

PRISCILA NISHIZAKI BORBA

**TIPOS DE CURATIVOS UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO DA
ÚLCERA POR PRESSÃO**

GUAÍRA- SP
2015

PRISCILA NISHIZAKI BORBA

**TIPOS DE CURATIVOS UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO DA
ÚLCERA POR PRESSÃO**

GUAÍRA- SP
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus, amigos, colegas e professores do curso que foram importantes para que este trabalho acontecesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, aos familiares, amigos que proporcionaram força para conclusão do curso.

Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar

aonde à maioria não chega, faça o que a maioria não faz (BILL GATES).

RESUMO

Borba, PN. Tipos de Curativos Utilizados Durante o Tratamento da Úlcera por pressão. 2015. 38f.

As úlceras por pressão podem ser definidas como uma lesão da pele causada pela interrupção sanguínea em determinada área que se desenvolve devida pressão aumenta também é conhecida como úlceras de decúbitos. Os principais fatores de risco para úlcera por pressão são: diminuição ou limitação da atividade, imobilidade, má nutrição, incontinência, circulação e sensação comprometidas, déficit sensorial, disfunção cognitiva, radioterapia, anemia e desidratação. A Escala de Braden é um instrumento norte americano de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, é a única escala validada em língua portuguesa e é a mais utilizada na prática de clínica brasileira devida á sua maior sensibilidade e especificidade. Os cuidados preventivos para úlceras por pressão são vários onde a mudança de decúbito foi evidenciada como o método mais utilizado. A “National Pressure Ulcer Advisory Paneel” (NPUAP) classifica as úlceras pressão em estágios I, II, III, IV e úlceras que não podem ser classificadas. O tratamento das úlceras por pressão tem fatores intervenientes que ultrapassam a ação dos profissionais envolvidos no cuidado a saúde, como por exemplo, a condição intrínseca de cada paciente, a ênfase deve ser dada ao cuidado preventivo, evitando que a lesão ocorra. Os tipos de curativos mais utilizados são: gazes, filme transparente, hidrocolóide, hidrogel, espuma de poliuretano, alginatos, carvão ativado com prata, colágeno e fatores de crescimento. A equipe de enfermagem deve: evitar curativos oclusivos, utilizar solução salina normal para as trocas de curativos, evitar solução de PVPI, fazer curativos sobre as UP de acordo o grau da lesão. Por exemplo: estágio I, curativos transparentes; estágio II, curativos transparentes ou hidrocolóides; estágio III e IV, as úlceras de pressão necrosadas devem ser desbridadas para criar uma área de cicatrização.

Palavra chave: Cuidados de enfermagem, úlcera por pressão e tipos de curativos.

ABSTRACT

Coelho et al., **Types of Dressings Used During Treatment of Pressure Ulcer**. 2015. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Técnico em enfermagem) – Centro Paula Souza – Coronel Raphael Brandão - ETEC – Unidade 108, Barretos, 2015.

Pressure ulcers can be defined as lesions of the skin caused by the blood disruption in one area that develops due pressure increases is also known as decubitus ulcers. The main risk factors for pressure ulcers are decreased or activity limitation, immobility, malnutrition, incontinence, compromised circulation and sensation, sensory loss, cognitive dysfunction, radiotherapy, anemia and dehydration. The Braden Scale is an American instrument risk assessment for the development of UP, is the only scale validated in Portuguese and is the most widely used in practice due Brazilian clinic to its higher sensitivity and specificity. Preventive care for pressure ulcers are many where the position change was highlighted as the most used method. The "National Pressure Ulcer Advisory Panel" (NPUAP) classifies pressure ulcers stages I, II, III, IV and ulcers that do not qualify. The treatment of pressure ulcers has involved factors beyond the action of professionals involved in health care, such as the intrinsic condition of each patient, emphasis should be given to preventive care, preventing the injury from occurring. The types most commonly used dressings are gauze, transparent film, hydrocolloid, hydrogel, polyurethane foam, alginates, charcoal with silver, collagen and growth factors. The nursing staff must: avoid occlusive dressings, use normal saline for dressing changes, avoid PVPI solution, making dressings on the UP according the degree of injury. For example: stage I, transparent dressings; stage II, transparent dressings or hydrocolloids; stage III and IV, necrotic pressure sores must be debrided to create a wound area.

Keyword: Nursing care, pressure ulcer and types of dressings.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pontos mais sensíveis para o surgimento de úlceras	36
Figura 2 – Forma correta de posicionamento lateral e elevação dos calcâneos	36
Figura 3 – Demonstração da movimentação utilizando o lençol móvel	37
Figura 4 – Estágios das Úlceras por Pressão	37
Figura 5 – Escala de Braden	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidades21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Paciente de acordo com número, localização e estadiamento das UP ...24

Tabela 2 – Curativos mais utilizados nas UP, suas vantagens e desvantagens27

LISTA DE SIGLAS

AGE Ácidos Graxos Essenciais

EERP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

UP Úlcera por pressão

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 OBJETIVO	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 METODOLOGIA	16
4 INTRODUÇÃO	17
5 DEFINIÇÃO E ESTÁGIOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO	19
5.1 Definições das Úlceras por Pressão	19
5.2 Estágios das Úlceras por Pressão	21
6 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO	24
7 TIPOS DE CURATIVOS UTILIZADOS NAS ÚLCERAS POR PRESSÃO	26
8 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM AS ÚLCERAS POR PRESSÃO	29
9 RECOMENDAÇÕES	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
GLOSSÁRIO	35
ANEXO	36

1 OBJETIVO

Demonstrar aos profissionais de enfermagem os tipos de curativos mais utilizados no tratamento das úlceras por pressão, os setores hospitalares com maior prevalência de clientes com úlceras por pressão e os cuidados de enfermagem.

