



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM CASO DE LESÃO POR PRESSÃO

Ana Paula Andrade Ramos (1); Cecília Danielle Bezerra Oliveira (2); Jessika Lopes Figueiredo Pereira (3); Inácia Sátiro Xavier de França (4)

Universidade Estadual da Paraíba, anapaulaecs@gmail.com (1); Universidade Estadual da Paraíba (1); Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras / Universidade Federal de Campina Grande, cecilia.dbo@gmail.com (2); Universidade Estadual da Paraíba, jessikalopesenf@gmail.com (3); Universidade Estadual da Paraíba, inacia.satiro@gmail.com (4).

Resumo

O processo de enfermagem e importância significativa na recuperação do cliente. Uma das etapas desse processo é a elaboração do diagnóstico de enfermagem que embasará a tomada de decisão e implementação de ações de cuidado, devendo obedecer todo rigor científico e holístico. Em casos de ocorrência de LPP, a qualidade do serviço de saúde determina um componente crítico e pode determinar riscos e danos ao cliente. Objetivo: Apresentar o diagnóstico de enfermagem para cliente internada em UTI a partir da nova Classificação Da National Pressure Ulcer Advisory Panel. Método: Estudo recorte de uma investigação exploratório com abordagem quantitativa, os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha do programa Microsoft Excel 2007 realizada em agosto de 2014, em um hospital da cidade de Campina Grande- PB, pesquisa respeitou as considerações éticas e obteve aprovação em comitê de ética sob parecer: 0025.2013.0000.5187. Resultados: Cliente apresenta diagnóstico dentro do domínio de Segurança/ proteção, na classe 2 (lesão física), de Risco de Úlcera por pressão com fatores de risco associados e longo tempo de internação em ambiente hospitalar. Conclusão: A ocorrência de LPP tendem a onerar os serviços de saúde e implicam em aumento do risco de óbito e danos de ordem física e emocional graves ao cliente, medidas de prevenção devem tornar-se rotina no processo de sistematização da assistência de enfermagem como o uso de escalas validadas para avaliação do risco de LPP e protocolos assistências com a participação de todos os profissionais envolvidos com oferta de cursos de atualizações e disponibilidade de materiais que visem ao bem estar, conforto e recuperação dos clientes. Descritores: Diagnóstico de enfermagem, lesão pro pressão, Unidades de Terapia Intensiva.

1. Introdução

As úlceras por pressão são complicação decorrentes de longos períodos de internação de clientes em unidades hospitalares, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva, pela soma dos fatores ligados a essa realidade, pacientes com idade avançada, nutrição desequilibrada, restrição parcial ou total ao leito, uso de medicação sedativa e comorbidade associadas (ARAUJO,2011). Os estudos sobre formas de tratamento, diferentes coberturas e cuidados associados a rotina de assistência vem se desenvolvendo ao longo do tempo, todavia, atualizações foram apresentadas em relação a classificação e formas de prevenção



desse agravo a saúde que pode resultar em dano severo ou óbito ao cliente acometido.

No ano de 2016, o NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), organização americana de profissionais independente, responsável por estudos de prevenção na área de úlceras criado em 1986 e como reconhecimento internacional, atualizou o antigo termo úlcera por pressão, substituindo por lesão por pressão (LPP). A mudança ocorreu justificando que as alterações na pele decorridas de LPP acometem um número crescente de pessoas em todo planeta e, aponta uma preocupação crescente por parte dos serviços de saúde tendo em vista os danos associados a sua ocorrência durante o processo de internação de um paciente em ambiente hospitalar (Berlowitz, 2016).

A LPP implica em uma série de acometimentos tanto de ordem física como psicológica ao cliente, problemas como dor, sofrimento, desconforto e aumento de risco de morbidade são decorrentes desse grave problema que, aumenta o tempo de permanência no serviço de internação, aumenta a exposição do cliente ao potencial de infecções e, torna o serviço muito mais dispendioso em relação ao sistema de saúde em geral (Berlowitz, 2016).

