

# Tratamento de Feridas Hospitalares I - Úlceras por Pressão



# 013

ESTABELECIDO EM  
27/05/2008

ÚLTIMA REVISÃO EM  
01/06/2009

## **NOME DO TEMA \\\**

Tratamento de Feridas Hospitalares I – Úlceras por Pressão

## **RESPONSÁVEIS – UNIDADE \\\**

Carlos Antônio Suski Torres HCM

Marcos Aurélio Fonseca – HCM

## **COLABORADORES \\\**

Elizângela C. de Oliveira – Enf. – HJXXIII

Cecília M. V. Costa – HOGV

Daniela G. Tornidandel – DIRASS

Marco C.T. de Deus – Enf. – CSSI

Gisele Neves de Lima – Enf. – CSSFé

Maria Elisete Naves – CSSFé

Maria José L. da Silva – Enf. – HRB

Maria José Pamplona – Enf. – CHPB

Irtes Cremonezi – Enf. – CSPD

Cíntia Moreira – Enf. – CSPD

Fernando M. da Cunha – Ortopedista – HMAL

Ângelo Paulo de Lazaroni – Ortopedista – HMAL

Maria Amélia F. Rocha – Dra. – HJXXIII

Leonardo Velloso – Dr. – CCPC

Placidina F. de Sousa – Enf. – CCPC

Rossi M. F. Ribeiro – HJXXIII

Ivânia C. M. Ferreira – Nutricionista – DIRASS

## INTRODUÇÃO / RACIONAL

1. As lesões cutâneas úlceras por pressão (UP) são áreas localizadas de isquemia e necrose tecidual, que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa. Apresentam-se como alterações locais tipo calor, eritema, sensibilidade local e, quando infectadas, com descarga purulenta e odor fétido.
2. A alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos), ou pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes, contribui para o aparecimento da UP.
3. As localizações mais frequentes são: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular.
4. A susceptibilidade individual para o desenvolvimento de úlceras de pressão depende da atuação de fatores extrínsecos que se conjugam com as alterações da perfusão tecidual resultante de fatores intrínsecos – ANEXO I.
5. A adoção de medidas preventivas, que minimizem a atuação dos fatores acima mencionados, reduz o risco de desenvolver úlceras de pressão entre 25 a 50%. Para identificação precoce do paciente em risco, existem instrumentos específicos de avaliação. Neste protocolo trabalhou-se com a Escala de Braden – ANEXO II.
6. A incidência das UPs depende do perfil assistencial da unidade acolhedora, mas a prevalência parece ser inversa à qualidade do serviço de tratamento e prevenção.

## OBJETIVO

Identificar os pacientes adultos internados em risco de desenvolver UP e adotar medidas preventivas.

Manter e aumentar a tolerância tecidual à pressão.

Proteger os pacientes susceptíveis dos efeitos nocivos da pressão, fricção e cisalhamento.

Instituir programa de educação permanente para redução da incidência de UP.

Sistematizar a assistência aos pacientes das unidades da rede FHEMIG, portadores de UP, seguindo a classificação por estadiamento.

Reduzir a permanência hospitalar dos pacientes com UP e estabelecer critérios clínicos para a sua desospitalização.

## MATERIAL

### MATERIAL

1. Agente de limpeza suave para a pele;
2. Emoliente/hidratante;
3. Colchão hospitalar com densidade 28;
4. Almofada antiescaras para cadeira;
5. Dispositivos de redução da pressão para o leito ou cama, colchão de uso hospitalar tipo caixa de ovo, com espessura 6 cm e densidade 28, calcanheira, cotoveleira, almofadas ou cunhas em espuma;
6. Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares;
7. Dieta ou suplemento hiperprotéico.

## PESSOAL NECESSÁRIO

1. Médicos;
2. Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem;
3. Terapeutas Ocupacionais;
4. Fisioterapeutas;
5. Nutricionistas;
6. Especialidade de Apoio: Dermatologia e Cirurgia Plástica;
7. Acompanhantes (familiares ou cuidadores).

