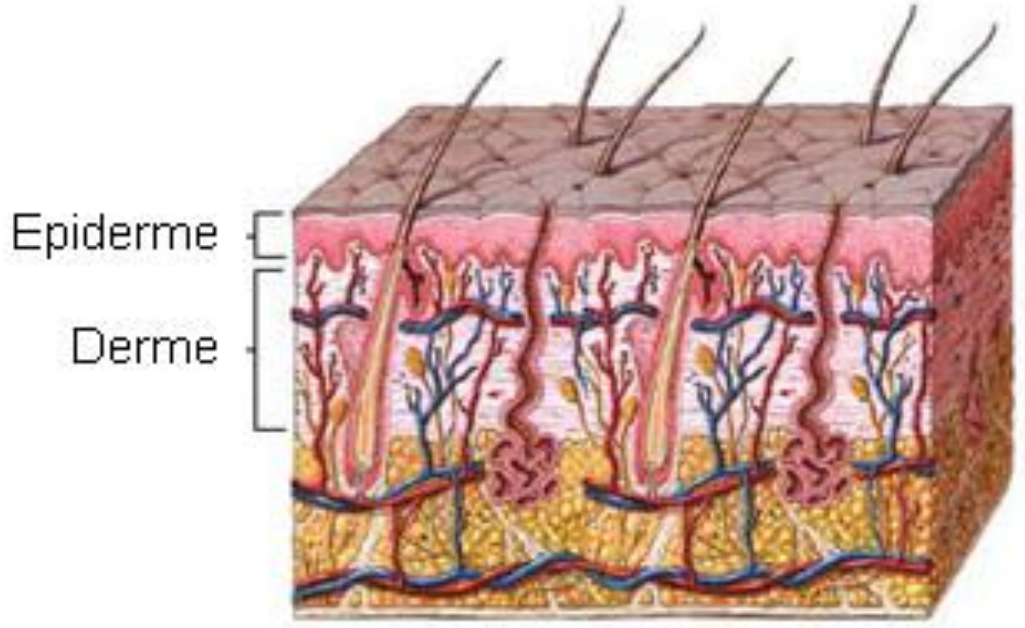
FERIDAS E COBERTURAS

Profº Enfº Ismael Moreira

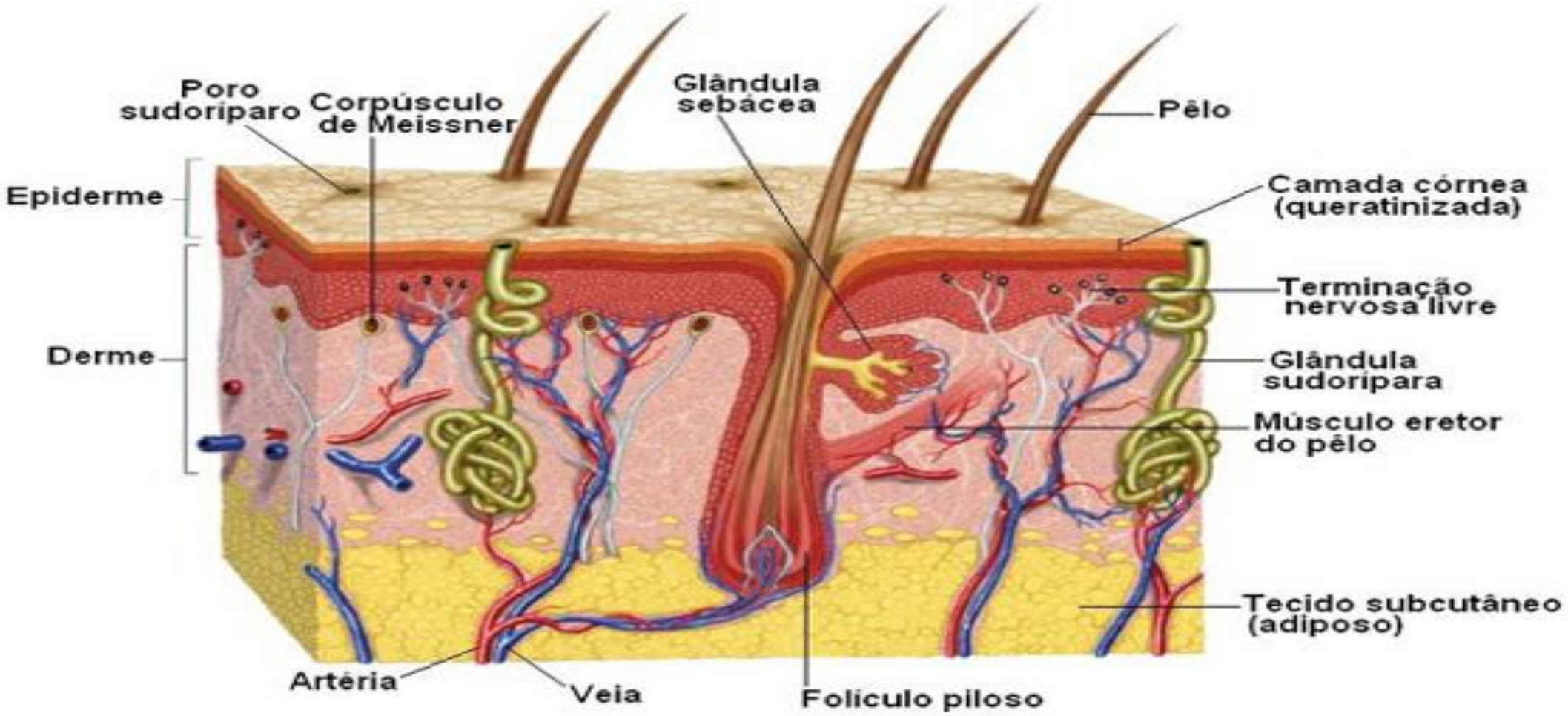
SISTEMA TEGUMENTAR

- O tegumento ou pele cobre a superfície do corpo protegendo-o das influências ambientais danosas. Como a pele é facilmente acessível, ela é importante nos exames físicos.

- **Proteção do corpo contra o meio ambiente, abrasões, perda de líquido, substâncias nocivas e microrganismos invasores.**
- **Regulação do calor através das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos.**
- **Sensibilidade por meio dos nervos superficiais e suas terminações sensitivas.**