2 JUSTIFICATIVA

O cuidado ao cliente com úlcera por pressão está presente em nosso cotidiano por isso devemos sempre buscar conhecimentos sobre sua prevenção, incidência, tratamento e tipos de curativos utilizados.

3 METODOLOGIA

O desenvolvimento desse trabalho caracteriza-se por uma revisão da literatura com método quantitativo, realizado através de pesquisas em livros, sites e artigos científicos que abordam questões pertinentes ao tema.

4 INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UP) vêm despertando maior interesse e preocupação por parte dos enfermeiros, serviços de saúde e da população em geral, á medida que tem aumentado seus índices de prevalência e incidência particularmente em determinadas populações de risco, a despeito de todo avanço tecnológico e científico para prevenir e trata-las (ROGENSKI, 2010).

As úlceras por pressão são lesões complexas de gravidade crescente, que acometem pacientes em diferentes cenários do cuidado de enfermagem (URSI, 2010).

Em 1987 nos Estados Unidos foi criado o National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), organização interdisciplinar da área de saúde, com finalidade de estabelecer diretrizes para prevenção e tratamento de UP visando a diminuição da sua incidência. Essas diretrizes são baseadas em pesquisas e opinião de especialistas e têm sido adotadas em vários países para nortear a criação de padrões de qualidade para a prática clínica (ROGENSKI, 2010 apud MAKLEBUST; MAGNAS, 1994).

A Escala Preditativa de Braden ou Escala de Braden é um instrumento norte americano de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, é a única escala validada em língua portuguesa e é a mais utilizada na prática de clínica brasileira devido á sua maior sensibilidade e especificidade (MALAGUTI; KAKIHARA, 2011).

Em pacientes hospitalizados a maioria das UP ocorre por não houve a diligência necessária na implementação de cuidados e o paciente permaneceu muito tempo numa mesma posição, assim a incidência de UP é diretamente proporcional ao nível de conhecimento, motivação e compromisso do cuidadores, bem como administradores, e da avaliação constante de programas de prevenção (ROGENSKI, 2010 apud OLSHANSKY, 2003).

Exceto em alguns casos, as úlceras por pressão podem ser prevenidas e que seu surgimento aponta para a baixa qualidade de assistência prestada, o segundo passo para prevenção dessas lesões, após o conhecimento da sua incidência é conhecer os fatores capazes de predizê-las (URSI, 2010 apud MANZANO; RUBIO, 2009).

Até há poucos anos a sociedade em geral entendia as UP como inerentes á idade avançada, a situações de terminalidade e a imobilidade dos pacientes, ou seja, a algo inevitável ou um mal menor. Contudo no Brasil e no mundo vem ocorrendo uma mudança significativa nessa situação, uma vez que a população está deixando de considerar falhas ou negligências médicas e de enfermagem como inerentes a vida ou devido a procedimentos de risco aos quais os pacientes foram submetidos. Os pacientes e seus familiares exigem, cada vez mais, esclarecimentos e atitudes para minimizar o problema em todas as instituições de saúde (ROGENSKI, 2010 apud OLSHANSKY, 2003; ZAMORA, 2006).

Agravando ainda mais esse problema, é importante lembrar que a população de risco não se restringe aos idosos, mas a todo paciente cuja percepção sensorial esteja comprometida, ou seja, aqueles com dificuldades para detectar sensações que indiquem a necessidade de mudança de posição, indivíduos com paraplegia, em coma, submetidos a cirurgias de grande porte, com trações ortopédicas, em sedação ou sob restrição mecânica, com aparelhos gessados. Todos esses fatores desencadeiam restrição da mobilidade corporal, favorecendo o aparecimento da UP.

5 DEFINIÇÃO E ESTÁGIOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

5.1 Definições das Úlceras por Pressão

Para Amora (2009, p. 195) de.fi.ni.ção é:

“*sf* 1. Ação de definir(-se); 2. Expressão com que se define (alguma coisa); 3. decisão em matéria duvidosa”.

Segundo as autoras Porto e Viana (2010, p. 101) “as úlceras por pressão são áreas de necrose celular localizada sobre a pele e tecido subcutâneo, resultam da excessiva pressão sobre áreas corporais, particularmente sobre proeminências ósseas”.

É uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP, 2007).

A fricção por si só é um fator causador da úlcera por pressão além de potencializar o efeito dos demais riscos e o cisalhamento é como uma força horizontal perpendicular a pressão e é usualmente resultado entre fricção e movimento, essa força aumenta o efeito de pressão, por causar redução no fluxo capilar, sendo responsável em pacientes criticamente adoecidos, pelo desenvolvimento de UP grau I em tornozelos, a incontinência fecal também é um fator de risco para desenvolver UP (URSI, 2010 apud THEACKER, 2003).

As úlceras são consideradas um grande problema de saúde. A Agência Nacional de Aconselhamento sobre Úlceras por Pressão (NPUAP) define essas feridas crônicas como “áreas localizadas de tecido necrosado que se desenvolvem quando

o tecido mole fica comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período de tempo prolongado”.

Os idosos são especialmente suscetíveis às úlceras de pressão, devido à diminuição da espessura da pele e da vascularização da camada dérmica, que torna o reparo tissular e a capacidade de cicatrização lenta (PORTO; VIANA, 2010).

As úlceras por pressão se produzem em consequência de uma falta de irrigação sanguínea e de uma irritação da pele que reveste uma saliência óssea, nas zonas em que esta foi pressionada contra uma cama, uma cadeira de rodas, um mole, uma tala ou outro objeto rígido durante um período prolongado.

As úlceras por pressão causam dor e é um risco de infecção, podem ser diagnosticadas pela integridade tissular prejudicada (PORTO; VIANA, 2010).