OBS: Instituição de Comissão Local de Feridas pela gerência assistencial

## ATIVIDADES ESSENCIAIS

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE EM RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERAS POR PRESSÃO (UP)

- 1.1. Conhecer os fatores intrínsecos e extrínsecos – ANEXO I
- 1.2. Conhecer a Escala de Braden – ANEXO II
- 1.3. Aplicar radar da Escala de Braden (REB) – ANEXO III
- 1.4. Avaliação nutricional (protocolo 029 – Terapia Nutricional da FHEMIG).

### 2. PERIODICIDADE DE INSPEÇÃO DA PELE:

Primeiras seis horas após a admissão;

Reavaliar após 48 horas;

A periodicidade das reavaliações seguintes depende do risco inicial e das alterações subsequentes no estado clínico do doente. Vide a evolução escore com aplicação da REB

### 3. ADOPTAR ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Tabuleta contendo escore de REB com periodicidade da reavaliação de acordo com a pontuação;

Reduzir ou eliminar os fatores desencadeantes – ANEXO I; Otimizar o estado geral e nutricional do paciente; Garantir sua estabilidade clínica;

Providenciar:

- Alterações frequentes de posicionamento;
- Protetores de pele na incontinência fecal ou urinária (impermeabilização com emoliente/hidratante);
- Evitar arrastar o paciente sobre o lençol;
- Avaliação periódica do serviço de nutrição;
- Adequação da hidratação e dieta;
- Almofadas, colchões hospitalares tipo caixa de ovo ou leitos especiais para paciente sob risco;
- Orientar o paciente a inspecionar a pele regularmente (se necessário usando espelho).
- Programas de educação permanente a todos envolvidos no processo.

### 4. PROCESSOS DE TRABALHO

- Enfermeiro: avaliar a ferida pelo critério de estadiamento considerando os fatores de risco, conforme itens 1.1, 1.2 e 1.3 relacionados acima; verificar qual a cobertura adequada para a realização do curativo; planejar junto à equipe

multiprofissional as medidas preventivas, bem como solicitar as intervenções quando necessárias;

- Médico: tratamento clínico e cirúrgico, antibioticoterapia, exames subsidiários e indicadores laboratoriais para feridas quando o risco for de moderado a alto;
- Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional: plano para troca de decúbito e posicionamento em conjunto com a equipe de enfermagem, bem como contribuir na reabilitação/deambulação;
- Nutricionista: avaliação e plano nutricional;
- Assistente social: participar do processo de desospitalização, fazendo contato com a unidade de saúde mais próxima da residência do paciente;

## **5. INDICADORES LABORATORIAIS E ANTROPOMÉTRICOS PARA FERIDAS (RISCO MODERADO A ALTO)**

### **5.1 – BIOQUÍMICOS DO ESTADO NUTRICIONAL:**

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

### **5.2 – ANTROPOMÉTRICOS DE MÁ NUTRIÇÃO:**

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

## **6. TRATAMENTO CLÍNICO**

### **6.1 – CUIDADOS GERAIS:**

Nutrição adequada: Dieta rica em proteínas, hipercalórica e ácido ascórbico, zinco, vitaminas e outros a critério clínico;  
Alterações frequentes de posição (mudanças de decúbito de acordo com o grau de risco em que se encontra o paciente);  
Almofadas, colchões de uso hospitalar tipo caixa de ovo.

### **6.2 – TRATAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM O ESTADIAMENTO – ANEXO IV**

Estágio I e II: hidrocoloide extrafino ou filme de poliuretano o que permite uma melhor visualização.

Estágio III e IV: hidrocoloide, alginato de cálcio e carvão ativado. Pode-se associar a essas coberturas o hidrogel, que dependerá da quantidade de exudato e o tipo de tecido encontrado no leito da ferida.

Estágio IV: Tratamento clínico e cirúrgico agressivo.

Outros curativos poderão ser usados conforme as necessidades, aprimoramentos tecnológicos e avaliação da comissão de curativos.

Os principais aspectos relacionados com o tratamento da ferida, visando a sua cura efetiva, são a limpeza do leito com solução fisiológica a 0,9%, absorção do exsudato, proteção da pele circunvizinha e promoção de ambiente úmido para cicatrização.

