



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA II

# ÚLCERAS DE PRESSÃO

Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. MSc. Lenice Dutra de Sousa

RIO GRANDE  
2011

# DEFINIÇÃO

A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou em tecidos adjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com cisalhamento e/ou fricção (SCEMONS, ELSTON, 2011).

Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), as úlceras por pressão são definidas como **"áreas de necrose tissular que se desenvolvem quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado"**

# ÚLCERA DE PRESSÃO

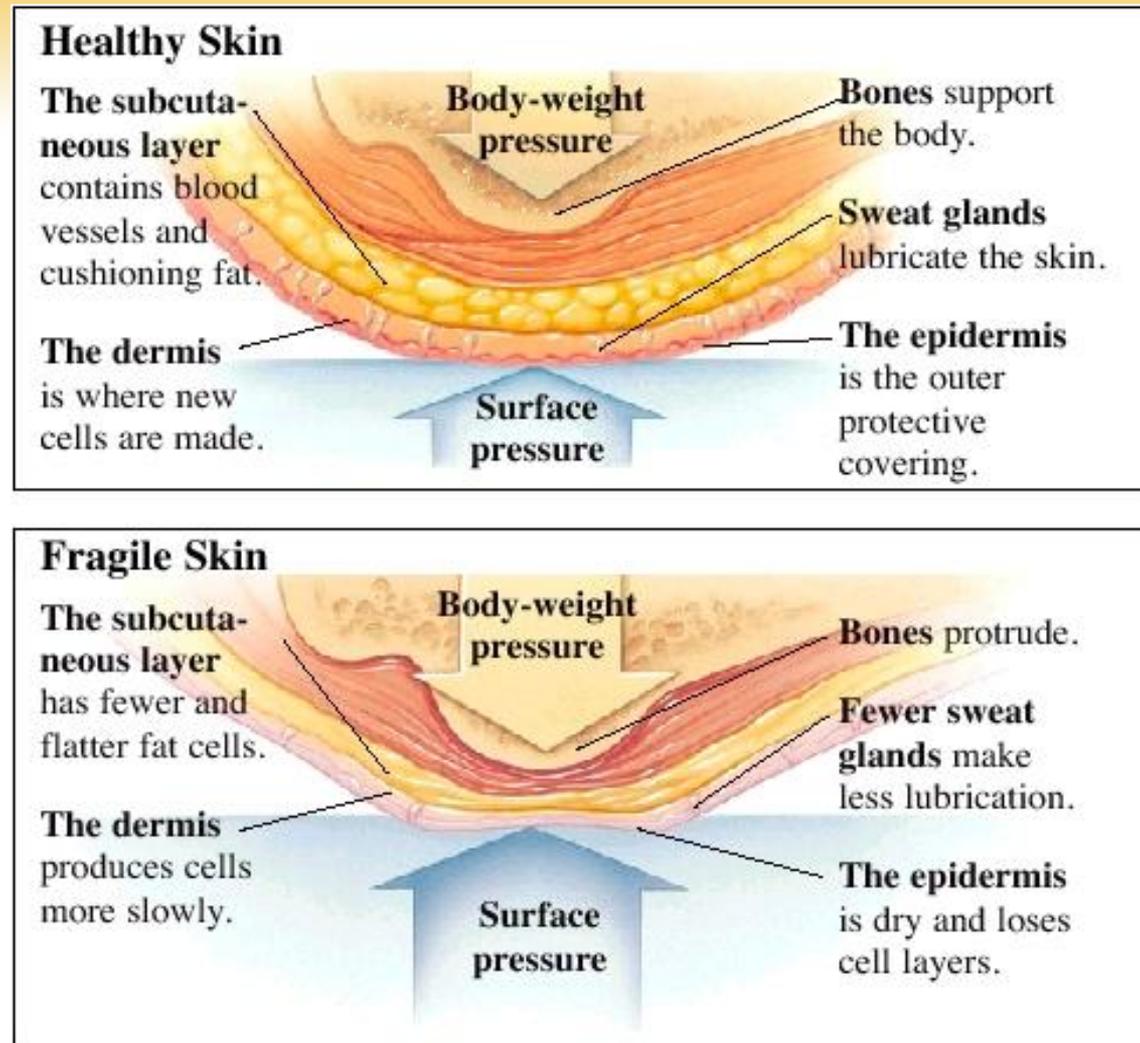


Figura01

# ETIOLOGIA

**UP superficiais:** causadas por irritação cutânea local, com maceração da superfície

**UP profundas:** originadas nos tecidos subjacentes (podem não ser detectadas até penetrarem a pele)

**Mais comuns:** em áreas de comprometimento circulatório secundário a compressão

**Desenvolvem-se:** quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea (ex: sacro) e uma superfície externa (colchão, cadeira) por um longo período

**Ocorre:** diminuição da irrigação sanguínea para os tecidos, gerando trombose capilar, isquemia local, hipoxia, edema, inflamação, morte celular (foco localizado de necrose celular)

# ETIOLOGIA

Pressão

Oclusão dos vasos

Hipóxia tissular

Palidez

Alívio da  
Pressão

Persistência da  
Pressão

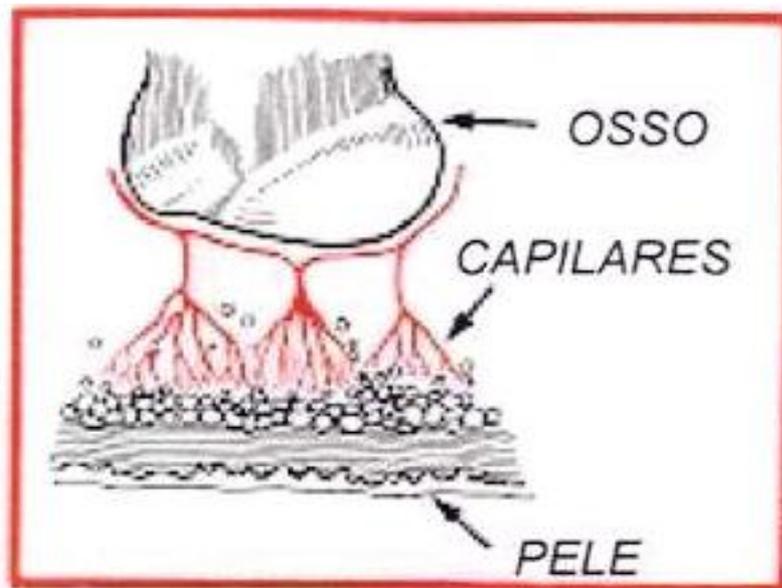
Resolução  
Prevenção

Piora da perfusão

Úlcera de  
Pressão

[www.deficientesoligos.com.br](http://www.deficientesoligos.com.br)

