

LESÕES POR PRESSÃO: O cuidado do enfermeiro na prevenção

Guilherme Mazoti Silva¹; Mismana Raiara França Tosta¹; Daniela Tinti Moreira Borges^{2*}

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Bacharel em enfermagem – UFMS, Esp. em Enfermagem em oncologia – FAMERP, Esp. em Urgência e emergência – FAI, Esp. Estomatoterapia – FAMERP, Mestre em Regeneração Tecidual – UNIFESP, docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: danitinti2010@gmail.com

RESUMO

A lesão por pressão, diferentemente das demais alterações de pele, tem sido fonte de preocupação por representar um problema de saúde pública, levando a transtornos físicos, emocionais e influenciando na morbidade e mortalidade. Quanto ao Brasil, estatisticamente existem poucos estudos sobre a prevalência e incidência do agravo, contudo, no que tange ao domicílio, estudos apontaram entre 41,2% e 59% de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão, e uma prevalência entre 8% e 23%, sendo considerado fator preocupante por se tratar de um evento que pode ser prevenido em até 95% dos casos. Descrever os cuidados do enfermeiro relacionados à prevenção da lesão por pressão. Revisão narrativa de literatura, onde foram selecionadas publicações com a temática nos sites: Google Acadêmico, LILACS, BVS e Scielo. Para evitar a lesão por pressão, além de medidas próprias, o enfermeiro necessita de uma avaliação sistemática, com instrumentos disponíveis no domínio internacional, como a Escala Preditiva de Braden, que vem apresentando altas taxas de sensibilidade e especificidades no Brasil. A Escala de Braden tem por finalidade identificar as pessoas vulneráveis para o desenvolvimento da lesão por pressão, deve ser utilizado como um instrumento norteador para as ações de enfermagem nos cuidados de prevenção à lesão por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: lesão por pressão, cuidado de enfermagem, feridas e ferimentos.

1 INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LPP) é um dano localizado na pele ou em tecidos moles, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico e ocorre como resultado da pressão intensa que impede a irrigação e nutrição do tecido (IBSP; SOBEST, 2016).

Os avanços da assistência da saúde e o aumento da expectativa de vida tornaram possível a sobrevivência de pacientes em situações críticas, transformando as enfermidades em doenças

crônicas e lentamente debilitantes, sendo um fator de prevalência de LPP (MORAES, 2016), sendo associadas a má assistência dos profissionais de saúde.

Os fatores de risco para surgimento de LPP são aqueles que predisõem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, e que reduzem a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica, como a imobilização, presença de morbidades, perda de sensibilidade e da função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares,

deficiências nutricionais, além de situações derivadas do ambiente em que o paciente se encontra (WADA, 2010; OTTO, 2019).

A identificação dos pacientes em risco para LPP é essencial à implantação de ações preventivas, desde o momento da internação até a sua alta. O cuidado voltado a estes pacientes deve ocorrer na atenção primária à saúde (APS), sob os cuidados da equipe de saúde da família (ESF) e na busca pela diminuição da incidência, o enfermeiro tem o fundamental papel de dar assistência com melhores práticas de cuidado, além de identificar o risco do desenvolvimento de LPP utilizando instrumentos como a Escala de Braden e, conseqüentemente, implementar intervenções de enfermagem, com o uso da Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) para prevenir complicações que podem comprometer o estado de saúde e a qualidade de vida dos mesmos (SOARES, 2015; PEREIRA, 2014).

O objetivo deste trabalho é descrever os cuidados do enfermeiro diante ao paciente com risco de desenvolver lesão por pressão, bem como apresentar as maneiras de prevenção.

Trata-se de uma revisão narrativa, de modo que foi realizado um levantamento bibliográfico em artigos científicos indexados em plataformas online, tais como Google acadêmico, Scielo, Bireme, LILACS e sites de entidades confiáveis relacionados ao tema.

2 CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

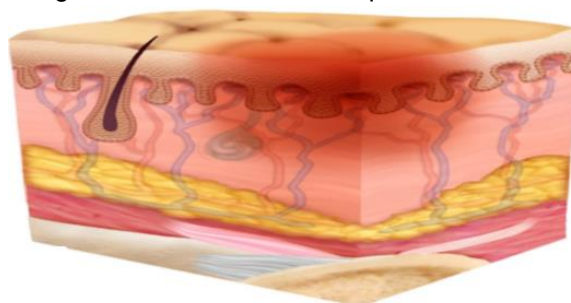
As LPP são classificadas em oito tipos, conforme o nível de lesão, como segue, (i) pele íntegra com eritema que não embranquece (estágio 1); (ii) perda de espessura parcial da pele com exposição da derme (estágio 2); (iii) perda total da espessura da pele (estágio 3); (iv) perda total da espessura da pele e perda tissular (estágio 4); (v) lesão por pressão

não classificável; (vi) lesão por pressão tissular profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece; (vii) lesão por pressão relacionada a dispositivo médico; (viii) lesão por pressão em membrana mucosa; (ix) Lesões por pressões relacionados a utensílios demóticos (NPUAP, 2016; MORAES, 2016).

