# Protocolos de Enfermagem

## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

HEMORIO - 2020

3ª Ed.

1° EDIÇÃO

Elaboração e Revisão:

Águeda Glória Sabino de Matos

Colaboradores:
Ana Cristina Amorim Dantas
Maria das Graças S. dos Santos
Vanessa da Rocha Maia
Viviane Pereira Ramos

2° EDIÇÃO

Elaboração e Revisão:

Águeda Glória Sabino de Matos

Colaboradores:
Ana Cristina Amorim Dantas
Márcia Helena Senra Silva Ramos

3° EDIÇÃO

Elaboração e Revisão:

Águeda Glória Sabino de Matos
Lívia Ferreira César

Colaboradores:
Ana Cristina Amorim Dantas
Fabrício dos Santos
Márcia Helena Senra Silva Ramos
Sílvia Denise Machado de Brito Abreu

Documento que padroniza a prática dos profissionais de enfermagem do HEMORIO na prevenção e tratamento de lesões por pressão.

# Conteúdo

INTRODUÇÃO ..... 9
1 Definição ..... 9
2 Formação das Lesões por Pressão ..... 9
3 Características ..... 10
4 Epidemiologia ..... 10
5 Classificação das Lesões por Pressão ..... 11
5.1 Lesão por pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável ..... 11
5.2 Lesão por pressão Estágio 2: Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme ..... 12
5.3 Lesão por pressão Estágio 3: Perda total da espessura da pele ..... 12
5.4 Lesão por pressão Estágio 4: Perda total da espessura da pele e perda tissular ..... 13
5.5 Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada ..... 13
5.6 Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada ..... 14
5.7 Relacionadas a dispositivos médicos ..... 14
5.8 Membranas mucosas ..... 14
6 Localização ..... 15
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO ..... 16
7 Fatores Externos ..... 16
- Pressão contínua: ..... 16
- Cisalhamento: ..... 16
- Fricção: ..... 16
- Umidade: ..... 16
8 Fatores Internos ..... 16
- Idade: ..... 17
- Doenças crônicas degenerativas: ..... 17
- Condições nutricionais: ..... 17
- Drogas sistêmicas: ..... 17
- Mobilidade reduzida ou ausente: ..... 17
- Temperatura: ..... 17
- Tabagismo: ..... 17
ESCALA PREDITIVA DE AVALIAÇÃO DE RISCO ..... 17

MEDIDAS GERAIS DE CUIDADO COM A PELE ..... 20
11 Reposicionamento ..... 20
11.1 Decúbito Dorsal ..... 21
11.2 Decúbito Lateral ..... 21
11.3 Posição Sentada ..... 22
11.4 Posição Prona ..... 22
11.5 Elevação de Calcâneo ..... 22
12 Cuidados com Dispositivos ..... 23
12.1 Tubo Orotraqueal ..... 23
12.2 Cateter Nasogástrico ou Nasoenteral ..... 23
12.3 Traqueostomia ..... 23
12.4 Gastrostomia/Jejunostomia ..... 23
12.5 Cateter vesical de permanência ..... 24
TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO ..... 24
13 Avaliação da Lesão ..... 24
13.1 O que avaliar na lesão? ..... 24
13.2 Mensuração ..... 24
13. 3 Classificação da Pele Adjacente à Lesão. ..... 25
- Maceração: ..... 25
- Inflamação: ..... 25
- Hiperqueratose: ..... 25
13.4 Tipos de Margens ..... 25
13.5 Tipos de Tecido ..... 26
13.6 Principais Tecidos Presentes no Leito da Lesão ..... 26
13.7 Tipos de Exsudato ..... 27
13.8 Quantidade de Exudato ..... 27
13.9 Odor ..... 27
13.10 Dor ..... 27
14 Limpeza da Lesão por Pressão ..... 28
14.1 Desbridamento ..... 28
14.1.3 Tipos de Técnicas de Desbridamento Utilizadas ..... 29
15 Curativo ..... 31
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM ..... 31
16 Assistência de Enfermagem de Enfermagem ..... 31

17 Tipos de lesões e Coberturas Utilizadas ..... 34
REGISTRO DA LESÃO ..... 36
18 Evolução de Enfermagem ..... 36
COMISSÃO DE CURATIVOS ..... 37
REFERÊNCIAS ..... 38
ANEXOS ..... 39
A – Produtos Padronizados Para Realização de Curativos ..... 39
B – Termo de Consentimento de Autorização para Registro Fotográfico ..... 41

*Índice de Figuras*

Figura 1: Fatores para o aparecimento de lesões e representação visual da compressão capilar. ..... 10
Figura 2: Imagem de lesão por pressão Estágio 1. ..... 11
Figura 3: Imagem de lesão por pressão Estágio 2. ..... 12
Figura 4: Imagem de lesão por pressão Estágio 3. ..... 12
Figura 5: Imagem de lesão por pressão Estágio 4. ..... 13
Figura 6: Imagem de lesão não graduáveis/inclassificáveis: profundidade indeterminada. ..... 13
Figura 7: Imagem de suspeita de lesão nos tecidos profundos: profundidade indeterminada. 14
Figura 8: Locais mais comuns para o aparecimento de lesãos por pressão ..... 15
Figura 9: Apresentação da Escala de Braden. Risco Muito Alto: Menor que 9 pontos; Risco Alto: de 10 a 12 pontos; Risco Moderado: 13 a 14 pontos e Risco Baixo: 15 a 18 pontos. ..... 18
Figura 10: Exemplo de relógio de reposicionamento. ..... 21
Figura 11: Imagem de desbridamento com técnica de slice. ..... 30
Figura 12: Imagem de desbridamento com técnica de cover. ..... 30
Figura 13: Imagem de desbridamento com técnica de square. ..... 30

# INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LPP) acometem pacientes internados ou em cuidados domiciliares, acamados e/ou com restrição de movimentos. O aparecimento de uma lesão por pressão é resultante de dois determinantes fisiológicos críticos: intensidade e duração da pressão sobre determinadas estruturas corporais, além da doença de base e do estado nutricional.

Além de ocasionar extremo desconforto para os pacientes, as LPPs representam aumento de gastos financeiros para os sistemas de saúde, por prolongar o período de internação hospitalar e o custos com insumos específicos como curativos, coberturas, soluções e até mesmo cirurgias reparadoras. Por ser a reparação tecidual um processo sistêmico, cabe aos profissionais que acompanham o cliente, desenvolver um conjunto de estratégias que possibilitem identificar caminhos para o alcance dos objetivos do tratamento.

As ações da equipe de enfermagem devem estar dirigidas a avaliação dos fatores de risco e a rápida intervenção, para prevenir a extensão da lesão inicial. A prevenção ainda é a melhor opção.

