



Gustavo Smit Schlosser

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II
PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Santa Maria, RS

2019

Gustavo Smit Schlosser

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao curso de Medicina da Universidade Franciscana como requisito parcial para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Giancarlo Cervo Rechia

Santa Maria, RS

2019

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	4
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)	9
3.1 Classificação das LPP.....	9
4. FATORES DE RISCO	12
4.1 Locais mais acometidos.....	13
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	13
6. PREVENÇÃO	13
6.1 Escala de Braden	14
6.2 Avaliação diária da pele	14
6.3 Umidade	15
6.4 Nutrição	15
6.5 Pressão	15
7. TRATAMENTO.....	16
7.1 Limpeza	16
7.2 Desbridamento.....	16
7.3 Terapias tópicas (coberturas).....	17
7.4 Tratamento sistêmico.....	20
7.5 Manejo da dor.....	20
7.6 Infecções	21
8. OSTEOMIELITE	21
9. FLUXOGRAMA	22
APÊNDICES	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

LISTA DE SIGLAS

CAF	Comissão de Avaliação de Feridas
CID	Código Internacional de Doenças
LPP	Lesão por Pressão
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
UP	Úlcera por Pressão

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Assistance protocol for the prevention of pressure ulcer injury

RESUMO

A úlcera por pressão é um problema de saúde pública que acarreta inúmeros danos à saúde física e emocional dos pacientes e familiares, tem um elevado custo assistencial e demanda inúmeros cuidados dos profissionais envolvidos. A prevenção tem se mostrado a maneira mais custo-efetiva de lidar com o problema. Hospitais que possuem um protocolo de prevenção apresentam menores índices dessa patologia. Este protocolo tem como objetivo auxiliar, por meio de um fluxograma, os profissionais de saúde integrados na assistência ao paciente com risco ou com a comorbidade instalada a realizar o melhor atendimento e manejo no cuidado aos pacientes com lesão por pressão.

Palavras-chave: Úlcera. Pressão. Prevenção.

ABSTRACT

Pressure ulcer is a public health problem that causes numerous damages to the physical and emotional health of the patient and family, has a high cost of care and demands great care from the professionals involved. Prevention has proven to be the most cost-effective way to deal with the problem. Hospitals that have a prevention protocol have lower rates of this pathology. This protocol aims to help, through a flowchart, the health professionals integrated in the assistance to the patient at risk or with the comorbidity installed to perform the best care and management of the same.

Keywords: Ulcer. Pressure. Prevention.

1. INTRODUÇÃO

Úlcera por pressão (UP) é definida como uma “lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, provocada por uma combinação de pressão e cisalhamento do tecido, proveniente de imobilizações prolongadas” (BRASIL; 2013; p. 2).

As UP são consideradas um problema de saúde pública, servindo também para apontar falhas no cuidado a pacientes com dificuldade de movimentação (COSTA, 2010), sendo necessário um melhor controle sobre sua incidência e a implementação de uma rotina para avaliação e cuidados da pele desses pacientes.

A incidência de UP varia de 1% até 56% dependendo do tipo de unidade de internação dos pacientes. (ANSEMI; PEDUZZI; JÚNIOR, 2008). Diversos fatores de riscos estão envolvidos, sendo o principal o longo período de hospitalização e elevada carga de trabalho da enfermagem (FREITAS et al., 2011).

Assim, por meio de protocolos que otimizem o trabalho da equipe, é possível diminuir a incidência dessas lesões, as quais tem um grande impacto psicológico e uma demanda importante no seu tratamento. Elas exigem um alto investimento em materiais, remédios e eventuais intervenções cirúrgicas, necessárias para a cura.

Levando em conta a importância clínica dessa patologia, justifica-se o desenvolvimento de um protocolo assistencial e implementação de um protocolo assistencial de prevenção e tratamento da úlcera de pressão na Casa de Saúde de Santa Maria.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Úlcera por pressão, segundo o Ministério da Saúde, é definido como “lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção”. (BRASIL; 2013).

A incidência de úlcera por pressão nas unidades de terapia intensiva (UTI) varia de 1% até 56%. Já em locais onde o atendimento é direcionado para pacientes com doenças agudas, como hospitais gerais e centros cirúrgicos, a incidência varia de 2% a 29,5% (ANSEMI; PEDUZZI; JÚNIOR, 2008).

Tal importância dada às UP é demonstrada pela criação de uma organização, no ano de 1986, denominada *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), que se dedica à discussão e publicação de artigos e *guidelines* acerca do assunto. Em 2014, a organização, juntamente com a divisão europeia da mesma, lançou o último *guideline* sobre prevenção e tratamento das UP. (SOBEST, 2016).

Um estudo realizado no ano de 1999 nos Estados Unidos, sobre a prevalência de úlcera por pressão, avaliou 42817 pacientes hospitalizados, chegando a conclusão que a distribuição dessas lesões é diferente em cada setor do serviço de saúde, com prevalência de 28% na área de internação hospitalar, 9% no setor de terapia semi-intensiva, 7% na UTI e os mesmos 7% no setor de ortopedia. (GOMES et al., 2010).

Alguns fatores de risco associados à úlcera de pressão são descritos na literatura, sendo o principal o longo período de hospitalização. Ainda há outros fatores, como idade avançada, pacientes em fase de cuidados paliativos, uso de ventilação mecânica e elevada carga de trabalho da enfermagem que, devido ao grande número de pacientes sob seus cuidados, por vezes acabam esquecendo de realizar alguns cuidados necessários. Um estudo brasileiro observou que, para cada dia a mais de hospitalização, a chance de desenvolver úlcera por pressão aumentava em cerca de 11%. (STRAZZIERI-PULIDO et.al; 2018).

Existem outros fatores associados a prevalência de úlceras de pressão, tais como doenças crônicas não transmissíveis, onde as mais observadas foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o acidente vascular encefálico (AVE), além do diabetes melitus (DM). Essas condições podem levar a uma fragilidade e imobilidade no leito ou cadeira de rodas, que associadas a instabilidade motora e adelgaçamento da pele, predispõem a lesão por pressão. Outro fator importante é o uso de medicamentos, como antitérmicos, antibióticos, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, que podem tanto interferir no processo de cicatrização

quanto agir indiretamente na pele, favorecendo o aparecimento de lesões cutâneas (FREITAS et al., 2011).

A respeito da localização das UP, a mais acometida é a região sacral, variando aproximadamente entre 30-35,8%. Em segundo lugar está a região do calcâneo, com incidência variando entre 19,5-27,8%. Em terceiro lugar, a região dos grandes trocânteres, representando incidência de 8,6-13,7%. Além desses locais, outros são acometidos mas com menor frequência, como maléolos, região isquiática, escápula e occipital (LUZ et al., 2009) A escala de Braden, desenvolvida em 1987, é uma ferramenta que tem como objetivo ajudar os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, a avaliar o risco de o paciente desenvolver úlcera por pressão. Ela é composta de 6 tópicos – percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional e fricção/cisalhamento – que são pontuadas de 1 a 4 com exceção da última. Os pontos de corte variam; ≥ 16 para baixo risco, 11 – 16 para moderado risco e < 11 alto risco (ARAÚJO; ARAÚJO, CAETANO, 2012).