Se a pressão interrompe o fluxo sanguíneo, a zona da pele privada de oxigênio de início fica avermelhada e inflamada e, depois, úlcera, embora a circulação sanguínea seja apenas parcialmente interrompida, a fricção e outro tipo de dano na camada externa da pele podem também causar úlceras.

Os fatores intrínsecos podem estar presentes para formação da ulcera por pressão independente do controle dos fatores extrínsecos promovido pelo cuidado em saúde prestado (URSI, 2010 apud BRANDEIS; MERLOWITZ; KATZ, 2001).

Os principais fatores de risco para úlcera por pressão são: diminuição ou limitação da atividade; imobilidade, má nutrição; incontinência; circulação e sensação comprometidas; déficit sensorial; disfunção cognitiva; febre com diaforese; radioterapia; anemia e desidratação (PORTO; VIANA, 2010).

Os fatores extrínsecos incluem a umidade como contribuindo para o desenvolvimento das lesões e apresentam como fatores intrínsecos aqueles relacionados à tolerância dos tecidos para suportarem a pressão (URSI, 2010 apud SOUZA; SANTOS, 2007).

A umidade está presente na maioria dos pacientes que desenvolveram a UP e é como elemento que torna a pele mais vulnerável a maceração e enfraquece suas camadas mais superficiais (MORO et al., 2007).

A imobilidade também é descrita por URSI (2010) como sendo um fator de risco identificado, devido à condição do paciente não ser capaz de mudar de sua posição sem ajuda, o autor ainda descreve que a utilização de drogas vasoativas e outras

medicações utilizadas de forma contínua também ajudam no desenvolvimento da UP.

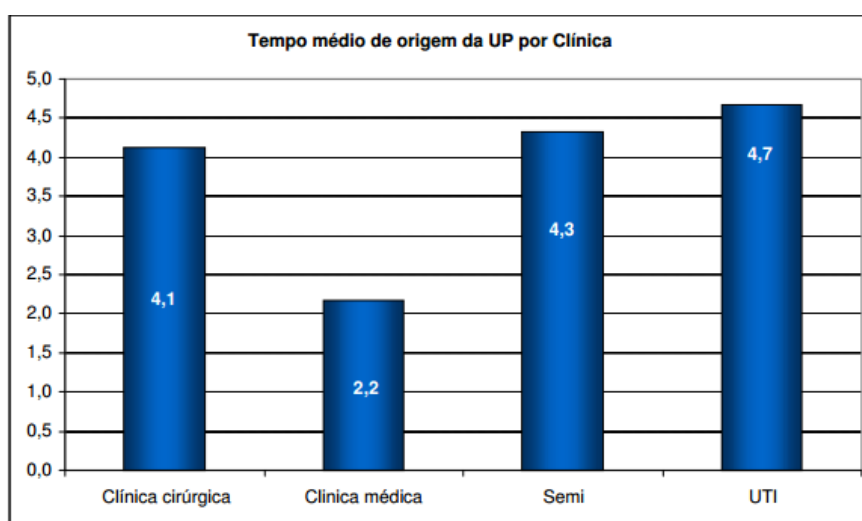
As UP (Úlceras por Pressão) são lesões de pele que se apresentam com hiperemia persistente, rota, com bolhas ou necróticas, que podem ou não incluir tecidos adjacentes, como músculos e ossos (CULLUM et al., 2006 apud URSI, 2010).

A má nutrição também foi apontada por diversos autores como fator intrínseco para o desenvolvimento de UP.

A idade avançada, baixa pressão sanguínea, estado psicológico, fumo, temperatura corporal elevada, procedimentos cirúrgicos com duração de 4 horas ou mais, vários diagnósticos como paralisia, lesão medular espinhal, câncer, problemas ortopédicos, doença vascular, doença neurológica, diabetes, medicações para sedação e analgésicos também são precursores para o desenvolvimento da UP (EERP, 2015).

Segundo Cukier, (2005), nos Estados Unidos, a prevalência de UP nas instalações de cuidados urgentes oscila entre 10% e 18%, com a melhor prevalência atual da úlcera sendo de 15%. No Brasil, sua prevalência varia de 3,5% a 27% em pacientes internados e pode chegar a 50% dos pacientes, em acompanhamento domiciliar.

Gráfico 1: Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidades.



FONTE: SÃO PAULO, 2010.

Após um estudo realizado por Rogenski (2011), sobre o tempo médio para o desenvolvimento de UP nas unidades hospitalares foi demonstrado que em torno do

4º dia houve o aparecimento de UP nos setores de Clínica Cirúrgica, Semi-intensiva e UTIA, enquanto que os setores de clínica médica houve o aparecimento de UP no 2º dia após a internação.

5.2 Estágios das Úlceras por Pressão

O manejo apropriado de pacientes com UP começa com a avaliação do paciente e da ferida, a avaliação do paciente envolve avaliação e tratamento de doenças subjacentes e condições que colocaram a pessoa em risco para o desenvolvimento de úlceras e pode evitar a lesão da cicatrização, a avaliação inicial da UP determina a gravidade do ferimento e fornece uma base para a seleção de tratamentos, devem ser avaliadas: o tamanho da UP medida em cm do comprimento; a profundidade para medir diretamente utiliza-se um swab; as bordas; a destruição do tecido e formação de túneis; a característica de tecido necrótico; a presença de exsudato; a característica da pele circundante (ao redor da ferida avaliar cor, edema e endurecimento); tecido de granulação (crescimento de pequenos vasos sanguíneos e tecido conjuntivo) e epitelização (superfície epidérmica nova aparece como uma pele rosa ou avermelhada) (MALAGUTI; KAKIHARA, 2011).