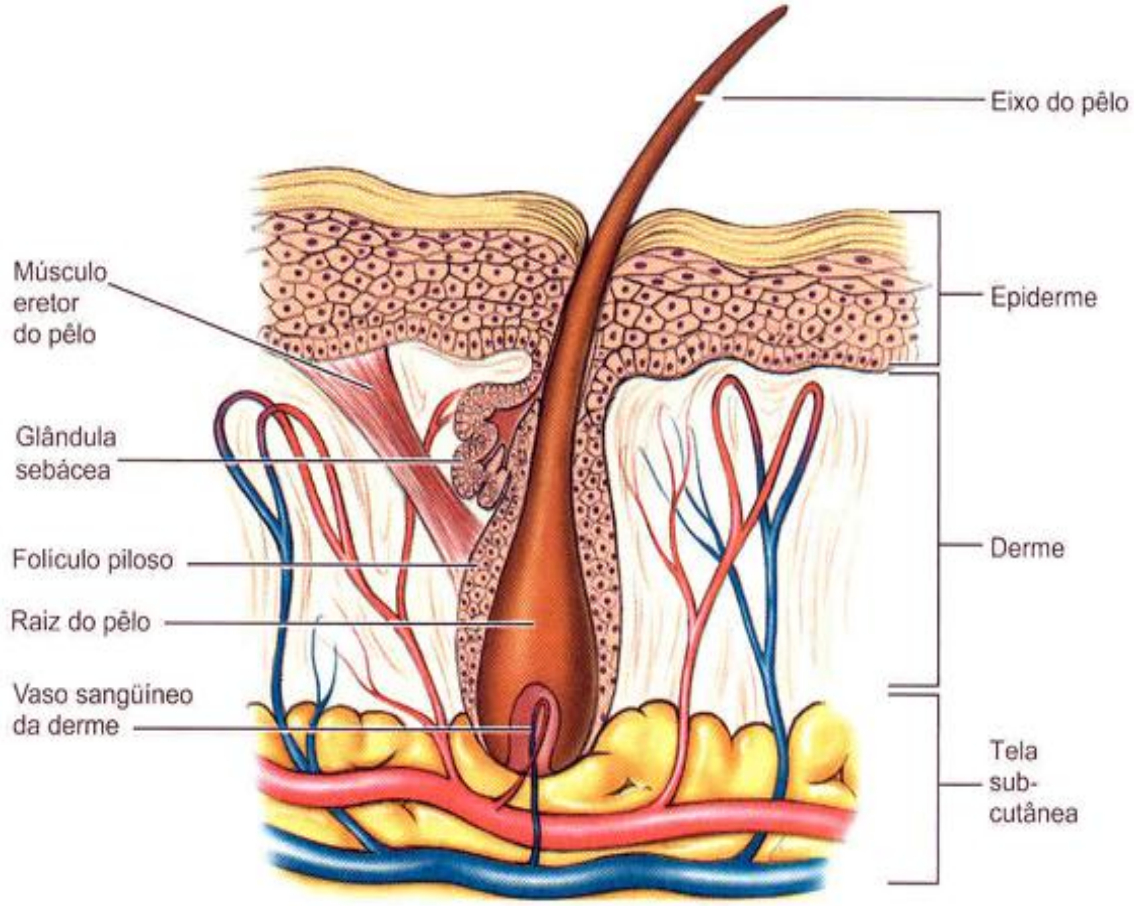
SISTEMA TEGUMENTAR



SISTEMA TEGUMENTAR

- **Tecido Subcutâneo**

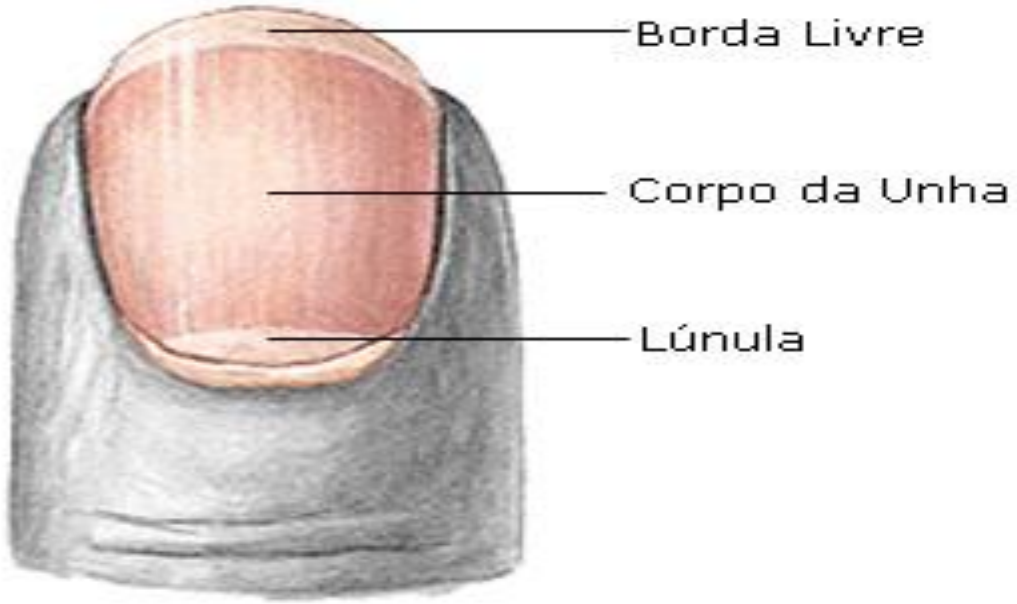
- Não é considerada como pertencente à pele e por isso é chamada de tela ou tecido subcutâneo ou hipoderme.
- Auxilia a isolar o corpo das variações extremas do meio ambiente e fixa a pele às estruturas subjacentes.