A ocorrência de LPP nos serviços de saúde determina agravos e onera ainda mais o processo, na tentativa de sistematizar o atendimento e diminuir a ocorrência desses casos, em 2014, por meio de uma referência da Organização Mundial de Saúde, o Brasil instituiu através do Programa Nacional Segurança do Paciente uma série de protocolos a serem implementado nos serviços de saúde, o protocolo de “Úlceras por pressão” estava entre essas medidas considerando que a ausência de uma norma de rotina sistemática para esse evento determina um aumento de casos de LPP (BRASIL, 2014).

A lesão de pele recebe essa definição por se tratar de um dano a pele ou tecidos subjacentes, em geral localizados sobre proeminência óssea que pode ser na pele íntegra ou na forma de úlcera aberta (MORAES, et al, 2016). A nova classificação de 2016 do NPUAP indica, de maneira geral, que as LPP estão diferenciadas em estágios, de acordo com evolução e características compreendem: Estágio 1, pele íntegra com presença de eritema e alteração de sensação podem estar presente; estágio 2 como exposição de derme com possível exposição de flictema e exsudato; estágio 3 com perda de espessura de pele e úlcera visível e o estágio 4 de LPP que compreende perda tissular total e exposição de músculo, tendão, cartilagem ou osso, apresentando ainda algumas outras classificações específicas (NPUAP, 2016).

Ainda de acordo com a classificação acima, a variação anatômica da localização da lesão determina a profundidade do acometimento e o prejuízo tecidual se torna dinâmico em feridas profundas de acordo com a localização resultando em tipos de lesões que vão da lesão



estadiável a lesão não estadiável quando a escara recobre a extensão da perda de pele ou tecido, o que implica na necessidade de alguns condicionantes ligados tanto aos recursos humanos como em estruturas físicas dispostas no serviço, como acomodações ideias.

Fatores de risco podem determinar agravamento dessa condição, essa lesão pode ocorrer com presença de dor intensa e prolongada como resultado da pressão ou constante cisalhamento da área afetada que tem resistência diminuída a esses processos físicos pela influência de alguns fatores como: variação climática, nutrição alterada, perfusão comprometida e comorbidades associadas e, idade avançada tendo a determinar maior agravamento do quadro (MORAES, et al, 2016).

Ainda de acordo com Moraes e colaboradores (2016), a LPP é de ocorrência frequente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), posto que a vulnerabilidade dos clientes nesse ambiente é maior principalmente em decorrência do uso de medicações sedativas e vasoativas, dependência de ventilação mecânica e alteração do nível de consciência, além de manter-se em leito durante todo o período de tratamento em restrição de movimento, evidenciando essa realidade em estudos internacionais nos quais a LP apresentou altas taxas de incidência e prevalência com surgimento dentro de 72 horas após internação nesse ambiente (MORAES, et al, 2016).

Na assistência a saúde um importante item a ser considerado é a qualidade do serviço oferecido, e, essa qualidade é um domínio fundamental do processo de segurança. A Segurança do paciente tem relação direta com a redução de riscos e danos evitáveis ao mínimo possível na assistência em saúde, logo, o aumento de tempo na internação resulta em lesões na pele que podem ser do tipo úlceras, consideradas um problema de saúde grave e preocupante.

A garantia da integridade da pele sem lesão em clientes de uma UTI corresponde a um importante cuidado da equipe de enfermagem, uma vez que trata-se de lesões que exigem ações de cuidado constantes oferecido ao cliente, nesse sentido a qualidade na assistência de enfermagem deve assegurar atendimento organizado e sistemático para ocorrências de LPP, para tal, protocolos e instrumentos de atendimento tem sido reforçados para esse fim, como as escalas de Norton, Protocolo de Waterlow e Braden (ARAÚJO et al, 2011).

O processo de enfermagem é formado por etapas inter-relacionadas que compreendem: Histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem com assistência holística e individualizado de acordo com cada cliente no atendimento de enfermagem (HEARDMAN; KAMITSURU, 2014). De todas as etapas



mencionadas, o diagnóstico envolve uma complexidade especial por ser a fase de avaliação crítica e processo de deliberação para ações a serem aplicadas.

2. Metodologia

A pesquisa que originou essa inquietação tratou-se de um estudo, descritivo, explicativo, exploratório com abordagem quantitativa, realizada em agosto de 2014 em um hospital da cidade de Campina Grande- PB.