O sistema de classificação de estágios das úlceras por pressão foi criado pelo “National Pressure Ulcer Advisory Panel” (NPUAP) em 1989, representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. Entretanto, as descrições originais do NPUAP não eram muito claras para os profissionais e levavam muitas vezes a classificação inadequada devido a dermatite perineal e ou lesão tissular profunda. Em fevereiro de 2007 após um trabalho de revisão iniciado em 2001 que durou 5 anos a NPUAP apresentou uma nova definição da úlcera por pressão e seus estágios que são:

- Suspeita de lesão tissular profunda: área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devida a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

-Descrição adicional: lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades escuras. A sua evolução pode incluir uma

pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com o tratamento adequado.

- Estágio I: pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

Descrição adicional: a área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mas quente ou fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar “em risco” (um sinal precursor de risco).

- Estágio II: Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida.

Descrição adicional: apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxamento (aspecto de equimose). Este estágio não se deve ser usado para descrever skin tears, abrasões da pele por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriações. Indica suspeita de lesão tissular profunda.

- Estágio III: perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

Descrição adicional: A profundidade da úlcera por pressão em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.

- Estágio IV: Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida, frequentemente, inclui descolamento e túneis.

Descrição adicional: A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e

maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto á úlceras podem se rasas neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.

- Úlceras que não podem ser classificadas:

Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.

Descrição adicional: a verdadeira profundidade e, portanto o estágio da úlcera não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida.

Tabela 1: Paciente de acordo com número, localização e estadiamento das UP.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Número de UP		
1	9	52,9
2	2	11,8
3	5	29,4
5	1	5,9
Localização		
Calcâneo	13	39,5
Sacro	9	27,0
Maléolo	3	9,0
Glúteo	3	9,0
Braço/Cotovelo/Lateral do pé	5	15,5
Estadiamento		
I	10	30,3
II	13	39,3
III	2	6,6
Suspeita de lesão tissular profunda (SLTP)	5	15,5
Necrose	3	9,1

FONTE: SÃO PAULO, 2010.

A tabela evidencia que 17 pacientes apresentam um total de 33 UP, variando de uma a cinco lesões por paciente. Das 33 úlceras observada 13 (39,3%) estavam localizadas no calcâneo; nove (27,3%) na região sacra, três (9,1%) no glúteo, três (9,1%) no maléio e cinco (15,5%) em outras regiões do corpo como braço, cotovelo e lateral do pé. Quanto ao estadiamento verificou-se que 13 (39,3%) UP encontravam-se no estágio II, 10 (30,3%) no estágio I, duas (6,6%) no estágio II, cinco (15,5%) eram SLTP e três (9,1%) apresentavam necrose. Não foi encontrada nenhuma UP no estágio IV.

6 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Para Murta (2009, p. 715) tratamento é:

“Conjunto de meios químicos, físicos e biológicos e psíquico que são empregados com a finalidade de curar, atenuar ou abreviar uma doença”.

Já para Amora (2009, p. 734) tratamento é definido como:

“*sm*1. Ato ou defeito de tratar; trato; 2. Modo de tratar-(se); 3. Acolhimento; 4. Conjunto de medidas terapêuticas para curar uma doença física ou mental; 5. distinção”.

O tratamento das úlceras por pressão tem fatores intervenientes que ultrapassam a ação dos profissionais envolvidos no cuidado a saúde, como por exemplo, a condição intrínseca de cada paciente, a ênfase deve ser dada ao cuidado preventivo, evitando que a lesão ocorra (FALCI; CRUZ, 2008).

Compete ao enfermeiro identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP e, a partir desta avaliação, planejar e implementar as intervenções preventivas e efetivas (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006).

A enfermeira deverá explicar a escala de Braden a todos os clientes no momento da admissão hospitalar. Clientes com escore menor ou igual a 11 são considerados de alto risco para o desenvolvimento de UP (possuem de 90 á 100% de possibilidade de desenvolverem UP), pacientes com escore de 12 a 14 são considerados de risco moderado (65 á 90% de possibilidade de desenvolverem UP de estágio I ou II) e pacientes com escore 15 e 16 são considerados de risco leve para o desenvolvimento de UP (50 á 60% de desenvolverem UP no estágio I) (ROGENSK, 2010 apud BATES-JENSEN, 1998).

Estudos sobre programas de prevenção da UP destacam que a chave do sucesso para sua implementação e manutenção é a motivação, a educação e o aprimoramento contínuo da equipe, aliados á avaliação sistematizada (ROGENSKI, 2010 apud ROTLIFF; FLETCHERE, 2007).

Segundo a Universidade de Ribeirão Preto- EERP (2015), quatro princípios precisam ser considerados no tratamento local das úlceras de pressão:

a) Aliviar ou eliminar a fonte ou a causa da úlcera de pressão - é importante explorar as razões pelas quais o paciente desenvolveu a úlcera de pressão. A movimentação não foi suficiente? O paciente não se movimentou para aliviar a pressão ou não mudou a posição? A técnica de transferência foi inadequada o que levou o paciente a se machucar na cadeira? Que tipo de superfície de suporte seja colchão ou almofada estava sendo usado?

b) Otimizar o micro-ambiente - a ferida precisa ser avaliada de maneira apropriada e a melhor terapia tópica selecionada para permitir a cicatrização. A documentação da avaliação e do tratamento precisa ser feita adequadamente para permitir a avaliação do cuidado e para determinar se as mudanças são necessárias. Tecido necrótico geralmente é removido por um dos métodos de desbridamento existentes.

c) Apoio ao paciente com feridas - o paciente precisa ser avaliado e monitorado quanto a nutrição adequada. Infecções locais e sistêmicas precisam ser controladas ou eliminadas. A ferida que não cicatriza, está infectada ou com exposição óssea, precisa ser investigada quanto a presença de osteomielite. As úlceras de pressão estão associadas com presença de dor. Os pacientes precisam ser avaliados quanto à presença de dor e as medidas para alívio da dor precisam ser implementadas. A qualidade de vida do paciente precisa ser considerada.

d) Fornecimento de educação - a educação deve ser fornecida para os funcionários, paciente e familiar.

