

Prevenção de lesão por pressão (LP)

Comitê de prevenção e tratamento de lesão de pele
Setor de prática assistencial, qualidade e segurança
Hospital Municipal Vila Santa Catarina – H MVSC
Fevereiro/2017



Mudança na terminologia

Úlcera por
pressão



Lesão por
pressão

- Em 2016 NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) anunciou a mudança na terminologia úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação;
- A nova expressão descreve de forma mais precisa a lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada.

Lesão por pressão - LP

É um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Lesão por Pressão Estágio 1

Pele íntegra com área de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.



Lesão por Pressão Estágio 2

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.



Lesão por Pressão Estágio 3

Perda da pele em sua espessura total na qual o tecido adiposo é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Lesão por pressão Estágio 4

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.

Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Lesão por Pressão Não Classificável

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), podemos classificar a lesão.



Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP)

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.

A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.



Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

É resultante 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.

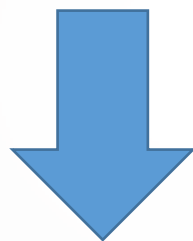
Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

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

Avaliação e fatores de risco

Lembre-se
de registrar!

Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de oito horas após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver lesões por pressão



Através de Escalas Preditivas



Escalas Preditivas de Riscos

Braden e Braden Q

- Desenvolvida nos Estados Unidos. A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. A pontuação varia de 6 a 23. O risco é inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para desenvolver LP.
- A partir de uma adaptação da Escala de Braden, desenvolveram a Escala de Braden Q para avaliar o risco de LP na população pediátrica. Inclui os seis fatores citados acima e acrescenta a avaliação da perfusão tecidual / oxigenação.

Escala de Avaliação de Risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico “ELPO”

- É uma escala que foi desenvolvida no Brasil em 2013, utilizamos como ferramenta de avaliação em ambiente cirúrgico, visando a prevenção de lesões de pele decorrentes do posicionamento cirúrgico. A sua aplicação é prévio a cirurgia ou qualquer mudança de posicionamento durante a cirurgia.
- Baseada nos seguintes fatores: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. O score varia de 7 a 35, quanto maior o score, maior o risco para desenvolvimento de lesões, sendo de 7 a 19 classificado como menor risco e de 20 a 35 classificado como maior risco.

Frequência de avaliação da pele

- A inspeção da pele deve ocorrer de acordo com risco identificado na avaliação, em paciente graves de 2 em 2h independente do risco identificado.
- O intervalo para a inspeção e registro das condições da pele, deverá ser realizado de acordo com o risco para desenvolvimento de LP:

Baixo risco: 2 vezes ao dia

Moderado risco: 3 vezes ao dia

Alto risco e risco muito alto: 4 vezes ao dia

Justificar em
prontuário quando
houver restrições
nas mudanças de
decúbito

Prevenção de Lesão por Pressão (LP)

Hospital Municipal
Vila Santa Catarina
Dr. Gilson de C. Marques de Carvalho


ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL


PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO


PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

SUS 

Higienização e Hidratação da pele

- Manter a pele limpa e seca. Utilizar água morna e um produto de limpeza com pH equilibrado;
- Hidratar a pele seca e áreas ressecadas;
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;
- Não massagear a pele com risco de LP, pois pode provocar lesão tecidual e/ou reação inflamatória.

Manejo da umidade

- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- Desencorajar o uso de fralda quando não há indicação;
- Atenção a outras fontes de umidade: extravasamento de drenos, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potenciais irritantes para a pele;

Manejo da Temperatura

- Ao selecionar uma superfície de apoio, considerar fatores como a capacidade de controlar a umidade e a temperatura.
- Não aplicar dispositivos de aquecimento (por exemplo, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão.

Manejo da Dor

- Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele;
- O paciente deve ser questionado/avaliado com a escala de dor adequada para suas condições clínicas e um tratamento deve ser estabelecido.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Nunca arrastar o paciente sobre o leito. Levantar o paciente;
- Utilizar dispositivos eletrônicos para transferência;
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito.
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30 graus e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;
- Sempre inspecionar o leito e verificar se foram esquecidos objetos sob o paciente;
- Considerar a aplicação de curativos para prevenção de LP nos locais de proeminências ósseas (por exemplo, calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento.

Reposicionamento

- Estabelecer planos de reposicionamento que constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos;
- Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvido LP, a menos que contraindicado;
- Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa;
- O rubor indica que a pele ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas;
- Nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão.

Avaliação Nutricional

- Avaliar o estado nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com uma lesão por pressão;
- Reavaliar o paciente a cada alteração significativa da condição clínica;
- Nutricionista e/ou médico avaliam a necessidade de incluir suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão.

**WORLD WIDE
PRESSURE INJURY
PREVENTION DAY**

STOP

**PRESSURE
INJURIES**

www.npuap.org