

Maria Laiane Mesquita Costa¹
 Francisca Janaína Carneiro Costa¹
 Luciana Maria Montenegro Santiago Souza¹
 Dafne Lopes Salles¹
 Diógenes Farias Gomes¹

¹Faculdade Luciano Feijão (FLF)

Autor para correspondência:
 Maria Laiane Mesquita Costa
 laianemesquita3@gmail.com

Submetido em: 29/10/2024

Aprovado em: 16/12/2024



Copyright (c) 2024 - Scientia - Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão - Faculdade Luciano Feijão - Núcleo de Publicação e Editoração - This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTNURSING CARE FOR PATIENTS WITH PRESSURE INJURIES: AN EXPERIENCE REPORT

Resumo

A LPP surge da fricção da pele contra ossos, comprometendo a circulação sanguínea. Este estudo relata o manejo de enfermagem de uma paciente com lesão no calcâneo, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as classificações NANDA, NIC e NOC (NNN). Trata-se de um relato de experiência vivenciado no estágio supervisionado de enfermagem, em uma instituição de ensino superior do interior do Ceará. Foram realizadas visitas ao paciente durante um período de 21 dias, no qual foram realizadas 7 abordagens, sendo 2 dias destinados à coleta de dados e 5 à prestação de cuidados ao paciente. A aplicação das classificações NNN possibilitou identificar os principais diagnósticos de enfermagem, como lesão por pressão, Habilidade de Deambulação Prejudicada, permitindo a implementação de intervenções direcionadas e individualizadas. Conclui-se que a SAE foi essencial para garantir um cuidado humanizado, fundamentado em evidências, promovendo a recuperação e a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Úlcera por pressão. Diabetes mellitus.

Abstract

LPP arises from skin rubbing against bones, compromising blood circulation. This study reports the nursing management of a patient with a calcaneal injury, using the Nursing Care Systematization (SAE) and the NANDA, NIC and NOC (NNN) classifications. This is an experience report during a supervised nursing internship, at a higher education institution in the interior of Ceará. Visits were made to the patient over a period of 21 days, in which 7 approaches were carried out, with 2 days dedicated to data collection and 5 to providing care to the patient. The application of the NNN classifications made it possible to identify the main nursing diagnoses, such as Pressure Injury, Impaired Walking Ability, allowing the implementation of targeted and individualized interventions. It is concluded that SAE was essential to guarantee humanized care, based on evidence, promoting the patient's recovery and quality of life.

Keywords: Nursing care. Pressure Ulcer. Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

O paciente em internação hospitalar está suscetível a inúmeros riscos, os quais podem retardar sua recuperação. Dentre os danos e eventos inerentes à internação hospitalar destaca-se o surgimento de Lesão por Pressão (LPP), que se mantém elevado, apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área de saúde (JÚNIOR et. al., 2024).

A Lesão por Pressão (LP) ocorre geralmente em pacientes acamados ou com restrição da mobilidade e está associada a fatores de riscos, tais como: alterações nutricionais, idade avançada, umidade excessiva, sensibilidade reduzida, nível de consciência alterado, fricção, incontinência urinária ou fecal, eventuais fraturas, uso de alguns medicamentos, doenças cardiovasculares, assim como as doenças crônicas como o câncer (SANTOS et. al., 2020).

A LPP ocorre pela morte dos tecidos resultante da fricção da pele contra proeminências ósseas, como sacro, trocanter e ísquio, prejudicando a circulação sanguínea e o fornecimento de nutrientes aos tecidos (CORREA et. al., 2024).

Apesar dos avanços da saúde, o surgimento de LPP em pacientes hospitalizados permanece elevado, impactando o processo de recuperação e a qualidade de vida dos pacientes. A Lesão por Pressão, é frequentemente associada a inúmeros fatores de risco, e isso exige a implementação de cuidados de enfermagem eficazes para prevenir, identificar precocemente e tratar essas lesões, promovendo uma assistência mais segura e humanizada.

Portanto, essa pesquisa busca relatar as experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, destacando o manejo dos cuidados de enfermagem prestados a um paciente com lesão por pressão no calcâneo, incluindo estratégias de prevenção, tratamento e promoção da recuperação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por duas discentes do 6º semestre do curso de enfermagem.

A experiência ocorreu durante as disciplinas Clínica I e Semiologia e Semiotécnica I, o estágio foi realizado em um hospital de grande porte localizado na região norte do estado do Ceará, no mês de novembro de 2024. Os estágios ocorreram no setor de clínica médica adulta II, o setor atende pacientes de média complexidade.