As úlceras por pressão são um problema comum em muitos países, tendo um grande impacto sobre o custo econômico que é despendido para seu tratamento. Elas exigem um alto investimento em materiais, remédios e eventuais intervenções cirúrgicas necessárias para a cura. Um estudo realizado no Reino Unido no ano de 2002 – até então o mais preciso deles – sobre o impacto econômico das UP, constatou que o custo para tratamento das mesmas era de 1064 libras esterlinas (5264 reais) para a categoria I e 10551 libras esterlinas (52206 reais) para a categoria IV. Ainda nesse estudo, foi estimado um custo anual total para o Reino Unido entre 1,4 e 2,1 milhões de libras esterlinas – 4% do capital destinado à saúde - (SILVA et al., 2013).

Além do custo econômico, as UP também geram um custo intangível, ou seja, aquele que não se pode medir. Isso é demonstrado pelo sofrimento, seja pelo próprio paciente ou por sua família. Segundo Pereira e Soares (2012), em estudo realizado sobre as “palavras-chave” mais citadas na percepção dos familiares sobre o paciente foram “dor, sofrimento e mal-estar”. Já em relação ao próprio sentimento, os familiares relatam “angústia, preocupação, sofrimento, depressão, injustiça, revolta, cansaço, aceitação e esperança.” Conclui-se que as UP são um motivo de extrema tristeza para os entes queridos, que veem a situação que seu ente querido passa como uma fase marcada por dor e sofrimento.

Para a prevenção das UP, são necessárias algumas orientações, tanto para a equipe de enfermagem quanto para seus familiares. Ressalta-se a importância da avaliação diária da pele, além da higienização da mesma (LISE; SILVA, 2005). Controlar o excesso de pressão nas proeminências ósseas com almofadas, travesseiros e colchões de ar/água também são importantes. Outra indicação é a mudança de decúbito com frequência, para reduzir a pressão

sobre a mesma área (LISE, SILVA, 2007 apud PARANHOS, 2003). Além disso, medidas como utilizar o forro de cama para realizar a mudança de decúbito ao invés de movimentar o paciente evita-se de friccionar a pele. Também deve-se verificar a cabeceira da cama para que não fique elevada (30°) durante muito tempo, diminuindo a pressão na região sacral (LISE; SILVA, 2007 apud THIESEN; ZUBEN, 2003).

3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

De acordo com o CID-10 (Código Internacional de Doenças), a lesão por úlcera de pressão se enquadra dentro de “Outras afecções da pele e tecido subcutâneo”. Seu código é L89 (Úlcera de decúbito)

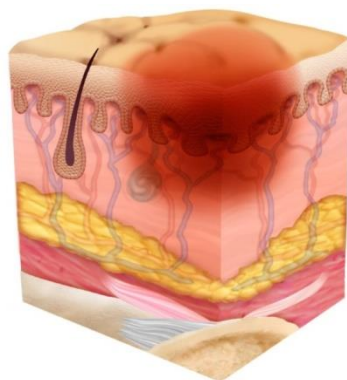
O diagnóstico é clínico, por meio da avaliação diária da pele que deve ser realizada a cada troca de curativo. Após o exame físico, deve ser feita o estadiamento da lesão, conforme classificação a seguir.

3.1 Classificação das LPP

- Estágio 1: pele íntegra com eritema que não esbranquece (Figura 1).

Pode ter aparência variada em pele com tom mais escuro

Figura 1 – Lesão por pressão estágio 1

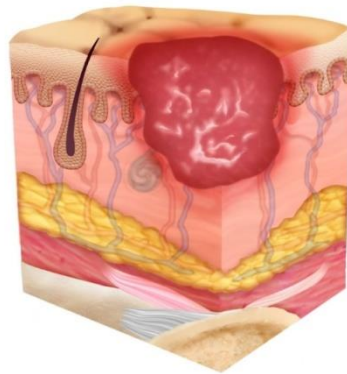


Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

- Estágio 2: perda de espessura parcial da pele com exposição da derme (Figura 2).

Ferida rósea ou avermelhada, úmida e que pode ter exsudato associado. Não apresenta tecido de granulação, esfacelo ou escara. Esse estágio não deve ser usado para descrever lesões associadas à umidade, uma vez que resultam do microclima inadequado cisalhamento da pele.

Figura 2 – Lesão por pressão estágio 2

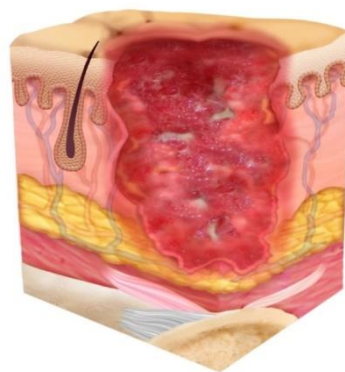


Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

- Estágio 3: perda total da espessura da pele (Figura 3).

Perda da espessura total da pele com exposição e visibilidade do tecido adiposo. Pode apresentar tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas “enroladas”). Escara e/ou esfacelo podem estar visíveis. Pode ocorrer túneis e descolamento.

Figura 3 – Lesão por pressão estágio 3

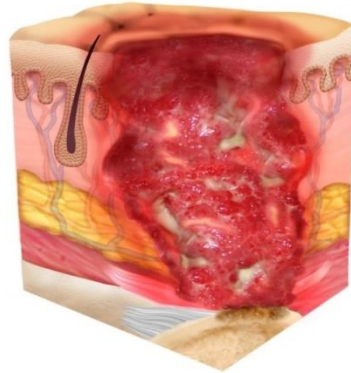


Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

- Estágio 4: perda total da espessura da pele + perda tissular (Figura 4).

Há perda total da pele e visualização dos tecidos mais profundos, como fáscia, músculo e osso. Epíbole, descolamento e túneis ocorrem frequentemente.

Figura 4 – Lesão por pressão estágio 4

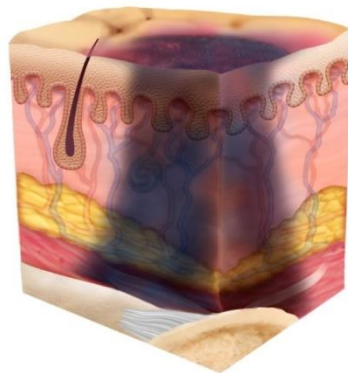


Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

- Tissular Profunda (Figura 5).

Pele pode ou não estar intacta. Possui uma descoloração escura tipo hematoma. Dor e mudança na temperatura são características desse grau de lesão.

Figura 5 – Lesão por pressão Tissular Profunda



Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

- Lesão não estadiável: perda da espessura total da pele + perda tissular não visível (Figura 6).

Dano tecidual não pode ser mensurado pois está totalmente coberto por esfacelo ou escara. Se estes forem removidos, a ferida poderá ser classificada como grau 3 ou 4.

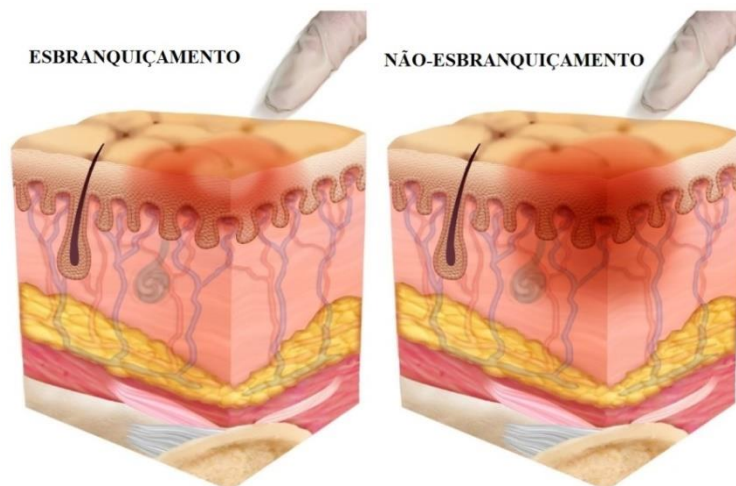
Figura 6 – Lesão por pressão não estádiável



Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

O esbranquiçamento supracitado refere-se à diminuição do eritema quando a pele é exposta à digitopressão (Figura 7)

Figura 7 – Esbranquiçamento de lesão por pressão



Fonte: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

4. FATORES DE RISCO

Existem dois tipos: intrínsecos e extrínsecos.

