dor, edema e descamação da pele em 4 a 6 dias;

IMAGEM: trabalhosparaescola.com.br/queimaduras-graus-complicacoes-e-tratamento-caseiro/

- **SEGUNDO GRAU (ESPESSURA PARCIAL-SUPERFICIAL E PROFUNDA):** Afeta a epiderme e parte da derme, forma bolhas ou flictenas. As superficiais apresentam a base da bolha rósea, úmida e dolorosa. As profundas apresentam a base da bolha branca, seca, indolor e menos dolorosa. A cicatrização pode ocorrer entre 7 e 21 dias;

IMAGEM: preveniremcasa.com.br/pomada-para-queimadura-tudo-o-que-voce-precisa-saber/

- **TERCEIRO GRAU (ESPESSURA TOTAL):** Afeta a epiderme, a derme e estruturas profundas, é indolor, tem e presença de placa esbranquiçada ou enegrecida, não reepiteliza e necessita de enxertia de pele.

IMAGEM: lifesavingpro.com.my/burn-terbakar-dan-lecuran/

5.6. PÉ DIABÉTICO

A diabetes mellitus (DM), traz entre suas complicações crônicas as feridas nos pés (pé diabético) o quadro mais grave e que causa maior impacto é a amputação de extremidades. O pé diabético é caracterizado por infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores que consequentemente podem levar a amputação.

IMAGEM: termodiagnose.com.br/index.php/blog/item/24-pe-diabetico

Cuidados e orientações para manter a integridade dos pés:

- Inspecionar diariamente os pés, inclusive as áreas entre os dedos;
- Higienizar diariamente os pés, avaliando a temperatura da água, que não deve ultrapassar a 37º C;
- Usar sabonete de glicerina;

- Limpar bem entre os dedos;
- Enxaguar para remover todo resíduo de sabão;
- Secar os pés sem fricção, principalmente entre os dedos;
- Hidratar a pele dos pés e pernas e não aplicar creme ou óleo entre os dedos;
- Massagear os pés (dos dedos para a perna, exceto com varizes);
- Usar meias de algodão e não-apertadas. Nunca usar meias de nylon (apertam e retêm umidade);
- Não cruzar as pernas ou ficar na mesma posição por muito tempo;
- Se o peso da coberta causar dor ou incomodo no paciente, colocar um travesseiro ou almofada embaixo da coberta, entre os pés e o guarda-cama;
- Evitar calçados inadequados (couro duro, com muitas costuras, sintéticos, bico fino, abertos, fáceis de sair dos pés, com solados muito finos, deformados ou furados).

5.7. ÚLCERAS DE PERNA

	TIPO	LOCALIZAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
VENOSA	 **FONTE:** ICCON - Instituto da Circulação Concórdia S/S, 2022	Terço distal da perna, próximo ao maléolo.	Margens inclinadas e irregulares, leito de granulação fibroso, tamanho variável, grande quantidade de exsudato, podendo ser dolorosa.
ARTERIAL	 **FONTE:** Coloplast, 2022	Dedos, pés ou região lateral pré tibial.	Bordas perfuradas e demarcadas, dolorosa, pequena e profunda, leito da ferida necrótico, sem exsudato, ou em pequena quantidade.

ÚLCERA NO PÉ DIABÉTICO	 **FONTE:** Coloplast, 2022	Área de pressão na planta dos pés, ou margens do pé.	Perda sensorial (quando presença de neuropatia), profundidade variável, podendo envolver tendão e osso.

5.8. LINFEDEMA

É uma doença crônica caracterizada pelo inchaço progressivo de um membro (braço ou perna), podendo acometer também o rosto, pescoço, abdome e órgãos genitais. por acúmulo de linfa nos tecidos abaixo da pele, causando importantes repercussões funcionais e estéticas que alteram a qualidade de vida dos seus portadores.

Os sintomas podem variar desde pequenas alterações na pele a algum edema associado às primeiras fases da doença até grandes edemas com a formação de pregas cutâneas no edema crónico grave.

Como tratamento, a compressão é o elemento mais importante, seja na fase inicial de descongestionamento na manutenção do tratamento a longo prazo.

IMAGEM: angiovascrj.com.br

5.9. FERIDAS TUMORAIS

São formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento, levando à formação de uma ferida

evolutivamente exofítica. Isso se dá em decorrência da proliferação celular descontrolada, que é provocada pelo processo de oncogênese.