## 1 Definição

Consiste em uma área localizada de lesão tissular, provocada pela compressão do tecido e baixa perfusão tecidual local. Normalmente é causada pela pressão de uma proeminência óssea contra uma superfície (cadeira ou colchão). Pode ainda ser resultante do contato firme e contínuo de um dispositivo de assistência à saúde, como tubos e drenos, sendo assim considerados fatores causais.

## 2 Formação das Lesões por Pressão

As lesões começam a ser formar quando ocorre uma pressão contínua maior que 32mmHg, em áreas de proeminência óssea, músculos e tecidos. Os capilares são comprimidos sobre a pele levando a isquemia, os tecidos deixam de ser irrigados, comprometendo a nutrição e a oxigenação.

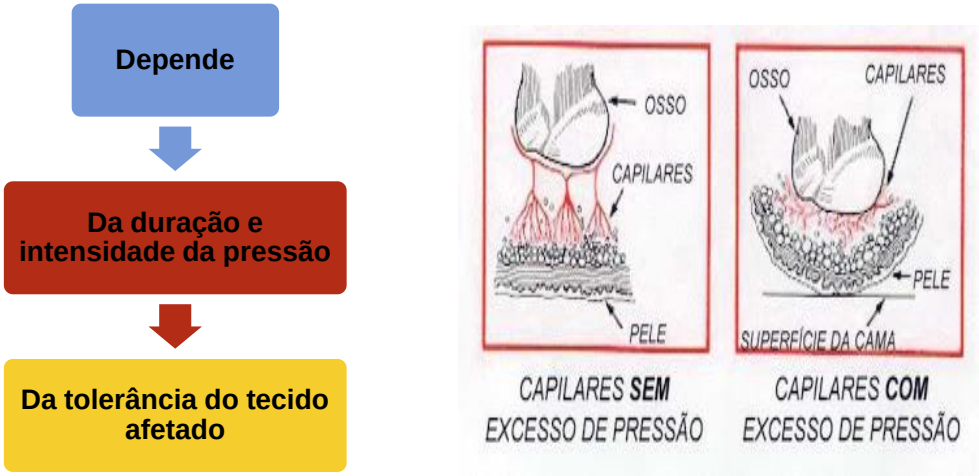



**Figura 1: Fatores para o aparecimento de lesões e representação visual da compressão capilar.**

## 3 Características

É um indicador negativo de qualidade, internacionalmente é avaliada como um evento adverso. Contribui para o aumento da morbimortalidade, o que representa um grande desafio para o cuidado em saúde. No Brasil, o ministério da saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente tendo como um dos objetivos a diminuição da Lesão por Pressão.

## 4 Epidemiologia

A prevalência e incidência das lesões por pressão são precursores para estabelecer a qualidade da assistência que é oferecida nas instituições de saúde. Cerca de 95% das lesões por pressão são controladas mediante a aplicação de ações especiais. A identificação imediata do paciente em risco, por meio de um método validado possibilita a adesão de critérios preventivos. Não adianta adotar e aplicar uma estratégia de avaliação de riscos produtiva de alta sensibilidade e especificidade para o acompanhamento da LPP se os dados relacionados a esse evento adverso não forem corretamente anotados.

## 5 Classificação das Lesões por Pressão

Em abril de 2016 O órgão americano *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) anuncia alteração do conceito e da terminologia: passando de lesão para lesão por pressão, através da publicação de novas diretrizes. Além destas mudanças, os números romanos foram substituídos pelos arábicos para descrever os estágios e foram acrescentados os conceitos de lesão por pressão relacionada a dispositivo médico e em membrana mucosa. Na nova proposta, os algarismos arábicos passam a ser utilizados na nomenclatura dos estágios ao invés dos romanos. O termo "suspeita" removido da categoria diagnóstica Lesão Tissular Profunda. Outras definições de lesões por pressão foram ajustadas e acrescentadas: Lesão por Pressão em Membrana Mucosa e Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico. As Lesões por Pressão são categorizadas como indicador da extensão do dano tissular. Os estágios foram retificados, embasados pelos questionamentos dos profissionais, recebidos pelo NPUAP que tentavam diagnosticar e identificar o estágio das lesões.

### 5.1 Lesão por pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável em área localizada, em pele de pigmentação escura pode não estar visível o branqueamento. Pode ser dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria quando comparada ao tecido adjacente. Representa sinal precoce de risco.

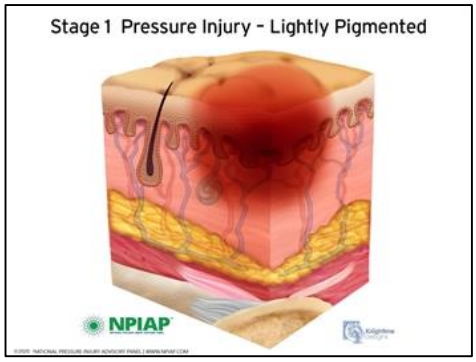



**Figura 2: Imagem de lesão por pressão Estágio 1.**

### 5.2 Lesão por pressão Estágio 2: Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme

Epiderme rompida com exposição da derme. Leito da lesão com tecido viável, úmido com coloração rosa ou vermelha. Pode apresenta-se como uma bolha (flictena) rompida ou intacta (preenchida com exsudato seroso). Não há visualização de tecido adiposo e tecidos. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.

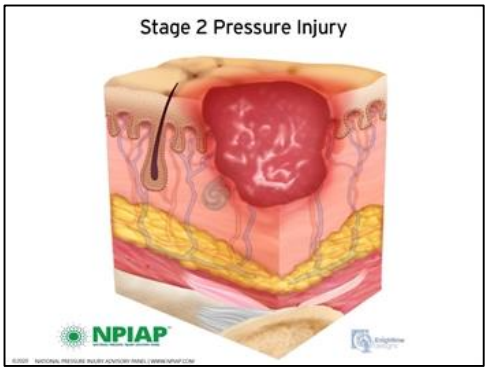



**Figura 3: Imagem de lesão por pressão Estágio 2.**

### 5.3 Lesão por pressão Estágio 3: Perda total da espessura da pele

O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível podem ser cavitárias ou fistulizadas e apresentar algum tecido desvitalizado. A profundidade varia de acordo com a posição anatômica. Podem ser superficiais quando ocorrem na região occipital asa do nariz, as orelhas, maléolos, locais com pouco tecido subcutâneo, osso e tendão não são visíveis nem palpáveis diretamente. Em áreas com tecido adiposo abundante essas lesões podem ser extremamente profundas.

