

**UNIVERSIDADE BRASIL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DESCALVADO**

**ANA CAROLINA FRANCISCON
RENATA VOLPI**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS LESÕES POR PRESSÃO NOS
PACIENTES DA UTI**

**DESCALVADO – SP
2021**

**ANA CAROLINA FRANCISCON
RENATA VOLPI**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS LESÕES POR PRESSÃO NOS PACIENTES
DA UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cilene Barbalho
Girotti

DESCALVADO – SP

2021

Franciscon, Ana Carolina

F893c Cuidados de enfermagem nas lesões por pressão nos pacientes da UTI / Ana Carolina Franciscon, Renata Volpi. – Descalvado: Universidade Brasil, 2021.

32f. : il. ; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cilene Barbalho Girotti

1. Pacientes críticos. 2. Lesão por pressão. 3. Cuidados de enfermagem. I. Volpi, Renata. II. Título.

CDD 610.7361

UNIVERSIDADE BRASIL
CURSO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Acadêmico (a): ANA CAROLONA FRANCISCONI
RENATA VOLPI

Título do Trabalho: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS LESÕES POR
PRESSÃO NOS PACIENTES DA UTI.

Data da avaliação pela Banca Examinadora: 22 de junho de 2021.

Orientador (a): 
Profª Dra. Cilene Barbalho Girotti

Examinador 1: 
Profª Ms. Maria Tereza Bonittatibus de Assis

Examinador 2: 
Profª Ms. Andrea Regina Lopes

APROVADOS(AS) em 22/06/2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus por proporcionar essa oportunidade de realizar esse sonho, agradecemos aos professores e coordenação que estão sempre nos apoiando e incentivando a sermos pessoas e profissionais melhores.

Agradecemos a família que está sempre nos estimulando e nunca nos deixando desistir.

Agradecemos também a nossa orientadora que nos apoiou e ajudou nesse trabalho de conclusão de curso, sem ela nada disso seria possível.

“Sonhos determinam o que você quer.

Ação determina o que você conquista”

(Aldo Novak)

*“O sucesso é a soma de pequenos
esforços repetidos dia após dia.”*

(Robert Collier)

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem nas lesões por pressão nos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram realizados levantamento de dados e leituras de artigos a partir do ano de 2002 sobre o assunto em bancos de dados e plataformas de pesquisas. Antigamente as Lesões por Pressão (LP) eram conhecidas como úlceras por pressão, tem como principal definição um dano localizado na pele ou tecidos moles subjacentes, normalmente em proeminências ósseas ou então estar relacionado a dispositivos ou artefatos médicos. Sabemos que as lesões por pressão acontecem devido ao paciente ter mobilidade reduzida e permanecer por longos períodos no leito, são classificadas em 6 estágios, que vão desde um pequeno aparecimento de um eritema que não embranquece e vai evoluindo até perda de tecido muscular, podendo ser de extensão e profundidade variadas. O papel do enfermeiro é fundamental para avaliar, classificar e realizar um plano de cuidados para que esse paciente não desenvolva essa lesão ou então cuidar da lesão quando já instalada.

Palavras-chave: Pacientes críticos. Lesão por pressão. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This work aims to carry out a literature review on nursing care for pressure injuries in patients in the Intensive Care Unit (ICU). Data survey and readings of articles from the year 2002 on the subject were carried out in databases and research platforms. In the past, Pressure Injuries (PI) were known as pressure ulcers, their main definition is localized damage to the skin or underlying soft tissues, usually in bony prominences or else being related to medical devices or effects. We know that pressure injuries happen because the patient has reduced mobility and remains in bed for long periods, they are classified into 6 stages, ranging from a small appearance of an erythema that does not whiten and progresses to loss of muscle tissue, which can be of varied length and depth. The role of the nurse is fundamental to assess, classify and carry out a care plan so that this patient does not develop this lesion or to take care of the lesion when it has already been installed.