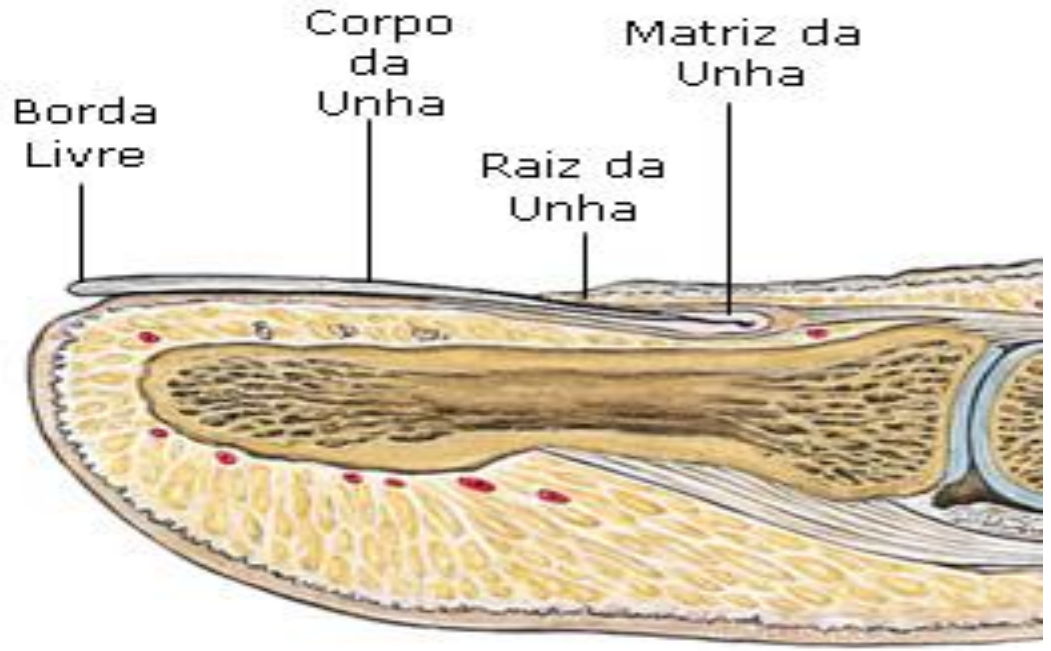


SISTEMA TEGUMENTAR

- **Anexos**

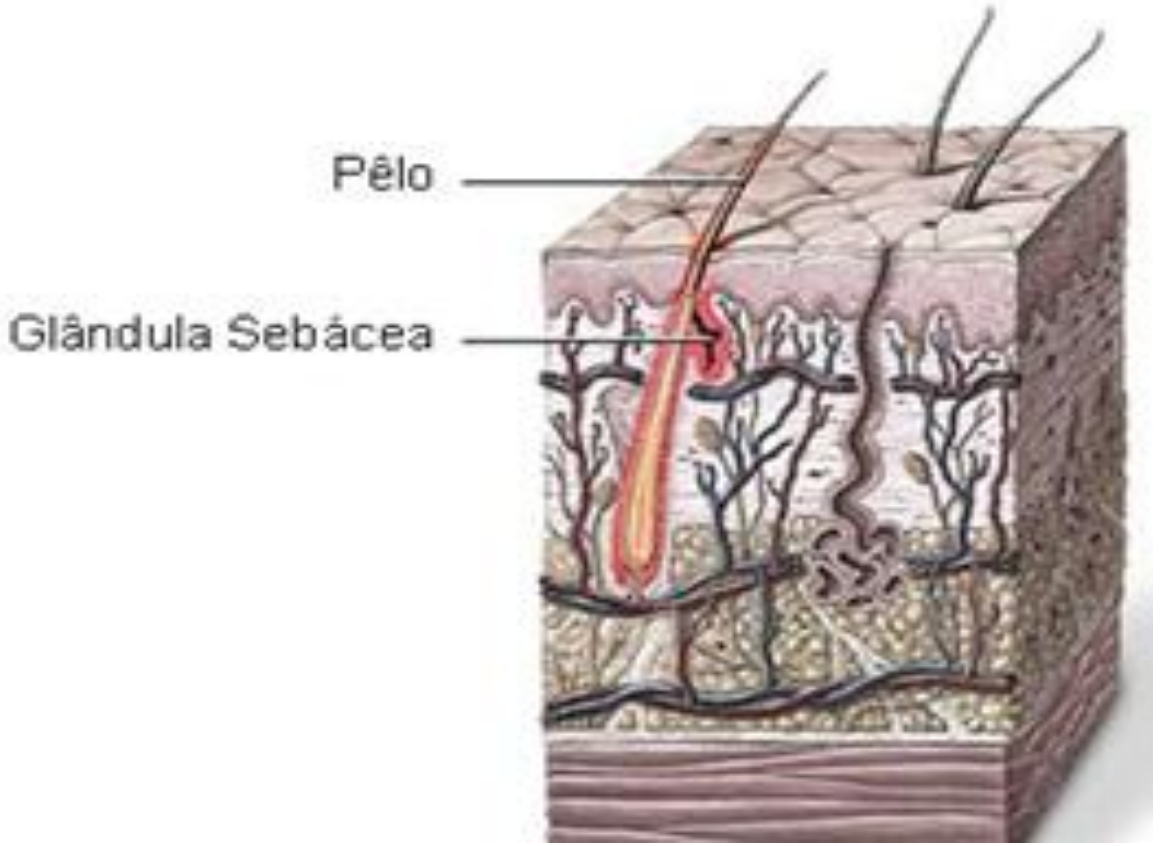
- Os anexos da pele são as unhas, os pelos e as glândulas sudoríparas e sebáceas com seus respectivos ductos.





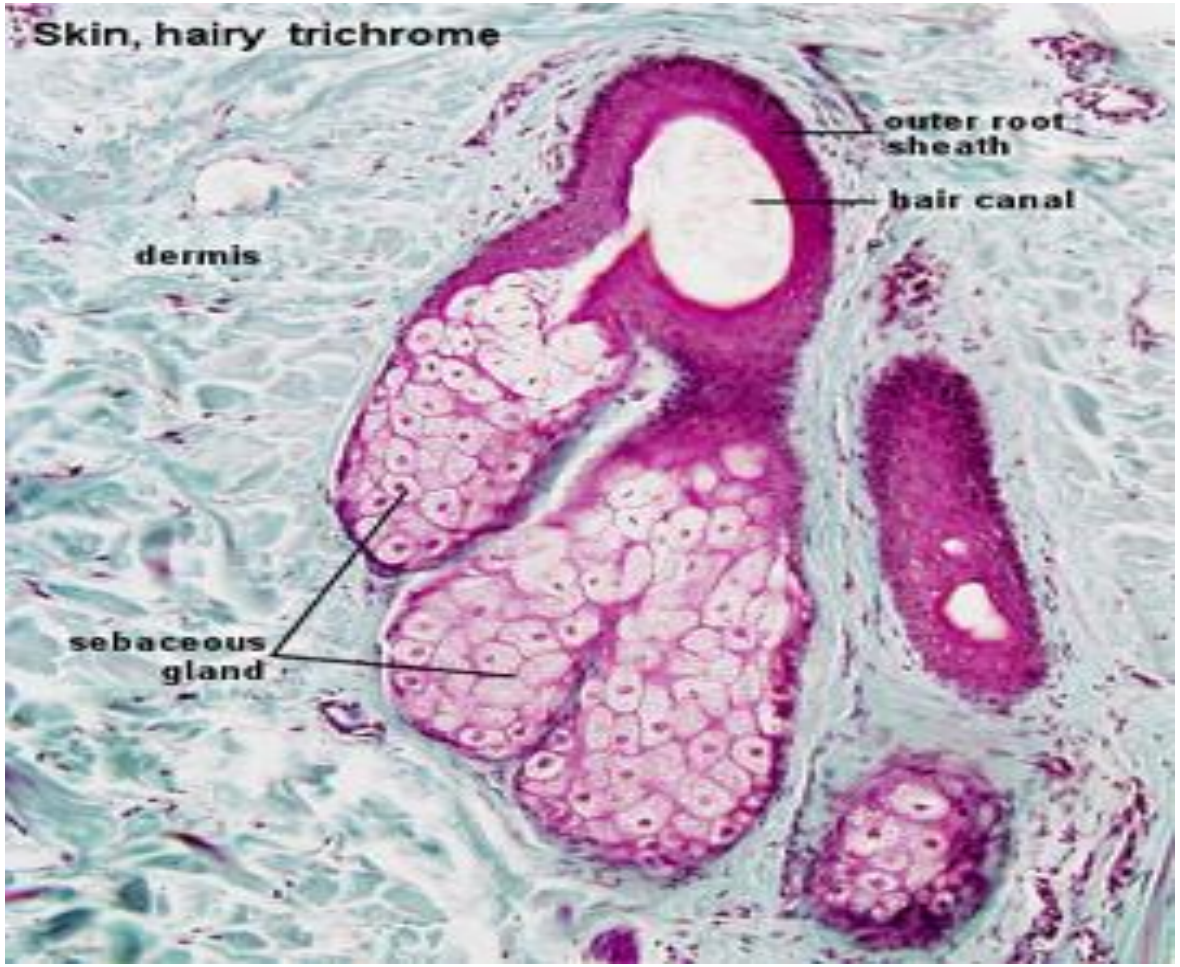
SISTEMA TEGUMENTAR

- **Anexos**
- **Glândulas Sudoríparas**: são encontradas em quase toda a parte da pele.
- São muito abundantes na palma das mãos e planta dos pés.



SISTEMA TEGUMENTAR

- **Anexos**
- **Glândulas Sebáceas**: são órgãos glandulares pequenos e saculiformes alojados na derme, encontradas em muitas partes da pele, mas em abundância no couro cabeludo e na face.



SISTEMA TEGUMENTAR



Receptores sensitivos encontrados na pele

Terminações Nervosas Livres: são encontradas em todos os tecidos conjuntivos. São mielinizadas ou amielínicas, mas sempre de diâmetro pequeno e baixa velocidade de condução.

Terminações Epidérmicas: Associadas com folículos pilosos.

CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS





AGENTE CAUSAL



Incisivas ou cirúrgicas: São feridas limpas produzidas por um instrumento cortante, fechadas por suturas.