A coleta de dados se deu por meio da aplicação de instrumentos utilizados para a observação de forma direta do paciente à beira leito, com o uso do diário de campo, para coletar informações sobre o quadro clínico no momento da admissão e o período de internação hospitalar.

A paciente foi monitorada de forma contínua pela equipe multiprofissional, com observação dos sinais clínicos durante um período de 21 dias, que correspondeu ao período de estágio, onde as discentes realizaram o acompanhamento e as intervenções com a paciente. Durante esse tempo, foram realizadas 7 abordagens pelas discentes, sendo 2 dias destinados à coleta de dados e 5 à prestação de cuidados ao paciente. No último dia do estágio, um paciente recebeu alta hospitalar, encerrando o acompanhamento.

Para a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizaram-se as

terminologias de enfermagem NANDA, NIC e NOC (NNN), complementadas por consultas ao prontuário, troca de curativos, banho no leito, visitas ao leito e exame físico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente em questão era uma mulher de 74 anos, hipertensa, diabética, com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), em acompanhamento no ambulatório de cirurgia vascular, em tratamento conservador. Ela iniciou quadro de constipação, com flatos presentes, dispepsia e leve desconforto abdominal há 3 dias da admissão, evoluindo no último dia com vômitos em borra de café (vômitos de coloração escurecida, com restos alimentares, sem odor ou aspecto fecalóide), buscando atendimento.

Foi identificado também quadro de disúria e polaciúria iniciados há 2 semanas, quadro o qual é presente com grande frequência nos últimos anos. à admissão, paciente encontrava-se acamada, normocorada, hidratada, eupneica em ar ambiente, orientada, com úlcera em calcanhar direito, sem sinais flogísticos ou necrose. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite erosiva distal (grau b de los angeles), pangastrite enantematosa moderada com erosões no antro, sem sinais de sangramento ativo ou recente.

Foi submetida a tomografia computadorizada de abdome devido à possibilidade de abdome agudo obstrutivo, porém inconclusiva, evidenciando sinais sugestivos de fístula vesicointestinal. realizou rnm de pelve que mostrou fístula entero-vaginal e abscesso na parede vaginal anterior/lateral direita. Durante a internação a paciente evoluiu com vômitos (coloração amarelada, com restos alimentares) durante a noite, além de dor abdominal difusa, dificuldade de evacuar e sensação de tenesmo, apresentando no dia posterior sonolência excessiva associada a constipação, sendo realizado clister evacuatório com retorno de bom volume de fezes. Exames laboratoriais apresentaram piora leucocitária, associada a rebaixamento do sensório e taquicardia, sendo aberto protocolo sepse.

A partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), foram definidos os diagnósticos de enfermagem, respectivas intervenções e resultados (Tabela 1).

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, conforme NANDA, NIC e NOC.

NANDA	DEFINIÇÃO	NOC	NIC
Domínio: 2 classe: 1 00343: Ingestão nutricional inadequada relacionada a doença no aparelho digestivo evidenciado por constipação e dor	Consumo de nutrientes insuficiente para atender às necessidades metabólicas.	(1015)Função gastrointestinal: Apetite; meta do resultado: sair de 3 e ir para 5. Constipação; meta do resultado: sair de 3 para 5. Vômito; meta do resultado: sair de 4 para 5.	(1100)Controle da nutrição Determinar o Padrão nutricional do paciente e a capacidade de atender as necessidades nutricionais Certifica-se que a dieta inclui alimentos ricos em conteúdos fibras para prevenir constipação Ajustar a dieta se necessário. (1160)Monitoração nutricional identificar anormalidades no funcionamento do intestino.

Continua...

Continuação...

