

#### SUMÁRIO:

1	OBJETIVO	01
2	CAMPO DE APLICAÇÃO	01
3	SIGLAS	01
4	MATERIAL	01
5	PROCEDIMENTO	02
6	RESPONSABILIDADE	13
7	FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS	13
8	FLUXOGRAMA	13
9	INDICADORES	13

#### 1. OBJETIVO:

##### Gera

- Evitar ou diminuir o número de Eventos Adversos relacionados às LPP - Lesão por Pressão.

##### Específicos

- Sistematizar a assistência aos pacientes internados no Hospital do Centro, com risco de desenvolvimento de LPP e/ou portador desta;
- Colaborar na Identificação do risco de LPP nos pacientes internados e na adoção de medidas preventivas;
- Apoiar o Programa de Educação Permanente para redução da incidência de LPP;
- Orientar sobre a promoção da integridade tegumentar de todos os pacientes e sobre o reestabelecimento da integridade dos pacientes que forem acometidos por LPP – Lesão por Pressão.
- Reduzir a permanência hospitalar dos pacientes com LPP por meio da aplicação de medidas assistenciais de prevenção e tratamento baseadas neste protocolo.

#### 2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todas as áreas de internação de paciente

#### 3. SIGLAS:

LPP – Lesão Por Pressão


LAI – Lei de Acesso à Informação

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

#### 4. MATERIAIS:

- Sistema Tasy – Escala de Braden
- Prescrição do paciente
- Identificação Beira leito

	<b>MANUAL – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>		
	Código: MAN.HC.NSP.006	Versão: 002	Página: 2 de 14

## 5. PROCEDIMENTO:

Lesão por pressão é um dano localizado na pele ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada a 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 ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, perfusão, comorbidades, nutrição e pela sua condição.

A prevenção de lesão por pressão é uma tarefa contínua da equipe de enfermagem em conjunto com a equipe interdisciplinar, sendo necessário um acompanhamento regular das possíveis alterações no estado clínico do paciente, com inspeções diárias de pele visando os primeiros indícios de danos à pele com a alteração do plano de assistência quando necessário.

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco.

### Fatores de risco para o desenvolvimento de Lesão por Pressão:

#### Fatores Externos

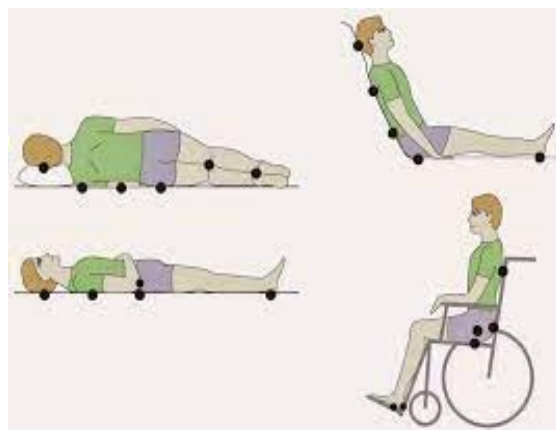
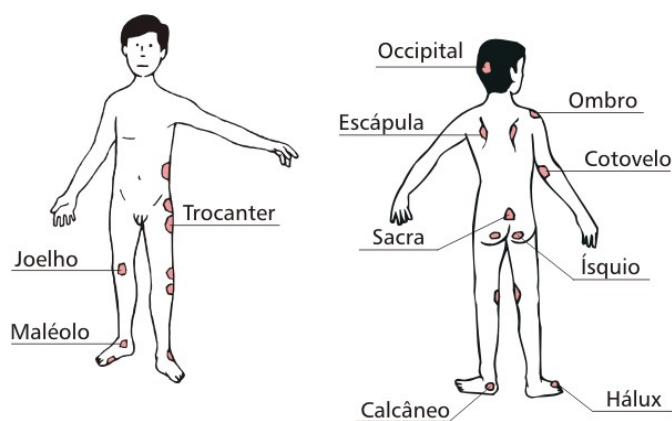
- **Pressão contínua:** quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.
- **Cisalhamento:** ocorre quando o paciente desliza na cama; o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele das nádegas permanece imóvel. Um dos piores hábitos é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, que favorece o deslizamento, causando dobras na pele (cisalhamento)
- **Fricção:** ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A causa mais comum é “arrastar” o paciente ao invés de levantá-lo. A umidade piora os efeitos da Fricção.
- **Umidade:** é importante diminuir a exposição da pele a umidade excessiva, para que não haja rompimento da epiderme.
- **Dispositivo:** Dispositivos médicos já foram identificados como potencialmente causadores de lesões, por exemplo, colar cervical, máscara de ventilação não invasiva (Pressão Positiva Contínua Nasal / CPAP), cânulas nasais, oxímetro de pulso, talas e aparelhos gessados, cateteres urinários, tubo naso ou orotraqueal, fixadores de tubo traqueal, traqueostomia, tubo ou cateter nasogástrico ou nasoentérico e meias para prevenção de trombos. A utilização desses dispositivos médicos no tratamento do paciente, em conjunto com o seu estado de saúde, constitui um fator de risco adicional para o aparecimento de LPP, que podem surgir em localizações pouco habituais, por exemplo, orelha, nariz, pescoço, abdômen, membros superiores e inferiores.

