

PROTOCOLO

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES

Anahp - Associação Nacional de Hospitais Privados

São Paulo

Rua Cincinato Braga, 37 - 3º andar
São Paulo - SP
01333-011
Telefone: +55 11 3178-7444
anahp@anahp.com.br

Brasília

SH/Sul Quadra 06, Conjunto A, Bloco E - Sala 801
Edifício Business Center Park
Brasília - DF
70322-915
Telefone: +55 61 3039-8421
brasilia@anahp.com.br

PROTOCOLO AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES

1. OBJETIVO

Normalizar procedimentos relacionados à avaliação e tratamento de feridas, com vistas a otimizar a cicatrização e prevenir infecções, resultando na melhoria contínua da assistência ao paciente, redução do tempo de tratamento, redução indireta dos custos e melhora da qualidade de vida.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Lesão é qualquer interrupção na integridade da pele, que afeta sua continuidade. A lesão é causada por diferentes fatores, sendo classificada quanto a sua etiologia, tamanho, profundidade, exsudato e tipo de tecido.

O tratamento de feridas é dinâmico e deve acompanhar a evolução científico-tecnológica. Deve ser iniciado após uma avaliação completa do paciente e sua condição clínica (anamnese + exame físico), nutricional e psicossocial.

A existência de inúmeras lesões cutâneas e suas variedades etiológicas e semelhanças clínicas podem dificultar a identificação e classificação das feridas.

A avaliação por um profissional habilitado enfermeiro/médico é importante para o diagnóstico diferencial entre lesão por pressão, lesão arterial, lesão venosa, lesão neuropática, dermatites e outras, cujas avaliações e tratamentos ocorrem de forma diferenciada. Essa diferenciação é um passo de grande importância na qualidade da gestão do cuidado da ferida e adequada documentação de seu tratamento.

3. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Uma avaliação adequada do paciente portador de lesão inicia-se com uma abordagem holística. Deve ser realizado a anamnese, exame físico, avaliação nutricional e de fatores psicossociais. Segundo a *World Union ofWoundHealingSocieties*, os princípios de boas práticas em avaliação de feridas (*Best PracticeRecommendation*) são (WUWHS, 2007):

- 1) Causa da ferida
- 2) Tempo/Ferida anterior
- 3) Medicações/Alergias
- 4) Antecedentes pessoais
- 5) Hábitos alimentares
- 6) Estilo de vida/ Ambiente
- 7) Mobilidade física
- 8) Problemas psicológicos
- 9) Exames Laboratoriais
- 10) Exame físico

A avaliação e documentação da ferida deve contemplar: Etiologia da Ferida; Localização; Dimensão; Bordas; Leito; Exsudato; Odor; Pele Adjacente; Dor; Sinais de Infecção; Registro Fotográfico; os princípios de preparação do leito da ferida, recomendado internacionalmente pelo acrônimo **TIME**:

T – Tecido inviável ou deficiente (retirar e preparar o leito)

I – Infecção/inflamação (diminuir carga bacteriana)

M – Manutenção da umidade (controle de umidade)

E – Epitelização das bordas da ferida não evoluindo (proteger e desbridar)

4. CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

4.1 TIPO DE TECIDO

Podemos caracterizar o tipo de tecido em viável ou inviável. Tecido viável corresponde ao tecido de granulação ou epiteliação. O tecido inviável corresponde à esfacelo ou necrose.

4.1.1 TECIDO VIÁVEL

- **Tecido de Granulação:** caracteriza-se pela formação e crescimento de um tecido vascular novo (angiogênese), pelas células endoteliais dos vasos sanguíneos e uma matriz rica em colágeno secretada pelos fibroblastos. Tem a aparência de pequenas massas nodulares vermelhas, translúcidas e aveludadas.

- **Tecido de Epiteliação:** apresenta migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda, durante o processo cicatricial.

4.1.2 TECIDO INVIÁVEL

Necrose úmida (Esfacelo ou necrose por liquefação): é uma proteína insolúvel formada a partir do fibrinogênio pela ação proteolítica da trombina, durante a coagulação normal do sangue. Na lesão, a fibrina é aderente aos tecidos e tem coloração esbranquiçada ou amarelada, podendo ser confundida com pus. A fibrina ou esfacelo pode recobrir toda a extensão da úlcera ou se apresentar como pontos de fibrina, recobrando parcialmente a lesão.

Necrose seca (necrose de coagulação): varia de coloração, desde a cor preta, cinza, esbranquiçada, marrom até a esverdeada. Corresponde ao tecido morto, desidratado, podendo estar presente também o pus e o material fibroso, que favorecem a multiplicação de microorganismos.

4.2 INFECÇÃO/INFLAMAÇÃO

Todas as feridas contêm bactérias (colonização), mesmo as que estão cicatrizando normalmente. Caso a contagem de bactérias aumente, a ferida pode estar infectada. É imprescindível uma avaliação detalhada e global do paciente e da ferida antes do diagnóstico.

Sinais mais comuns de infecção:

- Aumento ou alteração da exsudação;
- Tecido de granulação friável e brilhante (que sangra facilmente);
- Aumento do odor;
- Aumento da dor;
- Edema local.

Qualquer combinação de 2 ou mais sinais e sintomas é diagnóstico de infecção localizada. Infecção localizada pode frequentemente ser tratada com medidas locais, como antimicrobianos tópicos e/ou coberturas antimicrobianas combinados com desbridamento efetivo.

Nem todos os sinais ou sintomas estarão presentes em todos os casos. É necessário estar atento para outros sinais que correspondem a uma infecção sistêmica, pois, nesse caso, será necessário associar outro tipo de tratamento medicamentoso.

4.3 EXSUDATO

O exsudato é derivado de fluido que escapa de vasos sanguíneos (capilares) para os tecidos. O exsudato é composto por água, eletrólitos, nutrientes, mediadores inflamatórios, células brancas, enzimas digestivas, fatores de crescimento e debris. A produção de exsudato por uma ferida é essencial para a cicatrização em meio ambiente úmido. Entretanto, quando a ferida produz o exsudato em quantidade insuficiente ou em excesso, pode ocorrer problemas que impactam no atraso da cicatrização, inclusive, lesão à pele perilesão.

Um efetivo manejo do exsudato pode: reduzir o tempo de cicatrização, diminuir os problemas relacionados a exsudação, como prejuízo à pele perilesão e infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir a frequência de trocas de curativos e, em geral, melhorar a eficiência do tratamento.

4.3.1 Características do Exsudato:

O exsudato deve ser analisado quanto a sua cor, consistência, odor e quantidade.

- Cor: esbranquiçado, amarelado, avermelhado, esverdeado ou amarronzado.
- Consistência: aquoso ou espessa;
- Tipo: seroso, sanguinolento, sero-sanguinolento, purulento ou fibrinoso.
- Odor: ausente, leve, moderado e pútrido;
- Quantidade: pouco (curativo seco), moderada (curativo saturado) ou grande (curativo vazando).

Algumas características como exsudato purulento, esverdeado e com odor fétido estão associadas a um processo infeccioso no leito da lesão. É importante estar atento a todos esses sinais clínicos.

4.4 BORDAS

A borda de uma ferida é um dos pontos fundamentais para a cicatrização. A epiderme íntegra ao redor da ferida precisa manter a hidratação normal para que ocorra a migração das células epidérmicas para a borda. É importante que a borda da ferida seja avaliada, podendo apresentar-se:

Regulares: Forma circular, delimitada e uniforme;

Irregulares: Assimétrica e não delimitada;

Aderentes: Nivelada ou Plana com a base da ferida, não há laterais ou parede;

Macerada: É a consequência da umidade excessiva nas superfícies;

Hiperemiada: Fluxo sanguíneo excessivo, pode apresentar sinais de inflamação e possível infecção quando associado a rubor e calor;

Hiperqueratose: Formação de tecido calo-símile ao redor da ferida e bordas;

Descolamento: Base da ferida está mais profunda que a borda.

Tratamento:

- Em presença de bordas maceradas, é importante o manejo do excesso do exsudato com coberturas altamente absorvivas, com capacidade de retenção e proteção da pele;
- Em bordas ressecadas, tratar com coberturas que forneçam hidratação;

- Em descolamentos de bordas, favorecer o uso de coberturas que otimizem o crescimento de tecido de granulação e adesão das bordas;

- Nas bordas enroladas, remover a presença de tecidos inviáveis (ex: hiperqueratose).

- Nas bordas frágeis, aplicar coberturas com adesivos suaves (ex: camada adesiva de silicone) atraumáticas, que protejam contra rupturas e piora da lesão.

4.5 DIMENSÕES

4.5.1 Para verificar o TAMANHO da lesão, é necessário seguir os seguintes passos:

- Utilize a régua padronizada pelo serviço;
- Trace uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal;
- Anote as medidas em cm para comparações posteriores.

São usados para documentar e descrever o tamanho das feridas (cm²)

A mensuração deve ser feita especificando:

Seu comprimento e largura

COMPRIMENTO (C) – Céfal - Caudal

LARGURA (L) – Direita - Esquerda

(C) X (L) = ____ CM²

4.5.2 Para verificar a PROFUNDIDADE da lesão, é necessário seguir os seguintes passos:

- Realize a limpeza da ferida;
- Verifique o ponto mais profundo da ferida e introduza um cotonete ou uma sonda nesse ponto;
- Realize a marcação até a margem superior da ferida;

- Mensure com uma régua o segmento marcado e anote o resultado em cm para comparação posterior;
- Multiplique a medida vertical pela horizontal pela profundidade para se obter a área volumétrica em cm³

Seu comprimento, largura e profundidade

COMPRIMENTO (C) – Céfal - Caudal

LARGURA (L) – Direita - Esquerda

PROFUNDIDADE (P)

(C) X (L) x (P)= ____ CM³

5. FOTOGRAFIA E REGISTRO EM FERIDAS

O registro fotográfico é necessário para acompanhamento da evolução da lesão. As orientações básicas para um registro adequado são:

- Solicite ao paciente autorização, com assinatura em termo de consentimento para registro fotográfico, mesmo que apenas a área lesionada seja fotografada;
 - Utilize um traçado ou pano neutro (de uma única cor) na região inferior à área a ser fotografada;
 - É necessária a presença de uma régua próxima à lesão, para identificar o seu tamanho;
 - Nessa mesma régua, coloque as iniciais do paciente, localização da lesão e a data do registro;
 - Fotografe a lesão nas posições horizontal e vertical;
 - Garanta uma boa luminosidade no momento do registro.
- É importante que o registro fotográfico seja realizado com mesma distância e ângulo.

6. TIPOS DE LESÃO

- 6.1 **Cirúrgicas:** Provocadas intencionalmente por ato cirúrgico, podem cicatrizar por primeira intenção. Podem ainda ser do tipo incisivas (perda mínima de tecido) ou excessivas (quando há remoção de áreas da pele).

- 6.2 **Traumáticas:** Provocadas acidentalmente por agentes químicos (ácidos, soda caustica, etc); físicos (temperatura, pressão, eletricidade); mecânicos (pregos, espinhos, por pancadas) ou biológicos (penetração de parasitas, mordedura de animais)

- 6.3 **Ulcerativas:** Lesões escavadas circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele até músculos. As lesões ulcerativas podem ser classificadas conforme as camadas de tecido atingido. As lesões por pressão são a etiologia mais frequente dessa categoria.

7. LESÃO POR PRESSÃO

O NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) classifica as lesões por pressão seguindo as seguintes definições:

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

7.1 Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

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

7.2 Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

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

7.3 Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

7.4 Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

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

7.5 Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

7.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

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

Definições adicionais:

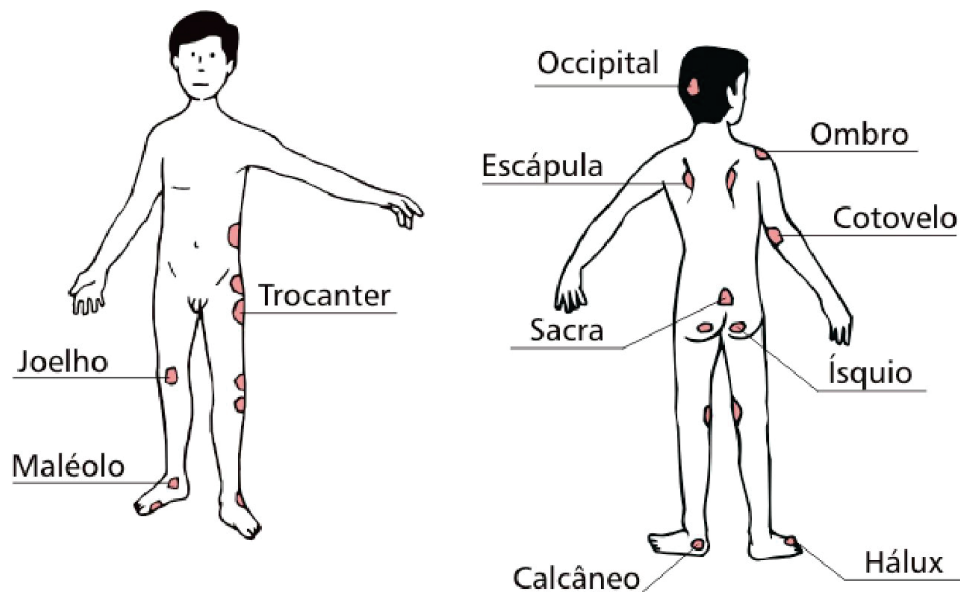
7.7 Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

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

7.8 Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

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

8. LOCALIZAÇÃO COMUM DE LESÃO



9. CURATIVO

É um procedimento com finalidade terapêutica, composto por três fases: limpeza, desbridamento e aplicação de uma cobertura.

9.1 Limpeza

A limpeza da ferida consiste na remoção da exsudação e restos celulares, com o objetivo de preparar o leito da lesão para nova cobertura primária e secundária. Deve ser realizada com técnica estéril em forma de irrigação com rigor com uso de SF 0,9%, a pressão do jato deve ser entre 8 a 15 psi (*pound force per squareinch*), ou seja, que corresponde a utilização da seringa de 20mL + agulha 40x12 ou 30x8; ou Frasco de SF0,9% perfurado com uma agulha 40x12 (atenção 01 furo).

Não se deve empregar a técnica de fricção sob o tecido.

9.2 Desbridamento

É a retirada de tecido desvitalizado (morto) para viabilizar o processo de cicatrização e redução dos riscos de infecção. O desbridamento é essencial ao tratamento das lesões, pois, tecidos necróticos e cicatrização não atuam juntos. Existem vários métodos de desbridamento:

9.2.1 Autolítico: Lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas (proteolíticas, collagenases, fibrinolíticas) presentes na ferida, durante a fase inflamatória. A autólise é um processo fisiológico e ocorre na presença de ambiente úmido e vascular.

9.2.2 Enzimático: Degradação através de enzimas proteolíticas exógenas. É muito similar ao autolítico, porém mais efetivo, porque as substâncias enzimáticas exógenas são mais potentes na lise dos tecidos mortos.

9.2.3 Desbridamento Mecânico (Responsabilidade do Enfermeiro/Médico): Este método é realizado com o auxílio de tesoura, lâmina de bisturi e outros instrumentais necessários. É dividido em dois tipos: conservador não cirúrgico e cirúrgico.

9.2.4 Conservador não cirúrgico: Definido como um método seletivo de remoção de tecidos necrosados, que pode não ser doloroso ou ocasionar sangramento, obtendo como limite o tecido adiposo. Nesse tipo de desbridamento podemos empregar a técnica de cover, slace e square.

9.2.5 Cirúrgico: Procedimento restrito ao médico em caráter ambulatorial ou hospitalar, quando houver indicação de remoção do tecido inviável, onde a limitação ultrapasse o tecido subcutâneo.

9.2.6 Cover: Técnica utilizada no descolamento das bordas de forma regular com uso de instrumento (lâmina de bisturi e pinças).

9.2.7 Square: Técnica que emprega a realização de riscas em forma de quadrados (2 mm à 0,5 cm) promovendo a retirada delimitada e promove a penetração dos produtos para melhor ação.

9.2.8 Slice: Técnica utilizada na retirada do tecido de forma irregular com uso de instrumento (lâmina de bisturi e pinças).

9.3 Cobertura

O uso de coberturas é parte integrante de terapia tópica de feridas. Embora o processo de reparação tecidual seja sistêmico, as coberturas desempenham grande papel na promoção de um microambiente que dê apoio para o bom desempenho desse processo fisiológico natural.



9.4 PRINCÍPIOS PARA ESCOLHA DE COBERTURAS


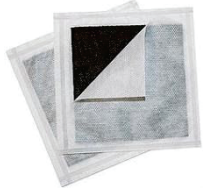


- ✓ Objetivo do tratamento;
- ✓ Localização de ferida;
- ✓ Exsudato;
- ✓ Infecção;
- ✓ Características leito/ borda;
- ✓ Presença de túneis;
- ✓ Profundidade;
- ✓ Custo-benefício.





9.5 CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DA COBERTURA IDEAL





- ✓ Manter ambiente úmido;
- ✓ Remover o excesso de exsudato;
- ✓ Permitir a troca gasosa;
- ✓ Fornecer isolamento térmico;
- ✓ Impermeável a bactérias;
- ✓ Isento de partículas e de tóxico contaminadores da ferida;
- ✓ Permitir remoção sem trauma.

10. TIPOS DE COBERTURA

SUBSTÂNCIA	MECANISMO DE AÇÃO	INDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERIODICIDADE DE TROCA	ILUSTRAÇÃO
<p>Alginato de Cálcio e Sódio</p>	<p>Alta capacidade de absorção; promove ambiente úmido, auxilia no desbridamento autolítico e promove hemostasia.</p>	<p>Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, superficiais e profundas até a redução do exsudato.</p> <p>Contra indicado em feridas sem exsudato e lesões por queimaduras.</p>	<p>Modelar o alginato no interior da ferida. Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda. Ocluir com cobertura secundária.</p>	<p>Feridas limpas com exsudato moderado ou intenso: Máximo 7 dias e trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado.</p> <p>Feridas infectadas: Máximo a cada troca 24 horas.</p> <p>Feridas limpas com sangramento: A cada 48 horas.</p>	
<p>Alginato de Cálcio com Prata</p>	<p>Alta absorção; alta efetividade antimicrobiana; previne contaminações externas.</p>	<p>Feridas de moderada a alta exsudação, colonizadas e infectadas; queimadura de I e II grau; úlceras venosas e áreas doadoras.</p> <p>Contra indicado em feridas com baixo exsudato, não utilizar em pacientes com sensibilidade a alginato ou prata, e em úlceras resultantes de infecções como: tuberculose, sífilis, infecção fúngica, queimadura de III grau e onde há presença de metais.</p>	<p>Aplicar a placa de forma que a prata (superfície escura) fique em contato com a ferida. Cobrir com cobertura secundária.</p>	<p>A cada 7 dias ou quando estiver saturado (superfície de espuma escurece quando saturada).</p>	

<p>Bota de Unna</p>	<p>Compressão do membro; aumenta retorno venoso; melhora drenagem linfática e mantém o meio úmido ideal para cicatrização.</p>	<p>Úlceras venosa e edema linfático de membros inferiores.</p> <p>Contra indicado em casos de celulite; processo inflamatório intenso; pacientes com diabetes mellitus.</p>	<p>A- Iniciar a aplicação da bandagem pela base do pé, mantendo o pé e o calcanhar em ângulo reto. A bota deverá envolver a perna sem apertar e sem deixar abertura ou enrugamento;</p> <p>B- Aplicar a bandagem ao longo da perna até a altura do joelho;</p> <p>C- Para finalizar, realize o enfaixamento (faixa crepe) e fixe com fita adesiva ou similar.</p>	<p>A cobertura secundária poderá ser trocada todos os dias e a Bota de Unna a cada 7 dias.</p>	
<p>Carvão Ativado com Prata</p>	<p>Ação bactericida, alta capacidade de absorção de exsudato e neutralizador de odor.</p>	<p>Feridas fétidas e exsudativas.</p> <p>Contra indicado em feridas limpas e lesões por queimaduras.</p>	<p>Aplicar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir com cobertura secundária. A placa não poderá ser cortada, pois ocorre a liberação do carvão e da prata.</p>	<p>As trocas deverão ocorrer de acordo com o nível de exsudação, podendo variar de 24 horas até 72 horas.</p>	
<p>Colagenase</p>	<p>Realiza o desbridamento enzimático suave e não invasivo, retirando ou dissolvendo a necrose.</p>	<p>Feridas com tecido desvitalizado.</p> <p>Contra indicado em queimaduras extensas e em feridas com grande área de granulação.</p>	<p>Aplicar a pomada no leito da lesão. Finalizar o curativo com cobertura secundária.</p>	<p>A cada 24 horas ou de acordo com a saturação.</p>	
<p>Colágeno</p>	<p>É uma cobertura avançada para proteção da ferida, composto de fibras de colágeno que estimulam e aceleram a regeneração da pele.</p>	<p>É indicado na fase final de cicatrização, em feridas limpas, pouco exsudativa, com ausência de tecido necrótico-fibrinoso e sem sinais de infecção.</p>	<p>Deve ser aplicado diretamente na pele e associado a curativos secundários, como filme transparente de poliuretano ou hidropolímero.</p>	<p>A cada 48 a 72 horas.</p>	

<p>Espuma com Prata</p>	<p>Realiza grande absorção em feridas infectadas. Na presença de exsudato, a prata é continuamente liberada no leito da ferida.</p>	<p>Pode ser usado em uma ampla gama de feridas exsudativas com cicatrização demorada devido a bactérias, ou onde há risco de infecção, incluindo úlceras de perna, úlceras de pressão, queimaduras de segundo grau, áreas doadoras, úlceras do pé diabético, feridas pós-operatórias e abrasões da pele.</p>	<p>Aplicar o curativo sobre a ferida e ocluir com cobertura secundária.</p>	<p>A troca poderá ser realizada até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudação.</p>	
<p>Hidrocolóide</p>	<p>Impermeável à água, bactérias e vírus. Isola o leito da ferida do meio externo; evita o ressecamento e a perda de calor e mantém o ambiente úmido.</p>	<p>Feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação e na prevenção de lesões por pressão.</p>	<p>Escolher o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida, pelo menos 3 cm. Aplique a placa de hidrocolóide sobre o leito da lesão.</p>	<p>A troca poderá ser realizada até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudação.</p>	
<p>Hidrofibra</p>	<p>Proporciona um ambiente úmido e estimula o debridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se delicadamente.</p>	<p>Indicado para feridas exsudativas, pequenas lacerações, úlceras vasculogênicas, queimadura até 2º grau, feridas crônicas, traumáticas e infectadas.</p> <p>Contra indicado em queimaduras de 3º grau e vasculite ativa.</p>	<p>Aplicar o curativo sobre a ferida mantendo 1 cm de borda ao redor da ferida. Em feridas cavitárias, aplicar o Hidrofibra fita mantendo 2,5 cm de fita para fora da cavidade, a fim de facilitar a remoção. Cobrir com um curativo secundário apropriado.</p>	<p>A troca poderá ser realizada até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudação.</p>	
<p>Hidrofibra com Prata</p>	<p>Absorção do exsudato, formando um gel macio que mantém o leito úmido e auxilia o debridamento autolítico</p>	<p>Pequenas abrasões, lacerações, cortes, queimaduras superficiais e de segundo grau, úlceras vasculogênicas, feridas crônicas, cavitárias, traumáticas e infectadas</p>	<p>Após ter realizado limpeza da ferida com a solução prescrita, secar pele perilesional e aplicar o produto sobre o leito, mantendo 1cm de borda ao redor. Realizar cobertura secundária estéril com gaze.</p>	<p>Trocar curativo secundário diariamente. Trocar inicialmente de 48 a 72 horas, podendo estender-se por período máximo de 7 dias.</p>	

<p>Hidrogel</p>	<p>Proporciona ambiente úmido; evita o ressecamento e realiza o desbridamento autolítico em áreas de necrose.</p>	<p>Feridas secas, pouca e média exsudação, com presença de necrose e esfacelos; úlceras venosas e arteriais; lesões por pressão, queimaduras de II grau, abrasões e lacerações. Contra indicado em incisões cirúrgicas.</p>	<p>Aplicar o hidrogel no leito da ferida com cuidado para que não exceda o nível da pele ao redor.</p>	<p>Feridas infectadas: a cada 24 horas; Necrose: a cada 72 horas.</p>	
<p>Hidropolímero</p>	<p>Proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção acontece.</p>	<p>Feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação. Contra indicado em feridas infectadas, com necrose e grande quantidade de exsudato.</p>	<p>Posicionar o curativo sobre o local de forma que a almofada de espuma cubra a ferida.</p>	<p>Trocar o curativo sempre que houver presença de exsudato nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias.</p>	
<p>Malha de Acetado de Celulose</p>	<p>Evita a aderência do curativo ao leito da ferida; minimiza a dor e a maceração e protege o tecido regenerado.</p>	<p>Feridas como queimaduras de I e II grau; abrasões; enxertos; úlceras venosas e incisões cirúrgicas.</p>	<p>Aplicar a cobertura no leito da lesão. Finalizar o curativo com cobertura secundária.</p>	<p>A troca deverá ser realizada a cada 24 horas.</p>	
<p>Papaína</p>	<p>Ação bactericida e desbridamento químico; ação anti-inflamatória; diminui o edema local.</p>	<p>Feridas infectadas.</p>	<p>Na presença de: -Tecido de granulação: a concentração deverá ser 2%. - Esfacelos: concentração solução de 4 % a 6%. -Necrose de coagulação: concentração 8% a 10%.</p>	<p>A troca deverá ser realizada a cada 24 horas.</p>	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar anamnese;
- Realizar avaliação do paciente através do exame físico;
- Avaliar aspectos da lesão: etiologia, características do tecido, volume e aspecto do exsudato, sinais clínicos de infecção, bordas, pele adjacente, mensurar área e profundidade;
- Realizar registro fotográfico em toda avaliação do enfermeiro utilizando régua identificada e datada;
- Executar o curativo;
- Revisar a conduta de tratamento modificando-a quando necessário e prescrevendo coberturas padronizadas;
- Realizar os registros em prontuário;
- Supervisionar e orientar a equipe de técnicos de enfermagem e/ou cuidadores/paciente/família quanto a realização correta do curativo.
- OUTROS
- A Terapia nutricional deve ser considerada parte integrante do tratamento da lesão por pressão e deve ser introduzida o mais precocemente possível em pacientes com afecções teciduais e que precisam, nesse momento, de um aporte nutricional diferenciado.
- Recomenda-se avaliar o estado nutricional dos pacientes e garantir o aporte de energia e proteína adequados e recomendados.
- O uso de suplementos ou fórmulas com maior teor de proteínas e nutrientes imunomoduladores tem sido recomendado no tratamento de pacientes com LP. (Resgatar memória bibliográfica).

11. BIBLIOGRAFIA

1. ARON, S.; Gamba, M.A. Preparo do Leito da Ferida e a História do TIME. Rev. Estima; 7(4):20-4, 2009. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=109:atualizacao-1&catid=13:edicao-vol-74>. Acesso em 18 de setembro 2018.
2. AZEVEDO MF. Feridas.: incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. BELO HORIZONTE. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.
4. BORGES, Eline Lima et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144p.
5. CADERNO DE BOAS PRÁTICAS – NEAD – Atualização no Tratamento de Feridas em Atenção Domiciliar, 2016.
6. CANDIDO, L. C. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC, 2001, 282p.
7. CARVALHO C.I.F, Silva N.P.J, Bittencourt C.M, Junior B.C.L. Uso de Papaína no tratamento de lesões ulcerativas de pacientes portadores de pé diabético: Relato de cinco casos. Revista Paraense de Medicina, Pará, v. 24, n.2, p. 65-9, 2010.
8. CLARK, R.A.F. Cutaneous tissue repair. Basic biologic considerations. J AmAcadDermatol, 1985; 13:701.
9. COSTA, IdevâniaGeraldina. Prevenção e tratamento de feridas: Guia prático. 3ª Ed. Cuiabá: Práxis Educativa, 2008.
10. DALEY, C. Cuidando de Feridas. Atheneu, São Paulo, 1996.
11. DEALEY C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
12. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
13. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). NPUAP Announcethe Release ofthe NPUAPEPUAP Guidelines for PressureUlcerPreventionandTreatment. <http://www.npuap.org./guidelines%20Flyer.pdf>. AvailableonSeptember 19 th 2018.

14. Ferreira, A. M; Bogamil, D.D.D. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado Nurses. ArqCiênc Saúde, 2008.
15. FIRMINO, Flávia; Carneiro, Sueli. Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungóide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. Revista de Prática Hospitalar, ano 9, n. 50, mar./abr. 2007.
16. HEALTH QUALITY ONTARIO. Management of chronic pressure ulcers: an evidence-based analysis. OntHealth Technol Assess Ser. 2009.
17. HESS, C. T. Tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores, 2002. 226p.
18. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
19. PICKHAM D, Ballew B, Ebong K, Shinn J, Lough ME, Mayer B. Evaluating optimal patient-turning procedures for reducing hospital-acquired pressure ulcers (LS-HAPU): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2016.
20. PRAZERES SJ. Tratamento de feridas: teoria e pratica. Porto Alegre: Moriá, 2009.
21. QASEEM A, Humphrey LL, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015.
22. TENÓRIO, E. B; Braz, M. A Intervenção do Enfermeiro como Diferencial de Qualidade no Tratamento de Feridas. Revista Brasileira de Home Care, 2002.
23. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Manual de Tratamento de Feridas. Hospital das Clinicas de Campinas. Grupo de Estudos de feridas. Campinas, 2000.
24. PINHEIRO S.L, Borges L. E, Donosco V.T. M. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. Revista Brasileira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 66, n.5, p. 760-70, set-out,2013.
25. SMANIOTTO S. H. P, Ferreira C. M, Isaac C, Galli Rafael. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. Revista Brasileira Cirurgia Plástica, São Paulo, v.27, n.4, p.623-6, 2012.

Expediente

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente: Eduardo Rahme Amaro | Hospital Santa Joana – SP

Vice-presidente: Henrique Neves | Hospital Israelita Albert Einstein – SP

Décio Rodrigues Pereira | Hospital Anchieta – DF

Fernando Torelly | Hospital do Coração - HCor – SP

Henrique Salvador | Rede Mater Dei de Saúde – MG

Paulo Azevedo Barreto | Hospital São Lucas – SE

Paulo Chapchap | Hospital Sírio-Libanês – SP

Paulo Junqueira Moll | Hospital Barra D'Or – RJ

Elaboração de conteúdo:

Grupo de Trabalho Home Care

www.anahp.com.br

Aviso

Este conteúdo foi preparado pela Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp. Todos os direitos são reservados. É proibida a duplicação ou reprodução deste material, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web ou outros), sem permissão expressa da Associação.

