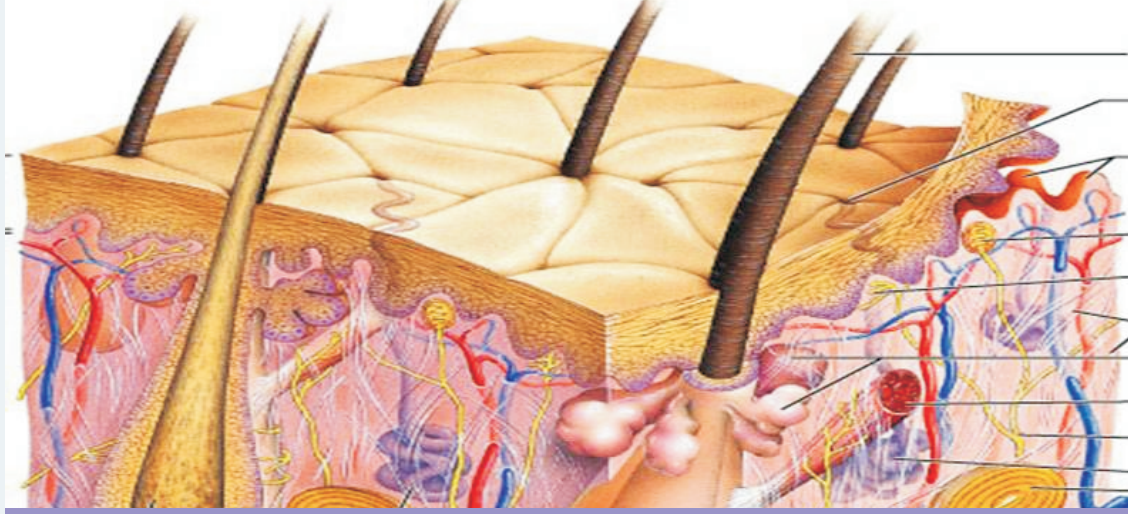
**Diagramação:**
Assessoria de Comunicação Social/ACS

CPTLE
COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES E ESTOMAS

ipsemg
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS



# PROTOCOLO TÉCNICO DA

# COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO

# DE LESÕES E ESTOMAS (CPTLE)

**FICHA CATALOGRÁFICA**

C871 Couto, Marcia Cristina Abreu.
Protocolo técnico da comissão de prevenção e tratamento de lesões e estomas do Hospital Governador Israel Pinheiro / Marcia Cristina Abreu Couto; Sarah Buzato de Souza Motta. - Belo Horizonte: Ipsemg, 2016.
187f.

1. Cicatrização de feridas. I. Sarah Buzato de Souza Motta II. Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. III. Titulo

# PROTOCOLO TÉCNICO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES E ESTOMAS (CPTLE) - 2016 REVISÃO E ATUALIZAÇÃO (PROCEDIMENTOS SISTÊMICOS)


**Enfermeiras Autoras:**

Márcia Cristina Abreu Couto -

Graduação em Enfermagem - PUC

Especialização em Assistência de Enfermagem ao Portador de Lesão Cutânea - Instituto de Educação Continuada - IEC / PUC Minas

Especialização em Qualidade e Segurança do Paciente - FIOCRUZ

Sarah Buzato de Souza Motta -

Graduação em Enfermagem - PUC Minas

Especialização de Enfermagem Hospitalar - UFMG

Especialização em Qualidade e Segurança do Paciente - FIOCRUZ

**Colaboradores:**

Enfermeiras Estomaterapêutas

Luiza Marilac da Silva

Myriam Pires dos Santos



**Apoio:**

Diretoria de Saúde (DISA)

Núcleo de Segurança do Paciente (NUSP)

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Departamento de Farmácia (DEAFAR)

Comitê de Assistência Terapêutica (CATE)


"Eterno, é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata"

***Carlos Drummond de Andrade***

# AGRADECIMENTO

**Renova-se**

Nasci de um sonho singelo de um grupo de enfermeiros...

Caminhei com dificuldades, mas nunca sozinho...

Cresci em meio às diversas transformações do mundo...

Inovações, tecnologia, era digital, tantas coisas absorvidas...

Encontrei algumas pedras no caminho, mas isso me deu experiências...

Sou resultado do trabalho de muitas mãos...

Se lembrado, sinto-me forte...

Tenho folhas, mas almejo mais...

Sou um protocolo, mas tenho alma de enfermeiro...

O conhecimento nunca se finda e nunca se perde...

Continuo crescendo...

Não sou produto, sinto-me resultado...

Sou trabalho, luta, perseverança...

E o sonho, aquele onde eu nasci, ainda continua vivo!

***(Escrito por Sarah Buzato De Souza Motta – Outubro 2016)***



# BREVE HISTÓRICO

O Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) possui um longo histórico no que se refere à prevenção e tratamento de lesões. Em agosto de 2001, um grupo de enfermeiros constatou a inexistência de um eixo norteador para o tratamento de feridas, surgindo assim a necessidade da elaboração de um protocolo contemplando o tratamento e o uso das coberturas emergentes do mercado. Em novembro do mesmo ano, foram realizadas várias aulas em um Curso de Sistematização da Assistência ao Portador de Feridas para um grupo de enfermeiros do hospital, com foco no tratamento de feridas e no uso de coberturas, visando a atuação destes em suas respectivas unidades de trabalho. A partir deste curso, este grupo passou a ser chamado de Comissão de Curativos do HGIP que elaborou, em formato de apostila, o primeiro Protocolo de Tratamento de Feridas (2001).

Em 2001 também foi reestruturada pela enfermeira Márcia Cristina de Abreu Couto, Especialista em Assistência de Enfermagem ao Portador de Lesão Cutânea, a Sala de Curativo ambulatorial do HGIP, inserindo o uso de coberturas e os registros nos impressos padronizados pelo Protocolo de Tratamento de Feridas (2001).

Em 2002, o atendimento ambulatorial foi transferido das dependências do hospital para outro prédio, sendo também transferida a Sala de Curativos. A sala foi assumida pela enfermeira Terezinha Figueiredo Barroso, que especializou-se em Estomaterapia na primeira turma da UFMG.

Em 2004 a Sala de Curativos foi novamente transferida para o Centro de Especialidades Médicas (CEM) do IPSEMG, num ambiente adequado e

ipsemg

direcionado para o atendimento individualizado e simultâneo de vários pacientes, por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Em 2008 é elaborado o Procedimento Operacional Padrão (POP) de Prevenção de Úlcera de Pressão, pelas enfermeiras Alice Maria Pereira da Silva, Ana Carla Moreira Lima, Kláudia kristhinne Araújo, Márcia Cristina de Abreu Couto, Sarah Buzato de Souza Motta e Silvana Maria Lage Soares do CTI Adulto.

EM 2010, percebeu-se a necessidade de revisão e atualização do Protocolo de Tratamento de Feridas (2001), tendo em vista a exclusão de alguns formulários específicos, a inclusão de novas coberturas padronizadas na instituição e a preocupação com a prevenção de feridas. Esta revisão foi feita pelas enfermeiras da Comissão de Curativo Adriane Lopes de Siqueira, Márcia Cristina de Abreu Couto, Renata Barreto Gazzinelli Fonseca e Terezinha Figueiredo Barroso. O protocolo foi organizado em Protocolos Técnico Multisetorial, sendo neles incluídos imagens, novas coberturas e o POP de Prevenção de Úlcera de Pressão. Passou a ser chamado de Protocolo Técnico de Prevenção e Tratamento de Feridas (2010) e foi disponibilizado por meio eletrônico na INTRANET do HGIP-IPSEMG.

Em 2012 o HGIP passou a contar com o atendimento da enfermeira Estomaterapêuta Myriam Pires dos Santos.

Em 2014 a Comissão de Curativos do HGIP foi instituída pela PORTARIA Nº 052, tornando-se a Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE).

Em 2015 foi elaborado o Regimento Interno da CPTLE e aprovado pela Diretoria de Saúde (DISA) do IPSEMG. Nele estão estabelecidas as diretrizes técnico-administrativas que norteiam as atividades da comissão tais como definições de normas e procedimentos relacionados à seleção, utilização de coberturas e dispositivos de prevenção e/ou tratamento, regulamentação do Serviço de Estomaterapia (SET) no HGIP/ CEM e outras atribuições.

De 2015 a 2016 o Protocolo Técnico de Prevenção e Tratamento de Feridas (2010) foi atualizado, escrito no formato de Procedimentos Sistêmicos (PRS) pelas enfermeiras Márcia Cristina Abreu Couto e Sarah Buzato de Souza Motta, com a colaboração das enfermeiras estomaterapeutas Luiza Marilac e Myriam Pires. Nele foram incluídos os PRS de Manutenção da Integridade da Pele; Cuidados com Estomias; Prevenção de Dermatites Associadas à Umidade (MASD); Prevenção de Lesões por Fricção e Relacionadas a Adesivos Médicos; Curativo em Feridas Cirúrgicas e em Sistemas de Drenos; Curativo em Dispositivo Intravenoso Central e Periférico (fixação segura); Sistema de Incontinência de Controle Fecal. O protocolo recebe o nome Protocolo Técnico da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE) - 2016 e mantêm-se disponibilizado para consulta na INTRANET.

A CPTLE é coordenada pela enfermeira Márcia Cristina de Abreu Couto e secretariada pela enfermeira Sarah Buzato de Souza Motta, sendo composta por membros multiprofissionais (Enfermeiros, médico, nutricionista, farmacêutico e representante do Comitê de Assistência Terapêutica - CATE-IPSEMG). Possui uma equipe de apoio atuante em suas respectivas unidades de trabalho, representada por aproximadamente 35 enfermeiros pertencentes ao Corpo Técnico da Enfermagem do HGIP. A CPTLE realiza reuniões mensais, promove aulas de capacitação e atualização, organiza seminários e cursos, envolvendo principalmente a equipe de enfermagem no grande desafio da prevenção diária das lesões e do tratamento resolutivo.


ipsemg

# COMISSÃO ELABORADORA DO PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE FERIDAS – 2001

**Enfermeiras Autoras:**

Ana Maria de Araújo Martins - 7º andar
Ana Paula Renault da Silva - Divisão de Enfermagem
Andréa Abreu Amaral – 3º andar
Beti Pouças de Aguiar - Pediatria
Cláudia Lúcia Ancelmo – 9º andar
Cynthia Furtado Landim – CTI adulto
Danielle Ferreira de Campos Santos – 10º andar
Fabíola Carvalho Gusmão – Centro de Especialidades Médicas
Gláucia Helena Chaves de Souza – CTI Adulto
Juliana de Fátima Candian Serrano – Bloco Cirúrgico
Kátia Regina Lopes Chaves – 4º andar (in memorian)
Luciana Gasparini – 10º andar
Mara Cristina dos Santos – 5º andar
Márcia Cristina de Abreu Couto – CTI Adulto
Maria das Graças Dellaretti – 5º andar
Maria das Graças dos Santos – SMU
Maria das Graças Silva Oliveira – Padronização de Material
Maria de Fátima Fonseca Campos – Centro de Especialidades Médicas
Maria Helena de Carvalho – SMU
Maria José Mendes Pereira – 5º andar
Maria Margareth Resende Pinto – CCIH
Maria Regina de Azevedo Oliveira – Padronização de Material
Maria Terezinha Nascimento – 5º andar
Norma Maria Fernandes – 9º andar
Patrícia Rosa da Silva – 3º andar
Perciliana Antunes de Azevedo – Quimioterapia
Raquel Magalhães Rodrigues e Silva – 6º anda
Renata Barreto Gazzinelli Fonseca – Divisão de Enfermagem
Sandra Caldeiras Ruas – 5º andar
Shirley Cristina de Faria Maciel Rosa – 11º andar
Solange Lage Bretas – 9º andar
Terezinha Figueiredo Barroso – 3º andar
Walkíria Normandia dos Santos – CTI adulto

**Enfermeiras Colaboradoras:**

Eline Lima Borges
Flávia Sampaio Latini Gomes

**Apoio:**

Divisão de Enfermagem do Hospital Governador Israel Pinheiro/2000

ipsemg

# PROTOCOLO TÉCNICO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS - 2010 REVISÃO E ATUALIZAÇÃO (PROTOCOLOS TÉCNICO MULTISETORIAL)

**Enfermeiras Autoras:**

Adriane Lopes de Siqueira
Márcia Cristina de Abreu Couto
Renata Barreto Gazzinelli Fonseca
Terezinha Figueiredo Barroso

# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO – 2010

**Enfermeiras Autoras:**

Alice Maria Pereira da Silva
Ana Carla Moreira Lima
Kláudia kristhinne Araújo
Márcia Cristina de Abreu Couto
Sarah Buzato de Souza Motta
Silvana Maria Lage Soares

ipsemg

# Introdução

Apresentando-se em formato de Procedimentos Sistêmicos (PRS) da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE) do IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais), este Protocolo Técnico aborda etapas da assistência à saúde prestada ao beneficiário com foco na Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas.

As normas definidas neste protocolo técnico estão alicerçadas nas diretrizes e orientações de prevenção e tratamento de lesões da literatura atual, na análise da clientela atendida no âmbito hospitalar e ambulatorial, nos resultados alcançados nos tratamentos com produtos utilizados e na relação custo-benefício.

Para a implementação do protocolo técnico evidencia-se a necessidade do envolvimento dos diversos profissionais e suas respectivas competências com o objetivo de assegurar o fiel cumprimento deste protocolo.

O enfermeiro, como elemento fundamental desta equipe, promoverá a execução do protocolo técnico, atuando como facilitador da operacionalização e sistematização da assistência. Torna-se também relevante salientar seu papel nas atividades educativas com foco no indivíduo / família / comunidade, colaborando para a redução ou eliminação dos fatores que levam ao beneficiário a desenvolver feridas.

# Sumário

**PROTOCOLO TÉCNICO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES E ESTOMAS**


1. PRS CPTLE - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE.....**01**

2. PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.....**12**

3. PRS CPTLE- PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À UMIDADE – MASD.....**40**

4. PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO E RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS.....**56**

5. PRS CPTLE - CUIDADOS COM ESTOMIAS.....**68**

6. PRS CPTLE - CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE FERIDAS.....**79**

7. PRS CPTLE - ADMISSÃO HOSPITALAR DE BENEFICIÁRIO COM FERIDA....**107**

8. PRS CPTLE – LIMPEZA DA FERIDA.....**120**

9. PRS CPTLE – DESBRIDAMENTO DA FERIDA.....**132**

10. PRS CPTLE – MENSURAÇÃO DA FERIDA.....**147**

11. PRS CPTLE – MATERIAIS E COBERTURAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS.....**160**

12. PRS CPTLE – CURATIVO EM FERIDAS CIRÚRGICAS E EM SISTEMAS DE DRENOS.....**195**

13. PRS CPTLE – CURATIVO EM DISPOSITIVO INTRAVENOSO CENTRAL E PERIFÉRICO (Fixação Segura).....**211**

14. PRS CPTLE – SISTEMA DECONTROLE DE INCONTINÊNCIA DE CONTROLE FECAL.....**229**

# PRS CPTLE - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

**Introdução**

A pele ou cútis é o manto de revestimento do organismo, indispensável à vida e que isola componentes orgânicos ao meio exterior. É composta essencialmente por duas camadas distintas: a epiderme e a derme. A pele ocupa um lugar em destaque na esfera psíquica do ser humano, pois representa um elo entre indivíduo, sociedade e ambiente físico. A pele possui uma especial aptidão de falar por si, e, em muitas situações, pelos demais órgãos do corpo humano, propagando respostas inflamatórias ou infecciosas, potencial de vitalidade e saúde. Através da pele é possível observar o histórico de vida das pessoas, pois em cada indivíduo ela é única, tornando-se um dos indicadores evidentes do envelhecimento cronológico e biológico. (RIVITTI, 2014)

Segundo DOMANSKY (2014) a pele representa mais de 15% do peso corpóreo, onde um indivíduo adulto tem cerca de 2 metros quadrados de pele com aproximadamente 2 milímetros de espessura. A pele humana possui importantes funções como a proteção mecânica, termorregulação, resposta imunológica, barreira para perda de água, secreção de resíduos, sensibilidade e metabolização.
As funções da pele passaram a ser mais bem compreendidas após a década de 1940, sendo que os estudos se tornaram mais esclarecedores a partir da década de 1960. Ao longo da vida a pele sofre importantes prejuízos em função da imaturidade do órgão (recém-nascido) e de seu envelhecimento (idoso). Diversos fatores alteram as características normais da pele nas diferentes etapas da vida, por exemplo: Idade, Hidratação, Exposição aos raios solares, Tensoativos, Nutrição, Medicamentos. (GOLDMAN, 2009).

Considerando os aspectos morfológicos e suas múltiplas funções da pele, é de extrema importância que os profissionais de saúde adotem medidas de prevenção, em especial a equipe de enfermagem, tenham como foco a manutenção da integridade da pele.

**Objetivos**

Padronizar ações de enfermagem para manutenção da integridade da pele durante o período de hospitalização e/ou observação do beneficiário.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

Não se aplica

**Responsabilidade/competência**

Compete ao Enfermeiro Supervisor avaliar na admissão e rotineiramente a pele dos beneficiários internados ou mantidos em observação nas áreas envolvidas com a assistência de enfermagem. Realizar a prescrição de enfermagem e monitorar a aplicação dos cuidados/dispositivos para a manutenção da integridade da pele e da prevenção das diversas lesões, tais como LPP, MASD, Lesões por Fricção ou por Adesivos médicos.

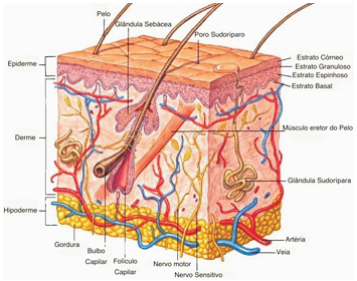
Compete ao AE/TE executar os cuidados de enfermagem para a manutenção da integridade da pele e prevenção da ocorrência de lesões de pele.

**Definições**

A pele ou cútis é o manto de revestimento do organismo, indispensável à vida e que isola os componentes orgânicos do meio exterior, composta por duas grande camadas de tecidos: Epiderme e Derme.



PRS CPTLE - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE




Fonte da Imagem:
http://clinicaplenna.blogspot.com.br/2013/10/qual-e-o-melhor-tratamento-para-as.html.
Acesso em: 18 de Fevereiro de 2015.

Segundo Domansky (2014) e Rivitti (2014) a Epiderme é uma estrutura avascular e relativamente uniforme, com exceção da planta dos pés e da palma da mão. O processo de maturação da epiderme é complexo e multifatoria sendo influenciado por fatores genéticos, sistêmicos e ambientais. É na camada germinativa, ou basal, que se originam as células que vão pouco a pouco ganhando a superfície. Durante esse processo as células sofrem modificações graduais em sua forma e sua composição química, até perdem o núcleo na altura da camada córnea e se descamarem naturalmente.

A Epiderme é constituida de células epiteliais, disposta em camadas que, de acordo com o sentido de dentro pra fora, estão assim despostas:

Camada basal: constituída por células cúbicas pouco diferenciadas que se dividem continuamente, dando origem a todas as outras camadas. É conhecida como a camada germinativa, cujas células se dividem garantindo a renovação da epiderme. Contém muito pouca queratina. Faz a junção da epiderme com a derme, sob forma de papilas, que dão maior superfície de contacto com a derme e maior resistência ao atrito da pele. Junto à membrana basal.

Encontram-se os melanócitos, as células responsáveis pela cor da pele. Os melanócitos sintetizam o pigmento natural da pele, a melanina, que é progressivamente transferida aos queratinócitos. As características genéticas do indivíduo e a exposição ao sol determinam a quantidade da melanina incorporada e, conseqüentemente, a cor da pele.

Camada espinhosa: constituída por células cúbicas ou achatadas com mais queratina que as basais. Situa-se logo acima da camada basal e é formada por 5 a 10 camadas de queratinócitos, achatando-se progressivamente em direção à superfície, com seus maiores eixos paralelos a esta. Estão unidas mecanicamente entre si e às células basais subjacentes por meio de pontes intercelulares denominadas desmossomos, estruturas complexas que conferem à pele resistência a traumas mecânicos. Anormalidades dos desmossomos causam separação das células (acantólise), com formação de bolhas ou vesículas na epiderme.

Camada granulosa: constituída por células achatadas, com grânulos de queratina proeminentes e outros como substância extracelular e outras proteínas, como o colágeno, que possui importância fundamental na constituição da matriz extracelular do tecido conjuntivo. É composta por 1 a 3 camadas achatadas de queratinócitos com formato losangular e citoplasma repleto de grânulos de querato-hialina, que dá origem à filagrina, importante componente do envelope das células corneificadas. Nesta camada, já se observam, componentes necessários para a morte programada das células e a formação da barreira superficial impermeável à água, como involucrina, queratolinina, pancornulinas e loricrina.





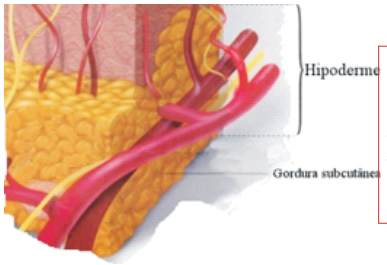
Camada lúcida: constituída por células achatadas hialinas eosinófilas devido a grânulos muito numerosos proteicos. Estas células libertam enzimas que as digerem. A maior parte já está morta (sem núcleo). Observa-se esta camada adicional na pele da região palmoplantar, entre as camadas granulosa e córnea. Suas células são anucleadas e formam uma faixa clara e homogênea, fortemente coradas pela eosina à microscopia óptica.

Camada córnea: camada mais externa, constituída de células achatadas eosinófilas sem núcleo (mortas) com grande quantidade de filamentos, principalmente queratinas. Descama-se progressivamente, sendo substituída por novas células que migram a partir da camada basal. Assim, calcula-se que a epiderme humana se renove integralmente a cada 20 a 30 dias.

Rivitti (2014) traz a definição de Derme como um tecido similar a um gel, rico em mucopolissacarídeos e material fibrilar de três tipos: fibras colágenas; fibras elásticas; e fibras reticulares. Sua espessura pode variar ao longo do organismo, desde 1 até 4mm, sendo subdividida em três porções: Derme papilar, Derme perianexial e Derme reticular. Na derme localizam-se vasos sanguíneos que nutrem a epiderme, vasos linfáticos, nervos e órgãos sensoriais a eles associados. Também se encontram estruturas como pêlos, glândulas sudoríparas e sebáceas. Os principais componentes da derme incluem o colágeno (70 a 80%) para resistência, a elastina (1 a 3%) para elasticidade e os proteoglicanos, que constituem a substância amorfa em torno das fibras colágenas e elásticas.

Rivitti (2014) e Domansky (2014) trazem a definição da hipoderme como uma estrutura que não faz parte da pele, sendo uma camada localizada logo abaixo da derme, reconstituída por tecido conjuntivo que une a pele aos órgãos

subjacentes.O tecido conjuntivo frouxo ou adiposo que faz conexão entre a derme e a fáscia muscular, têm funções de reservatório energético, isolante térmico, modelador da superfície corporal, absorção de choque e fixação dos órgãos. Sua espessura varia de acordo com a localização, sexo, idade e representa cerca de 15% a 30% do peso corporal.




Fonte: https://www.google.com.br/search?q=subcutaneo&biw=1280&bih=899&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjg7rC7wsTPAhUEkpAKHVu9DtAQ_AUIBigB#tbm=isch&q=tecido+subcutaneo+adiposo&imgrc=jpmnXIH3USv4GM%3A

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

• Computador/Acesso ao prontuário eletrônico (PEP);

• Creme hidratante (uso pessoal ou de ureia);

• Dispositivo de fixação segura estéril em acessos venosos periféricos e centrais;

• Filme transparente não estéril;

• Fita Adesiva hipoalergênica;

• Fita Adesiva hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex;

• Limpador de Pele sem Enxague;

• Protetor cutâneo.





Principais passos

• Avaliar na admissão e rotineiramente, a pele do beneficiário quanto ao risco para desenvolvimento lesões de pele;

• Realizar a prescrição de cuidados de enfermagem necessários para a manutenção da integridade da pele;

• Considerar as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele e agir preventivamente;

• Realizar ou orientar a higienização diária da pele com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;

• Utilizar ou orientar o uso de panos macios de algodão para secar a pele, delicadamente, sem fricção;

• Aplicar ou orientar o uso de creme hidratante de uso pessoal, preferencialmente sem cheiro e sem cor, após o banho;

• Usar Creme hidratante com ureia em beneficiários com risco de desenvolvimento de LPP moderado, alto ou muito alto, para reduzir o risco de dano da pele, uma vez ao dia, preferencialmente após o banho. Não aplicar em região de fraldas;

• Hidratar a pele e não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B);

• Posicionar adequadamente o beneficiário com superfícies de apoio, evitando LPP. Nunca arrastar o beneficiário;

• Usar lençol móvel e/ou auxílio de mais profissionais durante a mobilização e transferência do beneficiário, pois essa ação diminui o risco de ruptura de pele por fricção e cisalhamento;

• Aplicar protetor cutâneo diretamente sobre a pele com maior fragilidade, promovendo a formação de uma camada selante, que protegerá o extrato córneo da pele, antes de fixar fitas hipoalergênicas, quando não for possível o uso de ataduras de crepon;

• Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão (Nível de evidência C). Borrifar protetor cutâneo em áreas sujeitas à umidade;

• Tentar manter a pele limpa e seca. Atentar quanto a existência de fontes de umidade, pois são potencialmente irritantes para a pele, tais como: extravasamento de drenagens sobre a pele, exsudato de feridas, suor, extravasamento de linfa em pacientes com anasarca e outros;

• Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas para da incontinência urinária e fecal (quando não for possível o uso de coletores urinários masculinos, comadres ou marrecos);

• Realizar higienização da região de fraldas dos beneficiários com incontinentes e com necessidade de trocas frequentes com o limpador de pele sem enxague, para prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (Protocolo de Prevenção de MASD);

• Utilizar ataduras de crepon para fixar curativos, principalmente para as peles mais fragilizadas, reduzindo o uso de fitas hipoalergênicas para evitar lesões ocasionadas pelas trocas rotineiras dos curativos;



PRS CPTLE - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

• Usar dispositivo de fixação segura estéril em acessos venosos periféricos e centrais. Usar Fita Adesiva hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex para fixação de outros dispositivos ou curativos, em beneficiários com pele friável ou muito sensível;

• Remover fitas adesivas sem utilizar solventes. Estes produtos podem alterar o pH da pele, causar reações alérgicas e favorecer a aderência da fita.

**Cuidados especiais**

• Aplicar os protocolos de Cuidados com estomias, Prevenção de LPP, Prevenção de MASD, Prevenção de Lesões por Fricção e Relacionadas a Adesivos Médicos, aplicando as ações preventivas, conforme as necessidades da pele de cada beneficiário;

• Todas as medidas de proteção da pele deverão constar na evolução de enfermagem no PEP do paciente;

• Realizar orientações para alta, considerando as particularidades de cada beneficiário.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem

• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro

• MASD: Dermatite Associada à Umidade

• PEP: Prontuário Eletrônico

• PRS: Procedimento Sistêmico

• TE: Técnico de Enfermagem

• LPP: Lesão por Pressão

# PRS CPTLE - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

**Indicadores**

• Não se aplica

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a avaliação do risco para desenvolvimento de UPP | Não identificar o beneficiário em risco para desenvolver UPP | Aplicar imediatamente a escala de Braden | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação do risco de UPP e aplicação das medidas de prevenção padronizadas |
| Assistencial | Ausência de medidas de prevenção contra lesões de pele ocasionadas por fixação de sonda enteral. | Lesão em aleta nasal. | Aplicar fixação correta do dispositivo. | Sensibilizar a equipe quanto à importância da prevenção de lesões de pele. Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância das ações de prevenção. |
| Assistencial | Falha na mudança de decúbito | Aparecimento de UPP | Prevenir novas UPP, seguindo orientação de mudança de decúbito conforme relógio padronizado. Tratar a UPP incidente. | Sensibilizar a equipe quanto à importância da aplicação do protocolo de prevenção de UPP. Avaliar os fatores de riscos e falhas na aplicação do protocolo. |

**Anexos**

• NA



# PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

**Introdução**

O HGIP possui um protocolo de prevenção de Úlcera por Pressão desde 2000 e a partir do ano de 2016, devido à mudança do termo na literatura, esse protocolo passou a ser denominado PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.

Em Abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou a mudança da terminologia Úlcera por Pressão para Lesão Por Pressão (LPP) e também atualizou a nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. Essas lesões já foram antigamente denominadas como úlceras de decúbito, escaras, feridas de pressão e úlceras por pressão. Agora, o termo Lesão Por Pressão descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada.

O NPUAP é uma organização norte-americana que se tornou referência internacional na divulgação das recomendações para a prevenção e tratamento das Lesão Por Pressão, bem como para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa visando a melhoria dos resultados alcançados.

No que diz respeito as orientações para prevenção de LPP, este protocolo mantêm as recomendações da última versão das Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão, publicada em 2014 pela NPUAP em parceria com a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Estas recomendações são utilizadas no mundo todo, com adaptações para as realidades específicas de cada país, e são



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

fundamentadas em revisões sistemáticas de literatura, contendo estudos realizados em diversos contextos, inclusive o brasileiro, e conta com a expertise de vários especialistas.

A avaliação e prescrição de cuidados para a promoção da prevenção de LPP é uma atribuição do enfermeiro, entretanto também é fundamental a participação da equipe multiprofissional no planejamento dos cuidados ao beneficiário em risco. O beneficiário deve ser monitorado rotineiramente quanto ao risco de desenvolvimento de LPP, pois diversos fatores, tais como: o aumento da umidade da pele, alterações do fluxo sanguíneo e oxigenação, aumento da temperatura da pele, alterações na percepção sensorial, tempo de internação, pressão, fricção, deficiência na mudança de decúbito, estado nutricional, tipo de pele, patologias crônicas e uso de medicamentos, podem

**Objetivos**

• Avaliar o grau de risco para desenvolvimento de LPP utilizando como instrumento a Escala de Braden (Anexo 01).
• Classificar o grau de risco para desenvolvimento de LPP em: Risco Muito Alto, Risco Alto, Risco Moderado ou Risco Baixo.
• Instituir ações para a promoção da prevenção de LPP aos beneficiários em risco, conforme o grau de risco apresentado.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário / servidor do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

Resolução ANVISA RDC 36 de 25 de julho de 2013.
Protocolo de Prevenção de UPP. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 2013
RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
DELIBERAÇÃO COREN-MG Nº 65, de 22 de Maio de 2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

**Responsabilidade/ competência**

• Compete à equipe multiprofissional detectar o beneficiário em risco para desenvolvimento de LPP.
• Compete ao Enfermeiro avaliar/reavaliar diariamente o beneficiário quanto ao risco para desenvolver LPP. Realizar a prescrição de enfermagem para a promoção da prevenção e monitorar a aplicação dos cuidados/dispositivos para todos os beneficiários em risco, internados ou mantidos em observação.
• Compete ao AE/TE executar os cuidados de enfermagem prescritos para a promoção da prevenção da ocorrência da LPP.



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

**Definições**

PRESSÃO: é a força exercida sobre alguma coisa. Pode indicar o ato e comprimir ou pressionar e também corresponde a uma grandeza do contexto da Física.

FRICÇÃO: é uma força de contato exercida sobre um plano paralelo à pele, onde duas superfícies (pele e superfície de contato) deslizam uma contra a outra.

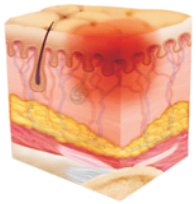
CISALHAMENTO: é uma força de tração exercida sobre um plano transversal à pele, fazendo-a deslizar sobre a estrutura muscular. Segundo Wada (2010), essa força pode levar a oclusão ou mesmo rompimento dos capilares responsáveis pela perfusão da pele neste local.

MICROCLIMA: é gestão da temperatura e umidade adequadas para a pele. Conforme o Guia de consulta rápida NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014, qualquer superfície que esteja em contato com a pele tem o potencial de afetar o microclima, alterando a taxa de evaporação da umidade e a taxa de dissipação do calor da pele. O efeito sobre o microclima depende da natureza e do tipo de cobertura da superfície de apoio.

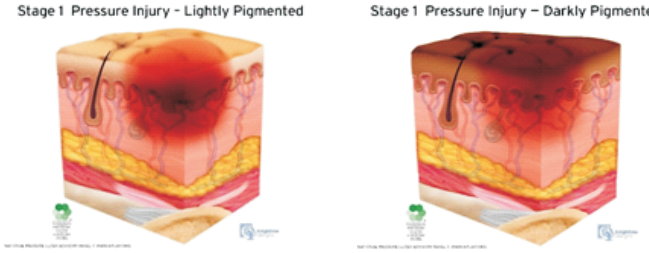
LESÃO POR PRESSÃO: é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado 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 (NPUAP, 2016).

*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.

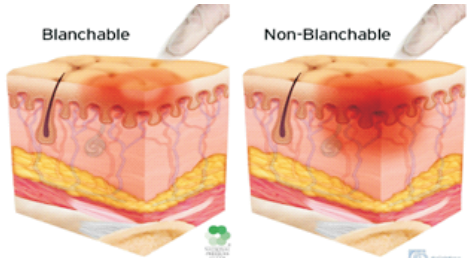


Pele íntegra com eritema não branqueável




National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016

Para avaliar se a pele é branqueável ou não branqueável, pode-se utilizar o método de pressão com os dedos – o dedo é pressionado sobre o eritema durante três segundos e o branqueamento avaliado após remoção do dedo. Força da Evidência C (NPUAP, 2014).




National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

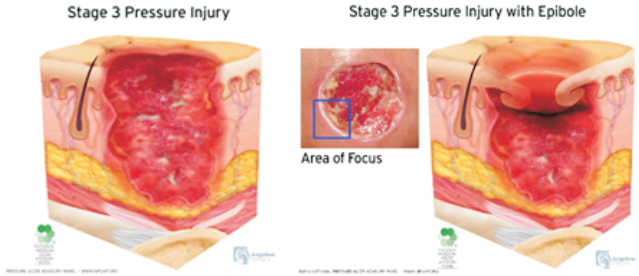
*Lesão por Pressão Estágio 2:* Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.

Perda 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.

National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016

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

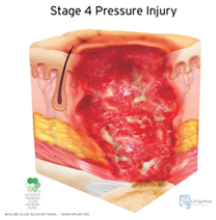
Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, 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).




National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016

*Lesão por Pressão Estágio 4:* Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.

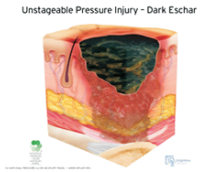
Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme 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.



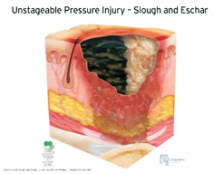

National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016

*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.



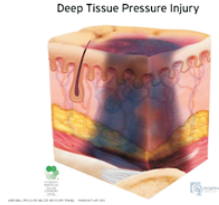

National Pressure Ulcer Advisory Panel. WWW.NPUAP.ORG.2016




National Pressure Ulcer Advisory Panel.WWW.NPUAP.ORG.2016

*Lesão por Pressão Estágio 4:* Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.

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.




National Pressure Ulcer Advisory Panel. WWW.NPUAP.ORG.2016



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

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 (NPUAP, 2016).

**Definições adicionais:**

*Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico*

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão e 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.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. WWW.NPUAP.ORG.2016

*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.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. WWW.NPUAP.ORG.2016

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

- Capa plástica protetora para colchão piramidal
- Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP).
- Coxins em espuma Piramidal
- Creme Hidratante (uso pessoal)
- Creme Hidratante com ureia
- Escala de Braden (Anexo 01)
- Escala de Braden (Anexo 02)
- Colchão em espuma Piramidal
- Filme transparente não estéril
- Planilha de Controle de Incidência de Lesão por Pressão (Anexo 03)
- Protetor cutâneo
- Creme Hidratante com ureia
- Protetor de Calcâneos
- Relógio de Mudanças de Decúbito

Principais passos

*Avaliação do Grau de Risco para o desenvolvimento de LPP na Admissão*

- Avaliar, sistematicamente, todo beneficiário, admitido ou mantido em observação nas áreas envolvidas com a assistência de enfermagem, através da utilização da Escala de Braden.
- Considerar durante a avaliação as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de LPP.