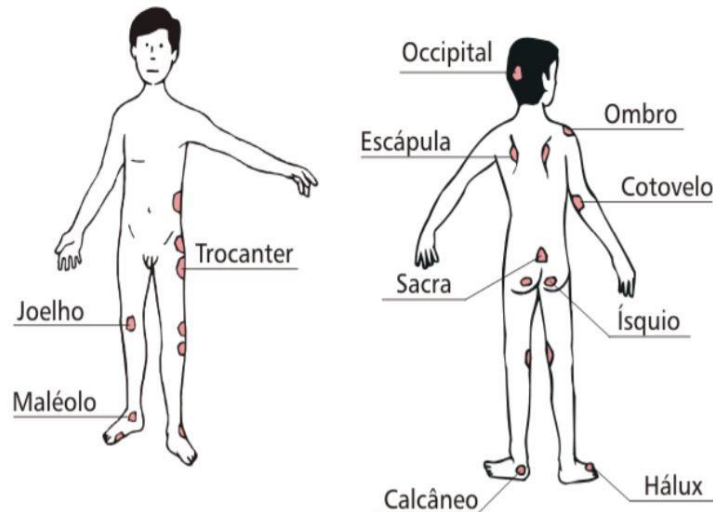
- Intrínsecos: estado nutricional, idade, tipo de pele, patologias crônicas, medicamentos em uso
- Extrínsecos: tempo de internação, pressão, fricção, umidade, ausência de mudança de decúbito.

Todos os pacientes devem ser avaliados quanto aos fatores de risco na admissão à internação.

4.1 Locais mais acometidos

Conforme descrito anteriormente, os locais mais acometidos pelas lesões por pressão são elucidados na Figura 8.

Figura 8 – Locais mais acometidos pelas LPP



Fonte: Protocolos de enfermagem – Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Hemorio 2010

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O protocolo será aplicado a todos os pacientes que forem admitidos para internação e também naqueles que já estiverem internados no Hospital Casa de Saúde, na cidade de Santa Maria. Serão excluídos pacientes que não estiverem internados na referida unidade.

6. PREVENÇÃO

A prevenção, por meio de medidas simples e avaliação dos fatores de risco, é muito importante durante a internação do paciente. Diante disso, pode-se lançar mão de diversas ferramentas e utensílios, dentre eles o uso de escalas.

6.1 Escala de Braden

A escala de Braden é a ferramenta mais utilizada para avaliação na admissão dos pacientes. Ela leva em consideração 6 itens, que são fatores de risco para desenvolver úlcera por pressão. Possui uma pontuação que vai de 1 até 4 para cada categoria, sendo elas percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/cisalhamento, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Escala de Braden

Pontos	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	-

Fonte: Paranhos, Santos (1999).

Os pacientes são classificados, de acordo com a escala de Braden, em baixo risco (15-18 pontos), moderado risco (13-14 pontos), alto risco (10-12 pontos) ou muito alto risco (≤ 9 pontos).

A avaliação dos fatores de risco deve ser diária, pois eles podem se modificar durante o tempo de internação.

6.2 Avaliação diária da pele

A inspeção da pele deve ocorrer diariamente, não somente nos lugares com lesões já instaladas, mas sim em todo o corpo. Ela deve ser feita pela equipe de enfermagem durante o banho, facilitando a visualização e movimentação paciente.

Recomenda-se sempre manter a pele limpa e seca. Para a limpeza da pele, é aconselhável a utilização de água morna e sabão neutro, pois reduzem a irritação e o ressecamento da pele.

Se a pele estiver ressecada, recomenda-se a utilização de emolientes, afim de hidratar a pele e reduzir o risco de dano a esse tecido. Isso não significa que a pele deve ficar úmida. Durante a hidratação, não deve-se massagear áreas de proeminência óssea ou hiperemiadas. A aplicação do emoliente/hidratante deve ser feita de maneira suave e com movimentos circulares.

Para fins de controle e avaliação, é importante o uso correto da ficha de avaliação e evolução dos pacientes portadores de LPP, tendo assim um controle mais efetivo da situação. O Apêndice A demonstra um exemplo proposto para utilização no Hospital Casa de Saúde.

6.3 Umidade

A umidade está diretamente relacionada a fatores como incontinência urinária e fecal, transpiração excessiva ou exsudatos da ferida. Deve ser minimizada a exposição da pele à umidade para que não fique suscetível a novas lesões. Fraldas e roupas devem ser trocadas/limpas diariamente, pois o local é comumente associado à umidade e assaduras. Também deve ser implementado um plano para tratar a incontinência, uma vez que esta é uma das principais causas de umidade.

6.4 Nutrição

A parte nutricional do paciente deve ser discutida e manejada pelo profissional da área da nutrição. Uma avaliação da ingestão de proteínas e calorias, bem como da hidratação deve ser realizada por profissional nutricionista, pois pacientes acamados apresentam maior perda de massa muscular, o que torna as saliências ósseas mais proeminentes, facilitando a lesão por pressão.

Se houver presença de algum sinal de desnutrição, deve ser imediatamente comunicada à equipe multidisciplinar, para que haja uma adequada avaliação e tratamento. Edema, perda ponderal, disfagia e inapetência são alguns dos sinais que sugerem alteração no estado nutricional. Se houver presença de recusa alimentar, deve ser discutido a possibilidade de sondagem nasoenteral.

6.5 Pressão

A pressão é o principal fator que deve ser corrigido. Os profissionais devem se preocupar na redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. Existem algumas maneiras de minimizar a pressão em pacientes acamados, tais como a alternância de decúbito

6.5.1 Mudança de decúbito

Deve-se realizar a mudança de decúbito do paciente acamado a cada 2 horas e além disso, atentar à utilização de drenos e sondas, uma vez que não se deve posicionar o paciente sobre esses utensílios. Para facilitar a equipe de enfermagem sobre as posições e horários, existe uma ferramenta denominada de relógio para mudança de decúbito indicando as posições que devem ser utilizadas naquele momento, conforme mostra a Figura 9.

Figura 9 – Relógio para mudança de decúbito



Fonte: Borges e Domansky, 2014.

Existem também materiais/equipamentos que possuem a função de redistribuição da pressão. Um exemplo é o colchão piramidal, que nada mais é que um colchão com aspecto de “caixa de ovo”, como é popularmente conhecido. Colchões pneumáticos também são uma boa alternativa, porém apresentam custos mais elevados.

Utilizar travesseiros ou almofadas na região da panturrilha é recomendável para evitar lesões no calcâneo, uma vez que estes ficarão flutuantes.

Em pacientes que estão na posição sentada, recomenda-se utilizar um assento de redistribuição, podendo ser almofadas de ar ou espuma. Não está indicado almofadas de gel, pois estas aumentam a pressão no local.

