

TeleCondutas[®]

Lesão por pressão



Versão digital
2017

TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 - 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 - 090 - Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:

Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:

Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:

Carolina Pereira Lobato
Laura Ferraz dos Santos
Neizy Gabrielle da Silva Calcagno Teixeira
Milena Rodrigues Agostinho
Taiane Sawada de Souza
Kelli Wagner Gomes
Rudi Roman
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Natan Katz

TELECONDUTAS - LESÃO POR PRESSÃO

TeleCondutas são materiais de apoio de fácil utilização, passíveis de serem consultados durante o atendimento. Para buscar auxílio sobre dúvidas não contempladas nesses materiais, Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:30 min. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre qualquer condição de saúde.

Sumário

Etiologia

Classificação

Características da lesão conforme Estágio

Tipos de Tecido

Avaliação e tratamento da infecção

Check-list

Cuidados com a ferida

Escolha da cobertura

Irrigação da Lesão

Desbridamento

Controle do Odor

Medidas Preventivas

Introdução

A Lesão por Pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. É um problema de saúde frequente no atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente identificado em visitas domiciliares na avaliação de pacientes acamados, podendo levar a repercussões graves como infecção bacteriana disseminada e osteomielite.

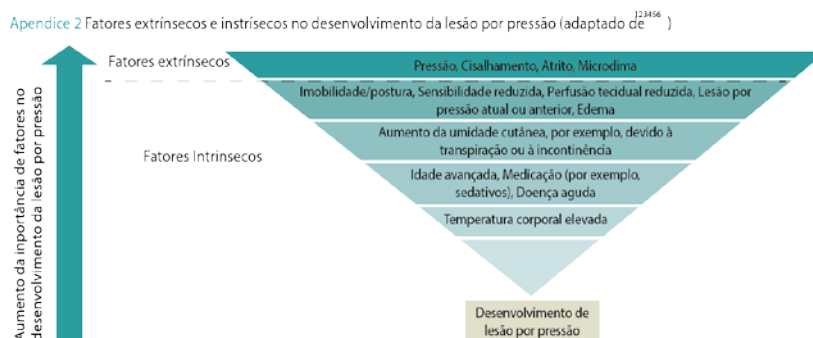
Assume-se o termo “lesão por pressão”, pois menores graus de danos à pele devido à pressão podem não estar associados à ulceração cutânea.

Sinônimos: lesão induzida por pressão. Anteriormente, denominadas “escaras”, “úlceras de decúbito” ou “úlceras por pressão”.

Etiologia da lesão por pressão

A pressão sobre a pele e tecidos subcutâneos é o fator preponderante. Entretanto, outros fatores, como o cisalhamento (combinação de peso e fricção), e inúmeros fatores intrínsecos podem estar associados ao desenvolvimento de LP.

Figura 1 - Fatores extrínsecos e intrínsecos no desenvolvimento da lesão por pressão



Classificação das lesões por pressão

Existem vários sistemas de classificação das lesões por pressão. Elas são categorizadas para indicar a extensão do dano tissular. O sistema mais utilizado é o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e inclui as definições dispostas no Quadro 1.

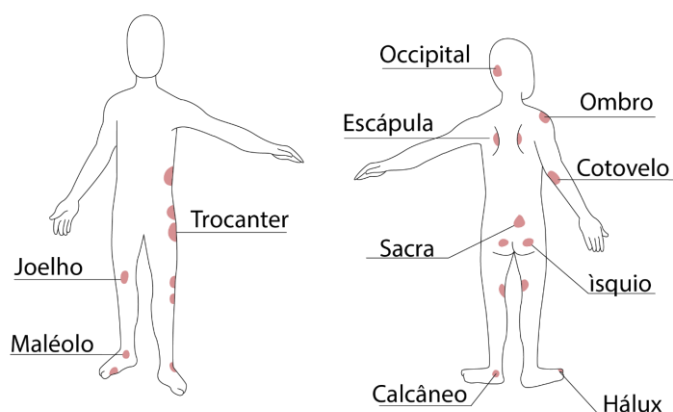
Quadro 1 - Classificação das lesões por pressão segundo NPUAP

| Lesão por pressão | Definição |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estágio 1 | Pele íntegra com eritema que não embranquece. |
| Estágio 2 | Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. |
| Estágio 3 | Perda da pele em sua espessura total. |
| Estágio 4 | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. |
| Não Classificável | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. |
| Tissular Profunda | Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. |
| Definições adicionais | |
| Relacionadas a dispositivos médicos | 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. |
| Em membranas mucosas | Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. |
| Relacionadas a utensílios domésticos | Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito. |

Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

Principais pontos para desenvolver lesões por pressão

Figura 2 - Principais pontos para desenvolver lesões por pressão.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

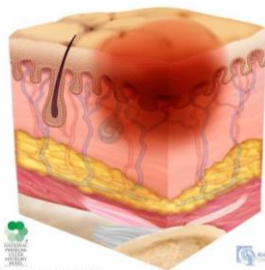
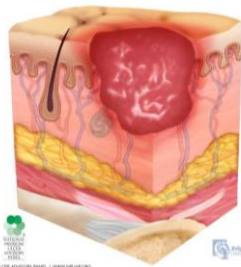

Avaliação da Lesão por Pressão



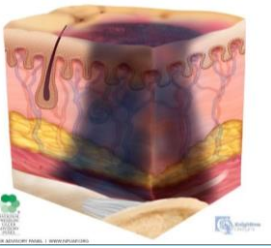
Na avaliação de pacientes com LP é importante determinar as características da ferida, o tipo de tecido presente e se existe infecção secundária. Essas medidas permitem estabelecer um plano de cuidado apropriado.