Contusas: São causadas por traumatismo das tecidos moles provocada por objeto rombo sendo caracterizadas por hemorragia e edema.

Lacerantes: São ferimentos caracterizados por margens irregulares provocados por lesão por tração evidenciando um rasgo ou arrancamento tecidual.

Perfurantes: São lesões caracterizadas por pequenas aberturas na pele com um predomínio da profundidade sobre o comprimento.

GRAU DE CONTAMINAÇÃO



Limpas: Não apresentam sinais de infecção e em que não são atingidos os tratos respiratórios, digestivo, genital ou urinário.

Limpas-contaminadas: São feridas ocorridas no ambiente doméstico ou feridas cirúrgicas que atingem tratos respiratórios, digestivo, urinário e genital.

Contaminadas: São consideradas contaminadas, aquelas feridas acidentais com mais de seis horas de trauma ou que tiveram contato com substâncias contaminadas como terra e fezes.

Infectadas: Aquelas que apresentam sinais nítidos de infecção.



Quanto ao comprometimento tecidual...



FERIDAS



Escara?

UPP?

LPP?


SEGURANÇA DO PACIENTE
1 Identificar corretamente o paciente.
2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
Melhorar sua vida, nosso compromisso.
Acesse o site: <www.saude.gov.br/segurancadopaciente>.
ANVISA
Ministério da Saúde
Governo Federal

LESÃO POR PRESSÃO



Categorizadas para indicar a extensão do dano tissular

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.

LESÃO POR PRESSÃO



APRESENTAÇÕES

Pele íntegra;

Pele ulcerada;

Pode causar dor;

LESÃO POR PRESSÃO



Fricção

Pressão

Umidade

Cisalhamento

FATORES DE RISCO FISIOPATOLÓGICOS



Lesões de Pele: edema, pele seca, falta de elasticidade.

Transtorno no transporte de oxigênio: desordens vasculares periféricas, estase venosa, doenças cardiopulmonares.

Alterações nutricionais: desnutrição, obesidade, hipoproteinemia, desidratação.

Distúrbios imunológicos: câncer, infecção.

Alteração da consciência: estupor, confusão, coma.

Deficiência física: paresia, paralisia.

Deficiências sensoriais: neuropatias, perda da sensação de dor.

Eliminação Prejudicada: incontinência urinária ou fecal.

FATORES ECONÔMICOS



- Hábitos de cuidados inadequados, insuficientes,
- Desconhecimento dos fatores que ameaçam a integridade dos tecidos e dos cuidados na prevenção da úlcera por pressão.
- Baixo status econômico: comida de baixa qualidade.

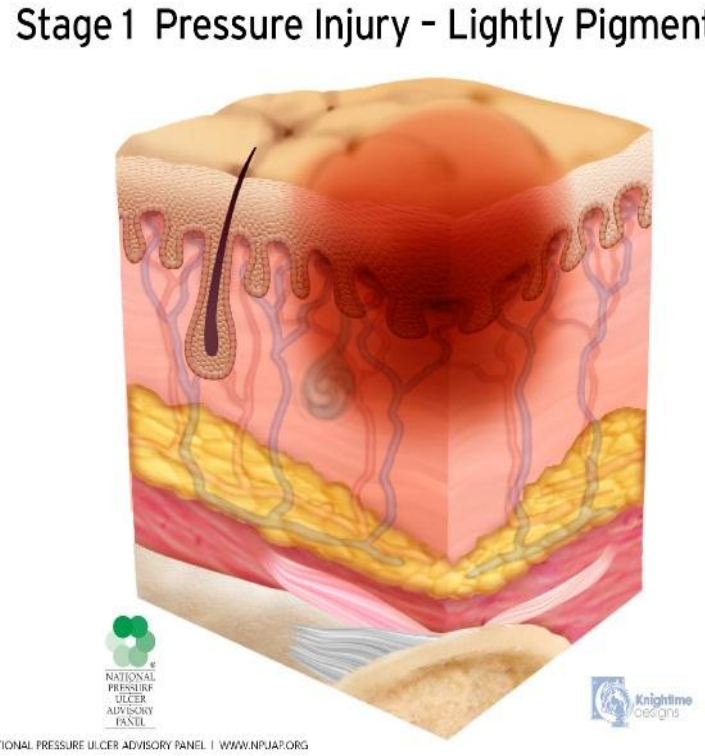
FATORES DERIVADOS DE TRATAMENTOS

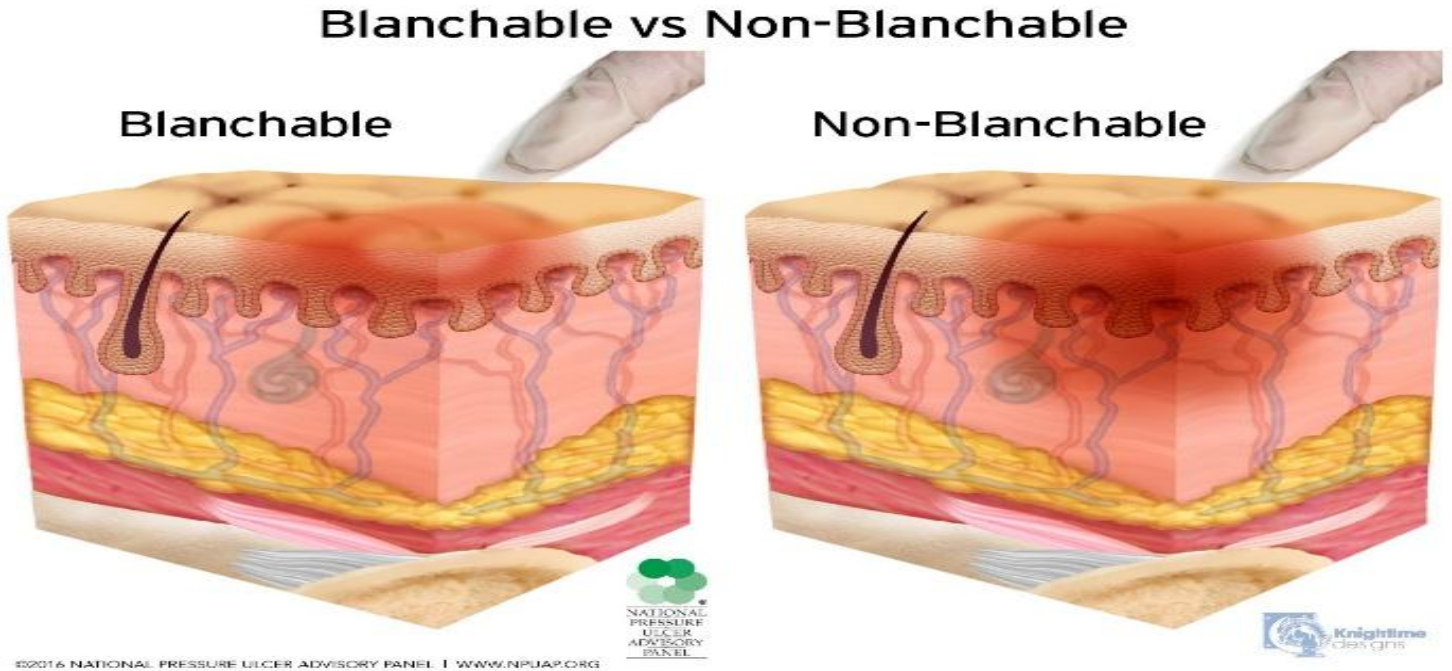


- Imobilidade imposta resultante de certas alternativas terapêuticas: dispositivos, equipamentos, gesso, trações, respiradores e etc.
- Tratamentos ou drogas com ação imunossupressora: radiação, corticosteroides, citostáticos.
- Sondas de diagnóstico e /ou terapêutica: cateterismo vesical e sondagem nasogástrica.