**Interpretação do Escore**

Nível de Evidência C (BRASIL, 2013)

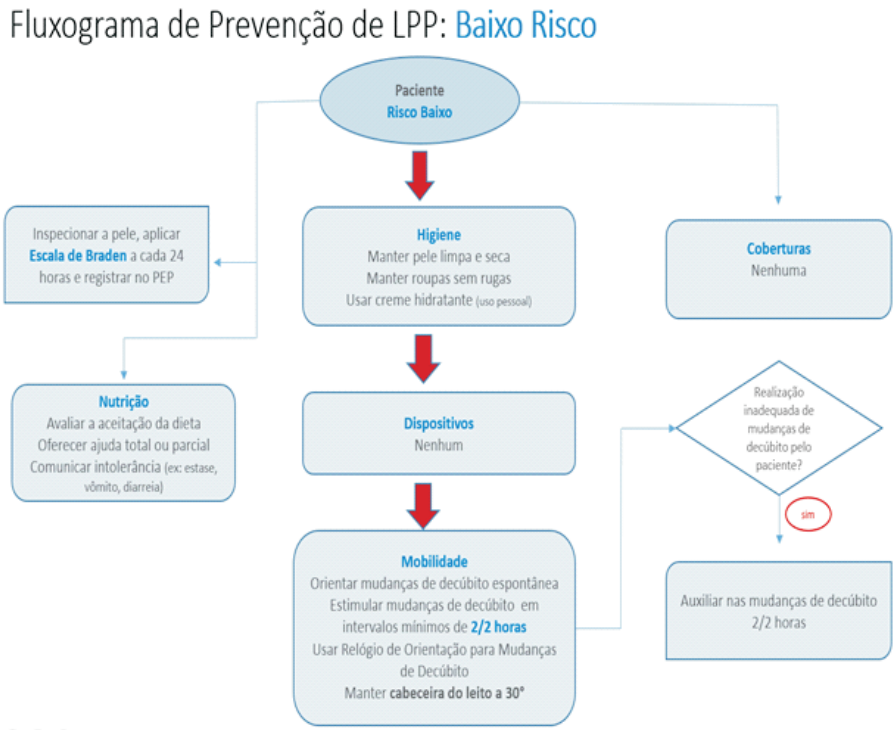
- Registrar no prontuário eletrônico (PEP) a avaliação da integridade da pele e o escore da Escala de Braden.
- Considerar a avaliação clínica soberana, independente do escore alcançado na escala de Braden, intensificando a ações de prevenção.



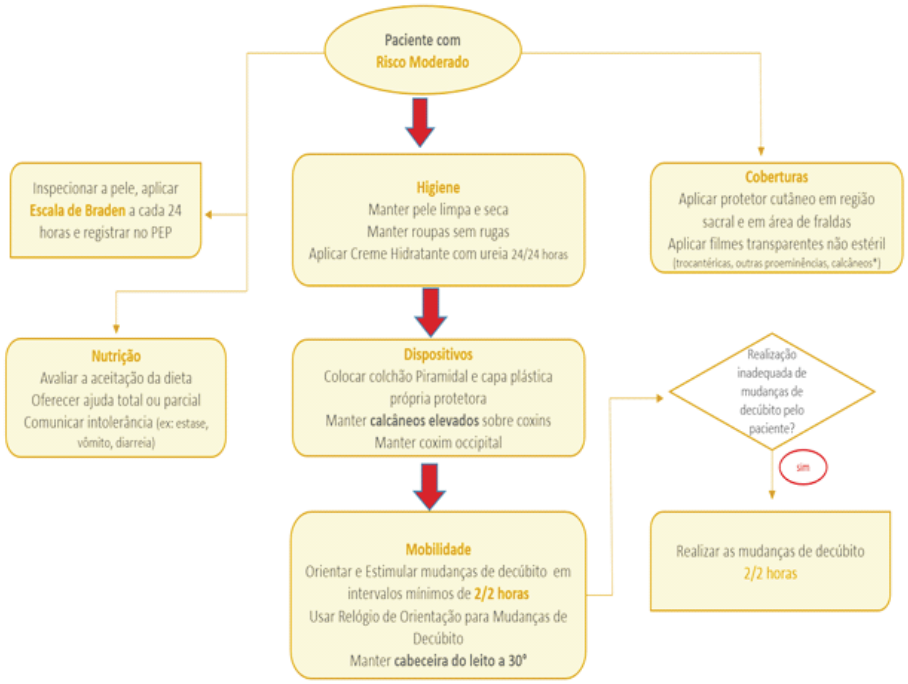


- Seguir o fluxograma de prevenção LPP para instituir as ações a partir do grau de risco estabelecido pela escala de Braden.

*Fluxogramas de Prevenção LPP*



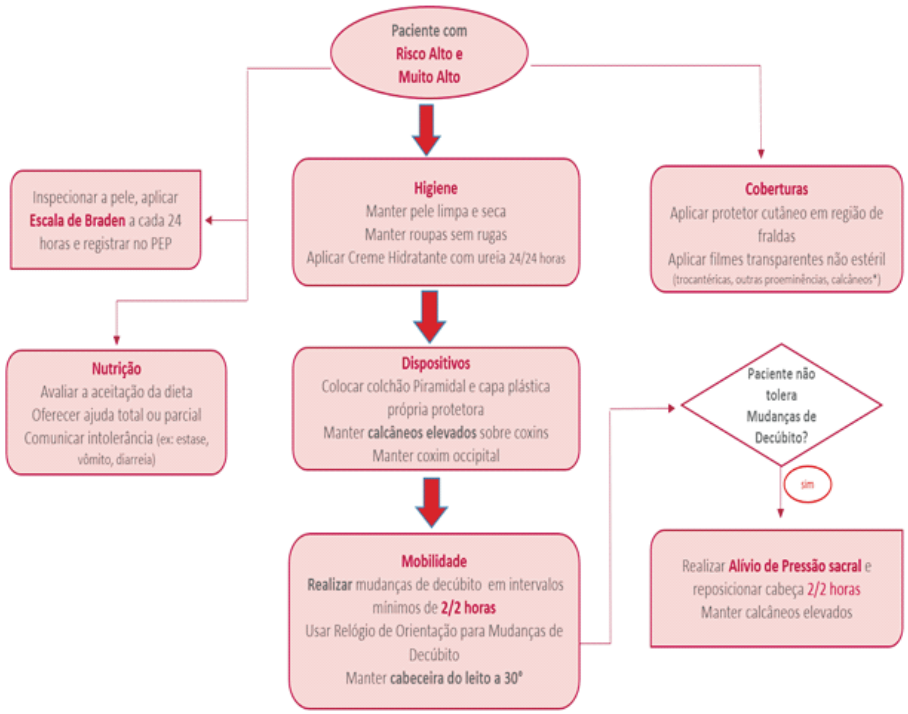
## Fluxograma de Prevenção de LPP: Risco Moderado








## Fluxograma de Prevenção de LPP: Risco Alto e Muito Alto



*Reavaliação Diária do Risco para desenvolvimento de LPP*

• Reavaliar diariamente todos os beneficiários quanto ao risco para desenvolvimento de LPP através da escala de Braden.

• Considerar a avaliação clínica soberana, independente do escore alcançado na escala de Braden, intensificando a ações de prevenção.

• Registrar no prontuário eletrônico (PEP) a avaliação da integridade da pele e o escore da Escala de Braden.

• Seguir o fluxograma de prevenção LPP para instituir as ações a partir do grau de risco estabelecido pela escala de Braden.

*Inspeção Diária da Pele*

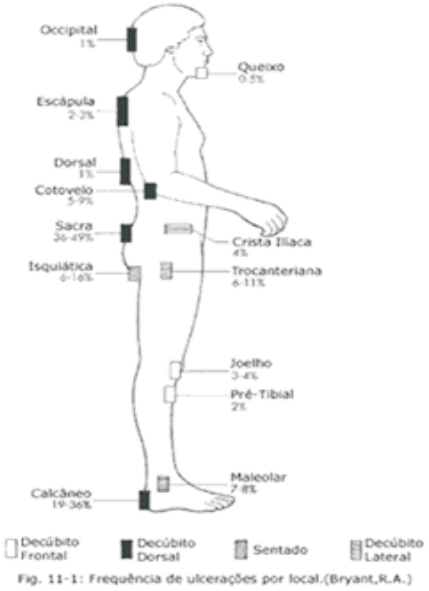



Fig. 11-1: Frequência de ulcerações por local.(Bryant,R.A.)

Fonte figura: BRYANT, R. A., 2008.

• Realizar uma avaliação abrangente da pele dos beneficiários em risco para LPP, examinando cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea, durante o exame físico do beneficiário ou banho no leito.

• Atentar para as áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões citadas na figura ao lado e regiões submetidas à pressão por dispositivos médicos. Nível de Evidência C

• Realizar com maior frequência a inspeção da pele sempre que houver piora do estado clínico do beneficiário. Nível de Evidência B





*Inspeção Diária da Pele*

• Limpar a pele, sempre que necessário, com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento.

• Usar emolientes para hidratar e reduzir o risco de dano à pele. Durante a hidratação, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares. Nível de evidência B

• Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. Nível de evidência C

• Usar creme hidratante de uso pessoal, preferencialmente sem cheiro e sem cor, para hidratação da pele após o banho, em pacientes sem risco ou com risco baixo para LPP.

• Usar Creme hidratante com ureia em beneficiários com risco de desenvolvimento de LPP moderado, alto ou muito alto, para reduzir o risco de dano da pele, uma vez ao dia, preferencialmente após o banho. Não aplicar em região de fraldas.

• Controlar a umidade através da determinação da causa. Atentar para fontes de umidade, como extravasamento de drenos, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em beneficiários em anasarca, pois estes fluidos são potencialmente irritantes para a pele. Borrifar protetor cutâneo e tentar manter a pele limpa e sempre seca.

• Higienizar a região de fraldas com água, sabão, utilizando tecidos macios em algodão, minimizando ao máximo a fricção, através de movimentos suaves para ao reduzir o risco de lesão durante o processo de higienização inadequada. A literatura orienta o uso de soluções com pH levemente ácido para efetuar a higienização em pacientes com eliminação frequente de fezes

líquidas ou semilíquidas. Esses limpadores perineais combinam detergentes e ingredientes surfactantes para soltar e remover sujeira e agentes irritantes; podem também conter emolientes, umidificadores ou umectantes para restaurar ou preservar, em condições ótimas, a função de barreira da pele. (GRAY, 2007)

• Trocar as fraldas dos beneficiários após cada episódio de eliminação intestinal. Atentar para a indicação de uso do Limpador sem Enxague diante da necessidade de trocas frequentes e da consistência das fezes eliminadas (líquida ou semi-líquida).

• Trocar a fralda do beneficiário com diurese presente, conforme saturação da mesma e reavaliar necessidade da próxima troca em intervalos de até 3 horas.

• Usar absorventes ou fraldas para a incontinência urinária e/ou fecal (quando não for possível o uso de coletores urinários, comadres ou marrecos).

• Não utilizar hidratantes na região de fraldas em pacientes incontinentes, para reduzir o risco de dano da pele. Exceto quando esta área apresentar sinais de xerose cutânea (pele seca e com presença de fissuras).

*Otimização da Nutrição e da Hidratação*

• Avaliar e comunicar à equipe multiprofissional sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros.

• Discutir com a equipe a possibilidade de sondagem, na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias). Nível de Evidência C





Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão. Nível de evidência A

Fonte: weblaranja.com/nutricao/piramide-alimentar.php.

*Mudanças de Decúbito*

• Realizar as mudanças de decúbito para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Nível de Evidência A.

• Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover beneficiários acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Nível de Evidência C

Fonte: erp.usp.br/site/grupos/feridascronicas/images/stories/upp21/upp-214_movimentacao.jpg

• Realizar, rigorosamente, as mudanças de decúbito dos beneficiários com Escore de Braden equivalente aos riscos Alto, Muito Alto ou Moderado de 2/2 horas, conforme orientação do Relógio de Mudanças de Decúbito adotado.

Relógio de Mudanças de Decúbito 2/2 horas:

• Afixar ao lado do leito do beneficiário em risco para LPP o Relógio de Mudanças de Decúbito.

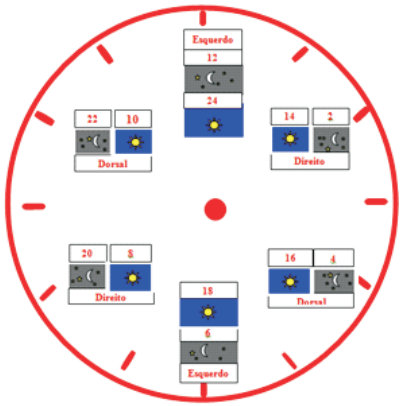
• Realizar e monitorar as mudanças de decúbito conforme orientação do relógio.

• Registrar no PEP a execução das mudanças de decúbito.

Relógio de Alívio de Pressão 2/2 horas:

• Executar a técnica de alívio de pressão de 2/2 horas para a região sacral, em beneficiários que não toleram a mudança de decúbito, e reposicionar as extremidades (cabeça e calcâneos) de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída.

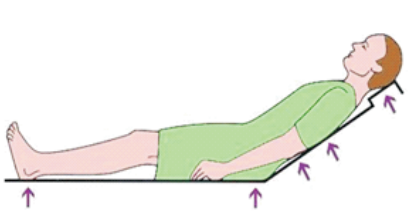
• Registrar no PEP o motivo da contraindicação da mudança de decúbito. Somente caraterísticas de gravidade clínica com instabilidade hemodinâmica ou comprometimento de fraturas graves, impossibilitam a realização efetiva das mudanças de decúbito.



*Posicionamento Adequado:*

• Manter cabeceira do leito elevada a 30°.

• Evitar elevar a cabeceira do leito em ângulo superior à 30º, para reduzir a centralização do peso e o aumento da pressão no sacro e no cóccix. Nível de Evidência C.



Fonte: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascronicas/images/images/manual_guia_prevencao _pressao_ou_escara.pdf. Acesso em 02/02/2015.

• Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento).

• Usar dispositivos que favoreçam o posicionamento adequado e confortável no leito.

• Evitar posicionar o beneficiário diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas. Nível de Evidência C

• Manter apoio para os pés, quando o beneficiário estiver sentado, essa ação impede que o mesmo deslize para fora da cadeira (Nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

• Restringir o tempo em que o beneficiário passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (Nível de evidência B). Quando assentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão.

*Cuidados com o Leito*

• Manter lençóis sempre limpos, secos e bem esticados.

• Atentar para lençóis com dobras e para a presença de dispositivos assistenciais, pois podem irritar a pele do beneficiário, favorecendo a formação de LPP.

• Fazer uso apenas de um lençol e um traçado sobre o colchão para assessorar as mudanças de decúbito.

Fonte: http://static.portaleducacao.com.br/arquivos/imagens_artigos/19102012152954licao04_05mod.jpg





*Materiais e Dispositivos para Redistribuição de Pressão*

Fonte: CTI Adulto/IPSEMG

• Colocar colchão de espuma piramidal com a capa plástica protetora específica nos beneficiários com risco Moderado, Alto ou Muito Alto de desenvolver LPP.

A literatura recomenda o uso de colchão em espuma altamente específica (colchão Viscoelástico) para prevenção de LPP. Nível de Evidência A - Ministério da Saúde 2013.

Fonte imagem: http://www.comocomprarcolchao.net/colchao-viscoelastico/ Acesso em 10 de Fevereiro 2015.

• Usar coxins de espuma piramidal sob a cabeça e para elevar os calcâneos dos beneficiários com risco Moderado, Alto ou Muito Alto de desenvolver LPP.

• Atentar para a necessidade de troca dos dispositivos em espuma piramidal, quando houver alteração que comprometa a superfície perfilada.

*Uso de superfícies de apoio para calcâneos*

• Manter os calcâneos afastados da superfície da cama (livres de pressão). Nível de Evidência C

• Elevar os calcâneos de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (Nível de evidência C). A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda (TVP).

Fonte: http://www.impactomedical.com.br/br/detalhes.asp?id=18.

• Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes. Nível de evidência B

*Uso do Protetor Cutâneo*

Para os beneficiários com Escore de Braden equivalente ao risco Moderado, Alto ou Muito Alto de desenvolver LPP:

• Borrifar protetor cutâneo em região de fraldas em intervalos máximos de 48/48 horas, após o banho. Se houver sinais de irritação da pele em consequência das eliminações fisiológicas, aplicar o protetor cutâneo de 24/24 horas. Atentar para o PRS CPTLE - 002 - Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD.

• Borrifar protetor cutâneo nos calcâneos dos beneficiários em intervalos máximos de 48/48 horas, após o banho.





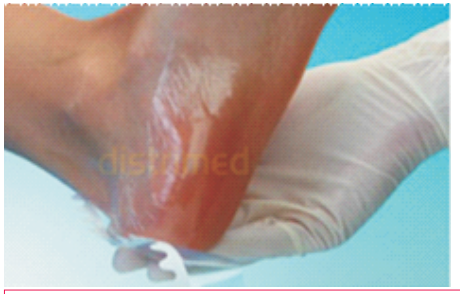
*Uso de Filme Transparentes*

Para os beneficiários com Escore de Braden equivalente ao risco Moderado, Alto ou Muito Alto de desenvolver LPP:

• Aplicar e datar filme transparente não estéril nas regiões trocantéricas.

• Avaliar a necessidade da aplicação do filme transparente não estéril em outras regiões de proeminências ósseas em risco, conforme avaliação individual de cada beneficiário.

• Aplicar e datar filme transparente não estéril nos calcâneos do beneficiário, caso o mesmo apresente movimentos repetitivos de fricção dos pés sobre o leito.



• Proceder a troca do filme transparente não estéril conforme rotina.

• Não aplicar filme transparente não estéril em região SACRAL para prevenção de LPP, borrifar apenas o protetor cutâneo.

Fonte: http://www.distrimed.com/product_info.php?products_id=6915

Uso de Filme Transparentes

Para os beneficiários com Escore de Braden equivalente ao risco Moderado, Alto ou Muito Alto de desenvolver LPP:

• Aplicar e datar filme transparente não estéril nas regiões trocantéricas.

• Avaliar a necessidade da aplicação do filme transparente não estéril em outras regiões de proeminências ósseas em risco, conforme avaliação individual de cada beneficiário.

• Aplicar e datar filme transparente não estéril nos calcâneos do beneficiário, caso o mesmo apresente movimentos repetitivos de fricção dos pés sobre o leito.

Cuidados especiais

• Não utilizar massagem na prevenção de LPP. A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde exista a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil e não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão.

• Não posicionar o beneficiário diretamente sobre uma lesão por pressão. Nível de Evidência C

• Não usar o Sistema de Classificação Internacional NPUAP / EPUAP para descrever a perda de tecido em outras lesões que não sejam lesão por pressão. Nível de Evidência C

• Para crianças de 1 a 5 anos, a avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q e a Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos. (Anexo 02).

• Registrar em Planilha de Controle de Incidência de Lesão por Pressão (Anexo 03) toda LPP incidente e prevalente do setor. Diante da existência de LPP, atentar para a aplicação de todas as ações de prevenção e considerar o beneficiário como risco elevado, independentemente do valor do escore da escala de Braden obtido.

• Realizar orientações para alta, considerando as particularidades de cada beneficiário.





**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• DAI: Dermatite Associada à Incontinência
• EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel.
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• LPP: Lesão por Pressão
• NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel
• NUSP: Núcleo de Segurança do Paciente
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PPPIA : Pressão Pan Pacific Injury Alliance
• PRS: Procedimento Sistêmico
• RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
• TE: Técnico de Enfermagem
• TVP: Trombose Venosa Profunda

**Indicadores**

• Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;

• Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;

• Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP;

• Incidência de LPP.

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a avaliação do risco para desenvolvimento de LPP | Não identificar o beneficiário em risco para desenvolver LPP | Aplicar imediatamente a escala de Braden | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação do risco de LPP e aplicação das medidas de prevenção padronizadas |
| Assistencial | Não implementar os fluxos de prevenção a partir do grau de risco estabelecido para o beneficiário, conforme escala de Braden | Ausência de ações assistenciais para promover a prevenção de LPP | Aplicar imediatamente os dispositivos e materiais para a promoção da prevenção de LPP, conforme estabelecido pelos fluxogramas de prevenção do protocolo. | Sensibilizar a equipe quanto à importância da aplicação do protocolo de prevenção de LPP. Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância das ações de prevenção. |
| Assistencial | Falha na mudança de decúbito | Aparecimento de LPP | Prevenir novas LPP, seguindo orientação de mudança de decúbito conforme relógio padronizado.<br><br>Tratar a LPP incidente. | Sensibilizar a equipe quanto à importância da aplicação do protocolo de prevenção de LPP. Avaliar os fatores de riscos e falhas na aplicação do protocolo. |





**Referências**


• ARAÚJO, T.M.D.; ARAÚJO, M.F.M.D.; CAETANO, J.A. “Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico”. In. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5): 695-700.

• ARAÚJO, T.M.D.; MOREIRA, M.P.; CAETANO, A. “Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos”. In. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 Jan/mar; 19(1):58-63.

• BARROS, S. K. S. A.; ANANMI, E. H. T.; MORAES, M. P. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. Nursing. 2003;63(6):29.

• BERATA, R. P. et al. “Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos”. In: Cuidar Enfermagem, 2010Jun/Dez; 4(2):80-86.

• RASIL. Ministério da saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

• CLAUDIA, A. R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Rev Paul Pediatr 2011; 29(3):406-14.

• 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; 2014.

• FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008, vol.16, n.6, pp. 973-978. ISSN 0104-1169.

• FERNANDES, LM. Úlcera por pressão em clientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

• GRAY, M. et al. Dermatite Associada à Incontinência, um consenso sobre o tema. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007; 34(1):45-54. Publicado por Williams & Wilkins.

• HELENA, M. L. Guia para prevenção de úlcera por pressão ou escara. Docente da EERP-USP.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

• MARTINS, D.A.; SOARES, F.R. "Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais". In. Cogitare Enferm, 2008 Jan/Mar; 13(01):83-7.

• MIYAZAKI, M.Y.; CALIRI, M.H.L.; SANTOS, C.B.D. "Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão". In. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Nov/Dez; 18(6).

• National Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Redefined the definition of pressure injuries during the NPUAP. Staging Consensus Conference that was held. April 8-9, 2016 in Rosemont (Chicago).

• SCEMONS, D.; ELSTON, D. "Cuidado com Feridas em enfermagem". In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

WADA , A.; TEIXEIRA, N.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. Rev Med (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):170-7.

**Anexos**

• Anexo 01: Escala de Braden

• Anexo 02: Escala de Braden Q

• Anexo 03: Planilha de Controle de Incidência de LPP

• Anexo 04 : Tabela de classificação do estudo conforme o nível de evidencia



# PRS CPTLE- PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À UMIDADE – MASD

**Introdução**

A Dermatite Associada à Umidade (MASD) manifesta-se pela sensação de desconforto, prurido, ardência e dor, os quais podem comprometer a qualidade de vida daqueles que são acometidos por este agravo. O extrato córneo é a camada superficial da pele que confere uma barreira protetora, evitando lesões cutâneas decorrentes de possíveis fatores extrínsecos, sejam físicos, químicos ou biológicos.

Pacientes internados possuem o risco de desenvolver MASD, em especial, aqueles portadores de estomias, feridas exsudativas, os que utilizam fraldas e dependam de auxílio para manutenção da higiene corporal. Ressalta-se que o uso de fraldas intensifica a irritação da pele devido ao pH cutâneo ser potencializado pela conversão da ureia em amônia. Além disso, as fraldas descartáveis também podem aumentar o risco de infecções secundárias, pois há permeabilidade da barreira da epiderme associada à hiperhidratação da pele.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36/2013, solicita a implantação de ações de promoção para segurança do paciente, bem como a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Apesar da MASD não estar contemplada nesta RDC, enfatizamos aqui a importância desta prevenção, uma vez que a presença desta dermatite representa um fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão.



PRS CPTLE- PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À UMIDADE – MASD

As recomendações para a sua prevenção, com forte grau de recomendação, ainda são poucas, havendo a necessidade de pesquisas com metodologias mais apuradas que possibilitem a obtenção de resultados com maiores níveis de evidências, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Assim, surgirão novas evidências ou evidências mais consistentes, melhorando o grau das recomendações.

A adoção de protocolos para a prevenção das dermatites associadas à umidade precisa ser um objetivo dos profissionais da área de saúde. Prevenir é possível e deve ser uma meta de segurança assistencial institucional. (DOMANSKY; BORGES, 2014)

**Objetivo**

• Prevenir a ocorrência de MASD identificando precocemente os beneficiários em risco durante a assistência à saúde.
• Instituir ações para a promoção da prevenção de MASD.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

Não se aplica

**Responsabilidade/competência**

• Compete à equipe multiprofissional detectar o beneficiário em risco para desenvolvimento de MASD.
• Compete ao Enfermeiro Supervisor e/ou Diarista avaliar/reavaliar diariamente o beneficiário quanto ao risco para desenvolver MASD. Realizar a prescrição de enfermagem para a promoção da prevenção e monitorar a aplicação dos cuidados/dispositivos para todos os beneficiários em risco, internados ou mantidos em observação.
• Compete ao AE/TE executar os cuidados de enfermagem prescritos para a promoção da prevenção da ocorrência da MASD.

**Definições**

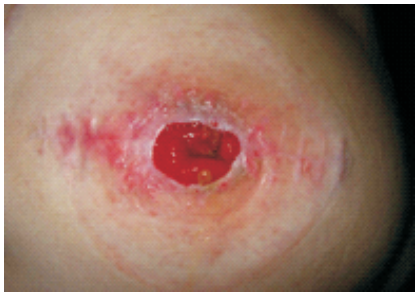
Segundo Domansky e Borges 2014, Moisture Associated Skin Damage





(MASD) é a nomenclatura internacional adotada para descrever o dano à pele associado à umidade, também conhecida como Dermatite Associada à Umidade. É caracterizada por uma inflamação e erosão cutânea causada pela exposição prolongada ou crônica a fontes como urina, fezes, suor, exsudato de feridas, muco e saliva, além de seus componentes. Definem-se a seguir as dermatites associadas à umidade mais prevalentes:

*Dermatite Periestomal*



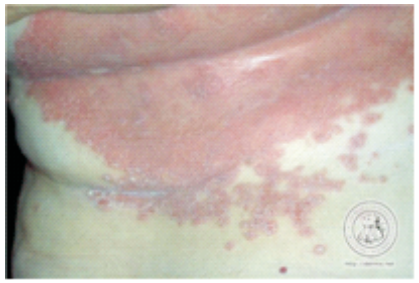
Inflamação e erosão da pele em um raio de 10 cm ao redor do estoma, causadas pela exposição ao exsudato, por infecção e/ou traumatismo decorrente da remoção de adesivos. *Fonte de umidade:* Efluente estomal

Fonte: http://crohnistas.blogspot.com.br/2009_06_01_archive.html.

*Dermatite Periferida*

Inflamação e erosão da pele em um raio de 4 cm da margem da lesão, causadas pela exposição ao exsudato, por infecção e/ou traumatismo decorrente da remoção de adesivos. *Fonte de umidade:* Exsudato

Fonte: http://web.udl.es/usuaris/dermatol/PaginesGrans/ulcera_venosaG4.html



Inflamação e erosão das pregas cutâneas causadas pela exposição ao suor. *Fonte de umidade:* Suor

Fonte: http://www.dermis.net/dermisroot/pt/32003/image.htm.

*Dermatite Associada à Incontinência - DAI*

Inflamação e erosão da pele causada pela exposição à urina e /ou fezes. *Fonte de umidade:* Urina e fezes

Fonte: http://www.emmanuelfranca.com.br/imgatlas/dermatite_seborreica.html.

**DAI**

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é uma manifestação clínica de lesões de pele associada à umidade, comum em pacientes com incontinência fecal e/ou urinaria. (DOMANSKY; BORGES, 2014) Apresenta eritema e edema na superfície da pele, por vezes acompanhada de lesões bolhosas com exsudato, erosão ou infecção cutânea secundária. (MALAQUIAS, 2008)

O reconhecimento da DAI como uma injúria distinta tem motivado a realização, nos últimos anos, de pesquisas para descrição de sua etiologia, diagnóstico e tratamento. Um estudo constatou que em instituições de longa permanência e de cuidados agudos, a prevalência da DAI oscilou entre 5,7% a





27%, porém, ainda não se tem estudos epidemiológicos que indiquem a real dimensão deste agravo. (ROSA, 2013)

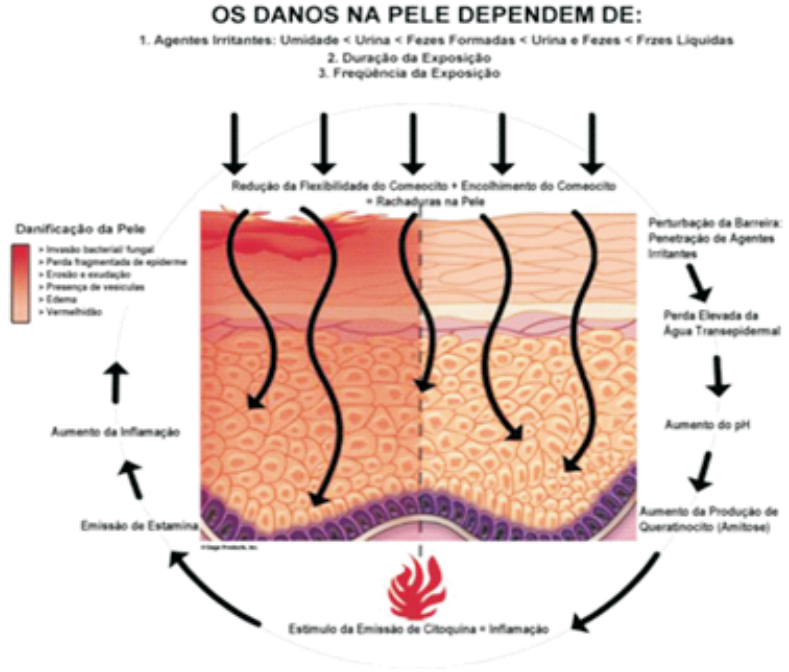
Segundo Domansky e Borges 2014, a partir da década de 90, nos Estados Unidos, estudos apresentaram instrumentos com a finalidade de identificar, classificar e avaliar a gravidade da DAI. Em 2002, Nix apresentou um instrumento para avaliação do paciente quanto ao risco para desenvolvimento de DAI. Apesar de existirem instrumentos para acompanhamento da DAI, ainda não há relatos de ampla aplicação na prática clínica ou de avaliação de suas propriedades de medida.

Ainda conforme estas autoras, a presença da umidade provoca aumento microbiano e do coeficiente de atrito da pele, aumentando a permeabilidade. Bactérias fecais afetam a produção de amônia a partir da ureia urinária, resultando no aumento do pH da pele. Esta alteração do pH também eleva a permeabilidade da pele e a atividade das enzimas fecais que são altamente irritantes.

O uso de produtos inadequados para a higienização (sabões com pH alcalinos) associados à fricção através do uso de buchas e toalhas e a frequência da higienização favorecem o desenvolvimento da DAI. Devem-se adotar ações mecânicas suaves para a higienização da pele do paciente incontinente, evitando-se ao máximo a fricção e usando tecidos de fibras macias. Entre outros efeitos indesejáveis dos produtos de limpeza sobre a pele, o pH alcalino é o principal responsável pela ação irritante e desidratante da pele. O higienizador utilizado para a prevenção de DAI não deve conter

perfumes e corantes e seu pH deve assemelhar-se ao da pele, ou seja, ser levemente ácido, não interferindo assim na microflora da pele e mantendo seu valor entre 4,2 e 5,9. Recomenda-se também o uso dos chamados limpadores de pele, muitos dos quais dispensam enxágue.

O desenvolvimento da DAI depende de um ciclo vicioso, envolvendo a presença de substâncias químicas irritantes, a duração e a frequência da exposição da pele a esses componentes, o processo e o tipo de produto utilizado na higienização. A figura a seguir retrata o processo de desenvolvimento da DAI:




Fonte: J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007;34(1):45-54. Public ado por Williams & Wilkins





Sinais e sintomas da DAI

- Dor
- Edema
- Eritema brilhante de diferentes intensidades
- Exsudato claro
- Fissuras
- Pápulas
- Vesículas
- Ligeira descamação
- Erosão
- Ulcerações
- Crostas

Conforme Domansky e Borges 2014, os sinais que são característicos de resposta inflamatória, variam conforme a dimensão da área afetada e do tempo de exposição aos efluentes. Podem abranger a região do períneo, grandes lábios, escroto, glúteos, face interna anterior e posterior das coxas, regiões suprapúbica e infraumbilical. Em pele escura, o eritema não é característico, ocorrendo uma diferença na coloração habitual da pele, variando com tons amarelados, brancos ou arroxeados.

A pele acometida pela DAI representa um sério fator de risco para UPP e para o desenvolvimento de infecção secundária. O diagnóstico diferencial entre UPP e DAI pode ser difícil realizar, sendo importante que o profissional avalie os fatores de risco que favorecem o aparecimento destas lesões. A avaliação clínica é um fator de extrema relevância para condução dos cuidados que serão direcionados para a prevenção e tratamento de cada lesão.

*Fatores de Risco para desenvolvimento de MASD*

- Estomia
- Umidade na superfície da pele (suor)
- Lesão com exsudato moderado ou abundante
- Incontinência urinária e/ou fecal
- Diarreia
- Necessidade de higienização frequente
- Fricção (atrito da pele produzido pelo processo de higienização, uso de fraldas, roupas e/ou superfícies)

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

- Água morna e sabão neutro ou Limpador de pele sem enxague;
- Compressas em algodão e/ou gazes;
- Computador com acesso ao Prontuário Eletrônico;
- Protetor cutâneo
- Sistema coletor com base adesiva de resina natural, sintética ou mista (bolsa de ostomia)
- Sistema de Incontinência Fecal
- Tesoura sem ponta





Principais passos

*Prevenção de Dermatite Periestomal*

- Realizar limpeza da pele ao redor do estoma com água e sabão neutro.
- Enxaguar com água e secar a pele delicadamente, com uma compressa em algodão ou gaze, sem fricção.
- Aplicar o protetor cutâneo na pele ao redor do estoma.
- Controlar ou desviar a fonte de umidade mantendo a integridade da pele através da aplicação de sistema coletor.
- Usar sistemas coletores com base adesiva de resina natural, sintética ou mista. Recortar a base adesiva do tamanho do estoma.
- Avaliar a existência de atrito da pele periestomal e a necessidade de uso de outros produtos de barreira.
- Evitar uso de fitas adesivas sobre a pele periestomal.
- Remover adequadamente o sistema coletor para evitar traumatismo.
- Seguir orientações descritas no PRS CPTLE - 005 Cuidados com Ostomias.

*Prevenção de Dermatite Periferida*

- Realizar limpeza da pele periferida com solução fisiológica estéril.
- Enxaguar com água e secar a pele periferida delicadamente, com uma compressa em algodão ou gaze, sem fricção.
- Aplicar o protetor cutâneo na pele ao redor da lesão a cada troca de curativo.
- Controlar ou desviar a fonte de umidade usando curativos absortivos.
- Avaliar a necessidade de aplicação de curativos absortivos com prata, considerando o risco ou a presença de infecção na lesão.

• Avaliar a necessidade de troca das coberturas primária e/ou secundária, mantendo a integridade da pele periferida.
• Solicitar avaliação do enfermeiro supervisor sempre que necessário.
• Registrar a evolução e checar os cuidados administrados no PEP.

*Prevenção de Dermatite Intertriginosa - DIT*

• Realizar limpeza das regiões de dobras da pele com água e sabão neutro.
• Secar a pele delicadamente, especialmente as regiões de dobras, com uma compressa em algodão ou gaze, sem fricção.
• Minimizar o atrito entre a pele com pele.
• Orientar aos beneficiários quanto ao uso de roupas leves, de tecidos naturais ou que absorvam a umidade da pele.
• Prevenir infecção secundária, controlando ou desviando a fonte de umidade.
• Solicitar avaliação do enfermeiro supervisor sempre que necessário.
• Registrar a evolução e checar os cuidados administrados no PEP.

*Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência - DAI*

• Avaliar diariamente o beneficiário em risco para o desenvolvimento de DAI e aplicar as medidas abaixo:
• Manter a pele limpa e seca.
• Manter lençóis sempre limpos, secos.
• Realizar a higienização da pele na presença de eliminações fisiológicas com água morna e sabão neutro ou com o limpador de pele sem enxague.
• Realizar a troca das fraldas em intervalos regulares. Recomenda-se intervalos máximos de até 03 horas para os beneficiários eliminação urinária.



PRS CPTLE- PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À UMIDADE – MASD

• Realizar a troca das fraldas imediatamente após a eliminação intestinal.
• Hidratar a pele seca após o banho. Não utilizar hidratantes na região de fraldas em pacientes incontinentes, visando reduzir o risco de dano da pele, exceto quando esta área apresentar sinais de xerose cutânea (pele seca, fissuras).
• Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas para da incontinência urinária e fecal (quando não for possível o uso de coletores urinários masculinos, comadres ou marrecos).
• Aplicar protetor cutâneo a cada 48/48 horas após o banho. Se houver sinais de irritação da pele em consequência das eliminações fisiológicas, aplicar o protetor cutâneo de 24/24 horas.
• Solicitar avaliação do enfermeiro supervisor sempre que necessário;
• Registrar a evolução e checar os cuidados administrados no PEP.

<u>Cuidados especiais</u>

• Uso de fraldas descartáveis deve ser evitado para os pacientes com controle de esfíncter, uma vez que intensifica a irritação da pele devido ao pH cutâneo ser potencializado pela conversão da ureia em amônia.
• A exposição ocasional à urina pode não ser prejudicial, entretanto, a exposição repetida e/ou por longos períodos, causa hiperhidratação da pele. A amônia da urina aumenta o pH da pele, diminuindo assim a tolerância à fricção, cisalhamento ou pressão.
• As fezes possuem enzimas digestivas e têm atividade enzimática aumentada na presença de pH alcalino.