7. TRATAMENTO

7.1 Limpeza

- Limpeza asséptica da lesão com soro fisiológico 0,9% morno em jato
- Quando necessária limpeza mais profunda com controle antimicrobiano pode ser utilizado Polihexadina 0,1%

7.2 Desbridamento

Processo que consiste em remover o tecido desvitalizado com intuito de melhor penetração dos fármacos na lesão. Deve ser feito após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, através dos seguintes métodos:

- Mecânico: com jato de soro fisiológico 0,9% ou com gaze
- Enzimático: papaína 10%
- Instrumental conservador: tesoura e/ou bisturi
- Cirúrgico

O desbridamento cirúrgico somente deverá ser indicado quando os outros métodos (mecânico, enzimático e instrumental conservador) não forem eficientes.

As necroses secas deverão ser “cortadas” em forma de rede (técnica de Square), com auxílio do bisturi, anteriormente a aplicação de cobertura primária enzimática ou autolítica, facilitando assim a penetração no tecido.

7.3 Terapias tópicas (coberturas)

A prescrição das coberturas será embasada de acordo com as recomendações de preparação do leito da lesão, após a realização do exame físico que consiste em avaliar os seguintes aspectos: tipo de tecido, estadiamento da lesão, presença de exsudato ou sangramento, sensibilidade à dor e presença de infecção. Serão contempladas neste protocolo as coberturas: primárias, secundárias e dispositivos de fixação/suporte (Quadros 2, 3 e 4, respectivamente).

Quadro 2 – Coberturas Primárias

Estágio	Características		Coberturas	Período de Troca
Estágio 1	Hiperemia	-Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	-Placa de hidrocoloide	Até 7 dias (**antes, se bordas soltas e mudança de cor)
		-Áreas com pouca exposição ao cisalhamento/fricção	-Ácido Graxo Essencial (AGE)	Cada 6 horas
		-Áreas com exposição à umidade	-Protetores cutâneos (solução polimérica; Óxido de Zinco)	Cada 6 horas
Estágio 2	Bolha	-Intacta	-Gaze + AGE	Cada 12 horas
	Lesão superficial	-Sem/Pouco exsudato	-Placa de hidrocoloide	Até 7 dias(**antes, ...)
		-Moderado exsudato	-Malha não aderente estéril	Cada 24 horas
Estágio 3 Estágio 4	Escara Necrose Úmida	-Sem sangramento	-Papaina 10%	Cada 12 horas
		-Com sangramento -Necrose mista -Intolerância à papaina	-Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Esfacelo	-Pouco/moderado	-Papaina 6%	Cada 12 horas
		-Camada Espessa	-Papaina 10%	Cada 12 horas
		-Com sangramento -Tecido misto -Intolerância à papaina	-Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Exsudato em grande quantidade	-Sem infecção	-Alginato de cálcio e sódio (placa ou fita)	Até 5 dias (* antes, se curativo saturado ou mudança de coloração e odor)
		-Com infecção	-Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Cada 24 horas
	Tecido de granulação	-Sem sangramento	-Papaina 3%	Cada 24 horas
		-Sem/Com sangramento -Sensibilidade à papaina	-Malha não aderente estéril -Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Ferida complexa	-Debridada	-Terapia por pressão negativa	Até 5 dias
-Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)			Até 5 dias (*antes, ...)	
Tissular profunda	Pele intacta/não intacta, com área vermelha escuro	-Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	-Placa de hidrocoloide -Filme transparente de poliuretano não estéril	Até 7 dias(**antes, ...)
		-Pouca exposição ao cisalhamento/fricção	-AGE	Cada 6 horas
Pele perilesional	Íntegra		-Pomada óxido de zinco -Solução polimérica / - AGE	Às trocas de curativo
	Lesionada		-Solução polimérica -Malha não aderente estéril	Às trocas de curativo

Fonte: Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão. EBSERH.

Quadro 3 – Coberturas Secundárias

Tipo de cobertura secundária	Característica da lesão
Gazes esterilizadas	Lesões superficiais/profundas e secas/exsudativas
Compressa esterilizada	Lesões profundas e muito exsudativas
Malha não aderente estéril	Lesões sangrantes; bordas ou pele adjacente prejudicada

Fonte: Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão. EBSEH

Quadro 4 – Dispositivos de fixação/suporte

Tipo de dispositivo de fixação/suporte	Cobertura secundária + características do local
Espadrado/Micropore	Utilizado sobre gazes/compressas esterilizadas + Pele adjacente íntegra
Faixa crepe	Utilizado sobre gazes/compressas esterilizadas + Estruturas anatômicas circulares
Filme transparente de poliuretano não estéril	Utilizado sobre gazes/compressas esterilizadas + Pele adjacente sensível ou prejudicada (ou) Áreas com exposição à umidade (urina, fezes e outros efluentes)
Bota de proteção (espuma ou gel)	Utilizado sobre gazes/compressas com fixação + Lesões em calcâneo e maléolo

Fonte: Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão. EBSEH

7.4 Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico serve para controlar as comorbidades do paciente que afetam, direta ou indiretamente, no processo de cicatrização da lesão. É indicada análise laboratorial para fazer uma avaliação criteriosa do paciente, sendo extremamente necessário para avaliação diagnóstica de fatores metabólicos e nutricionais. Os exames indicados, assim como seus valores de referência, são descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Exames laboratoriais para avaliação do paciente com LPP

Exame	Valor de Referência
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	6,5 - 7%
Albumina Sérica	3,5 - 5,2 g/dL
Zinco	80 - 120 µg/dL
Vitamina B12	200 - 835 pg/mL
Vitamina D	> 30 ng/mL
Hemograma Completo	Eritrócitos: 4 - 6 milhões/mm ³
	Hemoglobina: 12 - 18 g/dL
	Hematócrito: 35 - 50%
	Plaquetas: 150.000 - 450.000/mm ³
	Leucócitos: 4.500 - 11.000 células/mm ³

Fonte: Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão. EBSERH

7.5 Manejo da dor

Lesões por úlcera de pressão podem ser bastante dolorosas, dependendo do grau, extensão, presença de isquemia ou infecção, etc. Por esse motivo, deve ser proporcionado ao paciente analgesia plena. Para o correto manejo da dor, primeiro é necessário estratificá-la. Para isso, utiliza-se algumas ferramentas como uma escala de dor. A avaliação da dor tem como objetivo identificar o tipo (queimação, pontada, aperto), se é contínua ou intermitente, além do próprio grau, que costuma ser avaliado em uma escala de 1 a 10.

Para dores leves, deve ser usado analgésicos não-opioides, como dipirona e paracetamol; também pode ser utilizado algum anti-inflamatório não esteroide, como ibuprofeno. Já para dores moderadas/fortes, é recomendável o uso de analgésicos opioides, como tramadol, morfina e seus derivados.

Outro tipo de analgésico que pode ser utilizado são os tópicos. A lidocaína apresentou benefício em alguns estudos, pois pode proporcionar, por um curto período de tempo, sensação de parestesia, sendo importante principalmente durante as sessões de desbridamento, que costumam ser muito dolorosas. Porém, sempre deve ser lembrado que a utilização somente de analgésicos tópicos não deve ser feita, sendo sempre recomendado a utilização de um analgésico sistêmico concomitantemente.

7.6 Infecções

É sabido que todas úlceras abertas são colonizadas por bactérias, porém só àquelas que apresentarem sinais clínicos de infecção deverão ser analisadas por cultura e tratadas com antibiótico.

