

Feridas Hospitalares I Úlceras por Pressão

Última revisão: 05/11/2013
Estabelecido em: 27/05/2008

Responsáveis / Unidade

Carlos Antônio Suski Torres – Fisioterapeuta | HCM
Marcos Aurélio Fonseca – Terapeuta Ocupacional | HCM

Colaboradores

Ângelo Paulo de Lazaroni – Médico | HMAL
Cecília Maria Viana Costa – Enfermeira
Cíntia Moreira – Enfermeira | CSPD
Daniela Aparecida Guanaes Tonidandel – Enfermeira | HAC
Fernando Milton da Cunha – Médico
Gisele Neves de Lima – Enfermeira
Irtes Terezinha Cremonesi de Souza – Enfermeira | CSPD
Ivânia Catia Moutinho Ramos – Nutricionista
Leonardo Velloso – Médico | HEM
Marco Cícero Terra de Deus – Enfermeiro
Maria Amélia Ferreira Rocha – Médica | HJXXIII
Maria Elisete Naves – Auxiliar de Enfermagem | CSSF
Maria José Lopes da Silva – Enfermeira | HGB
Maria José Pamplona – Enfermeira | CHPB
Placidina Ferreira de Sousa – Enfermeira
Rossi Maire de Freitas Ribeiro – Nutricionista | HJXXIII

Revisão (30/09/2013)

Daniela Neto Ferreira – Enfermeira | CCPC – DIRASS
Grazielle Stambassi – Enfermeira | CLPC – HRJP
Marina de Freitas Gomes – Acadêmica de Enfermagem | CCPC – DIRASS
Suellen Cordeiro de Aguiar – Acadêmica de Enfermagem | CCPC – DIRASS

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

As lesões cutâneas denominadas úlceras por pressão (UP) são áreas localizadas de isquemia e posterior necrose tecidual que se desenvolvem pela compressão prolongada, cisalhamento ou fricção dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa. Apresentam-se como alterações locais tipo calor, eritema, sensibilidade local e, quando infectadas, com secreção purulenta e odor fétido. Conforme a RDC nº 36 de 25 de julho/2013, a UP é considerada um dano ao paciente que deverá ser notificado como evento adverso¹.

A incidência de UP tem se constituído em um importante indicador de qualidade assistencial, permitindo analisar os casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção à lesão, subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde, além de orientar práticas educativas à equipe interdisciplinar².

Nos EUA a prevalência de UP em hospitais é de 15% e a incidência de 7%. Já no Reino Unido a incidência é de 4 a 10% dos pacientes internados³.

Estima-se que 600 mil pacientes aproximadamente evoluam a óbito por ano devido a complicações secundárias a UP em hospitais nos EUA, sendo o custo estimado do tratamento de 11 bilhões de dólares por ano³.

No Brasil, estudos sobre incidência e prevalência de UP são escassos e suas taxas variam de 2% a 66%⁴. Em pesquisa feita em um hospital geral universitário no ano de 2005, evidenciou-se uma incidência de 39,81% no hospital como um todo³.

A susceptibilidade individual para o desenvolvimento de úlceras por pressão depende da atuação de fatores extrínsecos que se conjugam com as alterações da perfusão tecidual resultantes de fatores intrínsecos (**ANEXO I**).

A alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos), em pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes, contribui para o aparecimento de UP.

As localizações mais frequentes em pacientes adultos são: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%) e região escapular.

A adoção de medidas preventivas que minimizem a atuação dos fatores acima mencionados, reduz o risco de desenvolver úlceras por pressão entre 25 a 50%. A prevenção de úlcera por pressão é uma tarefa contínua, sendo necessário um acompanhamento regular das possíveis alterações no estado clínico do paciente, com inspeções diárias da pele visando detectar os primeiros indícios de danos à pele com alteração do plano de assistência quando necessário.

Para identificação precoce do paciente em risco, existem instrumentos específicos de avaliação. Neste protocolo adotou-se como escala preditiva do risco de desenvolver UP a Escala de Braden (**ANEXO II**). Estudos de medidas biofisiológicas que utilizaram como um dos referenciais metodológicos a Escala de Braden concluíram que os cuidados de enfermagem preventivos são significativos para redução das UP.

Reafirmando a relevância do tema, a Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013 do Ministério da Saúde⁵ instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo um dos pontos centrais é a prevenção de úlceras por pressão. A criação das Comissões de Prevenção e Tratamento de Lesões nas unidades assistenciais torna-se ponto fundamental no processo de trabalho da assistência ao paciente portador de úlceras por pressão ou com risco para seu desenvolvimento, visando a garantia da qualidade da assistência e um plano de segurança do paciente nos serviços de saúde. Este contexto inclui a implantação deste protocolo e o monitoramento de seus indicadores.

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP)⁶ elabora periodicamente recomendações para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, baseadas em evidências científicas, que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo.

Este protocolo destina-se à prevenção e tratamento de úlceras por pressão em paciente adulto/idoso.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Sistematizar a assistência aos pacientes adultos/idosos admitidos e internados, com risco de desenvolvimento de UP ou já portadores desta.

Objetivos Específicos

1. Identificar os pacientes internados em risco de desenvolver UP e adotar medidas preventivas;
2. Manter e aumentar a tolerância tecidual à pressão;
3. Proteger os pacientes susceptíveis dos efeitos nocivos da pressão, fricção e cisalhamento.
4. Instituir Programa de Educação Permanente para redução da incidência de UP;
5. Reduzir a permanência hospitalar dos pacientes com UP por meio da aplicação de medidas assistenciais de prevenção e tratamento baseadas neste protocolo.

SIGLAS

AGE: Ácidos Graxos Essenciais

BAAR: Bacilo Álcool Ácido Resistente

EPUAP: *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

EUA: Estados Unidos da América

IMC: Índice de Massa Corporal

NPUAP: *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente

PT: Prega Tricipital

REB: Radar da Escala de Braden

UP: Úlcera por Pressão

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Agente de limpeza suave para a pele;
2. Hidratante;
3. Colchão piramidal ou colchão pneumático (este ainda não disponível na rede);
4. Colchão hospitalar com densidade 28 ou 33;
5. Almofadas piramidais para calcâneos e cotovelos;
6. Almofadas plásticas para poltronas, cadeiras de roda e de banho;
7. Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares;
8. Dieta ou suplemento hiperprotéico;
9. Coberturas/produtos próprios para prevenção e tratamento de lesões.