#### Fatores Internos

- **Idade Avançada:** o idoso é mais susceptível às lesões e ao retardo das fases de cicatrização devido à deficiência nutricional, ao comprometimento imunológico, circulatório e respiratório, ao ressecamento da pele e fragilidade capilar. Outras características da idade que aumentam a suscetibilidade às lesões são: a produção de vitamina D, a resposta inflamatória, a síntese de colágeno, a angiogênese, a velocidade de cicatrização e a diminuição da espessura da derme.

- **Doenças concomitantes:** Hipertensão Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Hepatopatias, Nefropatias, Problemas Vasculares e Neoplasias retardam ou impedem a evolução do processo de cicatrização.
- **Condições nutricionais:** são os nutrientes que fornecem o substrato necessário para o organismo realizar o processo reconstrutivo e para fazer frente às infecções. A deficiência de alguns nutrientes compromete diretamente no processo cicatricial. O paciente deve ser acompanhado com exames laboratoriais e dados antropométricos.
- **Drogas sistêmicas:** corticóides, agentes citotóxicos, penicilina, entre outras inibem o processo de cicatrização.
- **Mobilidade reduzida ou ausente:** clientes com diminuição da capacidade de mudar de posição de forma independente devem ter a pressão local aliviada pela mudança de decúbito.

Locais mais comuns para o aparecimento de lesão por pressão.



**Etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:**

#### Etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:


A avaliação consiste na análise de dois fatores:

- Avaliação do risco de desenvolvimento de LPP;
- Avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as

	<b>MANUAL – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>		
	Código: MAN.HC.NSP.006	Versão: 002	Página: 4 de 14

fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

Na avaliação do risco para desenvolvimento de LPP utiliza a Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos. As escalas de Braden Q e Braden caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preventivas são entretanto um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o score alcançado na escala, à avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

Em toda admissão dos pacientes o Enfermeiro deverá realizar a escala de BRADEN através do sistema tasy para avaliar o risco ou detectar a existência de LPP:

AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO (ESCALA DE BRADEN)					
FATOR	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTOS
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b>	COMPLETAMENTE LIMITADO []	MUITO LIMITADO []	LEVEMENTE LIMITADO []	NENHUMA LIMITAÇÃO []	
<b>UMIDADE</b>	CONSTANTEMENTE []	MUITO []	OCASIONALMENTE []	RARAMENTE []	
<b>ATIVIDADE</b>	ACAMADO []	RESTRITO À CADEIRA []	CAMINHA OCASIONALMENTE []	CAMINHA FREQUENTEMENTE []	
<b>MOBILIDADE</b>	COMPLETAMENTE IMOBILIZADO []	MUITO LIMITADO []	LEVEMENTE LIMITADO []	NENHUMA LIMITAÇÃO []	
<b>NUTRIÇÃO</b>	MUITO POBRE []	PROVAVELMENTE INADEQUADO []	ADEQUADA []	EXCELENTE []	
<b>FRICÇÃO OU CISALHAMENTO</b>	PROBLEMA []	PROBLEMA POTENCIAL []	NENHUM PROBLEMA []	----	
SEM RISCO			DE 23 À 19 PONTOS		<b>TOTAL</b>
RISCO LEVE			DE 18 À 15 PONTOS		
RISCO MODERADO			DE 14 À 13 PONTOS		
RISCO ELEVADO			MENOR OU IGUAL À 12 PONTOS		----

#### **Passo a Passo para realizar a avaliação via sistema tasy**

- Prontuário Eletrônico Paciente – PEP;
- Localizar o Paciente no sistema, local de internamento, nome completo ou número de atendimento;
- Clicar 2 vezes para abrir a árvore do paciente;
- Escolher “**Escala e Índices**”;
- Na aba superior selecionar “**Braden**”;
- Clicar em “Adicionar”
- Preencher escala conforme avaliação do paciente;
- Após o preenchimento clicar em “**Salvar**” e “**Liberar**”;
- Verificar resultado;
- Registrar em Prescrição médica e evolução de enfermagem;
- Sinalizar placa de identificação beira leito caso apresente risco;
- Orientar equipe sobre medidas preventivas;

#### **Importante:**

Avaliar a integridade da pele na admissão, aplica a escala de Braden a cada 24h. Identificar o risco do paciente na identificação beira leito, preenchendo o círculo caso apresente risco.

Constatado risco ou detectada a existência de LPP, o enfermeiro deverá prescrever, supervisionar e evoluir o cuidado em prontuário. Em caso de abertura de LPP o enfermeiro deverá abrir protocolo de curativo para registro e acompanhamento da lesão.

#### **Etapas 2 - Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP dos pacientes Internados**

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial de risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária e a determinação do grau de risco permite ao enfermeiro ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O enfermeiro deverá realizar aplicação de escala de Braden diariamente.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe interdisciplinar na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

#### **Etapas 3 - Inspeção diária da pele**

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes

agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental.

Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP como as regiões anatômicas sacrais, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.

A inspeção da pele deve ocorrer durante o banho e nas troca de fralda a fim de minimizar o risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

#### Etapa 4 - Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade de corrente de incontinência, transpiração ou exsudato deferidas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.


#### **Higienização e hidratação da pele**

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de lesão por pressão. Preconizamos hidratante cuja base seja AGE, TCM, com vitamina A e E, hipoalérgico.
- 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.
- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesão por pressão, pois outros fatores corroboram para essa prevenção.

#### **Manejo da umidade**

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.
- Controlar a umidade através da determinação da causa. (Usar absorventes ou fraldas).
- Quando possível oferecer uma padronização (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.

**Observação:** Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade como extravasamento de drenos sobre a pele exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em

	<b>MANUAL – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>		
	Código: MAN.HC.NSP.006	Versão: 002	Página: 7 de 14

pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

#### Etapa 5 - Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo, geralmente acompanham déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequada. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que o médico e o nutricionista fossem consultados pelo enfermeiro nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

#### **Algumas medidas importantes devem ser tomadas, são elas:**

- Avaliar e notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao médico e nutricionista a fim e instituirás medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.
- Avaliar e comunicar o médico e nutricionista a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

#### Etapa 6 - Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão especialmente sobre as proeminências ósseas é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP.

Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e consequentemente. Manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.

Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e



almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

### **Mudança de decúbito ou reposicionamento**

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso).
- Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.
- O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior à 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.
- Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

### **Medidas preventivas de fricção e cisalhamento**

- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção



e cisalhamento.

- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de lesão por pressão por fricção.

(Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito entre 35° a 40°) para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

### **Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão**

#### Uso de colchões e camas na prevenção de LPP.

- Utilizar colchões de ar, conforme determina a NR-32 (32.2.4.13 - os colchões, colchonetes e demais almofadados devem ser revestidos de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização) em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP. **Nota:** Manuseio do colchão de ar;
- Na utilização do Colchão de Ar o colaborador deverá observar a capacidade máxima de peso;
- Verificar a voltagem do compressor (110/220 w);
- Observar se o paciente não é alérgico ao vinil ou material específico do colchão;
- Realizar a limpeza concorrente e terminal com Hipoclorito de Sódio – 1%;
- Guardar o equipamento e colchão em local limpo e arejado.

A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão.

Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.

Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesão por pressão.

#### Uso de superfície de apoio para prevenção de lesão por pressão nos calcâneos.

Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão). Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.

Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Uso de superfície de apoio para prevenir lesão de pressão na posição sentada.

Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

**Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco**

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

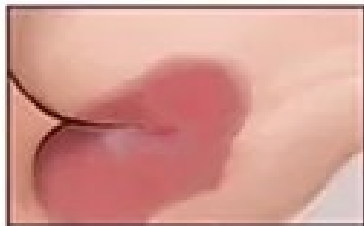
Quadro 1 – Demonstrativo de medidas preventivas conforme classificação de risco, utilizando como referencial a Escala de Braden.

Risco baixo 15 a 18 pontos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cronograma de mudança de decúbito</li><li>- Otimização da mobilização;</li><li>- Proteção do calcanhar;</li><li>- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.</li></ul>
Risco moderado 13 a 14 pontos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Continuar as intervenções do risco baixo;</li><li>- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.</li></ul>
Risco alto 10 a 12 pontos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Continuar as intervenções do risco moderado;</li><li>- Mudança de decúbito frequente;</li><li>- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.</li></ul>
Risco muito alto < a 9 pontos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Continuar as intervenções do risco alto;</li><li>- Utilização de coxins / posicionadores com superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar;</li><li>- Manejo da dor</li></ul>

**Classificação da lesão por pressão**

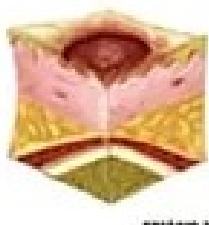
**Estágio 1**

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada. A hiperemia não regride após alívio da pressão há edema discreto. Neste tipo de lesão observa-se a cicatrização espontânea se forem realizadas as ações preventivas tais como mudança de decúbito, posicionamento do paciente, etc.



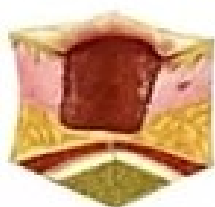
## Estágio 2

Perda da integridade da epiderme, com comprometimento da derme. Lesão superficial com leito vermelho pálido, sem esfacelos (tecido desvitalizado). Pode ainda apresentar-se como bolha intacta (exsudato seroso), ou aberta (rompida).



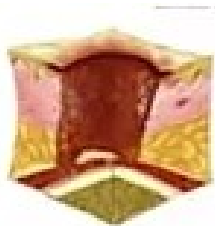
## Estágio 3

Comprometimento até tecido subcutâneo que fica visível, sem exposição óssea, tendão ou músculo. Pode haver esfacelo, incluindo descolamento da pele e tunelização (formação de túneis relacionados com a profundidade).



## Estágio 4

Comprometimento com perda total de tecido com exposição, de músculo ou tendão. Pode haver esfacelo, ou escara (tecido morto de cor preta com textura seca semelhante a couro). Este tipo de ferida frequentemente inclui descolamento e túneis. Pode afetar músculos e estruturas de suporte como fáscia, tendão ou capsula articular, levando ao aparecimento de uma osteomielite.