• Atentar para as fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

• Para os casos diagnosticados como diarreia pelo nutrólogo ou médico responsável, deve-se solicitar uma interconsulta com a proctologia para avaliação e registro da normalidade da ampola retal. Após a prescrição do Sistema de Incontinência Fecal, pelo médico responsável pelo beneficiário ou nutrólogo, o enfermeiro supervisor ou representante da CPTLE capacitado, poderá instalar o dispositivo, visando à prevenção e/ou tratamento da DAI.

• Realizar orientações para alta, considerando as particularidades de cada beneficiário.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CPTLE: Comissão de Prevenção Tratamento de Lesões e Estomas
• DAI: Dermatite Associada à Incontinência
• DIT: Prevenção de Dermatite Intertriginosa
• MASD: Moisture-associated skin damage (dano a pele associada à umidade)
• PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente
• PRS: Procedimento Sistêmico
• RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
• TE: Técnico de Enfermagem
• UPP: Úlcera Por Pressão





**Indicadores**

Taxa de Incidência de DAI

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a avaliação do risco para desenvolvimento de MASD na admissão do beneficiário | Beneficiário não avaliado desenvolveu DAI no segundo dia após admissão. | Avaliar sistematicamente na admissão o beneficiário em risco de MASD e aplicar as ações de prevenção. | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação do risco de MASD e realização da prescrição das ações de prevenção. |
| Assistencial | Não reavaliar diariamente o beneficiário quanto ao risco para desenvolvimento de MASD | Beneficiário não reavaliado desenvolveu DIT durante sua internação. | Reavaliar sistematicamente o beneficiário quanto ao risco de MASD e aplicar as ações de prevenção. | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da reavaliação do risco de MASD e realização da prescrição das ações de prevenção. |
| Assistencial | Não implementar os cuidados de prevenção de MASD | Plano de cuidado aplicado inadequado. | Conscientizar a equipe quanto à importância da aplicação das ações de prevenção. | Realizar monitoramento das ações de prevenção prescritas. |

**Referências**


• ANDERS, J. et al. Decubitus Ulcers: pathophysiology and primary prevention. Dtsch Arztebl Int, 21:371-82. 2010.

• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo Para Prevenção De Úlcera Por Pressão. Setembro de 2013.

• DOMANSKY, R. D. C.; BORGES, E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro; Editora Rubio, 2012.

• DOMANSKY, R. D. C.; BORGES, E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2° Edição. Rio de Janeiro; Editora Rubio, 2014.

• GRAY M. Incontinence-related skin damage: essencial knowledge. Ostomy Wound Manage, Dec 53(12):28-32. 2007.

• GRAY, M, B. et al. Dermatite Associada à Incontinência, um consenso sobre o tema. J Wound Ostomy Continence Nurs, 34(1): 45-54. 2007

• GRAY, M, B. et al. Incontinence-associated dermatitis: A Comprehensive Review and Update. J Wound Ostomy Continence Nurs, 39(1):61-74. 2012.

• MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. Cogitare Enferm, 13(3):428-36. 2008.

• PHILLIPS, B. B. C. et al. Levels of evidence. Oxford: Center for Evidence based Medicine; 2009, cited 2012 May 18.

• ROSA, N. M.; INOUES, K. C.; SILVINO, M. C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. Rev rene. 2013; 14(4): 1031-40.

• TOTH, A. M.; BLISS, D. Z.; SAVIK, K. Validating MDS data about risk factors for perineal dermatitis by comparing with Nursing Home Records. Gerontol Nurs. 2008; 34(5): 12-8.


**Referências**

• NA



# PRS CPTLE – PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO E RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS

**Introdução**

É fundamental a manutenção da pele íntegra na defesa do organismo frente às múltiplas situações como traumatismos mecânicos, térmicos, químicos, radiação ou outras diversas alterações em que o ser humano está exposto.

Durante a internação hospitalar, o beneficiário pode estar sujeito a uma variedade de dispositivos médicos necessários ao seu tratamento como cateteres, tubos, drenos, sondas e outros. Desta forma, a prevenção lesões de pele é essencial para garantir a segurança do tratamento e evitar complicações. Lesões causadas por fricção restringem-se à derme e está relacionada com a fragilidade da pele, sendo muito comum entre os idosos. Os locais mais comuns para a ocorrência dessas lesões são as extremidades superiores, com freqüência de 80%. Outras áreas comuns são as extremidades inferiores, dorso e glúteos. (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012)

O cuidado com a pele, inclusive a sua proteção contra lesões mecânicas ou químicas, é um requisito fundamental para o envolvimento na prevenção de lesões. Lesões causadas por fitas adesivas, curativos e outros adesivos, podem causar dor, aumentar o tamanho da ferida, comprometer o processo de cicatrização, aumentar custos com o tratamento e impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes.



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO
E RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS

**Objetivos**

- Prevenir a ocorrência de lesões por fricção e/ou relacionadas ao uso de dispositivos médicos em beneficiários em risco durante a assistência à saúde.
- Instituir ações para a promoção da prevenção de lesões por fricção e/ou relacionadas ao uso de dispositivos médicos.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

- RDC 24/2009. Dispõe sobre cadastramento dos produtos para saúde que, segundo a classificação de risco adotada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), se enquadram nas duas classes de menor risco, I e II.
- RDC 56/2001. Dispõe sobre requisitos essenciais de segurança e eficácia dos produtos de saúde.

**Responsabilidade/competência**

- Compete ao Enfermeiro Supervisor e/ou Diarista avaliar na admissão e reavaliar diariamente o beneficiário quanto ao risco para desenvolver lesões por fricção e/ou relacionadas ao uso de dispositivos médicos. Realizar a prescrição de enfermagem para a promoção da prevenção e monitorar a aplicação dos cuidados/dispositivos para todos os beneficiários em risco, internados ou mantidos em observação.

• Compete ao AE/TE executar os cuidados de enfermagem prescritos para a promoção da prevenção da ocorrência das lesões por fricção e/ou relacionadas ao uso de dispositivos médicos.

**Definições**

Lesão por fita adesiva: ocorre quando a ligação adesiva entre a fita e a pele é maior do que a existente entre epiderme e derme; quando a fita é removida, a epiderme, ou parte dela, permanece ligada ao adesivo, resultando em uma lesão dolorosa. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Lesão por fricção ou Skin tear: é uma ferida traumática resultante de fricção, ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, que leva a epiderme a separar-se da derme (ferida de espessura parcial) ou a epiderme e a derme a se descolarem totalmente das estruturas subjacentes (ferida de espessura total). (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Adesivo Médico: é um produto usado para aproximar as margens de uma ferida ou para fixar dispositivos externos à pele, tais com: fita, curativo, cateter, eletrodos, equipamento e outros. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Lesão por Adesivo Médico: é a ocorrência em que o eritema e/ou outra manifestação como vesícula, bolha, erosão e ruptura da pele, persiste por mais de 30 minutos após a remoção do adesivo. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Dermatite de Contato Irritativa: é a ocorrência de uma área afetada em decorrência do contato direto de um irritante químico com a pele. A área



PRS CPTLE - PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO
E RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS

pode apresenta-se hiperemiada e edemaciada e com a presença de vesículas. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Dermatite de Contato Alérgica: manifesta-se através da presença de eritema, vesícula e prurido que podem ir além da área exposta, persistindo por até uma semana. É considerada como uma resposta imunológica a um componente do adesivo ou curativo usado. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Maceração: manifesta-se pelas características com tom esbranquiçado ou acinzentado, amolecida e enrugada da pele. Resulta do contato direto e prolongado com a umidade. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Foliculite: manifesta-se por meio de pápulas ou pústulas resultantes de reação inflamatória dos folículos pilosos quando são bloqueados ou danificados durante a remoção do pêlo com lâmina, que escarifica a pele, ou através do atrito, inclusive ocasionado pelos adesivos. (DOMANSKY; BORGES, 2012)

Segundo as autoras citadas acima, a lesão ocasionada por adesivos médicos decorre do traumatismo mecânico, quando a ligação entre o produto adesivo (fitas, curativos, eletrodos, etc.) e a pele é maior que a existente entre a epiderme e a derme. A perda de epiderme pode variar de acordo com a as condições da pele, as características do adesivo e a frequência de exposição. Aplicações e remoções repetidas de adesivos sobre a pele comprometem a função de barreira da mesma. O estiramento dos adesivos quando aplicados com tensão podem também causar o efeito "memória". Isso faz com que o adesivo retorne à sua forma original, trazendo a epiderme junto e podendo causar edemas e inclusive bolhas.

O Sistema de Classificação STAR - Lesão ou Fricção, avalia a presença ou a ausência de retalho de pele e sua viabilidade. Este instrumento foi adaptado e validado no Brasil por Star-zieri-Pulido & Santos, em 2010. Veja a descrição do instrumento abaixo:

| Categoria 1 A | Categoria 1 B | Categoria 2 A | Categoria 2 B | Categoria 3 |
|---|---|---|---|---|
| Lesão por fricção cujo retalho pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele não se apresenta pálida, opaca ou escurecida. | Lesão por fricção cujo retalho pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele apresenta pálida, opaca ou escurecida. | Lesão por fricção cujo retalho não pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele não apresenta pálida, opaca ou escurecida. | Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele apresenta pálida, opaca ou escurecida | Lesão por fricção cujo retalho de pele está completamente ausente. |
| | | | | |

Fonte: Skin Tear Audit Research (STAR). Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of technology. Revised 4/2/2010

Isquemia: perfusão tissular inadequada evidenciada por palidez, opacidade ou escurecimento do tecido.

Hematoma: coleção de sangue ou coágulos sob um retalho ou pele realinhada.

Realinhar: recolocar a pele ou retalho na sua posição anatômica normal sem tensão excessiva.

Lesão por fricção linear: fissura ou rompimento da pele em linha reta.

Retalho de pele: segmento de pele ou de pele e tecido subjacente separado das demais estruturas.

Fatores de Risco para desenvolvimento de Lesões por Fricção:

- Extremos de idade (recém-nascido e muito idoso >75 anos)
- Imobilidade





- Percepção sensorial alterada
- Comprometimento cognitivo
- Rigidez dos membros e espasticidade
- Presença de equimoses
- Uso prolongado de corticosteroides
- Coleta de sangue periódica
- Dependência para atividades de vida diária
- Utilização de órteses

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

- Creme hidratante
- Fita Adesiva hipoalergênica microporosa
- Fita Adesiva hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex
- Filme transparente não estéril
- Dispositivo para fixação de cateteres
- Protetor cutâneo
- Computador com acesso ao Prontuário Eletrônico

Principais passos

*Prevenção de lesões por adesivos médicos e durante a permanência de drenos, sondas, cateteres e tubos*

- Realizar a inspeção da pele do beneficiário após a admissão e diariamente, atentando para os dispositivos que podem representar risco para a integridade da pele.

• Atentar para o risco de dermatite irritativa, dermatite alérgica, foliculite ou maceração da pele.

• Evitar usar fitas e curativos adesivos sobre a pele. Optar para o uso de ataduras em crepon.

• Utilizar filme transparente não estéril para fixação secundária de curativos em lesões de pele em tratamento, quando for indispensável à fixação da cobertura primária, considerando a permanência acima de 24 horas do curativo.

• Utilizar fita hipoalergênica adesiva para fixação de dispositivos médicos, quando for indispensável à fixação dos mesmos.

• Fixar sondas entérica e/ou gástrica utilizando fita hipoalergênica sobre o nariz e envolvendo a sonda com esparadrapo em forma da letra "H", propiciando a fixação do dispositivo sem tração sob a aleta nasal. Trocar a fixação sempre que mal aderida ou suja (PRS ENF - 036).

• Aplicar protetor cutâneo para proteger a pele dos pacientes de risco, fazendo barreira sobre a pele para receber a fita adesiva.

• Usar fita hipoalergênica adesiva sem tensão.

• Não fixar esparadrapo diretamente sobre a pele. Se necessário for, aplicá-lo sobre a fita hipoalergênica.

• Evitar molhar a fita durante a manutenção do dispositivo.

• As fixações de tubos endotraqueais (PRS ENF - 014) e traqueostomia deverão ser trocadas diariamente e sempre que necessário (se sujo, úmido ou solto), garantindo a fixação segura do dispositivo e evitando lesões por pressão ou por umidade.

• Não utilizar fitas de esparadrapos diretamente sobre a pele do beneficiário.

• Os curativos em acessos venosos periféricos e acessos venosos centrais





(PRS ENF - 026) deverão ser realizados conforme a orientação do Protocolo de Fixação Segura. Aplicar protetor cutâneo em beneficiários idosos que apresentam fragilidade cutânea antes de fixar o curativo.

• Fixar sonda vesical de demora com dispositivo de fixação de cateteres evitando tracionar o dispositivo e prevenindo lesões (PRS ENF - 016b). Na ausência do dispositivo de fixação, usar fita hipoalergênica.

*Prevenção de lesões por fricções*

• Realizar a inspeção da pele do beneficiário após a admissão e diariamente, atentando para os dispositivos que podem representar risco para lesões por fricção.

• Manter pele limpa, seca e hidratada.

• Não massagear a pele de beneficiários em risco de lesão por fricção.

• Manter unhas do beneficiário aparadas e lixadas e orientar também aos familiares para o mesmo executarem o mesmo procedimento, unhas grandes podem causar lesões por fricção.

• Evitar usar fitas e curativos adesivos sobre a pele. Optar para o uso de ataduras em crepon.

• Atentar para o risco aumentado de ruptura de pele por fricção e cisalhamento durante a mobilização e transferência do beneficiário. Recomenda-se o uso de lençol móvel e o auxílio de mais profissionais nestes procedimentos.

• Remover a fita lentamente, no sentido de crescimento dos pelos, segurando a pele no ponto de remoção.

<u>Cuidados especiais</u>

• Realizar orientações para alta, considerando as particularidades de cada beneficiário.

*Orientações para aplicação e remoção de fitas adesivas*

• Realizar tonsura dos pelos, antes da aplicação da fita adesiva, caso seja necessário.

• Escolher fita adesiva adequada. A fita hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex deverá ser usada apenas em beneficiários que após avaliação da pele evidenciou-se extrema fragilidade, edema importante, equimoses e alteração de coloração. Evoluir no PEP a justificativa para o uso.

• Escolher o tamanho adequado da fita.

• Aplicar a fita sobre a pele limpa, seca e livre de resíduos gordurosos em decorrência da umectação da pele.

• Aplicar a fita sem esticá-la, evitando o efeito "memória".

• Evitar sobreposição da fita.

• Evitar trocar a fita desnecessariamente.

• Fazer uma pequena dobra em uma das extremidades da fita adesiva ("orelha") para facilitar sua remoção. Ou aplicar um pequeno pedaço de fita em uma das extremidades da fita fixada, para facilitar seu deslocamento inicial ou formação da "orelha".

• Não molhar ou utilizar outros produtos para remoção dos adesivos.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CPTLE: Comissão de Tratamento, Prevenção de Lesões e Estomas
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico
• TE: Técnico de Enfermagem





**Indicadores**

Não se aplica.

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a avaliação do risco do beneficiário para desenvolvimento lesão por dispositivos médicos | Beneficiário apresentou lesão de pele por dispositivos médicos | Avaliar sistematicamente na admissão o beneficiário quanto ao risco de lesões por dispositivos médicos e aplicar as ações de prevenção | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação do risco de lesões por dispositivos médicos e realização da prescrição das ações de prevenção |
| Assistencial | Ausência de medidas de prevenção contra lesões de pele ocasionadas por sonda enteral | Lesão em aleta de narina | Aplicar fixação correta do dispositivo | Sensibilizar a equipe quanto à importância da prevenção de lesões de pele. Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância das ações de prevenção |
| Assistencial | Não implementar os cuidados de prevenção de lesão por fricção | Plano de cuidado aplicado inadequado e beneficiário em risco | Conscientizar a equipe quanto à importância da aplicação das ações de prevenção | Realizar monitoramento das ações de prevenção prescritas |

**Referências**

• AMARAL, A. F. S.; PULIDO, K. C. S.; SANTOS, V. L. C. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. Rev. Esc. Enferm. 2012, vol.46, n.spe, pp. 44-50.

• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo Para Prevenção De Úlcera Por Pressão. Setembro de 2013.

• DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual de prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2ªedição, Rio de Janeiro: Rúbio, 2014.

• DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro; Editora Rúbio, 2012.

• 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.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

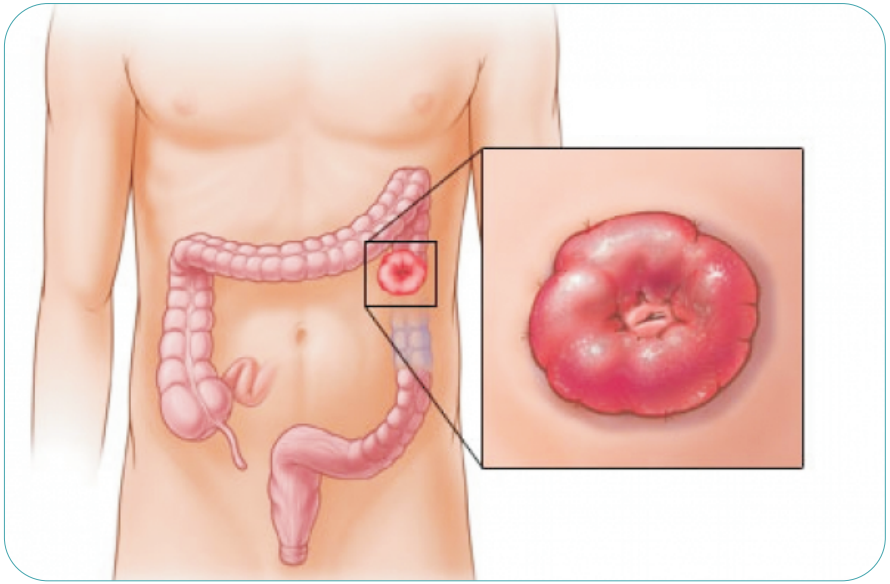
• REZENDE, D. M.; BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo programa saúde da família. Acta Paul. Enferm. 2006;19(2).

**Anexos**

NA



# PRS CPTLE - CUIDADOS COM ESTOMIAS



# PRS CPTLE - CUIDADOS COM ESTOMIAS

**Introdução**

A necessidade de realizar uma cirurgia para construir um estoma seja ele para saída de fezes ou de urina, temporário ou definitivo é definido por vários motivos tais como: o câncer, traumas provocados por acidentes ou armas, doenças inflamatórias intestinais, anomalias congênitas, etc.

O impacto da presença da estomia determina uma alteração da imagem corporal que possibilita o aparecimento de diversas reações à realidade do estomizado.

Considerando a necessidade de garantir ao beneficiário estomizado uma atenção integral à saúde, é importante o papel do enfermeiro como elo para auxiliá-lo na adaptação à condição de portador de estoma e de bolsa coletora.

Também compete ao enfermeiro realizar orientações padronizadas à sua equipe técnica, bem como ao beneficiário, no que diz respeito aos cuidados com o estoma e manutenção da integridade da pele.

Fonte: http://www.abraso.org.br/ostomias.html. Acesso 27/02/2014



# PRS CPTLE - CUIDADOS COM ESTOMIAS

**Objetivos**

Padronizar ações de enfermagem no cuidado do beneficiário estomizado com foco na prevenção de lesões e manutenção da integridade da pele, durante o período de hospitalização e/ou observação do beneficiário.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

PORTARIA nº 400, de 16 de Novembro de 2009, Ministério da Saúde. Estabelece Diretrizes Nacionais para a atenção à saúde das pessoas estomizadas.

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro Supervisor avaliar diariamente o beneficiário portador de estoma, realizar a prescrição de enfermagem para a promoção da prevenção e monitorar a aplicação dos cuidados/dispositivos para todos os beneficiário ostomizados, internados ou mantidos em observação. Solicitar o pedido de interconsulta para o Setor de Estomaterapia.
• Compete ao AE/TE ou Enfermeiro Assistencial executar os cuidados de enfermagem prescritos para o cuidado do beneficiário estomizado.

**Definições**

Estoma e estomia são palavras de origem grega que significam boca ou abertura, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas, desviando o trânsito normal.

O estoma é uma mucosa intestinal com aspecto vermelho vivo brilhante e úmido. A pele ao seu redor deve estar íntegra sem sinais de dermatite de contato. Um estoma, por suas características tem a eliminação involuntária, logo, se faz necessário o uso de bolsas coletoras do efluente. A nomeação da estomia varia de acordo com o segmento corporal afetado:

Traqueostomia

É uma abertura ou estomia da traqueia, função ventilatória. Está indicada em situações onde existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada. Ou seja, a indicação ocorre em situações em que a dificuldade respiratória não possa ser revertida em curto espaço de tempo.

Fonte: http://www.abraso.org.br/ostomias.html. Acesso 27/02/2014

Gastrostomia

Abertura ou estomia gástrica, função de nutrição. A gastrostomia pode ser necessária se o paciente não for capaz de ingerir via oral quantidade suficiente de alimentos para conferir uma boa nutrição. Desta forma, alimentos e líquidos são dados por meio de um dispositivo colocado na abertura no estômago. Um disco de plástico ou balão prende o dispositivo (tubo) no interior do estômago.

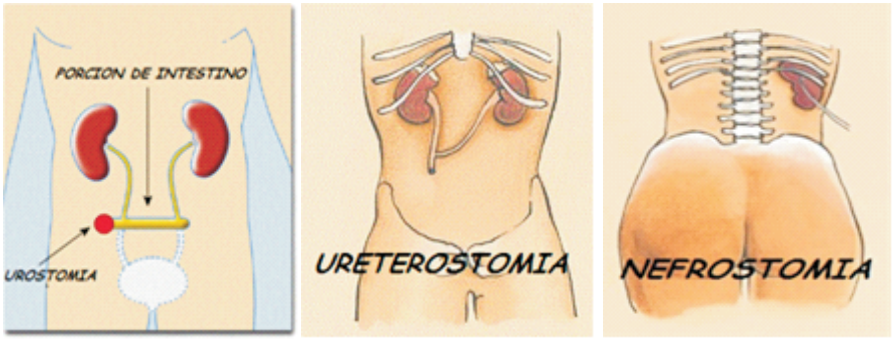
Fonte: http://dicionariosaude.com/gastrostomia/ Acesso 26/02/2014





Estomias urinárias

Urostomia é o desvio do curso normal da urina. As urostomias podem ser ureteroenterocutâneas (uma parte do intestino é utilizada para criar um novo reservatório de urina) ou cutâneas (a urina é drenada através de um orifício criado na parede abdominal e pele). As urostomias cutâneas são as mais comuns e incluem a ureterostomia cutânea (estoma criado a partir dos ureteres), a vesicostomia (o estoma é feito a partir da bexiga) e a nefrostomia (a drenagem de urina começa a partir do rim).



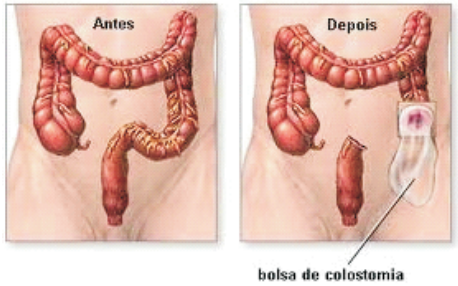

Fonte:http://www.urostomias.es/nefrostomia.html.Acesso em 27/02/2014

Estomias intestinais

Exteriorização do íleo ou do cólon para o meio externo através da parede abdominal por tempo Indeterminado, podendo ser temporário (transitório) ou definitivo (permanente). As estomias intestinais são conhecidas como jejunostomias, ileostomias e colostomias.

Colostomia

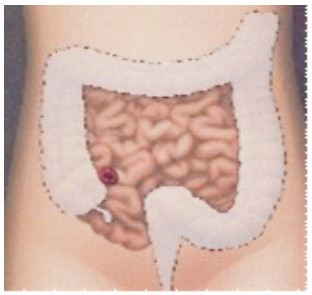
É uma abertura ou estomia do segmento cólico. A cirurgia de colostomia faz a comunicação do cólon com o exterior. Podem ser permanentes ou temporárias.




Fonte: http://gerovida.blog.br/2011/01/12/cuidados-com-ileostomia-colostomia-e-urostomia/Acesso em 27/02/2014

Ileostomia

É uma abertura ou estomia do segmento ileal. A ileostomia faz a comunicação do intestino delgado, com o exterior. As ileostomias podem ser também permanentes ou temporárias, obedecendo ao mesmo critério que as colostomias. As ileostomias localizam-se frequentemente no lado inferior direito do abdômen.



Fonte: http://www.abraso.org.br/ostomias.html. Acesso 27/02/2014

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

- Bolsa de colostomia
- Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP).





Principais passos

- Higienizar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
- Reunir todo o material necessário na bandeja ou cuba rim.
- Identificar-se ao beneficiário, explicar o procedimento e seu propósito.
- Colocar máscara cirúrgica e óculos de proteção.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar limpeza da pele ao redor do estoma com água e sabão neutro.
- Enxaguar com água e secar a pele delicadamente, com uma gaze.
- Observar a aparência do estoma, tipo de efluente e pele periestoma.
- Fazer a mensuração da mucosa observando o formato, permitindo uma adaptação justa da bolsa ao estoma.
- Secar a pele periestoma novamente e aplicar a bolsa coletora, previamente cortada, de acordo com o diâmetro do estoma.
- Posicionar a bolsa de forma diagonal ao corpo do beneficiário, para facilitar o esvaziamento e higienização da mesma.
- Clampar a parte inferior da bolsa para evitar vazamentos.
- Proteger a parte do clamp da bolsa coletora com uma compressa, para evitar contato direto sobre a pele do beneficiário.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
- Registrar no PEP do paciente o procedimento realizado.

Cuidados especiais

- Desprezar em cuba rim o conteúdo da bolsa coletora sempre que houver preenchimento de cerca de um terço da sua capacidade. Caso haja conteúdo

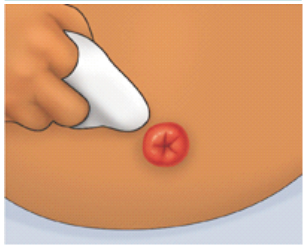
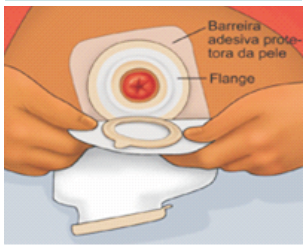
de gazes que preencham a capacidade média da bolsa coletora, também proceder ao mesmo procedimento para o esvaziamento.

• Realizar a limpeza da bolsa com água após esvaziá-la. Secar a parte inferior externa da bolsa para evitar umidade sobre a pele do beneficiário.

• Realizar a troca da bolsa a cada 3 dias ou quando sua integridade estiver comprometida.

• Avaliar diariamente a integridade da bolsa para detectar possíveis vazamentos que possam contribuir para irritação da pele.

• Despregar a bolsa de cima para baixo, empurrando a pele para o lado do crescimento dos pelos (acompanhe o quadro explicativo abaixo).

| | | |
|---|---|---|
| **1)** Quando houver necessidade de realizar a troca da bolsa coletora e placa: tracione a sua pele cuidadosamente na direção oposta à da placa protetora aderida na pele. Retire a placa com a outra mão, devagar. | **2)** Realizar limpeza da pele ao redor do estoma com água e sabão neutro. Enxaguar com água e secar a pele delicada-mente, com uma compressa. Aplicar o protetor cutâneo spray na pele ao redor do estoma. | **3)** Coloque a placa adesiva protetora da pele pré cortada sobre o estoma. A placa deve proteger toda a pele em torno do estoma. Pressione a placa contra a pele e segure firme por 45 segundos. |
| |  |  |

Fonte da imagem: http://www.paramisalud.com/Portuguese/Discharge/3,40832.Acesso em 27/02/2014





• Observar sinais de infiltração: coceira na região ao redor do estoma, dor, dermatite. Se presentes retirar imediatamente a bolsa, pois a pele pode estar sendo lesionada (veja foto ao lado). Tratar o periestoma e realizar a troca corretamente do dispositivo.

• Realizar a tonsura do abdome quando a pele periestoma tiver pelos, corta-los com uma tesoura. rente a pele.

• Identificar qualquer anormalidade com o estoma (mudança de cor e tamanho), ou pele com irritação e comunicar imediatamente ao Enfermeiro supervisor, ao médico responsável. Solicitar interconsulta com Estomaterapia e realizar o registro no PEP.

• Realizar orientações para alta, considerando as particularidades de cada beneficiário.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem

• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro

• PEP: Prontuário Eletrônico

• POP: Procedimento Operacional Padrão

• TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica.

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não avaliar as condições da pele periestoma na admissão do beneficiário | Pele peri estoma lesada | Aplicar imediatamente as medidas para proteção e tratamento da pele | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação da pele peri estomia na admissão do beneficiário |
| Assistencial | Não esvaziar a bolsa coletora da estomia após o preenchimento de mais da metade da sua capacidade | Extravasamento do conteúdo da bolsa coletora periestomia, por má aderência da placa da bolsa | Realizar imediata troca da bolsa coletora, atentando para os cuidados com a pele per estomia | Sensibilizar a equipe quanto à importância do manuseio correto do dispositivo e quanto a medidas de cuidados com a pele |

**Referências**


• Associação Brasileira dos Ostomizados. 6ª edição da Cartilha da Mulher Ostomizada. Damaris Nunes Morais. Congresso Brasileira de Estomaterapia, Outubro de 2013.

• Associação Brasileira dos Ostomizados. Cuidados da Pele. http://www.abraso.org.br/ Acesso em 26 de Fevereiro de 2014.

• ALVES, R. M. W, et al. Traqueostomia. Fundamentos em clínica cirúrgica - 3ª parte. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 63-9.




PRS CPTLE - CUIDADOS COM ESTOMIAS


• BARBUTTI, R. C. S.; CARVALHO, M. P. S.; ABREU, M. A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev. SBPH v.11 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008.

• RODRIGUES, A. C.; SILVA, F. S.; TASSO, M. D. P. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. Stomas changing lives: facing the illness to survive. Rev Min Enferm. 2013 a DOI: 10.5935/1415-2762.20130021 br/jun; 17(2): 258-267.

• SANTOS, V.L.C.G. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.


**Anexos**

• NA

# PRS CPTLE - CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE FERIDAS

**Introdução**

As feridas, independentemente do tipo do tecido lesado, apresentam aspectos semelhantes no que diz respeito ao processo de reparação. Entretanto, as muitas formas ou graus de violência tissulares, as variações das estruturas afetadas e os diferentes tempos de cicatrização que envolvem as particularidades de cada lesão e de seu portador, tornam cada ferida uma situação especial a ser considerada durante seu processo de tratamento. (JORGE e DANTAS, 2005)

É importante conhecer a potencialidade danosa do agente causador da ferida e o processo de cicatrização do tecido comprometido em todas suas fases, definindo os fatores que podem impedir ou favorecer o tratamento, evitando assim consequências danosas ao paciente. A identificação correta do agente causador da ferida é o primeiro passo para definir o plano de tratamento que será adotado.

A descrição das características da ferida está diretamente relacionada ao agente causador da mesma, o que possibilita melhor avaliação quanto à profundidade dos planos anatômicos atingidos, da possibilidade da existência de patologias associadas e do grau de contaminação da lesão. A forma de apresentação da ferida considerando-se sua extensão e profundidade, as características de coloração do tecido e a existência ou não de exsudato ou odor, devem ser analisadas tanto para o diagnóstico quanto para a opção do tratamento a ser empregado. (JORGE e DANTAS, 2005)

Este PRS destina-se ao detalhamento da classificação e descrição das características importantes dos vários tipos existentes de feridas, buscando embasamento teórico-cientifico para favorecer o exercício do tratamento das lesões. Torna-se, portanto, relevante a aplicação deste PRS, por definir as ações necessárias à identificação, classificação e avaliação das feridas, bem como para as atividades educativas, favorecendo ações de prevenção e tratamento adequado.

**Objetivos**

Apresentar a classificação e descrição das características importantes dos vários tipos existentes de feridas para direcionar e embasar a assistência à saúde dos beneficiários do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG no tratamento de feridas.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear a classificação e a descrição das características da ferida dos beneficiários no HGIP e CEM.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências.



PRS CPTLE - CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE FERIDAS

**Responsabilidade/ competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição. Monitorar a existência de beneficiário com ferida e classificá-la. Orientar/ monitorar/realizar as ações de tratamento de feridas da equipe de enfermagem da sua unidade. Orientar o beneficiário e/ ou responsável legal quanto a existência da CPTLE e dos Protocolos de Prevenção e Tratamento de Feridas, salientando o uso de cobertura, manutenção e troca dos curativos.

• Compete ao Enfermeiro avaliar/reavaliar/executar rotineiramente ações destinadas a prevenção, avaliação, classificação e tratamento de feridas, conforme orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE.

• Compete ao AE/TE monitorar a existência de beneficiários com lesões cutâneas e comunicar ao enfermeiro.

**Definições**

Feridas: ruptura na pele, na membrana ou mucosa ou e qualquer outra estrutura do corpo causada por um agente físico, químico ou biológico (Borges et al, 2001).

Classificação das Feridas

*Classificação quanto ao rompimento de estruturas*

Ferida aberta: caracteriza-se pelo rompimento da pele ou membrana mucosa, com ou sem exposição de estruturas mais internas.

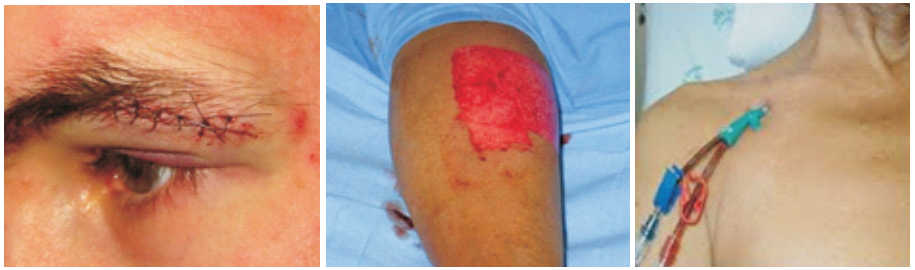
Fonte: http://www.molnlycke.pt/indicacoes/feridas-superficiais/#confirm. Acesso em 16/11/2015

Ferida fechada: caracteriza-se pela presença da lesão que não resulta em solução de continuidade da área atingida, pele ou mucosa. Podem ser causadas por ação mecânica direta por compressão, tração, desaceleração ou percussão. Ex: contusões, hematomas, equimoses (JORGE e DANTAS, 2005).

Fonte: rugbydecalcinha.com.br.Acesso em 16/11/2015

*Classificação quanto ao tipo*

Cirúrgicas: são provocadas intencionalmente e se dividem em Incisa (onde não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura), por excisão (onde há remoção de uma área de pele, ex: área doadora de enxerto) ou por procedimentos terapêuticos-diagnósticos (cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biópsia, etc.).



Fonte: espacoproduzir.org.br; slideplayer.com.br; www.youtube.com. Acesso em 18/11/2015

Traumáticas: são aquelas provocadas acidentalmente por agente mecânico (contenção, perfuração, corte), químicas (por iodo, cosméticos, ácido sulfúrico, etc) ou físico (frio, calor, radiação).

Fonte: infomedica.wikia.com. Acesso em 18/11/2015





Ulcerativas: são lesões escavadas, circunscritas na pele, formadas pela morte e expulsão do tecido, resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo. Inclui úlceras por pressão, assim como de estase venosa, arteriais e úlceras diabéticas.

Fonte: enfermeiropsf.blogspot.com e enfermagem-a-arte-de-cuidar.blogspot.com. Acesso em 18/11/2015

*Classificação quanto a extensão*

Pequena: menor que 50 cm2
Média: maior que 50 cm2 e menor que 150 cm2
Grande: maior que 150 cm2 e menor que 250 cm2
Extensa: maior que 250 cm2
(BRASIL, 2000)

*Classificação quanto à profundidade*

Superficial: quando atinge apenas a epiderme, podendo chegar à derme sem, no entanto atravessála. (BRASIL, 2000)

Profunda Superficial: quando atinge o tecido subcutâneo. (BRASIL, 2000)

Fonte: www.chaosage.com.br. Acesso em 16/11/2015.

Profunda Total: quando atinge o músculo e estruturas adjacentes.

Observação: Havendo tecido necrótico, utilizar-se-á essa classificação após desbridamento. (BRASIL, 2000)

Fonte: curamed.com.br. Acesso em 16/11/2015

*Classificação quanto ao tempo de duração*

Feridas agudas: são as feridas recentes. Geralmente, são causadas por fatores externos ao organismo humano, como as lesões acidentais, que ocorrem por traumas físicos, químicos ou biológicos e, ainda, aquelas que são produzidas por incisão cirúrgica. Os pontos epiteliais de uma ferida cirúrgica podem ser retirados com 7 a 10 dias após o procedimento, pois nesse período espera-se ter ocorrido o reparo da lesão, que aguarda apenas a fase de maturação.

Feridas crônicas: tem um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. Quando a ferida não apresentar a fase de cicatrização na época esperada, havendo um retardo, a ferida é encarada como crônica. As feridas crônicas geralmente são produzidas por fatores internos, como doenças vasculares e metabólicas, infecções e neoplasias.