# ETIOLOGIA



**CAPILARES SEM**  
EXCESSO DE PRESSÃO



**CAPILARES COM**  
EXCESSO DE PRESSÃO



# FATORES DE RISCO

- **Repouso no leito:** em especial, diante de doença crônica, obesidade ou magreza excessiva;
- **desidratação;**
- **Diabetes Mellitus:** devido a potencial perda de sensibilidade;
- **diminuição da percepção de dor;**
- **fraturas;**
- **terapia com corticosteróide;**
- **estado nutricional alterado:** em especial, desnutrição;



# FATORES DE RISCO

- **imunossupressão;**
- **incontinência:** urinária/fecal;
- **déficits cognitivos:** nível alterado de consciência, coma, sedação, confusão, doença de Alzheimer ou outras demências, depressão;
- **politrauma;**
- **paralisia;**
- **circulação inadequada:** arterial ou venosa;
- **obesidade ou magreza excessiva;**
- **história prévia de úlceras de pressão.**

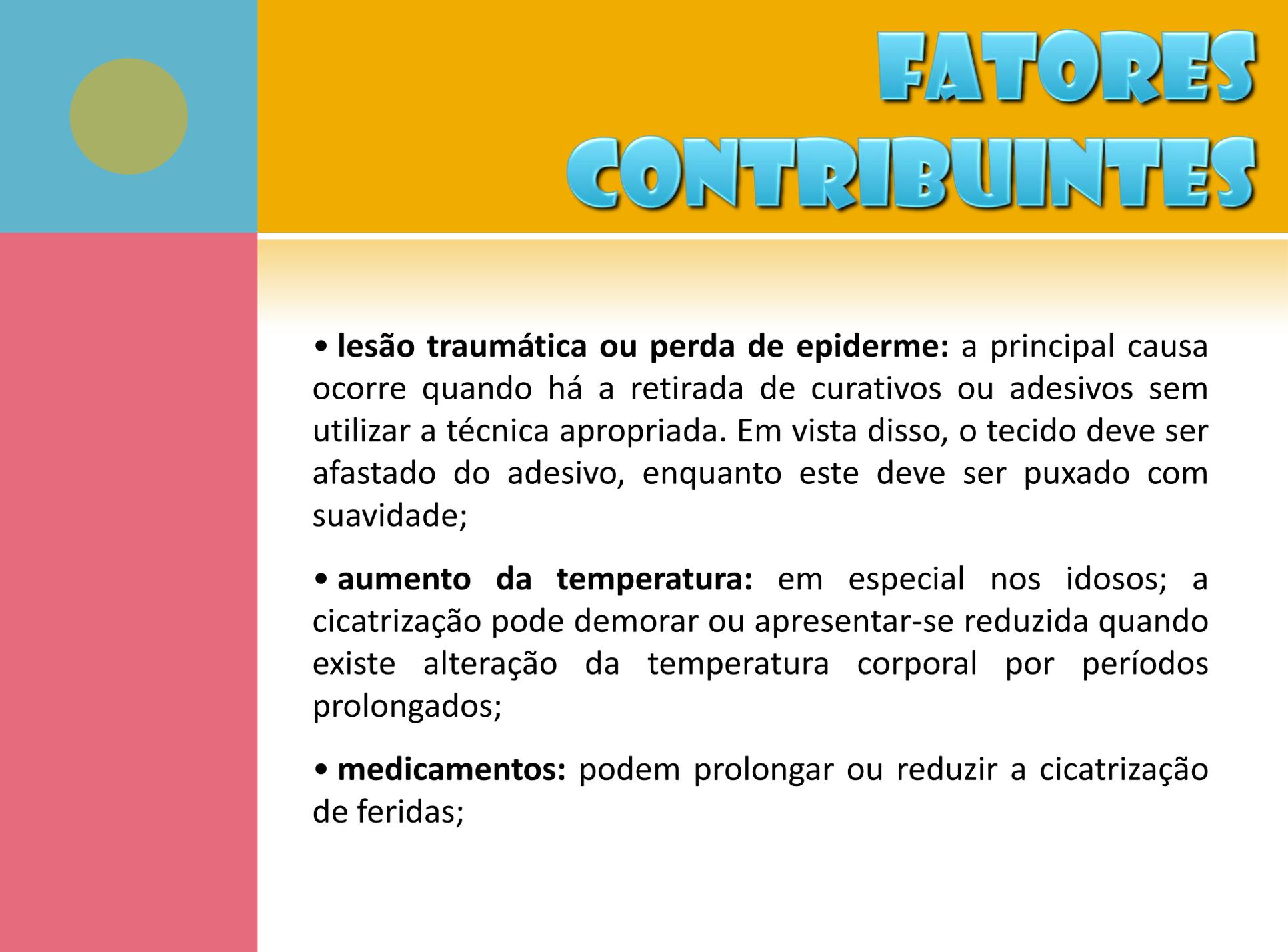


# FATORES CONTRIBUENTES

- **Pressão:** imobilidade, inatividade e perda da percepção sensorial; *baixa intensidade de pressão durante longo período de tempo ou alta intensidade de pressão durante curto período de tempo;*
- **fricção ou atrito:** reduz a tolerância tissular à pressão por abrasão e lesão das camadas superficiais da pele, camada epidérmica e dérmica; a fricção e o cisalhamento contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão na região do sacro e/ou do cóccix em pacientes na posição semi-Fowler;
- **cisalhamento:** age como uma força paralela que causa isquemia tissular pelo estiramento de um vaso sanguíneo; a posição semi-Fowler é a causa mais comum de cisalhamento; fricção e gravidade compõem o cisalhamento;