<p>Domínio: 11 classe: 2 00312 :Lesão por pressão em adultos relacionada à pressão sobre proeminência óssea, conhecimento inadequado do cuidador sobre estratégias de prevenção de LPP, idosos evidenciado por Perda total do tecido.</p> <p>Condições associadas- Diabetes Mellitus</p>	<p>Dano localizado na pele e/ou no tecido subjacente de um indivíduo com > 18 anos de idade, como resultado de pressão ou combinação com cisalhamento.</p>	<p>(1942) Controle de riscos: lesão por pressão</p> <p>Identifica fatores de riscos para o desenvolvimento de lesão por pressão; meta do resultado: sair de 3 para 5.</p> <p>Identifica sinais e sintomas de lesão por pressão; meta do resultado: sair de 2 para 5.</p> <p>Muda de posição pelo menos a cada 2 horas; meta do resultado: sair de 3 para 5.</p> <p>(1103) Cicatrização de feridas: segunda intenção</p> <p>Granulação sair de 3 para 5.</p> <p>Tamanho da ferida diminuído sair de 3 para 5</p> <p>Necrose sair de 4 para 5</p>	<p>(3520)Cuidados com úlcera por pressão</p> <p>Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência de pele vizinha.</p> <p>Desbridar a úlcera quando necessário.</p> <p>Aplicar curativos apropriados.</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida.</p> <p>Posicionar o paciente a cada 1 a 2 horas para evitar uma pressão prolongada.</p> <p>(3540)Prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Documentar quaisquer incidências prévias de formação de úlceras de pressão.</p> <p>Girar a cada 1 e 2 horas, modo apropriado.</p> <p>Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra.</p> <p>Manter os limpos e secos e sem amassos.</p> <p>(3660)Cuidados com lesões</p> <p>Remover curativo e fita adesiva.</p> <p>Monitorar as características da lesão.</p> <p>Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica.</p> <p>Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão.</p> <p>Examinar a lesão a cada troca de curativo.</p> <p>Comparar e registrar regularmente</p>
<p>Domínio:3 classe:2 00196: Motilidade gastrointestinal prejudicada relacionada a mobilidade física prejudicada, idosos, circulação gastrointestinal diminuída; evidenciada por vômito, dificuldade de evacuar, dor abdominal.</p>	<p>Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrintestinal.</p>	<p>(1015)Função gastrointestinal</p> <p>Dor abdominal sair de 1 para 5</p> <p>Constipação sair de 1 para 5</p> <p>Refluxo gástrico sair de 1 para 5</p> <p>Frequência das fezes sair de 1 para 4</p>	<p>(1570) Controle de vômitos</p> <p>Avaliar a êmese em relação a cor, presença de sangue, horário e força utilizada.</p> <p>Sugerir uso do saco plástico para o paciente vomitar.</p> <p>(1400)Controle da dor</p> <p>Assegurar os cuidados analgésicos para o paciente.</p> <p>Orientar sobre os métodos farmacológicos de alívio a dor.</p> <p>Utilizar medidas antes que a dor se torne severa.</p>

Continua...

<p>Domínio: 3 classe: 2 00344: Eliminação intestinal prejudicada relacionada a ingestão de líquidos inadequados, ingestão de fibras inadequada evidenciada por constipação, dor abdominal, esforço para evacuar, sensação de evacuação incompleta.</p>	<p>Alteração no processo normal de defecação pelo reto ou por uma ostomia</p>	<p>(501) Eliminação intestinal Constipação sair de 2 para 5. Abuso de auxiliares para eliminação sair de 2 para 4. Passagem de fezes sem recursos auxiliares sair de 1 para 5.</p>	<p>(0450) Controle de constipação/impactação Monitorar quantos a sinais e sintomas de constipação. Monitorar os sons intestinais Identificar fatores que podem contribuir para a constipação. (430) Controle intestinal Observar a data da última evacuação. Monitorar os ruídos intestinais. Orientar pacientes/familiares a registrar, cor, volume, frequência e consistência das fezes. Inserir supositório retal, conforme apropriado. Orientar o paciente quanto alimentos ricos em fibras.</p>
<p>Domínio:4 classe:2 00365: Habilidade de deambulação prejudicada relacionada a medo de quedas, equilíbrio postural prejudicado evidenciada por dificuldade de descer escadas, dificuldade de deambular uma distância necessária.</p>	<p>Limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente.</p>	<p>(200) Locomoção: caminhar Caminhadas pelo o quarto sair de 1 para 3 Caminha em ritmo lento sair de 1 para 3</p>	<p>(5603)Ensino: cuidados com os pés Fornecer informações relacionadas ao nível de risco de lesão. Alerta sobre potenciais de lesão aos pés. Recomendar a lavagem diária dos pés. Recomendar a secagem completa dos pés.</p>
<p>Domínio:4 classe: 5 00326: Habilidade de banhar-se diminuída relacionada à mobilidade física prejudicada evidenciada por dificuldade de acessar ao banheiro.</p>	<p>Diminuição da competência associada à limpeza do corpo de forma independente.</p>	<p>(301) Autocuidado: Banho Entra e sai do banheiro sair de 1 para 4 Toma banho no chuveiro sair de 1 para 4 Limpa a região perianal sair de 1 para 4 Enxuga o corpo sair de 1 para 4</p>	<p>(1610)Banho Auxiliar no banho em cadeira, banheira, no leito, de aspersão em pé ou assentado, conforme o apropriado. Banhar o paciente em água com temperatura confortável. Monitorar as condições da pele durante o banho. Aplicar pomada lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele. Aplicar secagem profunda da pele. (740) Cuidados com o repouso no leito Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras. Colocar cama com apoio para os pés. Elevar as grades laterais, conforme o apropriado. Monitorar as condições da pele.</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

As intervenções incluíram a troca regular de curativos na úlcera, cuidados com a higiene e mobilização, administração de medicamentos e controle da dor, além de monitoramento constante dos sinais vitais e acompanhamento dos exames laboratoriais.