2.1 Estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece

A lesão apresenta pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável (Figura 1), que pode parecer diferentemente em pele de pigmentação escura. A presença de eritema branqueável ou alterações na sensação, temperatura ou consistência podem preceder mudanças visuais. As mudanças de cor não incluem a descoloração roxa ou marrom, que pode indicar LPP em tecidos profundos.

Figura 1. Estágio 1 da lesão por pressão. Pele íntegra com eritema não branqueável.

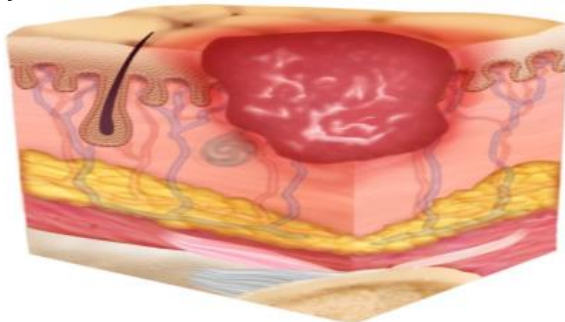


Fonte: Extraído de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016.

2.2 Estágio 2: perda de espessura parcial da pele com exposição da derme

Perda parcial da espessura da pele com derme exposta (Figura 2). O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. Nesta lesão, o tecido adiposo (gordura) e tecidos mais profundos não estão visíveis. O tecido de granulação, esfacelo, e a escara também não estão presentes.

Figura 2. Estágio 2 da lesão por pressão. Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme.

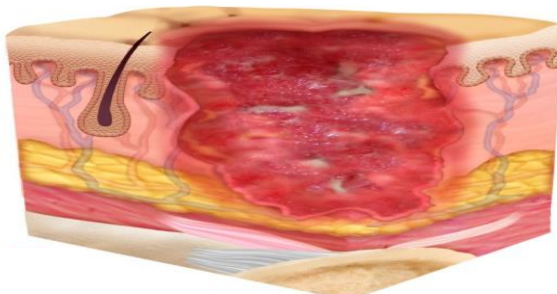


Fonte: Extraído de NPUAP, 2016.

2.3 Estágio 3: perda total da espessura da pele

Possui perda total da espessura da pele na qual o tecido adiposo (gordura) é visível na úlcera (Figura 3). O tecido de granulação e a borda despregada da lesão estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. A profundidade do prejuízo tecidual vai variar conforme a localização anatômica; áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas.

Figura 3. Estágio 3 da lesão por pressão. Perda total da espessura da pele.



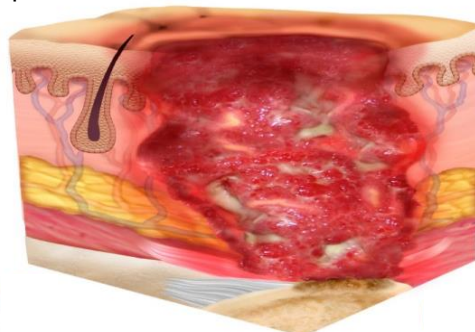
Fonte: Extraído de NPUAP, 2016.

2.4 Estágio 4: perda total da espessura da pele e perda tissular

Há perda total da espessura da pele e exposição ou palpação direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente (Figura 4). A profundidade pode variar conforme a localização anatômica. Se o esfacelo ou escara cobrirem a

extensão da perda tecidual, ocorreu uma LPP não estádiável.

Figura 4. Estágio 4 da lesão por pressão. Perda total da espessura da pele e perda tissular.

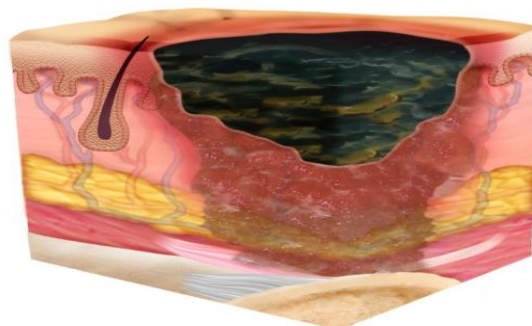


Fonte: Extraído de NPUAP, 2016.

2.5 Lesão por pressão não classificável

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Neste tipo de apresentação, há perda total da espessura da pele e tecido em que a extensão do dano tecidual no interior da úlcera não pode ser confirmada porque está coberto por esfacelo ou escara (Figura 5). Se o esfacelo ou escara for removido, a LPP poderá ser classificada como estágio 3 ou 4.

Figura 5. Lesão por pressão não estádiável.