### Tratamento da lesão por pressão

#### Tratamento tópico:

- **Procedimentos de limpeza e de desbridamento:** a técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção. A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação
- **Aplicação de terapias tópicas:** a prescrição das coberturas será embasada nas recomendações do preparo do leito da lesão que preconiza fazer as seguintes observações clínicas: tipo de tecido; estadiamento da lesão; quantidade de exsudato; presença de sangramento; sensibilidade à dor e presença de infecção. As coberturas incluem: as primárias, as secundárias e os dispositivos de fixação/suporte.

#### Tratamento sistêmico:

- **Intervenções sistêmicas:** A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajustes dos fatores intrínsecos do paciente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da LPP. É importante considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional. A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão e guia para adequações nutricionais e metabólicas.

### Registro da lesão por pressão

- Fase do processo de cicatrização (uma lesão altera o estágio conforme a evolução mesmo apresentando tecido de epitelização ela será classificada com o estágio da primeira avaliação ex: úlcera por pressão estágio 4 apresentando tecido de epitelização);
- Profundidade em cm, presença de túnel e/ou fístula e descolamento;
- Presença de exsudato, aspecto, coloração, quantidade, consistência, dor, localização e extensão;
- Características de ferida tipo de tecido (esfacelo, epitelização e necrose);
- Aspecto de borda e pele ao redor da ferida (hiperemia, edema, calor, coloração, ressecamento e algia);
- Tipo de desbridamento;
- Queixas referidas pelo paciente durante a realização do procedimento (dor, desconforto e prurido);
- Tipo de curativo realizado (oclusivo, aberto, compressivo, data e horário de realização e cobertura utilizada);
- Registrar o número de trocas;
- Registrar medidas e ações de prevenção adotadas;
- Registrar o resultado da Escala de Braden na evolução multiprofissional;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Orientar o paciente e acompanhante, quando houver, quanto aos cuidados a serem adotados com a pele fragilizada e lesões.

### PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE

Todas as notificações deverão ser registradas em ficha de notificação de lesão por pressão, encaminhar para o Núcleo de Segurança do Paciente, as quais serão analisadas e monitoradas.

O envolvimento dos profissionais é de suma importância, pois a subnotificação pode retardar a identificação de sinais, impedindo a adoção de medidas preventivas. O sucesso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificantes.

#### **AUDITORIAS DE RISCO**

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados na instituição com o objetivo de acompanhar o cumprimento das diretrizes estabelecidas neste protocolo, e garantir a segurança do paciente durante o seu atendimento.

#### **6. RESPONSABILIDADE:**

A todo profissional da instituição.

#### **7. FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS:**

Ficha de Notificação de Incidente de LPP – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

#### **8. FLUXOGRAMA:**

Não se aplica

#### **9. INDICADORES:**

- Incidência de LPP;
- Percentual de pacientes submetidos a avaliação de LPP na Admissão
- Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP

#### **10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**


Protocolos Clínicos – Feridas Hospitalares – Lesão por Pressão / FHEMIG / 05/11/2013.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anexo 2 – Protocolo para Prevenção de Lesão por pressão/ Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 09/07/2013.

Assistência de enfermagem nas intervenções clínicas e cirúrgicas/ [equipe lippincott Williams & Wilkins]; tradução Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Ana Cristina Silva de Carvalho. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

[Manual de Prevenção de Lesões de Pele; Rita de Cássia Domansky e Eline Lima Borges \(Org.\) ; Editora Rubio, 2014.](#)

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE, 13/04/2016.

 <p><b>HOSPITAL DO CENTRO</b> <i>Sempre cuidando de você!</i></p>	<b>MANUAL – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>		
	Código: MAN.HC.NSP.006	Versão: 002	Página: 14 de 14

<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/14-Mucous-Membrane.jpg>>acessado em 05/01/2020 às 08h00min.

#### 11. HISTÓRICO DE REVISÕES:

21/02/2024 - Atualizado e Revisado