Os tipos mais comuns de feridas crônicas são as Úlceras por Pressão, Úlceras Vasculares (etiologia de origem venosa, arterial ou mista) e as Úlceras Neuropáticas, causadas por neuropatia periférica em decorrência de algumas patologias de base, tais como, a hanseníase, diabetes mellitus, alcoolismo e outras.

*Classificação quanto ao conteúdo microbiano*

Limpa: condições assépticas sem microrganismo. São as produzidas em ambiente cirúrgico, sendo que não foram abertos sistemas como o digestório, respiratório e gênito-urinário. A probabilidade da infecção da ferida é baixa, em torno de 1 a 5%.

Limpas - contaminadas: lesão inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa. Também são conhecidas como potencialmente contaminadas; nelas há contaminação grosseira, por exemplo nas ocasionadas por faca de cozinha, ou nas situações cirúrgicas em que houve abertura dos sistemas contaminados como o digestório, respiratório e gênito-urinário. O risco de infecção é de 3 a 11%.

Contaminadas: há reação inflamatória; são as que tiveram contato com material como terra, fezes, etc. Também são consideradas contaminadas aquelas em que já se passou seis horas após o ato que resultou na ferida. O risco de infecção da ferida já atinge 10 a 17%.

Infectadas: presença de agente infeccioso com evidência de intensa reação inflamatória na lesão, apresentando sinais nítidos de infecção.

*Classificação quanto ao tempo de duração*

Feridas de cicatrização de primeira intenção: perda de tecidos mínima, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

Fonte: http://www.saudedicas.com.br/remedios-caseiros/remedios-caseiros-para-acelerar-a-cicatrizacao-059635. Acesso 13/11/2015

Feridas de cicatrização por segunda intenção: houve perda de tecidos de forma que as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção, uma vez que é necessário a formação de tecido de granulação para o preenchimento do espaço morto até que ocorra a epitelização da ferida.

Fonte: http://www.coloplast.com.br/feridas/tratamento-de-feridas/educacao/#section=Feridas-agudas_141816. Acesso em 13/11/2015

Feridas de cicatrização por terceira intenção: é corrigida cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais e estéticos. Isto ocorre principalmente quando há presença de infecção na ferida, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente.

Feridas Agudas

Feridas Cirúrgicas

Apresenta menor potencial de complicações, pois a pele é preparada com anti-séptico e a ferida é provocada sob condições estéreis, sendo as áreas em





torno cobertas por campos estéreis para evitar contaminações. Todavia, quando ocorrem as infecções de sítio cirúrgico (ISC), ou seja, infecções que acometem tecidos incisados e/ou manipulados durante o ato cirúrgico, pode-se acarretar em maior tempo de internação, morbidade, mortalidade, taxas de reoperação e aumento gastos financeiros. Portanto, torna-se essencial sistematizar e gerenciar a avaliação e a realização dos curativos dessas feridas.

Marek e Boehnlein (2007) afirmam que uma ferida operatória pode ficar infectada como resultado de fatores intrínsecos ao paciente e que retardam a cicatrização ou por lapso na técnica asséptica efetuada por profissionais de saúde.

“Fatores intrínsecos para ISC referem-se essencialmente ao hospedeiro e às suas condições físicas e psicológicas bem como à existência de patologia associada.” AESOP (2006, p.52). Fatores exógenos para ISC podem-se considerar a pré-existência de lesões cutâneas e suas características e de fatores relacionados com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica (AESOP, 2006).

Segundo ANVISA (2013), os fatores relacionados aos pacientes como idade, estado nutricional, diabetes, tabagismo, obesidade, infecções pré existentes, colonização com microrganismos, alterações na resposta imune e tempo de hospitalização, influenciam no risco de ISC às vezes mais que os fatores relacionados aos procedimentos técnicos.

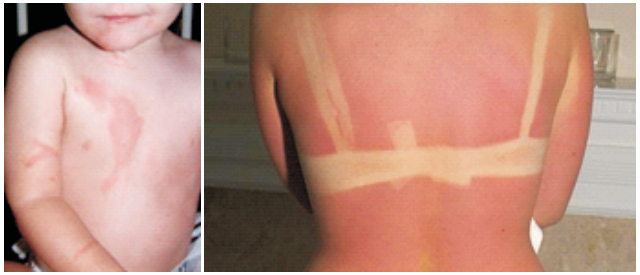
**Queimaduras**

Queimadura é a lesão na pele provocada geralmente pelo calor, mas também pode ser provocada pelo frio, pela eletricidade, por certos produtos químicos, por radiações e até fricções.

A pele pode ser destruída parcialmente ou totalmente, atingindo pelos até músculos e ossos.

A gravidade depende mais da extensão do que da profundidade. Saber diferenciar a queimadura é muito importante para que os primeiros cuidados sejam feitos corretamente. (MALAGUTTI et al, 2014)

A queimadura de 1º grau: atinge a camada mais superficial da pele, a epiderme, e se traduz como uma lesão vermelha, quente e dolorosa. São queimaduras leves, nas quais ocorrem uma vermelhidão no local, seguida de inchaço e dor variável. Não há formação de bolhas e a pele não se desprende. Na evolução não surgem cicatrizes, mas a pele pode ficar um pouco escura no início, o que desaparece com o tempo. A queimadura solar é um exemplo.



Fonte: http://www.mdsaude.com/2008/08/queimaduras-fotos.html. Acesso em 13/11/2015





A queimadura de 2º grau: há destruição maior da epiderme e derme, com dor mais intensa. Normalmente aparecem bolhas no local ou desprendimento total ou parcial da pele afetada. A recuperação dos tecidos é mais lenta e podem deixar cicatrizes e manchas claras ou escuras. Pode gerar repercussões sistêmicas e causar cicatrizes.

Fonte: http://www.mdsaude.com/2008/08/queimaduras-fotos.html e http://www.alunosonline.com.br/biologia/queimadura.html. Acesso em 13/11/2015

A queimadura de 3º grau: Ocorre destruição total de todas as camadas da pele e o local pode ficar esbranquiçado ou carbonizado (escuro). Acomete todas as camadas da pele, podendo chegar até aos ossos e gerar sérias deformidades. A dor é geralmente pequena pois a queimadura é tão profunda que danifica as terminações nervosas da pele. Queimaduras de 3º grau podem ser muito graves e até fatais. Na evolução, sempre deixam cicatrizes e podem requerer tratamento cirúrgico e fisioterápico para retirada de lesões e aderências que afetem a movimentação. Tardiamente, algumas cicatrizes podem ser foco de carcinomas de pele, e por isso seu acompanhamento é fundamental.

Fonte: https://www.google.com.br/search?q=ferida+rasa&biw=1280&bih=933&source Acesso em 13/11/2015

Feridas Crônicas

*Lesões 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 (NPUAP, 2016). A classificação das categorias da LPP está descrita no PRS CPTLE - 001 Prevenção de LPP, disponível para consulta na rede informatizada da instituição em Protocolos da CPTLE (Intranet).

*Feridas de Membros Inferiores*

Úlceras venosas

As ulceras venosas são classicamente encontradas na região compreendida entre o tornozelo e a metade da panturrilha e na porção medial da perna, acima do maléolo medial. As úlceras venosas podem ser únicas ou múltiplas, com diversas variações de tamanho, tendendo a serem irregulares e rasas, raramente atingindo músculos, fáscia e ossos.

Dentre as úlceras encontradas nos membros inferiores, a úlcera de etiologia venosa é a que possui maior prevalência. Corresponde aproximadamente de 80% a 90% das úlceras encontradas nessa localização, sendo que a insuficiência venosa crônica (IVC) é a principal responsável pelo seu surgimento (Guimarães et al, 2011).





Pacientes com insuficiência venosa, durante a deambulação, têm uma menor queda da pressão no sistema venoso profundo, ocasionando um aumento da pressão no local e consequentemente uma transmissão desse aumento de pressão para o sistema venoso dos membros inferiores. Sendo assim, a hipertensão venosa é decorrente de uma insuficiência venosa, sendo possíveis causas dessa insuficiência uma disfunção valvar no sistema venoso dos membros inferiores, que pode ser congênita ou adquirida, disfunção muscular ou falha na "bomba" da musculatura da panturrilha devido a neuropatias, doenças inflamatórias e fibroses.

Fonte: http://angiocirugiavascular.mex.tl/. Acesso 13/11/2015

Em pacientes com úlceras venosas é frequente a existência de edema de membros inferiores, apresentando piora no final do dia e melhora com a elevação do membro. Outro achado presente é a hiperpigmentação nos membros inferiores, já que há o extravasamento de eritrócitos para a pele, resultando num depósito de hemosiderina nos macrófagos, estimulando a produção de melanina e pigmentação marrom na pele.

Outra alteração presente nesses pacientes e que normalmente precede a úlcera venosa é a lipodermatoesclerose. Trata-se de uma fibrose crônica da derme e do subcutâneo, ocasionando uma pele firme e endurecida. Em

estágios mais tardios, a perna apresenta edema na porção proximal e constrição na distal, devido fibrose e perda da gordura do subcutâneo, deixando a perna com o formato de uma garrafa de champanhe invertida. (ALDUNATE et al, 2010)

Fonte: http://angiocirugiavascular.mex.tl/. Acesso 13/11/2015

O sucesso do tratamento de uma lesão ulcerada está no correto diagnóstico de sua causa. Diversas etiologias estão envolvidas na formação de uma úlcera venosa, sendo que 90% das úlceras de membros inferiores são decorrentes de insuficiência venosa crônica, insuficiência arterial e neuropatia diabética. A maiorias das úlceras venosas podem ser diagnosticadas clinicamente; já que o paciente apresenta história prévia de problemas venosos tais como veias varicosas, tromboses, coagulopatia, história familiar, dor ou edema. (ALDUNATE et al, 2010)

O diagnóstico de úlcera venosa é baseado em critérios clínicos e podem ser auxiliados por exames laboratoriais ou complementares como mapeamento duplex. Os pulsos dos membros inferiores devem ser palpados, pois a diminuição do pulso ou sua ausência sugere à existência de uma doença arterial ou associação a doença venosa, caracterizando-se uma úlcera (venosa e arterial) de etiologia mista. (MALAGUTTI et al, 2014)





Úlcera Arterial

As úlceras arteriais são secundárias à insuficiência arterial, apresentam necrose resultante da isquemia de um membro e são frequentemente causadas pela aterosclerose. Estas feridas tendem a ser profundas com bordas irregulares e cor pálida, desencadeiam-se a medida em que a isquemia se agrava, podendo ser irreversíveis. A pressão do sangue sofre dissipação ao longo dos vasos sanguíneos dos membros inferiores, ocasionando necrose tecidual distal por obstrução. (IRION, 2005)

A medida do índice tornozelo-braquial (ITB) pode ser realizada para avaliação da existência de insuficiência arterial. O resultado do ITB é representado pela razão entre a pressão sistólica do tornozelo e a pressão sistólica da artéria braquial.

Fonte: www.scielo.br e www.mayoclinic.org. Acesso em 17/11/2015

A pressão sistólica do tornozelo pode ser mensurada através da artéria pediosa ou da artéria tibial. Resultados ITB variam entre 1.0 a 1.1. Valores ITB abaixo de 0,8 são indicativos da existência de doença arterial. Quanto maior a insuficiência arterial (menor valor do ITB), menor é o fluxo sanguíneo, ocasionando retardo do processo cicatricial devido a diminuição do aporte de

nutrientes e oxigênio ao leito da ferida. Valores ITB abaixo de 0,45 são indicativos de insuficiência arterial, sendo muito pouco provável que ocorra a cicatrização da ferida.

O aspecto visível da doença arterial avançada está representada pela presença de gangrena seca dos artelhos O desbridamento de gangrena seca não recomendado, pois a exposição desse tecido pode abrigar rapidamente organismos patogênicos e permitir disseminação de uma infeção. Além disso a gangrena protege o tecido adjacente. Uma isquemia grave pode exigir procedimento cirúrgico de amputação do membro afetado (IRION, 2005).

Imagens: http://angiocirugiavascular.mex.tl Acesso 13/11/2015

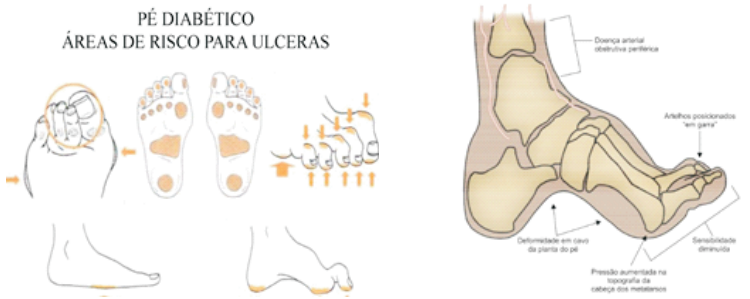
Pé diabético

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou de sua incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios metabólicos de carboidratos, lípedes e proteínas. Os diabéticos podem desenvolver alterações que acometem os membros inferiores, especialmente os pés. A úlcera do pé diabético é mais conhecida através da expressão “pé diabético” e se refere também ao





conjunto de complicações nos pés e suas consequências. O pé diabético é uma complicação crônica do DM, caracterizado por neuropatia sensorial e motora, pela doença vascular periférica e imunocomprometimento.




Fonte: www.institutoendovascular.com.br. Acesso em 16/11/2015

Pode-se classificar a úlcera diabética de três formas (SILVA, 2014; JORGE e DANTAS, 2005):

Úlcera Neuropática: relacionada à neuropatia (úlcera plantar ou mal perfurante) e à úlcera por pressão (dorso do pé).

Úlcera Isquêmica: relacionada à deficiência vascular periférica e engloba lesões secundárias a pequenos traumas que podem evoluir para ulcerações e infecções.

Úlcera Mista: relacionada à neuropatia e a complicação isquêmica.

Fonte: www.3bscientific.com.br Acesso 16/11/2015

Feridas Oncológicas

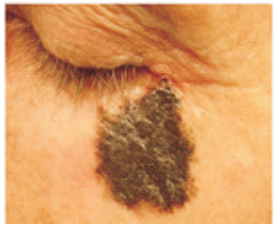
A ferida tumoral é caracterizada pela quebra na integridade da pele em decorrência de infiltração de células malignas e variam conforme o tipo de célula cancerígena e local de desenvolvimento. Podem ser secas, com crosta necrótica no centro e ulceração em margens da lesão, outras apresentam aparência fungóide devido ao aspecto de cogumelo ou couve-flor e ainda possuir tecido necrótico e sangramento fácil. Tais feridas não cicatrizam sem tratamento anti-neoplásico como quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou uma combinação destes. (SILVA et al, 2007)

Segundo Grocott (2002) e Naylon (2002) as feridas oncológicas podem aparecer de três formas:

Tumor primário maligno da pele - carcinoma basocelular, melanoma ou carcinoma espinocelular.

Invasão das estruturas da pele - tumor localizado em órgãos vizinhos, como vísceras, linfonodos e ossos, ou até mesmo hematológicos, invadindo posteriormente as estruturas da pele.

Metástases - proveniente de células metastáticas à distância através dos planos teciduais, capilares ou vasos linfáticos e sanguíneos.



Fonte: Carcinoma Basocelular; Melanoma; Carcinoma Espinocelular





As feridas malignas ou neoplásicas, segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (citado por INCA, 2009) podem ser classificadas como fechadas ou abertas e apresentam-se nos seguintes estádios:

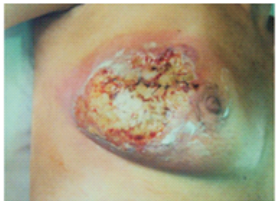
Estádio 1: pele íntegra. Coloração avermelhada. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.

Estádio 1N: ferida fechada ou aberta superficialmente com orifícios que drenam exsudado límpido, amarelado ou purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida, com ou sem dor ou prurido. Não apresenta odor.

Estádio 2: ferida aberta envolve a epiderme e a derme. Pode aparecer ulcerações superficiais, as quais podem apresentar-se friáveis e sensíveis à manipulação, com ausência de exsudado (lesões secas) ou pouco exsudativas (lesões úmidas).

Estádio 3: ferida envolve epiderme, derme e tecido celular subcutâneo. São geralmente friáveis, com odor fétido e exsudativas. Podem apresentar lesões internas em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada. O leito da ferida é maioritariamente de coloração amarelada.

Estádio 4: ferida invade estruturas anatómicas profundas. Apresenta profundidade expressiva, exsudado abundante, odor fétido e dor. Tecido circundante é de coloração avermelhada, violácea.



Fonte: www.minutoenfermagem.com.br. Acesso 16/11/2015

A execução de curativos em feridas oncológicas não tem a intenção de promover a cicatrização das mesmas, mas de auxiliar no controle da dor, do exsudato, da hemorragia e do odor, promovendo conforto e melhorando a qualidade de vida do paciente. Moreira (2013), em sua dissertação de mestrado pela ESSVS, descreve ações destinadas à esse tipo de ferida:

Controle da dor - avaliar antes da realização do curativo a necessidade da administração de analgesia prescrita. Lavar a ferida com irrigação suave de soro fisiológico e optar por coberturas não aderentes sobre o leito da ferida. A irrigação com soro fisiológico gelado ou compressas frias ameniza a dor.

Controle do odor - odor é causa de desconforto e sofrimento para o paciente. O cheiro forte é influenciado pela presença de bactérias anaeróbicas, particularmente Gram-negativas, compostas por produtos tais como cadaverina e putrescina. Alguns aeróbios como Staphylococcus aureus e Pseudomonas aeruginosa também podem apresentar um odor característico. Curativos com carvão ativado simples ou com prata podem ser usados para reduzir o odor, porém, deve-se atentar ao risco de adesão do mesmo ao leito da ferida que podem ocasionar sangramentos e também aumentar a dor. Portanto, existem orientações na literatura para aplicação de cobertura não aderente como cobertura primária e o uso do carvão como cobertura secundária. A aplicação tópica de antibióticos também é recomendada, pois reduzem o número de microrganismos anaeróbios (ex: metronidazol) levam à redução da infeção local e consequentemente melhoram o cheiro. Curativos oclusivos também auxiliam no controle do odor.



PRS CPTLE - CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE FERIDAS

Controle de exsudado - geralmente as feridas oncológicas apresentam grandes quantidades de exsudatos, o que também favorece o aumento do odor. Curativos com alta capacidade de absorção (Aquacel®) e espumas (Mepilex®) são indicados. Se o exsudato não for significativo pode-se usar coberturas antiaderentes como silicone (Mepitel®) ou malha de viscose. Curativos com prata também atuam reduzindo a carga bacteriana e consequentemente a quantidade de exsudato produzido. A concentração do exsudado pode comprometer a pele circundante e precisa ser protegia através o uso de produtos de barreira para evitar a maceração.

Controle da hemorragia - a ferida tumoral é ricamente vascularizada por vasos calibrosos e com extensa rede de capilares. O sangramento é uma complicação muito comum, podendo ocorrer durante a execução de curativos e até espontaneamente. Curativos hemostáticos podem ser realizados para controlar a hemorragia (Alginato). Deve-se ter cuidado quando da remoção do curativo, umedecendo-o antes com soro fisiológico. A limpeza da lesão deve ser feita por irrigação de forma suave e a escolha do cobertura deve considerar manter o meio úmido, evitar a aderência (Atrauman®, Adaptic®, Mepitel®, Urgotul®).
(ESSVS; Moreira,2013)

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário

• Régua em centímetros (em papel descartável)

Material estéril e para antissepsia

• Pacote de curativo (pinça hemostática reta, anatômica e de dissecção, tesoura delicada reta com ponta)
• Lâmina de bisturi e cabo correspondente
• Algodão embebido em álcool a 70%.
• Almotolia de Álcool a 70%.

Materiais (Farmácia Satélite)

• Agulha 40/12
• SF 0,9% 500 ml sistema aberto
• Compressas estéreis
• Gaze estéril
• Seringa de 1ml
• Sonda uretral nº10
• Luvas de procedimentos
• Luvas estéril, se necessário

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

• Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

• Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)





Principais Passos

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Colher os dados da anamnese do beneficiário e realizar o exame físico.
• Avaliar a ferida e realizar a classificação da mesma conforme tipo de ferida, tempo de duração, rompimento de estruturas, profundidade, extensão, exsudato, coloração, conteúdo microbiano e tipo de cicatrização.
• Solicitar autorização ao beneficiário ou familiar responsável para fotografar a ferida e colher a assinatura do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para proteger a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).
• Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.
• Fazer limpeza da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 008 (Limpeza das Feridas).
• Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme orientações do PRS CPTLE - 009 (Desbridamento de feridas).
• Fazer mensuração da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 010 (Mensuração das Feridas).

• Aplicar protetor cutâneo sobre a pele periferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 002 (Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD).
• Aplicar a cobertura indicada para a ferida, conforme PRS CPTLE - 012 (Materiais e coberturas para prevenção e tratamento de feridas).
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Deixar o beneficiário confortável.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Realizar o registro em PEP: anamnese e exame físico, classificação e local da ferida, limpeza, técnicas de desbridamento (se realizado); aspectos do leito da ferida, mensuração, cobertura utilizada; registro da autorização fotográfica da Lesão (se realizado), tolerância do beneficiário ao procedimento e período programado de troca do curativo.

Cuidados Especiais

Solicitar avaliação do serviço de Dermatologia, Cirurgia e/ou Angiologia do hospital, considerando as características da ferida, sempre que houver necessidade (ex: LPP com necrose coagulativa, úlcera arterial, feridas dermatológicas).

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CEM: Centro de Especialidade Médicas
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel.
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• ISC: Infecção de Sítio Cirúrgico





• IVC: Insuficiência vascular Crônica
• NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel
• PRS: Procedimento Sistêmico
• TE: Técnico de Enfermagem
• LPP: Lesão Por Pressão

**Indicadores**

Não se aplica

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a classificação da ferida | Tratamento inadequado para o tipo de ferida. | Avaliar e classificar a ferida na admissão do beneficiário. | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação e classificação da ferida para assegurar tratamento adequado. |
| Assistencial | Gasto inadequado de cobertura no tratamento de feridas classificadas erroneamente. | Aumento de custos e aumento do tempo de internação do beneficiário | Definir corretamente qual cobertura indicada para cada tipo de ferida classificada. | Sensibilizar a equipe quanto à importância do uso correto das coberturas para cada tipo de ferida a partir da classificação. |
| Assistencial | Uso inadequado de coberturas | Piora da ferida | Classificar a ferida, definir o tipo de cobertura adequado e monitorar a evolução adequada da lesão. | Sensibilizar a equipe quanto à importância da classificação adequada e definição do tipo de cobertura indicado para cada lesão. |

**Referências**


• ALDUNATE, J. L. C, et al. Úlceras venosas em membros inferiores. Rev Med. São Paulo. 2010 jul.-dez.;89(3/4):158-63.

• Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados. 1ª Edição, 2006.

• BARBOSA, G. J. A; CAMPOS, N. L. M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa diretrizes para o tratamento de úlcera venosa. Revista eletrônica, Enfermeira Global Nº 20 Outubro 2010.

• Borges, E.L, et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2001.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. COREN-MG - 65/00. Belo Horizonte, 22 de maio de 2000.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2009). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado: Série cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde /Brasil.

• DESIDÉRIO, V. L; LOPES, R. G. A.; DADALTI, P. Estudo evolutivo de úlceras venosas e mal perfurante plantar após tratamento tópico com a associação de sulfadiazina de prata e nitrato de cério. Revista de angiologia e cirurgia vascular. Volume 10-2001. Número 4.

• SSVS - Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Cátia Regina Lima Moreira. A gestão da ferida maligna em cuidados Paliativos - práticas de enfermagem. Mestrado em Cuidados Paliativos. Orientação Professora Doutora Maria Aurora Pereira, Portugal, Outubro 2013.







• GOCOTT, P. A. Review of advances in fungating wound management since EWMA 1991. EWMA Journal, V 2, n 1, p 21-24, 2002.

• IRION, G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução João Clemente Dantas do Rego Barros; revisão técnica Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2005.

• JORGE, S. A.; Dantas, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

• MALAGUTTI, W. K, et al. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 3ª edição. São Paulo. Editora Martinari, 2014.

• MAREK, J; BOEHNLEIN, M. "A enfermagem Pós-Operatória" Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. 8ª Edição. Loures, Lusodidacta.

• National Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Redefined the definition of pressure injuries during the NPUAP. Staging Consensus Conference that was held. April 8-9, 2016 in Rosemont (Chicago).

• NAYLON, W. Symptom control in the management of fungating woundas. World Wide Wounds, fev. 2002.

• SCEMONS, D.; ELSTON, D. "Cuidado com Feridas em enfermagem". In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

• SILVA, R. C. L, FIGUEIREDO, N. M. A; Fundamentos e atualizações em enfermagem. Rev e ampl. 2. Ed. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2007.


**Anexos**

NA

# PRS CPTLE - ADMISSÃO HOSPITALAR DE BENEFICIÁRIO COM FERIDA

**Introdução**

Uma ferida pode ser definida como perda de continuidade da pele e o seu tratamento envolvem ações multiprofissionais, dentro das quais a equipe de enfermagem possui um papel relevante. Várias patologias ou tipos específicos de tratamentos, inclusive a presença de uma ferida, podem ter como consequência a admissão hospitalar. A admissão é a entrada e permanência do paciente no hospital por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

Uma ferida também pode aparecer durante o período de internação, por exemplo em decorrência de um procedimento cirúrgico realizado ou por consequência de um evento adverso ocorrido. Independentemente do tempo ou fator causal da ferida, seu tratamento deverá ser iniciado o mais breve possível. Segundo Malagutti e Kakihara (2014), as avaliações clínicas e instrumental são elementos essenciais no tratamento de feridas, e têm como objetivos a identificação de um bom plano de cuidados, a quantificação e monitorização da eficácia das diversas modalidades de tratamento, bem como uma correta previsão de taxa de cicatrização. Irion (2005) também relata que o plano de cuidado para o tratamento de feridas não deve ter o seu foco direcionado para a "ferida do cliente", mas sim para "o cliente acometido por uma ferida".

Considerando-se a complexidade dos contextos físico, biológico e emocional que envolvem processo saúde e doença do indivíduo, este Procedimento

Sistêmico (PRS) estabelece ações multiprofissionais destinadas ao acolhimento e início do tratamento da ferida do beneficiário no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), contemplando principalmente as ações de enfermagem. E integra-se aos demais PRS da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE) que descrevem outras ações envolvendo a classificação, limpeza, desbridamento, mensuração e o uso de cobertura até que a cicatrização da ferida seja alcançada.



PRS CPTLE - ADMISSÃO HOSPITALAR DE BENEFICIÁRIO COM FERIDA

**Objetivos**

Padronizar ações direcionadas ao acolhimento e início do tratamento da ferida, alinhadas às ações de assistência à saúde dos beneficiários hospitalizados no HGIP, garantindo qualidade no tratamento, otimização dos resultados terapêuticos, maior conforto e prevenção de agravos relacionados à ferida.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear a admissão hospitalar dos beneficiários com feridas no HGIP.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.
RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição. Monitorar a existência de beneficiário com ferida. Orientar/monitorar/realizar as ações de tratamento de feridas da equipe de enfermagem da sua unidade. Orientar o beneficiário e/ ou responsável legal quanto a existência da CPTLE e dos Protocolos de Prevenção e Tratamento de Feridas, salientando o uso de cobertura, manutenção e troca dos curativos. Solicitar autorização e assinatura do beneficiário e/ou responsável legal para efetuar o registro fotográfico da ferida, no documento impresso denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas (Anexo 01). Prescrever e/ou autorizar (assinatura/carimbo na prescrição) o uso de cobertura no tratamento de feridas.

• Compete ao Enfermeiro identificar o beneficiário com ferida e comunicar ao enfermeiro representante da CPTLE do setor. Colher dados da anamnese, realizar o exame físico e efetuar os registros no PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente). Avaliar/reavaliar/executar rotineiramente as ações assistenciais destinadas à prevenção e ao tratamento de feridas conforme orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE. Prescrever e solicitar autorização (assinatura/carimbo na prescrição pelo Enfermeiro representante da CPTLE da unidade) para o uso de cobertura no tratamento de feridas. Avaliar diariamente o beneficiário hospitalizado quanto ao risco de Lesão Por Pressão (LPP) através da Escala de Braden (PRS CPTLE - 001 Prevenção de LPP). Orientar o beneficiário e/ ou responsável legal quanto ao tratamento adotado para a ferida, o uso da cobertura, manutenção e troca.



PRS CPTLE - ADMISSÃO HOSPITALAR DE BENEFICIÁRIO COM FERIDA

Orientar o beneficiário e/ou familiar quanto aos cuidados com a pele e/ou ferida antes da alta hospitalar, visando à integridade cutânea e a prevenção de outras lesões. Encaminhar o cliente para a continuidade do tratamento no ambulatório CEM, se necessário. Solicitar acompanhamento da equipe multiprofissional: equipe médica, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e outros, conforme necessidade.

• Compete ao AE/TE identificar o beneficiário com ferida, comunicar ao enfermeiro e auxiliar nos procedimentos de prevenção e tratamento de ferida.

• Compete ao Médico acompanhar e monitorar o tratamento da ferida, discutir as ações de tratamento da ferida adotadas com o enfermeiro supervisor e/ou membro representante da CPTLE. Solicitar exames complementares (hemograma, glicemia de jejum, biópsia de tecido, dosagem de albumina sérica, transferrina e outros) quando necessário. Solicitar acompanhamento de outras equipes médicas e/ou multiprofissionais (cirurgia plástica, cirurgia vascular, angiologia, fonoaudiologia, fisioterapia e outras) sempre que necessário.

• Compete ao Nutricionista identificar risco nutricional (POP SND NC - 001). Assistir os pacientes em risco nutricional (POP SND NC - 002). Participar dos treinamentos, capacitações e cursos disponibilizados na instituição pela CPTLE.

**Definições**

Ferida: qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica. Borges et al (2001) descreve ferida como uma ruptura na pele, na membrana ou mucosa ou e qualquer outra estrutura do corpo causada por um agente físico, químico ou biológico.

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário
- Sabão líquido, se necessário
- Régua em centímetros (em papel descartável)

Material estéril e para antissepsia

- Pacote de curativo (pinça hemostática reta, anatômica e de dissecção, tesoura delicada reta com ponta)
- Lâmina de bisturi e cabo correspondente
- Almotolia de Álcool a 70% e Algodão

Materiais (Farmácia Satélite)

- Agulha 40/12g
- SF 0,9% 500 ml sistema aberto
- Compressas estéreis
- Gaze estéril
- Seringa de 1ml
- Sonda uretral nº10
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéril, se necessário
- Papel transparente estéril.





Equipamento para Proteção Individual (EPI)

Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento/ Impresso

- Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas (Anexo1)

Principais passos

- Prescrever e reunir todo o material necessário.
- Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
- Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
- Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
- Fazer uso de EPI necessário.
- Colher os dados da anamnese do beneficiário e realizar o exame físico.
- Identificar a ferida, avaliar a sua localização anatômica (ver anexos 2 ao 8) e classificá-la conforme o PRS CPTLE – 006 (Classificação e Descrição de Feridas).
- Solicitar autorização ao beneficiário ou familiar responsável para fotografar a ferida e colher a assinatura do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas (Anexo1).
- Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente para realização do curativo.

• Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para proteger a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).

• Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.

• Fazer limpeza da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 008 (Limpeza das Feridas).

• Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme orientações do PRS CPTLE - 009 (Desbridamento de feridas).

• Fazer mensuração da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 010 (Mensuração das Feridas).

• Aplicar protetor cutâneo sobre a pele periferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 002 (Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD).

• Aplicar a cobertura indicada para a ferida, conforme PRS CPTLE- 011 (Materiais e coberturas para prevenção e tratamento de feridas).

• Deixar o beneficiário confortável e encaminhar o material contaminado para reprocessamento.

• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.

• Lavar as mãos conforme PRS CCIH 005.

• Realizar o registro em PEP: anamnese e exame físico, classificação e local da ferida, limpeza, técnicas de desbridamento (se realizado); aspectos do leito da ferida, mensuração, cobertura utilizada; registro da autorização fotográfica da Lesão (se realizado), tolerância do beneficiário ao procedimento e período programado de troca do curativo.





Cuidados especiais

• Encaminhar o beneficiário com ferida para a continuidade do tratamento após alta hospitalar no ambulatório CEM, se necessário.

• Quando a ferida for registrada com fotografias, identificar a foto com os dados: iniciais do nome do beneficiário (sigla), código do paciente, data, local da ferida. Usar fundo escuro (azul, verde), pois o lençol branco faz contraste com o flash. Salvar fotos registradas na rede informatizada do HGIP (dpto Plutão N), pasta CPTLE, arquivos fotográficos de feridas do respectivo setor.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• CEM: Centro de Especialidades Médicas
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• EPI: Equipamento de Proteção Individual
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• IPSEMG: Instituto de Previdência dos Servidores do estado de Minas Gerais
• LPP: Lesão por Pressão
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico
• RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
• SF: Solução Fisiológica
• TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica

## Gerenciamento de riscos

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a avaliação do beneficiário e da ferida na admissão. | Não identificar o beneficiário com ferida. | Avaliar imediatamente na admissão de enfermagem o beneficiário e a ferida | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância da avaliação de enfermagem na admissão e aplicação das ações de tratamento de prevenção padronizadas |
| Assistencial | Não implementar ações multiprofissionais no tratamento das feridas. | Ausência de ações multiprofissionais no tratamento de feridas. | Solicitar imediatamente após admissão, o acompanhamento da equipe multiprofissional para os beneficiários com feridas. | Sensibilizar a equipe multiprofissional quanto à importância da aplicação das ações destinadas ao tratamento das feridas do beneficiário hospitalizado. |
| Assistencial | Não solicitar a autorização fotográfica através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas | Beneficiário não esclarecido quanto a realização fotográfica | Explicar ao beneficiário e solicitar sua autorização para registro fotográfico. | Sensibilizar ao enfermeiro representante da CPTLE e da equipe quanto à importância da aplicação Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas. |





## Referências


• GAZZINELLI, R. B. F; ABREU, M. C. A. Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro. Belo Horizonte: IPSEMG, 2010.

• AGREN M. El medio húmedo de cicatrización de heridas: apósitos oclusivos. Helios 1995; 3: 6-8

• BELIVACQUA, R. G., MODOLIN, M. L. A. Cicatrização: Manual de cirurgia. São Paulo: EPU, 1995. 675p. cap. 1, p.1-17.

• BORGES, E. L. et al. Feridas: Como Tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.144p.

• BORGES, E. L. Et al. Protocolo de Tratamento do Portador de Ferida da Unidade de Internação do HC/UFMG. Belo Horizonte, 2001.19p.

• BORGES, E. L. Técnica limpa versus técnica estéril no manuseio de feridas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.33, n. especial, p. 157-159, nov. 1999.

• BORGES, E. L., GOMES, F. S. L., SAAR, S. R. C., Custo comparativo do tratamento de feridas. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.52, n. 2, p.215-222, abr./ jun.1999.

• BRADEN, B.J.; BERGSTROM, N. Predictive Nalidity of the Braden Scale for pressure sore risk in nursing hone population. Res. Nurse. Health, V.17, p.459-70, 1994.

• CORSI, R. C. C. et al. Fatores que prejudicam a cicatrização das feridas: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cirurgia. Rio de Janeiro, v. 85, n.2, p. 47-53, mar./abr. 1995.

• DONOVAN, W. H. et al. Úlceras por pressão. In: DELISA, J. A. Medicina de reabilitação. São Paulo: Monole, 1992. 4v. v.2, cap. 25, p. 553-570.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.
• KOLMOS, H. J. La infección en las heridas crónicas. Hélios, Espergaerde, v.7, p. 3-7, fev. 1999.
• POSTON, J. O papel do enfermeiro na remoção de tecidos desvitalizados com instrumentos cortantes. Nursing, Lisboa, n.108, p. 8-15, fev. 1997.
• SCEMONS, D; ELSTON, D. Cuidado com Feridas em enfermagem. In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.
• YAMADA, B.F.A. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.33, n. especial, p. 133-140, nov. 1999.
• MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 3ª edição. São Paulo: Martinari. Cap 34, p 507-518. 2014.
• IRION, G. Feridas: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Altas e Cores. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2005.

**Anexos**

• Anexo1:Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas
• Anexo 2: Topografia Anatômica da Cabeça
• Anexo 3: Posição e Topografia Anatômica Feminina (Anterior e Posterior)
• Anexo 4: Posição e Topografia Anatômica Masculina (Anterior e Posterior)
• Anexo 5: Posição e Topografia Abdominal
• Anexo 6: Topografia Anatômica (Membro Superior)
• Anexo 7: Topografia Anatômica Membro Inferior (Face Anterior ou Ventral)
• Anexo 8: Topografia Anatômica Membro Inferior (Face Posterior ou Dorsal)



# PRS CPTLE – LIMPEZA DA FERIDA

**Introdução**

O processo de limpeza da ferida é de fundamental importância para a reparação tecidual e envolve a seleção de uma solução biocompatível e de um artifício mecânico para transferir a solução para o interior da ferida. O uso de fluido propicia a remoção de bactérias, detritos, exsudatos, corpos estranhos e resíduos de agentes da superfície da ferida. (JORGE e DANTAS, 2005)

A limpeza da ferida recomendada pela AHCPR (Agencia for Health Care policy and Research), uma agencia norte-americana que fornece diretrizes para a prática clínica e tratamento de feridas, orienta o uso de solução fisiológica sob uma pressão de irrigação leve, evitando traumatizar o leito ou carrear bactérias para o seu interior (IRION, 2005). Reforçando a mesma orientação, a série 4 do Caderno de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde da ANVISA (2013), também estabelece o uso de soro fisiológico 0,9%, morno e em jato, através de frasco de 500 ml, perfurados com agulha 40 x12 g.