Keywords: Critical patients. Pressure injury. Nursing care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estágio I da lesão por pressão.....	17
Figura 2 - Estágio II da lesão por pressão.....	18
Figura 3 - Estágio III da lesão por pressão.....	18
Figura 4 - Estágio IV da lesão por pressão.	19
Figura 5 - Lesão não classificável.	19
Figura 6 - Lesão tissular profunda.....	20
Figura 7 - Locais de aparecimento das lesões por pressão.	21
Figura 8 - Posição Nadador.....	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ESCALAS DE AVALIAÇÃO.....	15
4.1.1 ESCALA DE BRADEN (ANEXO 1).....	15
4.1.2 ESCALA DE NORTON (ANEXO 2)	16
4.1.3 ESCALA DE WATERLOW (ANEXO 3).....	16
5 CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO	17
5.1 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTAGIO I:.....	17
5.2 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTÁGIO II:.....	17
5.3 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTÁGIO III:.....	18
5.4 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTAGIO IV:	19
5.5 LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL:.....	19
5.6 LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA:.....	20
6 LOCAIS DE MAIOR INCIDÊNCIA DAS LESÕES	21
7 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	23
8 TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	24
9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	25
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
ANEXO	28
1 ESCALA DE BRADEN.....	28
2 ESCALA DE NORTON	29
3 ESCALA DE WATERLOW	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é um setor do hospital que irá prestar assistência a pacientes em estado grave, que necessitam de cuidados intensivos e contínuos. Esses pacientes têm um potencial risco de morte, por esse motivo é um local relacionado a sofrimento e morte. Apesar de todo desenvolvimento tecnológico e descobertas de novos medicamentos, a incidência e prevalência de lesões por pressão (LP), neste setor é alta (TEIXEIRA et al., 2017).

Segundo a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, a UTI tem como finalidade a prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação, atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas.

Este ambiente é considerado de alta complexidade, geralmente dentro de um hospital, contando com tecnologias de ponta e informatizados, sempre em um ritmo acelerado e são realizados procedimentos agressivos e invasivos (PINA et al., 2008; FERNANDES et al., 2010).

Diante do exposto acima, este estudo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca dos cuidados de enfermagem que serão realizados para prevenção de lesões por pressão.

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve por objetivo revisar artigos que destacam o papel do enfermeiro na avaliação, classificação e tratamento de pacientes portadores de lesão por pressão que estão hospitalizados em UTI.

Discutir sobre as dificuldades apresentadas pelos profissionais de enfermagem na avaliação e classificação das lesões por pressão que os pacientes apresentam, pois sabemos que, desta avaliação dependerá o correto tratamento e evolução das lesões.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica que selecionou artigos dos últimos 20 anos nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e Google Acadêmico. A pesquisa foi desenvolvida a partir da análise do material conforme atendia o objetivo do estudo. Em uma busca inicial foram encontrados 35 artigos, como critérios de inclusão foram selecionados 10 artigos publicados a 20 anos. Foi realizada a leitura e análise dos textos que então foram utilizados de acordo com sua colocação no desenvolvimento do trabalho. Utilizamos os descritores, lesão por pressão, ferimentos e lesões, avaliação em enfermagem e terapêutica.

A busca dos artigos foi realizada no espaço temporal de 19 de março até o dia 25 de abril de 2021. Os artigos foram submetidos a leituras e releituras, com a finalidade de uma análise interpretativa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Barbosa, 2011, p. 19:

“O padrão histológico da pele pode ser definido a partir das três camadas que a compõem: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é um epitélio de revestimento e encontra-se firmemente acoplada ao tecido conjuntivo subadjacente do qual recebe suporte, a derme. Abaixo da derme reside um tecido conjuntivo frouxo, a hipoderme, que contém gordura(...)”

As lesões por pressão (LPP), são lesões causadas por força de atrito (pressão, fricção e cisalhamento), normalmente em locais com proeminências ósseas, por exemplo. Essas lesões normalmente acometem idosos por terem doenças crônicas e degenerativas. Os idosos apresentam maior predisposição para desenvolver Lesões por Pressão por apresentarem alterações na mobilidade, alterações nutricionais e déficit cognitivo, na maioria dos casos devido a idade (MORAES, 2012).

Os pacientes em estado crítico apresentam características peculiares em razão da gravidade das suas condições clínicas, pois requerem maior restrição ao leito, terapias complexas, procedimentos invasivos, maior tempo de permanência hospitalar e maior necessidade de manipulação, o que os faz mais susceptíveis a complicações e com maior probabilidade de desenvolver LPP tornando-se grupo de risco.

O uso de drogas vasoativas e sedativos, má nutrição, desidratação, imobilidade, idade avançada, edemas, entre outros fatores, podem levar a desenvolver LPP (CREMASCO, 2009).

Essas lesões têm um alto custo de material e equipamentos necessários aos cuidados curativos, alguns casos com longo tempo de hospitalização podem necessitar de intervenção cirúrgica, além de fármacos que essa pessoa irá utilizar (SILVA, 2013).

