# Avaliação da pele e tecidos
# Incontinência
# Danos causados pela hidratação da pele

Marcha 2018

Pressure Ulcers to Zero

Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive
Quality Improvement Division

# Referência e Reconhecimento

A informação contida nestes slides é citada em:

**"HSE National Wound Management Guidelines 2018 p. 132 -137, 160 - 164. "**

**NPUAP / EPUAP / PPPIA (2014) "Prevenção e tratamento das úlceras de pressão: guia de prática clínica"**

**Pat Mc Cluskey (2017) Apresentação PUTZ3, SSWHG**

# Visão geral

- Dano na pele
- Incontinência como fator de risco
- Fatores de risco adicionais
- Prevenção
- Avaliação da pele de um paciente com incontinente em risco
- Lesão contra a umidade versus úlcera de pressão
- Avaliação
- Frequência da avaliação da pele em um paciente em risco de úlceras por pressão
- Componentes / critérios a serem incluídos na avaliação e monitoramento de uma úlcera de pressão
- Recomendações para o tratamento da pele de um paciente incontinente
- Dano para a pele associado à humidade
- Fatores adicionais ao examinar a pele para danos causados pela umidade da pele
- Prevenção e gerenciamento de Dama de pele associada à umidade

# Dano à pele

Alteração observável da pele intacta cujos indicadores, quando comparados com uma área adjacente ou oposta do corpo, podem incluir mudanças em um ou mais dos seguintes itens:

- Temperatura da pele - calor ou frieza
- Consistência de tecido - firme ou pantanosa
- E / ou Sensação - pica ou comichão

# A incontinência é um fator de risco chave

**Tipo de incontinência:**

Incontinência fecal (diarréia / fezes formadas)

Incontinencia urinaria

Incontinência dupla (fecal e urinária)

**Frequência de Incontinência:**

Episódios frequentes de incontinência (especialmente fecais)

Pobre condição da pele (exemplo, devido ao envelhecimento / uso de esteróides / diabetes)

# Fatores de risco adicionais

- Mobilidade comprometida
- Diminuição da consciência cognitiva
- Incapacidade de realizar higiene pessoal
- Dor
- Temperatura corporal aumentada (pirexia)
  - Medicamentos (antibióticos, imunossupressores)
  - Pobre estado nutricional
  - Doença grave

# Prevenção

- A presença de qualquer incontinência urinária e / ou fecal, mesmo na ausência de outros fatores de risco, deve desencadear a implementação de um protocolo apropriado de prevenção da dermatite associada à incontinência para minimizar / prevenir a exposição à urina e às fezes e proteger a pele

- Avaliação da Incontinência A Dermatite Associada deve ser incorporada a uma avaliação geral da pele e realizada como parte de um programa de prevenção / incontinência de úlcera de pressão

# Avaliação da pele de um paciente com incontinente em risco

**Inspecionar a pele:**

- Períneo
- Áreas perigenitais
- Nádegas
- Doce glútea, coxas
- Parte inferior das costas
- Dobras da parte inferior do abdome da pele (virilha, sob pannus abdominal grande)

**Inspecione para:**

- Maceração
- Eritema
- Lesões (por exemplo vesículas, pápulas, pústulas)
- Erosão ou desnudez
- Infecção cutânea fúngica ou bacteriana

# Lesão contra a umidade versus úlcera de pressão

| | Moisture Lesion | Pressure Ulcer |
|---|---|---|
| **História** | Incontinência urinária e / ou fecal | Exposição a pressão ou cisalhamento |
| **Sintomas** | Dor, queima, comichão, formigamento | Dor |
| **Localização** | Perineum, área perigenital; nádegas; dobra glútea; aspectos medial e posterior das coxas; parte inferior das costas; pode se estender sobre a proeminência óssea | Geralmente, sobre uma proeminência óssea ou associada à localização de um dispositivo médico |
| **Forma / Bordas** | Diffuse com bordas mal definidas / pode ser manchado | Distintas arestas ou margens |
| **Apresentação /Profundidade** | Pele intacta com eritema (blanchável / não-blanquecível), com / sem perda de pele superficial e de espessura parcial | Varia de pele intacta com eritema não-blanquecível para perda de pele de espessura total. A base da ferida pode conter tecido não viável |
| **De outros** | +/- Secondary superficial skin | +/- Secondary soft tissue infection |

# Avaliação

**Observação clínica e inspeção visual**

1. Inspecione a pele para eritema em pacientes identificados como em risco de pressão
2. Evite posicionar o paciente em uma área de eritema sempre que possível
3. Diferenciar a causa e a extensão do eritema (eritema blanquecível versus não esbranquiçado). Ao documentar a vermelhidão da pele, diferencie se a vermelhidão é esbranquiçada ou não esfoliante
4. Use o método do dedo ou do disco para avaliar se a pele é blanquecível ou não-blanquecível

*Método de pressão do dedo - um dedo é pressionado no eritema por 3 segundos e o branqueamento é avaliado após a remoção do dedo*

5. Ao realizar uma avaliação da pele em um paciente com pele pigmentada escuro, dê prioridade à avaliação de:

- temperatura da pele
- edema
- mudança na consistência do tecido em relação ao tecido circundante, porque nem sempre é possível identificar eritema em pele pigmentada escuro

6. Avalie a dor localizada como parte de cada avaliação da pele

7. Inspecione a pele em e ao redor dos dispositivos médicos pelo menos duas vezes por dia para detectar sinais de lesão relacionada à pressão no tecido circundante