PESSOAL NECESSÁRIO

1. Médicos;
2. Enfermeiros;
3. Técnicos de Enfermagem;
4. Farmacêuticos;
5. Terapeutas Ocupacionais;
6. Fisioterapeutas;
7. Nutricionistas;
8. Assistente Social;
9. Psicólogos;
10. Especialidades de Apoio: dermatologia, cirurgias geral e plástica, angiologista, nutrólogo;
11. Acompanhantes (familiares ou cuidadores).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM RISCO DE DESENVOLVER UP

- Conhecer os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (**ANEXO I**);
- Aplicar a Escala de Braden e Radar da Escala de Braden à admissão do paciente na unidade (**ANEXO II e ANEXO III**);
- Avaliação nutricional (ver Protocolo 025 - Triagem Nutricional em Paciente Adulto).

Escala de Braden: é uma escala que auxilia na classificação do paciente quanto ao risco para desenvolvimento de UP. Possui seis subgrupos de avaliação: 1) Percepção sensorial; 2) Umidade; 3) Atividade; 4) Mobilidade; 5) Nutrição; 6) Fricção e cisalhamento. Deve ser aplicada em todos os pacientes com mais de 18 anos, submetidos ao regime de internação, à sua admissão na unidade de saúde.

2. INDICADORES LABORATORIAIS E ANTROPOMÉTRICOS

2.1 Bioquímicos do estado nutricional:

- Albumina sérica;
- Proteínas totais;
- Colesterol total;
- Triglicérides;
- Creatinina;
- Contagem de linfócitos totais.

2.2 Antropométricos de alteração nutricional:

- Peso corporal (inferior a 80% do peso ideal);
- Índice de massa corporal ($IMC < 17,6 \pm 4,6$);
- Prega tricipital (PT < 3mm nas mulheres e < 2,5mm nos homens);
- Circunferência do braço (mulher: < 23,5cm, homem: < 25,3 cm).

3. ADOTAR ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

3.1 Periodicidade de inspeção da pele - aplicação da Escala de Braden

- Avaliação admissional - primeiras seis horas após a admissão do paciente (chegada do paciente ao setor). Em casos de cirurgia, este prazo é o período pré-operatório, conforme recomendação do Guideline NPUAP 2009;
- Reavaliar após 48 horas;
- A periodicidade das reavaliações seguintes depende do risco inicial fornecido após a aplicação da Escala de Braden e das alterações subsequentes no estado clínico do paciente (**APÊNDICE III**). De acordo com uma revisão recente da NPUAP, as reavaliações devem estar em consonância com as características das unidades clínicas onde o paciente está sendo atendido;
- Registrar no prontuário do paciente e comunicar à equipe os fatores de risco e a classificação da Escala de Braden.

3.2 Desenvolvimento e implementação de um plano de cuidados para prevenção de lesões

- Avaliar o risco para desenvolvimento de UP (aplicação da escala de Braden) na admissão de todos os pacientes submetidos ao regime de internação (risco inerente);
- Registro e vigilância em prontuário contendo a pontuação obtida pela Escala de Braden, com a periodicidade da reavaliação conforme o risco atribuído ao paciente;
- Reduzir ou eliminar os fatores desencadeantes;
- Otimizar o estado nutricional do paciente. Uma avaliação nutricional formal deve ser realizada e um plano de apoio instituído para corrigir eventuais deficiências nutricionais. Se a ingestão de proteínas ou calorias é inadequada, os fatores que comprometem a ingestão devem ser tratados como parte da assistência integral ao paciente;

- Garantir sua estabilidade clínica;
- Adotar medidas específicas para os pacientes de acordo com o risco atribuído a ele (**APÊNDICE III**):

A) Medidas de alívio de pressão/cisalhamento/fricção

- Posicionar adequadamente o paciente – a prevenção da progressão de fase de uma UP pode exigir mais frequentemente um reposicionamento do paciente. Se o estado clínico do paciente for favorável ao posicionamento, este deve ser colocado em um ângulo de 30° quando deitado em posição semi-fowler e, quando em decúbito lateral, promover ângulo de 30° com a superfície, para evitar a pressão direta sobre o trocânter maior ou outras proeminências ósseas;
- Evitar arrastar o paciente sobre o lençol;
- Implementar uso adequado de dispositivos e superfícies redutores de pressão. Superfícies de apoio consistem em colchões feitos de gel, espuma, ar ou água, ou uma combinação destes. Eles trabalham com a distribuição de pressão local em uma área de superfície corporal maior. Podem ser utilizados colchão piramidal ou pneumático. Almofadas, travesseiros ou cunhas de espuma devem ser colocadas entre os tornozelos e joelhos para evitar a pressão nesses locais quando o paciente não tiver a mobilidade para essas áreas. Os calcâneos exigem uma atenção especial. Travesseiros podem ser colocados sob as pernas para elevá-los, retirando o contato com o colchão. Dispositivos próprios para diminuição de pressão podem ser utilizados;
- Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas com intuito de reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Normalmente o intervalo de duas horas é recomendado, embora este se baseie na opinião de especialistas e na ausência de ensaios clínicos randomizados. Apesar da escassez de ensaios clínicos randomizados, demonstrou-se que o eritema de pele pode ocorrer em adultos saudáveis em menos de duas horas num colchão padrão. Pele e tecidos moles com perfusão limite no início, muitas vezes, desenvolvem mudanças irreversíveis, mesmo com intervalos mais curtos de pressão³.