Características dos estágios das lesões por pressão

A identificação apropriada do estágio da LP é importante para fornecer medidas preventivas e tratamento adequado conforme o tipo de lesão.

Quadro 2 – Características da lesão por pressão

| Estágio da LP | Definição | Cuidados | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece | Pele intacta com área localizada de eritema que não embranquece, que pode aparecer de forma diferente em pele pigmentada. | O desenvolvimento de uma lesão de estágio 1 deve ser tomado como uma indicação de que o paciente está em alto risco de desenvolvimento de úlceras e medidas preventivas devem ser tomadas. Atenção: alterações da pele na coloração roxa ou marrom, podem indicar lesão de pressão de tecido profundo. |  |
| Estágio 2: Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme | O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido e também pode apresentar-se como flictena (bolha) com exsudato seroso intacto ou rompido. | Atenção: não há presença de tecido de granulação, esfacelo e/ou escara |  |
| Estágio 3: Perda total da espessura da pele | Caracterizado por perda de pele em toda a espessura, o tecido de granulação e frequentemente há bordas “descoladas” presentes. Variando de profundidade conforme a região anatômica. Pode haver presença parcial de esfacelo (necrose de liquefação) e/ou escara (necrose de coagulação), bem como tunelização. | Atenção: fásia, músculo, tendões, ligamentos, cartilagem e/ou osso não estão expostos |  |


| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Estágio 4: Perda total da espessura da pele e perda tissular</p> | <p>Exposição ou palpação direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera. Com frequência ocorrem bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelizações.</p> <p>Todos os tipos de tecidos (granulação, esfacelo e/ou escara) podem estar presentes nesse estágio.</p> | <p>Atenção: as úlceras que se estendem para estruturas de suporte, incluindo fáscia, tendão ou cápsula articular, podem estar associadas à osteomielite</p> |  |
| <p>Não classificável: perda total da espessura da pele e perda tissular não visível</p> | <p>A extensão do dano tecidual no interior da úlcera não pode ser confirmada porque está coberto por esfacelo ou escara.</p> <p>Quando o esfacelo ou escara for removido, a LP poderá ser classificada como estágio 3 ou 4.</p> | <p>Atenção: Não se deve remover escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) que estiver sobre um membro isquêmico ou no calcanhar.</p> |  |
| <p>Tissular profunda: coloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e não branqueável</p> | <p>Área localizada da pele com coloração vermelha, marrom ou púrpura persistente, com aspecto de hematoma, ferida escura ou bolha cheia de sangue.</p> | <p>A ferida pode evoluir, rapidamente, para revelar a extensão real da lesão tecidual, ou pode resolver sem perda de tecido.</p> <p>Atenção: Pode ser difícil de detectar em indivíduos com pele escura.</p> |  |




Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

Tipos de Tecido

Os tipos de tecido podem ser classificados da seguinte maneira:

Quadro 3 – Características dos tecidos:

| Tipo de tecido | Características | Figura ilustrativa |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Granulação</p> | <p>Tecido viável de coloração avermelhada ou rósea, composto por vasos e fibroblastos. Comumente brilhante.</p> |  |

| | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Necrose de Liquefação (esfacelo) | Tecido de coloração amarela ou branca, consistência macia e delgada. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão. |  |
| Necrose de Coagulação (escara) | Tecido de cor cinza, preta ou marrom, com consistência dura e seca. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão. |  |
| Exposição de tendões e fáscia muscular | Tendões e fáscia podem ser visualizados. Não utilizar desbridantes enzimáticos nesses tecidos. Atentar para a presença desses durante a realização de desbridamento instrumental |  |
| Exposição óssea | Estrutura óssea pode ser visualizada ou sentida com um instrumento estéril de ponta romba. Quando houver presença de sinais flogísticos, compartilhar avaliação com o profissional médico, levantar hipótese de osteomielite | |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017); DERMQUEST.COM (2017); DERMIS (2017).

Avaliação de infecção e tratamento

Todas as feridas são colonizadas por microrganismos. No entanto, nem todas as feridas estão infectadas.

Não há evidências científicas para apoiar a antibioticoterapia profilática em feridas crônicas não-infectadas, tal medida também não tem evidência de melhorar a cicatrização de feridas.

A infecção pode se apresentar de maneira variável, geralmente com sinais locais de comprometimento dos tecidos moles, como calor, eritema, edema, secreção purulenta e presença de odor fétido.

As seguintes características aumentam a suspeição clínica de infecção secundária associada à lesão de pressão:

- tecido de granulação friável;
- mau odor;
- aumento da dor na úlcera;
- aumento de drenagem da ferida e mudanças de suas características (reaparecimento de sangue na drenagem, característica purulenta);
- maior quantidade de tecido necrótico no leito da ferida;
- aparecimento de bolsas ou necroses no leito da ferida;
- ausência de sinais de cicatrização após 2 semanas de tratamento apropriado.