7 TIPOS DE CURATIVOS UTILIZADOS NAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Os curativos oclusivos são aqueles que criam e mantêm uma hidratação ideal para o processo de cicatrização, ao oferecerem cobertura, reduzem a dor, protegem a ferida de infecção, ajudam a controlar a exsudação, promovem o desbridamento

autolítico, a hemostasia e o preenchimento de espaço vazio no caso de feridas cavitárias, entretanto apesar de todos esses benefícios, é também possível provocar um retardamento no processo de cicatrização, caso ocorra uma seleção inadequada do curativo, presença de alergia a algum componente do produto, ou até o manuseio errado do curativo (MALAGUTI; KAKIHARA, 2011).

Os profissionais de enfermagem deverão realizar os curativos conforme a prescrição médica ou orientações da equipe de curativo do hospital formadas por profissionais enfermeiros especialistas.

Os curativos têm por finalidade prevenir a contaminação, facilitar cicatrização, proteger a ferida, facilitar a drenagem e aliviar a dor (PORTO; VIANA, 2010).

Hoje em dia existe um arsenal enorme de curativos que será indicado em uma ou mais situações, primeiramente devemos definir o termo curativo primário: é o curativo que entra em contato direto com o leito da ferida e curativo secundário: aquele que serve para fixar um curativo primário a pele do paciente (MALAGUTI; KAKIHARA, 2011).

Tabela 2: Curativos mais utilizados nas UP, suas vantagens e desvantagens.

Tipo de Curativos	Vantagens	Desvantagens
1- Gaze - Existem vários tipos de gazes e a verdadeira é feita com 100% de algodão. A gaze pode ser usada seca, úmida ou colocada úmida e removida quando seca, porém esta última forma não é recomendada, pois fornece um debridamento não seletivo, podendo lesar também o tecido de granulação. Não deve ser usada para proteção de úlceras no estágio I.	Usado para grandes feridas com grande volume de exsudato para absorção, baixo custo.	Pode deixar partículas ou fibras na ferida; é difícil garantir uma aplicação adequada; demanda mais tempo de enfermagem no cuidado, pois geralmente necessita de 2 a 3 trocas diárias; precisa ser mantida úmida para evitar que o leito da ferida fique ressecado; a gaze úmida com exsudato pode causar a maceração da pele circundante necessitando do uso de vaselina na região perilesional para proteção; se for colocada em excesso dentro da cavidade da ferida pode comprometer o fluxo sanguíneo pela compressão, causar dor e retardar o fechamento da ferida. Pode causar danos no tecido de granulação.
2- Filme Transparente - Consiste em uma membrana de poliuretano com uma camada adesiva que é permeável ao vapor. Pode	São impermeáveis a água e bactérias fornecendo assim uma barreira mecânica; mantém um ambiente úmido para a ferida; permite a sua	Se não for retirado adequadamente pode lesar a pele; não absorve exsudato. Não adere muito bem na região sacral ou em peles

<p>ser utilizado em úlceras nos estágios I e II e nas úlceras em estágio III com pequena quantidade de exsudato. Causam autólise do tecido necrótico. São mais adequadas para a região do trocânter, costas e braços. Pode ser usado como cobertura secundária para outros curativos.</p>	<p>visualização; protege e mantém a ferida aquecida; não exige um curativo secundário; a troca deve ser feita entre 3 a 5 dias.</p>	<p>oleosas.</p>
<p>3- Hidrocolóides - são coberturas oclusivas para feridas compostas de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica em sua face interna com uma base adesiva e com espuma de poliuretano ou filme em espessura, forma e desenho da borda. Podem ser utilizadas em várias regiões corporais.</p>	<p>Previnem a contaminação secundária da ferida; protegem o desenvolvimento do tecido novo que é frágil; permitem o desbridamento autolítico; aumentam a taxa de angiogênese; fibrinólise e epitelização; mantêm a umidade dos tecidos; são trocados geralmente entre 3 a 5 dias; podem reduzir a dor da ferida; não requerem o curativo secundário.</p>	<p>Não é transparente o que impede a visualização da ferida; tem odor quando removido que pode ser confundido com odor de infecção; pode formar um gel amarelo que interage com o exsudato da ferida e pode ser confundido com secreção purulenta; não pode ser usado em feridas com grande quantidade de exsudato, pois apresenta pouca absorção; não deve ser usado em feridas infectadas, em feridas profundas ou tratos sinusais; o custo inicial é elevado; tende a enrugar-se na região sacral, criando uma pressão extra. Ao ser cortado para adequação do tamanho precisa "moldura" de micropore.</p>
<p>4- Curativos de Hidrogel - a composição principal deste curativo é a água e a ação é a hidratação da superfície da ferida ou escara. São apresentados de três formas: a) uma estrutura fixa plana que não permite que se molde ou se adeque ao formato da ferida; b) na forma de gel amorfo em tubos, sache aluminizado, gaze saturada ou spray; c) na forma seca congelada.</p>	<p>Molda-se à superfície da ferida; é muito eficaz na hidratação da ferida e debridamento de tecido necrosado; disponível em diferentes formas; apresenta-se frio quando aplicado e auxilia a diminuir a dor; a remoção não traumatiza a ferida; permite a visualização da ferida quando na forma plana; pode ser usado em feridas infectadas; pode ser usado em queimaduras e úlceras de pressão superficiais e profundas.</p>	<p>Alguns necessitam de um curativo secundário para fixação; podem requerer trocas freqüentes; tem pouca capacidade de absorção; podem macerar a pele.</p>
<p>5- Curativos de Espumas de Poliuretano - são curativos planos ou em diferentes formatos de soluções de polímeros. São utilizados principalmente em feridas com grande quantidade de exsudato.</p>	<p>Absorvem uma grande quantidade de exsudato, não aderem ao leito da ferida; alguns têm uma ação especial para diminuir o odor; protegem a ferida isolando-a e acolchoando-a; mantêm o meio úmido que favorece a cicatrização; alguns são</p>	<p>Curativos de algumas marcas não tem a capacidade de adesão e precisam ser fixados com esparadrapos, filme transparente ou atadura; podem ser difíceis de usar, pois tendem a manter a forma original; não devem ser usados em feridas</p>