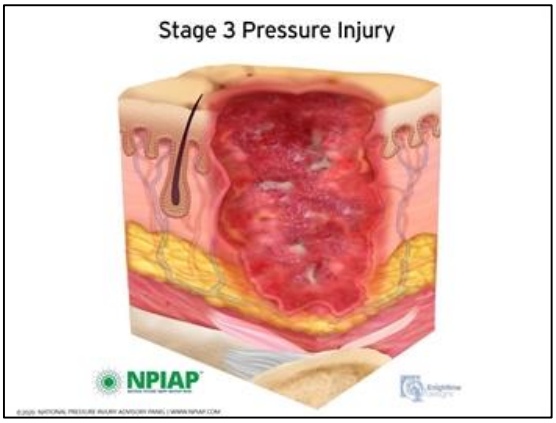



**Figura 4: Imagem de lesão por pressão Estágio 3.**

### 5.4 Lesão por pressão Estágio 4: Perda total da espessura da pele e perda tissular

Apresenta exposição óssea, dos tendões, fáscia ou dos músculos presença de necrose e tecido desvitalizado. São Frequentemente cavitárias e tuneilizadas, pode ocorrer osteomielite. Deve ser classificada como Lesão por Pressão Não Classificável, quando a escara ou esfacelo prejudicar a identificação da extensão da perda tissular.

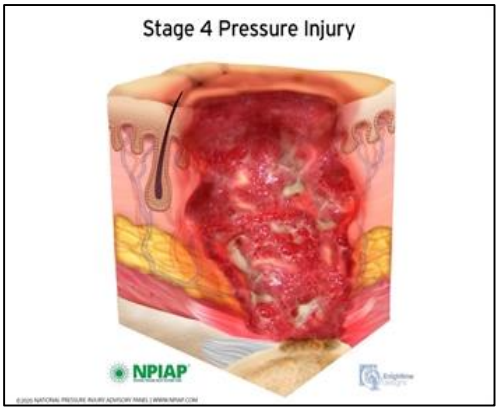



**Figura 5: Imagem de lesão por pressão Estágio 4.**

### 5.5 Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, o leito está coberto de tecido desvitalizado (amarelo, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto). A remoção do tecido o desvitalizado e/ou necrótico determinara a profundidade e classificação da lesão. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) presente nos calcâneos serve como curativo natural e não deve ser removido.

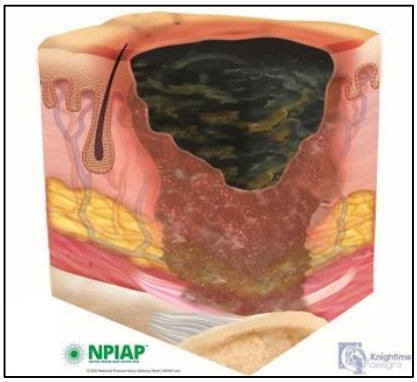



**Figura 6: Imagem de lesão não graduáveis/inclassificáveis: profundidade indeterminada.**

### 5.6 Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada

Área vermelha escura ou púrpura em pele intacta e descolorada, flictena preenchido com sangue, devido a danos no tecido mole subjacente proveniente de cisalhamento e/ou pressão. De difícil identificação em pessoas com tons de pele escura. Pode ter evolução rápida, com exposição de outras camadas de tecido adicionais, mesmo na presença de tratamento adequado.

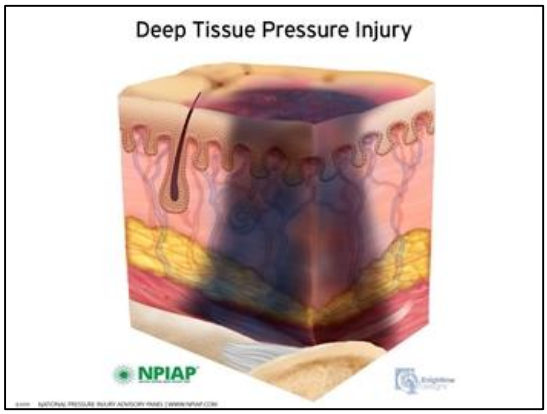



**Figura 7: Imagem de suspeita de lesão nos tecidos profundos: profundidade indeterminada.**

### 5.7 Relacionadas a dispositivos médicos

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 (NPUAP, 2016).