LPP ESTÁGIO I

- **Pele íntegra com eritema que não embranquece**





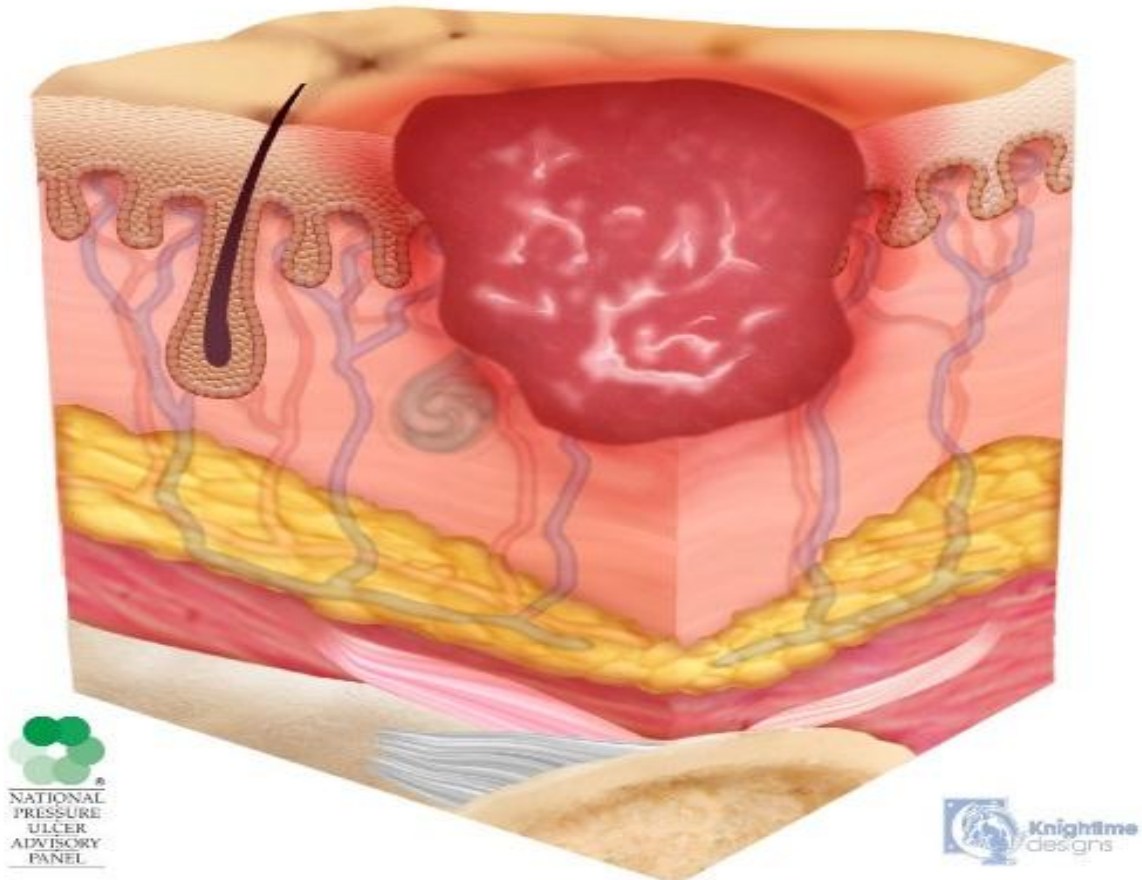

NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

LPP ESTÁGIO 2



- **Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme**
- Leito viável: rosa ou vermelho; úmido; bolha com exsudato.
- Não há esfacelo, escara ou tecido de granulação.
- Diagnóstico diferencial.

Stage 2 Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

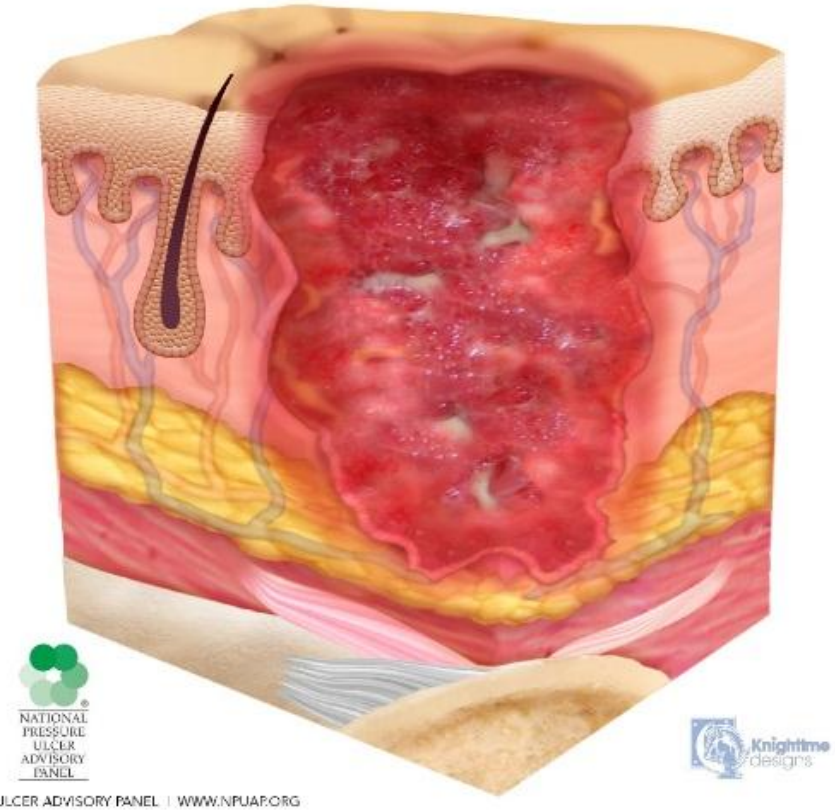

NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

LPP ESTÁGIO 3



- **Perda da pele em sua espessura total**
- Tecido adiposo, de granulação e epíbole.
- Pode estar presente: esfacelo, escara e túneis.
- A profundidade depende do local anatômico (adiposo).
- Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Stage 3 Pressure Injury