B) Medidas preventivas com a pele

- Promover controle da umidade da pele, hidratação e impermeabilização utilizando protetores tipo barreira na incontinência fecal ou urinária;
- A avaliação da pele deve incluir temperatura, cor, turgor, umidade e integridade. Todas as alterações devem ser registradas em prontuário tão logo que observadas;
- Manter a pele limpa e seca, porém, evitando o ressecamento e a descamação;
- A limpeza de pele deve ser feita com agentes de limpeza suaves que minimizam irritações;
- Evitar a utilização de água quente nos banhos ou outras higienizações, optando pela morna;
- Utilizar filme transparente de poliuretano (**APÊNDICE I**) em proeminências ósseas (**APÊNDICE II**);
- Utilizar solução protetora cutânea em spray (**APÊNDICE I**);

- Utilizar solução protetora cutânea em creme, A.G.E. ou creme hidratante de uréia (**APÊNDICE I**) como agente preventivo e somente em pele íntegra;
- Utilizar espuma de poliuretano simples para paciente desnutridos, desidratados e emagrecidos com alto risco para desenvolver UP;
- Orientar os profissionais a não massagear a pele do paciente, principalmente em regiões de proeminências ósseas e áreas hiperemiadas, durante a aplicação do hidratante;
- Avaliação periódica do serviço de nutrição com adequação da hidratação e nutrição;
- Aproveitar o momento do banho do paciente, principalmente banho de leito, para realizar a inspeção da pele diariamente e estimular o paciente com condições a fazê-la;
- Controlar a umidade – o excesso de umidade pode promover a ruptura da pele, sendo necessário proteger os pacientes com incontinência à exposição de urina e/ou fezes. Limpezas devem ser feitas em intervalos regulares para minimizar a exposição ao excesso de umidade devido a incontinência urinária/fecal, transpiração ou drenagem de feridas.

C) Medidas educativas

Desenvolver, implantar e acompanhar programas de educação permanente para os profissionais envolvidos, pacientes e familiares, abordando medidas de prevenção, mecanismo de formação de lesões, fatores predisponentes, tratamento de lesões existentes, entre outros. Este programa de educação deve acontecer periodicamente e continuamente.

3.3 Avaliação de risco de UP no período perioperatório

A) Avaliação do paciente no pré-operatório

Redefina a avaliação de risco para os indivíduos sujeitos à cirurgia através da análise de outros fatores que possam ocorrer e que aumentem o risco de desenvolvimento de UP:

- Duração da cirurgia;
- Aumento dos períodos de hipotensão no intra-operatório;
- Baixa temperatura corporal durante a cirurgia;
- Mobilidade reduzida durante o 1º dia pós-operatório.

B) Adoção de medidas preventivas no perioperatório

- Uso de colchão piramidal para redistribuição da pressão na mesa de cirurgia em todos os indivíduos identificados como em risco de desenvolver UP;
- Posicione o indivíduo de tal forma que reduza o risco de UP durante a cirurgia e que não interfira negativamente nesta;
- Em todos os casos possíveis, eleve o calcâneo completamente (sem carga) de tal forma que coloque o peso da perna distribuído por toda a sua superfície posterior sem colocar todo o peso sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve estar ligeiramente fletido;

- Atente para a redistribuição da pressão no pré e pós-operatório;
- Coloque o indivíduo num colchão de redistribuição da pressão quer antes quer depois da cirurgia;
- Posicione o indivíduo, durante a cirurgia, numa posição diferente da posição assumida no pré e pós-operatório.

4. PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR

- **Médico:** tratamento clínico e cirúrgico, solicitação de exames subsidiários e indicadores laboratoriais quando o risco do paciente for de moderado a alto ou em casos de lesões já existentes; prescrição de antibioticoterapia se necessária; indicação de coberturas/produtos adequados para a realização dos curativos; solicitação de interconsulta com outras especialidades se necessário (ex: angiologista, cirurgia plástica, dermatologia); participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Enfermeiro:** realizar consulta de enfermagem (**APÊNDICE III E IV**) aplicando a Escala de Braden (**ANEXO II**) à admissão do paciente e, sucessivamente, conforme o risco anterior; avaliar e considerar os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos (**ANEXO I**); planejar a assistência de enfermagem com a participação do técnico de enfermagem; planejar junto à equipe multiprofissional as medidas preventivas, bem como solicitar as intervenções quando necessárias; avaliar as lesões já existentes e prescrever o tratamento, indicando coberturas/produtos adequados para a realização dos curativos; realizar os curativos ou acompanhar a realização pelo técnico de enfermagem; determinar a frequência de troca do curativo de acordo com cada caso e tipo de cobertura/produto utilizado; realizar o desbridamento mecânico quando necessário; capacitar a equipe multiprofissional sempre que possível ou necessário e participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Técnico de Enfermagem:** realizar e evoluir o procedimento de curativo (limpeza e cobertura) prescrito pelo enfermeiro; realizar o desbridamento autolítico e químico prescrito pelo enfermeiro; participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Farmacêutico:** avaliação e acompanhamento da farmacoterapia instituída; levantamento e monitoramento de possíveis interações medicamentosas e problemas relacionados a medicamentos, incluindo nestas considerações, observações específicas entre os curativos e o plano farmacoterapêutico; participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional:** planejamento da assistência para alternância de decúbito e posicionamento em conjunto com a equipe de enfermagem; atendimento fisioterápico conforme rotina da unidade; contribuição na reabilitação/deambulação; participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Nutricionista:** avaliação e elaboração de um plano nutricional; acompanhamento do estado nutricional do paciente; participar de capacitações a respeito da assistência ao

paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.

- **Assistente social:** participar do processo de desospitalização fazendo contato com a unidade de saúde de referência para o paciente; atendimento dos familiares para a elaboração de um plano de cuidados pós-alta; participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- **Psicólogo:** atendimento individual do paciente e familiar, objetivando minimização dos problemas relacionados à baixa auto estima, sensação de impotência, alteração na percepção corporal, entre outros; participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.

5. CLASSIFICAÇÃO DA UP SEGUNDO NPUAP/EPUAP – GUIDELINE 2009

- **Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta**

Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura/pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.

- **Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena**

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena - fechada ou aberta - preenchida por líquido seroso ou sero-sanguinolento.

Descrição adicional: apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação.