	fáceis de aplicar.	secas ou que não tenham exsudato; podem macerar a pele perilesional se não forem trocados quando saturados pelo exsudato.
6- Curativos de Alginatos - são derivados principalmente de algas. Em contato com a ferida e o exsudato que é rico em sódio, formam um gel. São usados principalmente em feridas com grande quantidade de exsudato. São disponíveis em películas e fitas.	São altamente absorventes, podendo absorver até 20 vezes o seu peso em exsudato, diminuindo a necessidade de troca do curativo; pode ser usado em diferentes tipos de feridas; tem propriedades hemostáticas em pequenos sangramentos; podem ser usados em áreas de túneis e descolamentos.	Pode ressecar feridas que apresentam diminuição do exsudato, necessitando irrigação com SF 0.9% na sua aplicação; necessita de um curativo secundário; pode ser de difícil remoção quando ressecado; pode apresentar odor fétido na remoção.
7- Carvão ativado com prata - curativo consiste em partículas de carvão impregnado com prata que favorece os princípios físicos de limpeza da ferida. Pode ser usado em todas as feridas crônicas com presença de exsudato e odor.	Auxilia na diminuição da carga bacteriana que dificulta ou impede a cicatrização, reduzindo o exsudato e o odor. É confortável, pode permanecer até 7 dias dependendo da quantidade de secreção.	Necessita de curativo secundário que precisa ser trocado sempre que necessário. Não deve ser utilizado em feridas ressecadas ou com crostas de necrose. Pode aderir ao leito da ferida com pouco exsudato, causando sangramento ao ser removido. Poucas opções de tamanho. Não se recomenda que seja cortado, pois pode introduzir partículas de carvão na ferida.
8- Colágeno - produzido a partir de colágeno de bovinos ou aves, é uma proteína insolúvel encontrada na pele, ossos, cartilagens e ligamentos. Promovem a deposição e organização das novas fibras de colágeno e tecido de granulação.	Feitos em películas planas, fitas e gel; fácil de usar; quando associadas ao alginato tem maior capacidade de absorção; mantém a ferida em meio úmido; pode ser usado em combinação com outros curativos.	Necessita de curativo secundário; pode ter custo elevado; pode causar reações de sensibilidade por ser de origem animal.
9- Fatores de Crescimento - são proteínas encontradas naturalmente no organismo humano. Afetam o processo de cicatrização, pois levam certas células a proliferar, a produzir um produto ou a migrar para uma área específica.	Permite a liberação dos fatores de crescimento em momentos específicos; podem facilitar a cicatrização de feridas que não evoluem.	Custo elevado, a forma de utilização pode ser muito complicada ou complexa para alguns pacientes; paciente pode não ter condições de manter o produto adequadamente refrigerado.

FONTE: EERP, 2015.

Para a escolha do tipo de curativo oclusivo devemos avaliar o grau de exsudato como: nenhum ou baixo exsudato são indicados o hidrogel, gases impregnados e filmes, nas UP com moderado exsudato são indicados filme transparente, alginato com colágeno e hidrocoloide, no caso das UPs com intenso exsudato utiliza-se

alginato de cálcio, espumas, alginato com colágeno ou prata, hidrofílmico, carvão ativado com prata, se apresentarem infecção ou contaminação indica-se carvão ativado com prata e alginato com prata (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011).

A escolha adequada dos curativos requer uma análise cuidadosa e periódica da ferida, tendo-se em vista que o processo de cicatrização é muito dinâmico, alterações quanto à troca das classes de curativos utilizados numa ferida podem se necessários e essenciais ao longo do processo de cicatrização (MALAGUTI; KAKIHARA, 2011).

8 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM AS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Para Amora (2009, p. 257) enfermagem significa:

“*sf* 1. Arte ou função de cuidar da saúde dos doentes; 2. Conjunto de serviços de enfermagem”.

Amora (2009, p. 186) define cuidado como:

“1. Que se cuidou; 2. Imaginado, meditado; 3. Atenção, desvelo; 4. Preocupação; 5. Atenção”.

Segundo Porto e Viana (2010) a equipe de enfermagem deve:

evitar curativos oclusivos, utilizar solução salina normal para as trocas de curativos, evitar solução de PVPI, fazer curativos sobre as UP de acordo o grau da lesão. Por exemplo: estágio I, curativos transparentes; estágio II, curativos transparentes ou hidrocolóides; estágio III e IV, as úlceras de pressão necrosadas devem ser desbridadas para criar uma área de cicatrização.