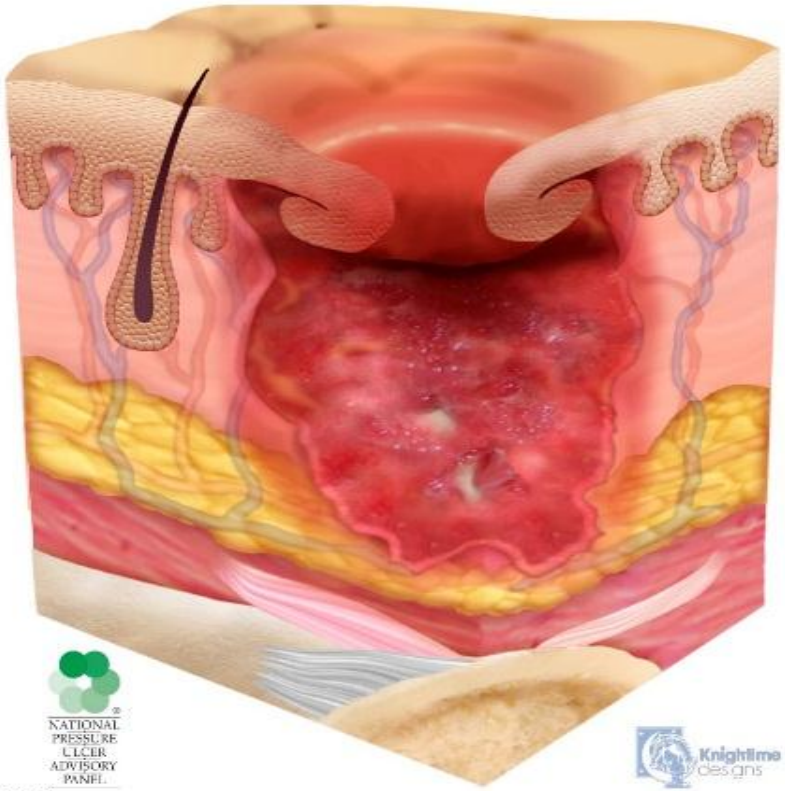


©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

Stage 3 Pressure Injury with Epibole



Area of Focus



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

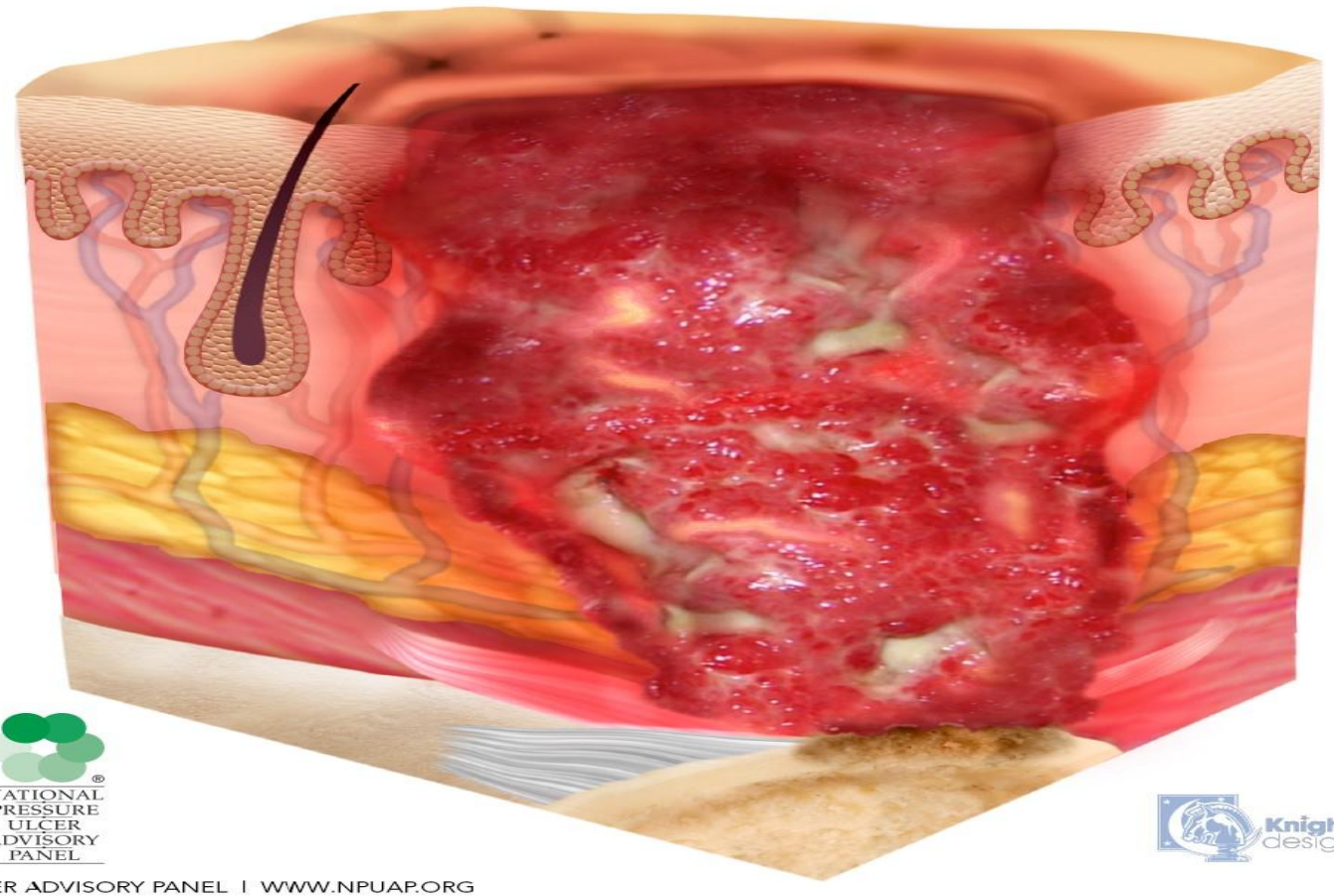

NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

LPP ESTÁGIO 4



- **Perda da pele em sua espessura total e perda tissular**
- Pode estar presente: esfacelo e escara.
- Epíbole e túneis ocorrem frequentemente.
- Há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.
- A profundidade depende do local anatômico (adiposo).