São classificadas conforme estadiamento:

- **ESTADIAMENTO 1:** Pele íntegra, tecido de coloração avermelhada ou violácea, nódulo visível e delimitado, assintomático;

IMAGEM: INCA, 2009

- **ESTADIAMENTO 1N:** Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento, tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida, dor ou prurido ocasionais, sem odor;

IMAGEM: INCA, 2009

- **ESTADIAMENTO 2**: Ferida aberta envolvendo derme e epiderme, presença de ulcerações superficiais, na maioria das vezes são friáveis e sensíveis à manipulação, exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas), intenso processo inflamatório ao redor da ferida, dor e odor ocasionais;

IMAGEM: INCA, 2009

- **ESTADIAMENTO 3**: Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo, profundidade regular, com saliência e formação irregular, friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato, apresenta lesões satélites em risco de ruptura, tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada;

IMAGEM: INCA, 2009

- **ESTADIAMENTO 4:** Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas, profunda e por vezes, não se visualiza seu limite, exsudato abundante, odor fétido e dor, tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada;

IMAGEM: INCA, 2009

"SE IMPRESSO, CONSIDERADO CÓPIA NÃO CONTROLADA."

5.10. ESTOMAS

Estoma é uma abertura de um órgão ou víscera oca para o meio externo. É realizado por meio de intervenção cirúrgica, e pode ser temporário ou definitivo. É designado pelo tipo de órgão ou víscera que será exposto: colostomia (cólon), ileostomia (íleo), gastrostomia (estômago), nefrostomia (rim), vesicostomia (bexiga), cistostomia (bexiga com uso de cateter) ou traqueostomia (traquéia).

As funções do estoma variam de acordo com o órgão ou víscera exposto: eliminação (intestinal ou vesical), respiração (traqueostomia) ou alimentação (gastrostomia).

As lesões de pele ao redor do estoma é o principal problema que os pacientes com estomias enfrentam. Os cuidados com a pele ao redor do estoma são essenciais para prevenir lesões de pele.

A limpeza, proteção da pele são muito importantes:

- **ESTOMAS INTESTINAIS/ URINÁRIOS:** Manter a pele peri estoma sempre seca, utilizar equipamento coletor correto para o tipo de estoma, utilizar sabonete neutro ou levemente ácido, realizar a troca do equipamento coletor descolando-o com cuidado, observar presença de processos alérgicos e sangramento, manter pelos aparados, não utilizar produtos oleosos, utilizar produtos específicos para o cuidado com a pele peri estoma, trocar o equipamento coletor sempre que atingir 2/3 do volume, encaixar o coletor ao estoma de modo que não o aperte e nem deixe espaço livres para o contato do efluente com a pele;

IMAGEM: cursosdeauxiliarenfermeria.com/dia-mundial-de-la-ostomia/

- **TRAQUEOSTOMIAS:** Manter pele ao redor do óstio sempre seca, não utilizar cremes e perfumes perto do local, manter o dispositivo fixador sempre seco e não apertado, porém firme, cuidado durante a aspiração com sondas para não lesionar a pele. Caso mantenha gazes como coxim, atentar para mantê-las sempre secas e trocar sempre que necessário;

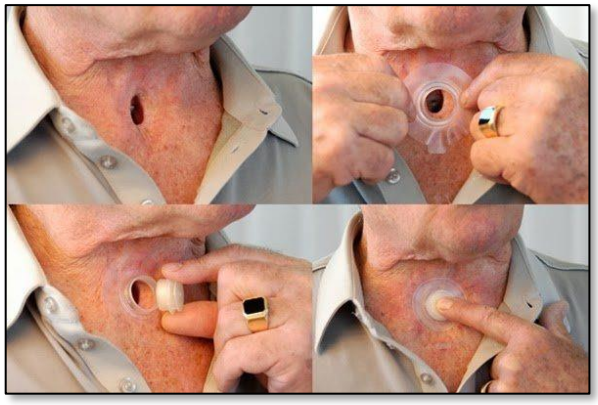


IMAGEM: quora.com/Why-How-can-I-sneeze-when-I-have-a-tracheostomy-and-therefore-dont-breathe-through-my-nose

- **GASTROSTOMIAS/ JEJUNOSTOMIAS:** Manter pele ao redor do óstio sempre seca, não utilizar cremes e perfumes perto do local, cuidado para evitar tração da sonda, manter sonda ou button sempre fixos, evitando que fiquem soltos, movimentando-se sob a pele, realizar rotação 360º diariamente.