## 7. 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);

## 8. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INFECÇÃO EM LONGA PERMANÊNCIA:

Pus presente na ferida;

OU

Mínimo quatro dos seguintes:

- Febre > 38°C, ou piora mental ou motora.
- Calor localizado.
- Hiperemia.
- Edema localizado.
- Sensibilidade ou dor.
- Drenagem serosa.

## INDICADORES

1. Percentual de pacientes internados nos quais foi aplicado o REB.
2. Percentual de UP nos pacientes internados em que foi aplicado o REB.
3. Percentual de pacientes em que foi aplicado o REB, que pioraram na classificação e desenvolveram UP

## SIGLAS

UP= Úlceras por pressão

BAAR= Bacilo álcool ácido resistente

REB = Radar da Escala de Braden

## REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. GIARETTA V. M. A., POSSO M. B. S. 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	B
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 13579 – Colchão de espuma flexível de poliuretano, Rio de Janeiro: ABNT, 1996.	D
3. LIANZA, Sergio. Medicina de Reabilitação. Ed. Guanabara Koogan S.A. 2001: 436-438.	D

4. BLANES L., DUARTE I. S., CALIL J. A., FERREIRA L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 182-7.	D
5. COSTA M. P. 1, STURTZ G., COSTA F. P. P., FERREIRA M. C., BARROS FILHO T. E. P. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. ACTA ORTOP BRAS 13(3) – 2005.	B
6. ROCHA J. A. ROCHA <i>et at.</i> Abordagem Terapêutica Das Úlceras De Pressão – Intervenções baseadas na evidência. Acta Med Port 2006; 19: 29-38	D
7. 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.	D
8. OLIVEIRA, L.E.G., OLIVEIRA, M.J.P. Protocolo de Tratamento de Feridas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Barbacena, 2006. 47p. Monografia (Especialização em Vigilância e Controle das Infecções Hospitalares) – CEVCIH – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.	D
9. BORGES, E. L. ET ALL Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144p.	D

Fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão (UP)

FATORES EXTRÍNSECOS	FATORES INTRÍNSECOS
---------------------	---------------------

**Cuidados da enfermagem**

**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 30° (área sacrococcígea), transferências mal executadas (arrastar o doente e não elevá-lo)

**Forças de fricção**

- Resulta do atrito entre duas superfícies
- Lesão epidérmica
- Resultam de transferências mal executadas.

**Maceração/umidade excessiva**

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

**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, DPOC, fármacos vasopressores, tabagismo, diabetes mellitus, nefropatia, septicemia

**Estado nutricional**

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

## ESCALA DE BRADEN

Percepção 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 ou sedação, ou devido 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 ou cadeira 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.



<p><b>Mobilidade:</b> Habilidade de mudar e controlar as posições corporais.</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.</p>	<p>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.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.</p>
<p><b>Nutrição:</b> 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 toma 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>

### Fricção e cisalhamento:

#### 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.

#### 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.

#### 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 .

### TOTAL DE PONTOS:

Fonte: [www.feridologo.com.br](http://www.feridologo.com.br)

Total Escala de Braden	A escala possibilita pontuação de: 06 = mínimo 23 = máximo
OBS.Preencher o Anexo III (radar da escala de Braden – REB) utilizando esta escala.Periodicidade de inspeção da pele com resultado do REB: Alto risco – 3/3 dias, médio risco – 4/4 dias e baixo risco – 5/5 dias (ver algoritmo assistencial).	