Os cuidados de enfermagem nos casos em que as úlceras estiverem presentes são: mudar o decúbito do paciente a cada 2 horas; evitar posicionar o paciente sobre o lado com ulceração; ensinar os exercícios de levantamento da cadeira de rodas, se apropriado; utilizar equipamentos para alívio da pressão das proeminências ósseas; prevenir o atrito cutâneo, utilizando um lençol móvel para movimentar o paciente e evitar arrastá-lo pela cama; prevenir a força de cisalhamento sobre a pele, elevando a cabeceira do leito em 30°, quando não estiver contraindicado, oferecendo uma tábua de apoio para os pés, ajudando o paciente a manter o posicionamento e o alinhamento corporal adequado; evitar curativos oclusivos, utilizar solução salina normal para as trocas de curativos e evitar solução de PVPI, fazer curativos sobre as úlceras de pressão de acordo com o grau da lesão; manter

hidratação da pele por ingestão hídrica e aplicação tópica de hidratantes (PORTO; VIANA, 2010).

Para Amora (2009, p. 574) prevenção é:

“1. Ação ou efeito de prevenir (se); 2. opinião antecipada, preconceito; 3. Precaução”.

A escala de Braden é o instrumento mais utilizado nos hospitais pela equipe de enfermagem para avaliação de risco do paciente em desenvolver a úlcera por pressão onde são avaliados a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

9 RECOMENDAÇÕES

- Todo profissional de enfermagem deverá realizar os curativos das UP de acordo com a prescrição médica ou através da prescrição de enfermeiros especializados em estomoterapia.
- O melhor tratamento das UP é a prevenção.
- É fundamental a prevenção da UP realizando os seguintes cuidados de enfermagem: mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada 2 horas, travesseiros ou almofadas de espuma devem ser usadas para manter as proeminências ósseas (como os joelhos) longe de contato direto um com o outro, os calcanhares devem ser mantidos levantados da cama usando um travesseiro debaixo da panturrilha ou barriga da perna, uso de um posicionamento adequado e uso de técnicas corretas para transferência da cama para cadeira, realizar mudança de decúbito, pois podem diminuir as feridas causadas por fricção, a pessoa precisa ser erguida ao ser movimentada e nunca arrastada contra o colchão, quando a

pessoa ficar na posição lateral deve-se evitar a posição diretamente sobre o trocanter do fêmur.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CULLUM, N et al. Support surfaces for pressure ulcers prevention (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, n.4, 2006.

Rogenski, Noemi Marisa Brunet. Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção por úlceras [tese], 132 p. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

Bates-Jasen B. Wound care: a collaborative practice manual for physical therapists and nurses. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1998.

BRADEIS, G. H; MERLOWITZ, D. R; KATZ, P. Are pressure ulcers preventable? a survey of experts. **Advances in Skin & Wound Care**, v.14, n.5, p. 244-248, 2001.

FALCI, J. S. P; CRUZ. I. Risk assessment for pressure ulcer. *Journal of Specialized Nursing Care*. v.1, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/viewArticle/1648>>. Acesso em: 20/09/2009.

GREY, J. E; ENOCH. S; HARDING, K. G. Pressure ulcers. **British Medical Journal**, v.332, p. 472-475, Feb. 2006.

Maklebust J, Magnam MA, Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Adv Wound Care*, 1994; 7(6) 25-1.

MANSANO, F.M.; RUBIO, C.C. Úlceras por presión em las unidades de cuidado intensivo: inevitables o prevenibles? **Medicina Intensiva**, v. 33, n. 6, p. 267-268, ago. 2009.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em um hospital geral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n.4, p.300-304. Jul/ago, 2007.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (US), Update Staging System: Conceito e classificação de úlceras por pressão: atualização do NPUAP. *Estima*. 2007; 5(3); 43-4.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (US), Update Staging System: Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP; 2007. [citado 2007 jul28]. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 10/06/2015, 20:00hrs.

Olshansky K. Pressure Ulcer Prevention: where did we go wrong? *Ostomy Wound Manage*. 2003; 49 (5): 6-8.

Ratliffi CR, Fletcher KR. Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy Wound Management*. 2007; 53(3): 8-12.

RYCROFT-MALONE, J.; McINNES, L. The prevention of pressure ulcers. **Worldviews on Evidence-based Nursing**, v. 1, n.2, p. 146-149, Mar, 2004.


SOUZA, D.M.S.T de; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.15, n.5, p. 958-964, 2007.


Schutz, A. et al. Etiology and incidence of pressure ulcers in surgical patients. *AORN Journal*, v. 70, n. 3, p. 437-40, 443-9, Sept. 1999.

THEACKER, C. Pressure sore prevention in critically ill. What you don't know, what you should know and what is important. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.19, n.3, p. 163-168, 2003.

URSI, Elizabeth Silva. **Avaliação do desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes cirúrgicos**. 2010. 128f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ZAMORA, Sánches JJZ. Conocimiento y uso de las diretrizes de prevencion y tratamiento de las úlceras por pression en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006; 17(2): 100-10.

[] 2015. 1 fotografia. Google imagem, 2015. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=52. Acesso em: 28/06/2015, 18:00.

[] 2015. 2 fotografia. Google imagem, 2015. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=52. Acesso em: 28/06/2015, 18:10.

[] 2015. 3 fotografia. Google imagem, 2015. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=52. Acesso em: 28/06/2015, 18:25.

[] 2015. 4 fotografia. Google imagem, 2015. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=52>. Acesso em: 28/06/2015, 18:30.

[] 2015. 5 fotografia. Google imagem, 2015. Disponível em: http://br.images.search.yahoo.com/images/view;_ylt=A0LEVviVyJFVIDwAVn0f7At.;=escala+de+braden&back=http%3A%2F%2Fbr.yhs4.search.yahoo.com%2Fyhs%3D=iry&hsimp=yhs-fullyhosted_003>. Acesso em: 28/06/2015, 18:40.

GLOSSÁRIO

Aderente: Adepto, partidário, prosélito, sectário e sequaz.

Autolítico: destruição dos tecidos e/ou células do corpo por suas próprias enzimas.