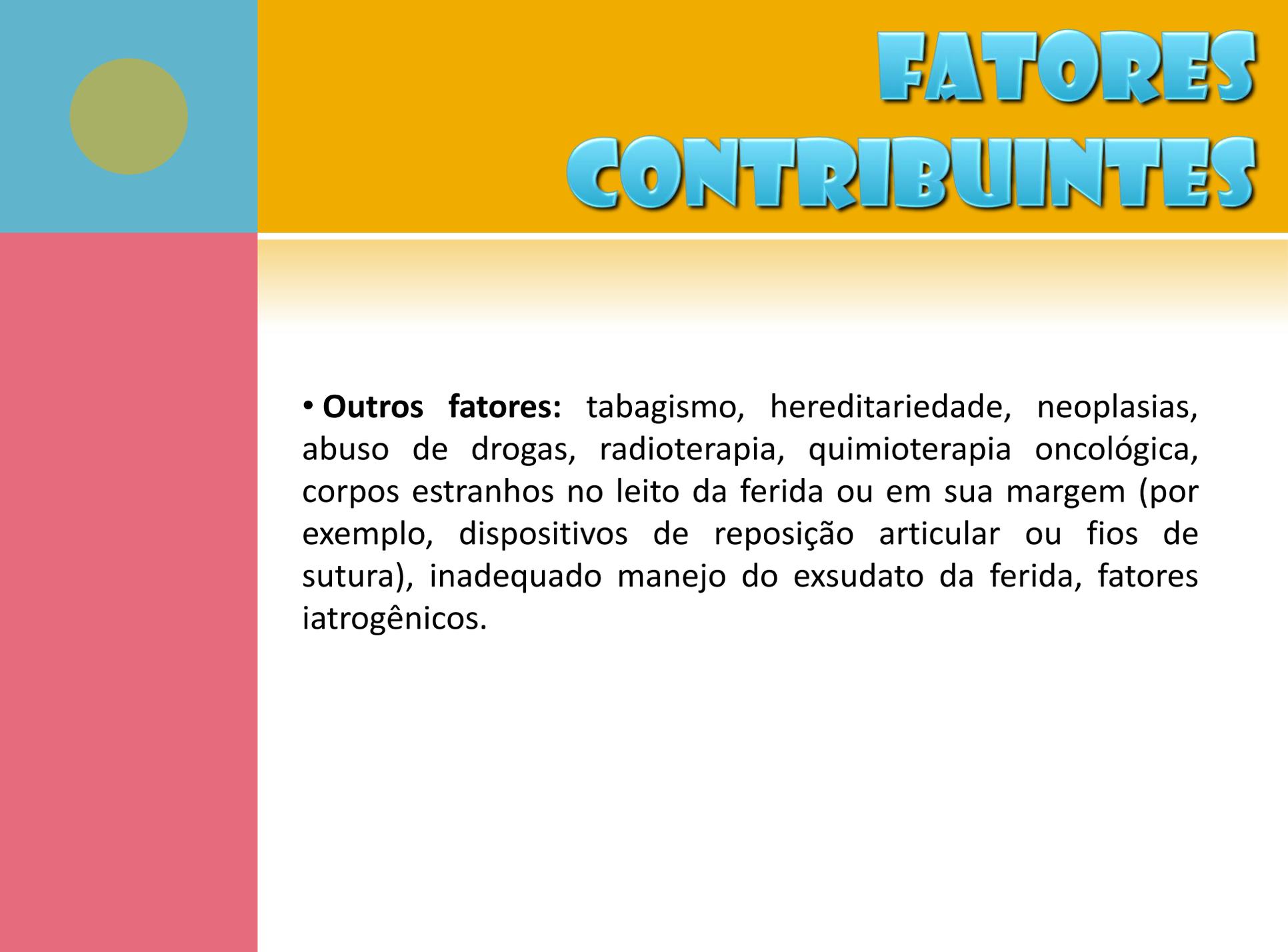
# FATORES CONTRIBUENTES

- **umidade:** a umidade deixa a pele mais friável; a umidade leve à moderada causa aumento da força de cisalhamento e fricção; incontinência urinária (lesão química) e fecal (bactérias);
- **pressão arterial (PA):** quando a pressão sanguínea sistólica está abaixo de 100 e a diastólica abaixo de 60, a cicatrização de uma ferida pode sofrer retardo ou diminuição;
- **mobilidade:** menos exercício ou redução da mobilidade podem aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de úlceras de pressão;



# FATORES CONTRIBUENTES

- **lesão traumática ou perda de epiderme:** a principal causa ocorre quando há a retirada de curativos ou adesivos sem utilizar a técnica apropriada. Em vista disso, o tecido deve ser afastado do adesivo, enquanto este deve ser puxado com suavidade;
- **aumento da temperatura:** em especial nos idosos; a cicatrização pode demorar ou apresentar-se reduzida quando existe alteração da temperatura corporal por períodos prolongados;
- **medicamentos:** podem prolongar ou reduzir a cicatrização de feridas;



# FATORES CONTRIBUENTES

- **Outros fatores:** tabagismo, hereditariedade, neoplasias, abuso de drogas, radioterapia, quimioterapia oncológica, corpos estranhos no leito da ferida ou em sua margem (por exemplo, dispositivos de reposição articular ou fios de sutura), inadequado manejo do exsudato da ferida, fatores iatrogênicos.