## ANEXO III

### RADAR DE 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					

Total deste paciente	Risco deste paciente



PRODUTO	AÇÃO	INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES	TROCA
HIDROCOLOIDE PLACA	Promove a angiogênese e o desbridamento autolítico. Estimula a granulação tecidual.	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas, com pouco a moderado exsudato, feridas com tecido necrótico, áreas doadoras da pele.	Feridas infectadas, queimaduras de segundo e terceiro graus e feridas altamente exsudativas	Deve ser feita sempre que houver saturação do curativo, extravasamento do gel, ou deslocamento do hidrocoloide, podendo permanecer até 7 dias.
FILME TRANSPARENTE	Proporciona umidade, favorecendo a cicatrização. Permeabilidade seletiva, permitindo troca gasosa e evaporação da água. Impermeável a microorganismos e fluidos.	Fixação de cateteres vasculares. Coberturas de incisões cirúrgicas limpas sem presença de exsudato. Proteção de pele íntegra e escoriações. Prevenção de úlceras de pressão em estágio I. Cobertura de áreas doadoras de enxerto e abrasões.	Feridas com muito exsudato e infectadas.	Trocar quando perder a transparência, soltar da pele, presença de sinais de infecção ou excesso de exsudato.
HIDROGEL	Amolece e remove o tecido desvitalizado, por desbridamento autolítico.	Remoção de tecido desvitalizado e crosta em lesões abertas.	Pele íntegra e lesões fechadas.	No máximo a cada 24 horas.

<p>CARVÃO ATIVADO</p>	<p>O carvão ativado absorve exsudato e filtra o odor. A prata age de forma bactericida. Não pode ser cortado.</p>	<p>Lesões fétidas, infectadas ou não, com exsudato de moderada a grande intensidade, deiscências cirúrgicas, úlceras por pressão estágio III e IV, úlceras venosas, diabéticas, fúngicas e neoplásicas.</p>	<p>Lesões com pouca drenagem de exsudato, presença de sangramento, perda tecidual superficial e recobertas por escara, queimaduras.</p>	<p>Trocar a cobertura secundária quando estiver saturada. A cobertura de carvão ativado pode ser trocada a cada 5 dias dependendo do volume do exsudato</p>
<p>PRATA NANOCRISTALINA</p>	<p>Age como barreira antimicrobiana sobre feridas superficiais e profundas. Composição: 98% prata e 2% O<sub>2</sub>. Em contato com 2 a umidade inicia sua ação em 30 minutos. Pode ser cortada.</p>	<p>Queimaduras, feridas infectadas e exsudativas.</p>	<p>Não deve ser associada a outras substâncias com base oleosa.</p>	<p>Até 7 dias.</p>