- **Categoria III: perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)**

Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado úmido. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. As aletas nasais, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial). Em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

- **Categoria IV: perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado úmido e ou necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas.

Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera por pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (ex. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando as osteomielites e osteíteis prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto, visível e/ou diretamente palpável.

- **Inclassificáveis/Não graduáveis: perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada**

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Descrição adicional: até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada.

- **Suspeita de lesão nos tecidos profundos**

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme ou mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

Descrição adicional: a lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

6. MENSURAÇÃO DAS LESÕES

Técnica de mensuração da área lesada

- Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro fisiológico em jato;
- Colocar parte interna do acetato (plástico estéril do interior das embalagens) sobre a ferida;
- Desenhar sobre o papel o contorno da ferida com caneta específica para retroprojeter;
- Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90° entre as linhas, respeitando o sentido céfalo-caudal;
- Anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores;
- Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm²: comprimento X largura.

Para mensurar o descolamento da ferida, deve-se:

- Introduzir sonda uretral estéril na ferida;
- Fazer varredura da área no sentido horário;
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas) - a referência de 12 horas deverá estar no sentido céfálico;
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda;

- Medir na régua o segmento marcado.

Observações:

Durante o processo cicatricial com a formação de ilha de epitelização que divide a ferida em várias, deve-se considerar na horizontal a medida da maior ferida e, na vertical, somar a medida de todas as feridas.

Calcular a área posteriormente, considerando apenas uma ferida.

Mensuração da profundidade da lesão:

- Limpar a ferida;
- Introduzir seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da ferida;
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda;
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.

7. TRATAMENTO

Para o tratamento da lesão há vários aspectos que devem ser levados em consideração como:

- Nutrição adequada: dieta rica em proteínas, hipercalórica, ácido ascórbico, zinco, vitaminas e outros a critério clínico;
- Adoção das medidas preventivas citadas anteriormente;
- Antibioticoterapia sistêmica quando indicada;
- Manejo da dor de acordo com a especificidade de cada paciente;
- Escolha correta da cobertura/produto ideal a ser utilizado. Para isto, sugere-se a ferramenta **TIME** de avaliação para o emprego da conduta adequada às lesões conforme suas características, proposto pela *International Advisory Board on Wound Bed Preparation* (tabela1). No caso da categoria I em que a pele se encontra intacta deve-se optar por utilizar coberturas/produtos* que auxiliem na prevenção do agravamento da lesão;
- Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como uma proteção biológica, não sendo indicado o debridamento.

Tabela 1. Propriedades da ferramenta TIME

Definição	Características
T = <i>tissue non-viable or deficient</i>	Tecido inviável ou deficiente – caracterizado como necrótico ou desvitalizado que impede ou torna lenta a cicatrização. O debridamento é importante e contribui para remoção dessa estrutura. Conduta: utilização de coberturas/produtos* que realizam o debridamento / realização de debridamento mecânico e/ou cirúrgico pelo profissional responsável para tal.
I = <i>Infection or inflammation</i>	Infecção ou inflamação – dentro e/ou ao redor da ferida, retardando a eficaz cicatrização. Como conduta para tratamento temos a utilização de antimicrobianos sistêmicos associados a coberturas* indicadas para a situação.
M = <i>Moisture imbalance</i>	Desequilíbrio da umidade – pode ser devido a presença de exsudato. Atentar para equilíbrio da hidratação, pois a manutenção de um ambiente úmido (não macerado) é critério para cicatrização. Realizar limpeza da lesão com soro fisiológico para auxiliar neste controle e utilizar coberturas que visem a controle do exsudato.
E = <i>Edge of wound, non-advancing or undermined</i>	Borda de lesão prejudicada – cuja migração celular está sem avanço e requer tratamento adequado como a utilização de coberturas/produtos* indicados para cada situação.

Fonte: Baseado na *Wound Healing Society, conforme citado por Werdin, Frank, et al., 2009.*

***Para escolha da cobertura/produto ideal para tratamento da lesão, consulte o APÊNDICE I. Para registro desta escolha utilize a ficha de avaliação periódica do paciente portador UP (APÊNDICE V).**

Simultaneamente ao tratamento das lesões existentes devem ser mantidas todas as medidas de prevenção inerentes ao risco atribuído ao paciente, evitando o agravamento das lesões, bem como o surgimento de novas.

8. EXAMES MÉDICOS

- Aspirado por agulha com 1 ml de solução salina estéril do leito da UP;
- Cultura da biópsia profunda da UP;
- Cultura de curetagem do leito da UP;
- Hemoculturas (anaeróbios e/ou aeróbios);
- Biópsia óssea com histopatológico e cultura na suspeita de osteomielite (padrão ouro).
- Sugestões: colorações (Gram, BAAR) e culturas (aeróbios, anaeróbios, microbactérias);
- Radiografia: gás em partes moles, reação periosteal, nova formação óssea heterotrófica, osteomielite, lesões líticas (raras nas osteomielites associadas com UP).

Obs.: A coleta por swab não é recomendada para fins diagnósticos de infecção em feridas, nem para condutas clínicas, nem para avaliação epidemiológica. Seus resultados levam a tratamentos desnecessários e uso inadequado de antibioticoterapia.

9. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INFECÇÃO EM LONGA PERMANÊNCIA

Secreção purulenta presente na ferida OU no mínimo quatro dos seguintes critérios:

- Febre > 38°C;
- Calor localizado;
- Hiperemia;
- Edema localizado;
- Sensibilidade ou dor aumentadas;
- Drenagem serosa;
- Piora mental - principalmente confusão - ou motora.

ITENS DE CONTROLE

1. Incidência de UP na unidade, separadamente por setor (CTI, pronto socorro/pronto atendimento, enfermarias clínicas/psiquiátricas, enfermarias cirúrgicas, leitos de internação prolongada): número de pacientes com casos novos de úlceras por pressão no setor / número de pacientes internados no setor.

Observação:

Nos casos de pacientes admitidos na unidade já portadores de UP (ex.: pacientes transferidos de outras instituições) fornecer separadamente do cálculo acima o quantitativo destes pacientes e de suas lesões.