**Quanto mais  
baixo o escore  
maior o risco**



# ESCALA DE BRADEN

<b>Pontuação Critérios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Percepção sensorial</b>	<b>Completam limitada</b>	<b>Muito limitada</b>	<b>Discreta limitação</b>	<b>Sem compromet</b>
<b>Umidade</b>	<b>Constantem úmido</b>	<b>Úmido</b>	<b>Ocasionalm úmido</b>	<b>Raramente úmido</b>
<b>Atividade</b>	<b>Restrito ao leito</b>	<b>Restrito à cadeira</b>	<b>Caminha ocasionalm</b>	<b>Caminha freqüentem</b>
<b>Mobilidade</b>	<b>Completam imóvel</b>	<b>Muito limitada</b>	<b>Discreta limitação</b>	<b>Sem limitações</b>
<b>Nutrição</b>	<b>Muito deficiente</b>	<b>Provavelm inadequada</b>	<b>Adequada</b>	<b>Excelente</b>
<b>Fricção e Atrito</b>	<b>Problema</b>	<b>Problema potencial</b>	<b>Sem problem aparentes</b>	<b>-----</b>

**Quanto mais  
baixo o escore  
maior o risco**



# ESCALA DE NORTON

<b>CONDIÇÕES FÍSICAS</b>	<b>CONDIÇÕES MENTAIS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>MOBILIDADE</b>	<b>CONTINÊNCIA</b>
<b>Boa</b> 4	<b>Alerta</b> 4	<b>Deambula</b> 4	<b>Plena</b> 4	<b>Boa</b> 4
<b>Razoável</b> 3	<b>Apático</b> 3	<b>Deambula com ajuda</b> 3	<b>Discreta limitação</b> 3	<b>Incontinência ocasional</b> 3
<b>Ruim</b> 2	<b>Confuso</b> 2	<b>Senta em cadeira</b> 2	<b>Muito limitada</b> 2	<b>Incontinência freqüente/urina</b> 2
<b>Muito Ruim</b> 1	<b>Torporoso</b> 1	<b>Acamado</b> 1	<b>Imóvel</b> 1	<b>Incontinência urinária e fecal</b> 1
<b>TOTAL:</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>TOTAL:</b>

**PONTUAÇÃO TOTAL:**

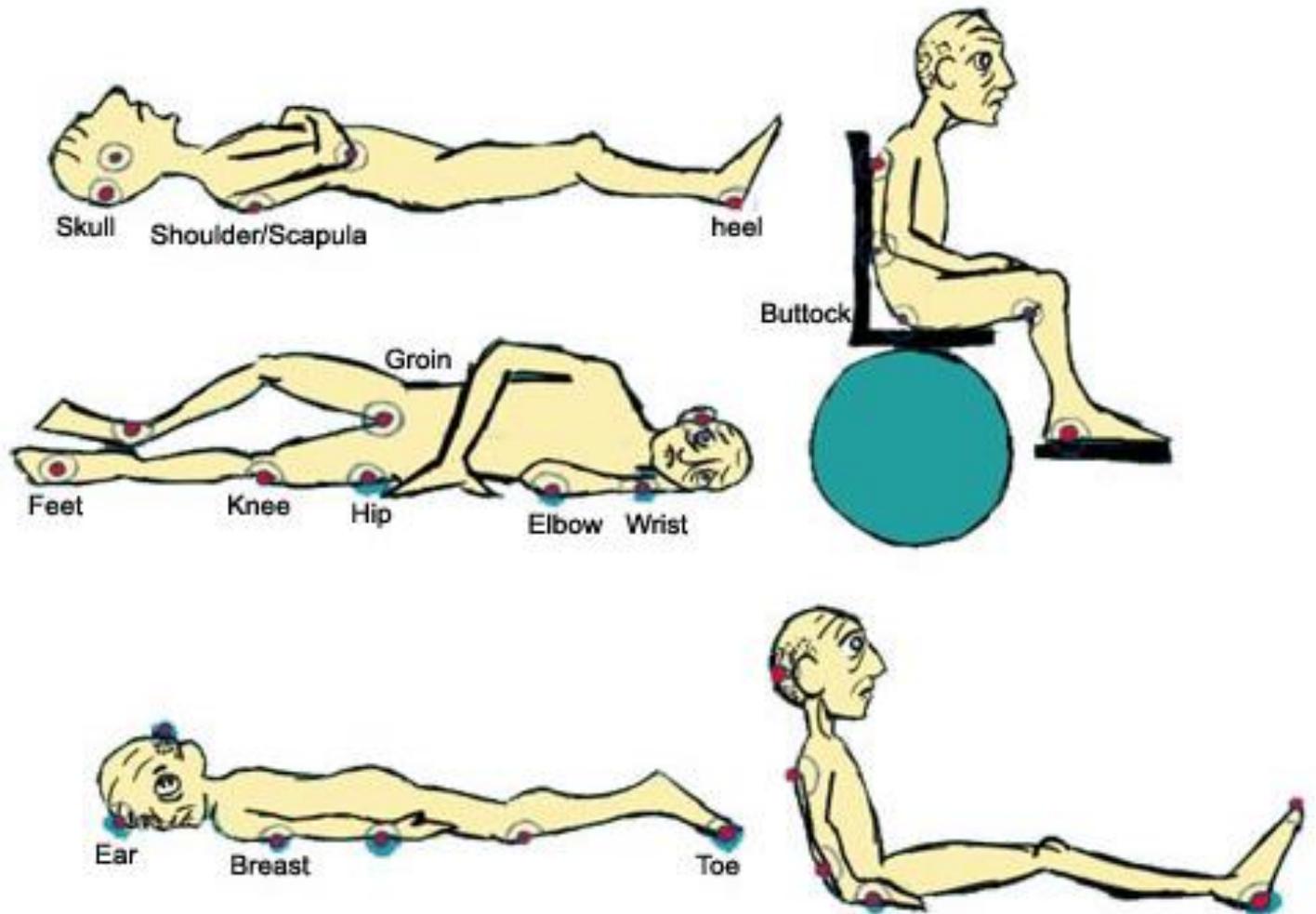
**Obs: estudos demonstram baixa correlação interavaliadores**

# LOCALIZAÇÃO

Cerca de 95% das úlceras por pressão ocorrem na porção mais inferior do corpo, sendo a área do sacro e do calcanhar alguns dos locais mais comuns para lesão da pele.