A microbiologia das úlceras de pressão são similares quando comparadas entre superficial e profunda. Além disso, praticamente todas revelam a presença de múltiplos organismos quando a cultura é obtida.

Um estudo realizado com 101 pacientes com úlcera por pressão infectadas, revelou os principais agentes envolvidos: Enterobacter (29%), Staphylococcus (28%) e Enterococcus faecalis (16%). Além disso, um outro estudo avaliou a microbiologia da bacteremia em pacientes com LPP. Os principais organismos presentes na hemocultura desses pacientes foram: Staphylococcus – incluindo o Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) e o Staphylococcus coagulase-negativo - Streptococcus e Proteus mirabilis.

A escolha do antimicrobiano deve ser baseada na cultura obtida da lesão, por meio do antibiograma emitido pelo laboratório.

8. OSTEOMIELOMITE

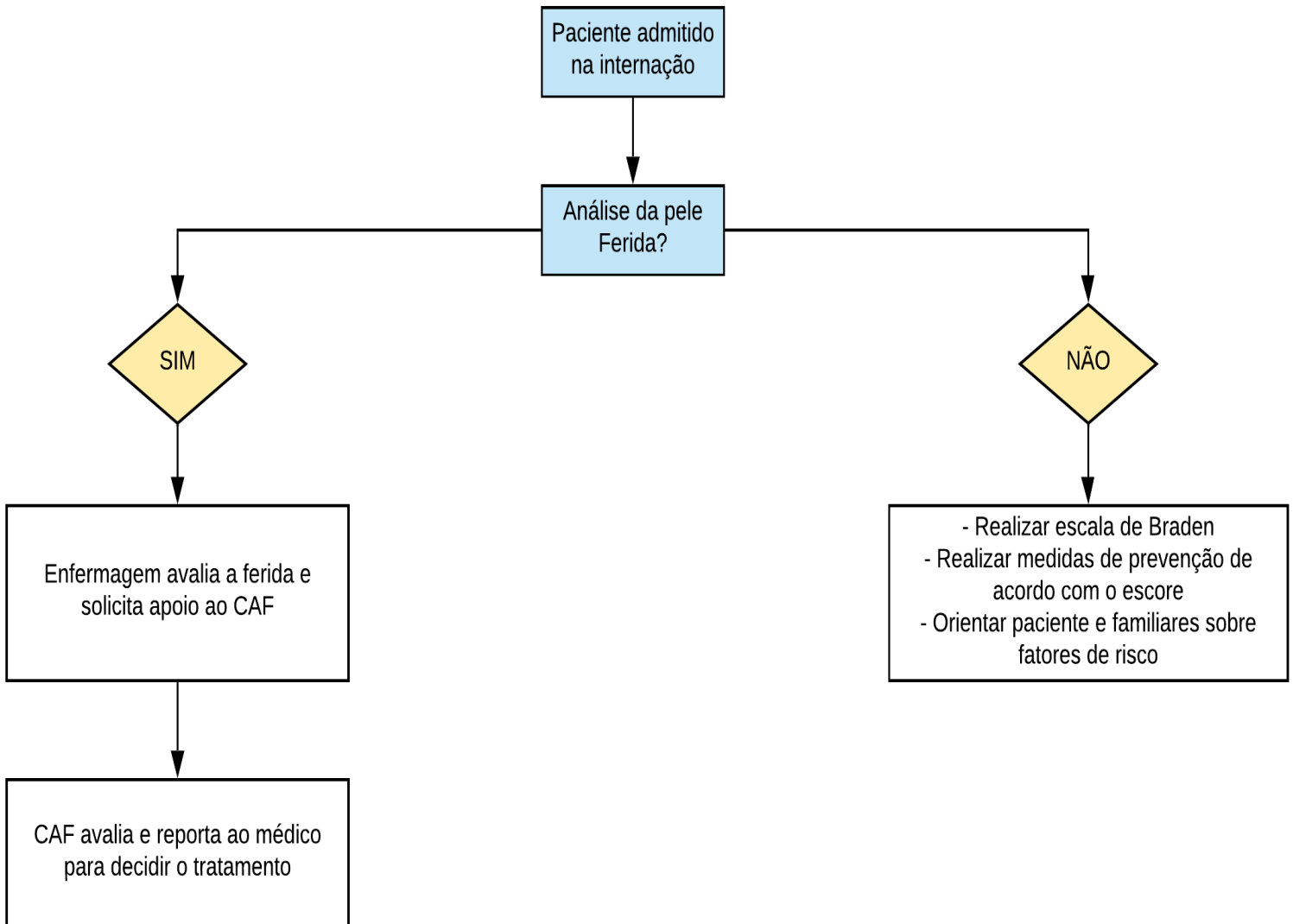
A osteomielite - infecção óssea - é uma complicação frequente das úlceras por pressão infectadas, acometendo cerca de 17 – 32% dos pacientes. Embora possa acometer quaisquer localizações, é mais comumente observada em lesões por pressão da região isquiática. Devido à cronicidade das úlceras por pressão, é esperado que haja uma contiguidade através das lesões, levando primeiramente à infecção da lesão por pressão, seguido do osso adjacente.

O diagnóstico de osteomielite é feito de dois modos: clínico, quando há sinais de infecção associado à profundidade da lesão; e radiológico, através da tomografia computadorizada, que pode evidenciar destruição óssea, perda da relação cortico-medular, elevação periosteal ou hipodensidade articular.