2. Prevalência de UP na unidade, separadamente por setor: número absoluto de pacientes com úlceras por pressão / número de pacientes internados setor.

3. Número total de pacientes avaliados por meio da Escala de Braden à admissão do paciente (primeiras seis horas após a chegada do paciente no setor. Nos casos cirúrgicos, este prazo é o período pré-operatório) e número total de pacientes que desenvolveram UP com seus respectivos riscos.

Risco	Pacientes avaliados com a Escala de Braden à admissão do paciente	Pacientes que desenvolveram UP
Ausente		
Baixo		
Médio		
Alto		
Muito Alto		

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Brasília, ANVISA, 2013.
2. Santos, Cássia Teixeira dos et al . Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. Zambonato, Bruna Pochmann; Assis, Michelli Cristina Silva de; Beghetto, Mariur Gomes. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 34, n. 2, jun 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Ministério da Saúde, 2013.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
7. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 13579 – Colchão de espuma flexível de poliuretano, Rio de Janeiro: ABNT, 1996.
8. Berlowitz, Dan. Pressure ulcers: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and staging. Up to Date: Mai 8, 2013.
9. Berlowitz, Dan. Prevention of pressure ulcers. Up to Date: Dez 1, 2011.
10. Lianza, Sergio. Medicina de Reabilitação. Ed. Guanabara Koogan S. A. 2001: 436-438.
11. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2004; 50 (2): 182-7.
12. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Barros Filho TEP. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Acta Ortop Bras 13 (3), 2005.
13. Rocha JA, et al. Abordagem Terapêutica das úlceras de pressão: Intervenções baseadas na evidência. Acta Med Port 2006; 19: 29-38.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
15. Oliveira LEG, Oliveira MJP. Protocolo de tratamento de feridas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Barbacena, 2006. p. 47. Monografia - Especialização em Vigilância e Controle das Infecções Hospitalares (CEVCIH), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
16. Borges EL, et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p. 144.
17. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Applying recommendations of the Braden's Scale and preventing pressure ulcers: evidences for nursing care. Rev bras enferm, Brasília, v. 59, n. 3, june, 2006.
18. Giaretta VMA., Posso MBS. Úlceras por pressão: determinação do tempo médio de sinais iniciais em idosos sadios na posição supina em colchão hospitalar com densidade 28. Arq. Med. ABC v. 30 no 1 jan/jun, 2005: 39-44.
19. Smith DM, Winsemius DK, Besdine RW. Pressure sores in the elderly: can this outcome be improved? J Gen Intern Med 1991; 6: 81.

-
20. Ursi, Elizabeth Silva; Gavao, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, fev. 2006.
-
21. Medeiros, Adriana Bessa Fernandes; Lopes, Consuelo Helena Aires de Freitas; Jorge, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009.
-
22. Werdin, Frank; et al. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. *Open access journal of plastic surgery*. Jun. 2009.
-
23. Ayello EA, Dowsett C, Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Harding K, Romanelli M, Stacey, Teot L, Vanscheidt W. TIME heals all wounds. *Nursing*. 2004, abr. 34 (4): 36-41.
-
24. Fernandes Niedja Cibegne da Silva; Torres, Gilson de Vasconcelos; Vieira, Daniele. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10 (3): 733-46.
-
25. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer.
-

Fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão**FATORES EXTRÍNSECOS****Pressão (fator mais importante):**

- Excede a pressão de perfusão tecidual (32 mmHg);
- Menor tolerância a períodos prolongados de pressão;
- Dependente da intensidade, da duração e da área de superfície sobre a qual atua.

Forças de tração:

- Deslocamento do corpo sobre a pele fixa a superfície externa;
- Angulação e trombose dos vasos na transição dermo-epidérmica;
- Risco: cabeceira elevada acima de 30° (área sacrococcígea).

Forças de fricção:

- Resulta do atrito entre duas superfícies;
- Lesão epidérmica.

Maceração/umidade excessiva:

- Alteração mecânica e química (pH), com aumento da susceptibilidade à lesão provocada por outros fatores;
- Causas: incontinência urinária e/ou fecal, sudorese, secreções respiratórias, vômito, exsudação de úlcera.

FATORES INTRÍNSECOS**Imobilidade:**

- Lesões medulares (níveis altos e lesões completas), encefálicas e pós-operatório principalmente de cirurgia ortopédica e cardio-torácica.

Alterações da sensibilidade:

- Lesões neurológicas (polineuropatias, lesões medulares).

Incontinência urinária e/ou fecal**Alterações do estado de consciência****Idade (< 5 e > 65 anos de idade)****Má perfusão/oxigenação tecidual:**

- Doença vascular, anemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, fármacos vasopressores, tabagismo, diabetes mellitus, nefropatia, septicemia.

Estado nutricional:

- Peso corporal (inferior a 80% do ideal);
- Índice de massa corporal (IMC < 17,6 ± 4,6);
- Prega tricipital (PT < 3 mm nas mulheres e < 2,5 mm nos homens).

Fonte: Fernandes NCS; Torres, GV; Vieira, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva, 2008.

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN – AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM ADULTOS				
PERCEÇÃO SENSORIAL: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto.	1. Completamente limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquia ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência, sedação ou à limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitado: Responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação; ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição; ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE: Grau ao qual a pele está exposta à umidade.	1. Constantemente úmida: A pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.	2. Muito úmida: A pele nem sempre está úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.
ATIVIDADE: Grau de atividade física.	1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.	2. Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para assentar-se na cadeira convencional ou de rodas.	3. Caminha ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.	4. Caminha frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
MOBILIDADE: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais.	1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.