Stage 4 Pressure Injury



NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL

Knightime designs

©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

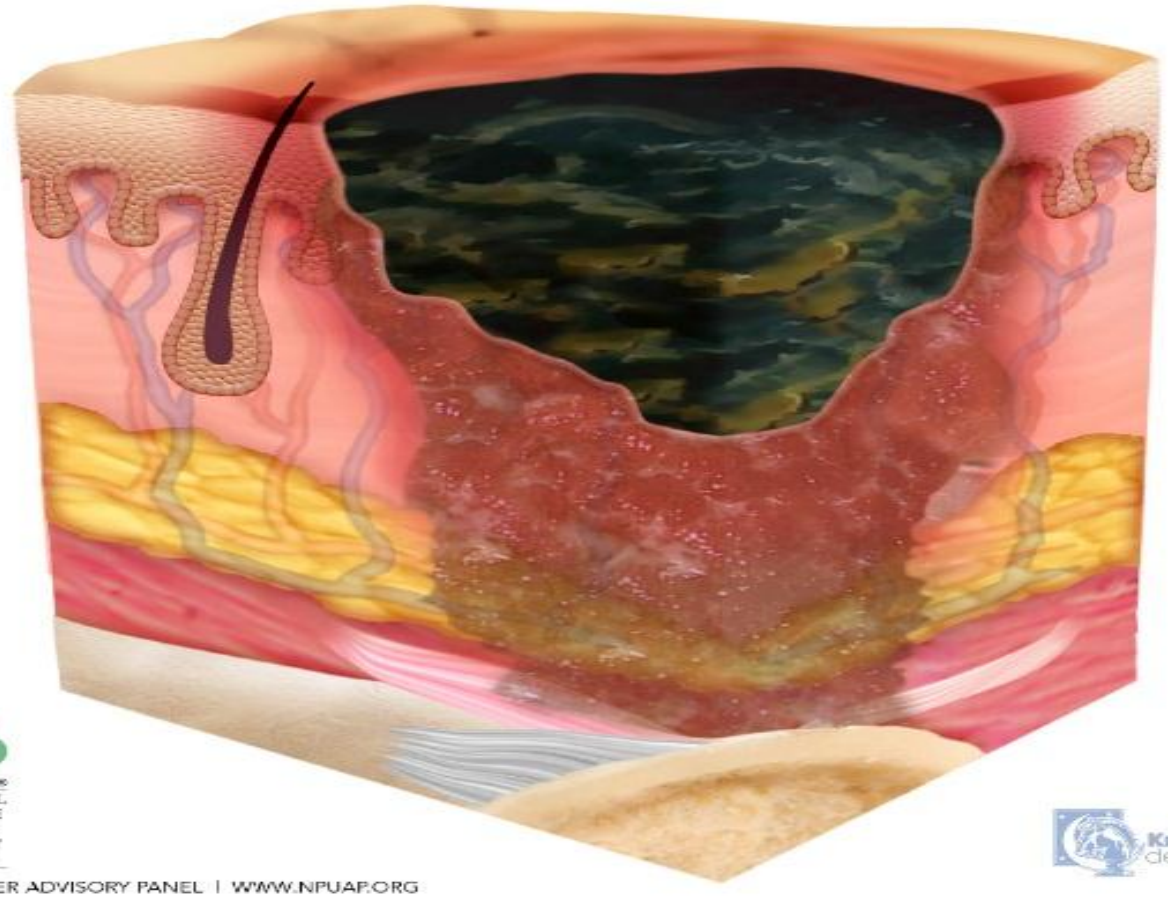

NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

LPP NÃO CLASSIFICÁVEL



- **Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.**
- A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.
- Removido: 3 ou 4.
- Escara estável em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Unstageable Pressure Injury – Dark Eschar



NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL

Knightime designs

©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG


NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

LPP TISSULAR PROFUNDA



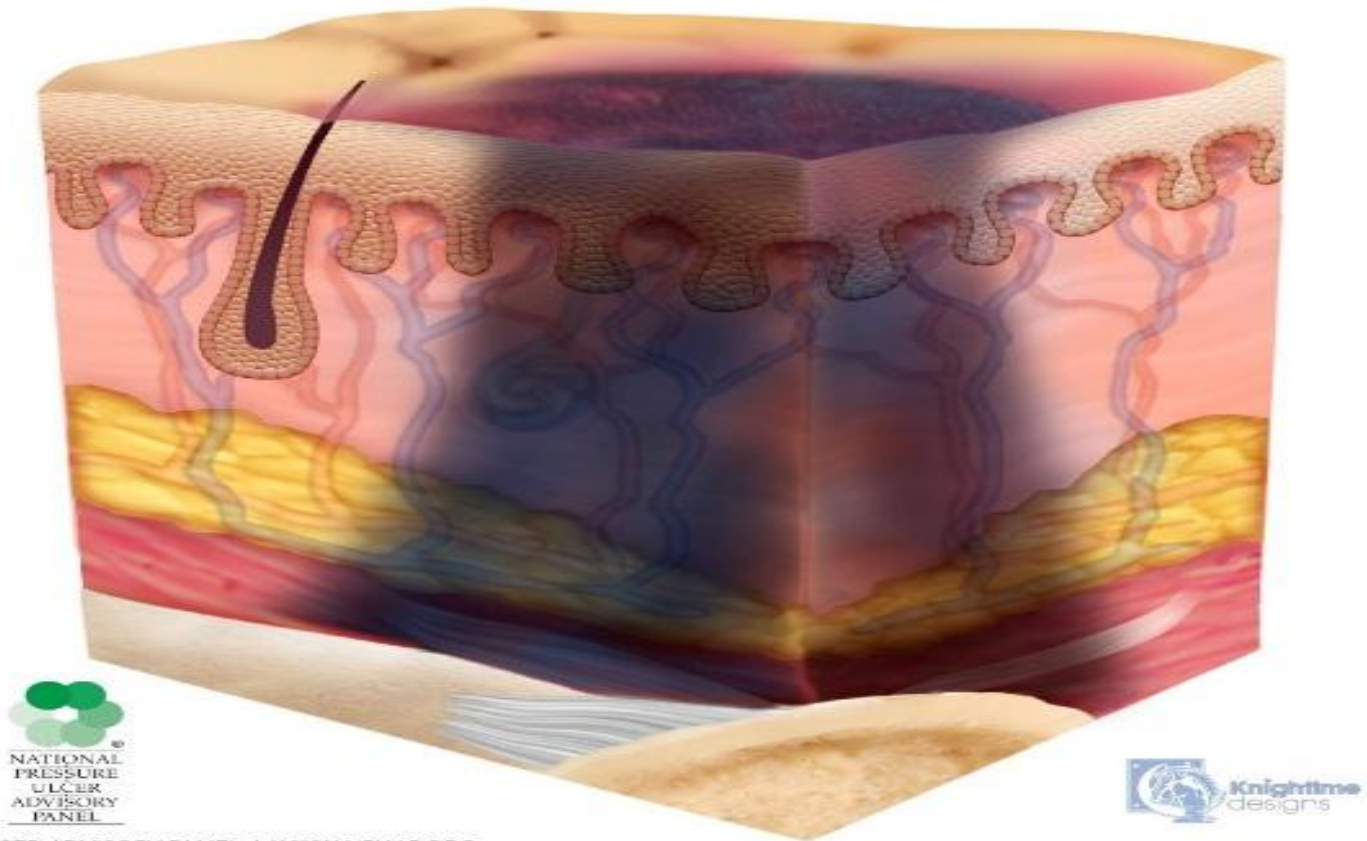
- **Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.**
- Pele intacta ou não, que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.
- Pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo.

LPP TISSULAR PROFUNDA



- Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.
- Atentar para a apresentação da lesão.

Deep Tissue Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

LPP RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO

- Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.
- Geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.



LPP EM MEMBRANAS E MUCOSAS



- Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano.
- Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

LPP É EVITÁVEL?



- 95% são evitáveis (BRADEN, 2000; EPUAP, 2001)
- Superfícies de redistribuição de pressão não substituem a mudança de decúbito.
- Se a pressão não foi removida suficiente, a pele pode sofrer danos.

