



TREINAMENTO

Prevenção de Lesões por Pressão (LP)



- 1) A importância deste treinamento
- 2) O que é prevenção de LP
- 3) Principal causa
- 4) Como evitar
- 5) Estágios das LP
- 6) Limpeza para avaliação
- 7) Escala preditivas de riscos Braden e Braden Q
- 8) Tratamento



1. A importância deste treinamento

A lesão por pressão é um problema de saúde extremamente grave que gera morbimortalidade, prejuízo da qualidade de vida para o paciente, além de ser bastante frequente de acordo com estudos de epidemiologia, com uma porcentagem alta de ocorrência. Embora ela seja grave, é evitável em 95% dos casos, porém é necessário utilizar métodos para prevenção.



2. O que é LP

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.



2. O que é LP

Também são conhecidas como escaras, são feridas que aparecem na pele de pessoas que permanecem muito tempo na mesma posição, geralmente acamadas ou com mobilidade reduzida. Essas lesões ocorrem devido à pressão constante em pontos com proeminências ósseas que ficam em contato com a superfície, como, por exemplo, a cama ou cadeira de rodas. A ferida pode ser superficial (atingindo apenas a epiderme) ou profunda, chegando a comprometer músculos, tendões, ossos e até órgãos.



3. Principal causa

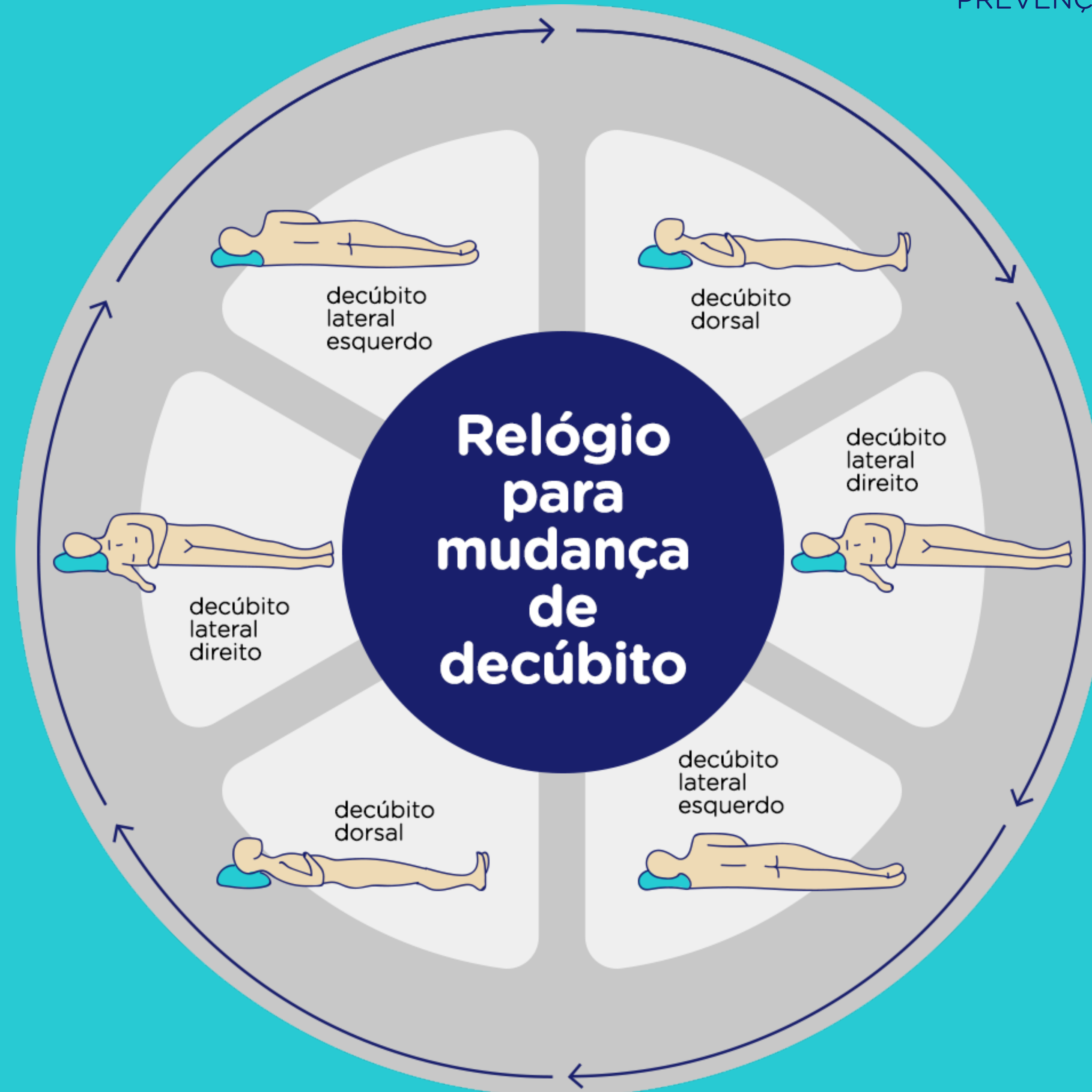
A falta de movimentação é a principal causa desse tipo de lesão, já que a pressão constante no mesmo ponto diminui consideravelmente a circulação sanguínea do paciente acamado. Os locais mais comprometidos são:

- Região sacral (acima do cóccix);
- Troncânteres (parte superior e lateral do fêmur);
- Maléolos (osso lateral dos pés);
- Calcânhares (devido ao constante contato com a cama).