A gravidade da infecção pode ser avaliada conforme os seguintes critérios:

- infecção leve: presença de duas ou mais manifestações de infecção, porém a área de celulite/eritema ao redor da úlcera é menor ou igual a 2 cm e a infecção é limitada à pele ou ao tecido subcutâneo. Não existem outras manifestações de complicação local ou sintomas sistêmicos;
- infecção moderada: infecção que apresenta ao menos uma das seguintes características: celulite/eritema maior do que 2 cm, presença de linfangite, acometimento de fascia superficial, abscesso em tecido profundo, envolvimento de tendão e musculatura;
- infecção grave: paciente com sintomas de toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (como febre, calafrio, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave).

A técnica de coleta do swab da ferida não está indicada para diagnóstico da infecção, pois reflete a colonização superficial da lesão. Na suspeita de infecção, idealmente deve-se realizar biópsia de tecido para orientar o tratamento conforme resultado da cultura. Na indisponibilidade dessa avaliação, o tratamento empírico pode ser realizado baseado na gravidade da infecção e perfil de resistência. Para a seleção de antibioticoterapia empírica deve-se lançar mão de dados locais e, na falta dessas informações, o quadro 5 apresenta os esquemas terapêuticos mais utilizados. Para o tratamento da infecção é necessário uso de antibioticoterapia sistêmica, devendo-se evitar o uso de antibioticoterapia tópica nessas situações.

Quadro 4 – Antibioticoterapia para tratamento de infecção leve a moderada em lesões por pressão

| Gravidade da infecção | Antibioticoterapia |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve | <p>Lesão sem secreção purulenta (cobertura para <i>Streptococcus</i> e <i>Staphylococcus aureus</i>)</p> <p>Utilização de <u>um antibiótico</u> via oral por 7 a 14 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina (500 mg) – 1 comprimido de 6 em 6 horas; ou • Amoxicilina + clavulanato (500/125 mg) – 1 comprimido de 8 em 8 horas; ou • Clindamicina (300 mg) – 1 comprimido de 8 em 8 horas. |
| | <p>Com secreção purulenta (cobertura para <i>Streptococcus</i> e <i>Staphylococcus aureus</i> <i>meticilina resistente</i>)</p> <p>Utilização de <u>dois antibióticos</u> via oral por 7 a 14 dias (um deles deve ser o sulfametoxazol+trimetoprima):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfametoxazol + trimetoprima (400/80 mg) – 2 a 4 comprimidos de 12 em 12 horas; <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina (500 mg) – 1 comprimido de 6 em 6 horas; ou • Clindamicina (300 mg) – 1 comprimido de 8 em 8 horas. |
| Moderada Ou Leve refratária ao tratamento inicial | <p>Cobertura ampliada (<i>Streptococcus</i> e <i>Staphylococcus aureus</i> <i>meticilina resistente</i>, gram negativos aeróbios e anaeróbios)</p> <p>Utilização de 2 antibiótico por 7 a 14 dias, conforme as duas opções propostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfametoxazol + trimetoprima (400/80 mg) – 2 a 4 comprimidos de 12 em 12 horas; e • Amoxicilina + clavulanato (500/125 mg) – 1 comprimido de 8 em 8 horas. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina (300 mg) – 1 comprimido de 8 em 8 horas; <p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino (500 mg) – 1 comprimido de 12 em 12 horas. |
| Grave | Antibioticoterapia parenteral. Sugere-se avaliação hospitalar inicialmente. |

Osteomielite

Osteomielite é uma complicação frequente em LP infectada, devendo ser considerada principalmente em pacientes com falha de cicatrização em lesões por pressão adequadamente tratadas, especialmente quando há exposição óssea ou articular. O diagnóstico é estabelecido por cultura a partir de biópsia do tecido ósseo. Nesses casos, a cultura de material de biópsia orientará a antibioticoterapia adequada, além disso é recomendado desbridamento cirúrgico do tecido necrótico. Dessa forma está recomendado encaminhamento para diagnóstico emergencial (na osteomielite aguda) ou ambulatorial com serviço de ortopedia (osteomielite crônica).

Check-list para avaliar as lesões por pressão

Segue uma proposta de itens a serem avaliados pelo profissional da saúde ao cuidar de lesões por pressão.

Quadro 5 – Check-list para avaliação de feridas

1. Número e localização das lesões por pressão;
2. Tempo de evolução da lesão(ões) por pressão;
3. Etiologia da(s) lesão(ões);
4. Exposição a fatores de risco (comorbidades, estado nutricional, mobilidade, vulnerabilidade);
5. O que já foi utilizado no cuidado das lesões (coberturas, medicamentos);
6. Avaliar dor (considerar analgesia);
7. Identificar quais tipos de tecido estão presentes (granulação – vermelho, rosa; necrose de liquefação/esfacelos – amarelo; necrose de coagulação/escara – cinza, marrom, preto);
8. Avaliar sinais de infecção (dor, calor, rubor, odor, secreção purulenta, sinais sistêmicos);
9. Como o curativo é realizado no momento (quais materiais/produtos são utilizados);
10. Proceder com a irrigação/limpeza da ferida;
11. Medir e anotar o tamanho da(s) lesão (ões): comprimento; largura e profundidade; presença de tunelização;
12. Avaliar necessidade/possibilidade de desbridamento mecânico e/ou instrumental de tecido necrótico;
13. Repetir a irrigação/limpeza do leito da ferida;
14. Identificar, novamente, quais tecidos estão presentes após o desbridamento;
15. Identificar se a ferida é seca ou exsudativa;
16. Escolher cobertura adequada (ver figura 4 e quadro 6);
17. Combinar, com o paciente e/ou cuidador/familiar, frequência de troca do curativo e reavaliação na unidade de saúde e/ou domicílio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Medida da lesão

Para medir a lesão deve-se utilizar régua limpa e descartável, medindo o maior comprimento cefalocaudal e a maior largura perpendicular (90°) ao comprimento. Medir a profundidade com instrumento estéril de ponta romba.