IMAGEM: e-learning.reyadahomecare.com/lessons/gastronomy-guidelines/

5.11. FERIDAS INFECTADAS

As feridas infectadas são aquelas em que há um número elevado de bactérias presentes em seu leito. Os principais sinais de infecção locais da ferida são: odor, aumento do exsudato ou exsudato purulento, granulação ausente ou anormal do tecido e aumento da dor.

Para tratamento destas feridas, o uso de coberturas antimicrobianas, como espuma com prata ou alternativamente um curativo de alginato de prata, pode ser útil, assim como a limpeza com PHMB. Atentar para a presença de biofilme (conjunto de microorganismos emaranhados em uma matriz de polímero, que estão aderidos a uma superfície, formando uma espécie de película protetora, impedindo o tratamento da lesão). O biofilme deve ser tratado, para que a ferida evolua no processo de cicatrização.

IMAGEM: fielenfermeiro.wordpress.com/tag/feridas/

5.12. FERIDA CIRÚRGICA

As feridas cirúrgicas são classificadas como agudas e, por serem intencionais, são planejadas e realizadas de modo a reduzir os riscos de complicações. Têm tendência à regressão espontânea e completa, em um prazo esperado. No entanto, podem tornar-se complexas quando apresentam complicações no processo de cicatrização e crônicas, por terem uma longa duração. Dentre as complicações mais frequentes, destacam-se:

- **HEMATOMA** é uma coleção anormal de sangue ou coágulos na incisão ou na camada subcutânea; é uma das complicações mais comuns pode ser um meio adequado para o crescimento de microrganismos. Na maioria dos casos ocorre regressão. O tratamento consiste em evacuação dos coágulos em condições estéreis, oclusão dos vasos sangrantes e fechamento da lesão;

"SE IMPRESSO, CONSIDERADO CÓPIA NÃO CONTROLADA."

IMAGEM: naturalcura.com.br/truques-para-curar-hematomas/

- **SEROMA** é uma coleção de fluidos linfáticos levemente ácidos, claros, amarelados, encontrados na camada subcutânea. Esse tipo de complicação é de etiologia incerta, consequência de algumas cirurgias, principalmente abdominais. O seroma atrasa a cicatrização e aumenta o risco de infecção. O tratamento é a abertura da incisão e fechamento da ferida por segunda intenção;

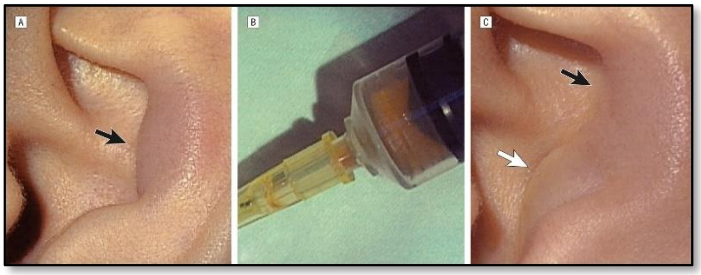


IMAGEM: jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/484516

- **INFECÇÃO** processo inflamatório da ferida ou cavidade operatória que drene secreção purulenta, com ou sem cultura positiva. Pode envolver somente a incisão ou estruturas adjacentes à ferida, ou seja, tecidos outros que foram expostos ou manipulados durante a cirurgia;

IMAGEM: pt.slideshare.net/fmed01/cicatrizao-de-feridas-em-cirurgia

"SE IMPRESSO, CONSIDERADO CÓPIA NÃO CONTROLADA."

- **DEISCÊNCIA** é a ruptura parcial ou total da camada fascial precocemente no curso do pós-operatório. As complicações locais, como seroma e infecção, podem predispor à deiscência. A alta pressão intra-abdominal (distensão abdominal, obesidade, ascite, tosse, vômito, espirro) e fechamento inadequado das camadas fasciais possibilitam o rompimento dos tecidos previamente suturados.