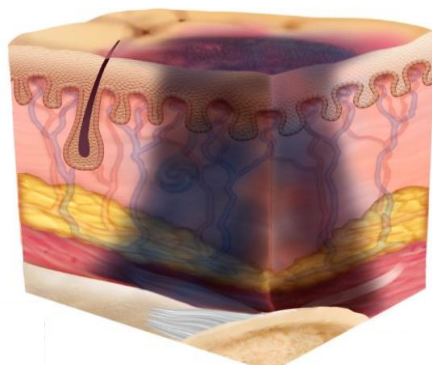
Fonte: Extraído de NPUAP, 2016.

2.6 Lesão por pressão tissular profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Pele intacta ou não intacta com área localizada de vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida

escuro ou com flictena de sangue (Figura 6). Apresenta dor e mudanças frequentes na temperatura que precedem alterações na cor da pele. A descoloração pode parecer diferentemente em peles de pigmentação escura. Esta lesão resulta de forças de pressão intensa e prolongada e cisalhamento sobre a interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente para revelar a real dimensão da lesão tecidual ou pode resolver sem perda tecidual. Se o tecido necrótico, subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes são visíveis, isso indica uma LPP de espessura completa (não estádiável, estágio 3 ou 4).

Figura 6. Lesão por pressão tissular profunda.



Fonte: Extraído de NPUAP, 2016.

2.7 A lesão por pressão relacionada a dispositivo médico

Que é um resultado 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.

2.8 Lesão por pressão em membrana mucosa

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

2.9 Lesões por pressões relacionados a utensílios domésticos

Resultado do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ou leito.

3 PREVENÇÃO

A escala de Braden, para a Enfermagem, é um instrumento disponível na literatura que auxilia na determinação se a pessoa pode ou não desenvolver a LPP. A partir desta avaliação o profissional, baseado em evidências científicas, poderá adotar medidas apropriadas e promover junto com a pessoa e família a possibilidade de escolha das alternativas que visem evitar o desenvolvimento da LPP e melhorar sua qualidade de vida (SOARES, 2015).

A escala de Braden é composta de seis subescalas, que são: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Todas são pontuadas de 1 a 4, com exceção de fricção e cisalhamento, onde a medida varia de 1 a 3. A pontuação total varia de 6 a 23. Os pacientes que obtiveram pontuação igual ou superior a 16 é considerada de risco brando para o desenvolvimento de LPP; entre 12 e 15, indicam risco moderado; e abaixo de 11, o risco é severo (ARAÚJO, 2012).

De acordo com a pontuação de risco identificado, o profissional deve adotar medidas para prevenir e/ou tratar o local de lesão. Para o risco brando, as intervenções são mudança de decúbito; otimização da mobilização; proteção do calcanhar; manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. As intervenções continuam as mesmas para risco moderado, acrescentando a mudança de decúbito frequentemente, com posicionamento a 30°; a utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

E por fim, se a classificação for risco severo, deverão manter as medidas anteriores mais a utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível e o manejo da dor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção e o tratamento de LPP têm sido foco de ações multiprofissionais nos diversos cenários de cuidados à saúde. O uso correto do conceito e terminologia em LPP faz com que estes profissionais possam avaliar e desenvolver estratégias e intervenções de enfrentamento de maneira mais efetiva. Assim, o NPUAP, por meio desta atualização, avançou no conceito e acrescentou novas etiologias que podem descrever melhor o comportamento de tais lesões, além de recomendar as medidas preventivas para as mesmas. Cabe aos profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, apropriarem-se dessas terminologias no seu cotidiano a fim de se evidenciar a aplicabilidade e limitações que tal mudança traz.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F.; CAETANO, J. A. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão Rev Esc Enferm USP. v. 46, n. 4, p. 858-864, 2012.

GOMES, R. K. G. et al. Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. Revista Expressão Católica Saúde; v. 3, n. 1; ISSN: 2526-964X, 2018.

IBSP; SOBEST. Muda terminologia para úlcera por pressão; Coren-DF, 2016. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA E FIOCRUZ. Anexo 02: Protocolo para

prevenção de Úlcera Por Pressão*,2013.

MORAES, J. T. et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. v. 6, n. 2, p. 2292-2306, 2016. doi: 10.19175/recom.v6i2.1423,

MOREIRA, R. C. et al. Enfermagem e a prevenção de lesão por pressão na atenção primária: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm Atual in Derme, v. 95, n. 33, e-021021, 2021.

NPUAP. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016;

OTTO, C. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. Enferm. Foco, v. 10, n. 1, p. 7-11, 2019.

PEREIRA, A. G. S. et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev Esc Enferm USP; v. 48, n. 3, p. 454-461, 2014.

SOARES, C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária; Texto Contexto Enferm, v. 2, n. 2, e1630016, 2018.

SOARES, C. F. Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária: reflexão com enfermeiros sobre a escala de Braden. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WADA, A.; TEIXEIRA, N.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. Rev Med (São Paulo), v. 89, n. ¾, p. 170-177, 2010.