O registro fotográfico da lesão é útil para avaliar a evolução do processo de cicatrização da ferida.

A seguir, apresentamos um modelo de régua para medir a lesão. Você pode baixar em tamanho original no site do TelessaúdeRS-UFRGS.

Figura 3 - Modelo de Régua para medir a lesão:

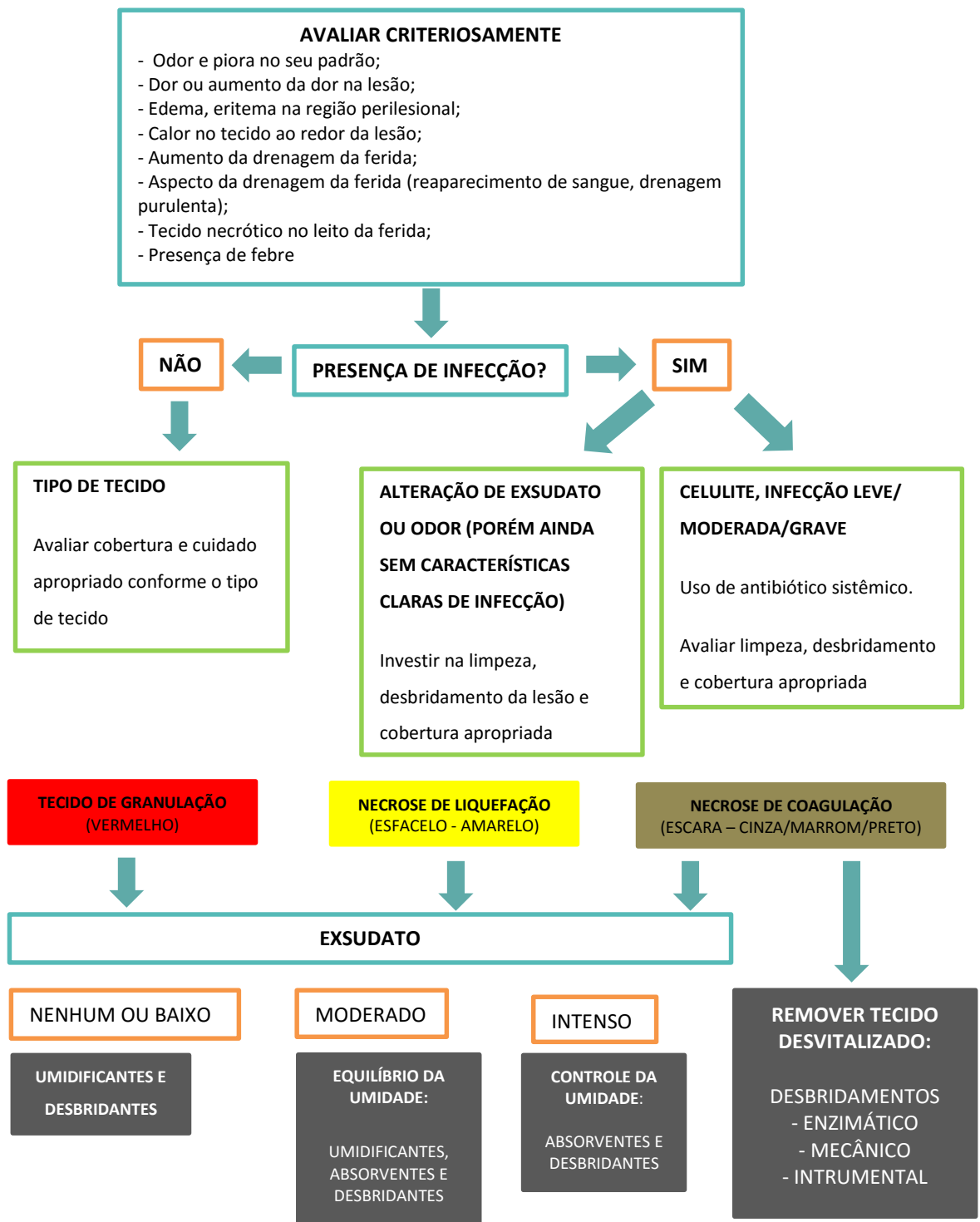


Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Cuidados com a ferida

O cuidado da ferida é orientado pelo tipo de tecido presente, controle de odor e evidência de infecção. Sumariamente a escolha da cobertura e dos cuidados podem ser orientados conforme a figura a seguir:

Figura 4 – Avaliação para escolha da cobertura e cuidado com a ferida



Escolha da Cobertura

O curativo ideal é o que mantém um ambiente fisiologicamente saudável no leito da ferida e auxilia na redução do período de cicatrização. Este ambiente compreende: prevenção e controle da infecção, desbridamento dos tecidos inviáveis, controle do exsudato, controle do odor e proteção da ferida. Feridas cavitárias necessitam de atenção especial. É essencial que se preencham os espaços entre a cobertura primária e o curativo secundário. O material utilizado com maior frequência é a gaze.