### 5.8 Membranas 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. (NPUAP, 2016).

## 6 Localização

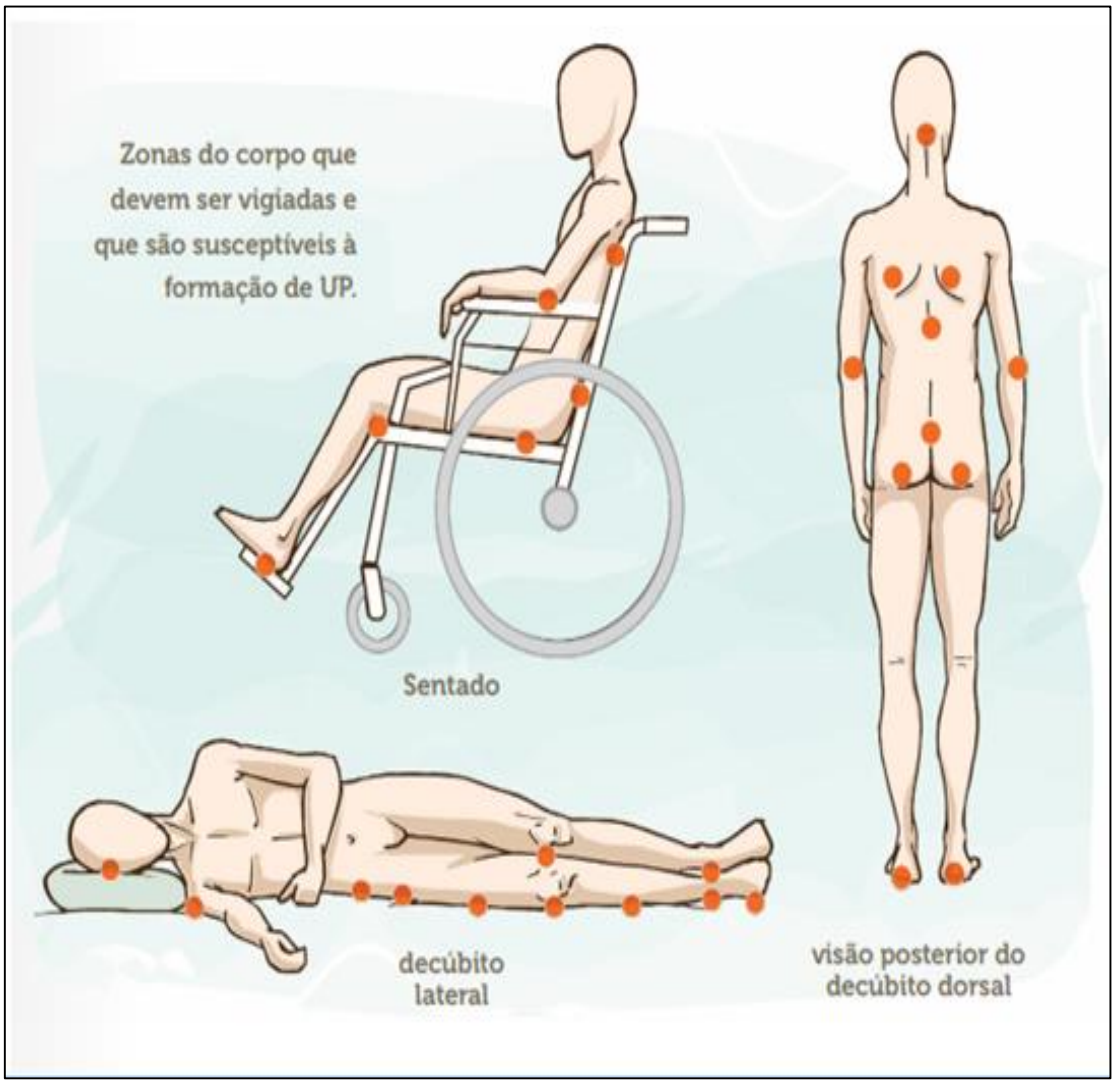



**Figura 8: Locais mais comuns para o aparecimento de lesãos por pressão**

## FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

**Diabetes , anemias, imobilização, hipertensão e idade.**

**Perda da sensibilidade e função motora.**

**Incontinência urinária e fecal.**

**Doença arterial periférica, e circulatória**

**Deficiência nutricional tabagismo e uso de corticóide.**

### 7 Fatores Externos

- **Pressão contínua:** quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.
- **Cisalhamento:** tração exercida na pele, durante a mobilização ou reposicionamento do indivíduo na cadeira ou no leito.
- **Fricção:** acontece sempre que a pele é movida contra uma superfície de apoio geralmente o leito. Consiste em um dano irreparável prejudicando a integridade cutânea.
- **Umidade:** pode ser por:
    - Transpiração e exsudação excessivas que podem levar a maceração da pele com ruptura e infecção;
    - Incontinência fecal e urinária.

### 8 Fatores Internos

- **Idade:** a idade avançada acarreta alterações estruturais, metabólicas e funcionais de tecidos e células o que compromete a elasticidade, hidratação o que diminui a resistência dos tecidos.
- **Doenças crônicas degenerativas:** são aquelas que afetam o fluxo sanguíneo periférico e o sistema imunológico que acarretam o aparecimento de lesões (câncer, diabetes etc.).
- **Condições nutricionais:** deficiência nutricional (vitaminas, proteínas e sais minerais) interferem no processo de cicatrização da LPP e compromete a integridade de tecidos moles.
- **Drogas sistêmicas:** corticoides, agentes citotóxicos, penicilina, entre outras inibem o processo de cicatrização.
- **Mobilidade reduzida ou ausente:** devido a patologias que irão afetar o nível consciência: traumatismo raquimedular / craniano, depressão, AVE, doença de Alzheimer, esclerose múltipla etc.
- **Temperatura:** Com a elevação da temperatura ocorre aumento da demanda de oxigênio e aceleração do metabolismo. O risco de necrose nas LPP é elevado na ocorrência de hipertermia.
- **Tabagismo:** diminui a oxigenação e nutrientes a vaso constrição interfere no fluxo sanguíneo o que leva ao risco de aparecimento de lesões.

## ESCALA PREDITIVA DE AVALIAÇÃO DE RISCO

A escala de avaliação de risco estabelece, por meio de pontuação, a probabilidade da ocorrência da LPP em um paciente, com base numa série de parâmetros considerados como fatores de risco.

A escala de BRADEN é um instrumento norte americano para avaliação de risco de desenvolvimento de LPP, mais utilizado para prática clínica brasileira, devido a maior especificidade e sensibilidade.

A avaliação inicial deve ser na admissão do cliente. Após sua aplicação e somatório dos pontos o cliente é classificado quanto ao risco para aparecimento das lesões. São analisados os fatores de risco associados e medidas específicas de prevenção são implantadas.

| Fatores de Risco | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Percepção sensorial | Totalmente limitado | Muito limitado | Levemente limitado | Nenhuma limitação |
| Umidade | Completamente molhado | Muito molhado | Ocasionalmente molhado | Raramente molhado |
| Atividade | Acamado | Confinado à cadeira | Anda ocasionalmente | Anda frequentemente |
| Mobilidade | Totalmente imóvel | Bastante limitado | Levemente limitado | Não apresenta limitações |
| Nutrição | Muito pobre | Provavelmente inadequada | Adequada | Excelente |
| Fricção e Cisalhamento | Problema | Problema em potencial | Nenhum problema | |

**Figura 9: Apresentação da Escala de Braden. Risco Muito Alto: Menor que 9 pontos; Risco Alto: de 10 a 12 pontos; Risco Moderado: 13 a 14 pontos e Risco Baixo: 15 a 18 pontos.**

***Atenção:***

Deve-se considerar, independe do nível assistencial, todos os pacientes como de risco ao ingressar na instituição e ao admiti-lo no setor.

## 9 Prevenção

Verificar eventuais alterações na pele intacta e incluir uma avaliação completa da pele.

Prevenir o risco de desenvolver lesãos por pressão em indivíduos com risco identificado, através do desenvolvimento de um plano de prevenção.

Utilizar uma abordagem estruturada, que seja apurada no juízo crítico e sustentada no conhecimento dos principais fatores de risco.

Repetir, quantas vezes necessário, e documentar todas as avaliações de risco.

Documentar todas as avaliações do risco.

## 10 Avaliação

Identificar precocemente sinais de lesão;

Proteger a pele, reduzir umidade, aliviar pressão;

Identificar sinais de: ressecamento, calor, endurecimento, eritema, rachaduras , fragilidade;

Realizar reposicionamento, reduzir fricção e cisalhamento;

Utilizar coxins na movimentação do paciente mantendo-o bem posicionado.

## MEDIDAS GERAIS DE CUIDADO COM A PELE

- Com a limpeza da pele há uma tendência de redução da camada protetora de lipídios e de estímulo a perda de água, por conseguinte toda pele higienizada precisa ser hidratada. O PH da pele é ligeiramente ácido, sendo assim, deve-se escolher sabonetes líquidos que possuem um pH mais próximo. De preferência a utilizar produtos com menos perfume e cor
- Devemos observar as condições da pele das regiões inguinal, perianal e perineal durante a higienização, esses pacientes ao urinar ou evacuar devem ser trocados imediatamente para prevenir o aparecimento de lesões e também para evitar desconforto nos casos de lesões já instaladas, as dermatites por umidade são muito dolorosas e incômodas.
- A existência de umidade, por fezes ou urina, aumenta o risco de LP, a saturação da fralda indica que há necessidade de troca. Não devemos nunca deixar o paciente com duas ou mais fraldas.
- Para a higienização da pele devemos utilizar tecidos macios e usar o mínimo possível de fricção, para não diminuir proteção natural da pele e aumentar o risco de lesões.