Existem vários tipos de tratamento para as LPP, curativo primário (onde o curativo entra em contato com o leito da ferida e é feito uma cobertura com gaze), curativo secundário (tem a finalidade de fixar o curativo primário à pele do paciente com duas coberturas de gaze), oclusivos e semi - oclusivos, criando e mantendo uma hidratação ideal para o processo de cicatrização das LPP (TEIXEIRA et al., 2017).

São vários os tipos de produtos que podem ser utilizados em um curativo de LPP, tais como: gases, filmes transparentes, placas de hidrocoloide, pomadas de hidrogéis, alginato de cálcio, carvão ativado, pomadas que proporcionam o desbridamento de áreas necrosadas como Colagenase e Papaina. (TEIXEIRA et al., 2017).

O desenvolvimento das lesões por pressão é, na maioria das vezes, rápido e agrega complicações ao indivíduo hospitalizado, além de prolongar o tratamento e a reabilitação, diminuindo a qualidade de vida, causando dor e aumento da mortalidade (MAKAI et al., 2010).

Diante da grande dimensão do problema, tanto para o paciente, quanto para a família e instituição, a necessidade de prevenção das LPP's torna-se imprescindível (BLANES et al., 2004).

A enfermagem tem papel fundamental e é diretamente responsável pelo cuidado com esse paciente para prevenir essas lesões, como realizar mudanças de decúbito e hidratação da pele.

Deve-se utilizar protocolos padronizados e normatizados para a prevenção e cuidado aos idosos acometidos por essa patologia (MORAES et al., 2012).

4.1 ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Existem várias escalas para avaliar o risco do paciente de desenvolver essas lesões. Todas elas tem como finalidade diminuir os índices de prevalência de LP's e, conseqüentemente, dar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Essas escalas vão identificar os pacientes com risco de desenvolver e trabalhar com a prevenção dessas lesões que possam aparecer. Existem mais de 40 escalas publicadas, porém algumas são mais utilizadas, como a escala de Norton, a de Waterlow e a de Braden, elas vão diferenciar uma das outras apenas na abrangência, complexidade e aplicabilidade (GOMES, 2010).

4.1.1 ESCALA DE BRADEN (ANEXO 1)

Esta escala, que é a mais utilizada, possui outras seis subescalas, sendo elas:

percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento. Tem como pontuação máxima 23 pontos, quanto menor a pontuação, maior será o risco de desenvolver uma lesão (PIMENTEL et al., 2014).

4.1.2 ESCALA DE NORTON (ANEXO 2)

A Escala de Norton, que foi a pioneira das escalas, formulada em 1962, vai avaliar cinco itens para grau de risco: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. Cada item será pontuado com valores de 1 a 4, chegando a um total de 20 pontos. Sendo assim, quanto menor for o somatório final, maior será o risco para o desenvolvimento de UP, estando mais susceptível em pacientes com pontuação inferior a 12 pontos (ARAÚJO et al., 2011).

4.1.3 ESCALA DE WATERLOW (ANEXO 3)

A Escala de Waterlow usou como referência a escala de Norton, mas vai contemplar mais classificações. Tem sete itens principais, relação peso/altura (IMC), inspeção da pele nos locais de maior risco, sexo, idade, continência, mobilidade, apetite e medicações em uso. Também serão avaliados mais quatro outros itens, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e traumas abaixo da lombar. O escore indica o risco de desenvolver ou não a LP, sendo que, quanto mais alto o escore, maior o risco. A classificação ocorre em três grupos: em risco baixo (escore de 10 a 14), alto risco (escore de 15 a 19) e altíssimo risco (escore \geq 20). Nessa escala, quanto maior a idade do paciente, maior será a pontuação (ROCHA, 2007).

5 CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Favreto et al., (2017), descreve que a Associação Brasileira de Estomaterapia divulgou a atualização das descrições de lesão por pressão e na classificação dessas lesões segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP, as lesões por pressão podem ser classificadas em seis estágios descritos abaixo:

5.1 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTAGIO I:

Neste estágio a pele está íntegra com uma área localizada de eritema (vermelhidão) que não embranquece, pode-se perceber também uma mudança na sensibilidade, na temperatura ou na consistência, ocorre um endurecimento da pele, as mudanças são visíveis, porem ainda não há o rompimento do tecido. (FAVRETO 2017).