Quadro 6 – Principais tipos de cobertura e suas indicações

| Categoria | Coberturas | Benefícios | Indicações/uso | Precauções/contraindicações | Frequência de troca | Considerações |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROTETOR | Filme transparente ou semipermeáveis | <ul style="list-style-type: none"> - Forma uma camada protetora da pele; - Age como barreira à contaminação da ferida; - É impermeável a água e outros agentes; - Adapta-se aos contornos do corpo; - Permite visualização direta da ferida. | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de LP; - Proteção de pele íntegra e escoriações. | <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com sudorese aumentada; - Feridas com muito exsudato; - Feridas infectadas; - Em casos de hipersensibilidade. | Trocar a cada 7 dias e ou quando necessário. | <p>Reduz o atrito, porém a pressão permanece a mesma.</p> <p>Quando paciente acamado, mas com mobilidade, essa cobertura pode descolar e se enrolar, causando outras lesões.</p> |
| PROTETOR E UMIDIFICANTE | Hidrocolóide Apresentação em placa, pasta, fibra e pó Pode estar associado à prata | <ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promove desbridamento autolítico; - Reduz o risco de infecção, pois atua como barreira térmica, microbiana e mecânica; - Reduz atrito e pressão. | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção ou tratamento de LP não infectadas; - Feridas abertas e planas com pouca a moderada exsudação; - Feridas cirúrgicas limpas; - Barreira protetora de área perilesional e para efluentes de estomas. | <ul style="list-style-type: none"> - Feridas muito exsudativas; - Feridas infectadas; - Feridas cavitárias; - Região sacra em caso de incontinência fecal e urinária; - Indivíduos sensíveis aos componentes do produto. | Trocar no máximo a cada 7 dias , sempre que houver saturação da cobertura ou o curativo descolar. | Pode causar maceração da área perilesional devido à absorção não acontecer de forma vertical (a cobertura não é absorvente). Fixar 1 a 2 cm da borda, diminuindo assim a área de extravasamento de exsudato. |
| UMIDIFICANTE | Ácido Graxo Essencial (AGE) Óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. | <ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promove angiogênese; - Acelera o processo de granulação tecidual; - Forma película protetora na pele; - Auxilia o desbridamento autolítico; - Pode ser usado em qualquer fase de cicatrização. | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de LP; - Feridas de todos os tipos em processo de cicatrização com ou sem infecção. | <ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer hipersensibilidade. | Trocar no máximo a cada 24 horas ou sempre que o curativo secundário estiver saturado. | O uso prolongado pode causar hipergranulação da ferida. Pode ser associado a várias coberturas. |
| UMIDIFICANTE | Hidrogel Pode estar associado à cálcio e sódio | <ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promove desbridamento autolítico. | <ul style="list-style-type: none"> - Feridas secas ou pouco exsudativas; - Tecidos desvitalizados em feridas abertas; - Áreas doadoras de pele; - Queimaduras de 1º e 2º graus; - Desbridamento leve de necrose de liquefação (esfacelo) e de necrose de coagulação (escara). | <ul style="list-style-type: none"> - Feridas com exsudato em média ou grande quantidade; - Pele íntegra; - Queimaduras de terceiro grau; - Sensibilidade aos componentes do produto. | Trocas em até 48 horas . <i>Feridas infectadas:</i> no máximo a cada 24 horas ; | O uso de gel para tratar feridas com muito exsudato macera as bordas da lesão e a pele adjacente. |