## 11 Reposicionamento

O novo termo refere-se não somente a mudança de um decúbito, inclui também: alteração dos coxins de posição, mudança de angulação de lateralização e de cabeceira. Essa medida simples, é fundamental para assistência ao cliente, deve ser realizada a cada duas horas, favorece o alívio da pressão nas proeminências ósseas, redistribui o peso corpóreo, favorecendo o fluxo sanguíneo para outras regiões, de forma diferenciada. Esse procedimento, minimiza danos à integridade da pele do cliente e demanda pouco tempo de assistência da equipe.

**Figura 10: Exemplo de relógio de reposicionamento.**

### 11.1 Decúbito Dorsal

- Tendência de elevação da cabeceira do leito, quanto maior a elevação maior será a força de cisalhamento nessa região.
- Aumento da pressão na proeminência óssea dessa região, contra o colchão.
- O cisalhamento romperá os capilares reduzindo a resistência tecidual.
- Evoluem de maneira pior por estarem próximas a região anal devido a difícil manutenção de curativos especiais e contaminação.
- As diretrizes indicam que a elevação da cabeceira não passe de 30 graus, o que reduz o risco de desenvolvimento broncoaspiração (infusão de dietas enterais ou deglutição) e de pneumonia associada a ventilação mecânica.

### 11.2 Decúbito Lateral

- Adotar uma angulação menor que 90 graus apoiando as costas em coxins, o que irá favorecer que o peso corpo fique sobre o glúteo e não sobre proo trocanter.
- Se faz necessário proteger a face interna dos joelhos, com travesseiro ou coxim, atentando para que os joelhos não se toquem, pois isso seria mais risco de desenvolvimento de LP.
- Não esquecer de posicionar a cabeça de forma confortável e a orelha não pode estar dobrada.

### 11.3 Posição Sentada

O cadeirante precisa de almofadas especiais, sobre a almofada simples da cadeira para melhor distribuição do peso corporal. Além desse cuidado, precisa de períodos de “push up”, que significa elevação do quadril com o apoio dos braços, nas laterais da cadeira por alguns segundos. Essa manobra deve ser realizada a cada quinze minutos, no máximo.

Os clientes acamados não devem ficar por mais de duas horas sentados em poltronas, pois expõe a pressão na região sacra. Este cliente deverá posicionado em decúbito lateral antes e depois da colocação na poltrona.

### 11.4 Posição Prona

Avaliar frequentemente o rosto do cliente para evitar de cateteres e tubos. Alguns dispositivos como tubo orotraqueal pode pressionar o lado dos lábios.

A face deve ser avaliada com frequência por ser uma das regiões que mais sofrerá os. Durante a rotação do corpo áreas como, dedos dos pés, clavícula, pênis, mamas crista ilíaca e sínfise púbica devem ser avaliadas com maior frequência.

### 11.5 Elevação de Calcâneo

As LPP de calcâneo são as mais fáceis de serem evitadas, os joelhos devem ficar em uma leve flexão, entre 5 a 10 graus, para que os calcâneos fiquem elevados, sem contato com colchão podemos colocar uma almofada ou travesseiro sob a panturrilha deixando-os flutuantes.

Não colocar coxins circulares sob os calcâneos ou luvas de água ou de ar. A utilização desses dispositivos altera o microclima da pele, predispondo ao desenvolvimento de lesões e acarretam uma pressão pontual, mesmo que fora de proeminência óssea.

# 12 Cuidados com Dispositivos

## 12.1 Tubo Orotraqueal

- Atenção à pressão exercida pelo cadarço na face. Não permitir que o cadarço toque a inserção das orelhas
- O tubo orotraqueal e o nó do cadarço não devem pressionar a mucosa oral. O lado da fixação deve ser alternado diariamente.

## 12.2 Cateter Nasogástrico ou Nasoenteral

- A fixação deve ser trocada diariamente. O cateter não deve pressionar a parte interna da mucosa nasal.

## 12.3 Traqueostomia

- A cânula não deve entrar em contato direto com a pele, devendo ser mantida com compressa de gaze ou espuma de poliuretano sob ela
- O cadarço não deve fazer pressão contra a pele.
- A presença de umidade também é outro ponto importante na prevenção de LPP a gaze e a espuma de poliuretano devem ser trocadas sempre que estiverem saturadas.

## 12.4 Gastrostomia/Jejunostomia

- O cateter deve ser fixado na pele em sua extensão, de forma a deixa-lo com a porção inicial verticalizada, sem tração ou posicionamento oblíquo do botão de contato.

### 12.5 Cateter vesical de permanência

Não deve ficar tracionado no momento da fixação (curvatura suficiente para que a movimentação da perna não puxe o cateter). O orifício uretral não deve ser comprimido pelo cateter o ideal é que a fixação seja alterada diariamente fazendo rodízio das áreas.

***Atenção:***

Após o banho, a fim de evitar o desenvolvimento de LPP, devemos observar se não ficaram embaixo do lençol artigos que gerem pressão (seringas, fio de monitor cardíaco e tampinhas de agulhas entre outros).

## TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

### 13 Avaliação da Lesão

A avaliação é essencial para classificação da lesão por pressão, o que assegura a seleção adequada para a conduta a ser tomada.

### 13.1 O que avaliar na lesão?

- Tempo de existência
- Classificação
- Aspecto, localização, dor, tamanho, profundidade e presença de exsudato.

### 13.2 Mensuração

Permite avaliar e documentar a evolução da ferida em seu processo cicatricial. O ideal é que a medida seja realizada sempre pela mesma pessoa, o paciente na mesma posição para maior fidedignidade. Deve-se usar uma régua para medir em cm, o maior comprimento e a maior largura da superfície da lesão; multiplicar altura x largura = $cm^2$. Feridas cavitárias devem ser medidas com o auxílio de swabs ou os instrumentais de curativos.

Outros tipos de medidas podem ser realizados com papel milimetrado, filme transparente liso e registro fotográfico um adjuvante importantíssimo no acompanhamento da evolução da lesão, pois permite a visualização e comparação dos aspectos da ferida durante o tratamento.

- O registro fotográfico só pode ser feito com autorização do cliente ou familiar por escrito, no Termo de Consentimento Livre Esclarecido específico para esse fim.

### 13. 3 Classificação da Pele Adjacente à Lesão.

- **Maceração:** resulta do excesso de umidade (exsudato) nas superfícies epiteliais, conferindo ao tecido peri--lesional um aspecto esbranquiçado e intumescido;
- **Inflamação:** sinais de dor, calor e rubor na pele adjacente à lesão;
- **Hiperqueratose:** excessivo espessamento da pele que tem como causa o atrito frequente, geralmente observado em torno de lesões neuropáticas. Este espessamento deve ser removido pois, contribui diretamente no aumento do leito da lesão.

| Coloração | Temperatura | Textura | Integridade |
|---|---|---|---|
| vermelha, pálida, cianose (azulada) | quente, fria, ou normal | úmida, seca, macerada, endurecida | maceração (excesso de umidade), escoriação, |
| sinais de inflamação, infecção e/ou circulação. | sinais de inflamação infecção e/ou circulação | sinais de pouca umidade ou em excesso de umidade. | descamação, presença de bolhas e lesões. |

### 13.4 Tipos de Margens

- ***Indistinta, difusa:*** não é possível distinguir claramente o contorno da ferida;
- ***Aderida ou Plana:*** nivelada com o leito da lesão, sem paredes

- ***Não-aderida:*** com paredes; o leito da lesão é mais profundo que as bordas;
- ***Enrolada para baixo, espessada / grossa:*** pode ser macia para firme e flexível ao toque;
- ***Hiperqueratose:*** é a formação de tecido caloso ao redor da ferida e até as bordas.
- ***Fibrótica com cicatriz:*** dura e rígida ao toque.