- **Sacro (31%);**
- **nádegas (27%);**
- **calcanhares (20%);**
- **trocânteres (10%);**
- **membros Inferiores (5%);**
- **tronco (4%);**
- **membros Superiores (3%);**
- **tuberosidades isquiáticas.**

# LOCALIZAÇÃO



# LOCALIZAÇÃO



Figura04



Figura05



Figura06



Figura07



Figura08

# LOCALIZAÇÃO



Figura09



Figura10



Figura11



Figura12

# ESTADIAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

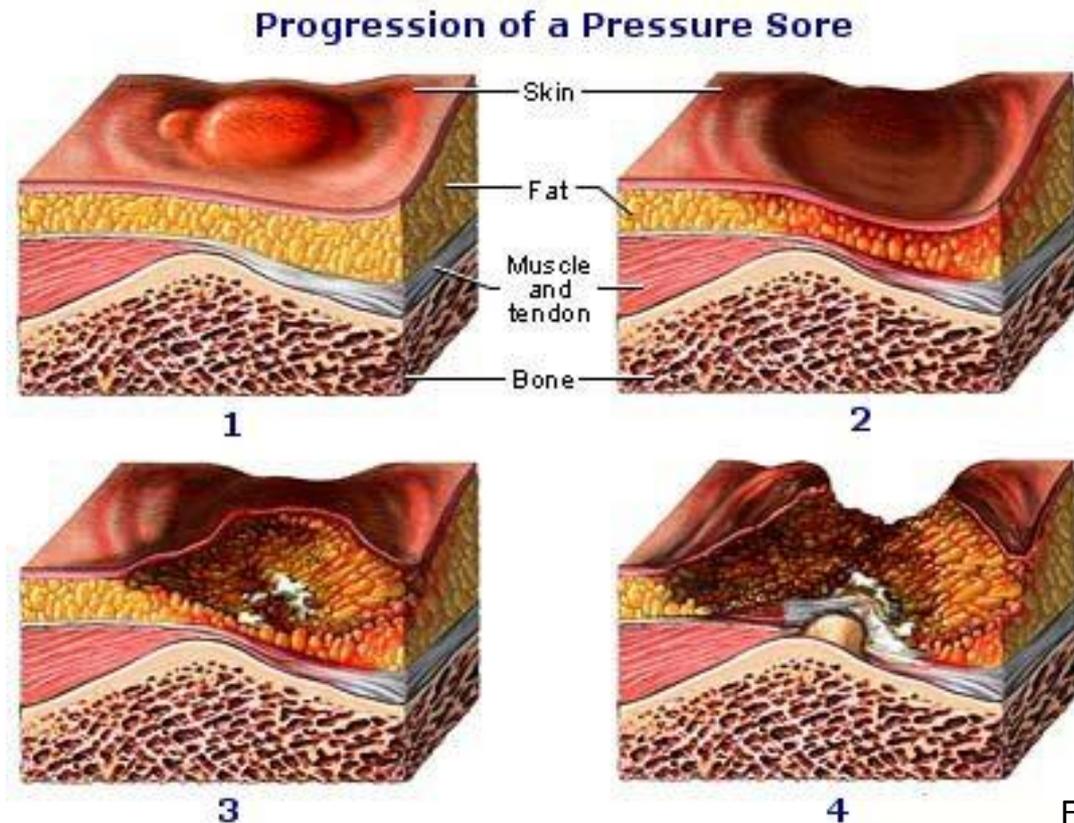


Figura13

# ESTÁGIOS



Figura14



Figura15



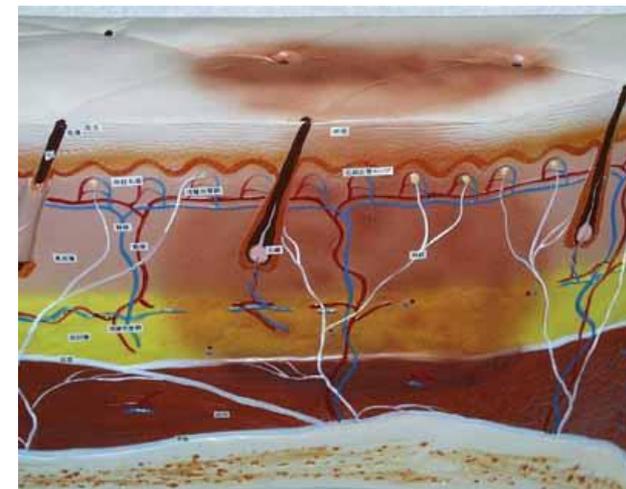
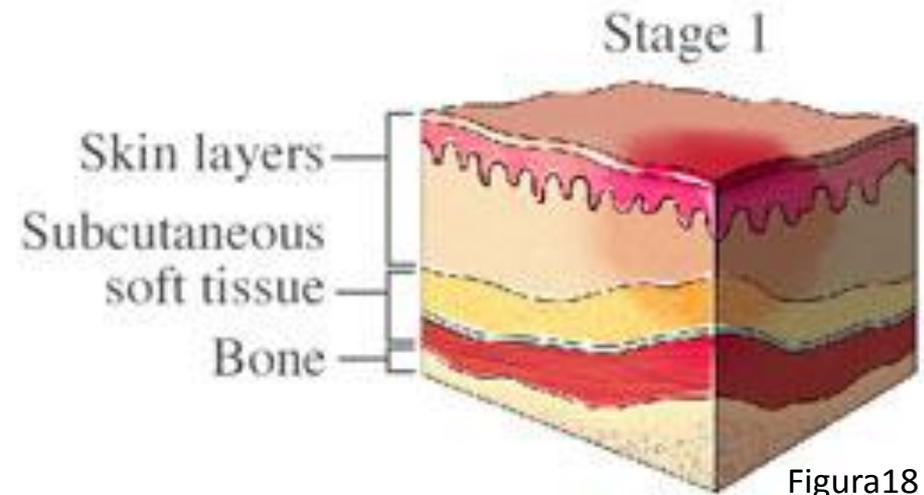
Figura16



Figura17

# ESTÁGIO I

- A lesão é uma área avermelhada que pode ser endurecida e quente ao toque;
- não desaparece com massagem ou alívio da pressão;
- não há perda de pele.