O uso de solução fisiológica a uma temperatura em torno de 37°C para limpeza da ferida, favorece o processo de divisão celular no organismo humano. O esfriamento da ferida, após a limpeza com solução fora da temperatura ideal, demanda do organismo cerca de 30 a 40 minutos para retomar a temperatura fisiológica do organismo e mais 3 a 4 horas para atingir a velocidade normal de divisão celular (BORGES, 2001). Jorge e Dantas (2005) reforçam que além de impedir a queda da temperatura da ferida, o uso da solução aquecida também proporciona maior conforto ao paciente.



PRS CPTLE – LIMPEZA DA FERIDA

No que diz respeito à técnica utilizada para a execução de curativo em feridas abertas, não existem muitos estudos científicos que fundamentem o uso da técnica estéril. A NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) recomenda o uso da técnica limpa para feridas crônicas. (JORGE e DANTAS, 2005). BORGES (2001), esclarece-nos que na técnica limpa utiliza-se água corrente para limpeza do leito da ferida, secando a pele da periferia com gaze não estéril. Na técnica limpa utiliza-se luvas de procedimento para proteção do indivíduo que a executa, sendo recomendada sua aplicação nos curativos realizados em domicílio, partindo-se do princípio da existência de microrganismos de menor patogenicidade. Já a técnica estéril é recomendada para o ambiente hospitalar ou ambulatorial, pois deve-se considerar maiores riscos de infecção cruzada devido a existência de microrganismos patogênicos com maior risco de infeção. E BRASIL (2013), em seu caderno abordando orientações gerais para realização de curativos, solicita o uso da técnica asséptica em todos os curativos realizados no ambiente hospitalar. Considerando as questões aqui já ressaltadas, este PRS orienta o uso da técnica estéril para execução dos curativos de feridas, seja para o atendimento da clientela no âmbito hospitalar (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP) ou ambulatorial (Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM).

**Objetivos**

Padronizar as ações para realização da limpeza das feridas com a solução fisiológica 0,9% em jato, proporcionando a remoção de debris, exsudatos, resíduos de agentes tópicos e microrganismos existentes em seu leito, preservando o tecido de granulação e otimizando os resultados terapêuticos.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear o processo de limpeza das feridas nos beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.





**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição. Mo-nitorar a existência de beneficiários portadores de feridas. Orientar/monitorar/realizar as ações de limpeza de feridas conforme o Protocolo Técnico.

• Compete ao Enfermeiro executar rotineiramente as ações assistenciais destinadas a limpeza de feridas conforme orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE.

• Compete ao AE/TE monitorar a existência de beneficiários com lesões cutâneas, comunicar ao enfermeiro e auxiliar no procedimento de limpeza de feridas.

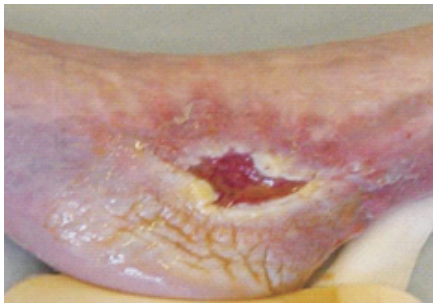
**Definições**

Debris: são fragmentos de células que ocorrem por diversos motivos, entre os quais necrose de células.

Desbridamento: é a remoção do tecido desvitalizado presente na ferida, usando técnicas mecânicas e/ou químicas. Atualmente os métodos utilizados na prática clínica são o autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico.

Exsudato: matéria resultante de processo inflamatório e que, saindo de vasos sanguíneos, vem depositar-se em tecidos ou superfícies teciduais, sendo constituída de líquido, célula, fragmentos celulares, e caracterizada, além do que já se mencionou, por alto conteúdo proteico.

Fonte: Google imagem. www.coloplast.com.br Acesso em 23/11/2015.



Fonte: Imagem Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM / IPSEMG

Feridas: ruptura na pele, na membrana ou mucosa ou e qualquer outra estrutura do corpo causada por um agente físico, químico ou biológico. (BORGES et al, 2001)

Irrigação em Jato: irrigar o leito da ferida e entorno, pressionando o frasco de solução fisiológica 0,9%, exercendo uma pressão manual para saída do soro em jato, através da perfuração realizada com auxílio de uma agulha estéril. A pressão de irrigação segura e eficaz varia entre 8 a 15 psi (libra/polegada).

Limpeza da ferida: refere-se ao uso de fluidos para a remoção de bactérias, exsudato, corpo estranhos e resíduos de agentes tópicos.

Limpeza mecânica: Uso da força física para remover o tecido necrótico sendo produzido pela fricção com pinça e gaze, pela retirada da gaze aderida ao leito da ferida ou pela irrigação em jato.

Fonte: Imagem Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM / IPSEMG





IRION (2005) orienta que a limpeza da ferida também pode ser realizada com a utilização de gaze, tecido, compressas embebidas em solução fisiológica, com a utilização de uma força mecânica mínima, possibilitando a limpeza da ferida sem traumatizar o leito ou carrear bactérias para o seu interior.

Fonte: Imagem Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM / IPSEMG

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário
- Sabão líquido, se necessário

Material estéril e para antissepsia

- Pacote de curativos (pinça hemostática reta, anatômica e de dissecção, tesoura delicada reta com ponta)
- Algodão embebido em álcool a 70%
- Almotolia de Álcool a 70%

Materiais (Farmácia Satélite)

- SF 0,9% 500 ml sistema aberto
- Agulha 40/12
- Gaze estéril

• Luvas de procedimentos
• Luvas estéril, se necessário

Equipamentos para Proteção Individual (EPI)

Máscara, óculos de proteção, gorro, capote.

Equipamento

Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)

Principais Passos

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para não molhar a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).
• Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.
• Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).
• Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.
• Remover o curativo do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.





• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
• Usar irrigação em jato de forma exaustiva sobre o leito da ferida com soro fisiológico 0,9%, a uma distância em torno de 20 cm, durante tempo suficiente para remoção de debris e exsudato presentes.
• Absorver o excesso de líquido sobre o leito da ferida, delicadamente, sem fazer fricção, com gazes estéreis, porém, nunca secar o leito da ferida.
• Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 009 (Desbridamento de Feridas).
• Realizar a mensuração da ferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 010 (Mensuração das Feridas).
• Fazer limpeza da pele ao redor da ferida (periferida) com gaze umedecida em SF 0,9%.
• Secar a pele periferida, sem tocar no leito.
• Aplicar protetor cutâneo sobre a pele periferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 002 (Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD).
• Aplicar a cobertura indicada para a ferida, conforme PRS CPTLE - 011 (Materiais e Coberturas para Prevenção e Tratamento de Ferida)
• Deixar o beneficiário confortável.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Realizar a evolução de enfermagem no PEP.

Cuidados Especiais

• Quando houver mais de uma ferida na mesma região, realizar limpeza e curativo seguindo a ordem da menos contaminada para a mais contaminada.

• Fazer limpeza da pele ao redor da ferida com gaze umedecida sabão líquido hospitalar, em caso de sujidade presente, efetuar a remoção do excesso de sabão com gaze seca, seguida de gaze úmida em SF 0,9%.

• Proteger as feridas durante o banho nos casos de uso de coberturas permeáveis a água.

• Evitar correntes de ar durante a realização do procedimento, promovendo conforto ao beneficiário.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• AHCPR : Agencia for Health Care policy and Research
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CEM: Centro de especialidades Médicas
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• EPI: Equipamento de Proteção Individual
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico
• PSI: libra/polegada
• SF: Solução Fisiológica
• TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica





**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a limpeza adequada da ferida | Desenvolvimento de Infecção na ferida | Realizar limpeza da ferida e aplicação de cobertura adequada | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância da limpeza e tratamento adequado da ferida conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Não monitorar a existência de feridas nos beneficiários estabelecendo assistência inadequada para o processo de cicatrização. | Ausência de ações de enfermagem sistematizadas para promover a cicatrização das feridas. | Avaliar imediatamente o paciente e o processo de evolução das feridas. | Sensibilizar o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor quanto à importância da aplicação das ações de prevenção, monitoramento, avaliação e tratamento das feridas de forma integral e direcionada à cada beneficiário. |
| Assistencial | Aplicar técnica ineficaz de desbridamento da ferida. | Atraso no processo de cicatrização e aumento do risco de complicações, tais como infecção, abscessos, fístulas. | Realizar desbridamento eficaz da ferida | Sensibilizar a equipe quanto à importância da aplicação do desbridamento adequado da ferida conforme recomendações legais e científicas. |

**Referências**


• GAZZINELLI, R. B. F; ABREU, M. C. A. Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro. Belo Horizonte: IPSEMG, 2010.

• BRASIL - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Série 4. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Pag,84.

• BORGES, E.L. et al. Feridas: Como tratar. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2001.

• IRION, G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução João Clemente Dantas do Rego Barros; revisão técnica Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2005.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

• SCEMONS, D; Cuidado com Feridas em enfermagem. In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

• SILVA, R.C.L; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I.B. Fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. Ed rev e ampl. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2007.


**Anexos**

NA



# PRS CPTLE – DESBRIDAMENTO DA FERIDA

**Introdução**

O Desbridamento/Debridamento é a remoção do tecido desvitalizado presente na ferida, até que haja a exposição de tecido saudável, usando técnicas mecânicas, e/ou químicas. As feridas, quando comprometidas pela presença de tecidos necróticos, requerem desbridamento. O tecido necrosado, também chamado de desvitalizado, morto ou inviável, surge como consequência da morte celular e representa uma lesão celular irreversível. A presença de necrose aumenta o risco de infecção e de outras complicações como formação de abscessos, túneis e fístulas, além de retardar o processo de cicatrização, sendo assim, independentemente da cor ou da consistência do tecido necrosado, sua remoção é importante para que a ferida possa cicatrizar-se. (BORGES, 2001; JORGE,2005; DANTAS, 2005)

Irion (2005) orienta que a limpeza da ferida pode ser realizada com a utilização de gaze, tecido, compressas embebidas em solução fisiológica, com a utilização de uma força mecânica mínima, possibilitando a limpeza da ferida sem traumatizar o leito ou carrear bactérias para o seu interior. Atualmente os métodos utilizados na prática clínica para o desbridamento são o autolítico, químico, mecânico e instrumental.

A necrose tecidual pode apresentar-se de diferentes aspectos, dependendo da natureza do agente destruidor e do tipo de tecido afetado. Os principais tipos de necrose são necrose coagulativa (ou de coagulação) e necrose liquefativa (ou de liquefação). A presença de tecido desvitalizado prolonga a fase de inflamação e retarda o início da proliferação de novas células. O processo inflamatório causa um extravasamento de líquido e proteínas dos vasos sanguíneos no leito das feridas abertas, acarretando problemas





adicionais. O fibrinogênio extravasado sobre a superfície da ferida é convertido em uma capa proteica, dura e insolúvel de fibrina. A cor dos tecidos necrosados (branco, amarelo, verde, castanho, marrom, cinza, preto) e a sua consistência (macia, viscoso, frouxo, firme, aderido, seco, coriáceo) podem apresentar-se de maneiras variadas.

O leito da ferida necrosada pode apresentar uma mistura de diferentes cores, aderência e consistência de tecidos desvitalizados. A presença de novo tecido de granulação somente será possível ser visualizada após a remoção gradativa ou total do tecido necrosado. (JORGE, 2005; DANTAS, 2005; IRION, 2005)

Este PRS descreve as características dos tecidos necrosados e apresenta formas de desbridamento citadas pela literatura científica, estabelecendo ações padronizadas para a execução desta prática necessária ao tratamento de algumas feridas, seja no atendimento dos beneficiários no âmbito hospitalar (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP) ou ambulatorial (Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM).

**Objetivos**

Padronizar as ações para realização de desbridamento das feridas, realizadas especialmente pelo enfermeiro, proporcionando a remoção dos tecidos desvitalizados, preservando o tecido de granulação e otimizando os resultados terapêuticos.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear o desbridamento das feridas nos beneficiário do HGIP e CEM.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.



PRS CPTLE – DESBRIDAMENTO DA FERIDA

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição. Monitorar a existência de beneficiários com feridas. Orientar/monitorar/realizar as ações de desbridamento de feridas .

• Compete ao Enfermeiro executar rotineiramente as ações assistenciais destinadas ao desbridamento de feridas conforme orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE.

• Compete ao AE/TE monitorar a existência de beneficiários com lesões cutâneas, comunicar ao enfermeiro e auxiliar no procedimento de desbridamento de feridas.

**Definições**

Necrose coagulativa: tipo de necrose comumente produzida pela interrupção do suprimento sanguíneo. É decorrente da desnaturação das proteínas.

Escara: capa ou crosta de camadas de tecidos dessecados, normalmente de consistência dura, seca e coriácea. Apresenta-se com coloração variável entre cinza, marrom ou preto, sendo firmemente aderido no leito da ferida, mas a medida em que a escara é hidratada, vai ocorrendo, gradativamente, seu amolecimento.

Fonte: Google imagens.enfermeiro.br.tripod.com; www.rbcp.org.br; feridasemfoco.blogspot.com. Acesso em 24/11/2015

Necrose liquefativa: tipo de necrose que possui aspecto liquefeito e amolecido dos tecidos mortos. É oriunda da destruição das células mortas pela digestão enzimática celular.

Esfacelos: nome dado ao tecido necrosado de consistência delgada, mucoide, macia e de cor amarela, bronzeada ou cinza. É formado por bactérias, fibrina, elastina, colágeno, leucócitos, fragmentos celulares, exsudato e grandes quantidades de ácido desoxirribonucleico (DNA). Podem estar firmes ou frouxamente aderidos no leito e bordas das feridas.

Fonte: Google imagens. www.accamargo.org.br.; www.molnlycke.pt; www.actasdermo.org. Acesso em 24/11/2015

Debris: são fragmentos de células que ocorrem por diversos motivos, entre os quais necrose de células.

Desbridamento autolítico: é um método seletivo e natural onde ocorre a autodestruição ou autodegradação natural do tecido necrótico, sendo preservado o tecido viável. Nesse processo natural, ocorre a liberação de enzimas após a morte celular, desencadeando o processo de digestão do conteúdo das células mortas e tecido necrosado. Para viabilizar o desbridamento autolítico é preciso manter no leito da ferida uma umidade fisiológica e uma temperatura em torno dos 37°C (BORGES, 2001). Essa





técnica é indicada para feridas com tecido necrótico, ressaltando-se que, em casos de escaras, este processo pode ser prolongado. É contraindicada em úlceras isquêmicas e fúngicas. (Deliberação COREN-MG 65/2000)

Desbridamento químico: é um método químico com uso de substâncias exógenas, como por exemplo as enzimas proteolíticas. Essa enzima agem na remoção do tecido necrosado degradando o colágeno. Não é um método seletivo, portanto pode agredir o tecido viável e causar dor. Os produtos mais utilizados nesta técnica são a colagenase e a papaína. (BORGES, 2001; JORGE,2005; DANTAS, 2005)

Desbridamento mecânico por fricção: é um método onde esfrega-se a gaze ou esponja embebida com solução fisiológica no leito da lesão em um único sentido. É indicada para as lesões agudas com sujidade. É contraindicada a aplicação dessa técnica em lesão crônica. (Deliberação COREN-MG 65/2000)

Desbridamento instrumental cirúrgico: mais conhecido como desbridamento cirúrgico, é uma técnica usada para remoção maciça de tecidos. É realizada por médicos cirurgiões e/ou plásticos, geralmente em blocos cirúrgicos e sob uso de anestesia local, espinhal ou geral. (JORGE,2005; DANTAS, 2005)

Desbridamento instrumental conservador: é um método seletivo de remoção de tecido necrótico utilizando instrumentos cortantes (lâminas e/ou tesoura), sem ocasionar dor ou sangramento. É indicado para lesões que comprometem até o tecido subcutâneo, ou seja, feridas cuja classificação é profunda superficial e para Úlcera por Pressão Estágio III. É contraindicada a aplicação dessa técnica quando houver exposição de tendão, pacientes com

distúrbios de coagulação ou em terapia anticoagulante, úlceras isquêmicas, feridas sem possibilidade de cicatrização, úlceras fúngicas e neoplásicas. (Deliberação COREN-MG 65/2000)

Fonte: figura 6.13.Feridas:como tratar. Borges,2001

Nessa técnica de desbridamento pode-se aplicar sobre a ferida necrosada, incisões paralelas e/ou tangenciais. Essas incisões paralelas horizontais e verticais sob toda a superfície da escara são denominadas escarotomias. A remoção de cada quadradinho formado pelas incisões paralelas e verticais do leito da ferida é chamada escarectomia. (JORGE,2005; DANTAS, 2005)

Fonte: Google imagens. Escarotomia em queimadura. slideplayer.com.br. Acesso em 27/11/2015

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário





Material estéril e para antissepsia

- Pacote de curativo (pinça hemostática reta, anatômica e de dissecção, tesoura delicada reta com ponta)
- Lâmina de bisturi e cabo correspondente
- Algodão embebido em álcool a 70%
- Almotolia de Álcool a 70%.

Materiais (Farmácia Satélite)

- SF 0,9% 500 ml sistema aberto
- Agulha 40/12g
- Compressas estéreis
- Gaze estéril
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéril, se necessário

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)

Principais passos

- Prescrever e reunir todo o material necessário.
- Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.

• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).

• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.

• Fazer uso de EPI necessário.

• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.

• Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para não molhar a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).

• Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.

• Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).

• Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.

• Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.

• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).

• Usar irrigação em jato de forma exaustiva sobre o leito da ferida com soro fisiológico 0,9%, a uma distância em torno de 20 cm, durante tempo suficiente para remoção de debris e exsudato presentes.

• Absorver o excesso de líquido sobre o leito da ferida, delicadamente, sem fazer fricção, com gazes estéreis, porém, nunca secar o leito da ferida.

• Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme a técnica escolhida, seguindo as orientações a seguir:





*Desbridamento Instrumental Conservador*

Desbridamento Instrumental Conservador de Necrose Coagulativa (seca)

• Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecção;

• Dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de bisturi;

• Realizar escarotomia, se tecido intensamente aderido, seguido de escarectoma, utilizando-se a lâmina de bisturi;

• Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável e se o beneficiário apresentar sinal de dor. NUNCA causar sangramento.

• Evitar tempo prolongado de execução, controlando cansaço (do beneficiário e do profissional).

Desbridamento Instrumental Conservador de Necrose Liquefeita (amolecida)

• Pinçar o tecido necrótico com pinça de dissecção e cortar com a tesoura;

• Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável e se o beneficiário apresentar sinal de dor. NUNCA causar sangramento.

• Evitar tempo prolongado de execução, controlando cansaço (do beneficiário e do profissional).

*Desbridamento Autolítico*

• Aplicar coberturas, conforme orientações do PRS CPTLE - 011 (Materiais e Coberturas para Prevenção e Tratamento de Ferida), permitindo um ambiente propício à autólise, ou seja, um ambiente com umidade fisiológica, temperatura em torno de 37°C;
Manter a impermeabilidade ou oclusão da ferida, propiciando a hipóxia no leito da mesma.

*Desbridamento Químico*

Aplicar fina camada do produto ENZIMÁTICO sobre o leito da lesão. Ver o ítem Colagenase no PRS CPTLE - 011 (Materiais e Coberturas para Prevenção e Tratamento de Ferida).

APÓS A REALIZAÇÃO DO DESBRIDAMENTO:

• Realizar a mensuração da ferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 010 (Mensuração das Feridas).
• Fazer limpeza da pele ao redor da ferida (periferida) com gaze umedecida em SF 0,9%.
• Secar a pele, sem tocar no leito da ferida.
• Aplicar protetor cutâneo sobre a pele periferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 002 (Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD).
• Aplicar a cobertura indicada para a ferida, conforme PRS CPTLE - 011 (Materiais e Coberturas para Prevenção e Tratamento de Ferida).
• Deixar o beneficiário confortável.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Realizar a evolução de enfermagem no PEP, documentando o método de desbridamento utilizado, a porcentagem de necrose removida, o aspecto do tecido presente, a tolerância do beneficiário ao procedimento, cobertura selecionada, período de troca do curativo.

Cuidados especiais

Atentar para situações nas quais NÃO é recomendado realizar desbridamento: feridas em membros inferiores com perfusão duvidosa ou ausente; escara em paciente terminal; úlceras por pressão (escara estável)





em calcanhar (JORGE,2005; DANTAS, 2005); bem como feridas com exposição de tendão, pacientes com distúrbios de coagulação ou em terapia anticoagulante, úlceras isquêmicas, feridas sem possibilidade de cicatrização, úlceras fúngicas e neoplásicas. (Deliberação COREN-MG 65/2000)
• Orientar ao beneficiário e familiar que após o desbridamento as dimensões da ferida aumentam.
• Realizar registro fotográfico, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para registro Fotográfico da Ferida pelo paciente e/ou familiar responsável legal, antes e após o desbridamento, para documentar o procedimento e monitorar o processo de tratamento da ferida.
• Evitar correntes de ar durante a realização do procedimento, promovendo conforto ao beneficiário.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico
• SF: Solução Fisiológica
• TE: Técnico de Enfermagem
• UPP: Úlcera por Pressão

**Indicadores**

Não se aplica

## Gerenciamento de riscos

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Aplicar técnica desbridamento em feridas não recomendadas | Atraso no processo de cicatrização e aumento do risco de complicações, tais hemorragias | Não realizar novo desbridamento da ferida | Sensibilizar a equipe para aplicação do desbridamento da ferida conforme recomendações legais e científicas, com segurança para o paciente. |
| Assistencial | Não realizar a desbridamento da ferida necrosada | Desenvolvimento de Infecção na ferida | Realizar limpeza da ferida e aplicação de cobertura adequada e desbridamento concomitante | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância do desbridamento para o tratamento adequado da ferida conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Não monitorar a existência de feridas necrosadas nos beneficiários estabelecendo assistência inadequada para o processo de cicatrização. | Ausência de ações de enfermagem para realizar o desbridamento e adequado processo de evolução de cicatrização das feridas. | Avaliar imediatamente o paciente e o processo de evolução das feridas. | Sensibilizar o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor quanto à importância da aplicação das ações de prevenção, monitoramento, avaliação, limpeza, desbridamento e coberturas para o tratamento das feridas de forma integral e direcionada à cada beneficiário. |





## Referências


• BRASIL - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Série 4. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Pag,84.

• BORGES, E.L; et al. Feridas: Como tratar. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2001.

• IRION, G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução João Clemente Dantas do Rego Barros; revisão técnica Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2005.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

• SCEMONS, D; ELSTON, D. Cuidado com Feridas em enfermagem. In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

• SILVA, R.C.L; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I.B. Fundamentos e atualizações em enfermagem. Rev e ampl. 2 Ed. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2007.


## Anexos

NA

# PRS CPTLE – MENSURAÇÃO DA FERIDA

## PRS CPTLE – MENSURAÇÃO DA FERIDA

**Introdução**

A mensuração da área da ferida representa uma etapa relevante do processo de tratamento, fornecendo de forma objetiva e sistematizada, parâmetros que indicam a melhora ou piora da cicatrização. A melhora da lesão pode estar associada à redução do tamanho, do odor, da drenagem, do tecido necrótico e pelo melhor aspecto do tecido de granulação e da pele circunjacente. (CARVALHO et al, 2006)

Reis et al (2012), complementam que as técnicas de mensuração simples das ferida podem ser executadas através do uso de réguas (comprimento x largura em centímetros), através da técnica de decalque da ferida (traçar o formato da úlcera em material transparente), através da fotografia (sob mesmo ângulo, luminosidade e distância focal) e por meio de sistemas computadorizados que analisam a imagem digital das lesões.

As feridas podem ser classificadas conforme sua extensão. O COREN MG, na deliberação 65/2000, estabelece uma classificação para as feridas, conforme a sua mensuração: pequenas (extensão menor que 50 cm2), médias (maior que 50 cm2 e menor que 150 cm2), grandes (maior que 150 cm2 e menor que 250 cm2) e extensas (maior que 250 cm2).

Este PRS estabelece as ações padronizadas para a mensuração da feridas, orientando o monitoramento sistemático da área de extensão e profundidade, proporcionando melhor direcionando para conduta terapêutica, seja no atendimento dos beneficiários no âmbito hospitalar (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP) ou ambulatorial (Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas - CEM).

**Objetivos**

Padronizar as ações para realização da mensuração das feridas, proporcionando a avaliação da extensão, profundidade e evolução da cicatrização da ferida.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear a mensuração das feridas nos beneficiário do HGIP e CEM, no que se refere ao processo de tratamento até a cicatrização.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.



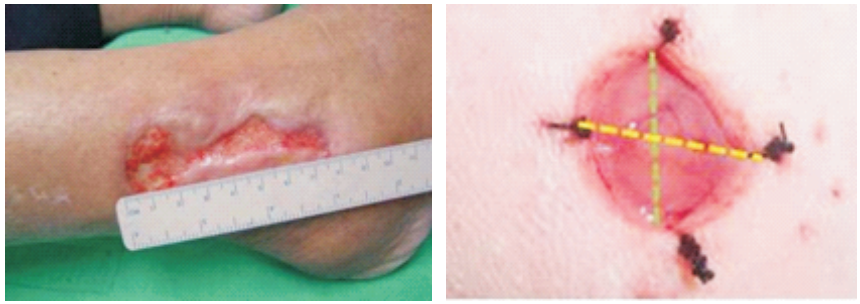
PRS CPTLE – MENSURAÇÃO DA FERIDA

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição; Monitorar a existência de beneficiários com feridas; Orientar/monitorar/realizar as ações de mensuração.
• Compete ao Enfermeiro executar rotineiramente as ações assistenciais destinadas à mensuração de feridas conforme orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE.
• Compete ao AE/TE monitorar a existência de beneficiários com lesões cutâneas, comunicar ao enfermeiro e auxiliar no procedimento de mensuração de feridas.

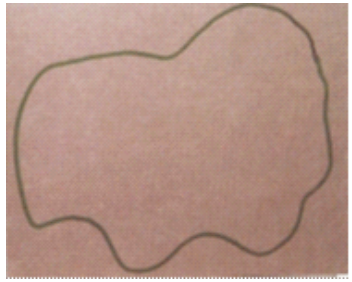
**Definições**

Medida bidimensional é uma técnica simples de mensuração, sendo a mais usada na prática clínica e abrange mensurações lineares, traçados e fotografias das feridas. As medidas lineares medem o tamanho ou a extensão das feridas (comprimento e largura). Carvalho et al (2012) relatam que a mensuração da ferida pode ser realizada por meio de medidas tridimensionais ou bidimensionais.



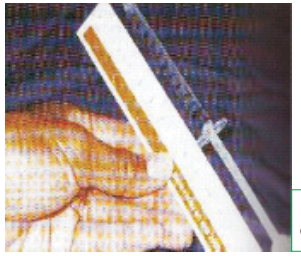
Fonte: www.ebah.com.br e www.conhecer.org.br. Acesso em 27/11/2015

A localização anatômica e a forma irregular de algumas feridas podem dificultar a realização da mensuração. Por isso, alguns profissionais optam em contornar o perímetro da borda externa da ferida com pincel, desenhado no papel ou acetato transparente sobre a lesão. O papel transparente estéril pode ser o papel próprio (interno) da cobertura que será aplicada ou o papel transparente dos pacotes de gazinhas.



Fonte: Feridas: como tratar. Borges et al,2001. Figuras 3.8A; 3.8B

Medida tridimensional da ferida avalia diferentes dimensões (profundidade, comprimento e largura). A mensuração da profundidade da lesão pode ser obtida introduzindo uma espátula estéril ou seringa de insulina (sem agulha) no ponto mais profundo da ferida. Na altura da borda da ferida mais próxima ao local onde está inserida a seringa, marca-se o ponto correspondente à altura, na espátula ou seringa. Em seguida, mede-se esse comprimento com uma régua para identificar a profundidade obtida em centímetros quadrados (CARVALHO et al, 2012).

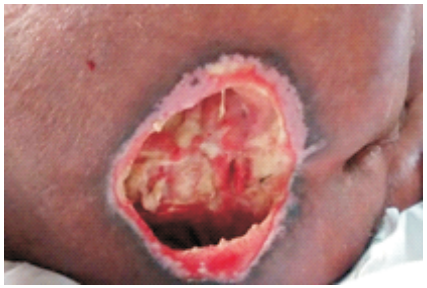


Fonte: Feridas: como tratar. Borges et al,2001. Figuras 3.8A;3.8B;3.9A e 3.9B





Solapamento: O deslocamento do tecido subjacente da pele integra, causado pela destruição tecidual. Feridas com solapamento também têm como característica o afundamento na lesão.



Fonte: IPSEMG

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário
- Sabão líquido, se necessário
- Régua em centímetros (em acrílico ou papel descartável)

Material estéril e para antissepsia

- Pacote de curativo (pinça hemostática reta, anatômica e de dissecção, tesoura delicada reta com ponta)
- Lâmina de bisturi e cabo correspondente
- Algodão embebido em álcool a 70%.
- Almotolia de Álcool a 70%.

Materiais (Farmácia Satélite)

- Agulha 40/12

- SF 0,9% 500 ml sistema aberto
- Compressas estéreis
- Gaze estéril
- Seringa de 1ml
- Sonda uretral nº10
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéril, se necessário

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)

Principais passos

- Prescrever e reunir todo o material necessário.
- Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, a fim de obter melhor colaboração.
- Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
- Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
- Fazer uso de EPI necessário.
- Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
- Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para não molhar a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).
- Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.





- Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).
- Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.
- Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.
- Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
- Usar irrigação em jato de forma exaustiva sobre o leito da ferida com soro fisiológico 0,9%, a uma distância em torno de 20 cm, durante tempo suficiente para remoção de debris e exsudato presentes.
- Absorver o excesso de líquido sobre o leito da ferida, delicadamente, sem fazer fricção, com gazes estéreis, porém, nunca secar o leito da ferida.
- Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme orientações do PRS CPTLE - 009 (Desbridamento de feridas).

REALIZAR A MENSURAÇÃO DA FERIDA:

Fazer a mensuração bidimensional (comprimento e largura) das feridas rasas e planas utilizando régua em centímetros. Medir a maior extensão na vertical e maior extensão na horizontal, sempre mantendo a régua em ângulo reto de 90°, sem encostá-la na ferida.

Fonte: www.teses.usp.br. http://estomatosys.com.br Acesso 19/09/2016

• Fazer a mensuração tridimensional (profundidade, comprimento e largura) das feridas profundas com régua em centímetros para aferir comprimento e largura. Inserir no ponto mais profundo da ferida, uma seringa de 1 ml estéril (sem agulha) ou sonda uretral n°10 para aferir a profundidade e/ou solapamento.

• Marcar a profundidade na sonda ou seringa, o ponto mais próximo da borda da ferida.

• Medir com uma régua em centímetros, o segmento marcado.

• Utilizar a sonda uretral nº10 para investigar o solapamento em toda a extensão da ferida.

• Mensurar áreas de solapamento, usando como referência os ponteiros do relógio imaginário, como:

- 12 horas-região cefálica;
- 06 horas-região pedial;
- 03 horas lado esquerdo;
- 09 horas lado direito.

• Certificar-se quanto o tamanho (cm) e direção (horas) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas.

APÓS MENSURAÇÃO DA FERIDA:

• Fazer limpeza da pele ao redor da ferida (periferida) com gaze umedecida em SF 0,9%.

• Secar a pele periferida, sem tocar no leito da ferida.

• Aplicar protetor cutâneo sobre a pele periferida se necessário, conforme PRS CPTLE - 002 (Prevenção de Dermatite Associada à Umidade - MASD).

• Aplicar a cobertura indicada para a ferida, conforme PRS CPTLE - 011 (Aplicação de Cobertura em Feridas).



PRS CPTLE – MENSURAÇÃO DA FERIDA

• Deixar o beneficiário confortável.

• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.

• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.

• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.

• Realizar a evolução de enfermagem no PEP, documentando: a mensuração realizada (profundidade, largura, comprimento e solapamentos se houver), o aspecto do tecido presente, a tolerância do beneficiário ao procedimento, a cobertura selecionada, período de troca do curativo.

Cuidados especiais

• Usar régua de papel descartável para mensuração das feridas e identificação do registro fotográfico.

• As feridas deverão ser mensuradas QUINZENALMENTE ou em período inferior, caso ocorra alteração significativa do tamanho e/ou profundidade da mesma.

• Orientar ao beneficiário e familiar quanto a importância das mensurações QUINZENAIS das feridas.

• O registro fotográfico SOMENTE poderá ser feito após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para registro Fotográfico da Ferida pelo paciente e/ou familiar responsável legal.

• A fotografia da ferida NÃO SUBSTITUI o registro da mensuração de forma detalhada, no PEP.

• Identificar a foto com os dados: iniciais do beneficiário, código do paciente, data e local da ferida.

• Para garantir melhor qualidade fotográfica, usar fundo escuro (azul, verde), pois o lençol branco faz contraste com o flash.

**Siglas**

- AE: Auxiliar de Enfermagem
- ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CPTLE: Comissão de Prevenção de Tratamento de Lesões e Estomas
- EPI: Equipamento para Proteção Individual
- HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
- MASD: Prevenção de Dermatite Associada à Umidade
- PEP: Prontuário Eletrônico
- PRS: Procedimento Sistêmico
- SF: Solução Fisiológica
- TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica





**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a mensuração da ferida | Insegurança no tratamento estabelecido para ferida | Realizar imediatamente a mensuração da ferida | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância da mensuração durante o tratamento adequado da ferida conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Não realizar a mensuração rotineira (quinzenalmente) da ferida. | Ausência de registro de evidências da efetividade das ações que favorecem o processo de evolução de cicatrização das feridas. | Realizar imediatamente e a seguir quinzenalmente a mensuração da ferida. | Sensibilizar o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor quanto à importância da mensuração quinzenal da ferida para o avaliação do tratamento adequado da ferida conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Aplicar técnica não recomendada na mensuração da ferida | Avaliação errada do processo de cicatrização e aumento do risco de complicações. | Realizar técnica correta de mensuração da ferida. | Sensibilizar o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor quanto à importância da mensuração correta da ferida. |

**Referências**


• BORGES, E. L, et al. Feridas: Como Tratar. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2001.

• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Série 4. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Pag,84.

• CARVALHO, D. C, et al. Planimetria como método para mensuração de feridas. REME - Rev. Min. Enf. 10(4): 425-428, out./dez., 2006 . 4.

• GAZZINELLI, R. B. F; ABREU, M. C. A. Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro. Belo Horizonte: IPSEMG, 2010.

• IRION, G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução João Clemente Dantas do Rego Barros; revisão técnica Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2005.

• JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

• LOPES, A. G, et al. Aferição não-invasiva de úlcera por pressão simulada em modelo plano. Rev. Bras. Eferm. 2009, vol.62, n.2, pp. 200-203. ISSN 1984-0446. Brasília 2009 mar-abril; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a05v62n2.pdf

• REIS, C. L. D, et al. Mensuração de área de úlceras por pressão por meio dos softwares Motic e do AutoCAD®. Rev. Bras. Enferm. 2012, vol.65, n.2, pp. 304-308. ISSN 0034-7167.Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 304-8.

• SCEMONS, D; ELSTON, D. “Cuidado com Feridas em enfermagem”. In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

• SILVA, R. C. L, Figueiredo N. M. A. Fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. Ed Rev e ampl. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2007.


**Anexos**

NA



# PRS CPTLE – MATERIAIS E COBERTURAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

**Introdução**

O curativo é uma forma de tratamento de feridas usado para promover um meio adequado e favorecer a cicatrização. Segundo Blanes (2004), a terapia tópica de feridas é fundamentada em estudos científicos abordando a fisiologia de reparação tecidual, sendo norteada por alguns princípios comuns, tais como: remoção tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida, identificação e eliminação de processos infecciosos, preenchimento de espaço morto, absorção do excesso de exsudato, manutenção do leito úmido da ferida, promoção do isolamento térmico, proteção da ferida contra traumas e invasão bacteriana. A limpeza e o uso de cobertura caracterizam as etapas da terapia tópica.

Jorge et al (2005), relatam que uso de cobertura favorece a manutenção do meio úmido entre o leito da ferida e a cobertura primária, aumentando assim, a velocidade de cicatrização da ferida. O tratamento de ferida é um processo dinâmico que demanda avaliações sistematizadas do tipo de curativo e cobertura adotados, da avaliação da frequência das trocas e da análise das variáveis de cada momento evolutivo da ferida até a sua cicatrização.

Considerando as várias etapas do processo de tratamento de feridas, já descritos nos Procedimentos Sistêmicos (PRS) da Comissão de Prevenção e tratamento de Lesões e Estomas (CPTLE) enumerados de 006 a 010 (abordando as fases de Classificação, Admissão, Limpeza, Desbridamento, Mensuração) este PRS complementa o uso da terapia tópica no tratamento, descrevendo as coberturas padronizadas no IPSEMG, auxiliando o profissional de saúde, em especial os enfermeiros, na escolha da cobertura adequada, contribuindo a evolução favorável de cada etapa do processo cicatricial da ferida, ancorado no conhecimento científico.



PRS CPTLE – MATERIAIS E COBERTURAS PARA
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

**Objetivo**

• Descrever os tipos de materiais e coberturas padronizadas no IPSEMG para a prevenção e tratamento de feridas, descrevendo suas indicações e contraindicações, técnicas de manuseio, instruções de uso, período de troca uso e cuidados especiais.
• Contribuir para escolha da cobertura mais apropriada para cada tipo de ferida, visando à manutenção da umidade fisiológica no leito da lesão, a absorção de exsudato, a manutenção da temperatura ideal, a impermeabilidade a microrganismos e fluidos, a promoção de Hemostasia, conforto para o beneficiário; preenchimento de espaço morto; proteção contra trauma, dor e odor, além de ser de fácil aplicação e remoção.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear o uso de coberturas e curativos nos beneficiário do HGIP e CEM, no que se refere à prevenção e/ou tratamento de feridas.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.
RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados à prevenção e/ou tratamento de feridas disponibilizados na instituição. Monitorar a existência de beneficiário em risco para desenvolver lesões de pele, atuando preventivamente. Monitorar a existência de beneficiário com ferida, orientar e acompanhar as ações do tratamento realizadas pela equipe de enfermagem da sua unidade. Orientar o beneficiário e/ ou responsável legal quanto a existência da CPTLE e dos PRS de prevenção e tratamento de feridas, esclarecendo o uso da cobertura, manutenção e troca dos curativos. Prescrever e/ou autorizar (assinatura/carimbo na prescrição) o uso de cobertura no tratamento de feridas.

• Compete ao Enfermeiro monitorar a existência de beneficiário em risco para desenvolver lesões de pele, atuando preventivamente. Identificar o beneficiário com ferida e comunicar ao enfermeiro representante da CPTLE do setor e ao médico responsável, discutindo acerca do tratamento adotado. Monitorar o beneficiário com ferida, executar/orientar e acompanhar as ações do tratamento realizadas pela equipe de enfermagem da sua unidade. Colher dados da anamnese, realizar o exame físico e efetuar os registros no PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente). Avaliar/reavaliar/executar





diariamente as ações assistenciais destinadas à prevenção e ao tratamento de feridas conforme e orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE. Prescrever e solicitar autorização (assinatura/carimbo na prescrição do Enfermeiro representante da CPTLE da unidade) para o uso de cobertura no tratamento de feridas. Orientar o beneficiário e/ ou responsável legal quanto ao tratamento adotado para a ferida, o uso da cobertura, manutenção e troca. Encaminhar o beneficiário para a continuidade do tratamento no ambulatório CEM, se necessário. Solicitar acompanhamento da equipe multiprofissional: equipe médica, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e outros, conforme necessidade.

• Compete ao AE/TE identificar o beneficiário com ferida, comunicar ao enfermeiro e auxiliar nos procedimentos de tratamento e prevenção da ferida.

• Compete ao Médico acompanhar e monitorar o tratamento da ferida, discutir as ações de tratamento da ferida adotadas com o enfermeiro supervisor e/ou membro representante da CPTLE. Solicitar exames complementares (hemograma, glicemia de jejum, biópsia de tecido de tecido, dosagem de albumina sérica e transferrina e outros) quando necessário. Solicitar acompanhamento de outras equipes médicas e/ou multiprofissionais (cirurgia plástica, cirurgia vascular, angiologia, fonoaudiologia, fisioterapia e outras) sempre que necessário. Prescrever o curativo se necessário.

**Definições**

Cobertura: material aplicado diretamente sobre feridas com o objetivo de

tratá-las e protegê-las. A sua constituição é variada.

Curativo: terapia que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem de exsudatos, com intuito de melhorar as condições do leito dessa ferida. Curativos podem ser a opção de tratamento definitivo da ferida ou apenas uma etapa intermediária para um tratamento cirúrgico, quando necessário (Smaniotto et al, 2010).

Desbridamento: retirada de tecido desvitalizado ou de corpo estranho de uma lesão.

Exsudato: matéria resultante de processo inflamatório e que, saindo de vasos sanguíneos, vem depositar-se em tecidos ou superfícies teciduais, sendo constituída de líquido, célula, fragmentos celulares, e caracterizada, além do que já se mencionou, por alto conteúdo proteico.

Ferida: qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica.

Limpeza: referem-se ao uso de fluidos para suavemente remover bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos;



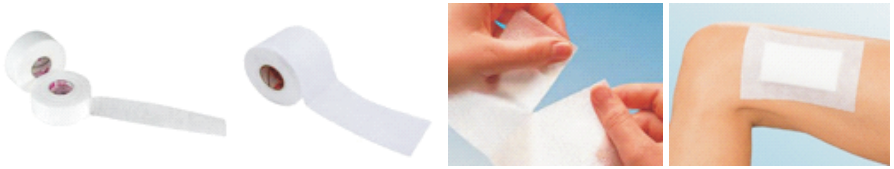


**Descrição das Coberturas Padronizadas**

| Produto | Curativo poliuretano estéril fendado para cateter periférico e para cateter central |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo de poliuretano ESTÉRIL, em película transparente, semipermeável para fixação de cateter. Embalagem estéril, com dados de identificação: data de fabricação e validade, número de lote e registro na ANVISA. MEDIDAS: 8,5X 11,5 cm (SIAD: 1403699); 7X 7 cm (SIAD: 1403680). Aceita-se pequena variação a maior. |
| Características | Curativo adequado a fixação de cateteres, de adesivo hipoalergênico e com fibras de poliéster não tecidas, livres de látex. Possui barreira bacteriana e viral, impermeável a líquidos e permite troca gasosa. Fendado e com reforço em bordas inferiores, em tecido macio para proporcionar uma fixação em torno dos cateteres. Acompanhado de no mínimo duas tiras adesivas extras estéreis para promover a estabilização da fixação do cateter. |
| Ação | Proporciona proteção, barreira bacteriana e viral, Impermeável a líquidos, permitindo troca gasosa e evaporação da água. Promove estabilização da fixação do cateter. |
| Indicações | Fixação de cateteres periféricos e centrais. |
| Contra indicações | Sítios de inserção de cateteres com presença de exsudato. |
| Técnica de manuseio | Sistema de aplicação em moldura |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do filme transparente e retirar o papel protetor que contém as tiras estabilizadoras. Aplicar o filme transparente diretamente sobre o cateter 1 a 2 cm além da margem da inserção do dispositivo, cuidadosamente, a fim de não enrugar o curativo. Reforçar fixação com outra fita estabilizadora e datar. |
| Troca | Deve ser avaliado diariamente. Trocar quando perder a transparência, soltar da pele ou houver sinais de infecção ou exsudato. No acesso venoso central pode permanecer por até 7 dias. No acesso venoso periférico pode permanecer até a troca do dispositivo. |
| Observações / cuidados | Dispensa curativo secundário. Não tocar na parte interna do curativo, que ficará em contato com o sítio de punção a fim de não contaminar. |
| Exemplos de nome comercial | Tegaderm IV®; IV3000 e outros. |

Fonte: Google imagens, http://www.ivdressing.com/. www.biocompany.com.br. Solutions.3m.com.br. www.bbraun.com.br.Acesso em 12/04/2016

| Produto | Fita hipoalergência rolo com picote a cada 5 cm |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Fita Adesiva hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex.<br>FINALIDADE: Fixação dispositivos em pele sensível.<br>MEDIDAS: 2,5CMX9,0 m (SIAD:1440284); 5,0CM X9,0 m (SIAD:1440292) |
| Características | Livre de látex, hipoalergênica e conformável, muito suave e com forte adesividade para aplicações mais críticas. |
| Ação | Prevenção de lesões de pele por adesivos, pois possui maior adesão à pele e menor risco de trauma quando comparada às fitas comuns. |
| Indicações | Fixação de dispositivos ou curativos não aderentes em pacientes com pele sensível, especialmente em beneficiários com extremos de idade (idosos e crianças) |
| Contra indicações | Não consta |
| Técnica de manuseio | Técnica limpa |
| Instruções de uso | Acomodar a fita à pele sem exercer tração. Possui resistência à agua, podendo ser seca com uso de toalha de pano. |
| Troca | Seguir troca conforme necessidade do curativo instituído |
| Observações / cuidados | Usar para fixação de dispositivos médicos sobre a pele de pacientes sensíveis. Remover delicadamente, no sentido de crescimento dos pelos, segurando a pele no ponto de remoção. |
| Exemplos de nome comercial | Medipore; Hypafix e outros. |



Fonte: solutions.3m.com.br, www.safetyfirstaid.co.uk





| Produto | Curativo poliuretano transparente não estéril rolo |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo transparente de poliuretano, NÃO ESTÉRIL, adesivo, medindo aproximadamente 15 cm de largura x 10 metros de comprimento, em rolo, para fixação de curativos e proteção da pele. Embalagem com dados de identificação, validade e registro no MS.<br>FINALIDADE: Cobertura secundaria; Prevenção de lesão.<br>MEDIDA: 15 cm X 10 m (SIAD-553875) |
| Características | Película de poliuretano flexível e confortável, fácil aplicação em áreas de contorno do corpo, transparente, semipermeável, aderente a superfícies secas, hipoalergênico |
| Ação | Proporcionar proteção, barreira contra fluidos, permeabilidade seletiva, permitindo troca gasosa e evaporação da água. Impermeável a microrganismos e fluidos. |
| Indicações | Proteção de pele íntegra, prevenção de Lesões Por Pressão. Fixação de curativos primários em geral. |
| Contra indicações | NÃO APLICAR COMO CURATIVO EM CATETER (VENOSO OU ARTERIAL).<br>Não aplicar diretamente sobre feridas como curativo primário. |
| Técnica de manuseio | Técnica Limpa |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do filme transparente. Aplicar o filme transparente diretamente sobre a pele íntegra cuidadosamente, a fim de não enrugar o curativo. Aplicar sobre o curativo primário, cuidadosamente, a fim de não enrugar o curativo. |
| Troca | Deve ser avaliado diariamente;<br>Trocar quando perder a transparência, soltar da pele ou houver sinais de infecção ou exsudato. Quando usado para prevenção efetuar a troca caso perca adesividade e/ou transparência. |
| Observações / cuidados | Quando usado na PREVENÇÃO de lesões de pele pode permanecer no local por tempo indeterminado. Pode ser utilizado como cobertura secundária. Não tocar na parte interna do curativo, a fim de não contaminar. |
| Exemplos de nome comercial | Hydrofilm-Roll; Opsite Flexifix; Pharmafix-PU; Tegaderm-Roll; curatec®; Suprasorb Film e outros. |

Fonte: Google imagens, www.politecsaude.com.br. www.dutramed.com.br. estomatech.com.br. www.vitamedical.com.br. Acesso em 19/11/2015.

| Produto | Curativo spray - solução protetora cutânea |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Solução protetora cutânea; estéril, polimérica, difundida em solvente não citotóxico, não alcoólico e não gorduroso composto de emoliente recondicionante da pele.<br>FINALIDADE: formação de película protetora sobre a pele em locais de esfoliamento, atrito ou curativos adesivos.<br>APRESENTAÇÃO: Frasco spray com 28ml, (SIAD- 46515); |
| Características | Solução polimérica de secagem rápida, líquida, incolor, transparente, não citotóxico. |
| Ação | Forma uma película protetora uniforme e semipermeável a líquidos, fluídos corporais e fezes por até 72 horas. |
| Indicações | Proteção contra irritação de pele decorrente de incontinência urinária e anal, danos causados pelos adesivos em curativos repetitivos. Proteção de pele ao redor de ostomia fistula e feridas drenantes.<br>Pode ser utilizado em neonatos a partir de um mês de vida. |
| Contra indicações | Lesões abertas e áreas infectadas. |
| Técnica de manuseio | Técnica limpa. Produto líquido estéril. |
| Instruções de uso | Na pele limpa e seca, aplicar um a dois jatos do protetor cutâneo sobre a área a ser protegida, formando uma camada uniforme. Deixar secar por 30 segundos e se necessário reaplicar em um uma determinada área novamente. |
| Troca | Não necessita ser retirado antes das reaplicações. Permanece até 72 horas depois de aplicado.<br>Permanece até 48 horas quando aplicado sob produto adesivo de troca constante e nos casos de incontinência urinária, fecal e fluídos corpóreos. |
| Observações / cuidados | Dispensa curativo. Aplicar sobre a pele limpa e seca.<br>É inflamável, deve ser usado em áreas bem ventiladas e longe de chamas.<br>Suspender uso em caso de irritação da pele. |
| Exemplos de nome comercial | Cavilon spray protetor cutâneo; Silmed Dermaplus spray; Secura no sting barrier film e outros. |

Fonte: www.primecirurgica.com.br. store.independenceaustralia.com.
acasadoenfermeiro.com.br. Acesso em 12/04/2016

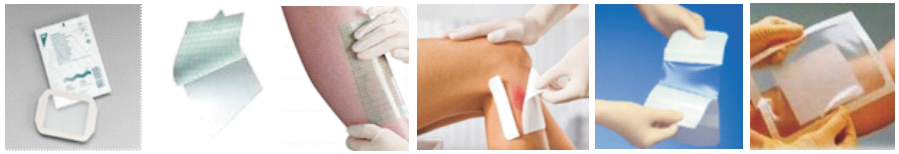




| Produto | Solução para pele - limpador de pele sem enxague |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Solução para pele - Limpador de pele sem Enxágue.SIAD:39977<br>FINALIDADE: Higienização da pele da região de fraldas, sem enxague<br>APRESENTAÇÃO: Frasco borrifador com 250ml |
| Características | Solução profissional que remove urina, fezes e outras sujidades sem comprometer a integridade da pele |
| Ação | Fórmula, a base de água e livre de álcool, contém pH ácido que mantém a barreira da pele e sufactantes iônicos que limpam a pele sem irritar. Possui compostos à base de dimeticona: hidratante oclusivo.<br>Mantém o pH da pele levemente ácido, contribuindo para manutenção da barreira da pele e ajuda na restauração da barreira lipídica do extrato córneo |
| Indicações | Indicado para pele íntegra.<br>Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) |
| Contra indicações | Não usar em bebês com menos de um mês de vida. |
| Técnica de manuseio | Técnica limpa. Produto líquido estéril. |
| Instruções de uso | Borrifar na área desejada ou umedecer um pano macio com o produto.<br>Remover delicadamente as sujidades com um pano macio. Não enxaguar.<br>Repetir a higienização se necessário. |
| Troca | Usar a cada processo de higienização íntima, após eliminações fisiológicas em fraldas. |
| Observações / cuidados | NÃO É UM LIMPADOR DE FERIDAS.<br>Não contém fragrância e não forma espuma. |
| Exemplos de nome comercial | Cavilon Limpador sem enxague e outros. |

Fonte: produto.mercadolivre.com.br. Acesso 13/04/2017

| Produto | Curativo poliuretano transparente estéril (para ferida) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo em película transparente de poliuretano, tipo barreira permeável a gás, vapor e bactérias, permitindo oxigenação da ferida e impermeável a agua, recoberta com adesivo hipoalergênico, com moldura na parte posterior que facilita a colocação e retirada. Embalagem individual estéril, deverá constar a data da fabricação e da validade do produto, dados de identificação, tipo de esterilização, número do lote e registro no MS.<br>FINALIDADE: Curativo de lesão.<br>MEDIDAS: 10,2x 12,7cm (SIAD-3794); 10x25cm (SIAD-803901); |
| Características | Cobertura para ferimentos estéril, composta por um filme transparente de poliuretano semipermeável associado a um adesivo hipoalergênico. |
| Ação | A película irá formar uma barreira impermeável a líquidos e bactérias sobre o leito da lesão. Além disso, permitirá o acúmulo do exsudato sobre o mesmo, reduzindo a dor e favorecendo a migração celular. Extensível e conformável aos contornos do corpo. |
| Indicações | Feridas superficiais, cortes, abrasões, áreas doadoras de enxerto. |
| Contra indicações | Feridas infectadas; ferida exsudativas; Queimaduras de 3º grau; Lesão com vasculite ativa; presença de pele perilesional friável. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do filme transparente. Aplicar o filme transparente diretamente sobre a ferida 1 a 2 cm além da margem da lesão, cuidadosamente, a fim de não enrugar o curativo. |
| Troca | Deve ser avaliado diariamente;<br>Trocar quando perder a transparência, soltar da pele ou houver sinais de infecção ou exsudato. Podendo permanecer no local por até 7 dias. |
| Observações / cuidados | Dispensa curativo secundário.<br>Pode ser usado como curativo secundário quando associado a outros produtos que estimulem granulação tecidual através do desbridamento autolítico (Ex:Hidrogel, Alginato, Colágeno).<br>Não tocar na parte interna do curativo, que ficará em contato com a ferida a fim de não contaminar. |
| Exemplos de nome comercial | Tegaderm-Film; Opsite®; Hydrofilm®; Polyskin®; Bioclusive®; Tegaderm®; Suprasorb F®; Aquagard®; Blisterfilm®; Mefilm®; Askina Film® e outros. |



Fonte: Google imagens, http://www.estomatech.com.br/imagem_produto.asp?id=45. www.helpstarloja.com.br cirurgicabandeirantes.com.br. enfermagembio.blogspot.com.br Acesso em 12/04/2016.





| Produto | Curativo poliuretano transparente estéril com compressa absorvente |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo cirúrgico ESTÉRIL com compressa absorvente, confeccionado por uma película transparente de poliuretano, com adesivo acrílico e hipoalergênico e compressa absorvente e não aderente.<br>FINALIDADE: Feridas de baixo a moderado exsudato;<br>MEDIDAS: 9,0x 25,0 CM (SIAD-803979); |
| Características | Filme de poliuretano estéril permeável ao oxigênio e vapor d'água. Adesivo acrílico sensível à pressão e compressa constituída de uma camada de fibras de rayon não tecido entre duas camadas de polietileno poroso. |
| Ação | Atua como barreira bacteriana, viral e contra líquidos resistentes à água. Hipoalergenico. É absorvente e não aderente, absorve sangue e exsudato, enquanto minimiza aderência à ferida. |
| Indicações | Cobrir feridas agudas; Cortes; Queimaduras; Abrasões; Úlceras Superficiais; Curativo Secundário; Áreas doadoras de Enxerto; Incisões cirúrgicas. |
| Contra indicações | Lesões muito exsudativas. |
| Técnica de manuseio | Técnica limpa. |
| Instruções de uso | Abra a embalagem e retire o curativo estéril;<br>Remova o papel protetor do curativo, expondo a superfície adesiva;<br>Posicione o curativo com a compressa para baixo, e aplique-o sobre o local;<br>Alise as bordas do curativo selando ao redor da ferida; |
| Troca | Deve ser avaliado diariamente; O curativo deverá ser trocado quando o exsudato penetrar através da compressa; |
| Observações / cuidados | O curativo não é indicado para substituir suturas ou outro método de fechamento de feridas. Para garantir uma melhor adesão, remova o excesso de pelo se necessário.<br>Permita que todas as soluções utilizadas no preparo sequem completamente antes da aplicação do curativo.<br>Para remover o curativo, desprenda suavemente às bordas e remova lentamente o curativo da pele em direção ao crescimento dos pelos. |
| Exemplos de nome comercial | Tegaderm Pad®; Advanced e outros. |

Fonte: Google imagenssolutions.3m.com.br. . www.3msalud.cl. www.allegromedical.com. www.vitaesaude.com.br. Acesso em 12/04/2016.

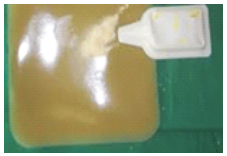
| Produto | Gel curativo hidrocoloide - gel amorfo (Hidrogel) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Gel - Identificação: Amorfo, transparente, viscoso e estéril;<br>Gel para curativo com Hidrocolóides.<br>APRESENTAÇÃO: (SIAD: 312630). |
| Características | São fabricados a partir de co-polímeros que contém uma grande quantidade de água. Apresentação: Gel ou placa. |
| Ação | Amolece e remove o tecido desvitalizado, por desbridamento autolítico.<br>Água: mantém umidade; Carboximetilcelulose: rehidratação celular e desbridamento; |
| Indicações | Remoção de tecido desvitalizado e crostas em lesões abertas. Feridas em granulação/ epitelização com pouco exsudato. |
| Contra indicações | Não se recomenda em feridas muito exsudativas, colonizadas por fungo ou em pele íntegra, bem como feridas cirúrgicas fechadas. |
| Técnica de manuseio | Técnica Limpa. |
| Instruções de uso | Aplicar o gel somente sobre o leito da ferida ou introduzir na cavidade de forma asséptica.<br>Ocluir com cobertura secundária estéril (Ex: filme de poliuretano estéril). No caso de uso de gaze como cobertura secundária, umedecê-la com SF. |
| Troca | A cada 12 ou 24 horas, conforme necessidade de remoção do tecido desvitalizado, mantendo o leito da lesão úmido. |
| Observações / cuidados | Necessita de cobertura secundária. |
| Exemplos de nome comercial | Hidrogel; Intrasite gel®; Suprasorb G®; Askina Gel®; Duoderm gel®; Nu-Gel®; Purilon®; Curafil® Gel; Aquaflo®; Dermagran®; Hydrosorb®; Hypligel®; Elasto-gel® e outros. |

Fonte: Google imagens, www.dellamed.com.br. lista.mercadolivre.com.br
www.socurativos.com.br. Acesso em 19/11/2015.





| Produto | Curativo hidrocolóide (placa e pó) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo para cobertura de ferimento, composto de carboximetilcelulose sódica, recoberto por uma película de poliuretano, permeável ao vapor úmido e impermeável a agentes de contaminação, oclusivo, autoadesivo, não aderente ao leito da lesão, sistema de aplicação sem toque.<br>APRESENTAÇÃO: Placa e pó<br>MEDIDAS: Placas 10,0x 10,0 CM (SIAD: 803910); 20,0X 20,0CM (SIAD: 803936).<br>Pó (SIAD: 1172018) - Barreira protetora ostomia. |
| Características | Curativo aderente composto de partículas derivadas da celulose, gelatina e pectinas englobada numa substância elástica e auto adesiva, coberta por uma película de poliuretano de permeabilidade seletiva. |
| Ação | Promove a angiogênese e o desbridamento autolítico. Estimula a granulação tecidual. |
| Indicações | Feridas limpas com pouco a moderada exsudação.<br>Hidrocolóide pó: uso padronizado como barreira protetora ostomia. |
| Contra indicações | NÃO usar Feridas infectadas,<br>Não se recomenda em feridas necróticas e feridas altamente exsudativas. |
| Técnica de manuseio | Técnica limpa. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro e retirar o papel de revestimento do Hidrocolóide, cuidadosamente, sem tocar na parte interna da placa. Aplicar o Hidrocolóide diretamente na ferida, firmando-o nas bordas (o diâmetro deve ultrapassar o leito da ferida em aproximadamente 2 cm). Fixar bem, pressionando as bordas do Hidrocolóide. |
| Troca | A troca deve ser feita sempre que houver saturação do curativo, extravasamento do gel ou deslocamento do Hidrocolóide, podendo permanecer até 7 dias |
| Observações / cuidados | Pode haver formação de gel amarelado, pela interação do gel do Hidrocolóide com o exsudato da lesão, semelhante a secreção purulenta.<br>A pele periferida deve estar seca para aderência do Hidrocolóide placa a pele.<br>Para melhor fixação do Hidrocolóide placa, pode-se usar micropore nas bordas. |
| Exemplos de nome comercial | Duoderm®; Comfeel Plus®; Askina Hydro®; Suprasorb H®; Tegasorb®; Hydrocoll®; Restore®; Replicare®; Bifilm®; Ultec®; Ultec Pro® e outros. |



Fonte: Google imagens. https://cirurgicasaopaulo.websiteseguro.com. Acesso em 19/11/2014.
dicasdeficientes.blogspot.com. dicasdeficientes.blogspot.com . www.medikalada.com. Acesso 12/04/2016

| Produto | Curativo adesivo hidropolímero/hidrocelular |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Hidropolímero/Hidrocelular, composto de camada externa de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias, permitindo trocas gasosas. Embalagem estéril, com dados de identificação, tipo de esterilização, data de fabricação, prazo de validade e número do lote.<br>MEDIDAS: 15,0 x 20,0 CM (SIAD: 803960); 10,0 x 10,0 CM (SIAD: 803952); |
| Características | Placas almofadas geralmente composta por três camadas sobrepostas, sendo uma central de hidrocelular que controla a absorção do fluído pela expansão das células a medida que absorve o exsudato, e duas outras não aderentes, o que evitam a agressão aos tecidos na remoção. |
| Ação | Promovem a granulação tecidual; Removem o excesso de exsudato; Controlam os níveis de exsudato da ferida. |
| Indicações | Feridas exsudativas (drenos), limpas em fase de granulação.<br>Feridas superficiais (placa), feridas com cavidade (almofadas). |
| Contra indicações | FERIDAS INFECTADAS<br>Não devem ser usados em feridas secas, necróticas (escaras secas / mumificadas ou úmidas); Impedem a visualização do leito da ferida. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Limpar o leito da ferida com solução salina; assegurar que a pele circundante (2 a 3 cm) esteja limpa, seca e livre de qualquer produto gorduroso. Abrir o invólucro do curativo. Aplicar no leito da lesão (curativo primário). |
| Troca | Pode ser mantido na lesão por 7 dias. |
| Observações / cuidados | Para uma perfeita adesividade deixe uma margem de pele íntegra de pelo menos 3 cm. |
| Exemplos de nome comercial | Allevyn®; Calgitrol Ag ®; Curafoam®; Biatain®; Elasto-Gel®; Hydrafoam®; Askina Transorbent®; PolyWic®; Suprasorb PU®; Tielle® e outros. |

Fonte: Google imagens catalogohospitalar.com.br. www.estomaplast.com.br. Acesso em 19/11/2014.





| Produto | Curativo alginato de cálcio/sódio (Placa e Cordão) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Cobertura de ferimento, absorvente, composto de um polímero em fibras de alginato de cálcio e/ou sódio, em placa resistente a tração, não oclusiva.<br>Fita ou cordão absorvente composto de um polímero em fibras de alginato de cálcio e/ou sódio, não adesivo e não oclusivo, com aproximadamente 35cm de comprimento<br>APRESENTAÇÃO: placa e fita<br>MEDIDAS: Placas - 10,0x 10,0 CM (SIAD: 27545); 10,0X 20,0CM (SIAD: 229261).<br>Fita - 35 CM de comprimento aproximadamente; (SIAD: 229270) |
| Características | Fibras têxteis suaves de Alginato de Ca++ e Na+ extraídas de Algas Marinhas marrons (Laminaria), contendo sais do ácido algínico como princípio ativo, que é um polissacarídeo natural, sendo altamente absorvente. |
| Ação | O sódio presente no exsudato da ferida interage com o cálcio do Alginato, acontecendo troca iônica que promove: desbridamento autolítico, alta absorção de exsudato, hemostasia e umidade do leito da lesão. |
| Indicações | Lesões abertas, com exsudato em moderada ou grande quantidade, com ou sem infecção, lesões sangrantes. |
| Contra indicações | Lesões sem ou com pouca quantidade de exsudato ou recobertas por tecido necrótico. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Avaliar qual tipo de alginato (placa ou cordão) se adapta melhor ao leito da ferida.<br>Abrir o invólucro do alginato de maneira asséptica. Calçar luvas estéreis. Aplicar o alginato de forma asséptica sobre o leito da ferida. Cobrir com gaze seca estéril. |
| Troca | O período de troca depende do volume de exsudado. Trocar o alginato quando estiver saturado, podendo este permanecer até 5 dias, conforme característica da ferida. Trocar a cobertura secundária SEMPRE que estiver saturada. |
| Observações / cuidados | Pode-se associar Hidrogel sob o alginato, a fim de manter melhor hidratação do leito da ferida. O filme poliuretano estéril pode ser usado como cobertura secundária.<br>Para recortar o alginato, deve ser usada tesoura estéril.<br>Para feridas muito exsudativas, é necessário trocar a cobertura secundária uma ou duas vezes ao dia.<br>Ao diminuir a quantidade de exsudato, deve-se indicar outro tipo de curativo. |
| Exemplos de nome comercial | Suprasorb A®; Seasorb®; Askina Calgitrol Ag ®; Algoderm®; Curasorb®; Kaltostat®; Tegagen®; Restore Calcicare®; Sorbsan®; Sorbalgon Plus® e outros. |

Fonte: Google imagens. spanish.alibaba.com/product. Acesso em 19/11/2014. m2smedical.com. www.polimedicadovale.com. www.estomaplast.com.br. www.curativosecia.com. Acesso em 12/,4/2016

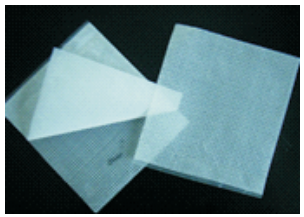
| Produto | Curativo colágeno com cadeia tripla hélice |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo ESTÉRIL absorvente e flexível, composto de 90 por cento de COLÁGENO com cadeia de tripla hélice e 10 por cento de alginato de cálcio formador de gel, não aderente, fácil remoção.<br>FINALIDADE: Feridas de baixo a moderado exsudato;<br>MEDIDAS: 10,2X 11,25CM (SIAD: 236381); |
| Características | Composta de 90 por cento de colágeno com cadeia de tripla hélice e 10 por cento de alginato de cálcio formado de gel e controlador do exsudato. |
| Ação | Favorece o crescimento interno dos tecidos e vasos sanguíneos. Não aderente, absorvente, controla o exsudato e mantém o meio úmido. Flexível, altamente absorvente. |
| Indicações | Feridas abertas com pouco a moderado exsudato, que necessitem de um apoio estrutural para o crescimento celular. Pode ser usado em úlceras de etiologias vasculares mistas, diabéticas, queimaduras de 2? grau, abrasões e feridas traumáticas cicatrizadas por segunda intenção. |
| Contra indicações | Necrose seca; Feridas altamente exsudativas. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro de colágeno; Calçar luvas estéreis. Aplicar a cobertura diretamente sobre o leito da ferida. Ocluir com o curativo secundário conforme a quantidade de exsudato: Filme poliuretano estéril para exsudato mínimo; curativo adesivo de Hidropolímero para exsudato moderado. |
| Troca | Feridas com moderada quantidade de exsudato e em uso de curativo secundário (Adesivo de Hidropolímero), trocar a cada 2 ou 4 dias, conforme saturação do curativo secundário.<br>Feridas pouco exsudativas e em uso de curativo secundário (Filme Transparente), trocar a cada 7 dias, ou quando estiver saturado. |
| Observações / cuidados | Na remoção do curativo secundário descarte todo o curativo de colágeno que não foi absorvido pelo leito da lesão. |
| Exemplos de nome comercial | Prisma; Fibracol®; Suprasorb C®; Hy Cure® e outros. |

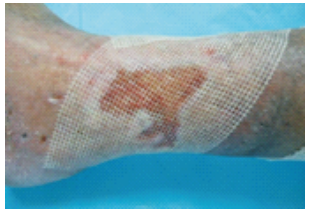
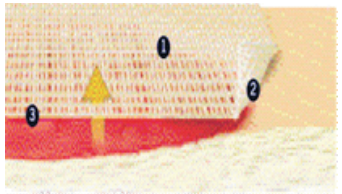
Fonte: Google imagens .www.vitaesaude.com.br.www.rbcp.org.br.Produto.mercadolivre.com.br. Acesso dia 12/04/2016.http://www.ledurpharma.com.br. Acesso em 19/11/2015..





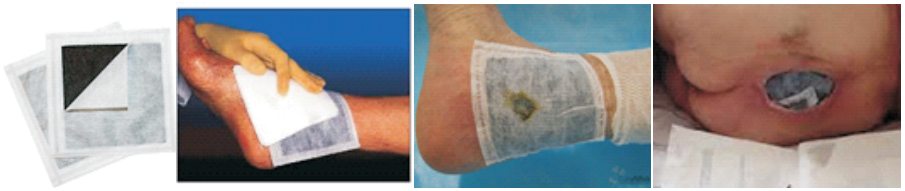
| Produto | Curativo impregnado com petrolatum (tela) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo, não aderente, ESTERIL; acetato de celulose - Composição: tela de malha impregnada c/parafina ou petrolatum; medidas: aproximadamente 10 x 40 cm; FINALIDADE: Cobertura primaria;<br>MEDIDA das PLACAS: 10x10CM (SIAD: 889385);10x210CM (SIAD: 803944);10,0x 40,0 CM (SIAD: 1138235); |
| Características | Malha de acetato de celulose (viscose) porosa, impregnada com emulsão de petrolatum (hidrossolúvel). |
| Ação | Evita aderência; protege o tecido neoformado; minimizam a dor e o trauma durante as mudanças de curativo; permite o trânsito de exsudato (poros). |
| Indicações | Queimaduras de 1º e 2º grau; abrasões; área receptora de enxertos; áreas doadoras; ulceras: venosas; pressão; incisão cirúrgica. |
| Contra indicações | Hipersensibilidade. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro da tela impregnada com petrolatum; Colocar luvas estéreis. Aplicar a cobertura sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril. Fixar com micropore. |
| Troca | O período de troca depende do volume de exsudado. Trocar a tela de malha quando estiver saturado ou SECA, podendo este permanecer até 3 dias. Trocar a cobertura secundária quando estiver saturada. |
| Observações / cuidados | Necessita de curativo secundário.<br>Pode ser recortado pois não libera fragmentos ou fibras quando recortado.<br>Se necessário, cortar a compressa no tamanho desejado, usar tesoura estéril |
| Exemplos de nome comercial | Adaptic; Compressa com Emulsão de Petrolatum; Advanced; Hidrotul; Jelonet e outros. |




Fonte: Google imagens. portuguese.alibaba.com.Acesso 12/04/2016. http://www.legmed.ru. Acesso em 19/11/2014. http://www2.ciashop.com.br. Acesso em 19/11/2014

| Produto | Curativo carvão prata (sache não recortável) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo para cobertura de ferimento, composto de uma almofada de não tecido, contendo em seu interior um tecido de carvão ativado, impregnado com prata em sua superfície, selada em toda sua extensão,<br>TIPO: selada em toda sua extensão;<br>MEDIDA das PLACAS: 10,5 x 10,5 CM (SIAD: 116327); |
| Características | Cobertura estéril primária, de baixa aderência, envolta por camada de tecido e almofada impregnada por carvão ativado e prata a 15%. |
| Ação | O carvão ativado absorve exsudato e filtra odor. A prata age de forma bactericida. |
| Indicações | Lesões fétidas, infectadas ou não, com exsudato de moderada a grande intensidade, deiscências cirúrgicas, fúngicas, de pressão, venosas e neoplásicas. |
| Contra indicações | Lesões com pouca drenagem de exsudato, sangramento, perda teciduais superficiais e recobertas por escara e queimaduras. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do carvão ativado e da gaze. Calçar luvas estéreis. Aplicar o curativo de carvão ativado diretamente sobre o leito da ferida. Ocluir com gaze seca estéril e fixar com micropore. |
| Troca | O período de troca depende do volume de exsudado. Trocar o carvão ativado quando estiver saturado, podendo este permanecer até 5 dias. Trocar a cobertura secundária SEMPRE que estiver saturada. Para feridas muito exsudativas, é necessário trocar a cobertura secundária uma ou duas vezes ao dia. |
| Observações / cuidados | Não cortar o curativo de sache para não liberar carvão ou prata na lesão.<br>Havendo redução do exsudato; odor e granulação da ferida, indicar outro tipo de curativo que promova meio úmido.<br>Nas feridas com áreas de tecido de granulação, utilizar Hidrogel sob a cobertura de carvão ativado, a fim de evitar trauma do tecido quando da remoção do curativo. |
| Exemplos de nome comercial | Actisorb; ActCarbon; Curatec - Carvão Ativado com Prata Sachê e outros. |

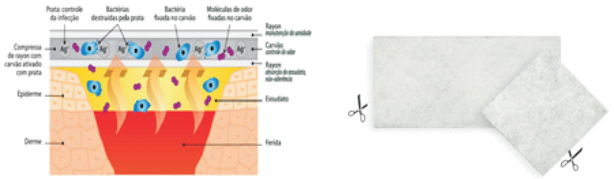


Fonte: Google imagens. curativavc.com.br,www.indaiavacinas.com.br. www.angiologiaonline.com. enfermeiro.br.tripod.com. Acesso em 12/04/2016.