A úlcera no calcanhar direito foi um foco importante do plano de cuidado. Inicialmente, utilizamos soro fisiológico para higienização e papaína 2% na base da lesão, cobrindo o pé inteiro com crepom. Durante o acompanhamento, foi observado um início de necrose na lateral da úlcera, o que levou à modificação do curativo. Nesse caso, aplicamos papaína 20% especificamente na área de necrose, enquanto mantivemos o restante do curativo com papaína 2%.

Passo a passo da higienização do curativo:

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool gel antes de iniciar o procedimento.
2. Colocar luvas para garantir a proteção durante o manejo da ferida.
3. Retirar as gazes do curativo anterior com cuidado, observando possíveis alterações na lesão (exemplo: presença de secreção, odor, sinais de necrose).
4. Higienizar a região com soro fisiológico 0,9%, seguindo a ordem: Primeiro, limpar o leito da ferida; Em seguida, higienizar as bordas da lesão.
5. Secar a região delicadamente, utilizando compressas ou gazes estéril.
6. Aplicar a papaína na concentração adequada: Papaína 2% em toda a base da lesão; Papaína 20% somente nas áreas com sinais de necrose.
7. Cobrir a ferida com gaze estéril, garantindo que esteja bem protegida.
8. Envolver o pé com crepom, cobrindo completamente o curativo de forma segura, sem apertar.
9. Identificar quem realizou o curativo, registrando o nome, identificação da ocupação (estudante/enfermeiro) e a data que foi realizado.

Esse manejo demonstrou-se eficaz no controle da progressão da necrose, prevenindo complicações mais graves.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I possibilitou a identificação dos problemas do paciente com vistas ao restabelecimento e à promoção da saúde. Por sua vez a classificação da intervenção de enfermagem - *Nursing Interventions Classification* (NIC) descreve os tratamentos executados por enfermeiros para melhorar os resultados dos pacientes, e a classificação do resultado de enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* (NOC) são estados reais, comportamentos ou percepções individuais, familiares ou comunitárias que podem ser mensurados no decorrer de uma resposta a uma ou mais intervenções (ALMEIDA NOGUEIRA, 2020).

Os resultados apresentados foram estruturados com base nas taxonomias NANDA, NIC e NOC (NNN), destacando os diagnósticos de enfermagem prioritários, conforme as necessidades do paciente. Cada diagnóstico foi selecionado considerando suas características definidoras e fatores relacionados, direcionando as intervenções de forma a atender às prioridades do caso.

Lesão por Pressão em Adultos (NANDA 00312)

A presença de uma úlcera no calcanhar direito, sem sinais de necrose, foi associada à imobilidade

e à diabetes mellitus. A mudança de decúbito a cada duas horas, os cuidados com os curativos e a hidratação da pele ajudaram a prevenir complicações e promoveram os primeiros sinais de cicatrização.

2. *Eliminação Intestinal Prejudicada (NANDA 00344)*

A dificuldade para evacuar, reforçou a necessidade de intervenções voltadas para a promoção de uma eliminação intestinal adequada. O incentivo ao consumo de fibras e líquidos, combinado com o monitoramento da frequência e consistência das fezes, contribuiu para melhorar o padrão de evacuação da paciente.

3. *Habilidade de Deambulação Prejudicada (NANDA 00365)*

A limitação para caminhar o equilíbrio postural prejudicado, exigiu intervenções direcionadas para prevenção de quedas. Com isso, o uso de auxílios para caminhar e a criação de um ambiente seguro ajudaram a melhorar sua mobilidade dentro do quarto. Apesar das dificuldades iniciais, houve evolução na habilidade de deambulação (mesmo com auxílio), demonstrando a eficácia das ações realizadas.

4. *Habilidade de Banhar-se Diminuída (NANDA 00326)*

A dificuldade em acessar o banheiro por sua mobilidade estar prejudicada foi abordada com o banho no leito e a monitorização das condições da pele. A aplicação de hidratantes e pomadas em áreas ressecadas ajudou a prevenir lesões, enquanto o suporte no autocuidado contribuiu para o conforto e bem-estar da paciente.