# ESTÁGIO II

- Perda parcial da espessura da pele, apresenta-se como uma úlcera superficial, com um leito vermelho-rosado, sem esfacelo.
- pode também apresentar como abrasão, uma bolha intacta ou aberta/rompida ou úlcera superficial;
- envolve epiderme, derme ou ambas.

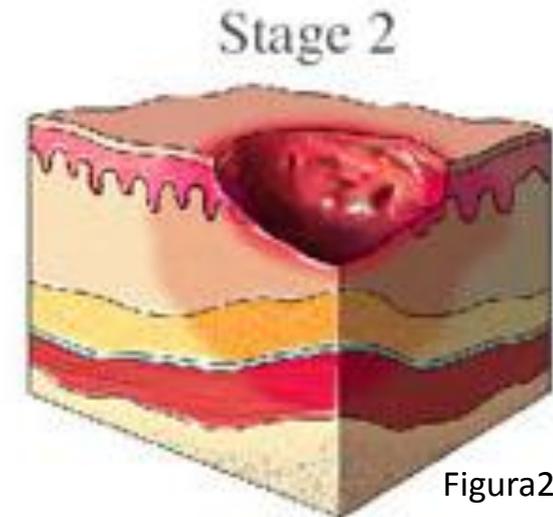


Figura20



Figura21

# ESTÁGIO III

- Perda total da espessura da pele;
- dano/necrose tecido subcutâneo (não atravessa a fáscia);
- cratera profunda, com ou sem destruição tecido adjacente.

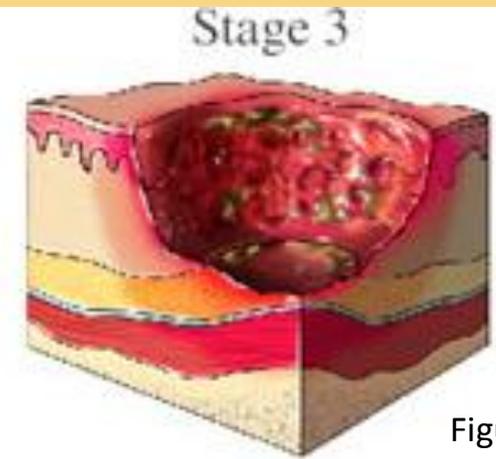


Figura22

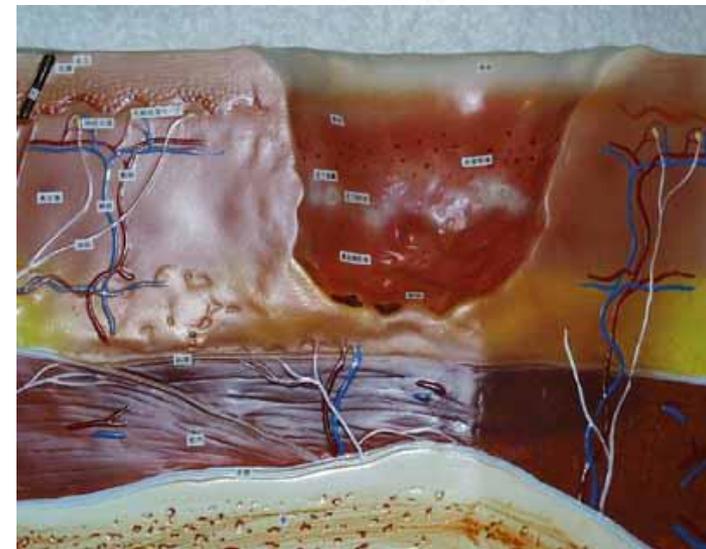


Figura23

# ESTÁGIO IV

- Perda completa da espessura da pele;
- corrosão rápida e extensiva, necrose/danos aos músculos, ossos/estruturas de suporte (tendão ou cápsula articular...);
- formação de túneis ou fístulas.

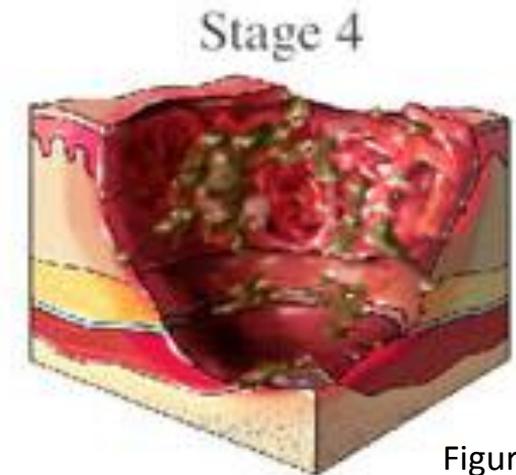


Figura24

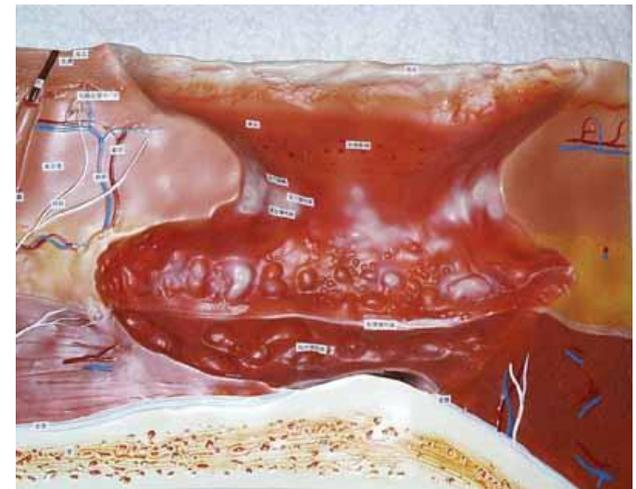


Figura25

# SINAIS E SINTOMAS

- **Periferida:** edema, calor, hiperemia;
- **perda tecidual;**
- **mudança características do exudato:** odor, consistência, tipo;
- **queixas:** desconforto, prurido, dor, inapetência;
- **sinais sistêmicos:** hipertermia, calafrio, taquicardia, inapetência;
- **cultura positiva.**



# TRATAMENTO

As estratégias de prevenção incluem o reconhecimento dos riscos, a redução dos efeitos da pressão, a avaliação da condição nutricional, a prevenção contra repouso excessivo ao leito e a conservação da integridade da pele.