<p>NUTRIÇÃO: Padrão usual de ingestão alimentar.</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados de leite) por dia. Toma pouco líquido. Não ingere nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta com líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou de derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético se oferecido; ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>
<p>FRICÇÃO E CISALHAMENTO: Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações ou agitação leva a uma fricção quase constante.</p>	<p>2. Potencial para problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.</p>	<p>3. Nenhum problema aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.</p>	
Total				

Síntese da Escala de Braden

Percepção sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e cisalhamento
1. totalmente limitado	1. completamente molhada	1. acamado	1. totalmente imóvel	1. muito pobre	1. problema
2. muito limitado	2. muito molhada	2. confinado à cadeira	2. bastante limitado	2. provavelmente inadequado	2. problema em potencial
3. levemente limitado	3. ocasionalmente molhada	3. anda ocasionalmente	3. levemente limitado	3. adequado	3. nenhum problema
4. nenhuma limitação	4. raramente molhada	4. anda frequentemente	4. não apresenta limitação	4. excelente	

FONTE: Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. National Guideline Clearinghouse. Dec. 2009.

ANEXO III**Radar da Escala de Braden (REB)**

Itens de controle	Pontuação				Total
Percepção Sensorial	1	2	3	4	
Umidade	1	2	3	4	
Atividade	1	2	3	4	
Mobilidade	1	2	3	4	
Nutrição	1	2	3	4	
Fricção e Cisalhamento	1	2	3		
Total REB					

Pontuação	Risco
Entre 19 e 23	Ausente
Entre 15 e 18	Baixo
Entre 13 e 14	Moderado
Entre 10 e 12	Alto
Menor ou igual a 9	Muito alto

Total deste paciente	Risco

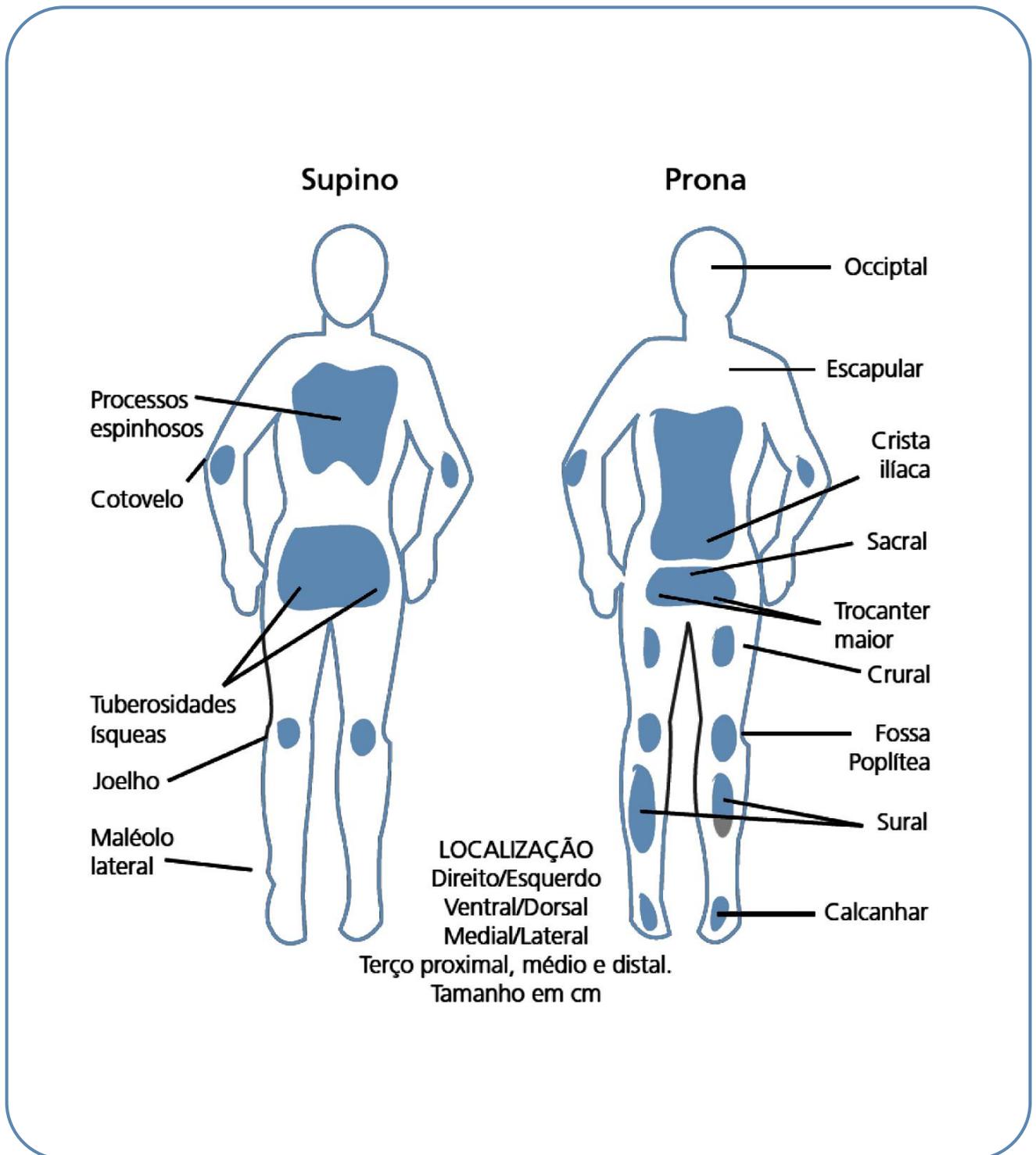
Fonte: Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. National Guideline Clearinghouse. Dec. 2009.