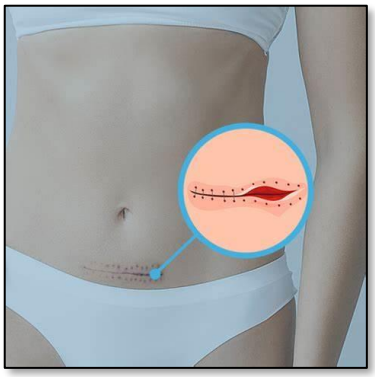


IMAGEM: cirurgiasegura.com/deiscencia-da-sutura/

5.13. PROCEDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVO

- Avaliar qual cobertura é a mais indicada;
- Verificar o grau de dor do paciente e, se necessário, medicar conforme a prescrição médica, cerca de 30 minutos antes de fazer o curativo;
- Separar o material em uma bandeja;
- Promover a privacidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar curativo anterior;
- Lavar as mãos;
- Calçar luva estéril;

- Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico 0,9% em temperatura ambiente, em uma seringa de 20 ml com agulha 40x12;
- Para feridas infectadas, considere utilizar solução de PHMB para a higienização;
- Se possível, remover o tecido desvitalizado com a gaze, após discussão com equipe médica;
- Aplicar o produto selecionado para curativo e a cobertura secundária, se necessário;
- Reunir os materiais, retirar os EPIs e lavar as mãos;
- Documentar em prontuário eletrônico a avaliação da lesão, assim como o procedimento realizado;
- Prescrever em prescrição de enfermagem o próximo curativo.

5.14. COBERTURAS E PRODUTOS PARA CURATIVOS

COBERTURAS E PRODUTOS PARA CURATIVOS		
PRODUTO	CARACTERÍSTICA	MECANISMO DE AÇÃO
Espuma de poliuretano	Permitem a absorção de grandes quantidades de fluido; Oferecem proteção à pele e proeminências ósseas, proteção às feridas; Alguns necessitam de camadas secundárias para fixação.	Poliuretano hidrofílico; Alguns contêm silicone na superfície de contato; Não-oclusivos; Superfície semipermeável que permite a passagem e retenção do exsudato na ferida.
Hidrogéis	Para feridas com pouco ou sem exsudato. Pelas propriedades hidratantes, conferem efeito refrescante e aliviam na dor, prurido e desconforto.	À base de polímeros insolúveis que expandem na água e hidratam as feridas; proporcionam desbridamento autolítico.
Curativos com prata	Para feridas infectadas; O uso de produtos com antimicrobianos deve ser reavaliado regularmente.	Disponíveis de vários tipos (espumas, camadas de contacto, entre outros), impregnados com prata.
Solução para remoção de adesivos	Impregnar o adesivo e remover com cuidado. Apresentação em spray , creme ou swabs removedores de adesivos.	Remoção atraumática de adesivos ou eletrodos.

Hidrocolóides	Podem ser apresentados sob a forma de placa, pasta, gel e grânulos.	Suas partículas de celulose expandem-se ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da LPP fornecer um desbridamento autolítico. Esta condição estimula o crescimento de novos vasos, tecido de granulação e protege as terminações nervosas. Ele mantém o ambiente úmido, enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana, e mantém também o isolamento térmico.
Filme transparente estéril	É um curativo estéril constituído por uma membrana de poliuretano, coberto com adesivo hipoalergênico. Possui um certo grau de permeabilidade ao vapor-d ’água, dependendo do fabricante. Não adere à superfície úmida da ferida; é uma cobertura fina, transparente, semipermeável e não absorvente.	Mantém um ambiente úmido entre a LPP e o curativo, favorece o desbridamento autolítico, protege contra traumas, ajudando a cicatrização. A umidade natural reduz a desidratação e a formação de crosta, o que estimula a epitelização. Pode proporcionar barreiras bacterianas e virais, dependendo de sua porosidade. Permite visualizar a lesão, além de permanecer sobre a mesma por vários dias, diminuindo o número de trocas. Pode também ser utilizado como curativo secundário.
Alginato de cálcio	É um polissacarídeo composto de cálcio, derivado de algumas algas	Tem propriedade desbridante. Antes do uso, ainda seco, e quando as fibras de alginato entram em contato com o meio líquido, realizam uma troca iônica entre os íons cálcio do curativo e os íons de sódio da lesão, transformando as fibras de alginato em um gel suave, fibrinoso, não aderente, que mantém o meio úmido ideal para o desenvolvimento da cicatrização
Carvão Ativado	Possui uma cobertura composta de uma almofada contendo um tecido de carvão ativado cuja superfície é impregnada com prata, que exerce uma atividade bactericida,	Possui um alto grau de absorção e eliminação de odor das úlceras. O tecido de carvão ativado remove e retém as moléculas do exsudato e as bactérias, exercendo