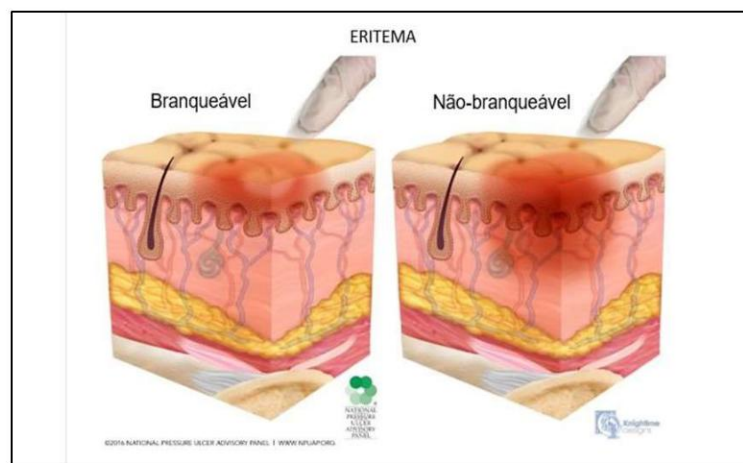


Figura 1 - Estágio I da lesão por pressão.
Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

5.2 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTÁGIO II:

Neste estágio já ocorre uma perda da pele em sua espessura parcial, com exposição da derme. O leito da ferida irá se apresentar com uma coloração rosa ou vermelha, úmido ou também pode apresentar-se como uma bolha intacta ou rompida. Essas lesões geralmente resultam de cisalhamento da pele na região da pelvis e do calcâneo (FAVRETO 2017).

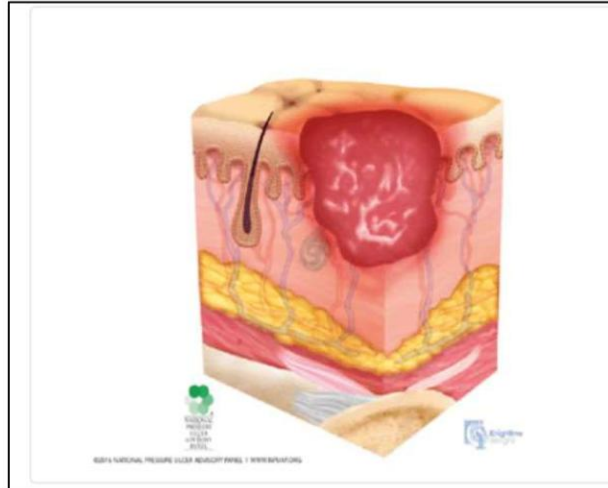


Figura 2 - Estágio II da lesão por pressão.
 Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

5.3 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTÁGIO III:

Essa categoria define que já ocorreu uma perda da pele em sua espessura total, o tecido subcutâneo já esta visível. Está presente neste estágio o tecido de granulação, esfacelo e as bordas enroladas (epíbole). Áreas com maior quantidade de tecido adiposo podem desenvolver lesões mais profundas, e pode ocorrer o desenvolvimento de tuneis (FAVRETO 2017).



Figura 3 - Estágio III da lesão por pressão.
 Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

5.4 LESÃO POR PRESSÃO DE CATEGORIA/ ESTAGIO IV:

Ocorre a perda da pele em sua espessura total e perda tissular com a exposição da fáscia, músculos, tendões, ligamento, cartilagem ou ossos. A lesão tem como característica o aparecimento de tecido de granulação, esfacelo e as bordas enroladas (FAVRETO 2017).

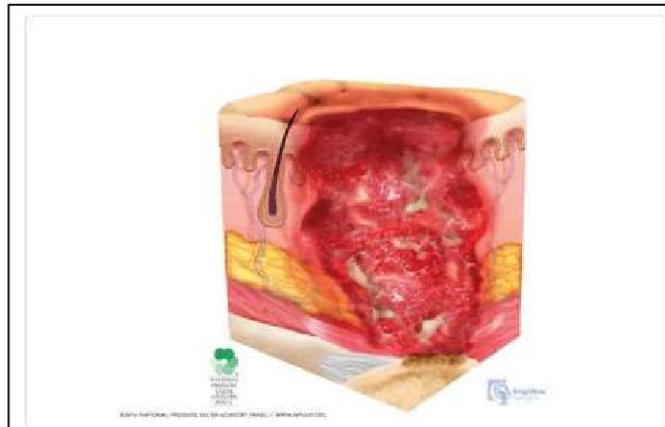


Figura 4 - Estágio IV da lesão por pressão.

Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

5.5 LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL:

Perda da pele em toda sua espessura e perda tissular. É classificada dessa maneira pois a extensão do dano é tão grande que não pode ser mensurada, somente após retirar todo o esfacelo que poderá ser avaliada e classificada em estágio III ou IV (FAVRETO 2017).



Figura 5 - Lesão não classificável.

Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

5.6 LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA:

A pele pode estar íntegra ou não, porém irá apresentar uma área localizada e persistente de coloração vermelho escuro, marrom ou púrpura que não irá embranquecer. Outra característica dessa lesão é dor e mudança de temperatura antes do aparecimento da vermelhidão. Esse tipo de lesão pode se desenvolver rapidamente e após isso revelar o tamanho e a profundidade da lesão (FAVRETO 2017).

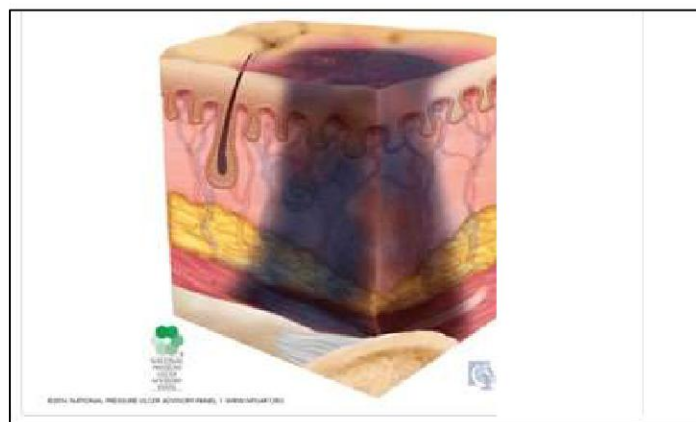


Figura 6 - Lesão tissular profunda.

Fonte: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®

6 LOCAIS DE MAIOR INCIDÊNCIA DAS LESÕES

Sabe-se que existe relação entre a localização mais frequente de aparecimento e a posição que o paciente permanece a maior parte do tempo, para evitar que isso aconteça é de extrema importância que a enfermagem realize mudanças de decúbito a cada duas horas, caso não haja contraindicação (TEIXEIRA et al., 2017).

As áreas com maior frequência de aparecimento de LPP's em pacientes hospitalizados em UTI são: sacral, calcâneo e trocânter, quando o paciente estiver em posição dorsal (figura 7).

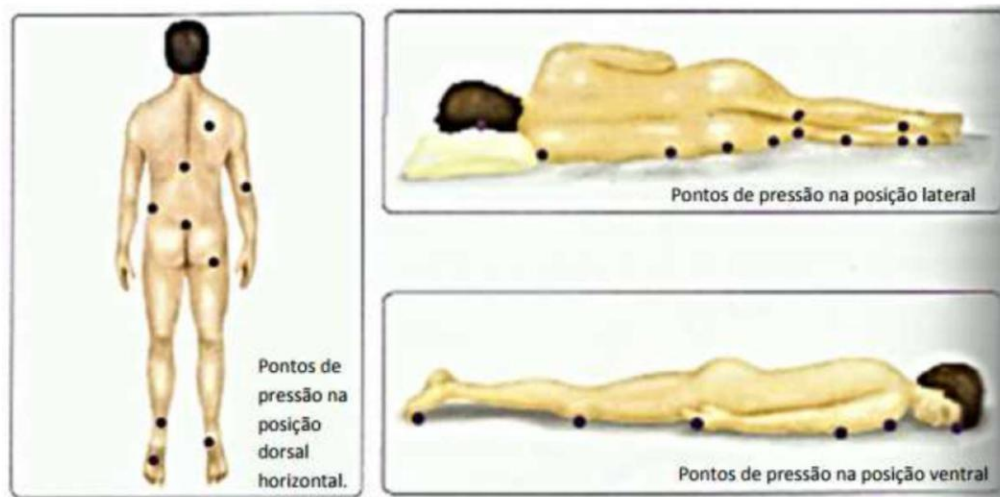


Figura 7 - Locais de aparecimento das lesões por pressão.

Fonte: DOMANSKY E BORGES, 2014.

Quando o paciente está na posição prona (decúbito ventral), os pontos de pressão mais afetados são: osso frontal, bochechas, protuberância mandibular, pirâmide nasal, ombro, clavícula, cotovelo, tórax superior, genitália (feminina e masculina), ossos do assoalho pélvico (crista ilíaca, ísquio, sínfise púbica), joelhos, falanges tarsais, e dorso dos pés (Guirra, et al, 2020).