No local do estudo havia a possibilidade de internação para até 20 sujeitos, durante o levantamento dos dados por meio de um estudo documental, durante o período selecionado encontrou-se uma população que atendeu aos critérios estabelecidos pelo estudo de 04 pacientes, considerando a alta rotatividade do setor de UTI, destes, selecionamos um caso para compor o estudo em questão com descrição de caso das condições clínicas para formulação do diagnóstico. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e legais previstos pela resolução 466/2012, sendo submetida ao Comitê de Ética e pesquisa – CEP da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, para apreciação e recebeu parecer favorável a sua realização CAAE: 0025.2013.0000.5187

3. Resultados e discussão

Pessoas internadas em uma UTI podem estar ainda mais expostas a lesões na pele em decorrência das condições associadas não apenas a situação clínica, mas, como pelo ambiente onde se encontram, por essa razão, medidas de proteção e prevenção são fundamentais nesse cuidado. A paciente do estudo trata-se de uma idosa, sexo feminino, idade acima de 60 anos, apresentando: Incontinência urinária/ fecal; restrição total ao leito; em uso de sedação e imunossupressão; obesidade, desidratação e hipotonia muscular.

De acordo com estudo realizado por Santos (2014), em validação de um de Diagnóstico de Enfermagem para essa realidade, a paciente apresenta o seguinte diagnóstico:

Domínio	Classe	Diagnóstico de enfermagem	Fatores de Risco
11 – Segurança /	2- Lesão Física	Risco de Úlcera por	Idade avançada
			Restrição ao leito



Proteção		pressão	Presença de comorbidades
----------	--	---------	--------------------------

Fonte: Dados da pesquisa; NANDA 2015-2017.

O quadro acima apresenta uma realidade de grande incidência em todo ambiente hospitalar e, principalmente em UTI's. Face ao exposto, a prevenção da ocorrência de lesões que culmine em LPP é uma grande necessidade considerando que é uma situação de risco ao cliente, além de grande prejuízo para todos os envolvidos por sua demanda física e emocional a pessoa acometida.

A taxonomia internacional NANDA-I, para reforçar o quadro de sistematizar o atendimento e diminuir a prevalência desses eventos, diante da ausência de um DE (diagnóstico de enfermagem), apresentou o DE acima de risco de úlcera por pressão, validado no Brasil em 2016 (SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

Para sistematização da enfermagem na prevenção de lesões pode-se fazer uso de escalas avaliativas de risco de LPP, essas escalas são fundamentais para evidenciar os pontos de maior fragilidade no cliente e onde deve estar o maior foco de cuidado do enfermeiro para ações de prevenção, escalas conhecidas e já validadas são as já mencionadas escala de Norton, dentre outras (ARAÚJO et al, 2011).

As condições clínicas, como as apresentadas no caso de idade avançada, imobilidade e doenças preexistentes, presentes em clientes na UTI podem aumentar a ocorrência de lesões e agravamento de patologias adversas, por essa razão, a prevenção e o tratamento de LPP são questões de interesse para os serviços de saúde e todos os profissionais envolvidos (FURMAN et al, 2010). Ainda de acordo com essa perspectiva, associado a idade avançada, o tempo de internação e a gravidade do sujeito aumentam essa incidência, o que implica na necessidade de avaliação diária de acordo com o protocolo a ser estabelecido pela instituição como recomendação na avaliação de risco e ações preventivas em relação a ocorrência de lesões (FURMAN et al, 2010).

De acordo com Santos (2016), a prevenção de Úlcera por pressão é essencial e pode resultar em diminuição desse agravo, reduzindo assim os custos com todo o processo de internação e tratamento e, as ações que constituem prevenção, assim como o tratamento ainda são um grande desafio para o serviço de saúde. Recomenda-se que as escalas sejam utilizadas para essa finalidade, dentre elas já mencionadas a Escala de Braden, desenvolvida em 1987 (SANTOS, 2016) (SILVA et al, 2016).