8. Documentar os achados de todas as avaliações completas da pele

# Frequência da avaliação da pele em um paciente em risco de úlceras por pressão

Em pacientes com risco de úlceras por pressão, realizar uma avaliação abrangente da pele

- O mais cedo possível, mas dentro de 6 horas após a apresentação (ou a primeira visita nas configurações da comunidade)
- Como parte de cada avaliação de risco
- Em andamento com base na configuração clínica e no grau de risco do paciente e antes da alta do paciente
- Aumente a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração na condição geral
- Realizar avaliações de pele mais freqüentes (maiores do que duas vezes ao dia) na interface skin-device em pacientes vulneráveis a mudanças de fluido e / ou exibir sinais de edema localizado / generalizado

# Componentes / critérios a serem incluídos na avaliação e monitoramento de uma úlcera de pressão

- Avalie a úlcera de pressão em cada mudança de curativo, mida pelo menos semanalmente
- Se não tiver certeza do estágio da úlcera de pressão, a pele / ferida deve ser verificada no mínimo a cada 24 horas inicialmente
- Documentar os resultados de todas as avaliações de feridas
- Em cada mudança de curativo, observe a úlcera de pressão para sinais que indicam que é necessária uma mudança no tratamento (por exemplo, melhora da ferida, deterioração da ferida, exsudato mais ou menos, sinais de infecção ou outras complicações).
- Endereçar sinais de deterioração do tecido imediatamente

**Avalie e documente características físicas, incluindo:**

- Localização
- categoria / estágio
- tamanho
- tipo (s) de tecido
- Cor
- condição peri-ferida
- bordas de ferida
- tractos sinusos
- Minando
- Tunelamento
- Exsudato
- odor

- Posicione o paciente em uma posição neutra consistente para a medição da ferida
- Selecione um método uniforme e consistente para medir o comprimento e a largura da ferida ou a área da ferida para facilitar comparações significativas das medidas da ferida ao longo do tempo.
- Selecione um método consistente e uniforme para medir a profundidade
- Deve-se ter cuidado para evitar causar lesões ao examinar a profundidade de uma cama de ferida ou determinar a extensão de minas ou tunelagens
- Considere uma nova investigação diagnóstica do tecido do tecido da ferida quando a cicatrização não progride

*Use os resultados de uma avaliação da úlcera de pressão para planejar e documentar intervenções que melhorem a cura*

- Reavaliar o plano de avaliação da úlcera de pressão se a úlcera de pressão não apresentar sinais de cicatrização dentro de duas semanas
- Use os resultados de uma avaliação da úlcera de pressão para planejar e documentar intervenções que melhorem a cura
- Reavaliar o plano de avaliação da úlcera de pressão se a úlcera de pressão não apresentar sinais de cicatrização dentro de duas semanas
- Use o julgamento clínico para avaliar os sinais de cura, como diminuição da quantidade de exsudato, diminuição do tamanho da ferida e melhora no tecido da cama da ferida
- Considere o uso de fotografias de linha de base e de série para monitorar a cicatrização da úlcera de pressão ao longo do tempo

# Gestão da Incontinência

- **Gerencie** a incontinência para identificar e tratar causas reversíveis (por exemplo, infecção do trato urinário, constipação, diuréticos) para reduzir ou, idealmente, eliminar o contato da pele com urina e / ou fezes.

- **Implementar** um regime estruturado de cuidados com a pele para proteger a pele exposta à urina e / ou fezes e ajudar a restaurar uma função efetiva de barreira da pele.

# Recomendações para o tratamento da pele de um paciente incontinente

- Em pacientes com risco de dermatite associada à incontinência e úlcera de pressão, um plano de prevenção individualizado deve ser implementado, incluindo o reposicionamento

- Para a prevenção da Incontinência A Dermatite Associada realiza cuidados de pele perineais estruturados, incluindo limpeza suave com um produto com pH equilibrado e, se disponível, uso de um protetor de pele após cada episódio de incontinência maior ou protetores de pele que não requerem aplicação após cada incontinência episódio

# Dano para a pele associado à humidade

Existe uma gama de condições em que a exposição à umidade aumenta a susceptibilidade ao dano da pele, e. transpiração, exsudato de feridas, muco ou saliva e seus conteúdos

# Fatores adicionais ao examinar a pele para danos causados pela umidade da pele

- Todos os clínicos devem identificar e documentar a fonte de umidade - transpiração, exsudado de feridas, efluentes de ostomia urinária ou fecal, urina, fezes ou urina e fezes combinadas ou outros

- Todos os clínicos devem estar cientes da duração da exposição, volume e consistência da fonte de umidade

- Os clínicos devem documentar a reação da pele à fonte de umidade e fatores associados - inflamação, eritema, maceração, erosão e sinais de infecção

# Prevenção e gerenciamento de danos causados pela hidratação da pele

- mantenha a vigilância na manutenção da condição ideal da pele
- tratar e remover a causa da fonte de umidade e, quando isso não for possível, limitar o tempo de contato da fonte de umidade com a pele
- identificar fatores contributivos potenciais adicionais de dano à pele associado à umidade (mecânica, química, pH, microorganismos) e reduzir / remover esses fatores sempre que possível
- reconheça e gerencie casos menores de danos para a pele associados à umidade antes da progressão e da avaria da pele
- use um regime de cuidados da pele que seja consistentemente empregado para remover irritantes da pele (limpeza); Proteger da exposição a substâncias irritantes (proteger) e maximizar a função intrínseca de barreira à umidade da pele (restaurar)