Após as intervenções realizadas pela a equipe de enfermagem a paciente obteve melhoras significativas, assim, recebendo alta hospitalar e orientações de cuidados domiciliares quanto aos cuidados com sua lesão no calcâneo. incluindo a higienização adequada da lesão no calcâneo, a troca de curativos, sinais de alerta para possíveis complicações e importância do acompanhamento ambulatorial para garantir a continuidade da recuperação.

Os sistemas de classificação NNN fornecem uma linguagem padronizada, utilizada no processo, e no produto do raciocínio e do julgamento clínico sobre as respostas humanas aos problemas de saúde e processos vitais dos pacientes, facilitando assim a intervenção dos cuidados avaliados com os dados a partir da aplicação efetiva dos passos descritos no processo de enfermagem (SANTOS et. al., 2021).

As terminologias permitem que os enfermeiros tenham uma linguagem autônoma e coerente, padronizada e sistemática, que contribui para a qualidade do cuidado prestado e para a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Elas possibilitam o registro adequado das ações de enfermagem, promovendo a continuidade do cuidado, o acompanhamento da evolução clínica do paciente e a documentação das intervenções realizadas. Além disso, essas terminologias fornecem subsídios para a prática baseada em evidências, a pesquisa e o desenvolvimento de protocolos assistenciais.

A experiência demonstrou a importância do uso de protocolos padronizados para orientar intervenções e prevenir complicações em pacientes vulneráveis. Entre os desafios enfrentados, destacou-se a necessidade de ajuste das estratégias de manejo à evolução clínica, como a progressão da necrose na úlcera calcânea.

As lições aprendidas incluem a relevância de uma abordagem individualizada e da educação dos cuidadores sobre prevenção de complicações, como úlceras e constipação. O uso de ferramentas como a escala de Braden foi essencial para identificar fatores de risco e priorizar cuidados. Essa experiência

reafirma o papel fundamental do enfermeiro como coordenador do cuidado e promotor da segurança e recuperação do paciente.

CONCLUSÃO

A vivência no estágio supervisionado permitiu aplicar cuidados de enfermagem direcionados e individualizados, contribuindo para a melhoria clínica de um paciente com múltiplas comorbidades e lesão por pressão. A SAE teve um papel crucial para realização do processo de enfermagem possibilitando um cuidado humanizado baseado em evidências e assim fazendo com que a prática seja autônoma e respaldada por um registro do cuidado, onde permitiu o manejo do cuidado da lesão por pressão, com higienização adequada e ajustes no tratamento, destacou a importância de intervenções bem planejadas e monitoramento constante para prevenir complicações graves. Essa experiência reforça a relevância de práticas fundamentadas em evidências e do registro detalhado das ações para garantir um acompanhamento eficaz. A SAE possibilitou identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente, como Lesão por Pressão, Eliminação Prejudicada Intestinal, Habilidade de Deambulação Prejudicada e Habilidade de Banhar-se Diminuída, permitindo a implementação de intervenções direcionadas e individualizadas para atender às necessidades específicas do caso. Além disso, o uso das terminologias NANDA, NIC e NOC mostrou-se essencial para padronizar e registrar as ações de enfermagem, garantindo a continuidade do cuidado e promovendo uma assistência mais segura e eficiente.

Reforça-se, ainda, o papel essencial do enfermeiro na prevenção de complicações, na educação do paciente e de seus cuidadores e na aplicação de intervenções que promovam a recuperação e a qualidade de vida, mesmo em situações complexas.

REFERÊNCIAS

JÚNIOR. B.S.S, LIMA. S.G.R, DA SILVA BRANDÃO.B.M.L . et al. Estratégias de Enfermagem voltadas à Prevenção de lesão por pressão no ambiente hospitalar. **Revista enfermagem atual in derme**, v.98, n. 1, p. e024253-e0242553, 2024.

North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2024-2026**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2015.

SANTOS, L. M. D; et al. Cuidados de enfermagem voltados à prevenção de lesão por pressão em pacientes oncológicos: revisão integrativa. Acesso em Novembro de 2024. 2020.

Cruz, D. L. R; et al. Proceso enfermero aplicado a un paciente con úlceras por presión. **Revista Vive**, v. 3, n.9, p. 253-263, 2020.

CORREA, C. S; et al. O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento das úlceras por pressão em idosos. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, e6928-e6928, 2024.