Compreende-se que na posição prona, não é possível a mudança de decúbito a cada duas horas, como é recomendado, porém, devemos alterar a posição de alguns segmentos corporais no mínimo para evitar o surgimento das lesões. Foi descrito por Guirra (2020), que a posição da cabeça pode ser modificada a cada duas horas, em ambos os lados (direita e esquerda), os membros superiores também podem variar entre a posição nadador, descrita como, um braço elevado e a cabeça

rodada para o lado deste braço, e o outro braço é posicionado na lateral do corpo (figura 8), ou juntos ao tórax (Guirra, et al, 2020).

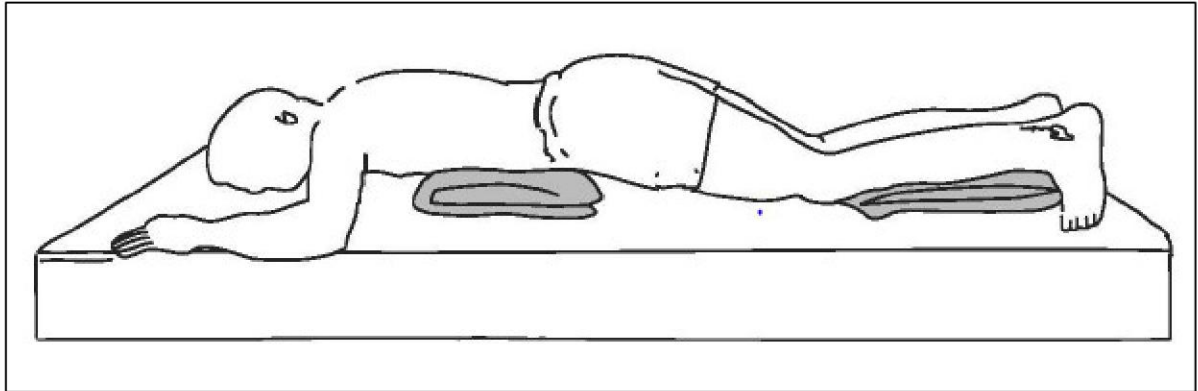


Figura 8 - Posição Nadador.

Fonte: <http://nepae.uff.br/2020/05/01/10014761-posicionar-paciente-lateral-e-prona-a-cada-2h-e-covid-19/>

7 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Cada lesão deve ser avaliada de forma individual, levando em conta alguns fatores: diâmetro, profundidade e forma da Lesão por Pressão; presença de infecção bacteriana; capacidade de manter o leito da ferida úmido; a condição do leito da ferida; se houver exsudato, investigar qual a natureza e a quantidade do mesmo; a condição do tecido peri-ferida; a presença de tuneis e a dor/ sensibilidade do paciente (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

De acordo com o Guia de consulta rápida, 2019, pode-se usar curativos e coberturas nas lesões por pressão a partir do estágio II, caso não esteja infectada os hidrocolóides são indicados.

Outras coberturas são indicadas pelo Guia de consulta rápida, 2019, como: hidrogel, coberturas poliméricas, para lesões não infectadas e com nenhum exsudato, o alginato de cálcio, espumas, ou alguma outra cobertura para aquelas que não estejam com infecções e tenham exsudato moderado, pois irá promover a absorção.

Caso não seja possível a utilização de coberturas secundárias utilizar gaze úmida para manter o leito da ferida adequadamente úmido. Pode-se utilizar filme transparente como cobertura secundária quando não houver a possibilidade de utilizar coberturas avançadas (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

8 TRATAMENTO CIRÚGICO

Segundo o Guia de consulta rápida, 2019, em alguns momentos que devemos encaminhar o paciente a cirurgia devido a lesão por pressão, são esses:

- Tem celulite em estágio avançado ou essa LPP está com suspeita de sepse;
- Quando apresentar algum descolamento, túnel, cavidade ou tecido necrótico extenso não sendo possível remover somente com desbridamento conservador;
- Quando a LPP é de estágio 3 ou 4 e não cicatriza com tratamentos convencionais;

De acordo com o Guia de consulta rápida, 2019, deve-se considerar alguns fatores para determinar se o paciente é indicado para cirurgia ou não, exemplos:

- A condição clínica do paciente;
- A capacidade de adesão do paciente ao tratamento;
- O risco cirúrgico do paciente;

9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Segundo o Guia de consulta rápida, 2019, a enfermagem deve levar em consideração alguns fatores de risco:

- Indivíduos com mobilidade limitada que tem um alto potencial de atrito e cisalhamento com risco de lesão por pressão;
- Indivíduos que tenham lesão por pressão estágio I que podem evoluir para estágio II;
- Ter mais atenção a indivíduos com *Diabetes Mellitus* que têm maior chance de desenvolver LPP;
- Pacientes que estejam usando algum dispositivo médico também precisam de maior atenção pois esses dispositivos também podem ocasionar uma LPP, como, ventilação mecânica, uso de vasopressores, score alto nas escalas de avaliação.