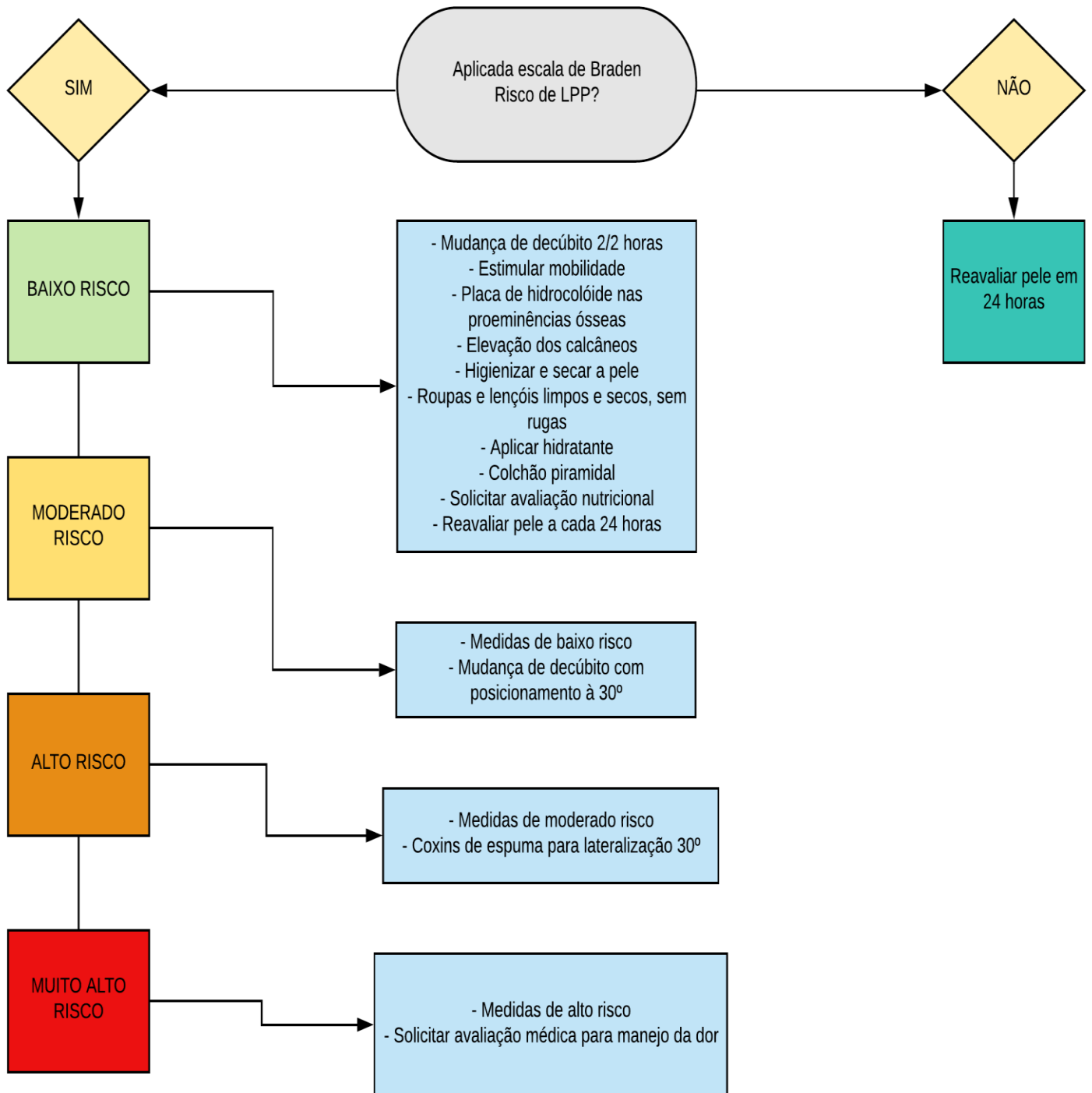
O tratamento dessa complicação é clínico-cirúrgico. Deve ser realizado o debridamento cirúrgico da parte óssea acometida, seguido da substituição do tecido necrosado por outro amplamente irrigado, para que haja uma melhor penetração e eficácia dos antimicrobianos empregados. Além disso, é importante o suporte nutricional adequado, com dietas hiperproteicas. Também tem papel importante no tratamento a terapia hiperbárica, através da hiperoxigenação do leito da ferida, que aliada ao resto do tratamento, tem demonstrado melhores resultados na resolução das lesões (OLIVEIRA AM et al. 2010).

9. FLUXOGRAMA

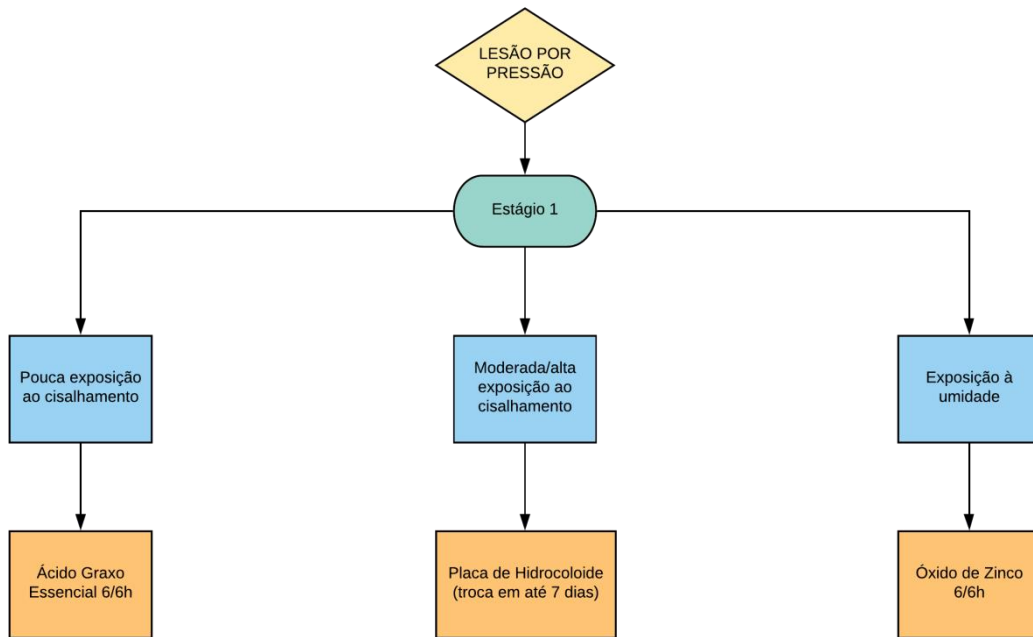
Abaixo estão dispostos os fluxogramas propostos para o protocolo assistencial à que este trabalho se refere. O Fluxograma 1 diz respeito à admissão do paciente no serviço de saúde com consequente internação e avaliação da ferida. O Fluxograma 2 se refere às medidas que devem ser tomadas pela equipe multiprofissional para prevenir as lesões por pressão. Os Fluxogramas 3, 4, 5 e 6 se referem às coberturas primárias que devem ser usadas nas lesões estágio 1, 2, 3/4, e tissular profunda, respectivamente. Já o Fluxograma 7 se refere às coberturas secundárias que deverão ser empregadas de acordo com a característica da lesão.

Fluxograma 1 – Admissão e avaliação de lesão por pressão

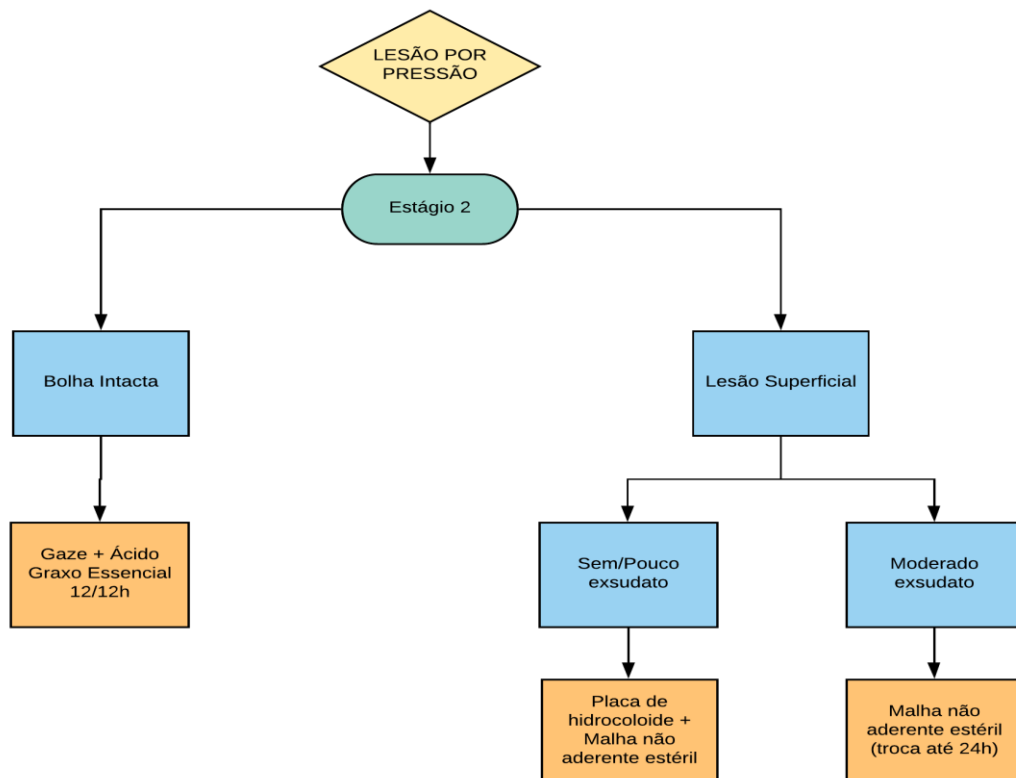
Fluxograma 2 – Medidas preventivas para LPP