	reduzindo o número de bactérias presentes na lesão, principalmente as gram-negativas. O curativo não deve ser cortado, porque as partículas soltas de carvão podem ser liberadas sobre a UP e agir como um corpo estranho.	o efeito de limpeza. A prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização. É uma cobertura primária, com uma baixa aderência, podendo permanecer de três a sete dias quando a lesão por pressão não estiver mais infectada. No início, a troca deverá ser a cada 24 ou 48 horas, dependendo da capacidade de absorção. Atenção para os curativos que não podem ser recortados.
Sulfadiazina de prata	Sulfadiazina de prata a 1%, hidrofílico	O íon prata causa precipitação de proteínas, age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana e tem ação bacteriostática residual, pela liberação desse íon. Indicação: prevenção de colonização e tratamento de queimaduras.
Colagenase	Colagenase clostridiopeptidase-A e enzimas proteolíticas	Degradação seletiva do colágeno nativo no assoalho da ferida. Indicação: desbridamentos intensos.
PHMB (Poliexanida-solução aquosa)	Solução com PHMB para Limpeza de Feridas Polihexan 0,1%	Limpeza residual; Diminuição de odores desagradáveis e do exsudato; Não citotóxico, não irritante, não interfere na granulação; Hipoalergênico; Limpa, hidrata e auxilia no controle do biofilme; Aplicação indolor;
Papaína	Creme, gel, pó, em concentrações de 2% a 10%.	A papaína é um desbridante químico, facilitando o processo cicatricial. Tem ações bacteriostáticas, bactericidas e anti-inflamatórias e proporciona alinhamento das fibras de colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme. A concentração da papaína de 8 a 10% deve ser utilizada na presença de necrose de coagulação,

		após efetuar escarectomia (retirada total da região necrosada). Na presença de necrose de liquefação a ferida deverá ser lavada em jatos com solução de papaína de 4 a 6% diluída em solução fisiológica. Na presença de tecido de granulação a concentração deverá ser de 2%. A sua indicação é para o tratamento de lesões por pressão abertas, infectadas e desbridamento de tecidos desvitalizados ou necróticos
AGE	Óleo vegetal composto de ácido linoleico, ácido caprílico, vitamina A, E e lecitina de soja.	Hidratação oclusiva para pele integra. Prevenção de rompimento cutâneo. Não deve ser utilizado para tratamento tópico de lesões abertas. Não é cobertura, é um cosmético, de proteção para pele íntegra, com função de hidratação oclusiva. Não deve ser utilizado em feridas neoplásicas.
Bota de Unna	Bandagem de compressão não-elástica impregnada com pasta à base de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada.	É indicada para tratamento de úlceras venosas de perna e edema linfático. Exerce força de contensão no membro acometido durante deambulação, aumentando o retorno venoso. Promove fibrinólise e aumenta a pressão intersticial local. Não deve ser utilizada em pacientes acamados.
Petrolatum (em gaze ou rolo)	Gaze para ferimentos, não aderente, estéril, composta por tecido de rayon impregnado com emulsão de petrolatum (a base de óleo mineral, vaselina sólida e água).	Indicado como cobertura primária de queimaduras, úlceras, áreas doadoras e receptoras de enxerto, abrasões, lacerações, incisões cirúrgicas e outras que seja necessário a não aderência do curativo à ferida. O curativo deverá ser coberto com um curativo secundário absorvente conforme indicação clínica da lesão.

Protetores cutâneos (soluções de barreira)	Apresentação em cremes, sprays	Promovem barreira para uso em áreas perilesional, não ardem e não são irritantes. As apresentações em spray devem ser usadas em áreas peri-lesão, peri-gastrostomia, ileostomia. As apresentações em creme barreira, devem ser usadas na prevenção de DAI (dermatite associada à incontinência).
Colchão Piramidal	Apresentação em espuma, de diversas densidades.	Utilizado na redistribuição de peso do paciente acamado, para se evitar lesões por pressão.
Colchão de visco elástico	Apresentação em espuma visco elástica.	Tem como função se moldar ao formato do corpo para reduzir os pontos de pressão em áreas como ombros, quadris e joelhos.
Coxim de polímero	Coxins e posicionadores em gel polímero.	Tem a função de posicionar o paciente. Fabricado em vários tamanhos e formatos anatômicos. Uso controverso.