4. Como evitar

- Mude a posição do paciente na cama, movimentando-o sequencialmente a cada 2 horas;
- Hidrate a pele frequentemente;
- Avalie diariamente a pele das regiões mais suscetíveis às lesões;
- Para mudar a posição, nunca arraste o paciente sobre a cama;
- Procure orientação profissional sobre tecnologias terapêuticas que diminuem a cronicidade das lesões. Exemplo: colchão pneumático.





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;
- 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 (sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio) diretamente sobre a pele ou sobre lesões por pressão.



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 (Ex.: calcâneo ou sacro) frequentemente submetidas à fricção e cisalhamento.



Reposicionamento

- Estabelecer planos que constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos;
- Reposicionar todos 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 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 do paciente 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.



5. Estágios das LP

Estágio I

- 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;
- Acomete as camadas superficiais. Na região afetada surge uma mancha avermelhada. Se a pressão for aliviada, a mancha costuma desaparecer. Pode haver alteração na sensibilidade, temperatura ou consistência (enrijecimento).



Estágio II

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.



Estágio III

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 podem estar visíveis. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. A profundidade do dano no tecido varia conforme a localização anatômica, ou seja, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões mais profundas. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como lesão por pressão não classificável.



Estágio IV

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Esfacelo, escara e/ou epíbole (lesão com bordas enroladas) podem estar visíveis. 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 (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho). 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, púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra a lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento, devido ao dano no tecido mole, decorrente de pressão ou cisalhamento. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.



6. Limpeza para avaliação

- Para o tratamento da lesão por pressão, antes de tudo, é preciso que seja feita a avaliação do comprometimento tecidual da região afetada. Feridas profundas e com necrose (tecido morto) necessitam de limpeza rigorosa, realizada por médico ou enfermeiro estomaterapeuta. Para o sucesso do tratamento, é importante utilizar curativos que acelerem a cicatrização da pele e promovam o bem-estar do paciente.
- Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível, no período máximo de 8h após a admissão, para identificar os indivíduos em risco de desenvolver lesões por pressão através de escalas preditivas (Braden e Braden).



Frequência de avaliação da pele

- A inspeção da pele deve ocorrer de acordo com risco identificado na avaliação, em pacientes graves a cada 2h, independente do risco identificado.
- O intervalo para a inspeção e registro das atividades 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: 4 vezes ao dia. Justificar em prontuário quando houver restrições nas mudanças de decúbito.



7. Escalas preditivas de riscos Braden e Braden Q

A escala é composta por seis fatores: sensorial função, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, força de cisalhamento e atrito. Sua 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, foi desenvolvida 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.



Mobilidade

Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.

1

Completamente imóvel: não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.

2

Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.

3

Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.

4

Nenhuma limitação: faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.



Atividade

Grau de atividade física.

1

Acamado:
permanece no leito
o tempo todo.

2

Restrito à cadeira: a
capacidade de
deambular está
gravemente limitada
ou inexistente. Não
consegue sustentar
o próprio peso e/ou
precisa de ajuda
para sentar-se em
uma cadeira ou
cadeira de rodas.

3

**Deambulação
ocasional:** deambula
ocasionalmente
durante o dia, porém
por distâncias bem
curtas, com ou sem
ajuda. Passa a maior
parte do turno no
leito ou na cadeira.

4

**Crianças jovens
demais para
deambular ou
deambulam
frequentemente:**
deambula fora do
quarto pelo menos
duas vezes por dia e
dentro do quarto
pelo menos uma vez
a cada duas horas
durante as horas
que está acordado.



Percepção sensorial

Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.

1

Completamente limitada:

não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra) devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.

2

Muito limitada:

responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.

3

Levemente limitada:

responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.

4

Nenhuma alteração:

responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.



Umidade

Grau de exposição da pele à umidade.

1

Constantemente úmida: a pele fica constantemente úmida por suor, urina etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.

2

Frequentemente úmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada 8 horas.

3

Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.

4

Raramente úmida: a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.



Fricção e Cisalhamento

Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte.

Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.

1

Problema importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação leva a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.

2

Problema: necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.

3

Problema potencial: movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.

4

Nenhum problema aparente: capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.



Nutrição

Padrão habitual de consumo alimentar.