### 13.5 Tipos de Tecido

Os tipos de tecido presente no leito de uma lesão, em geral indica a fase e a eficácia do protocolo que está sendo utilizado.

- ***Tecido viável:*** é aquele que se forma no processo de cicatrização e tem como objetivo a reconstituição da área lesionada. Apresenta-se como um tecido vermelho vivo (tecido de granulação) é altamente vascularizado.
- ***Tecido inviável:*** é o tecido desvitalizado, composto por necrose ou esfacelo. Está relacionado aos diferentes níveis de morte tecidual.

### 13.6 Principais Tecidos Presentes no Leito da Lesão

- ***Necrose:*** de coloração enegrecida e que pode ter consistência dura (necrose seca/escara) ou mole (necrose úmida).
- ***Esfacelo:*** tecido desvitalizado de consistência delgada, de coloração amarela ou acastanhada, podendo estar aderida ao leito e margens da ferida ou parcialmente ligada ao leito.
- ***Epitelização:*** tecido de cor rosada, o que indica o término da ferida, geralmente surge a partir das margens.
- ***Hipergranulação:*** é o excesso de tecido de granulação. Se forma para além do nível do leito da ferida, gerando tensão nas margens. Quando presente impede a migração de células epiteliais basais e a cicatrização.

### 13.7 Tipos de Exsudato

- ***Seroso:*** tem consistência aquosa; fina e clara
- ***Serossanguinolento:*** tem consistência fina, aquosa, coloração de avermelhada a cor de rosa.
- ***Sanguinolento:-*** tem consistência espessa / fina e coloração vermelha.
- ***Seropurulento:*** consistência semi-espessa; turva, coloração amarelada ou acastanhada.
- ***Purulento:*** consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada

### 13.8 Quantidade de Exudato

- ***Nenhum/Seco/escasso:*** o curativo primário não tem fluido, é seco e pode estar aderido na lesão.
- ***Pouca:*** o curativo primário apresenta pequena quantidade de fluido.
- ***Moderado:*** curativo primário apresenta-se parcialmente molhado, mas não há extravasamento. A frequência de troca é de acordo com o protocolo utilizado.
- ***Grande/Saturado:*** o curativo apresenta-se excessivamente molhado e o extravasamento é visivel; a pele perilesional poderá estar macerada; a troca de curativo é necessária com mais frequência deve-se avaliar o protocolo.

### 13.9 Odor

- ***Ausente:*** não há odor forte
- ***Presente:*** o odor é forte e fétido/ desagradável.

### 13.10 Dor

A avaliação da intensidade da dor deve ser realizada com o uso de: escala de faces; visual analógica ou numérica.

# 14 Limpeza da Lesão por Pressão

O conceito de cicatrização e tratamento de feridas em meio úmido surgiu na década de 60 e na de 80 foram definidos os critérios de curativo ideal: manter ambiente úmido; permitir trocas gasosas; remover o excesso de umidade; proteger as feridas de agressões externas (físicas e microbianas); ser livre de partículas tóxicas; manter isolamento térmico; permitir a remoção sem traumas ou dor

A limpeza deve ser realizada utilizando-se soro fisiológico morno em jato para irrigar a ferida. A temperatura em torno de 37ºC favorece o nível de oxigenação no tecido aumentando a atividade dos neutrófilos que tem como função fagocitar bactérias. Uma baixa pressão deve ser utilizada ao se limpar o leito da ferida para que o tecido neo-formado não seja lesionado.

## 14.1 Desbridamento

Definição técnica para remover tecidos necróticos/desvitalizados que prejudicam o processo de cicatrização. Classificar a ferida é fundamental, pois é através da avaliação que será tomada a conduta do profissional.

Segundo a Associação Brasileira de Estomaterapia (2016-2017), em seu Guia de boas práticas de preparo do leito da lesão, o profissional deve avaliar os seguintes itens antes de realizar um desbridamento: tipo da necrose e possível extensão condições de saúde do paciente, existência de doenças de base, perfusão sanguínea, dor, entre outros fatores.

O desbridamento para um melhor resultado deve ser utilizado associado ao uso de coberturas e métodos. É importante no controle de infecção.

### *14.1.1 Desbridamento e COFEN*

Segundo o anexo da Resolução do COFEN nº 567 de 2018, há a definição da atuação dos profissionais Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem no tratamento de feridas.

Nesta regulamentação da atuação do enfermeiro no cuidado aos pacientes com feridas, temos o seguinte item como atividade deste profissional: "executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático).

### *14.1.2 Principais Tipos de Desbridamento*

- **Enzimático-** é a utilização de enzimas que promovem o desprendimento do tecido necrótico. Ex. colagenase (quebra fibras de colágeno presas no tecido necrótico), papaína (ação bactericida) e fibrinolisina (quebra a fibrina).
- **Autolítico-** utilização de produtos que possibilitem meios para que o próprio corpo quebre o tecido inviável e viabilize o leito da ferida. Ex.: hidrocoloide, hidrogel.
- **Mecânico-** é a remoção de tecido de modo traumático e não seletivo.
- **Cirúrgico**- remoção de tecidos em condições controladas em centro cirúrgico.
- **Biológico-** utilização de larvas para remoção de tecidos desvitalizados.

### 14.1.3 Tipos de Técnicas de Desbridamento Utilizadas

**Instrumental:** se faz necessário o uso de um bisturi e uma técnica apropriada, são elas slice, de cover e de square.

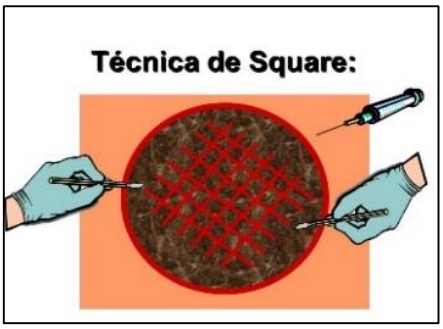
- ***Desbridamento com técnica de slice:*** utilizada em casos de necrose de coagulação ou liquefação.

**Figura 11: Imagem de desbridamento com técnica de slice.**

- ***Desbridamento com técnica de cover:*** tem como objetivo descolar/desprender as bordas da ferida necrótica.