5.15. TRATAMENTO DE ACORDO COM O LOCAL DA FERIDA

	NECROSE	ESFACELO	GRANULAÇÃO	EPITELIZAÇÃO	INFECÇÃO	EXSUDATO	CAVITÁRIAS	BORDAS MACERADAS	ESTAGNADAS
TIPO DE TECIDO/CONDIÇÕES DA FERIDA									
Fonte da ilustração	pt.wikipedia.org	cerp.usp.br	cerp.usp.br	cerp.usp.br	coloplast.com.br	coloplast.com.br	coloplast.com.br	cerp.usp.br	cerp.usp.br
OBJETIVOS	*Desbridar *Hidratar	*Desbridar	*Promover a granulação	* Promover a epitelização *Proteção	* Reduzir carga bacteriana *Gestão do exsudato e odor	*Gestão do exsudato	*Preenchimento das cavidades	*Tratamento e proteção da pele perilesional	*Estimular a cicatrização
SUGESTÕES DE CURATIVOS	*Hidrogéis *Hidrocolóides *Colagenase	*Hidrogéis *Hidrofibras *Alginato *Colagenase	*Espumas *Hidrofibras *Alginato *Hidrocolóide	*Silicone *Filmes *Hidrocolóides finos	*Prata *Iodo *Polihexanida	*Hidofibras *Espumas *Alginatos	*Hidofibras *Espumas *Alginatos	*Hidofibras *Espumas *Alginatos	*Colágeno *Ácido Hialurônico
ASPECTOS A CONSIDERAR	*Desbridamento cortante *Atenção para: oclusão arterial Calcâneos Feridas malignas Alteração de coagulação	*Desbridamento cortante *Proteção perilesional	*Proteção perilesional *Promover tratamentos atraumáticos *Proteger tecidos neoformados	*Diminuir a frequencia dos tratamentos *Proteger tecidos neoformados	*Intensificar a limpeza *Desbridamento cortante *Antibioticoterapia sistêmica *Proteção perilesional	*Proteção perilesional *Identificar e corrigir a causa do excesso de exsudato	*Proteção perilesional *Não preencher o espaço da ferida em sua totalidade *Utilizar a apresentações em tiras	*Identificar e corrigir a causa do escesso de exsudato	*Utilizar em feridas sem necrose e sem infecção *Avaliar atividade das proteases

IMAGEM: ALGORITMO DE TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA (ADAPTADO DE: AFONSO ET AL, 2014)

5.16. RECURSOS / MATERIAIS UTILIZADOS

- Escala de Braden;
- Escala ELPO;
- Cobertura específica para a lesão a ser tratada;
- Cobertura secundária adequada, se necessário;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x12;
- Seringa de 20 ml;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Kit curativo;
- Gaze estéril;
- Prontuário eletrônico do paciente para registro e prescrição do curativo.

5.17. POSSÍVEIS FALHAS / AÇOES DE CORREÇÃO

FALHA/ RISCO	AÇÃO DE CORREÇÃO
Realizar massagem em regiões de lesão.	Nunca massagear a região onde há lesão mesmo que estágio 1.
Indicação inadequada de coberturas para o tipo de ferida.	Indicar cobertura correta, avaliando a ferida.
Falta de habilidade profissional no manejo da ferida.	Profissionais capacitados devem realizar a avaliação e o curativo de feridas.
Falta de avaliação da dor do paciente.	Avaliar a presença de dor; se necessário, tratar a dor antes e após o procedimento.
Higienizar a ferida durante o banho	Realizar limpeza da ferida no leito do paciente, com técnica asséptica e proteger curativo com plástico durante o banho.

5.18. INDICADORES

- Incidência de pacientes com lesões de pele pré-existentes, não adquiridas no HDSA;
- Incidência de LPP, adquiridas no HDSA;

"SE IMPRESSO, CONSIDERADO CÓPIA NÃO CONTROLADA."

- Incidência de lesões de pele (exceto LPP), adquiridas no HDSA;
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP.