Os danos não intencionais ao cliente, decorridos da assistência prestada acarretam em comprometimento da qualidade da assistência a saúde de maneira geral, a segurança do serviço e a redução de riscos devem estar diariamente coexistindo com a prática profissional no ambiente hospitalar, entende-se que lesões desse porte advindas de lacunas no processo assistencial acarretam óbito, aumento do tempo de internação e afetam a vida dessas pessoas de maneira negativa e, em UTI's essa demanda tem sido frequente por ser o setor onde as condições clínicas já existem em grande frequência (PEREIRA; LUDVICH; OMISSOLO, 2016).

Em estudo internacionais se vinculou a qualidade do serviço a partir da ocorrência ou não de LPP e, essa realidade justifica a implementação de políticas públicas e preconização de metas no atendimento, o tempo de internação aumentam a ocorrência de LPP e, nos Estados Unidos de cerca de 2,5 milhões de tratamentos de casos de úlceras, 60 mil morrem de complicações secundárias a LPP (Berlowitz, 2016).

Diante do contexto, as medidas que sistematizam o atendimento devem ser adotadas no serviço, bem como capacitação de atualização em relação a tratamentos e novas metodologias, o uso das escalas, por exemplo, tem baixo custo de adesão, requer treinamento rápido do profissional por ser de fácil manuseio e imprime maior tempo de assistência para o binômio profissional-cliente com a clareza da elaboração do plano de metas e implementação das ações a partir do diagnóstico desenvolvido.

Durante todo o processo de enfermagem a assistência tende a acontecer por meio de cuidado holístico e práticas de cuidado baseado em evidência clínica e científica abordando a solução de cada problema levantado de maneira individual e fundamentada em cada fase do processo. As publicações na área evidenciam que a coexistência do processo de enfermagem e a qualidade do serviço aumentam a medida que ambos atuam no cotidiano e, os benefícios dessa soma resultam em bom atendimento, melhoria da assistência do profissional intensivista e menor custo para o sistema (ARAÚJO et al, 2016).

4. Considerações finais

Considerando a complexidade do problema da LPP e que as ações de prevenção são a melhor maneira de diminuir esse evento no processo de internação, entende-se que a estrutura do serviço deva implementar o uso de protocolos clínicos específicos para avaliação



de pacientes em risco de desenvolverem LPP. Uma iniciativa que tem apresentado sucesso na abordagem dessa condição é a elaboração de protocolos institucionais onde os profissionais podem dispor de informações sobre formas de reconhecimento de lesões em estágios iniciais, bem como formas de tratamento específicos para cada situação.

O impacto financeiro das instituições com as LPP são significativos e, por tal motivos essa já é considerada um situação de perfil socioeconômica no setor da saúde além do impacto psicológico e físico para o cliente, que muitas vezes é idoso, e seus familiares, assim, a assistência de enfermagem precisa garantir qualidade durante o trabalho em UTI, o uso de sistematização e o trabalho coletivo entre a equipe e com capacitação de todos é fundamental para que essa realidade não resulte em danos de maior proporção aos clientes, escalas, protocolos e formação continuada devem acompanhar a rotinas dos profissionais e serem estimuladas por gestores em todos os serviços de saúde.

5. Referências

- ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.64, n.4, 2011
- BERLOWITZ, D. Epidemiology, pathogenesis and risk of pressure ulcers. **Up To Date**; 2016. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / **Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- FURMAN, G. F, et al. Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário. **Rev Enferm UFPE on line** [Internet]. 2010
- HEARDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. **Oxford: Wiley Blackwell**; 2014.
- MORAES, J. T, et al. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: ATUALIZAÇÃO DO NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, v. 6, n. 2, mai-ago. 2016.
- NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Pressure Ulcer Stages Revised**. Washington, 2016; Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>
- PEREIRA, M. O.; LUDVICH, S. C.; OMIZZOLO, J. A. E. SEGURANÇA DO PACIENTE:



PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. ■

Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 5, n. 2, dez. 2016

SANTOS, C. T. Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): **Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**; 2014.

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, 2016

Silva, C. P. C, et al. Construção do Aplicativo para o indicador de úlcera por pressão. **J. Health Inform**. V. 8 n. 4: 134-41, Outubro-Dezembro; 2016.