O tratamento inclui métodos de redução da pressão, como reposicionamento frequente para encurtar a sua duração e o uso de equipamento especial para reduzir a sua intensidade. Pode envolver ainda dispositivos especiais de redução da pressão, como camas, colchões, sobrecapas para colchão e almofadas para cadeira. Outras medidas terapêuticas de tratamentos tópicos são limpeza da ferida, desbridamento e uso de curativos em apoio à cicatrização.

<b>Carvão ativado</b>	<b>Eficaz na absorção de substâncias químicas liberadas pelas feridas fétidas; único curativo bactericida. Apresenta grande vantagem se associado à outros produtos, como ácidos graxos essenciais e alginatos.</b>
<b>Alginato</b>	<b>Curativo interativo, sua estrutura se altera à medida que ele reage com a ferida. Quando absorve o exsudato, muda sua estrutura fibrosa para a consistência de gel. Adequado para feridas com exsudação moderada/grande, podendo exigir um curativo secundário.</b>
<b>Gaze não-aderente</b>	<b>Preserva o tecido em granulação e não adere ao leito da ferida. Indicada para áreas cruentas pós-trauma e contra-indicada para ferida com secreção purulenta.</b>
<b>AGE</b>	<b>Mantém a integridade da epiderme, tornando a membrana celular mais resistente aos estímulos agressivos, deixam o meio úmido e aceleram o processo de granulação.</b>
<b>Hidrogéis</b>	<b>Capacidade de absorver o exsudato e de hidratar feridas ressecadas, (escaras necróticas), facilitando o desbridamento. Podem ser utilizados em feridas com exsudação de baixa a moderada e em pequenas cavidades. Exigem curativos secundários.</b>

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Integridade da pele prejudicada;
- risco da integridade da pele prejudicada;
- integridade tissular prejudicada;
- dor aguda;
- dor crônica;
- ansiedade;
- risco de infecção;
- deambulação prejudicada;
- mobilidade física prejudicada.



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Virar e reposicionar o paciente, a cada 1 à 2 horas, a menos que haja contra-indicação;
- para paciente que não consegue se virar sozinho, usar dispositivo redutor de pressão, com colchão de ar, gel ou espuma (piramidal);
- sempre que apropriado, implementar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, para aliviar a pressão e promover a circulação;
- ao virar o paciente, erguê-lo em vez de deslizá-lo (porque deslizar aumenta o atrito e as forças de cisalhamento). Usar lençol para viradas e obter ajuda quando necessário;

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- usar travesseiros para posicionar o paciente e aumentar seu conforto:
  - *sob as pernas, para afastar os calcâneos de qualquer superfície, como colchão ou descanso para pés, destinado a quem utiliza cadeira de rodas;*
  - *entre os tornozelos;*
  - *entre os joelhos;*
  - *atrás do dorso (existem controvérsias, mas é recomendado até o momento);*
  - *debaixo da cabeça, com apoio para o pescoço (com pressão mínima na região occipital).*
- certificar-se de eliminar dobras do lençol que possam aumentar a pressão e causar desconforto;

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- enfatizar a importância de trocas regulares de posição ao paciente e aos familiares e, encorajar sua participação no tratamento e na prevenção das úlceras de pressão;
- não massagear diretamente a área afetada;
- evitar que o paciente seja posto, diretamente, sobre o trocanter. Em vez disso, posicioná-lo de lado, a um ângulo de 30 graus;



Figura26

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- oferecer ao paciente confinado cadeira de rodas, bem como almofadas que aliviem a pressão, sempre que apropriado. *Evitar, no entanto, sentar o paciente em almofada em forma de anel de borracha ou plástico, porque ela pode aumentar a pressão localizada em pontos vulneráveis;*
- ajustar ou forrar os dispositivos auxiliares, aparelhos de gesso ou talas, sempre que necessário;
- aplicar loção após o banho, para manter a pele hidratada e, evitar massagem rigorosa, a fim de não ocasionar danos aos capilares;
- recomendar uma dieta que inclua calorias, proteínas e vitaminas adequadas (*pode ser necessário consulta à nutricionista*);
- avaliar a causa da incontinência fecal e urinária;

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ocorrendo diarreia ou se o paciente estiver incontinente, limpar e secar a pele; aplicar barreira hidratante protetora, para prevenir maceração da pele;
- uso de dispositivos que deixem os joelhos levemente flexionados;
- trocar os curativos, sempre que necessário, para evitar o excesso de umidade na pele íntegra;
- manter a pele higienizada, seca e hidratada;

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- inspecionar a pele diariamente;
- palpar pulsos periféricos;
- orientar a realizar pequenos levantamentos do corpo (leito e cadeira);
- recomendar sabonetes neutros (evitar o ressecamento da pele), enxaguar completamente após o uso, secar a pele com movimentos suaves;
- realizar massagens de conforto (nos momentos iniciais, pode impedir a continuidade do desenvolvimento das UP);
- manter ingesta hídrica (2000/2500ml, se possível).