6. REFERÊNCIAS

- Afonso et al. Prevenção e tratamento de feridas. Da evidência à prática. Editora Hartmann, Portugal, 2014.
- ANVISA. Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017. Disponível em: http:// www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf. Acesso: 19/10/2022.
- Caliri MHL. Galeria de fotografias. In: Grupo de estudos e pesquisa em segurança do paciente.Feridas crônicas. Ribeirão Preto, 2020. Disponível em : http:// Feridas Crônicas (usp.br) Acesso: 02/11/2022.
- Coloplast professional. Úlcera de perna: o que são e como tratá-las?, 2009. Disponível em:// Úlcera de perna (coloplastprofessional.com.br) . Acesso: 28/10/2022.
- Coloplast. Úlcera por pressão: Prevenção e tratamento. Guia rápido, 2013. Disponível em: CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf (coloplast.com.br). Acesso: 02/11/2022.
- Galetto SGS, Nascimento ERP, Hermida PMV, Malfussi LBH. Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(2):528-36. Disponível em: http// www.scielo.br/j/reben/a/BzhBLh3dBvdFKdHZWG4TLWG/?lang=pt&format=pdf. Acesso: 19/10/2022.
- INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Disponível em: http:// Feridas_Tumorais.pdf (saude.gov.br). Acesso: 28/10/2022.
- Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de atenção especializada. Cartilha de Tratamento de emergência das queimaduras. Brasília, 2012. Disponível em: http:// cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf (saude.gov.br). Acesso: 28/10/2022.

- Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory. Enferm. Cent. O. Min. 2016 mai/ago; 6(2):2292-2306 DOI: 10.19175/recom.v6i2.1423. Disponível em: http// Microsoft Word - 15 - Proc 1423 Finalizado (proqualis.net). Acesso: 19/10/2022.
- Nascimento FCL, Rodrigues MCS. Risco para lesão no posicionamento cirúrgico: validação de escala em hospital de reabilitação. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3261. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/CT7tqpRnkRrjDTbRWkVN8Gj/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O posicionamento cirúrgico é um,posição adotada na mesa cirúrgica. Acesso em: 02/11/2022.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016. Disponível em: http://npiap.com. Acesso: 19/10/2022.
- PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm. USP. v. 33 n. (esp.), p. 191-206, 1999.
- Prefeitura Municipal de Videira. Protocolo de assistência aos usuários com lesões de pele. Santa Catarina, 2018. Disponível em: http://www. 1311238_PROTOCOLO_FERIDAS_E_CURATIVOS.pdf (videira.sc.gov.br) . Acesso: 28/10/2022.
- Protocolo para prevenção de lesão por pressão. Hospital Moriah, 2018.
- Secretaria de saúde- Brasília. Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. 2020. Disponível em: http:// www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-E-TRATAMENTO-DE-LP.pdf. Acesso: 19/10/2022.
- SOBEST. Consenso Brasileiro de cuidados às pessoas adultas com estomias de eliminação 2020. Disponível em: CONSENSO_BRASILEIRO.pdf (sobest.com.br). Acesso: 28/10/2022.
- Úlceras por pressão: prevenção e tratamento. Coloplast, 2013. Disponível em: http:// https://www.coloplast.com.br/. Acesso: 19/10/2022.

7. CONTROLE DE REGISTRO

Formulário Nº	Identificação	Armazenagem	Proteção	Recuperação (Forma de busca)	Acesso (Livre/ restrito)	Retenção	Disposição
FP.ENF.004	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LESÃO DE PELE	B:\MULTIDISCIPLINAR\MULTIPROFISSIONAL\DOCUMENTOS HDSA\WORD\ENFERMAGEM\FORMULÁRIOS (FP)	Backup Pasta	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LESÃO DE PELE	Livre	2 anos	Não aplicável

8. HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/ revisado por	Data	Histórico de alteração	Aprovado por	Data
00	Fabiana Cristina de Oliveira Rossi COREN/ SP 98458 Erika Rye Shimokozono CREFITO3/ 271599-F Luciana Siviero Faria COREN/ SP 577758 Thales Martins Silva CREFITO/3 246941-F	03/11/2022	Emissão inicial	Angelica Augusta Mendes COREN/ SP 104007 Andre de Almeida Barini COREN/ SP 144792	03/11/2022
01	Thales Martins Silva - CREFITO/3 246941-F	02/05/2023	Formatação padrão e alteração de nomenclatura da instituição.	Angelica Augusta Mendes - COREN/ SP 104007 Nathalia Teixeira Nunes - COREN/ SP 284564	02/05/2023

Elaborado por:

Fabiana Cristina de Oliveira Rossi

Enfermeiro

Aprovador por:

Angelica Augusta Mendes

Gerente de Enfermagem

9. ANEXOS

Não se aplica.

"SE IMPRESSO, CONSIDERADO CÓPIA NÃO CONTROLADA."