| Categoria | Coberturas | Benefícios | Indicações/uso | Precauções/contraindicações | Frequência de troca | Considerações |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABSORVENTE | Alginato de cálcio Apresentação em placa ou fita Pode estar associado ao sódio e/ou à prata | - Absorve grande quantidade de exsudato; - Auxilia no desbridamento autolítico; - Promove hemostasia em lesões sangrantes. | - Feridas exsudativas moderadas a altas; - Feridas com ou sem sangramentos; - Áreas doadoras de enxerto; - Feridas cavitárias em geral; - Desbridamento de pequenas áreas de necrose de liquefação (esfacelo). | - Não utilizar em feridas secas ou com pouco exsudato; - Prevenção de LP; - Grandes queimados. | Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas. Feridas Limpas com sangramento: a cada 48 horas ou quando saturado. Em outras situações a frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado. Considerar saturação do curativo secundário e aderência da cobertura no leito da ferida. | Havendo aumento do intervalo de trocas, devido à diminuição do exsudato, deve-se suspender o uso dessa cobertura para evitar o ressecamento do leito da ferida. |
| ABSORVENTE | Hidrofibra carboximetilcelulose sódica Apresentação em placa ou fita Pode estar associado à prata | - Mantém o meio úmido; - Favorece o desbridamento autolítico; - Absorve grande quantidade de exsudato; - Reduz a dor e o trauma no momento da troca. | - Feridas com moderada a grande quantidade de exsudato; - Feridas infectadas ou com risco de infecção; - Úlceras vasculares, diabéticas e LP. - Queimaduras de espessura parcial (2º grau); | - Feridas secas; - Sensibilidade aos componentes do produto. | Feridas limpas: até 7 dias; Feridas infectadas: no máximo 3 dias; Com prata: remover somente por vazamento, sangramento excessivo, dor ou em no máximo 7 dias. Durante as primeiras 72 horas, o curativo com prata pode ser removido se não demonstrar aderência à lesão. | Manter borda de no mínimo 1 cm em todos os lados. Pode ser recortado. Não deve ser associado com produtos à base de óleo. |
| ABSORVENTE | Hidropolímero Apresentação em lâmina ou espuma de preenchimento | - Mantém o meio úmido; - Favorece o desbridamento autolítico; - Absorve grande quantidade de exsudato; - Reduz o trauma na troca do curativo. | Lâmina Feridas planas Espumas de preenchimento Feridas cavitárias | - Feridas secas; - Queimaduras de 3º grau; - Feridas com necrose de coagulação (escara). | A frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado. | Podem ter formulações associadas com antimicrobianos ou anti-inflamatórios. Podem ser ou não recortáveis. |
| DESRIDANTE | Papaína 8 a 10% para escara; 6 a 4% esfacelo; 2% tecido de granulação | - Promove desbridamento químico/enzimático; - Bactericida e bacteriostático. | - Lesões com presença de granulação (concentração 2%), necrose de liquefação/esfacelo (4-6%) e necrose de coagulação/escara (8-10%); - Feridas secas ou exsudativas; - Planas e/ou cavitárias; - Feridas infectadas. | - Sensibilidade aos componentes do produto; - Pacientes alérgicos à látex não devem utilizar papaína. | A cada 24 horas , antes se o curativo secundário estiver saturado. | Os recipientes utilizados para diluição e armazenamento não devem ser metálicos, pois provocam oxidação e inativação da enzima. |
| DESRIDANTE | Colagenase fibrase | - Mantém o meio úmido; - Promove o desbridamento enzimático suave e não invasivo de lesões. | Feridas com tecido desvitalizado. | Pacientes sensíveis às enzimas da fórmula. | A cada 24 horas. | Promove desbridamento muito lento. |
| ANTIMICROBIANO | Carvão ativado Pode estar associado à prata | - Absorve grande quantidade de exsudato; - Controla o odor e as células bacterianas, destruídas pela ação da prata. | - Feridas infectadas com ou sem odor; - Feridas profundas com exsudação moderada à abundante | - Feridas limpas; - Queimaduras; - Feridas pouco exsudativas, sangrantes ou com necrose de coagulação/escara. | A saturação do tecido de carvão ativado acontece, em média, em 3 a 4 dias, podendo ficar no leito até 7 dias . Estabelecer necessidade de troca do curativo secundário conforme avaliação do profissional que acompanha o cuidado. | Havendo aumento do intervalo de trocas, devido à diminuição do exsudato, deve-se suspender o uso dessa cobertura para evitar o ressecamento do leito da ferida. Existem hoje, no mercado, curativos à base de carvão ativado que podem ser recortados de acordo com o tamanho da lesão. |

| Categoria | Coberturas | Benefícios | Indicações/uso | Precauções/ contraindicações | Frequência de troca | Considerações |
|--------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| NÃO ADERENTE | Malha de petrolato | <ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Não adere ao leito da ferida; - Promove o equilíbrio da umidade da lesão, pois permite que o exsudato seja absorvido pelo curativo secundário, | Lesões superficiais de queimaduras, úlceras, feridas superficiais limpas, abrasões, lacerações, áreas doadoras de enxerto. | Feridas infectadas. | A frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado. A saturação do curativo secundário e a possível aderência da cobertura no leito da ferida devem ser levados em consideração. | |
| NÃO ADERENTE | Tela de silicone | <ul style="list-style-type: none"> - Promove o equilíbrio da umidade da lesão, pois permite que o exsudato seja absorvido pelo curativo secundário, evitando a maceração da pele; - Minimiza o trauma e dor durante as trocas de curativos; - Permite visualização direta da ferida; - Adapta-se aos contornos do corpo. | <ul style="list-style-type: none"> - Tratamento de feridas exsudativas planas; - Áreas doadoras e receptoras de enxerto cutâneo; - Epidermólise bolhosa. | - Feridas cavitárias. | A frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado. A saturação do curativo secundário deve ser um dos critérios para a troca. A tela de silicone pode ser lavada com soro fisiológico e reaplicada na mesma lesão. Levam em consideração as orientações do fabricante. | Requer curativo secundário. |

*Para todas as coberturas listadas, deve-se levar em consideração as orientações de cada fabricante.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Irrigação da Lesão

A irrigação auxilia na remoção de tecidos desvitalizados, reduzindo a carga bacteriana, promovendo a limpeza e melhorando a visualização do leito da ferida. Não está indicado secar ou esfregar o leito da lesão após a irrigação. Secar apenas a área perilesional. A irrigação deve ser realizada em todas as trocas de curativos.

Técnica de irrigação

É realizada através de colocação de agulha 40x12 em frasco de solução fisiológica 0,9%. A pressão exercida pelo jato da solução salina apoia na limpeza sem lesionar o leito da ferida. Indica-se o uso de solução fisiológica, preferencialmente aquecida, para não resfriar o leito da ferida (vasoconstrição).

Caso sobre soro fisiológico do frasco utilizado para a limpeza da lesão, não reutilizar para reduzir a contaminação cruzada.

O uso de soluções antissépticas na limpeza da ferida (por exemplo, clorexidina e peróxido de hidrogênio) é uma recomendação em desuso devido ao seu potencial irritante e citotóxico, atrasando o processo cicatricial. Atualmente, estão disponíveis no mercado, produtos antissépticos desenvolvidos especificamente para o tratamento de feridas, porém são necessários mais estudos para avaliar recomendações de uso e eficácia.

Desbridamento

É um componente padrão do tratamento da ferida quando há tecido desvitalizado. Deve ser descontinuado uma vez que o tecido necrótico tenha sido removido e o tecido de granulação esteja presente. Pode ser mecânico, autolítico, enzimático ou instrumental.