**Figura 12: Imagem de desbridamento com técnica de cover.**

- ***Desbridamento com técnica de square:*** o corte de pequenos quadrados da



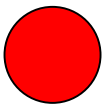

lesão necrótica para que depois ele seja removido.

**Figura 13: Imagem de desbridamento com técnica de square.**

## 15 Curativo

- **Remover o excesso de umidade:** para evitar maceração.
- **Manter a umidade:** secar apenas a pele adjacente.
- **Ser isolante térmico:** evitar o uso de soluções muito frias para irrigar a lesão.
- **Impermeável a bactéria:** a cobertura deve proteger a lesão de traumas e contaminação externa.
- **Isento de partículas tóxicas**: evitar o uso de produtos de origem desconhecida.
- **Não aderente:** não causar trauma na retirada.
- **Permeável:** permite a troca de gases entre o meio interno e externo.

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE CORES RYB**


Proteger a vermelha

Limpar a amarela

Desbridar a preta

No momento da avaliação esses critérios devem nortear a conduta a ser adotada em relação ao protocolo a ser utilizado.

# PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

## 16 Assistência de Enfermagem de Enfermagem

- Avaliar as condições do cliente, nas primeiras 8h da admissão, inspecionar as mucosas e a pele nas regiões: occipital, escapular, sacra, coccígea, tuberosidade isquiática, trocanteriana, calcâneos e maléolos locais mais frequentes para o aparecimento de lesões;

- Utilizar a escala preditiva de avaliação de risco, preconizada na Instituição;
- Avaliar e registrar na evolução de enfermagem o score de risco;
- Identificar o cliente de risco e sinalizar o leito.
- Registrar no prontuário se o cliente apresenta tem risco ou não de desenvolver LPP;
- Realizar ou auxiliar o reposicionamento utilizando dispositivos acolchoados entre as proeminências ósseas a cada 2 horas.

- Posicionar o cliente confortavelmente em colchão hospitalar com alinhamento postural e distribuição do peso.

- Fazer rodízio do oxímetro.

- Proteger as áreas de proeminências ósseas com o auxílio de travesseiros/coxins, manter calcâneos livres da superfície da cama.

- Estimular movimentação no leito com exercícios de variação de movimentos.

- Manter cabeceira elevada à 30°, caso a patologia de base permita.

- Proteger a pele das proeminências ósseas de acordo com o protocolo institucional com filme transparente ou placa de hidrocoloide.

- Avaliar sinais vitais de ____/____ h.

- Administrar analgesia conforme prescrição médica, caso necessário antes dos procedimentos de banho no leito/curativos e após, reavaliar a dor.

- Realizar banho no leito ou encaminhar o cliente para o chuveiro com água morna e sabão neutro, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas.

- Hidratar a pele sem massagear.

- Minimizar a umidade excessiva da pele promovendo a troca de lençóis úmidos, fralda e preservativo urinário.

- Sentar o cliente na cadeira sobre dispositivo almofadado, por pelo menos 1h por dia, com os pés sobre uma superfície.

- Orientar o cliente a suspender a região glútea, usando os braços da cadeira, pelo tempo que suportar, a cada 15 minutos em caso de cliente cadeirante.

- Inspecionar e monitorar as fontes de pressão e fricção da pele (lençóis drenos e cateteres).

- Realizar cuidados com dispositivos médicos: sonda nasoentérica, sonda gástrica, colar cervical, contenção mecânica, cateter nasal, TOT/TQT, sonda vesical de demora, extensões de cateteres/drenos.

- Orientar o cliente/ familiar/ cuidador sobre os cuidados de prevenção domiciliar pós alta.

## 17 Tipos de lesões e Coberturas Utilizadas

**Lesão por pressão Categoria 1**

- Ácido Graxo Essencial (AGE)
- Filme transparente para proteção da pele

**Lesão por pressão Categoria 2, 3 e 4 com sinais de infecção e odor fétido**

- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% (S.F.0,9%) ou solução de PHMB
- Utilizar carvão ativado com prata ou hidrofibra com prata ou sulfadiazina de prata
- Alginato de cálcio em gel.

**Lesão por pressão Categoria 2, 3, e 4 com tecido desvitalizado/necrosado**

- Realizar limpeza com S.F.0,9% ou solução de PHMB
- Utilizar hidrogel antisséptico, hidropolímero, hidrofibra

**Lesão por pressão Categoria 2, 3 e 4 com exsudato moderado/abundante**

- Realizar limpeza com S.F.0,9% ou solução de PHMB
- Alginato de cáicio e sódio placa/ gelou hidrofibra

**Lesão de pressão Categoria 2, 3 e 4 com exsudato leve**

- Realizar limpeza com S.F.0,9% ou solução de PHMB
- Utilizar hidrogel antisséptico ou hidrocolóide , hidrofibra

**Lesão por pressão Categoria 2, 3 e 4 com tecido de granulação**

- Realizar limpeza com S.F.0,9% ou solução de PHMB
- Utilizar hidrocolóide ou curativo não aderente

**Lesão por pressão Categoria 2, 3 e 4 com tecido de epitelização**

- Creme de Uréia
- Ácido Graxo Essencial (AGE)
- Filme transparente

## REGISTRO DA LESÃO

## 18 Evolução de Enfermagem

- Localização área anatômica
- Pele adjacente.
- Dimensão da lesão.
- Aspecto da lesão.
- Características do exsudato (coloração, odor, quantidade)
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia.
- Produtos utilizados na limpeza da lesão incluindo se foi realizado desbridamento.
- Protocolo utilizado.
- Colocar data, horário, assinar e carimbar.

## COMISSÃO DE CURATIVOS

A Comissão de curativos do HEMORIO foi criada em 2003, encontra-se regulamentada pela SES. É uma comissão multiprofissional, composta de: médico dermatologista, médico cirurgião, enfermeiro, nutricionista, que atuam respondendo parecer de lesões, realizando busca ativa, padronizando, orientando os profissionais, analisando e elaborando protocolos.

Este grupo reúne-se mensalmente com o objetivo de avaliar e estabelecer condutas para os casos clínicos levados para discussão e para cumprimento das ações do grupo.

# REFERÊNCIAS


ASSIS G, BORGES L. Prevenção de Lesão por Pressão. Universidade Federal do Paraná Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Complexo Hospital de Clínicas – Curitiba, 2018.

Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF-CPPAS

EVANGELISTA C. B Assistência Prestada a Pacientes com Ferida Crônica em um Serviço de Referência do Norte de Minas Gerais. Belo Horizonte 2019

COFEN. Portaria COFEN n° 523 de 29 de abril de 2015.

GOMES, N.C. MINICURSO: Assistência de Enfermagem ao Cliente com Feridas. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 1° SEMESTRE DE 2013.

PROTOCOLO ASSSITENCIAL MULTIPROFISSIONAL: Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018,26p.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM CUIDADO À PESSOA COM FERIDA, Prefeitura de Florianópolis - Junho 2019 volume 6. Acesso em 30/06/2020.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LPP Hospital Regional do Mato Grosso do Sul Campo Grande – MS Agosto de 2017. Acesso em 29/06/2020.