A enfermagem deve estar sempre atenta ao avaliar e inspecionar a pele do paciente, e ter alguns cuidados para prevenir o aparecimento de LPP, segundo o Guia de consulta rápida, 2019, deve-se:

- Inspeccionar sempre a pele dos pacientes com risco de lesão por pressão e identificar locais com presença de eritema;
- Ter atenção ao eritema que embranquece usando digito pressão para diferenciar uma potencial lesão de um eritema de outras causas;
- Deve-se ter cuidados preventivos com a pele que são: manter sempre a pele do paciente limpa e adequadamente hidratada, limpar imediatamente a pele após incontinência, evitar o uso de produtos alcalinos para higienização, sempre proteger a pele com algum produto barreira;
- O apoio nutricional é extremamente necessário pois pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição têm maior chance de desenvolver LPP, portanto a enfermagem deve solicitar avaliação nutricional para garantir ao paciente todo aporte nutricional necessário.
- O reposicionamento a cada duas horas, se não for contra indicado, é um dos

pontos decisivos para não desenvolver LPP. Portanto a enfermagem deve montar estratégias para garantir esse cuidado.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as Lesões por Pressão são causadas por forças de atrito, pressão, cisalhamento e/ou fricção em pacientes que permanecem por um longo período em um leito de UTI, sem realizar mudanças de decúbito. Porém não é só esse um motivo determinante, pois dispositivos médicos também podem causar lesões no paciente.

Diversas são as escalas que podem ser utilizadas para prevenir o aparecimento dessas lesões, existem mais de 40, porém as mais utilizadas são: Braden, Waterlow e Norton. Essas escalas são para determinar o grau de mobilidade, consciência, nutrição, fricção, cisalhamento, entre outros fatores determinantes.

Os profissionais que trabalham com pacientes com mobilidade diminuída devem sempre estar atentos para reavaliar diariamente o plano de cuidados e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

As LPP's são classificadas de acordo com o tamanho e profundidade que se apresentam, são 6 os estágios de uma lesão, iniciando no estágio I até a Lesão Tissular Profunda.

A enfermagem tem papel fundamental nos cuidados com esse paciente, realizando mudanças de decúbito, hidratação e higiene da pele, garantir nutrição adequada, orientações ao próprio paciente ou cuidadores.

Na UTI, devido ao tempo de internação ser maior e o uso de drogas vasoativas, o risco de desenvolver uma Lesão por Pressão é muito maior do que em pacientes de enfermaria comum, por isso os cuidados de enfermagem devem ser mais rigorosos.

ANEXO

1 ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden Simplificada

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Pouco limitado	Nenhuma Limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Muito limitado	Pouco limitado	Sem limitações
Nutrição	Muito pobre	Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema	-

Fonte: Paranhos & Santos, 1999.

2 ESCALA DE NORTON

Escala de Norton

Condição Física		Condição Mental		Atividade		Mobilidade		Continência	
Boa	4	Alerta	4	Deambulante	4	Total	4	Sem	4
Moderada	3	Apática	3	Anda com ajuda	3	Ligeiramente limitada	3	Ocasional	3
Ruim	2	Confusa	2	Em cadeira de rodas	2	Limitada	2	Usualmente	2
Muito ruim	1	Estuporosa	1	Acamado	1	Muito limitada, imóvel	1	Dupla	1