Desbridamento mecânico: consiste na aplicação de força mecânica sobre o tecido desvitalizado a fim de facilitar a remoção, promovendo um meio ideal para a ação de coberturas primárias. A irrigação com soro através de jato é o desbridamento mecânico mais indicado para LP.

Desbridamento autolítico: autólise é a degradação natural do tecido desvitalizado. A utilização de coberturas primárias (que entram em contato direto com a ferida) que mantém úmido o leito da ferida e permitem ação de enzimas proteolíticas, agindo sobre o tecido desvitalizado. Pode ser associada com outras técnicas de desbridamento.

Desbridamento enzimático: consiste na aplicação tópica de enzimas desbridantes diretamente no tecido desvitalizado. Bons resultados associados à técnica de Square.

Desbridamento instrumental: utilização de material cortante (pinça, bisturi ou tesoura). Pode ser conservador, realizado por médico e enfermeiro em ambiente ambulatorial ou domiciliar; ou cirúrgico, executado por médico cirurgião.

O encaminhamento para serviço de emergência está indicado em situações que exigem remoção maciça de tecido desvitalizado, como em casos de processos infecciosos graves (acometimento de tecidos profundos, osteomielite aguda ou sepse), que necessitem de anestesia.

Técnicas comuns de desbridamento instrumental:

Square: utiliza-se lâmina de bisturi para a realização de pequenos quadrados (2 mm a 5 mm) no tecido necrótico que poderão ser removidos. Também utilizada para facilitar a penetração de substância desbridante no tecido necrótico.

Slice: utiliza-se lâmina de bisturi ou tesoura a fim de remover a necrose que se apresenta na ferida de forma desorganizada.

Atenção: enfermeiros estão autorizados, segundo resolução COFEN nº 501/ 2015, a realizar desbridamento instrumental conservador (usando pinça, tesoura e bisturi), desde que tenham conhecimentos e habilidades para tal.

Cuidados com a área perilesional/bordas

A área perilesional deve manter-se intacta e hidratada. A preservação dos bordos da ferida, evitando a maceração, é importante dentro do processo cicatricial.

Controle do odor

A presença de odor em feridas crônicas não significa que a lesão está infectada. Tal manifestação, na ausência de outros sintomas de infecção, podem estar associadas a colonização microbiana.

O tratamento inicial do odor é realizado com a limpeza regular da ferida e remoção dos tecidos desvitalizados. **Tal medida costuma ser suficiente no controle do odor em Lesões por Pressão.**

Em alguns casos selecionados, especialmente em feridas por tumor, o uso do metronidazol gel 0,8% tópico pode ser utilizado para o controle de odor fétido da úlcera por pressão. É importante ressaltar que o uso de metronidazol tópico não visa à erradicação dos germes causadores do odor ou tratamento de infecção secundária. **O objetivo do uso da droga é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade** ou até eliminando-o de forma temporária.

Monitoramento

Na fase inicial, é importante avaliar a lesão por pressão pelo menos uma vez por semana, comparando a evolução com a lesão inicial, permitindo assim detectar complicações de maneira precoce e ajustar o plano de cuidado conforme necessário. Recomenda-se um período de duas semanas para observar os progressos de cicatrização.

Os sinais de piora, por exemplo, aumento da dimensão da ferida, mudança na qualidade do tecido, aumento do exsudato ou sinais de infecção devem ser tratados assim que detectados.

A equipe pode utilizar ferramentas de monitoramento que facilita e torna eficaz a comunicação entre os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dos pacientes. A escolha da ferramenta deve ser adequada às características do serviço e os profissionais treinados para o uso, garantindo que a avaliação seja feita de forma consistente.

Medidas preventivas

A prevenção da lesão por pressão buscar reduzir a exposição aos fatores extrínsecos. É necessário inspeção regular da pele, controle da umidade local e proteção das proeminências ósseas. As medidas mais comumente utilizadas são: utilizar superfícies de apoio para redistribuição da pressão; reposicionar o paciente com frequência; atentar para que o leito do paciente esteja sempre limpo, com lençóis secos e esticados.

As medidas preventivas devem ser adotadas para todos os pacientes que apresentam risco de desenvolver LP, mesmo naqueles que já estão com LP em qualquer estágio.

O papel dos cuidadores

Normalmente os pacientes com lesão por pressão estão com a mobilidade restrita e/ou restritos ao leito, portanto o papel do cuidador é essencial na prevenção e no tratamento das lesões por pressão.

Sempre que possível, realizar o curativo na presença do cuidador e, quando indicado, solicite que o mesmo realize o curativo sob a supervisão do profissional envolvido no cuidado.

Redistribuição da pressão

O alívio da pressão é a principal estratégia para prevenção da LP, utilizando superfícies estáticas (de baixa tecnologia) ou dinâmicas (de alta tecnologia).