Coberturas/Produtos padronizados na rede FHEMIG

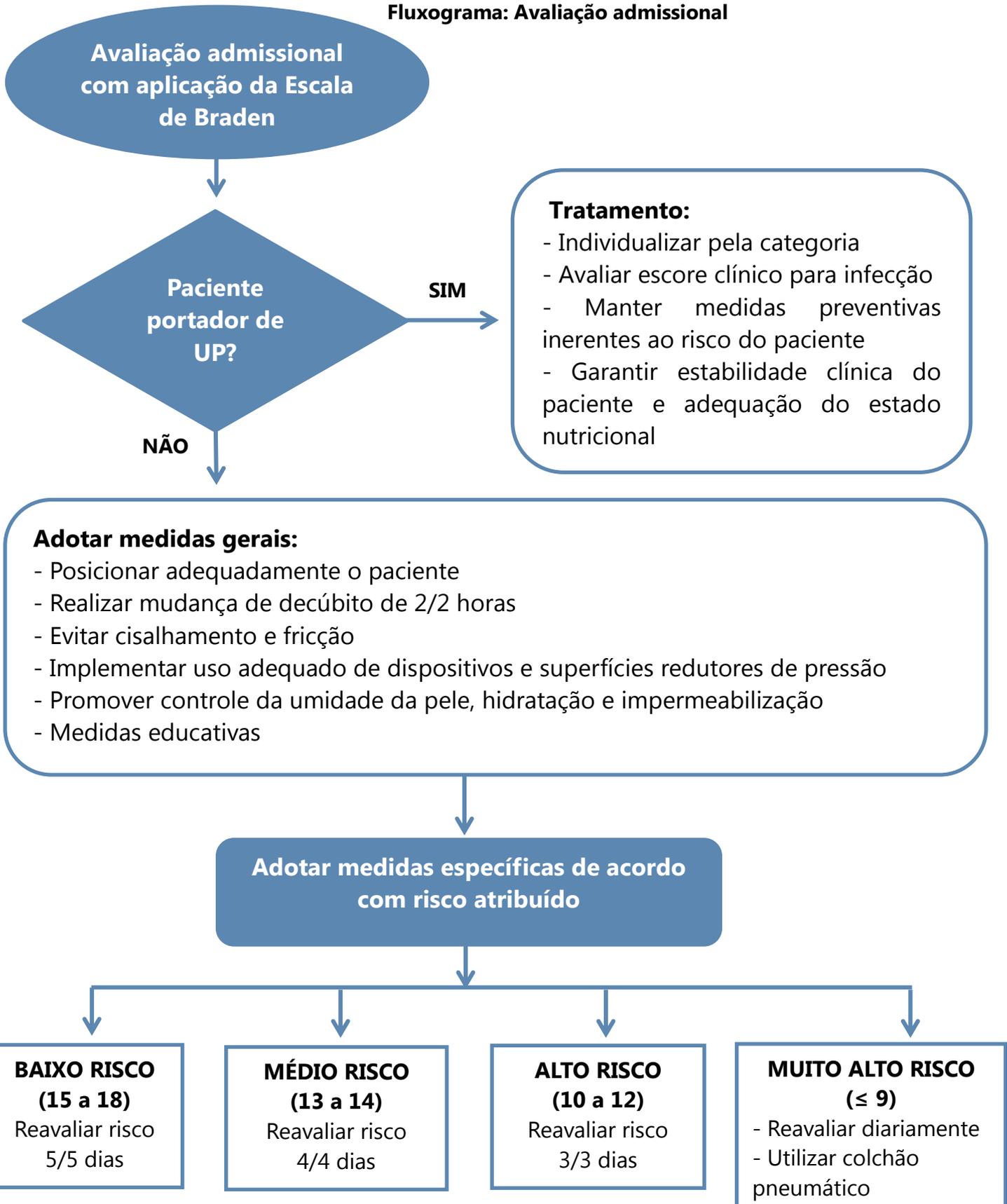
PRODUTO	AÇÃO	INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES
A.G.E (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS)	Solução protetora cutânea. Componente: ácidos graxos; composta por ácidos linoleico, caprílico, laurico e caproíco, lecitina de soja, vitaminas A e E.	Manutenção da integridade da epiderme; hidratação de pele íntegra.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Utilizar em pele não íntegra.
ALGINATO DE CÁLCIO/SÓDIO	Cobertura de ferimento, absorvente, composto de um polímero em fibras de alginato de cálcio e/ou sódio, em placa resistente a tração, não adesiva e não oclusiva.	Lesões abertas com exsudato de moderada a grande quantidade; presença de cavidades sangrantes, com ou sem infecção; deiscências cirúrgicas; úlceras por pressão - estágio III e IV.	Lesões com perdas teciduais superficiais, com ou sem presença de exsudato; feridas superficiais com predomínio de tecido necrótico. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
COLAGENASE	Degrada o colágeno ativo na ferida, promovendo o desbridamento químico.	Lesões com tecido necrótico.	Feridas com cicatrização por primeira intenção. Sensibilidade às enzimas. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
CREME HIDRATANTE DE URÉIA	Creme hidratante contendo uréia a 10%.	Manutenção da integridade da epiderme; hidratação de pele íntegra.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Utilizar em pele não íntegra.
ESPUMA DE POLIURETANO	Hidropolímero hidrocelular, composto de camada externa de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias, permitindo troca gasosa.	Redução de pressão nos tecidos; lesões exsudativas; feridas com perda tecidual profunda parcial ou total; feridas com presença de cavidades (utilizada na forma de enchimento).	Feridas com perda tecidual superficial com predomínio de tecido necrótico; ausência de exsudato. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
ESPUMA DE POLIURETANO IMPREGNADA COM IBUPROFENO	Espuma de poliuretano não adesivo, impregnada com ibuprofeno 0,5 mg/cm ² , com dispensação sustentada, não adesivo, recoberto por filme de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias.	Lesões exsudativas. Para pacientes com restrições a coberturas adesivas.	Lesões infectadas. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
ESPUMA DE POLIURETANO IMPREGNADA COM ÍONS DE PRATA	Espuma de poliuretano, impregnada com íons de prata, com dispensação sustentada, e sistema regulador e controlador de umidade, recoberto por filme de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias.	Feridas infectadas com alta exsudação e odor.	Lesões com pouca ou nenhuma exsudação. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.