Calcâneo: Osso do tarso, que forma a saliência do calcanhar.

Cisalhamento: Fazer corte em; cortar as bordas.

Cavitário: Referente à cavidade.

Desbridamento autolítico: Processo de remoção da necrose, do tecido morto, numa ferida com a ajuda das enzimas do próprio organismo do paciente.

Elucidado: característica do que está explícito; que foi esclarecido ou explicado: assunto claramente elucidado.

Eritema: Congestão cutânea que dá lugar à vermelhidão da pele.

Escara: Medicina Crosta escura que se forma na pele, sobre as feridas etc., pela mortificação dos tecidos (derma, aponeurose, músculos).

Esfacelo: Aniquilação e esfacelamento.

Fricção: esfregação que se faz sobre uma parte do corpo, vermelhidão.

Proeminência: Particularidade, condição ou estado do que é proeminente. Aquilo que sobressai (em alguma coisa); saliência.

Prevalência: Qualidade daquele ou daquilo que prevalece, superioridade.

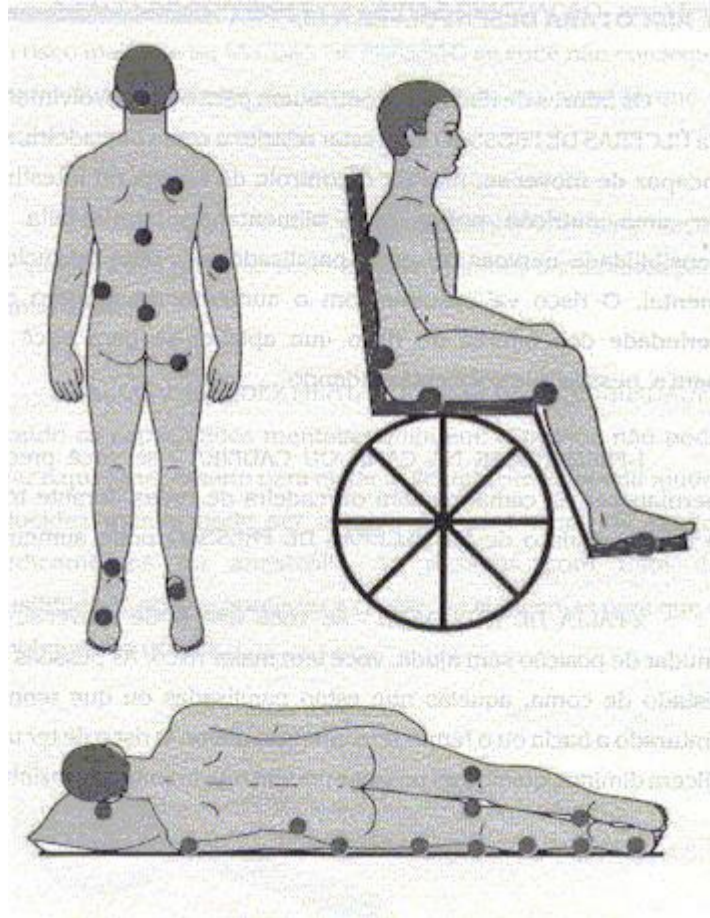
Osteomielite: Inflamação dos ossos e da medula óssea, geralmente causada pelo estafilococo.

Tissular: Usado para substituir a palavra "totalidade".

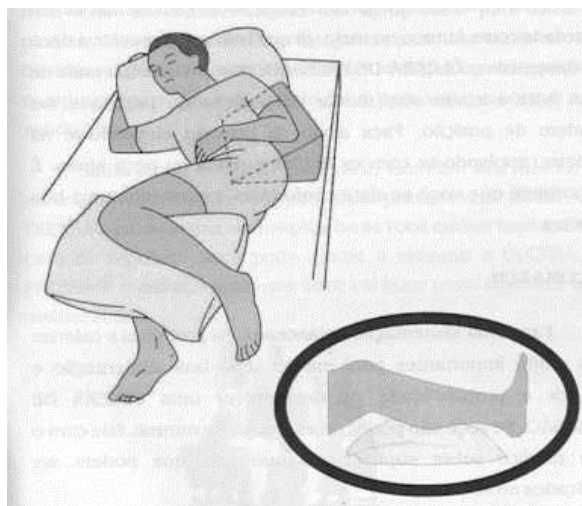
Subjacente: Cujo desenvolvimento se realiza de baixo.

ANEXO

ANEXO A – figura 1 – Pontos mais sensíveis para o surgimento de úlceras, que merecem cuidadosa inspeção em pacientes acamados ou restritos a cadeira.



ANEXO B – figura 2 – Forma correta de posicionamento lateral e elevação dos calcâneos.



ANEXO C- figura 3 – Demonstração da movimentação utilizando o lençol móvel.



ANEXO D – figura 4 – Estágios das Úlceras por Pressão.



Estágio I



Estágio II



Estágio III



Estágio IV

ANEXO E – figura 5 – Escala de Braden.

Percepção sensorial	1 – Completamente restrita	2 – Muito restrita	3 -- Discreta limitação	4 – Sem restrições
Umidade	1 – Umidade constante	2 -- Úmido	3 – Úmido ocasionalmente	4 – Raramente úmido
Atividade	1 – Restrito ao leito	2 – Restrito a cadeira	3 -- Deambula ocasionalmente	4 – Deambula com frequência
Mobilidade	1 – Imóvel completamente	2 -- Muito restrita	3 -- Discreta limitação	4 – Sem restrições
Nutrição	1 – Muito deficiente	2 – Inadequada	3 – Adequada	4 – Excelente
Fricção e cisalhamento	1 – Problema	2 -- Problema potencial	3 – Sem problema	TOTAL