Superfícies estáticas ou de baixa tecnologia:

- a) Colchões ou colchonetes com espuma de alta densidade: costumam ser os mais utilizados. Devem ser trocados quando houver deformações que limitem os movimentos ou dificultem a mudança de decúbito do paciente.
- b) Colchões piramidais (“caixa de ovo”). Trata-se de uma superfície de espuma de aproximadamente 5 cm que é colocada sobre os colchões de espuma convencional. Devem ser trocados sempre que o colchão perder densidade ou altura. Para não ter sua função anulada ou reduzida, eles não devem ser forrados. Este tipo de colchão poderá ser insuficiente para pacientes idosos ou com déficit neurológico aumentado.
- c) Colchões ou colchonetes de gel: normalmente de silicone. Sua função é dispersar a pressão. A troca está indicada conforme orientações do fabricante.
- d) Colchões ou colchonetes de fluido (água) ou ar: distribuem o peso corporal igualmente. Desvantagens: temperatura da água que pode se tornar desconfortável; requerem preenchimento constante; risco de perfuração; dificultam a reanimação cardiorrespiratória e reduzem qualquer mobilidade por medo de queda à movimentação.
- e) Coxins: auxiliam no alívio da pressão em determinados pontos e podem ser utilizados no reposicionamento do paciente no leito ou na cadeira. São utilizados para separar os joelhos, elevar joelhos e calcanhares, posicionar ombros e braços. Os mais adequados são confeccionados em espuma ou gel de silicone, pois tem menor risco de cisalhamento e fricção. Está contraindicada a utilização de luvas preenchidas com água ou ar e boias de plástico pois aumentam a área isquêmica.

Superfícies dinâmicas ou de alta tecnologia:

Quando o custo não é um fator limitante, as superfícies acionadas podem ser apropriadas para pacientes com úlceras grandes ou múltiplas que impedem o posicionamento apropriado.

- a) Colchão ou colchonete de ar alternado: possuem compressor que faz a alternância do ar nas áreas de compressão. Fáceis de esvaziar em caso de parada cardiorrespiratória.
- b) Leitões com ar fluidificado: reduz a interface de pressão para oclusão capilar e permite que o corpo se adapte à superfície de contato. Mantém a constância do preenchimento, controla a umidade e é de fácil limpeza.
- c) Camas eletrônicas: auxiliam na mobilização do paciente, reduzindo o risco de fricção e cisalhamento. Podem vir com colcha de ar alternado.

Reposicionamento do paciente

O reposicionamento não reduz a intensidade da pressão, mas reduz a duração desta em determinada área. A frequência deve ser reajustada conforme as características da superfície de apoio e complicações clínicas do paciente.

Não existe evidencia sobre o tempo de reposicionamento adequado, portanto sugerimos que o reposicionamento seja realizado a cada 2 horas para pacientes com capacidade circulatória normal.

Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentam eritema não branqueável. O eritema indica que o corpo ainda não recuperou da pressão anterior e exige um intervalo de tempo maior entre pressões repetidas. Trocas de posição frequentes são importantes, mas se não forem feitas da forma adequada também podem causar LP. Portanto, a orientação deve ser no sentido de erguer o paciente para o reposicionamento e nunca arrastá-lo, reduzindo assim o risco de cisalhamento.

Referências

ARMSTRONG, D. G.; MEYR, A. J. **Basic principles of wound management**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management>>. Acesso em: 10 maio 2017.

ARMSTRONG, D. G.; MEYR, A. J. **Clinical assessment of wounds**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-of-wounds>>. Acesso em: 10 maio 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil**. São Paulo: SOBEST, 2016. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BERLOWITZ, D. **Clinical staging and management of pressure induced skin and soft tissue injury**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BERLOWITZ, D. **Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BERLOWITZ, D. **Prevention of pressure induced skin and soft tissue injury**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

BLACK, J. et al. **O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão**. London: World Union of Wound Healing Societies, 2016. Disponível em: <<http://www.woundsinternational.com/wuwhs/view/consensus-document-role-of-dressings-in-pressure-ulcer-prevention/other-BR>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas**. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ANEXO-Resolu%C3%A7%C3%A3o501-2015.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0501/2015**. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html>. Acesso em: 10 maio 2017.

DERMIS. Dermatology Information System. Heidelberg: University of Heidelberg, 2017. Disponível em: <http://www.dermis.net/dermisroot/en/home/index.htm>. Acesso em: 12 maio 2017.

DERMQUEST.COM. DermQuest Image Library. Laussane: Galderma, 2017. Disponível em: <https://www.dermquest.com/image-library/>. Acesso em: 12 maio 2017.

DYNAMED PLUS. Record nº. 116231. **Pressure ulcer**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível em: <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=116231>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MALAGUTTI, W. KAKIHARA, C. T. (Eds.). **Curativos, estomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers**: Quick reference guide. Cambridge Media: Osborne Park, WA, 2014. Disponível em: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_Referencia_Rapido.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **NPUAP pressure injury stages**. Washington, DC: NPUAP, 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

PERUZZO, A. B.; NEGELISKII, C.; ANTUNES, M. C., et al. Técnicas de curativos: cateteres, introdutores e fixadores externos. In: PERUZZO, A. B.; NEGELISKII, C.; ANTUNES, M. C., et al. **Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição [2005?].

PRAZERES, S. J. et al. **Tratamento de feridas**: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá Editora, 2009.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Org.). **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

TELESSAÚDERS-UFRGS. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>. Acesso em: 12 maio 2017.

TLEYJEH, I.; BERLOWITZ, D, BADDOUR, L. M. **Infectious complications of pressure ulcers**. Waltham (MA): UpToDate, 2015 [atualizado em 2017]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/infectious-complications-of-pressure-ulcers>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

YAMADA, B. F. A. O processo de limpeza. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E (Org.). **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu; 2003. p.45-67.

WEINTROB, A. C.; SEXTON, D. J. **Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil