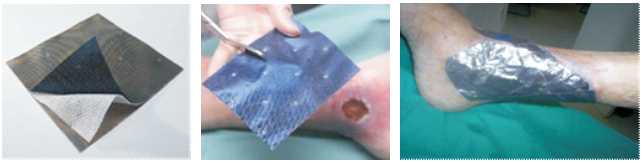


| Produto | Curativo carvão prata (recortável) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo para cobertura de ferimento, composto de uma almofada de não tecido, contendo em seu interior um tecido de carvão ativado, impregnado com prata em sua superfície, selada em toda sua extensão.<br>MEDIDA das PLACAS: 19,0 x 10,5 CM (SIAD: 533319); |
| Características | Composto de tecido de carvão ativado impregnado com prata, prensado entre duas camadas de rayon/poliamida. |
| Ação | Adsorvem os gases voláteis, responsáveis pelo mau cheiro e os microorganismos produtores desta substância. A prata exerce efeito bactericida sobre os microorganismos. As camadas de rayon/poliamida são não aderentes, semipermeáveis, isolantes térmicas e absorventes e permite o fluxo do exsudato para o curativo secundário além de propiciar um microambiente com umidade ideal para cicatrização da ferida. |
| Indicações | Feridas exsudativas, limpas ou infectadas, crônicas ou agudas, superficiais ou profundas e com odor desagradável. |
| Contra indicações | Lesões com pouca drenagem de exsudato, perda teciduais superficiais e recobertas por escara. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do carvão ativado e da gaze. Calçar luvas estéreis. Aplicar o curativo de carvão ativado diretamente sobre o leito da ferida. Ocluir com gaze seca estéril e fixar com micropore. |
| Troca | O período de troca depende do volume de exsudado. Trocar o carvão ativado quando estiver saturado, podendo este permanecer até 5 dias. Trocar a cobertura secundária SEMPRE que estiver saturada. Para feridas muito exsudativas, é necessário trocar a cobertura secundária uma ou duas vezes ao dia |
| Observações / cuidados | Pode ser usado como curativo primário ou secundário. Pode ser recortado.<br>É necessário o uso de um curativo absorvente secundário em feridas exsudativas em associação com esse curativo.<br>A prata presente no curativo não é liberada para ferida e, atua somente sobre os microorganismos adsorvidos (“capturados”) pelo carvão. |
| Exemplos de nome comercial | Curatec Carvão ativado recortável e outros. |



Fonte: Google imagens. loja.curatec.com.br. www.lmfarma.com.br/curatec. Acesso em 19/11/2014.

| Produto | Curativo prata nanocristalina |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo tipo cobertura de ação antimicrobiana, constituída por 02 camadas de polietileno recobertas por prata nanocristalina; composta por 01 camada central de rayon e poliéster, unidas por solda ultrassónica. Embalagem individual estéril.<br>FINALIDADE: lesões altamente colonizadas ou infectadas e estagnadas.<br>MEDIDA das PLACAS: 10,0 x 10,0 cm (SIAD: 610011); |
| Características | Composto de 3 camadas: - Duas camadas de malha de polietileno de alta densidade recoberta com prata nanocristalina. - Uma camada de rayon e poliéster absorvente para ajudar a manter o ambiente úmido na interface ferida-curativo. - As camadas são unidas por soldas ultrasônicas, uniformemente distribuídas pelo curativo. |
| Ação | Atua como barreira antimicrobiana, sem inibir a cicatrização; A prata nanocristalina mata um largo espectro de bactérias em apenas 30 minutos; A liberação sustentada de prata assegura que o curativo permanece efetivo por até 3 dias; |
| Indicações | Feridas infectadas ou criticamente colonizadas de qualquer etiologia. |
| Contra indicações | Não usar em clientes com sensibilidade a prata.<br>Não usar em clientes que irão se submeter ao exame de Ressonância Magnética. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Abrir o invólucro do curativo; cortar no tamanho adequado à ferida e aplicar no leito da lesão. Umedecer a cobertura com água destilada (não utilize solução salina) drene o excesso de água da cobertura antes da aplicação. Aplicar o curativo com o lado azul voltado para o leito da ferida. Aplicar uma cobertura secundária adequada. Para feridas muito exsudativas, é necessário trocar a cobertura secundária uma ou duas vezes ao dia. |
| Troca | Pode ser mantido na lesão por 3 dias; A troca depende da quantidade de exsudato presente e as condições da ferida. |
| Observações / cuidados | A solução salina pode inativar a prata antes do tempo.<br>O curativo pode causar descoloração transitória da pele circundante.<br>Se necessário umedeça o curativo para remover de forma não traumática. |
| Exemplos de nome comercial | Acticoat® e outros. |

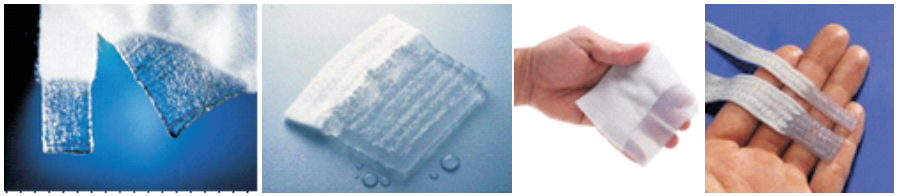


Fonte: Google imagens http://www.cirurgicasaopaulo.com.br . Acesso em 19/11/2014. Fonte: CEM – IPSEMG





| Produto | Curativo não aderente carboximetilcelulose prata iônica (hidrofibra) |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Placa, estéril, não tecido, 100% carboximetilcelulose; Curativo estéril, não aderente, macio, de material não tecido, em placa ou fita, composto de hidrofibras 100% carboximetilcelulose sódica e 1,2% de prata iônica. A carboximetilcelulose sódica deve ser agrupada e alinhada verticalmente para proporcionar a adsorção e absorção vertical, transformando a placa em gel coeso protegendo as bordas da lesão.<br>MEDIDA das PLACAS: 15,0 x 15,0 CM (SIAD: 1226886). |
| Características | Curativo de alta absorção composto de hidrofibras 100% de carboximetilcelulose sódica agrupadas e alinhadas verticalmente, que absorvem até 25 vezes seu peso em fluidos, realizando drenagem vertical e lateral controlada, mantendo o fluido distante da ferida e da pele circundante. |
| Ação | Promove desbridamento autolítico com a remição natural do tecido desvitalizado, mantendo o meio úmido ideal para a cicatrização e controle do excesso de exsudato. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato. |
| Indicações | Para lesões de elevado exsudato. Pode ser usado em feridas infectadas (Hidrofibra com prata). |
| Contra indicações | Hipersensibilidade. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Aplicar diretamente sobre a ferida de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão. Em feridas cavitárias introduzir a fita preenchendo o espaço parcialmente, deixando margem mínima de 2,5 cm da fita para fora da superfície para facilitar a retirada. O curativo pode ser cortado no tamanho necessário. Requer cobertura secundária. |
| Troca | Pode ser mantido na lesão por até 7 dias ou em intervalo menor, se houver saturação da cobertura. Para feridas muito exsudativas, é necessário trocar a cobertura secundária uma ou duas vezes ao dia. |
| Observações / cuidados | Na remoção, lave a lesão com soro fisiológico e a cobertura desprende-se do leito da lesão. |
| Exemplos de nome comercial | Aquacel hydrofiber®; Aquacel Ag® e outros. |



Fonte: Google imagens catalogohospitalar.com.br. Acesso em 19/11/2014.

| Produto | Sulfadiazina de prata + nitrato de cério |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Sulfadiazina de prata + nitrato de cério<br>Apresentacao: creme (uso topico); dosagens: 10 mg/grama + 4 mg/grama.<br>SIAD:275441 |
| Características | Sulfadiazina de prata 10mg; Nitrato de Cério 4mg |
| Ação | 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. |
| Indicações | Prevenção e tratamento de infecções em queimaduras. |
| Contra indicações | Hipersensibilidade. A sulfadiazina de prata deve ser evitada para uso por gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém- natos nos dois primeiros meses de vida. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Aplicar o creme de forma asséptica sobre toda a lesão (5 mm de espessura).<br>Ocluir com gaze estéril.<br>Fixar com micropore ou atadura de crepom. |
| Troca | No máximo, a cada 24 horas, ou se houver saturação da cobertura secundária. |
| Observações / cuidados | Pode ser aplicado duas vezes ao dia no caso de lesões muito exsudativas. O excesso de pomada deve ser retirado a cada troca.<br>Suspender o uso no caso de hipersensibilidade. |
| Exemplos de nome comercial | DERMACERIUM e outros. |

Fonte: www.chronepigen.com.br. Acesso em 12/4/2016





| Produto | Curativo solução de irrigação de feridas |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Curativo solução de irrigação de feridas, frasco.<br>Frasco: 350 ml<br>SIAD: 1128183 |
| Características | Solução de irrigação composta de 0,1% de polihexanida (agente conservante) e 0,1% de Undecilaminopropil Betaina (substancia ativa de superfície = surfactante) e 99,8 % de água purificada. |
| Ação | Remoção rápida e eficaz de crostas presentes na ferida; fragmentando e removendo as crostas presentes (biofilme). Absorção e redução dos odores da ferida. Proporciona ao leito da ferida umidade ideal para o processo de cicatrização. |
| Indicações | Remoção de crostas presentes na ferida; Absorção e redução dos odores da ferida; Remoção de biofilme (úlceras por pressão, úlceras arteriais venosas e mistas, feridas cirúrgicas, queimaduras de 1º e 2º graus, áreas de doação de enxerto, feridas infectadas ou não). |
| Contra indicações | Hipersensibilidade. |
| Técnica de manuseio | Técnica asséptica. |
| Instruções de uso | Aplicar a solução de forma asséptica diretamente (irrigação) sobre toda a lesão.<br>Umidificar uma compressa com a solução e mantê-la em contato com a ferida por um período de 10 a 15 minutos. Ocluir com gaze estéril. Fixar com micropore ou atadura de crepom. |
| Troca | Para uso repetido e contínuo. |
| Observações / cuidados | Após aberto pode ser usado por até 8 semanas.<br>Pode permanecer no leito da lesão, não precisa ser lavado para aplicação de outra cobertura.<br>Pode ser submetido a aquecimento (banho maria), evitando-se o resfriamento da ferida.<br>Irrigar intensamente curativos que estejam aderidos em contato com a ferida para uma remoção sem traumas. |
| Exemplos de nome comercial | Prontosan, Polihexam e outros. |

Fonte: helianto.com.br. Catalogohospitalar.com.br. www.bbraun.no. Acesso 12/04/2016

| Produto | Colagenase |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Colagenase pura.<br>Apresentação: pomada; dosagem: 0,6 UI/grama;<br>SIAD:727938 |
| Características | Colagenase clostridiopeptidade A e enzimas proteolíticas. |
| Ação | Degrada, seletivamente, o colágeno ativo na ferida, desbridando quimicamente. |
| Indicações | Lesões com tecido necrótico. |
| Contra indicações | Feridas com cicatrização por primeira intenção.<br>Feridas com presença de tecido de granulação e/ou epitelização.<br>Sensibilidade às enzimas. |
| Técnica de manuseio | Pacote de curativos<br>Luvas de procedimentos<br>Espátula estéril<br>Gaze estéril e micropore |
| Instruções de uso | Aplicar a pomada (2mm) sobre o tecido necrótico.<br>Espalhar a pomada sobre toda a área com tecido necrótico com auxílio da espátula.<br>Ocluir com gaze úmida e em seguida gaze seca estéril.<br>Fixar com micropore. |
| Troca | A cada 12 horas, para aumento da atividade enzimática, alcançando melhores resultados. |
| Observações / cuidados | Se não houver melhora no período de 7 até 14 dias, o tratamento deve ser descontinuado. No aparecimento de ardência, dor, prurido e eritema, suspender o uso. NÃO APLICAR se a ferida apresentar áreas de granulação ou epitelização. NÃO ASSOCIAR COLAGENASE COM OUTROS TRATAMENTOS TÓPICOS/ CURATIVOS. |
| Exemplos de nome comercial | Kollagenase; Urase; Iruxol e outros. |

Fonte: www.drogariaminasbrasil.com.br. www.procuromaissaude.com. Acesso 13/04/2016





| Produto | Bandagem com pasta óxido de zinco rolo |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Bandagem de algodão de trama aberta, impregnada com pasta contendo oxido de zinco a 10%, agua destilada, glicerol, álcool, ceto-estearilico, cetomacrogol, óleo mineral, goma de guar, goma de xantina, metil-paramicroxiloenoato e propil-para-hidroxiloenoato, podendo conter calamina. Coberta com filme protetor plástico, em embalagem individual, com dados de identificação, número do lote e registro no MS.<br>SIAD: 338699. Medidas:10CM x 9M (Rolo). |
| Características | Bandagem de compressão não-elástica a base de óxido de zinco. |
| Ação | Auxilia o retorno venoso diminuindo o edema durante a movimentação, através da contração e relaxamento dos músculos dos membros inferiores, favorecendo a cicatrização da úlcera. |
| Indicações | Úlcera venosa, úlcera de pacientes portadores de hanseníase e edema. |
| Contra indicações | Úlceras arteriais e mistas (arteriovenosa) com Índice Tornozelo Braço < 0,8. Úlcera infectada. Insuficiência cardíaca descompensada, DPOC. Trombose venosa profunda.<br>Celulite ou qualquer suspeita de infecção ou inflamação local. Hipersensibilidade aos componentes da bota. |
| Materiais necessários a aplicação | Luvas de procedimento, Bota de Unna, Gaze estéril, Ataduras de crepom, Fita adesiva própria. |
| Instruções de uso | Antes de iniciar o procedimento colocar o paciente em repouso com os membros inferiores elevado por 40 minutos. Avaliar se presença de lesão (colocar a cobertura). Iniciar o enfaixamento da região distal do metatarso, incluindo o calcanhar até 3 cm abaixo do joelho. Realizar o enfaixamento da base do pé em sobreposição de 50% em espiral até o calcanhar. Na região do calcanhar utilizar sempre o enfaixamento em "8". Na região do tornozelo até o joelho o enfaixamento pode ser em "8" ou espiral com sobreposição de 50%. Durante o enfaixamento manter o pé em ângulo de 90º em relação à perna para favorecer a deambulação. |
| Troca | Quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 07 dias após a aplicação. |
| Observações / cuidados | Evitar dobras ou rugas na bandagem durante o enfaixamento e fazer pressão suficiente para mantê-la firme, porém sem garrotear o membro;<br>- Após passar a bota, enfaixar o membro com atadura de crepom, aplicar gaze sobre esta atadura para absorção do excesso de exsudato na região próxima a ferida, se houver necessidade e enfaixar o membro novamente com uma segunda atadura de crepom. |
| Exemplos de nome comercial | Bota de Unna Elástica; Unna Heal; Unaflex; Flexi-dress; Tensoplast e outros. |

Fonte: www.cirurgicasaolazaro.com.br. Sala curativos CEM/IPSEMG. mulhercomsaude.com.br

| Produto | Bandagem elástica auto compressão multicamadas |
|---|---|
| Siad: Descrição/ Número | Bandagem elástica auto compressiva composta de: 01 camada que fica em contato com a ferida, 01 camada de compressa de algodão superabsorvente, 01 camada de atadura elástica para compressão com indicador visual de pressão de 40mmhg, com ou sem 01 camada impermeável auto aderente e flexível estéril para redução de edema.<br>SIAD: 46507 |
| Características | É composto por três camadas: A primeira de algodão respirável e absortiva composta de espuma de poliuretano e algodão. A segunda, atadura de compressão elástica, composta por fios de elastômero e nylon, com sistema visual que permite enfaixamento uniforme relativo à pressão; A terceira de contenção, atadura aderente e de compressão, composta por borracha a base de látex esticável, que promove a manutenção do sistema |
| Ação | Utiliza-se de uma técnica de compressão sustentável graduada e elástica revertendo à pressão nos leitos capilares fazendo com que o sangue retorne para as veias profundas, ajudando assim a reduzir o edema e melhorar o retorno venoso. |
| Indicações | Úlceras venosas.<br>Recomendado para pacientes que permanecem muito tempo sentados ou em pé. |
| Contra indicações | Úlceras arteriais e mistas (arteriovenosa) com INDICE TORNOZELO BRAÇO < 0,8,<br>Não é aconselhável utilizar nos pacientes idosos e em pacientes com diabetes mellitus, pois há o risco de diminuição da perfusão do membro acometido. Pacientes com linfedema resultante de câncer; Circunferência do tornozelo menor que 18 cm; Celulite ou qualquer suspeita de infecção ou inflamação local, pois a compressão aumentaria a dor local; Hipersensibilidade aos componentes.<br>Suspender o uso da bandagem se apresentar sinais e sintomas de infecção (dor crescente, eritema, sensação de calor e aumento da temperatura local) ou intolerância ao produto; Suspender se observar sinais e sintomas de insuficiência arterial (dedos pálidos ou cianóticos, edema severo acima da bandagem, dor ou falta de sensibilidade nos dedos). |
| Materiais necessários a aplicação | Luvas de procedimento, kit bandagem elástica, tesoura não estéril e fita adesiva crepe |
| Instruções de uso | Aplicar cobertura primaria sobre as lesões. Medir a circunferência do tornozelo.<br>Colocar o paciente em repouso com os membros inferiores elevado por 40 minutos, antes de iniciar o enfaixamento. Durante o enfaixamento manter o pé em ângulo de 90º em relação à perna para favorecer a deambulação.<br>Iniciar o enfaixamento da primeira camada (algodão), com o lado absorvente (macio) em contato com a pele, fazendo uma espiral com 50% de sobreposição, no sentido distal proximal (base dos artelhos até 3 cm abaixo do dobra do joelho), de forma a manter um enfaixamento firme. Corte o excesso da bandagem e fixe com fita adesiva. Aplicar a segunda camada(elástica), da base dos artelhos até o tornozelo em espiral, a seguir utilizar o enfaixamento em "8", prosseguindo até 3 cm abaixo da dobra do joelho. Utilizar a técnica de estiramento de acordo com o desenho de orientação existente na camada. A sobreposição deve ser de 50%. Cortar o excesso da bandagem e fixar com fita adesiva. Aplicar a terceira camada (contensão), iniciando da base dos artelhos até 3 cm abaixo da dobra do joelho, em técnica de espiral, com 50% de sobreposição. Corte o excesso da bandagem. Evitar dobras ou rugas na atadura durante a aplicação da bandagem; |
| Troca | Quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 07 dias após a aplicação. |
| Observações / cuidados | A sobreposição das camadas terá relação direta com a pressão exercida pelo sistema. O paciente deve ser orientado a elevar membros sempre que estiver sentado; manter a bota seca e proteger a atadura durante o banho. A remoção da bandagem elástica deverá ser feita com tesoura sem ponta e cortado, longitudinalmente, em toda sua extensão. |
| Exemplos de nome comercial | DYNA-FLEX™; PROFORE; Urgo K2 e outros. |

Fonte: feridas.smith-nephew.pt, loja.curatec.com.br, www.systagenix.com.br, www.compressie-therapie.nl e IPSEMG.





**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários.

Materiais limpos

- Biombo, se necessário
- Bacia, se necessário

Material estéril e para antissepsia

- Pacote de Curativo
- Algodão embebido em álcool a 70%.
- Almotolia de Álcool a 70%.

Materiais (Farmácia Satélite)

- Agulha 40/12
- SF 0,9% 500 ml sistema aberto
- Compressas
- Gaze estéril
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéril, se necessário
- Cobertura prescrita. Utilizar cobertura ideal, de acordo com o estágio e a indicação dos produtos padronizados. (Ver descrição dos produtos).

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

- Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

• Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)

Principais passos

Uso de coberturas para Prevenção de Lesões

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Colher os dados da anamnese do beneficiário, realizar o exame físico e identificar as áreas de risco para desenvolvimento de lesões de pele.
• Solicitar autorização ao beneficiário ou familiar responsável para fotografar a área de prevenção e colher a assinatura do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Realizar a aplicação de cobertura para prevenção de lesões de pele, conforme as orientações do PRS CPTLE - 001 (Prevenção de Lesões Por Pressão); PRS CPTLE 002-Prevenção de Dermatite Associada à Umidade) e PRS CPTLE 003- Prevenção De Lesões Por Fricção e Relacionadas a Adesivos Médicos.
• Deixar o beneficiário confortável.





• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Realizar o registro em PEP: avaliação quanto ao risco de lesão de pele, local da área de risco, ações e/ou coberturas utilizadas, registro da autorização fotográfica da área de risco (se realizado), tolerância do beneficiário ao procedimento, período programado de troca do da cobertura.

Uso de coberturas para o Tratamento de Feridas

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Colher os dados da anamnese do beneficiário e realizar o exame físico.
• Solicitar autorização ao beneficiário ou familiar responsável para fotografar a ferida e colher a assinatura do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Colocar lençol ou compressa próximo ao local da ferida para não molhar a cama durante a limpeza da ferida (usar bacia em caso de ferida de MMII).
• Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver

pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.

• Fazer limpeza da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 008 (Limpeza das Feridas).

• Fazer desbridamento da ferida se necessário, conforme orientações do PRS CPTLE 09 (Desbridamento de feridas).

• Fazer mensuração da ferida, conforme orientações do PRS CPTLE - 010 (Mensuração das Feridas).

• Aplicar a cobertura mais indicada para o tratamento da ferida, considerando a fase que a mesma se encontra: a manutenção de umidade necessária na interface ferida/curativo, a remoção ou absorção do excesso de exsudação, o preenchimento de espaço morto, o auxílio na hemostasia, a remoção de tecido desvitalizado, a promoção de tecido viável, a retirada da cobertura sem trauma ao leito e pele periferida.

• Deixar o beneficiário confortável.

• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.

• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.

• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.

• Realizar o registro em PEP: tipo e local da ferida, limpeza, técnicas de Desbridamento (se realizado); aspectos do tecido da ferida, mensuração da Lesão, registro da autorização fotográfica da Lesão (se realizado), tolerância do beneficiário ao procedimento, tipo de cobertura utilizada, período programado de troca do curativo..





**Cuidados especiais**

• Em caso de hipersensibilidade à cobertura utilizada, substituí-la imediatamente.

• Caso a ferida não responda ao tratamento indicado, reavaliar e mudar a conduta.

**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• CCIH: Comissão de Infecção Hospitalar.
• CEM: Centro de Especialidades Médica
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesão e Estoma.
• EPI: Equipamento de Proteção Individual
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro.
• IPSEMG: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
• PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente.
• PRS: Procedimento Sistêmico
• SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.
• SF: Solução Fisiológica 0,9%
• TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Prescrição de Cobertura inadequada | Tratamento inadequada da ferida | Avalição adequada da cobertura | Orientação para tratamento conforme orientação do protocolo técnico. |
| Assistencial | Avaliação inadequada da ferida | Tratamento inadequada da ferida | Avalição adequada da ferida | Orientação para tratamento conforme classificação e tratamento da ferida conforme protocolo técnico |
| Assistencial | Tempo de permanência inadequado da cobertura | Ação inadequada da cobertura | Execução de troca de cobertura conforme tempo predeterminado pelo produto | Orientação para uso de cobertura conforme protocolo técnico |





**Referências**

• AGREN, M. El medio húmedo de cicatrización de heridas: apósitos oclusivos. Hélios, Espergaerde, v.3, p.6-8, jan. 1995.

• BORGES, E. L. et al. Lesões: Como Tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.144p.

• Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro / Renata Barreto Gazzinelli Fonseca; Márcia Cristina de Abreu Couto (orgs.) Belo Horizonte: IPSEMG, 2010. 114 p. ISBN: Bibliografia. 1. Cicatrização de feridas. I. Fonseca, Renata Barreto Gazzinelli II. Couto, Márcia Cristina de Abreu. III. Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. CDU: 616-001-4 Bibliotecária – Vera Lúcia M. Campello Silva CRB 6/1673.

• Smaniotto PHS, Galli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas – curativos.

• Rev Med (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):137-41. Disponível em file:///C:/Users/10028/Downloads/Tratamento%20clinico%20das%20feridas%20-%20curativos.pdf. Acesso 13/04/2016.

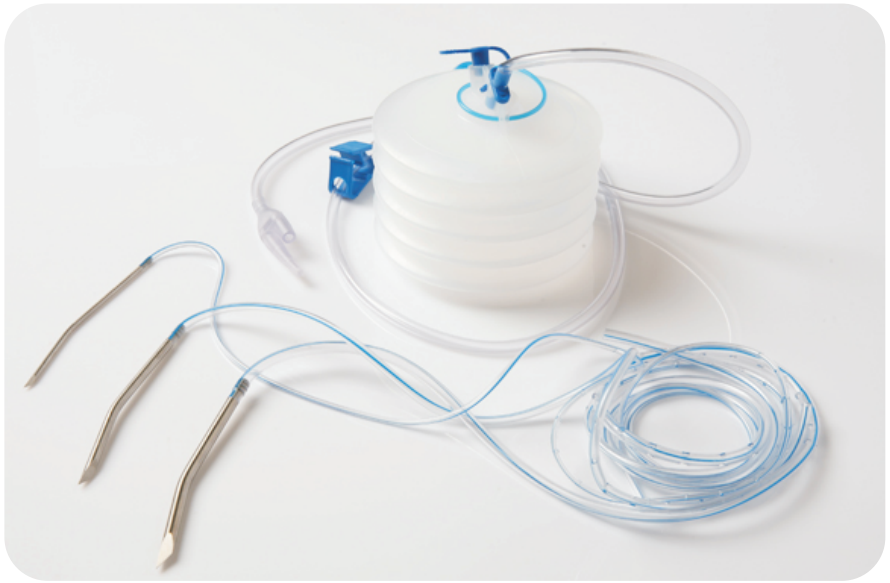
• http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf. Acesso em 15/04/2016

• Blanes, L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em: URL: http://www.bapbaptista.com

**Anexos**

NA

# PRS CPTLE – CURATIVO EM FERIDAS CIRÚRGICAS E EM SISTEMAS DE DRENOS







**Introdução**

As infecções de sítios cirúrgicos (ISC) são aquelas que ocorrem como complicação de uma cirurgia, comprometendo a incisão, tecidos, órgãos ou cavidades manipuladas. Podem ser diagnosticadas entre 30 dias após a realização do procedimento até três meses, dependendo do procedimento e da presença ou não de prótese. (BRASIL, 2009)

As principais fontes de microrganismos que podem contaminar os tecidos manipulados durante a cirurgia e favorecer o desenvolvimento da ISC, são as fontes endógenas isto é, pertencem à própria microbiota do paciente. Alguns fatores de risco de ICS estão diretamente relacionados ao paciente, tais como: idade, obesidade, desnutrição, estadia pré-operatória prolongada, neoplasia, controle glicêmico inapropriado, imunossupressão, classificação do risco cirúrgico pelo American Society of Anesthesiologists (ASA) e presença de comorbidades.

As fontes exógenas de microrganismos também são importantes e podem estar relacionadas à equipe cirúrgica e ao procedimento, tais como: quebras na técnica asséptica, degermação cirúrgica ou higiene das mãos inadequadas, remoção inadequada dos pelos, excesso de pessoas na sala, profilaxia cirúrgica inadequada, contaminação intraoperatória, hemostasia deficiente, ausência ou inadequação de protocolo de curativos, ambiente (ventilação e espaço físico), equipamentos, instrumentais e a outros materiais que tenham contato ou estejam próximos ao campo cirúrgico.

As ISC representam cerca de 15% do total das infecções adquiridas durante a assistência à saúde, sendo apontada como a terceira complicação infecciosa mais frequente adquirida no ambiente hospitalar. (BRASIL, 2009). Visando a prevenção das ISC, este PRS estabelece orientações quanto aos cuidados e técnicas adotadas para a realização de curativos em Feridas Cirúrgicas de Cicatrização de Primeira Intenção e em curativos de sistemas de drenos, seja no atendimento dos beneficiários no âmbito hospitalar (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP) ou ambulatorial (Unidade de Tratamento de Lesões do Centro de Especialidades Médicas do CEM).





**Objetivos**

Padronizar as ações para realização de curativos em feridas de cicatrização de primeira intenção (incisões cirúrgicas de primeira intenção) e em sistemas de drenos abertos e fechados.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de enfermagem prestada ao beneficiário do HGIP e CEM, submetidos a procedimentos cirúrgicos.

**Referências normativas**

RESOLUÇÃO COFEN 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
DELIBERAÇÃO COREN-MG 65/2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.
RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

**Responsabilidade/competência**

• Compete ao Enfermeiro representante da CPTLE de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados aos cuidados com drenos e tratamento de feridas disponibilizados na instituição.

Monitorar a existência de beneficiários com feridas e/ou drenos. Orientar/monitorar/realizar as ações tratamento de feridas cirúrgicas de primeira intenção e em sistemas de drenos abertos e fechados.

• Compete ao Enfermeiro orientar e/ou executar rotineiramente as ações assistenciais destinadas ao tratamento das feridas cirúrgicas de cicatrização de primeira intenção e em sistemas de drenos abertos e fechados, conforme e orientações do enfermeiro representante da CPTLE e PRS da CPTLE.

• Compete ao AE/TE realizar o curativo convencional em feridas cirúrgicas de cicatrização de primeira intenção e em sistemas de drenos abertos e fechados, conforme a prescrição e orientação do enfermeiro.

**Definições**

Feridas Cirúrgicas: são provocadas intencionalmente e se dividem em Incisa (onde não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura), por excisão (onde há remoção de uma área de pele, ex: área doadora de enxerto) ou por procedimentos terapêuticos-diagnósticos (cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biópsia, etc.).

Feridas de Cicatrização de Primeira Intenção: são feridas com perda mínima de tecidos e que mantêm as bordas da pele justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

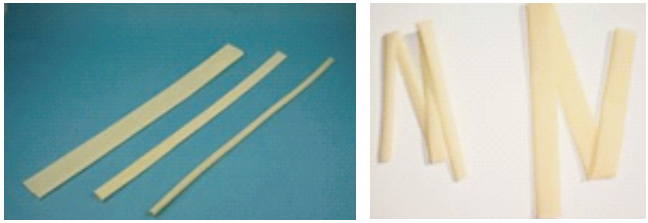
Drenos Cirúrgicos: são dispositivos utilizados para a saída de ar e secreções (exsudatos, sangue ou outros) de uma ferida direcionados para um curativo ou aspirador portátil (BRASIL 2013). Seu uso é necessário para retirar o excesso de líquidos de um sítio cirúrgico, que pode acumular-se em si próprio e se tornar um foco de infecção. A inserção dos drenos ocorre no momento da





cirurgia, diretamente na incisão ou por meio de uma pequena abertura separada.

Drenos de Penrose: dreno de borracha tipo látex, utilizados em cirurgias com potencial para o acúmulo de líquidos, infectados ou não.



Fonte: portuguese.alibaba.com e spanish.alibaba.com

Drenos de Sucção (HEMOVAC): composto por um sistema fechado de drenagem por sucção contínua e suave, composto por polietileno com múltiplas fenestrações na extremidade. Retirando o ar, cria-se um vácuo com aspiração ativa do conteúdo.

Fonte: www.ghostmed.com.br

Dreno de Tórax: os sistemas coletores de drenagem pleural ou mediastinal são empregados em cirurgias torácicas ou cardíacas, destinando-se a retirada de conteúdo líquido e ou gasoso da cavidade torácica.

Fonte: www.zammi.com.br e www.ghostmed.com.br

Dreno de Kerr: introduzido na região das vias biliares extra-hepáticas, utilizados para drenagem externa, descompressão, ou ainda, após anastomose biliar, como prótese modeladora, devendo ser fixado através de pontos na parede duodenal lateral ao dreno, tanto quanto na pele, impedindo sua saída espontânea.

Fonte: vital.com.br

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

Biombo, se necessário

Material estéril e para antissepsia

- Pacote de Curativo
- Cuba rim
- Algodão embebido em álcool a 70%.
- Almotolia de Álcool a 70%.

Materiais (Farmácia Satélite)

- Agulha 40/12
- Bolsa de ostomia
- SF 0,9% 500 ml sistema aberto





- Compressas
- Gaze estéril
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéril, se necessário
- Fita hipoalergênica

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)

Principais passos

*Curativo em Feridas Cirúrgicas de Cicatrização de Primeira Intenção.*

- Prescrever e reunir todo o material necessário.
- Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
- Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
- Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
- Fazer uso de EPI necessário.
- Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
- Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.
- Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).
- Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.

• Remover o curativo (caso haja) do leito da ferida delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.
• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
• Usar irrigação com toque suave de Soro Fisiológico 0,9% sobre o leito da ferida cirúrgica de Cicatrização de Primeira Intenção.
• Absorver o excesso de líquido sobre o leito da ferida cirúrgica de Cicatrização de Primeira Intenção e secar delicadamente, sem fazer fricção, com gazes estéreis.
• Secar a pele periferida.
• Proteger a incisão cirúrgica com curativo oclusivo (gaze estéril + fita hipoalergênica).
• Deixar o beneficiário confortável.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Realizar a evolução de enfermagem no PEP

*Curativos em Sistemas de Drenos Abertos*

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Fazer uso de EPI necessário.



PRS CPTLE – CURATIVO EM FERIDAS CIRÚRGICAS
E EM SISTEMAS DE DRENOS

• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.
• Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).
• Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.
• Remover o curativo (caso haja) delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.
• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
• Limpar o local de incisão do dreno com gaze umedecida em solução fisiológica.
• Limpar o dreno com gaze umedecida em solução fisiológica.
• Secar a incisão e a pele peri-inserção.
• Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele ou quando ocorrer hipersecreção colocar bolsa simples para ostomia.
• Posicionar outra gaze sobre o dreno e fixar o curativo com fita hipoalergênica.
• Deixar o beneficiário confortável.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Realizar a evolução de enfermagem no PEP

Fonte: www.google.com.br/search?q=dreno+aberto&biw

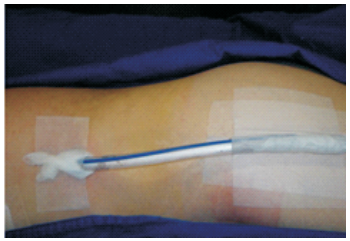
*Curativos em Sistemas de Drenos Fechados*

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Fazer desinfecção da parte superior do frasco de SF 0,9% com algodão embebido em álcool a 70%.
• Furar o frasco com a agulha 40/12 (somente um orifício).
• Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados.
• Remover o curativo (caso haja) delicadamente, se houver pontos de aderência, umedecê-lo com a solução fisiológica, desprezando-o juntamente com as luvas no lixo.
• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
• Limpar o local de inserção do dreno ou cateter, com gaze umedecida em soro fisiológico.
• Secar o local de inserção do dreno ou cateter com gaze.
• Aplicar álcool a 70% sobre o local de inserção do dreno (Brasil, 2013).
• Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele (ver imagem abaixo).
• Fixar o curativo com fita hipoalergência.
• Deixar o beneficiário confortável.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril.





• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Realizar a evolução de enfermagem no PEP



Fonte: https://www.google.com.br/search?q=dreno+aberto&biw

Cuidados especiais

• Deve-se manter o curativo oclusivo em incisão cirúrgica limpa e fechada, com cicatrização por primeira intenção, fechado de 24 a 48 horas, conforme a orientação médica.
• Não recomenda-se trocar o curativo nas primeiras 24 horas pós cirúrgica, exceto se o mesmo apresentar-se molhado, solto ou com sujidade. Após 24 horas a área poderá permanecer exposta e rotineiramente lavada com água e sabão durante o banho.
• O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão (se houver) e sempre iniciar do local menos contaminado, devendo ser mantido limpo e seco. Isto significa que o número de trocas está diretamente relacionado com a quantidade de drenagem.
• Sistemas de drenagem aberta (por exemplo, no tipo Penrose ou tubular) devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou com gaze estéril por 72 horas. Após este período, a permanência da bolsa estéril fica a critério médico. Alfinetes não são indicados como meio de evitar mobilização dos

drenos Penrose, pois enferrujam facilmente e propiciam a colonização do local. A mobilização do dreno fica a critério médico.

• Os drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho. Antes de iniciar o curativo, inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação. Realizar troca de curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo se tornar úmido, solto ou sujo.

• O esvaziamento do reservatório do sistema de dreno de sucção deve ser feito seguindo conforme instruções da figura abaixo: o reservatório está cheio, abra a tampa e despeje o material coletado numa cuba rim estéril; comprima o reservatório retirando todo o ar e feche a tampa.

Fonte: www.drugs.com

• Os drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho. Antes de iniciar o curativo, inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação. Realizar troca de curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo se tornar úmido, solto ou sujo.

• O esvaziamento do reservatório do sistema de dreno de sucção deve ser feito seguindo conforme instruções da figura abaixo: o reservatório está cheio, abra a tampa e despeje o material coletado numa cuba rim estéril; comprima o reservatório retirando todo o ar e feche a tampa.





**Siglas**

• ASA : American Society of Anesthesiologists
• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CEM: Centro de Especialidades Médicas
• CPTLE: Comissão de Prevenção de Tratamento de Lesões e Estomas
• EPI: Equipamento para Proteção Individual
• ISC: Infecção de Sítio Cirúrgico
• SF: Solução Fisiológica 0,9%
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico
• TE: Técnico de Enfermagem

**Indicadores**

Não se aplica

## Gerenciamento de riscos

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar a curativo da incisão cirúrgica com técnica asséptica. | Aumenta o risco de ISC | Realizar curativo sempre seguindo ações padronizadas pela instituição. | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância do cuidado adequado da ferida cirúrgica conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Não realizar curativo em sistemas de drenos abertos com técnica asséptica. | Aumenta o risco de ISC | Realizar curativo sempre seguindo ações padronizadas pela instituição. | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância do cuidado adequado da sistema de drenos abertos, conforme recomendações da CPTLE |
| Assistencial | Aplicar técnica não recomendada na mensuração da ferida | Aumenta o risco de ISC | Realizar curativo sempre seguindo ações padronizadas pela instituição. | Reforçar com o enfermeiro membro da CPTLE e Supervisor a importância do cuidado adequado da sistema de drenos fechados, conforme recomendações da CPTLE |





## Referências

• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília. 2013.

• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde e Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasília. Março de 2009.

## Anexos

NA

# PRS CPTLE – CURATIVO EM DISPOSITIVO INTRAVENOSO CENTRAL E PERIFÉRICO (FIXAÇÃO SEGURA)

**Introdução**

A utilização do cateter venoso é uma prática frequente e indispensável para a assistência ao paciente no âmbito hospitalar. Através do cateter venoso seja este central ou periférico, faz-se possível a infusão de volumes de soluções, o uso de medicamentos e antibióticos, a administração de nutrição parenteral e até monitorização da pressão venosa central, conforme a especificidade de cada dispositivo. Entretanto, a presença destes dispositivos invasivos expõe o paciente ao risco de desenvolvimento de eventos infecciosos e não infecciosos, tais como: as infecções de corrente sanguínea, flebites, infiltrações, extravasamento de soluções, perda ou deslocamento do cateter, entre outros eventos indesejáveis.

No Brasil, desde 12 de maio de 1998, o Ministério da Saúde decretou a Portaria nº 2.616, regulamentando ações de controle de infecção hospitalar no país, estabelecendo um sistema completo de prevenção e controle de infecções através da atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Em 2013, a ANVISA abordando a questão da Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, disponibilizou uma série de cadernos de orientações, sendo num deles ressaltadas a importância de várias Medidas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea durante a terapia intravenosa.
Como referência mundial, temos o CDC (Centers for Disesase Control and Prevention), divulgando as diretrizes envolvendo cuidados com dispositivos venosos e norteando as instituições hospitalares. O IHI (Institute for Healthcare Improvement) dos EUA, desde 2012 divulga um pacote de medidas ou conjunto de intervenções, denominado na língua inglesa de

bundle, com foco no uso seguro do cateter venoso central, colaborando e contribuindo para o cuidado dos cateteres centrais.

O INS (Infusion Nurses Society), especializada na terapia infusional, também reforça as recomendações de cuidado com os dispositivos, que quando aplicadas e monitoradas conferem as melhores práticas assistenciais baseadas em evidências, promovendo o cuidado na terapia venosa, cada vez mais seguro e com maior qualidade.

A fixação adequada de cateter venoso é essencial para conferir funcionalidade e segurança ao dispositivo, reduzindo as complicações e seguindo as recomendações dos principais órgãos de saúde. Uma fixação segura é ancorada em quatro pilares distintos: estabilização, cobertura, visualização e segurança. Conforme as Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea, (BRASIL, 2010), a estabilização do cateter periférico deve ser realizada utilizando técnica asséptica através de fitas estabilizadoras, sendo a força de recomendação A e o nível de evidência I. A cobertura para fixação dos dispositivos venosos deve ser estéril (semi oclusiva ou em membrana transparente semipermeável). Também, para os cateteres venosos central, recomenda-se o uso de cobertura, gaze ou filme transparente semipermeável estéril para cobrir a inserção do cateter (AI).

O Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), procurando atender a Resolução da Diretoria Colegiada, a RDC 36/2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, bem como as Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea da ANVISA, estabelece através deste PRS orientações para Fixação Segura dos dispositivos intravenoso central e periférico.



PRS CPTLE – CURATIVO EM DISPOSITIVO INTRAVENOSO CENTRAL E PERIFÉRICO (FIXAÇÃO SEGURA)

## Objetivos

- Padronizar o método de fixação e cobertura de cateteres venosos periféricos e centrais.
- Criar estratégias para a redução de perdas de dispositivos intravasculares.
- Garantir a permeabilidade e a monitorização do sítio de inserção dos cateteres venosos.
- Colaborar com o controle da infecção hospitalar relacionada à inserção de cateteres.
- Capacitar a equipe de enfermagem nas técnicas de fixação e cobertura segura de acessos venosos.

## Campos de aplicação

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear o uso de coberturas em cateteres venosos periféricos e centrais implantados nos beneficiário do HGIP, conforme critério de avaliação a seguir:

| Setor | Perfil do paciente | Tipo de Cateter | Tipo de Cobertura |
|---|---|---|---|
| **Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva** (Adulto) | Paciente internado<br>Permanência > 24 horas | Cateter Periférico | Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra. *Medida: 7x7 cm |
| | | Cateter Central | Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra. *Medida: 9x12 cm |
| **Unidades de Internação e Terapia Intensiva (**Pediátrico**)** | Paciente internado<br>Permanência > 24 horas | Cateter Periférico | Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra. *Medidas: 7x7 cm ou 5x6cm |
| | | Cateter Central | Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra. *Medidas: 7x7 cm ou 9x12 cm |
| **Atendimento Ambulatorial** (Quimioterapia, Endoscopia, Hemodiálise, Hemodinâmica, Serviço Médico de Urgência) | Paciente<br>Permanência < 24 horas | Cateter Periférico | Curativo fixador estéril de tecido macio, com dorso de Rayon e Poliéster *Medidas: 5x7,5 cm |

*Medidas aproximadas da cobertura.

**Referências normativas**

• CDC - Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2009.

• IHI - Institute for Healthcare Improvement, Bundle de Cateter Venoso Central, 2012.

• INS - Diretrizes práticas para Terapia Infusional, Brasil 2013.

• ANVISA - Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea, 2010.

**Responsabilidade/ competência**

• Compete ao Enfermeiro de cada unidade participar de todos os treinamentos, capacitações e cursos relacionados ao uso de dispositivos intravenosos disponibilizados na instituição. Avaliar diariamente os acessos vasculares dos pacientes. Orientar e garantir a execução de técnicas de fixação segura de acesso venoso periférico. Realizar a prescrição do curativo transparente, bem como realizar o procedimento de troca de curativo do acesso venoso central, conforme PRS específico. Realizar o preenchimento no impresso de controle de Cateter Venoso Central (Bundle). Efetuar registro no formulário de notificação de eventos Adversos mediante a ocorrência de infiltrações, extravasamento, flebites ou aparecimento de sinais flogísticos ou outras acontecimentos que caracterizem evento adverso associado a terapia venosa.

• Compete ao AE/TE ou Enfermeiro executar os cuidados de enfermagem no que se refere à troca do curativo do acesso venoso periférico, atentando-se ao tempo de permanência do mesmo, visualização do sítio de inserção dos cateteres venosos, ausência de sinais flogísticos.





**Definições**

A fixação adequada de cateter venoso é essencial para conferir funcionalidade e segurança ao dispositivo, reduzindo as complicações e seguindo as recomendações dos principais órgãos de saúde. Uma fixação segura é ancorada em quatro pilares distintos: estabilização, cobertura, visualização e segurança.

A estabilização do cateter é realizada através da aplicação de uma fita adesiva para impedir a migração do mesmo e consequentemente, a perda acidental e o aparecimento de flebites e extravasamentos.

A cobertura deve ser estéril, proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele.

A visualização continua do sítio de inserção permite a identificação e o reconhecimento precoce de complicações, favorecendo uma tomada de decisão rápida e evitando maiores danos. Portanto, o uso de película de poliuretano adesivo estéril e semipermeável, possibilita a permanência do curativo, sendo desnecessária a sua troca diária e ao mesmo tempo, promove a inspeção diária do sítio de inserção.

A segurança garantida pela fixação adequada de cateter venoso é essencial. O cateter bem fixado, proporciona menor necessidade de manipulação, reduz os riscos de tração, deslocamentos e complicações. A presença de fendas nas extremidades do curativo de poliuretano estéril garante a passagem de tubos e extensores, reduzindo a tração sob a cobertura e reforçada pelas fitas de estabilização.

Cateter: cateter é todo e qualquer dispositivo feito para ser introduzido em órgão oco, cavitário ou que possua luz, para a introdução ou retirada de algum líquido. Os cateteres venosos podem ser divididos em: Cateteres periféricos e Cateteres centrais.

Cateter intravenoso Periférico: são acessos venosos de curta permanência para a administração de drogas não irritantes e coleta de sangue, produzidos em PVC, aço inoxidável ou poliuretano, possuem tamanhos que variam de 4 a 8 cm.

Cateter intravenoso periférico (scalp ou butterfly): são agulhas de aço curtas com asas de plástico. São fáceis de introduzir, mas, por serem pequenas e não maleáveis, infiltram facilmente. Utilizadas para administração de drogas em seringas, soros em pequenos volumes ou em infusões rápidas. Tamanhos: 19 G, 21G, 23 G, 25 G e 27G.

Cateter intravenoso periférico (jelco): são cateteres de plástico introduzidos sobre agulhas de aço. A introdução requer a etapa adicional de progredir o cateter no interior da veia após a punção venosa. Tempo de permanência 72 horas. Tamanhos: 14 G,16 G,18 G,20 G,22 G e 24 G.

Cateteres Centrais: são cateteres que possuem tamanho suficiente para que a ponta distal tenha uma localização a nível central, em geral no terço médio da cava superior. Podem ser de PVC, poliuretano ou silicone. Os Cateteres Centrais diferenciam-se quanto à implantação e ao tempo de permanência.

Diferenças quanto à implantação:

• Cateter Central Semi-implantado: possuem um trecho de sua extensão exteriorizada, com implantação em veias subclávia, jugular ou periféricas como o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).





• Cateter Central Totalmente implantado: totalmente protegidos pelo subcutâneo.

Diferenças quanto ao tempo de permanência:

• Cateter Central de Curta Permanência: cateteres produzidos em poliuretano ou PVC e não possuidores de barreira bacteriana, devem ficar implantados em um prazo máximo de 15 dias.
• Cateter Central de Longa Permanência: cateteres produzidos em silicone e possuidores de barreira bacteriana, não possuem prazo para sua retirada.

**Conteúdo do padrão**

Recursos necessários

Materiais limpos

• Biombo, se necessário
• Bandeja

Material estéril e para antissepsia

• Pacote de curativos
• Almotolia de Clorexidina Alcoólica 0,5% a 2%.

Materiais (Farmácia Satélite)

• SF 0,9% ampola 10 ml
• Pacote de gaze estéril
• Luvas de procedimentos
• Luvas estéril, se necessário
• Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra - para cateter venoso central.
• Curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra - para cateter venoso periférico.

• Curativo fixador estéril para cateter periférico, composto de tecido macio, com dorso de Rayon e Poliéster, resistente à água, com adesivo de acrilato hipoalergênico.

Equipamento para Proteção Individual (EPI)

• Máscara, gorro e luvas
• Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento

• Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)
• Caneta.

Principais passos

*Curativo de Poliuretano Transparente Estéril com Moldura e Fenestra em Dispositivo Intravenoso Central (Cateter Venoso Central)*

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Friccionar álcool gel nas mãos por 30 segundos.
• Remover o curativo do cateter delicadamente.
• Inspecionar o sítio de inserção do cateter, constatando a ausência de sinais flogísticos.





• Desprezar as luvas de procedimento no lixo.
• Colocar novas luvas de procedimento se utilizar o pacote de curativo ou calçar luvas estéril (técnica asséptica).
• Limpar o sítio de inserção e o cateter com gaze estéril úmida em SF 0,9%.
• Secar com gaze estéril.
• Realizar antissepsia do sítio de inserção com Clorexidina Alcoólica 0,5% a 2%, em área de até 5 cm da inserção, iniciando pelo orifício da inserção com movimentos circulares e unidirecionais.
• Deixar secar a Clorexidina Alcoólica por 30 segundos.
• Aplicar o curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra - para cateter venoso central.
• Registrar no próprio curativo a data, hora e o responsável pelo procedimento. A anotação no curativo deve conter as letras: P indicando a data da punção, e C data do curativo.
• Organizar o setor e encaminhar o material contaminado para reprocessamento.
• Retirar as luvas de procedimento ou estéril, máscara cirúrgica e o gorro.
• Higienizar as mãos conforme PRS CCIH - 005.
• Anotar no PEP o procedimento realizado, avaliação do sítio de inserção, necessidade de permanência do cateter.
• Realizar registros no impresso do Bundle do Acesso Venoso Central (Anexo 1).

Fonte: solutions.3m.com.br . www.biocompany.com.br. zdgifts.company.weiku.com.

*Curativo de Poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra em Dispositivo Venoso Periférico (Cateter Venoso Periférico)*

• Prescrever e reunir todo o material necessário.

• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.

• Preparar o ambiente (preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).

• Lavar as mãos conforme PRS CCIH - 005.

• Fazer uso de EPI necessário.

• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.

• Friccionar álcool gel nas mãos por 30 segundos.

• Calçar luvas de procedimento.

• Realizar punção venosa periférica conforme PRS ENF - 058.

• Aplicar o curativo de poliuretano transparente estéril com moldura e fenestra - para cateter venoso periférico, seguindo os passos:

1º Passo: Retire o papel protetor do curativo que contém as tiras estabilizadoras;

2º Passo: Com uma mão coloque a tira estabilizadora em cima do canhão (hub) do cateter;

1º Passo

2º Passo





3º Passo: Retire o papel protetor do curativo expondo o adesivo;

4º Passo: Centralize a área transparente sobre o ponto de inserção do cateter;

3º Passo

4º Passo

5º Passo: Aplique o curativo e alise-o cuidadosamente;

6º Passo: Sobreponha as bordas de tecido sobre a pele para proteger o sítio de inserção, permitindo a passagem dos tubos extensores através da fenestra;

5º Passo

6º Passo

7º Passo: Retire cuidadosamente a moldura, usando os dedos para alisar as bordas;

8º Passo: Reforce o curativo com a segunda tira estabilizadora.

7º Passo

8º Passo

Curativo Fixador Estéril de Tecido Macio, com dorso de Rayon e Poliéster, Moldura e Fenestra em Dispositivo Venoso Periférico (Cateter Venoso Periférico)

• Prescrever e reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Preparar o ambiente (preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH – 005.
• Fazer uso de EPI necessário.
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente.
• Friccionar álcool gel nas mãos por 30 segundos.
• Calçar luvas de procedimento.
• Realizar punção venosa periférica conforme PRS ENF – 058.
• Aplicar o curativo fixador estéril de tecido macio, com dorso de Rayon e Poliéster, moldura e fenestra - para cateter venoso periférico: seguindo os passos:

1º Passo: coloque a tira estabilizadora em cima do canhão (hub) do cateter;
2º Passo: Centralize a área do curativo sobre o ponto de inserção do cateter;
3º Passo: Aplique o curativo e alise-o cuidadosamente;
4º Passo: Sobreponha as bordas de tecido fenestrado, permitindo a passagem dos tubos extensores;
5º Passo: Reforce o curativo com a segunda tira estabilizadora;

Fonte: solutions.3m.com.br. Acesso em 12/04/2016





• Registrar no próprio curativo a data, hora, calibre do dispositivo venoso e o responsável pelo procedimento. A anotação no curativo deve conter as letras: P indicando a data da punção, e C data do curativo;
• Organizar o setor;
• Retirar as luvas de procedimento;
• Higienizar as mãos conforme PRS CCIH - 005;
• Anotar no PEP o procedimento realizado com local, data e hora da punção venosa periférica, tipo e calibre do dispositivo venoso.

**Cuidados especiais**

Cateter Central

• O primeiro curativo, realizado imediatamente após a inserção do cateter venoso central, deve ser convencional (gaze estéril e fita hipoalergênica) e trocado após 24 horas (trocar antes apenas se estiver solto ou úmido).
• Na primeira troca de curativo do cateter venoso central (em torno de 24 horas após a inserção), deve-se aplicar o curativo de poliuretano estéril com moldura e fenestra. Esse curativo deve possuir alta permeabilidade a gases e vapores de água (MVTR), permitindo a respirabilidade da pele, reduzindo o risco de infecção e minimizando a frequência de troca do curativo.
• O curativo de poliuretano estéril com moldura e fenestra pode permanecer por até 7 dias sobre o cateter venoso central, sendo a troca em período inferior necessária quando houver presença de secreção, sangue ou o curativo apresentar-se frouxo ou mau aderido.
• Evitar molhar o curativo durante o banho.
• Os curativos deverão ser inspecionados diariamente para detecção de sinais inflamatórios: calor, dor, rubor e presença de secreção purulenta no local de inserção do cateter. Qualquer sinal de alteração deve ser comunicado imediatamente ao enfermeiro do setor e ao médico responsável pelo

paciente.

• Caso tenha indicação de pesquisa clínica de bacteremia associada ao cateter central, a ponta do cateter deverá ser enviada para cultura juntamente com material para hemocultura.

Cateter Venoso Periférico

• O sítio de inserção do acesso venoso periférico deverá ser inspecionado diariamente através da película transparente do curativo.

• Ao identificar qualquer evento adverso associado a terapia venosa (infiltrações, extravasamento, flebites, aparecimento de sinais flogísticos ou outras acontecimentos), deve-se efetuar registro no formulário de notificação de eventos Adversos e fazer análise usando as Escalas de Classificação de Flebite, de Infiltração e Extravasamento (Anexo 2).

• Remoção do curativo:

1º: Lavar as mãos conforme o PRS CCIH - 005 e calçar luvas procedimento;

2º: Retire a tira estabilizadora;

3º: Puxe uma ponta do filme transparente e estique horizontalmente sempre apoiando a pele;

4º: Retire a fenda do curativo puxando para cima.

Remoção do curativo de Poliuretano estéril





**Siglas**

• AE: Auxiliar de Enfermagem
• ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
• CDC: Centers for Disesase Control and Prevention
• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• EPI: Equipamento para Proteção Individual
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• IHI: Institute for Healthcare Improvement
• INS: Infusion Nurses Society
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS ENF: Procedimento Sistêmico de Enfermagem
• TE: Técnico de Enfermagem
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• PEP: Prontuário eletrônico do paciente
• MVTR: Alta Permeabilidade a Gases e Vapores de Água

**Indicadores**

• Taxa de adesão ao Bundle de Cateter Venoso Central.

• Taxa de pacientes com número adequado de fixação em cateter venoso periférico .

• Taxa de pacientes que apresentam flebite associada ao cateter venoso periférico.

• Taxa de pacientes que apresentam extravasamento ou infiltração associado ao cateter venoso periférico.

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Não realizar curativos em acesso venoso central e/ou periférico conforme o protocolo de fixação segura | Não cumprimento do protocolo de fixação segura.<br><br>Exposição do beneficiário ao risco de lesão cutânea. | Aplicar imediatamente os dispositivos de fixação segura, conforme protocolo vigente. | Reforçar com o enfermeiro supervisor a importância do uso dos dispositivos de fixação, bem como a aplicação das medidas de prevenção para evitar lesões de pele. |
| Assistencial | Não realizar curativos em acesso venoso central e/ou periférico conforme o protocolo de fixação segura | Perda acidental do cateter venoso | Manter as ações de fixação segura dos dispositivos vascular. | Providenciar imediatamente novo acesso venoso. Sensibilizar a equipe quanto à importância da aplicação do protocolo de fixação segura. |

**Referências**


• BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2013.

• EDIVANE. P; MITZY, T. R. D.; PRISCILA, M.; LUCIANA, S. M. DERDRIED, A. J. Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. Ata. Paul. Enferm. 2011;24(2):278-83.

• GILLIES, D.; O'RIORDAN, L.; CARR, D. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. Cochrane Database Syst Rev. 2003.







• MESIANO. E. Infecções hospitalares do trato urinário e corrente sanguínea e fatores associados em pacientes internados em unidades de tratamento intensivo no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.

• FURTADO, S. M. et al. Protocolo de fixação segura. Instituto de saúde e gestão hospitalar. Setembro de 2012.

• NAOMI, P. O. et al. Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. 11 de Abril de 2016.


**Anexos**

• Anexo 01: Bundle de Cateter Venoso Central
• Anexo 02: Escala de Classificação de Flebite, de Infiltração e Extravasamento

# PRS CPTLE - SISTEMA DE CONTROLE DE INCONTINÊNCIA FECAL

**Introdução**

Pacientes internados em hospital, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva, apresentam risco de desenvolver diarreia ou incontinência fecal transitória. Vários fatores podem contribuir para o aparecimento de diarreia, dentre eles o uso de algumas medicações, a administração de nutrição artificial enteral ou parenteral, a hipoalbuminemia, as infecções, alterações da flora intestinal e outras (Borges, 2007).

A diarreia pode ser definida pela presença de três ou mais episódios de fezes liquefeitas ao dia, ou pela eliminação de mais de 200 g de peso fecal ao dia (Wanke,2008). É classificada em três categorias: diarreia persistente (duração superior a 14 dias), diarreia crônica (duração superior a 30 dias) e ainda diarreia aguda (duração inferior a 14 dias). A diarreia aguda sanguinolenta é denominada disenteria (caracterizada por sangue e muco nas fezes).

Segundo Domansky e Borges (2014), as fezes líquidas são mais irritantes do que as sólidas, pois além de possibilitarem uma maior área de contato com a superfície da pele, ainda contém sais biliares e lipases pancreáticas que aumentam a sua vulnerabilidade. A eliminação de fezes liquefeitas e seu contato frequente com a pele do paciente podem causar agravos, lesionando a região perineal, perianal, glútea, inguinal, bolsa escrotal e/ou pequenos e grandes lábios da genitália feminina. A região afetada pode evoluir com hiperemia e inflamação, seguida ou não de ulceração, caracterizando o aparecimento de Dermatite Associada à Incontinência (DAI). Além disso, a região sacral ou glútea comprometida, podem evoluir para Lesão Por Pressão (LPP).

As condutas para tratamento da diarreia ou redução dos fatores causais

devem ser manejadas pelo médico. O uso do Sistema de Incontinência Fecal para desviar as fezes liquefeitas não é um recurso para o tratamento, e sim um dispositivo temporário, alternativo e seguro, tendo como objetivo principal manter a pele livre dos contaminantes que podem contribuir para o seu rompimento. Também pode-se avaliar o custo-benefício do uso deste dispositivo como coadjuvante no tratamento de lesões crônicas ou complexas instaladas na região glútea ou sacral, como por exemplo Lesões por Pressão estágio 3 ou 4 e Síndrome de Fournier.



PRS CPTLE - SISTEMA DE CONTROLE DE INCONTINÊNCIA FECAL

**Objetivo**

Padronizar as ações para o desvio der fezes líquidas ou semilíquidas de beneficiários com pouco ou nenhum controle intestinal, através do Sistema de Incontinência Fecal, a fim de proteger a pele, visando a prevenção de DAI e/ou o tratamento de lesões na região de fraldas, otimizando os resultados terapêuticos.

**Campos de aplicação**

Este protocolo se aplica a todas as áreas envolvidas com a assistência de saúde para nortear o uso do Sistema de Incontinência Fecal em beneficiários do público alvo, internados no HGIP.

**Indicações**

Público alvo: Pacientes ADULTOS internados no HGIP, acometidos por incontinência fecal caracterizada pela eliminação de fezes líquidas ou semilíquidas e com avaliação positiva de interconsulta da proctologia quanto a integridade da ampola retal.

Critérios de Inclusão

- Enquadrar-se no público alvo;
- Ter disponível na farmácia do HGIP o material necessário (Sistema de Incontinência Fecal);
- Paciente acamado e com eliminação de fezes líquidas a semilíquidas (a partir de 3 episódios de fezes num período de até 24 horas);
- Paciente com diarreia infecciosa (ex:Clostridium Difficile);
- Condições Especiais: Pacientes com lesões de pele nas regiões perianal, perineal, glútea, inguinal, bolsa escrotal, pequenos e grandes lábios, ou em qualquer área que possa entrar em contato com as fezes; grandes

queimados; pacientes com feridas cirúrgicas (ex: artroplastia de coluna sacral, dorsal, osteossíntese de fêmur); pacientes com Síndrome de Fournier; pacientes com Lesão por Pressão em que se prevê tratamento prolongado.

Critérios de Exclusão

- Pacientes que não se enquadram nos critérios de inclusão
- Pacientes pediátricos
- Paciente com suspeita ou confirmação de comprometimento da mucosa retal (ex: proctite grave, proctite isquêmica, lacerações da mucosa)
- Paciente submetido à cirurgia retal no último ano
- Presença de hemorróidas de tratamento e/ou sintomas significativos
- Constrição ou estenose retal ou anal
- Suspeita ou confirmação de tumor retal/anal
- Fazer uso de qualquer dispositivo retal ou anal interno ou medicamentos (ex: supositórios ou enemas)
- Sensibilidade ou alergias a qualquer um dos materiais utilizados neste dispositivo (silicone)

Critérios de Interrupção

Retirar o dispositivo:

- Ao completar os 29 DIAS DE UTILIZAÇÃO;
- Antes do prazo de 29 dias de utilização, se cessar o quadro diarreico ou sua indicação de uso;
- Ao observar qualquer intercorrência durante o período de utilização (ex: sangramento retal, obstrução do cateter mesmo após irrigação, etc)





**Referências normativas**

CÂMARA TÉCNICA ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 080/2016 COREN SP. Instalação do dispositivo Flexi-Seal® - Sistema de Controle de Incontinência Fecal.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

**Responsabilidade/ competência**

- Compete ao Enfermeiro avaliar a indicação do uso do Sistema de Incontinência Fecal, conforme critérios de inclusão deste PRS. Comunicar ao Coordenador da CPTLE quanto à indicação para o uso do dispositivo. Entregar ao farmacêutico a prescrição do Sistema de Incontinência Fecal do médico solicitante. Orientar ao beneficiário e/ou familiar responsável quanto à indicação e cuidados necessários durante o uso do dispositivo. Executar o procedimento de inserção do Sistema de Incontinência Fecal. Orientar à equipe de enfermagem e prescrever os cuidados assistenciais durante o uso do dispositivo.
- Compete ao Médico responsável pelo paciente solicitar pedido de interconsulta com a Proctologia. Prescrever o Sistema de Incontinência Fecal após avaliação positiva da interconsulta realizada. Orientar ao beneficiário e/ou familiar responsável quanto à indicação e cuidados necessários durante o uso do dispositivo.
- Compete ao Médico da Proctologia realizar a avaliação de interconsulta, considerando os critérios de exclusão descritos nesse PRS.
- Compete ao Departamento de Farmácia disponibilizar o dispositivo padronizado, mediante a prescrição médica.

• Compete ao Auxiliar/Técnico de Enfermagem realizar os cuidados prescritos durante a permanência do dispositivo.

**Definições**

Incontinência fecal: quando há perda involuntária de conteúdo fecal pelo ânus. Pode variar desde o vazamento ocasional de uma pequena quantidade de fezes ou de passagem de gases até uma completa perda de controle do intestino.

Sistema de Controle da Incontinência Fecal: é um sistema fechado para drenagem de fezes composto por um cateter flexível de silicone e bolsa coletora, utilizado para o desvio completo das fezes líquidas e semi-líquidas. O cateter fica posicionado na cavidade retal e retido por um balão inflado com a quantidade máxima de 45 ml de água ou soro fisiológico. O balão inflado exerce uma pressão baixa na mucosa retal minimizando os riscos de lesões graves como isquemia e necrose. Existem duas vias de acesso na lateral do cateter: uma sinalizada com a inscrição "45mL", utilizada pra inflar o balão e outra com "IRRIG", onde é possível realizar irrigações intermitentes para facilitar a drenagem do conteúdo fecal, quando necessário.

Fonte: http://www.exhausmed.com/nouv.flexi.seal.asp. Acesso 30/09/2016





**Recursos necessários**

Materiais limpos

• Biombo s/n.
• Sabão líquido s/n

Materiais (farmácia satélite)

• Sistema de Incontinência Fecal composto por 1conjunto de cateter de silicone,1seringa de 60 ml do tipo luer-lock; 3 bolsas coletoras de 1 litro com tampa. (SIAD 1233947)
• Bolsa Reserve para o Sistema de Incontinência Fecal, conforme volume drenado (SIAD 12333955)
• Xilocaína gel
• SF 500ml
• Compressas
• Luvas de procedimentos

Materiais para Proteção Individual (EPI)

Máscara, gorro e luvas. Outros, conforme orientação da CCIH (óculos de proteção, capote).

Equipamento/ Impresso

• Computador com acesso ao prontuário eletrônico (PEP)
• Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas (se necessário)

**Principais passos**

Solicitação Médica do Sistema de Incontinência Fecal

• Prescrever o sistema de Incontinência Fecal e reservatório por um período de até 29 DIAS CONSECUTIVOS, após avaliação positiva da proctologia, conforme critérios estabelecidos
• Encaminhar prescrição médica para farmácia satélite ou ao DEAFAR.

Instalação do Sistema de Incontinência Fecal

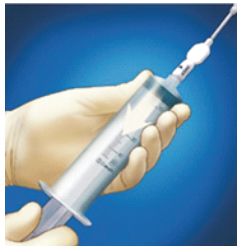
• Solicitar à farmácia o Sistema de Incontinência Fecal, mediante apresentação da prescrição médica.
• Reunir todo o material necessário.
• Apresentar-se ao beneficiário e/ou familiar; explicar o procedimento que será realizado e seu propósito, afim de obter melhor colaboração.
• Solicitar autorização ao beneficiário ou familiar responsável para fotografar a ferida e colher a assinatura do mesmo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Registro Fotográfico durante o Tratamento de Feridas (se for necessário).
• Preparar o ambiente (usar biombos para preservar a integridade do beneficiário e promover iluminação adequada).
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH 005.
• Fazer uso de EPI necessário (máscara, óculos, gorro, capote, luvas de procedimento).
• Posicionar o beneficiário (ou auxiliá-lo) adequadamente, em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente.
• Higienizar a região de fraldas caso haja presença de sujidades, com água e sabão líquido e secar com compressas, deixando a pele limpa e seca.

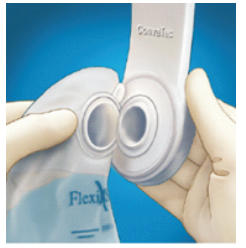




Preparo do Sistema de Incontinência Fecal

• Trocar as luvas de procedimento.
• Abrir o invólucro do Sistema de Incontinência fecal.
• Encaixar a seringa na via do balão onde está a inscrição 45 ml, remover qualquer ar residual que possa estar dentro do balão e desconectar a seringa.
• Prender firmemente a bolsa coletora ao conector na extremidade do cateter. Desdobrar o comprimento do cateter, de forma que esse fique estendido na cama.
• Preparar a seringa com 45mL de soro fisológico (não aspirar volume maior).
• Conectar a seringa preenchida com 45 mL e conectar à via do balão onde está a inscrição 45 ml.





Inserção do Sistema de Incontinência Fecal

• Inserir o dedo indicador no "bolso" do balão de retenção para orientação do toque durante a inserção do dispositivo (figura 1).
• Lubrificar o balão desinflado da extremidade do cateter com xilocaína gel.
• Segurar o cateter e inserir cuidadosamente a extremidade de balão desinflado no esfíncter anal até que o balão tenha passado pelo orifício externo e esteja bem dentro da cavidade retal (figura 5).
• Observar a linha indicadora com “marcação preta” de posição em relação ao ânus do paciente (o dedo pode ser removido ou permanecer no reto durante a inflação do balão).

• Inflar o balão com 45 ml de soro fisiológico apertando lentamente o êmbolo da seringa (figura 2).
• Observar a expansão da câmara oval indicadora do dispositivo, conforme o líquido for injetado. Essa expansão normal deve diminuir quando o êmbolo parar.
• Remover a seringa da via do balão delicadamente.
• Puxar delicadamente o cateter de silicone maleável para se assegurar de que o balão está firme no reto e está posicionado contra a parede inferior do reto (figura 6).
• Trocar as luvas de procedimento.
• Posicionar a extensão do cateter de silicone flexível ao longo da perna do paciente, evitando dobras e obstruções.
• Pendurar a bolsa pela tira em um local conveniente ao lado da cama, numa posição mais baixa que a do paciente.
• Deixar o beneficiário confortável.
• Encaminhar o material utilizado para reprocessamento.
• Lavar as mãos conforme PRS CCIH 005.
• Realizar o registro em PEP de todo o procedimento realizado.

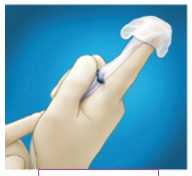


Figura 1

Figura 2

Figura 3

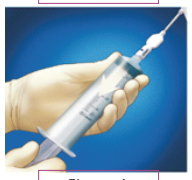


Figura 4

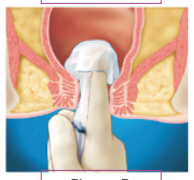


Figura 5

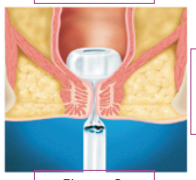


Figura 6

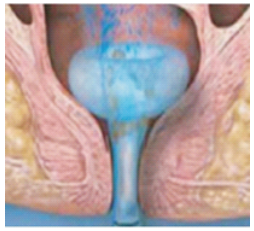
Fonte: http://www.exhausmed.com/nouv.flexi.seal.asp. Acesso 30/09/2016





Irrigação do Sistema de Incontinência Fecal

• Impedir que o cateter de silicone seja obstruído por partículas sólidas, enchendo a seringa na via de irrigação inscrita "IRRG" com soro fisiológico o dispositivo de irrigação e apertar o êmbolo.
• Repetir esse procedimento de irrigação quantas vezes forem necessárias para manter o funcionamento adequado do dispositivo.


Irrigação do dispositivo.

Remoção do Sistema de Incontinência Fecal

• Esvaziar completamente o balão, conectando a seringa na via e aspirando todo o soro fisiológico injetado durante a instalação do dispositivo.
• Segurar o cateter próximo à zona de inserção e deslize-o para fora do ânus lentamente.
• Descartar todo o sistema.
• Efetuar o registro de remoção do dispositivo no PEP.

Manutenção do Sistema de Incontinência Fecal

• Observar frequentemente o posicionamento do dispositivo na ampola retal.
• Manter o sistema livre de dobras.
• Manter sistema pérvio, efetuando a irrigação para eliminação de partículas sólidas ou resíduos sempre que necessário.

• Efetuar a troca da bolsa de coleta de fezes assim que a mesma estiver cheia. Não lavar a bolsa e não reutilizar. Conecte nova bolsa coletora na extremidade do cateter.

• O dispositivo NÃO POSSUI INDICAÇÃO PARA TEMPO DE PERMANÊNCIA ACIMA DE 29 DIAS, conforme orientações do fabricante. Portanto, deve ser descontinuado seu uso após esse período.

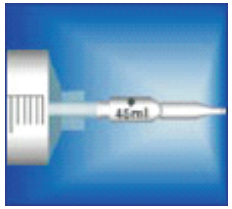
**Cuidados especiais**

• Manter região perianal limpa, seca e protegida com aplicação de Cavilon para evitar irritação da pele, pois se prevê um pouco de umidade ou escoamento em volta do cateter. Pacientes com músculo do esfíncter muito fraco podem não ser capazes de manter o dispositivo interno.

• Para evitar complicações ao paciente, não introduzir nada no canal anal enquanto este dispositivo estiver inserido no local (ex., termômetro, supositórios, etc.). Remover o dispositivo antes de inserir qualquer terapia no canal anal.

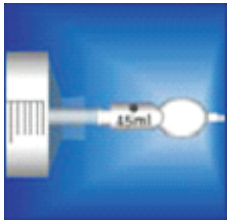
• Comunicar imediatamente ao médico se qualquer das seguintes situações ocorrerem: dor retal persistente; sangramento retal; distensão abdominal, para efetuar remoção do dispositivo.

• Observar a câmara indicadora de insuflação do balão. Ela não pode permanecer excessivamente expandida pois o resultado será posicionamento incorreto do balão na ampola retal. Nesse caso, use a seringa para retirar o líquido do balão, reposicione o balão na ampola retal e infle novamente o balão.




Câmara normal

Câmara muito insulflada








**Siglas**

• CPTLE: Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Estomas
• DAI: Dermatite Associada à Incontinência
• HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro
• IPSEMG: Instituto de Previdência dos Servidores do estado de Minas Gerais
• LPP: Lesão por Pressão
• PEP: Prontuário Eletrônico
• PRS: Procedimento Sistêmico

**Indicadores**

Não se aplica

**Gerenciamento de riscos**

| Categoria de risco | Falhas potenciais geradoras de riscos | Evento | Ações de prevenção | Ações frente ao evento |
|---|---|---|---|---|
| Assistencial | Falta de lubrificação do cateter retal. | Risco de lesão da mucosa retal. | Lubrificação adequada do cateter retal | Interromper o procedimento; aumentar lubrificação do cateter retal; inspecionar mucosa anal. |
| Assistencial | Posicionamento inadequado do cateter retal. | Escape de fezes perianal. | Reposicionar o cateter retal | Inspecionar e manter o cateter no posicionamento adequado. |
| Assistencial | Exceder tempo de 29 dias de uso do cateter retal. | O aumento do risco de complicações não está descartado. | Remover o cateter retal para o tempo exceder 29 dias de uso. | Monitorar o tempo de permanência do dispositivo, bem como a sua indicação. |





**Referências**


• Borges, S. L. Diarréia nosocomial em Unidade de terapia Intensiva: Incidência e fatores de risco.2007. Tese (Mestrado em Gastroenterologia). Universidade Federal de Juiz de fora, Juiz de Fora. 2007.

• DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro; Editora Rúbio, 2012.

• Wanke C. A. Epidemiology and causes of acute diarrhea in the United States and other developed countries. [cited in 2008 December 20]. Acesso em http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-causes-of-acute-diarrhea-in-resource-rich-countries.28/09/2016.


**Anexos**

NA