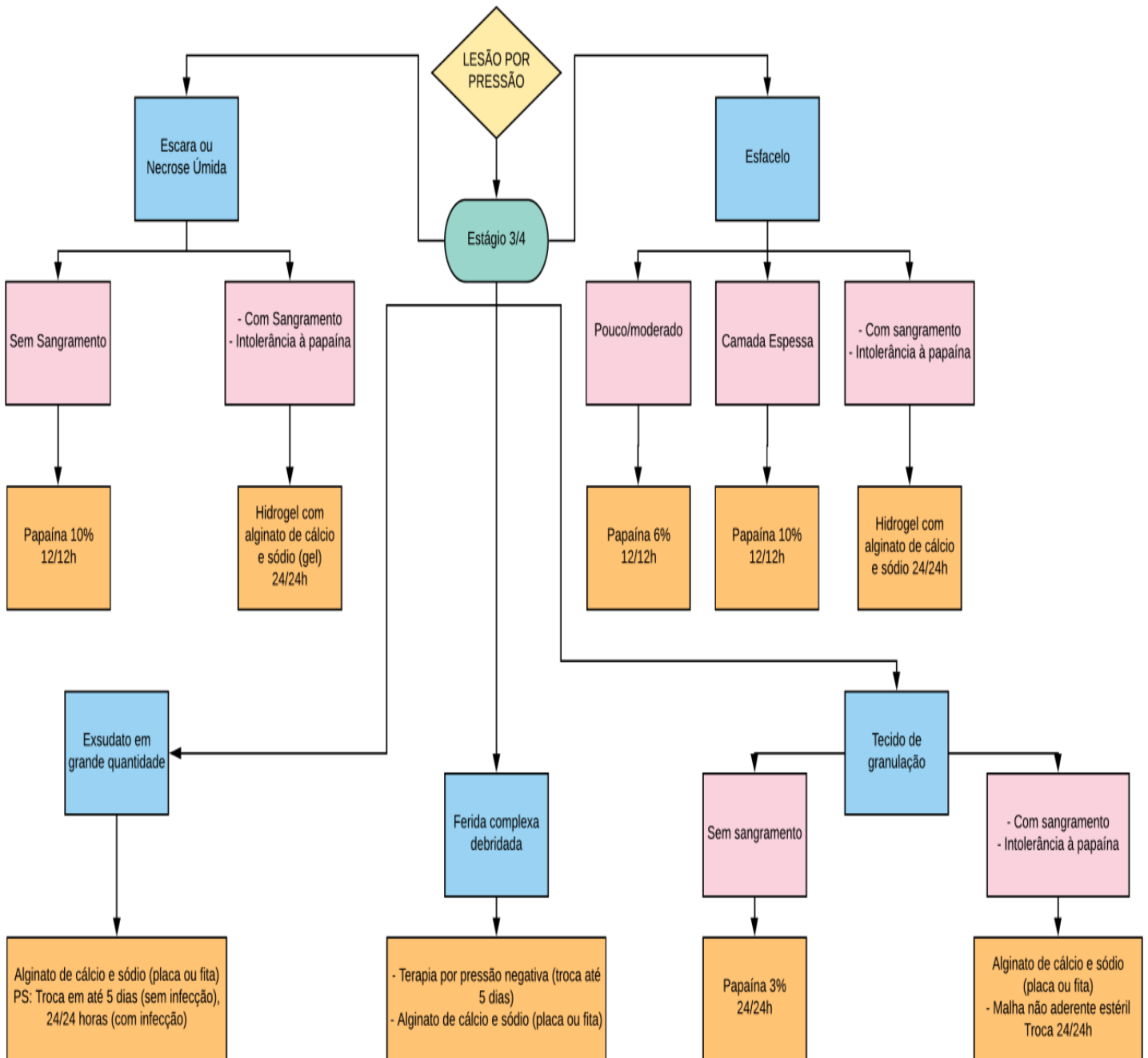
Fluxograma 3 – Coberturas primárias para LPP estágio 1

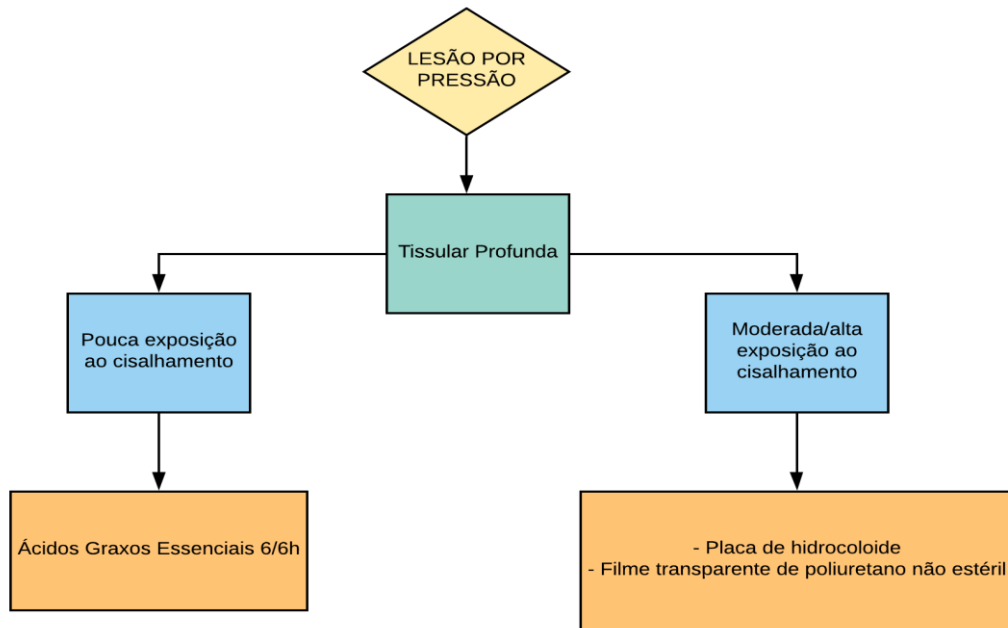


Fluxograma 4 – Coberturas primárias para LPP estágio 2

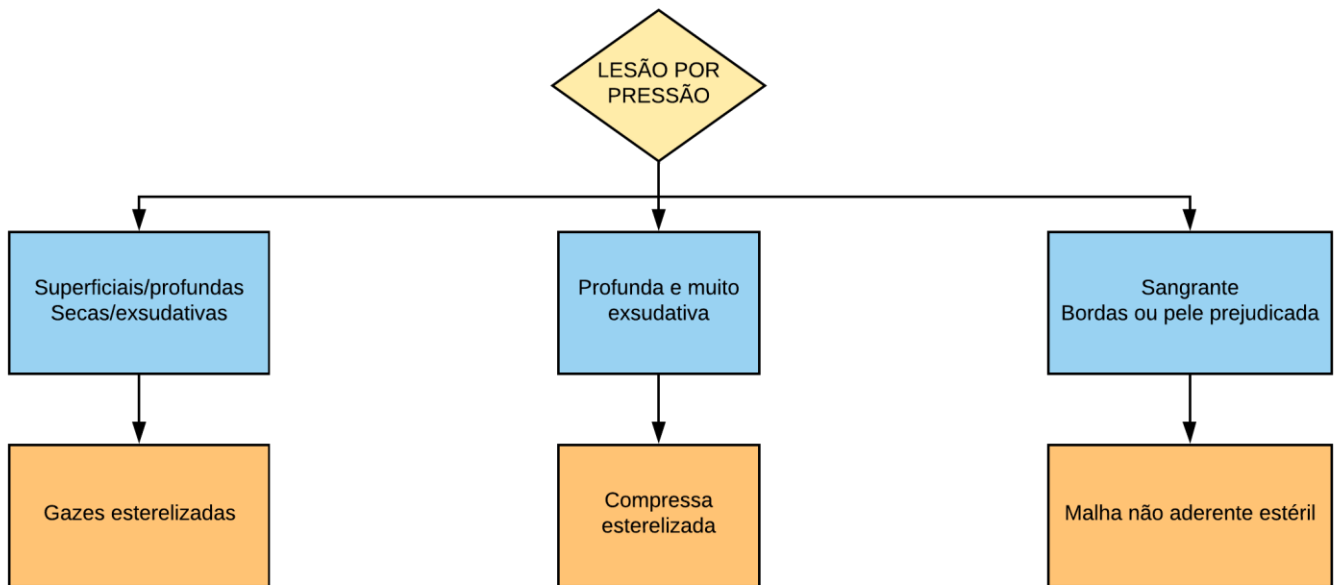


Fluxograma 5 – Coberturas primárias para LPP estágios 3 e 4





Fluxograma 6 – Coberturas primárias para LPP estágio Tissular Profunda

Fluxograma 7 – Coberturas secundárias**APÊNDICES**

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DE LPP

**HOSPITAL CASA DE SAÚDE
FICHA DE AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

DATA: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: _____ DATA NASCIMENTO: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

PATOLOGIAS PRÉVIAS: _____

ESCORE ESCALA DE BRADEN: _____

CONDUTAS:

AVALIAÇÃO DE LESÃO PRÉ-EXISTENTE

LOCALIZAÇÃO: _____

TIPO: () ÚLCERA POR PRESSÃO () ÚLCERA VENOSA () TRAUMÁTICA
() OUTRA

TAMANHO:

COMP. X LARGURA: _____ cm² CAVIDADE: _____ cm³ TÚNEIS: () SIM () NÃO

REGISTRO FOTOGRÁFICO: () SIM () NÃO

CARACTERÍSTICAS:

() TECIDO DE GRANULAÇÃO () EPITELIZAÇÃO () ESFACELO () OUTROS

BORDAS:

() EPITELIZADO () GRANULAÇÃO () TECIDO NECRÓTICO ()

HIPERQUERATOSE () MACERAÇÃO () OUTROS

EXSUDATO:

() SEROSO () PURULENTO () SEROSSANGUINOLENTO () OUTROS

PELE PERILESIONAL:

() ERITEMA () MACERAÇÃO () DERMATITE DE CONTATO ()

ULCERAÇÕES () EDEMA () HIPERQUERATOSE

DOR (1 – 10): _____ COLETA DE CULTURA: () SIM () NÃO

EVOLUÇÃO SEMANAL CAF:

REGISTRO PACIENTE: _____

SAME: _____

UNIDADE: _____

LEITO: _____

ASS. ENFERMEIRO(A)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste protocolo é promover não apenas uma sistematização no atendimento ao paciente com risco de lesão por pressão, mas também conscientizar as equipes de saúde sobre a importância dessa morbidade que é de grande prevalência na maioria dos setores de cuidados à saúde.

A importância deste protocolo deve-se ao pouco conhecimento acerca do peso financeiro e emocional que as lesões por pressão acarretam aos pacientes, além de servir para um melhor atendimento e para atingir menores índices de incidência destas lesões no Hospital Casa de Saúde – Santa Maria.

Em um futuro próximo, a intenção é de validar este protocolo para que seja usado e aproveitado não só no Hospital Casa de Saúde, mas também por outras instituições de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANSEMI, Maria Luiza; PEDUZZI, Marina; JÚNIOR, Ivan França. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p.257-264, jul. 2008.

ARAÚJO, Thiago Moura de; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; CAETANO, Joselany Áfio. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 4, n. 46, p.858-864, dez. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA - SOBEST. **CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35#topo_pagina>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BERLOWITZ, Dan. Clinical staging and management of pressure-induced skin and soft tissue injury. **UpToDate**, [S. l.], p. 1-1, 8 out. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=ulcera%20de%20press%C3%A3o&topicRef=2885&source=see_link#H6>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BERLOWITZ, Dan. Prevention of pressure-induced skin and soft tissue injury. **UpToDate**, [S. l.], p. 1-1, 28 mar. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=ulcera%20de%20press%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H7>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013, 20 p.

COSTA IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):693-700

EBSERH. **Procedimento Operacional Padrão/Núcleo de Segurança/01/2016**. [S. l.], 1 abr. 2016.

FREITAS, Maria Célia de et al. ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.143-150, mar. 2011.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Diretriz Clínica, 1, 27/05/2008**. [S. l.], 27 maio 2008. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Protocolos_Clinicos-1/41-013-feridas-hospitalares-i-ulceras-por-pressao-07082014/file. Acesso em: 26 jun. 2019.

GOMES, Flávia Sampaio Latini et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1070-1076, mar. 2010.

LISE, Fernanda; SILVA, Lurdes Chiossi da. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar e o cuidador. **Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal**, Maringá, v. 29, n. 2, p.85-89, mar. 2007.

LUZ, Sheila Rampazzo et al. Úlceras de pressão. **Jornal Oficial da Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Fortaleza, vol. 4, p. 36-43. jan. 2019.

MORAES, Juliano Teixeira *et al.* CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: ATUALIZAÇÃO DO NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [S. l.], p. 2295-2298, 8 maio 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>. Acesso em: 23 abr. 2019.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Pressure Injury Staging Illustrations**. [S. l.], 23 fev. 2016. Disponível em: <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>. Acesso em: 24 maio 2019.

PEREIRA, Sandra Martins; SOARES, Hélia Maria. Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.I.], v. 7, n. 3, p.139-148, fev. 2012.

SILVA, Ana Júlia et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.971-976, fev. 2013.

STRAZZIERI- PULIDO, Kelly C. et al. Pressure injuries in critical patients: Incidence, patient-associated factors, and nursing workload. **Journal Of Nursing Management**. São Paulo, p. 1-10. maio 2018.

TLEYJEH, Imad M ; BERLOWITZ, Dan; BADDOUR, Larry M. Infectious complications of pressure ulcers. **UpToDate**, [S. l.], p. 1-1, 12 abr. 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infectious-complications-of-pressure-ulcers?search=ulcera%20de%20press%C3%A3o&topicRef=2887&source=see_link. Acesso em: 1 jun. 2019.

ÚLCERAS por pressão isquiáticas com osteomielite: tratamento com isquiequitomia. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São paulo, ano 2010, v. 25, n. 1, p. 100-112, 28 jan. 2010. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/561/ulceras-por-pressao-isquiaticas-com-osteomielite--tratamento-com-isquiequitomia>. Acesso em: 4 nov. 2019.