ESCALA DE BRADEN

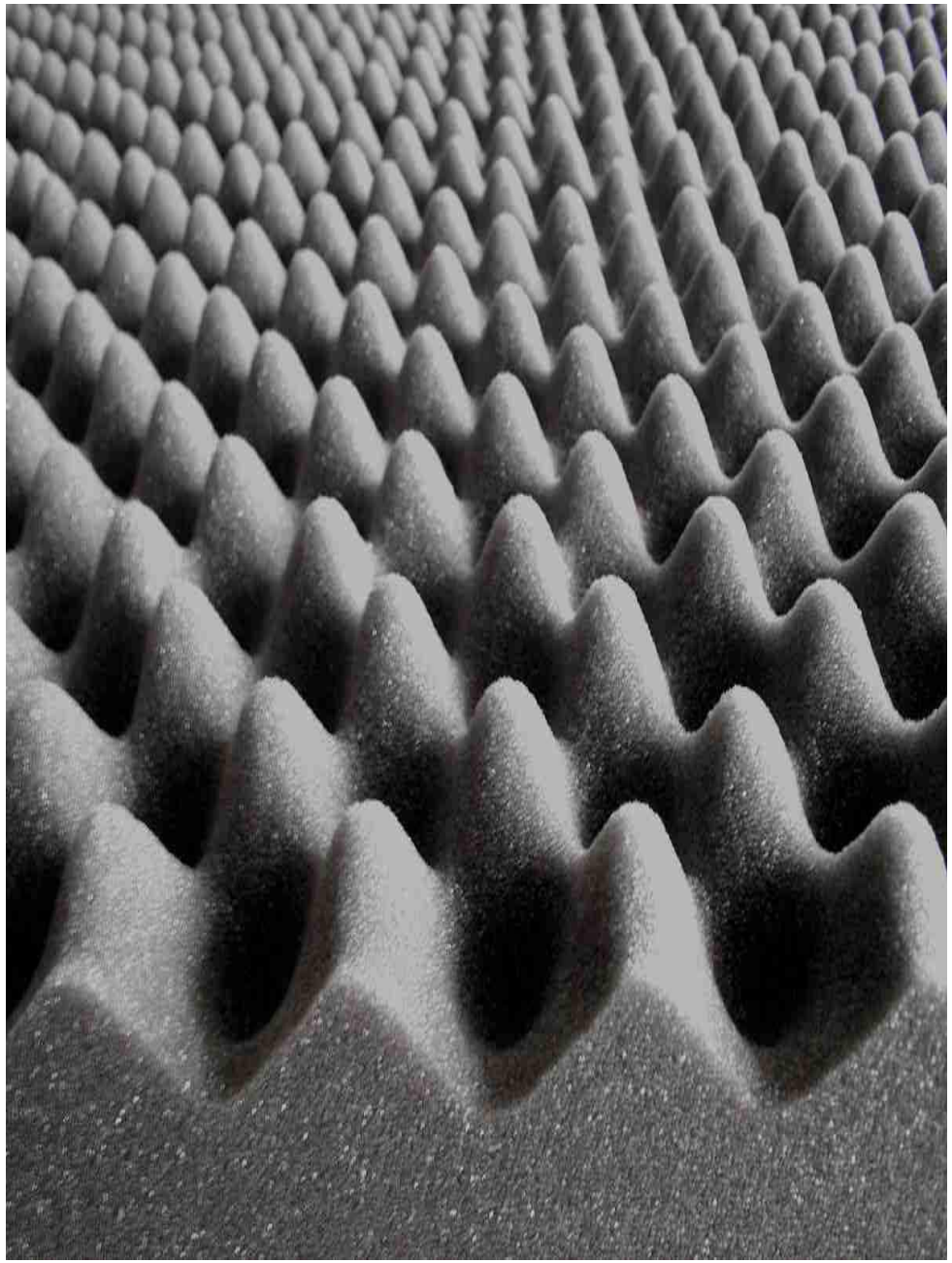


- As escalas de avaliação de risco são considerados ferramentas eficazes para identificar um paciente em risco, no menor tempo possível, de modo a estabelecer um plano de cuidados preventivos.
- Uma das escalas validadas utilizadas é a Escala de Braden.


Nutrisan
Cubitan
12h
1
2
3h
4
5
6h
7
8
9h
10
11
Decúbito Esquerdo
Decúbito Dorsal
Decúbito Direito
Nome:



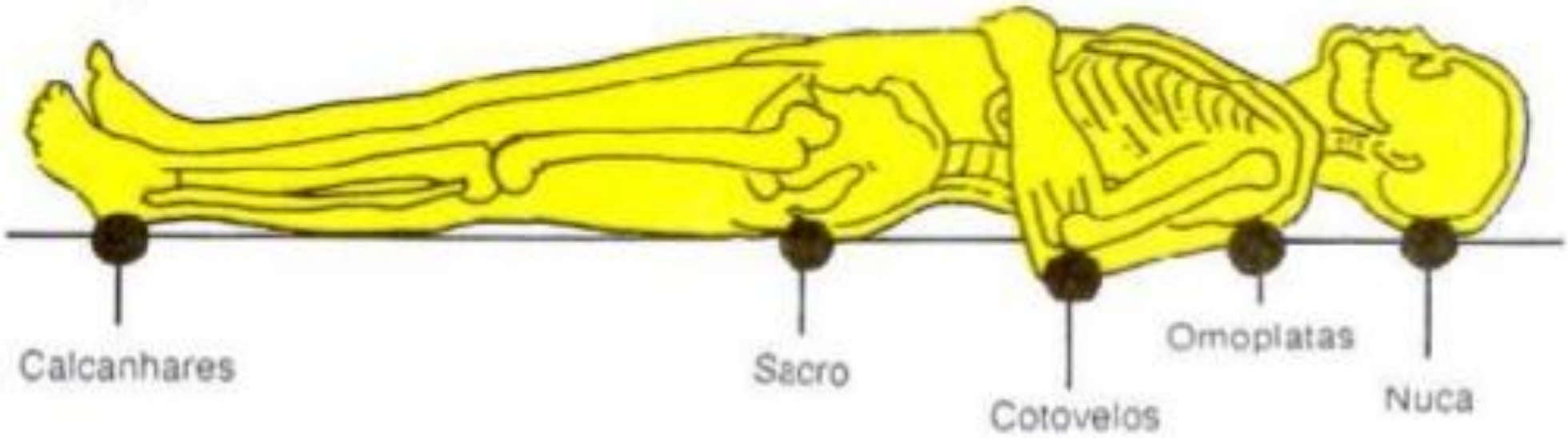




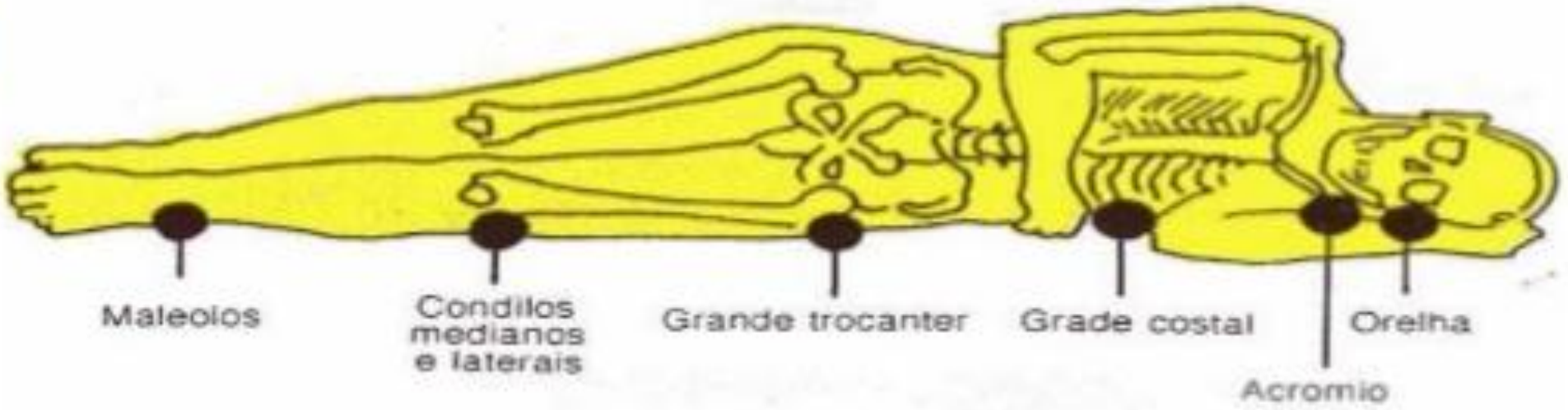


- Limpar a pele assim que sujar;
- Massagens nas regiões com proeminência óssea;
- uso correto de técnicas para transferir;
- Não manter contato entre proeminências ósseas;
- Não manter a cabeceira por muito tempo elevada;
- Uso do trapézio ou travessa.

Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito ventral