PRODUTO	AÇÃO	INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES
FILME TRANSPARENTE (Placa)	Película transparente estéril de poliuretano, tipo barreira, permeável a gás, vapor e bactérias, permitindo oxigenação da ferida e impermeável à água.	Feridas na fase de epitelização ou como cobertura secundária.	Feridas com exsudato e infectadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
FILME TRANSPARENTE (Rolo)	Película transparente não estéril de poliuretano, tipo barreira, permeável a gás, vapor e bactérias, permitindo oxigenação da ferida e impermeável à água.	Prevenção de úlceras por pressão estágio I; cobertura secundária.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
HIDROCOLOIDE PLACA	Composta de carboximetilcelulose sódica, recoberto por uma película de poliuretano, permeável ao vapor úmido e impermeável a agentes de comunicação, oclusivo.	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas, com pouco a moderado exsudato; feridas com tecido necrótico.	Feridas infectadas, altamente exsudativas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
HIDROGEL	Hidrogel amorfo, transparente, composto por carboximetilcelulose, propilenoglicol e água.	Remoção de tecido desvitalizado em feridas superficiais e profundas. Pode ser usado em feridas infectadas.	Pele íntegra e lesões fechadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
HIDROGEL COM ALGINATO	Hidrogel amorfo composto de alginato de cálcio/ e ou sódio, e propilenoglicol.	Úlcera por pressão; remoção de crostas e tecidos desvitalizados; proteção de tecido de granulação.	Pele íntegra e lesões fechadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
PLACA DE COLÁGENO E ALGINATO DE CÁLCIO	Estéril, macia, flexível, altamente absorvente, indutora de cicatrização, composta por 90% de colágeno com cadeia de tripla helice e 10% de alginato de cálcio.	Feridas que requerem reparação tecidual tanto em lesões agudas como em crônicas; feridas exsudativas.	Vasculite ativa. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
PRATA NANOCRISTALINA	Cobertura de ação antimicrobiana, não aderente, flexível, composto por prata nanocristalina, uma camada central de rayon e polietileno.	Feridas infectadas; com perda parcial e total de tecido.	Não deve ser associada a outros produtos de base oleosa. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
PROTETOR CUTÂNEO CREME BARREIRA	Solução protetora cutânea em creme; agentes emolientes e umectantes; permite a adesão de fitas e produtos adesivos.	Proteção sob adesivos. Proteção única e duração prolongada contra fluidos corporais; hidratante e condicionante para pele.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Não utilizar em pele não íntegra.
SOLUÇÃO PROTETORA CUTÂNEA (spray)	Cobertura protetora cutânea em spray; polimérica, difundida em solvente não citotóxico, não alcoólico e não gorduroso, composto de emoliente.	Proteção cutânea para pele íntegra. Oferece proteção contra irritações de pele decorrentes de incontinência urinária e fecal e danos causados pelos adesivos em curativos repetitivos.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Não utilizar em pele não íntegra.

Plano preventivo de inspeção cutânea



Fluxograma: Avaliação admissional



OBS: Paciente com risco ausente (19 a 23): manter avaliação clínica de acordo com as exigências assistenciais de cada caso.

* Baseado no protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Anvisa/Fiocruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Evolução do atendimento ao paciente portador de UP

Nome: _____ **Sexo:** M F

Escolaridade: Nível fundamental Nível médio Nível superior

Estado Civil: _____ **Ocupação principal:** _____

Endereço: _____

Nome do acompanhante: _____

Idade: _____ anos **Peso:** _____ Kg **Altura:** _____

Data de admissão: ____/____/____ | **Unidade:** _____

Data da evolução: ____/____/____

Diagnóstico(s) médico: _____

História da moléstia atual: 1º atendimento _____

Fatores de risco que levaram/contribuíram para o desenvolvimento da UP

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alterações da função mental | <input type="checkbox"/> Perda da integridade da pele (ex.: doença vascular) |
| <input type="checkbox"/> Incontinência fecal e urinária | <input type="checkbox"/> Neuropatia diabética |
| <input type="checkbox"/> Contenção física | <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão prévia |
| <input type="checkbox"/> Malnutrição | <input type="checkbox"/> Idade avançada |
| <input type="checkbox"/> Restrição ao leito | <input type="checkbox"/> Higiene precária |
| <input type="checkbox"/> Sedação | <input type="checkbox"/> Alterações no turgor e elasticidade da pele |
| <input type="checkbox"/> Presença de fratura | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Avaliação da ferida:

Nº de feridas: _____ | Localização: _____

Descolamento: ausente presente _____ cm | Direção: _____ horas

Alergia medicamentosa? Não Sim Qual (is)? _____

Tempo de existência da lesão: _____ dias _____ meses _____ anos

Dor relacionada à lesão:

Não Sim - Local da UP ocasionadora da dor: _____

Zero (ausência de dor)

Um a três (baixa intensidade)

Quatro a seis (moderada intensidade com demanda relativa de analgésico)

Sete a nove (forte intensidade com demanda de analgésico)

Dez (intensidade insuportável com demanda de analgésico em horários específicos)

Risco segundo REB:

Alto Médio Baixo | **Categoria da ferida:** _____

Enfermeiro: _____ **COREN:** _____

Técnico de Enfermagem: _____ **COREN:** _____

APÊNDICE V**Ficha de Avaliação Periódica do Paciente Portador UP**

Nome: _____

Sexo: ()F ()M Idade: _____ Prontuário n°: _____ Leito: _____ Ala: _____

Localização da lesão: _____**Data:** ____ / ____ / ____**Avaliações****Características Gerais**

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a
Largura (cm)							
Comprimento (cm)							
Profundidade (cm)							
Descolamento (1) Sim (2) Não							
Tipo exsudato: (Se) Seroso (Sa) Sanguinolento (Pu) Purulento (Ss) Sero-sanguinolento							
Quantidade exsudato: (A) Ausente (P) Pouco (M) Moderado (G) Grande (Ab) Abundante							
Aspecto Necrose: (Au) Ausente (Am) Amarela (V) Verde (C) Cinza (M) Marrom (N) Negra							
Necrose: (Ad) Aderida (Am) Amolecida (S) Seca (R) Retirável							
Odor: (A) Ausente (N) Presente e fisiológico - normal (F) Presente e fétido							
Exposição: (T) Tendão (O) Óssea (F) Fásia							
Dor: (A) Ausente (1 a 10) Escala							
Tecido de Granulação: (A) Ausente (RC) Rosa Claro (VV) Vermelho Vivo							
Bordas: (P) Preservada (H) Hiperemiada (A) Aderida (E) Edemaciada (M) Macerada							

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a
Produto Utilizado							

Ass./Coren:**Obs.:**