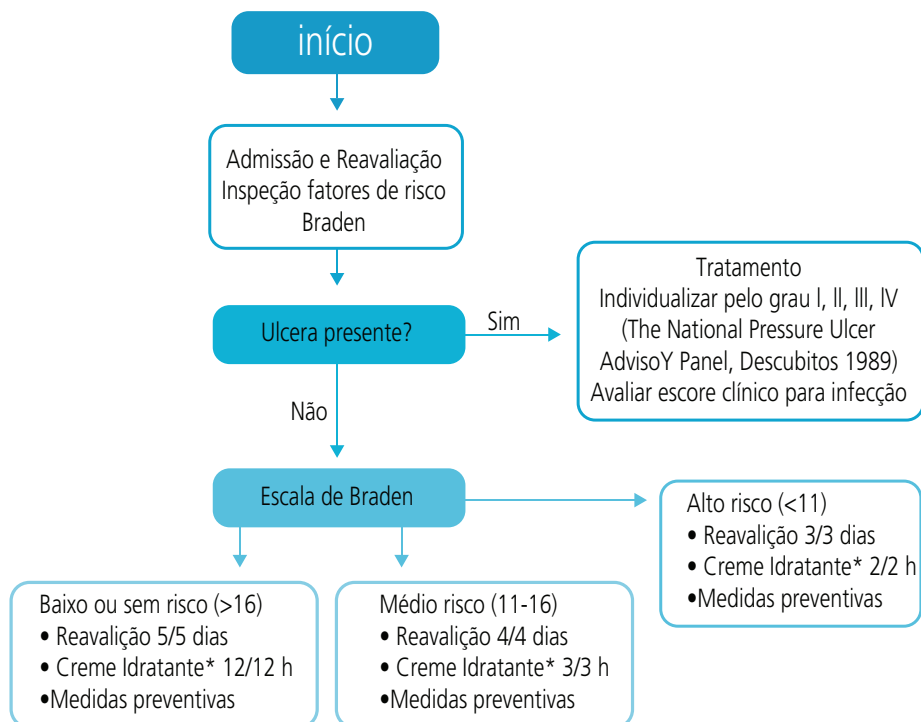
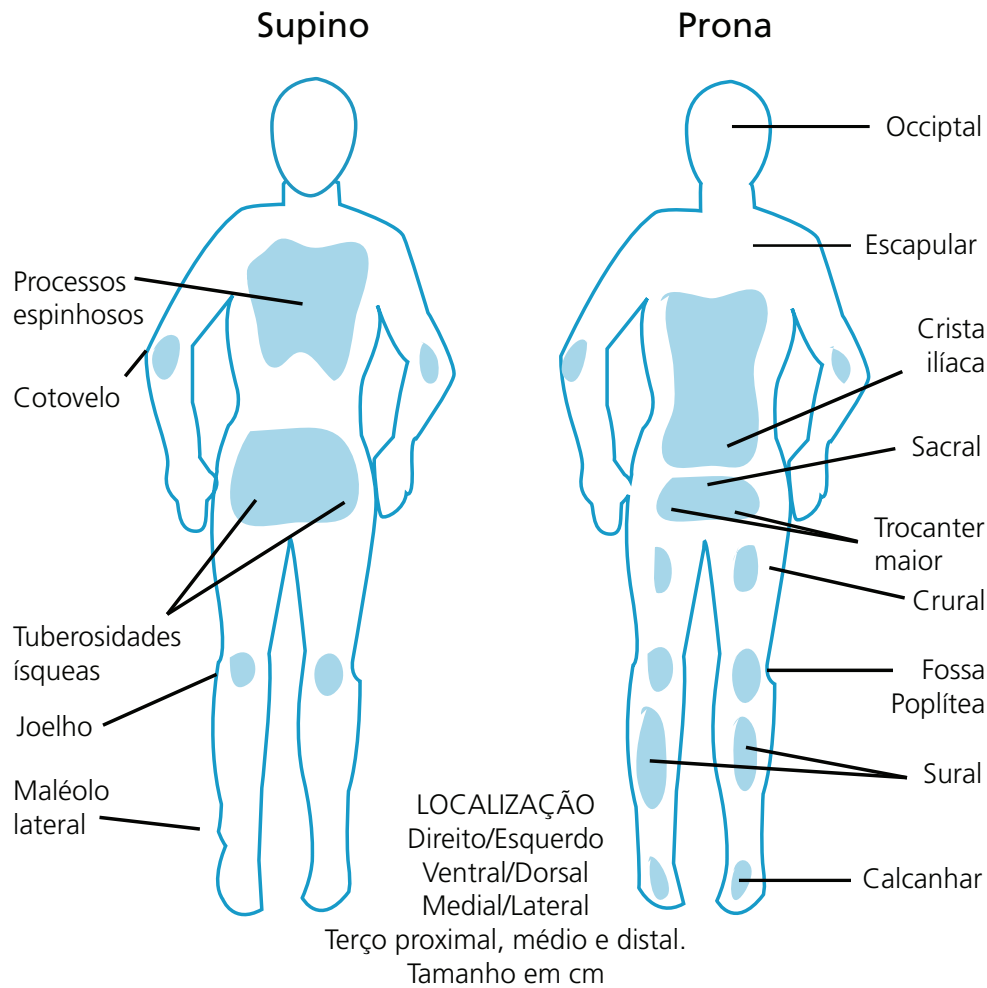
<p>ALGINATO DE CÁLCIO PLACA E CORDÃO</p>	<p>O sódio presente no exsudato da ferida interage com o cálcio do alginato, acontecendo troca iônica que promove: desbridamento autolítico, alta absorção de exsudato, homeostasia e umidade no leito da lesão.</p>	<p>Lesões abertas com exsudato de moderada a grande quantidade, presença de cavidades, sangrantes, com ou sem infecção, deiscências cirúrgicas, úlceras de pressão – estágios III e IV, úlceras neurotróficas ou venosas.</p>	<p>Lesões com perdas teciduais superficiais, sem ou com pouca quantidade de exsudato, feridas superficiais com predomínio de tecido necrótico.</p>	<p>Trocar a cobertura secundária quando estiver saturada. Trocar quando o alginato estiver saturado. Pode permanecer até 5 dias. O período de troca depende do volume de exsudato presente no leito da ferida.</p>
<p>90% DE COLÁGENO + 10% DE ALGINATO DE CÁLCIO</p>	<p>É um correlato avançado para proteção da ferida composto de colágeno e fibras de alginato de cálcio. Não aderente. Fácil de usar.</p>	<p>Feridas que requerem reparação tecidual tanto em lesões agudas como em crônicas. Áreas doadoras e receptoras. Feridas exsudativas.</p>	<p>Vasculite ativa. Queimaduras III grau.</p>	<p>Troca a cada 2 a 4 dias ou dependendo da saturação.</p>