MANUAL DE CURATIBOS UNIMED CURITIBA, 2011.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde Outubro/2017

SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão- Consenso NPUAP 2016- Adaptada culturalmente para o Brasil. Disponível em: http://www.sobest.org.br/textod/35. Acesso em:21/05/2020.

THE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NUAP. Pressury Injury Stages. Disponível em: Acessado em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1423/1111

MUTOU, F. M. L, NASCIMENTO K. M.; MONARI C; SANTOS A. P.; SILVA L. R. NETO J. da S. AZANHA; BOTTONI A. Lesões por pressão: a gestão de saúde do ponto de vista multiprofissional Revista Científica UMC Mogi das Cruzes, v.4, n.2, agosto 2019

# ANEXOS

## A – Produtos Padronizados Para Realização de Curativos

**ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO**

- **Composição:** 80% íon cálcio + 20% íon sódio + ácido gulurônico e manurônico (derivados de algas marinhas).
- **Ação:** hemostasia / desbridamento / grande absorção de exsudato / umidade (formação de gel).
- **Indicações:** feridas sangrantes / feridas com exsudação abundante /feridas cavitárias com ou sem infecção.
- **Contra-indicação:** feridas com pouca exsudação / feridas com necrose de coagulação / lesão por queimadura.
- **Freqüência de Troca:** o curativo secundário deve ser trocado sempre que estiver saturado:

-feridas infectadas, a troca é recomendada em média de 24h.
-feridas limpas com sangramento, a troca é recomendada até 48h.
-feridas limpas exsudativas,trocar assim que a cobertura estiver saturada.

**CARVÃO ATIVADO E PRATA**

- **Composição:** carvão ativado com prata a 0,15%, envolto por não tecido de nylon poroso, selado nas quatro bordas.
- **Ação:** absorve exsudato / adsorve os microorganismos / filtra odor / bactericida (prata).
- **Indicações:** feridas infectadas e exsudativas.
- **Contra-indicação:** feridas limpas, com baixo exsudato e em presença de osso e tendão.
- **Observação:** não pode ser cortado.
- **Freqüência de Troca:** no início diariamente, após avaliação de 3 a 7 dias.

**COLAGENASE**

- **Composição:** Enzima Proteolítica.
- **Ação:** age seletivamente, degradando o colágeno nativo da ferida. Desbridamento enzimático suave não invasivo.
- **Indicações:** ferida com tecido desvitalizado.
- **Contra-indicação:** alergia.
- **Observação:** controvérsias quanto à ação estimuladora da granulação e epitelização.
- **Frequência de Troca:** a cada 24h

**FILMES TRANSPARENTES**

- **Composição:** filme de Poliuretano, aderente (adesivo), transparente, elástico e semi-permeável.
- **Ação:** umidade / permeabilidade seletiva / impermeável a fluídos.
- **Indicações:** fixação de cateter curto e longo / proteção de pele íntegra / prevenção de lesão de pressão.
- **Contra-indicação:** alergia / feridas de cavidade.
- **Observação :** pode ser utilizado como cobertura secundária.
- **Freqüência de Troca:** até 7 dias.

**HIDROGEL**

- **Composição:** água + carboximetilcelulose + propilenoglicol.
- **Ação:** desbridamento autolítico, remoção de crostas de tecido desvitalizados
- **Indicações**: feridas abertas, com crostas, fibrinas e tecidos desvitalizados ou necrosados.
- **Contra-indicação:** utilização em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.
- **Observação:** necessita de cobertura secundária.
- **Freqüência de Troca:** de1 a 3 dias, dependendo da saturação.

**SOLUÇÃO ANTISÉPTICA (PHMB)**

- **Composição:** água + propilenoglicol+ cloridrato de polihexametilenobiguanida
- **Ação:** desbridamento autolítico, remoção de crostas de tecido desvitalizados
- **Indicações:** feridas abertas com tecido de granulação, com crostas, fibrinas e tecidos desvitalizados ou necrosados.
- **Contra-indicação:** hipersensibilidade ao produto
- **Observação:** necessita de cobertura secundária.
- **Freqüência de Troca:** a cada 24h

**HIDROGEL ANTISÉPTICO**

- **Composição:** água + propilenoglicol+ cloridrato de polihexametilenobiguanida
- **Ação:** desbridamento autolítico, remoção de crostas de tecido desvitalizados
- **Indicações:** feridas abertas com tecido de granulação, com crostas, fibrinas e tecidos desvitalizados ou necrosados.
- **Contra-indicação:** hipersensibilidade ao produto
- **Observação:** necessita de cobertura secundária.
- **Freqüência de Troca:** a cada 24h

**HIDROCOLÓIDE**

- **Composição:** camada externa: espuma de poliuretano + camada interna: gelatina / pectina /carboximetilcelulose sódica.
- **Ação:** estimula angiogênese e o desbridamento autolítico / acelera o processo de granulação tecidual.
- **Indicações:** ferida aberta não infectada, com leve a moderada exsudação / prevenção ou tratamento de lesão de pressão não infectada.
- **Contra-indicação:** ferida não infectada com ou sem tecido desvitalizado / queimadura de terceiro grau.
- **Observação :** odor desagradável devido à interação.
- **Freqüência de Troca:** dependendo da saturação

**SULFADIAZINA DE PRATA**

- **Composição:** sulfadiazina de prata micronizada.
- **Ação:** antimicrobiana por reagir com o DNA da bactéria, impedindo a proliferação bacteriana. Em clientes com queimaduras, tem, também, importante ação imunomoduladora, inibindo a ação tóxica do Complexo Lipoprotéico (LPC).
- **Indicações:** ampla utilização em queimaduras, porém indicado na prevenção e/ou tratamento de infecções em feridas colonizadas ou infectadas.
- **Contra-indicação:** hipersensibilidade ao produto.
- **Freqüência de Troca:** a cada 12 ou 24h.

## B – Termo de Consentimento de Autorização para Registro Fotográfico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA UTILIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO

Eu _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, responsável pelo cliente _____ portador(a) da cédula de identidade nº _____, autorizo o HEMORIO a fazer imagens fotográficas da lesão de pele do referido cliente para fins de acompanhamento de tratamento, assim como fins didáticos e científicos.

Tenho conhecimento de que as imagens fotográficas serão utilizadas no diagnóstico e definições de condutas de enfermagem, assim como poderão ser divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos e congressos e/ou publicadas em livros, artigos, portais de internet e revistas científicas.

Fui esclarecido que não receberei ressarcimento de qualquer espécie pelo uso da imagem e que me é assegurado o anonimato da pessoa fotografada.

Entendo que esse consentimento pode ser revogado por mim, a qualquer momento, sem prejuízo ao tratamento do cliente em questão.

_____ _____

Assinatura do cliente ou responsável Assinatura do profissional responsável