1

Muito pobre: em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.

2

Inadequada: dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.

3

Adequada: dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome o total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.

4

Excelente: dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.



Perfusão tecidual e oxigenação

1

Extremamente comprometida:
hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.

2

Comprometida:
normotenso. Apresenta a saturação de oxigênio < 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico < 7,40.

3

Adequada:
normotenso. Apresenta saturação de oxigênio < 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal.

4

Excelente:
normotenso. Apresenta saturação de oxigênio > 95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.



Avaliação

Escala de Branden

Descrição	1	2	3	4	
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitada	Nenhuma limitação	Sem risco: 19 a 23 pontos
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado	Médio risco: 15 a 18 pontos
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	Risco moderado: 13 a 14 pontos
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitada	Não apresenta limitações	Alto risco: 10 a 12 pontos
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente	Altíssimo risco: 6 a 9 pontos
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-	



8. Tratamento

A Membrana Regeneradora Porosa Membracel é muito indicada para o tratamento de lesões por pressão, pois protege a região lesionada e favorece a formação do tecido de granulação, etapa essencial do processo de cicatrização. Para aplicar, é importante que a membrana fique em contato com todo o leito da ferida. Após a aplicação, é necessário um curativo secundário com gaze, que irá drenar a secreção da lesão.

Importante: o curativo de gaze deve ser trocado diariamente ou sempre que estiver saturado (úmido). Durante essas trocas, não é necessário retirar a Membracel, basta realizar a limpeza cuidadosa por cima da membrana e aplicar um novo curativo de gaze. O tempo de permanência da membrana na lesão aumenta conforme a evolução do tratamento, podendo chegar a 12 dias, caso existam sinais de infecção, mau cheiro, contaminação por urina ou fezes.



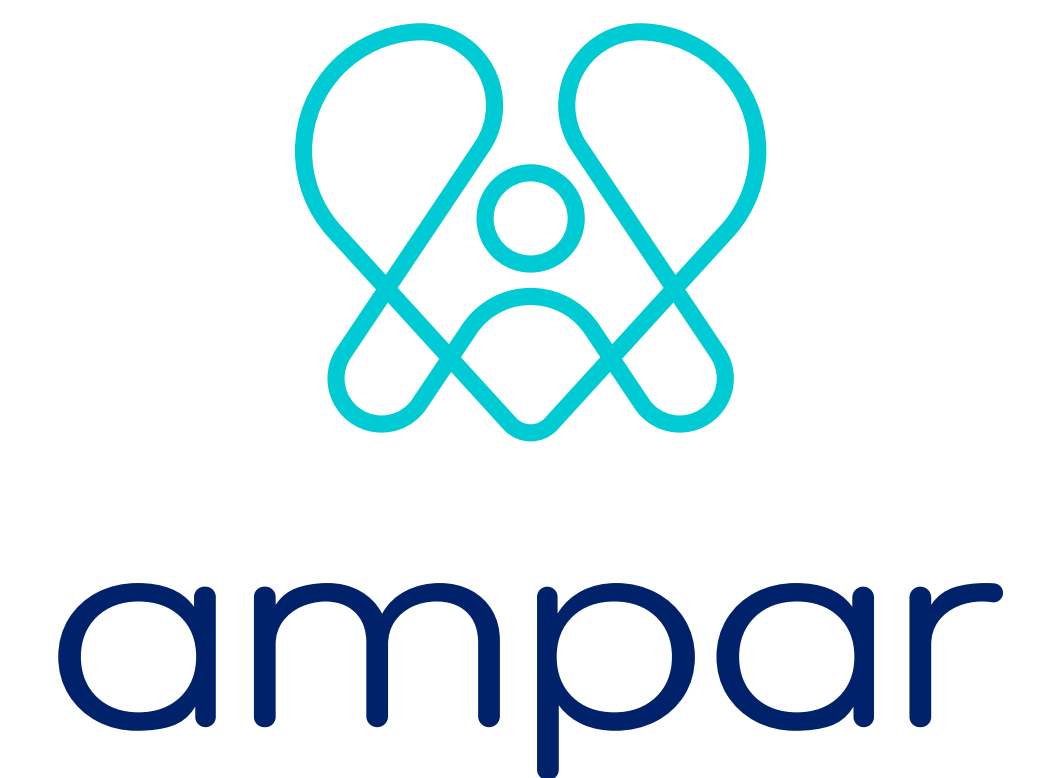
Membrana Regeneradora Porosa Membracel

Além de não precisar de trocas constantes, a membrana protege as terminações nervosas, diminuindo instantaneamente a dor. O conjunto dessas ações promove mais qualidade de vida ao paciente, o que auxilia diretamente no sucesso do tratamento.

Agradecemos a sua atenção!

**Em caso de dúvida,
não hesite. Procure
a nossa equipe.**





Nossos
cuidados,
seu lar.