Fonte: Rômulo Passos

3 ESCALA DE WATERLOW

ANEXO

ESCALA DE WATERLOW ADAPTADA À LÍNGUA PORTUGUESA

Itens	Pontos	Itens	Pontos
IMC		SUBNUTRIÇÃO DO TECIDO CELULAR	
Média	0	Caquexia	8
Acima da média	1	Insuficiência Cardíaca	5
Obeso	2	Doença Vascular Periférica	5
Abaixo da média	3	Anemia	2
TIPO DE PELE (em áreas de risco)		Fumante	1
Saudável	0	DEFICIÊNCIA NEUROLÓGICA	
Muito fina	1	Diabetes	4
Seca	1	Paraplegia Motora ou Sensitiva	6
Com edema	1	CIRURGIA GRANDE PORTE/ TRAUMA	
Úmida e pegajosa (em alta temperatura)	1	Abaixo da medula lombar	5
Descorada	2	Acima de duas horas	5
Quebradiça / marcada	3	APETITE	
SEXO / IDADE		Normal	0
Masculino	1	Pouco	1
Feminino	2	Somente líquido	2
14 – 49	1	SNG/E	
50 – 64	2	Anorético	3
65 – 74	3	MEDICAÇÃO	
75 – 80	4	Alta dosagem:	4
80 +	5	Esteróides	
CONTINÊNCIA		Citotóxicos	
Uso de SVD ou continente	0	Antiinflamatório	
Ocasionalmente incontinente	1		
Uso de SVD e incontinente fecal	2		
Duplamente incontinente	3		
MOBILIDADE			
Total	0		
Inquieto / Agitado	1	TOTAL	
Apático	2	EM RISCO	10+
Restrito / Contido	3	ALTO RISCO	15+
Inerte	4	ALTÍSSIMO RISCO	20+
Dependente de cadeira de rodas	5		

Adaptado de: Rocha ABL. Tradução para a língua portuguesa, adaptação transcultural e aplicação clínica da escala de Waterlow para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de decúbito [tese]. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo Departamento de Enfermagem; 2003.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7MkwYGfqlXywkDZwWXCwQQz/?lang=pt#>

REFERÊNCIAS

Blanes I, duarte is, calil ja, ferreira lm. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital são paulo.** Rev assoc med bras. 2004; 50(2):182-7.

Barbosa, Fernanda de Souza. **Modelo de impedância de ordem fracional para a resposta inflamatória cutânea.** Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2011. XI, 107 p.: il.; 29,7 cm. Orientadores: Márcio Nogueira de Souza Alexandre Visintainer Pino
Dissertação (mestrado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia Biomédica, 2011. Referências Bibliográficas: p. 89-99. 1. Bioimpedância cutânea. 2. Cálculo fracional. 3. Resposta inflamatória. I. Souza, Márcio Nogueira de, et al.. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia Biomédica. III. Título.

Cremasco MF et al. **Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.** Rev. paul. enferm. São Paulo, 2009 [acesso em: 24 Abr 2021];22(1):897- 902. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pdf>

DOMANSKY RC, BORGES EL; **Manual para prevenções de lesão de pele. 2. ed. Rio de Janeiro:** Rubio, 2014.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida.** (edição em português brasileiro). EmilyHaesler(Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

Fernandes HS, Pulzi Júnior AS, Costa Filho R. **Qualidade em terapia intensiva.** Rev Bras Clin Med. 2010;8(1):37-45.

Gomes FSL et al. **Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centro de terapia intensiva de adultos.** Rev. Esc. Enferm. USP, 2010 [acesso em: 20 Abr 2021];44(4):1070-6. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf> .

Guirra, P. S. B.; Gomes, J. S.; Biliu, K. S.; Vilanova, I.; Almeida, V. C.; Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de Lesão por Pressão, Revista **Health Residencies Journal (HRJ), 2020.** [acesso em 14 jun 2021]; disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i2.30>

Mendonça PK, Loureiro MDR, Frota OP, Souza AS. **PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: AÇÕES PRESCRITAS POR ENFERMEIROS DE CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA.** 2018.

Pimentel Alves, Ana Glecia; Pereira Borges, José Wicto; de Assis Brito, Mychelangel **Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 6, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 793-804 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil

Pina RZ, Lapchinsk LF, Pupulim JSL. **Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva.** Cienc Cuid Saude. 2008;7(4):503-8. doi: 10.4025./cienccuidsaude.v7i4.6658.

RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002, **regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em 22 de abr de 2021.

Teixeira, Anne Kayline Soares; Nascimento, Tiago da Silva; Sousa, Ingrid Thaís Lopes de; Sampaio, Luis Rafael Leite; Pinheiro, Alessandra Rocha Mororó; **Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação.** ESTIMA, v.15 n.3, p. 152-160, 2017

Tratado de Enfermagem para Concursos e Residências: volume IV/ Rômulo Passos, Dimas Silva, Sthephanie Freitas, Caíque Jordan, Cláudia Pimenta (Coords.). – João Pessoa, PB: Brasileiro e Passos; Rômulo Passos, 2021.