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## Os princípios do manejo das feridas são:

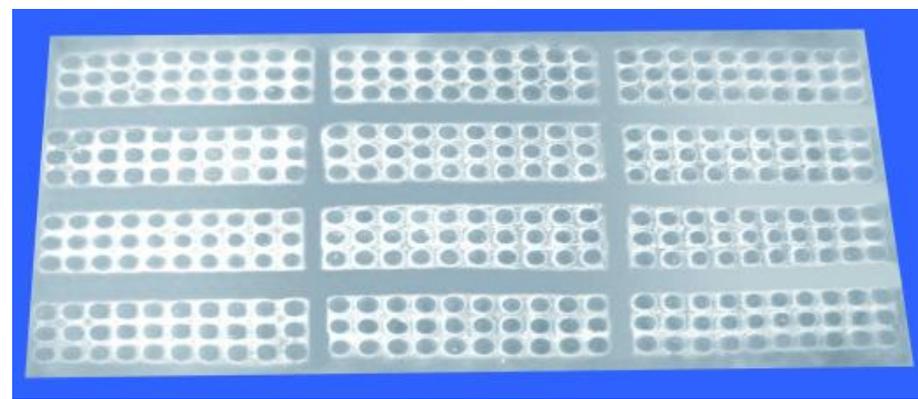
- remover corpos estranhos e tecido necrótico do leito da ferida;
- identificar e controlar a infecção;
- absorver excesso de exsudatos;
- manter o leito da ferida úmido;
- preencher o espaço morto decorrente de deslocamentos, túneis ou sínus;
- manter o leito da ferida com temperatura adequada;
- proteger a ferida contra trauma e infecção.

Colchão inflável tubular



Válvula

Figura27



Colchão gel

Figura28

Colchão d'água



Figura29



Figura30

Colchão piramidal

Colchão sistema de Terapia de Ar Bio Air



Figura31

# REFERÊNCIAS

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 1996.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Organizado por North American Nursing Association. Tradução: Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SCEMONS, D.; ELSTON, D. **Nurse to Nurse**: Cuidados com Feridas em Enfermagem. Porto Alegre: AMGH, 2011.

SPRINGHOUSE. **As melhores práticas de enfermagem**: procedimentos baseados em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.



# LISTA DE FIGURAS

**Figura01** – <http://www.mountnittany.org/wellness-library/healthsheets/documents?ID=4006>

**Figura02** – <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera/index.html>

**Figura03** – <http://www.ouhsc.edu/geriatricmedicine/education/pu/etiology.htm>

**Figura04** – <http://patologiafacil.blogspot.com/2010/05/ulcera-ulcera-de-pessao-e-estado.html>

**Figura05** – [http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10&Itemid=18](http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=18)

**Figura06** – <http://www.worldwidewounds.com/2005/july/Romanelli/Wound-Bed-Preparation-Pressure-Ulcer.html>

**Figura07** – <http://www.nhs.uk/Conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx>

**Figura08** – <http://www.worldwidewounds.com/2005/july/Romanelli/Wound-Bed-Preparation-Pressure-Ulcer.html>

**Figura09** – <http://plasticsurgery.about.com/od/reconstructiveprocedures/p/All-About-Pressure-Ulcers.htm>

**Figura10** – [http://www.pocketnurse.com/Life\\_form-Elderly-Pressure-Ulcer-Foot/productinfo/10-81-0933/](http://www.pocketnurse.com/Life_form-Elderly-Pressure-Ulcer-Foot/productinfo/10-81-0933/)

**Figura11** – <http://www.hwca-inc.com/Patients/WoundCare/images/PressureUlcer.jpg>

**Figura12** – [http://enfermeiropsf.blogspot.com/2010\\_01\\_13\\_archive.html](http://enfermeiropsf.blogspot.com/2010_01_13_archive.html)

**Figura13** – <http://drugster.info/ail/pathography/985/>

**Figura14** – <http://www.clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/pressure-ulcers.aspx>

**Figura15** – <http://www.clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/pressure-ulcers.aspx>



# LISTA DE FIGURAS

- Figura16** – <http://www.clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/pressure-ulcers.aspx>
- Figura17** – <http://www.clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/pressure-ulcers.aspx>
- Figura18** – [http://www.hamill-law.com/bedsores\\_decubitus\\_ulcers.html](http://www.hamill-law.com/bedsores_decubitus_ulcers.html)
- Figura19** – <http://square.umin.ac.jp/sanada/english/admin/1-2.html>
- Figura20** – [http://www.hamill-law.com/bedsores\\_decubitus\\_ulcers.html](http://www.hamill-law.com/bedsores_decubitus_ulcers.html)
- Figura21** – <http://square.umin.ac.jp/sanada/english/admin/1-2.html>
- Figura22** – [http://www.hamill-law.com/bedsores\\_decubitus\\_ulcers.html](http://www.hamill-law.com/bedsores_decubitus_ulcers.html)
- Figura23** – <http://square.umin.ac.jp/sanada/english/admin/1-2.html>
- Figura24** – [http://www.hamill-law.com/bedsores\\_decubitus\\_ulcers.html](http://www.hamill-law.com/bedsores_decubitus_ulcers.html)
- Figura25** – <http://square.umin.ac.jp/sanada/english/admin/1-2.html>
- Figura26** – <http://www.agplasticos.com.br/noticias.php?pag=1&cod=7>
- Figura27** – <http://catalogohospitalar.com.br/colchao-inflavel-tubular.html>
- Figura28** – <http://hospitalaraluguel.com.br/novidades.htm>
- Figura29** – <http://www.shopfisio.com.br/ch/prod/1773/636/0/colchao-dagua-articulado-5015---anti-escaras-feridas-de-decubito-e-ulceras-de-pessao---190x90cm.aspx>
- Figura30** - [http://www.pedeapio.com.br/lojavirtual/produtos\\_descricao.asp?lang=pt\\_br&codigo\\_produto=518](http://www.pedeapio.com.br/lojavirtual/produtos_descricao.asp?lang=pt_br&codigo_produto=518)
- Figura31** – <http://www.fisiostore.com.br/sistema-de-ar-bio-air--colchao-e-compressor--salvape,product,SALV-94607,627.aspx>