<p>SULFADIAZINA DE PRATA + NITRATO DE CÉRIO</p>	<p>O Nitrato de Cério potencializa ação bactericida da Sulfadiazina de Prata, uma vez que o Cério tem ação bacteriostática, agindo na parede celular bacteriana. Tem ação também cicatrizante e de imunomodulação.</p>	<p>Prevenção e tratamento de infecções em queimaduras e lesões de difícil resolução.</p>	<p>Hipersensibilidade.</p>	<p>No máximo a cada 24 horas ou se houver saturação da cobertura secundária.</p>
<p>COLAGENASE</p>	<p>Degrada o colágeno ativo na ferida, promovendo o desbridamento químico.</p>	<p>Lesões com tecido necrótico.</p>	<p>Feridas com cicatrização por primeira intenção. Sensibilidade às enzimas.</p>	<p>A cada 8 h ou se houver saturação da cobertura secundária.</p>
<p>ESPUMA DE POLIURETANO</p>	<p>Adere ao tecido íntegro, mas não aderente ao leito da ferida. Impermeável a água e bactérias. É absorvente. Preenche cavidade. Não pode ser recortada com borda.</p>	<p>Feridas com perda tecidual profunda parcial ou total. Feridas com presença de cavidades (utilizada na forma de enchimento), úlceras de pressão, arteriais e venosas.</p>	<p>Feridas com perda tecidual superficial com predomínio de tecido necrótico. Ausência de exsudato.</p>	<p>Até 7 dias dependendo da quantidade de exsudato</p>

## ANEXO V

### PLANO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

#### ROTEIRO DE INSPEÇÃO CUTÂNEA



\* Grau de recomendação D, controvertido na literatura.



## EPIDEMIOLOGIA

### FATORES DE RISCOS PARA DESENVOLVIMENTOS DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

- Alterações da função mental (Alzheimer, Parkinson, acidentes Cérebro-vasculares, paralisias, incontinência fecal e urinária, contenção física)
- Presença de fratura
- Malnutrição
- Acamados
- Sedação
- Perda da integridade da pele (mal posicionamento, doença vascular)
- Neuropatia diabética
- Outros \_\_\_\_\_

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	

## APÊNDICE II

### EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDA

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (CONTIDA NO PRONTUÁRIO INFORMATIZADO – SIGH)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Escolaridade:

- Nível fundamental
- Nível médio
- Nível superior

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade / Estado: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Nome do cuidador: \_\_\_\_\_

Ocupação principal: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos    Peso: \_\_\_\_\_ Kg    Altura: \_\_\_\_\_

Data de admissão:        /        /

Unidade: \_\_\_\_\_

Data da evolução:        /        /

História da moléstia atual:

1º atendimento

Evolução do dia

Nº de feridas: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Solapamento: ausente presente \_\_\_\_\_cm

Direção: \_\_\_\_\_horas

Alergia a medicamento? Não Sim Qual (is)? \_\_\_\_\_

Diagnósticos Inicial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico do dia: \_\_\_\_\_

Tempo de existência da ferida: \_\_\_\_\_dias \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos

Presença de dor: Não Sim Local: \_\_\_\_\_

Risco segundo REB

ALTO

MÉDIO

BAIXO

Estadiamento da ferida – ANEXO IV  ESTÁGIO

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

COREN:

Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

COREN: