



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO
DE LESÃO POR PRESSÃO**

**NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE -
NSP**

2023



FCECON
FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE E DE ONCOLOGIA
DO ESTADO DO AMAZONAS

Documento que padroniza a prática dos profissionais de Saúde da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, na identificação, monitoramento e implementação de medidas para prevenção de lesão por pressão em pacientes.

Data Emissão	Data de Vigência	Próxima Revisão	Revisão
JANEIRO/2023	2023/2025	JANEIRO/2025	02

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:



SUMÁRIO

1. FINALIDADE	5
2. JUSTIFICATIVA	5
3. ABRANGÊNCIA (ÂMBITO, PONTO DE ASSISTÊNCIA E LOCAL DE APLICAÇÃO)	6
4. DEFINIÇÃO	6
5. INTERVENÇÕES	9
ETAPA 1	9
5.1. Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes	9
ETAPA 2	9
5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados	9
ETAPA 3	10
5.3. Inspeção diária da pele	10
ETAPA 4	10
5.4. Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada	10
ETAPA 5	11
5.5. Otimização da nutrição e da hidratação	11
ETAPA 6	11
5.6. Minimizar a pressão	11
a) Mudança de decúbito ou reposicionamento	12
b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento	14
c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão	14
5.7. Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco	15
5.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de BRADEN)	15
5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de BRADEN)	15
5.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de BRADEN)	16
5.7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de BRADEN)	16
6. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP	16
7. INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE LPP	16
8. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES	17



REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	21
A. ESCALA DE BRADEN	21
B. PLACAS PARA RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	22
C. FLUXOGRAMA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	23
D. FLUXOGRAMA PARA TRATAMENTO DE LPP.....	24
E. FOLDER: ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES E ACOMPANHANTES.....	25
F. CARIMBO: ATENÇÃO RISCO DE LPP.....	26



1. FINALIDADE

Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele, seguindo as normas preconizadas pela Anvisa e Ministério da Saúde, aplicando a Escala de BRADEN na SAE.

2. JUSTIFICATIVA

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.
- Cuidados agudos: as taxas de prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.

Lesões por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao



desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

3. ABRANGÊNCIA (ÂMBITO, PONTO DE ASSISTÊNCIA E LOCAL DE APLICAÇÃO)

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

4. DEFINIÇÃO

4.1. Lesão por pressão 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.

4.2. Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças Cortantes.

4.3. Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece



ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

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. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.



Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbolo (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. 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 Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (*Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4*). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Definições adicionais:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.



Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

5. INTERVENÇÕES

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.

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1

5.1. Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

5.1.1. A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

5.1.2. A 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).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden pediátrica.

ETAPA 2

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados



A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

ETAPA 3

5.3. 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.

ETAPA 4

5.4. 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 decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. 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.

ETAPA 5

5.5. 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 os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes malnutridos 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 adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

ETAPA 6

5.6. 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, conseqüentemente, 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 lesão.

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 avaliar os pacientes no pré-operatório, que passarão por procedimentos cirúrgicos prolongados e realizarem a colocação de placa de hidro coloide na região sacra e trocanteres; no intraoperatória, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pós-operatório aplicar a escala de Braden.

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

I. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

II. 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.



III. 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.

IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

V. 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.

VI. 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.

VII. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

VIII. 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.

IX. 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.



b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

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

II. 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.

III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

IV. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera 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 acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

I. Uso de colchões na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões 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 lesões por pressão.



II. Uso de superfícies de apoio para a 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.

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.

III. Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras 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.

5.7. 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:

5.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de BRADEN).

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de BRADEN).



- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

5.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

5.7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

6. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP

- No caso de o paciente desenvolver LPP, realizar medidas de tratamento conforme classificação do estágio da Lesão;
- Orientar paciente e familiares quanto as medidas preventivas para não agravar o estágio da lesão;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de LPP e a conduta realizada;
- Notificação para o enfermeiro plantonista e preenchimento do Formulário de Incidentes/Eventos Adversos para o Núcleo de Segurança do Paciente que fica na pasta do setor.
- Em caso de LPP estágio 3 e/ou estágio 4 encaminhar a notificação de eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente localizado no 3º andar em até 48h.

7. INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE LPP

- Dados gerais do paciente contendo (Nome completo, SAME, data de nascimento, data da internação, setor...);
- Descrever como ocorreu o incidente/evento adverso;
- Período do dia em que ocorreu o incidente/evento adverso;
- Local, estágio e tratamento utilizado na LPP;



- Condições clínicas do paciente que favoreceram o desenvolvimento da LPP;
- Fatores que predispõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Registro da avaliação / conduta médica após a identificação da LPP;
- Consequências da LPP;
- Prorrogação no tempo de permanência do paciente, devido à LPP.

8. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

8.1. Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

8.2. Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP.

8.3. Incidência de LPP.

8.4. Prevalência de pacientes com LPP

8.5. Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Apropriado para Lesão por Pressão





REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017. PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf>

2. Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Disponível em:

<<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em 17/07/2017







ANEXOS

A. ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN	
PERCEÇÃO SENSORIAL: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	<p>1. TOTALMENTE LIMITADO: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esboja) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído, ou capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do corpo.</p> <p>2. MUITO LIMITADO: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p> <p>3. LEVEMENTE LIMITADO: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p> <p>4. NENHUMA LIMITAÇÃO: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
UMIDADE: Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	<p>1. COMPLETAMENTE MOLHADO: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. A umidade é detectada às movimentações do paciente.</p> <p>2. MUITO MOLHADO: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p> <p>3. OCASIONALMENTE MOLHADO: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p> <p>4. RARAMENTE MOLHADO: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>
ATIVIDADE: Grau de atividade física.	<p>1. ACAMADO: Confinado a cama.</p> <p>2. CONFINADO À CADEIRA: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p> <p>3. ANDA OCASIONALMENTE: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.</p> <p>4. ANDA FREQUENTEMENTE: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.</p>
MOBILIDADE: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<p>1. TOTALMENTE MÓVEL: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p> <p>2. BASTANTE LIMITADO: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p> <p>3. LEVEMENTE LIMITADO: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p> <p>4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.</p>
INUTRIÇÃO: Padrão usual de consumo alimentar.	<p>1. MUITO POBRE: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticíneos) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias.</p> <p>2. PROVAVELMENTE INADEQUADO: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne e laticíneos por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p> <p>3. ADEQUADO: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticíneos) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. EXCELENTE: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticíneos. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</p>
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:	<p>1. PROBLEMA: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguer-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máxima de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.</p> <p>2. PROBLEMA EM POTENCIAL: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente escorrega um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.</p> <p>3. NENHUM PROBLEMA: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.</p>
<p># RISCO BAIXO 15-18 PONTOS # RISCO MODERADO 13-14 PONTOS # RISCO ALTO 10-12 PONTOS # RISCO MUITO ALTO ≤ 9 PONTOS</p>	

Fonte: Arquivo da Campanha de Lesão por pressão da FCECON.



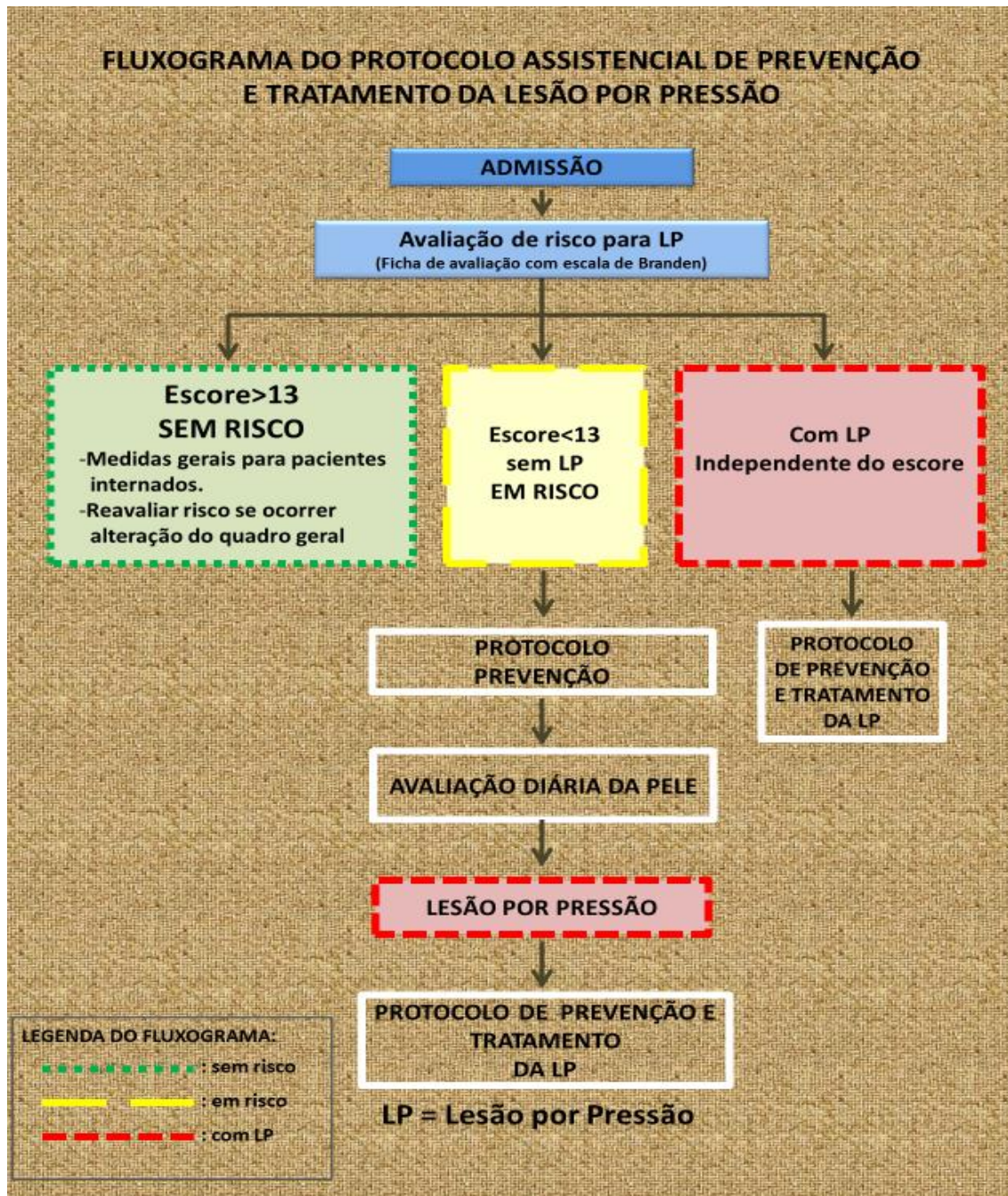
B. PLACAS PARA RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO



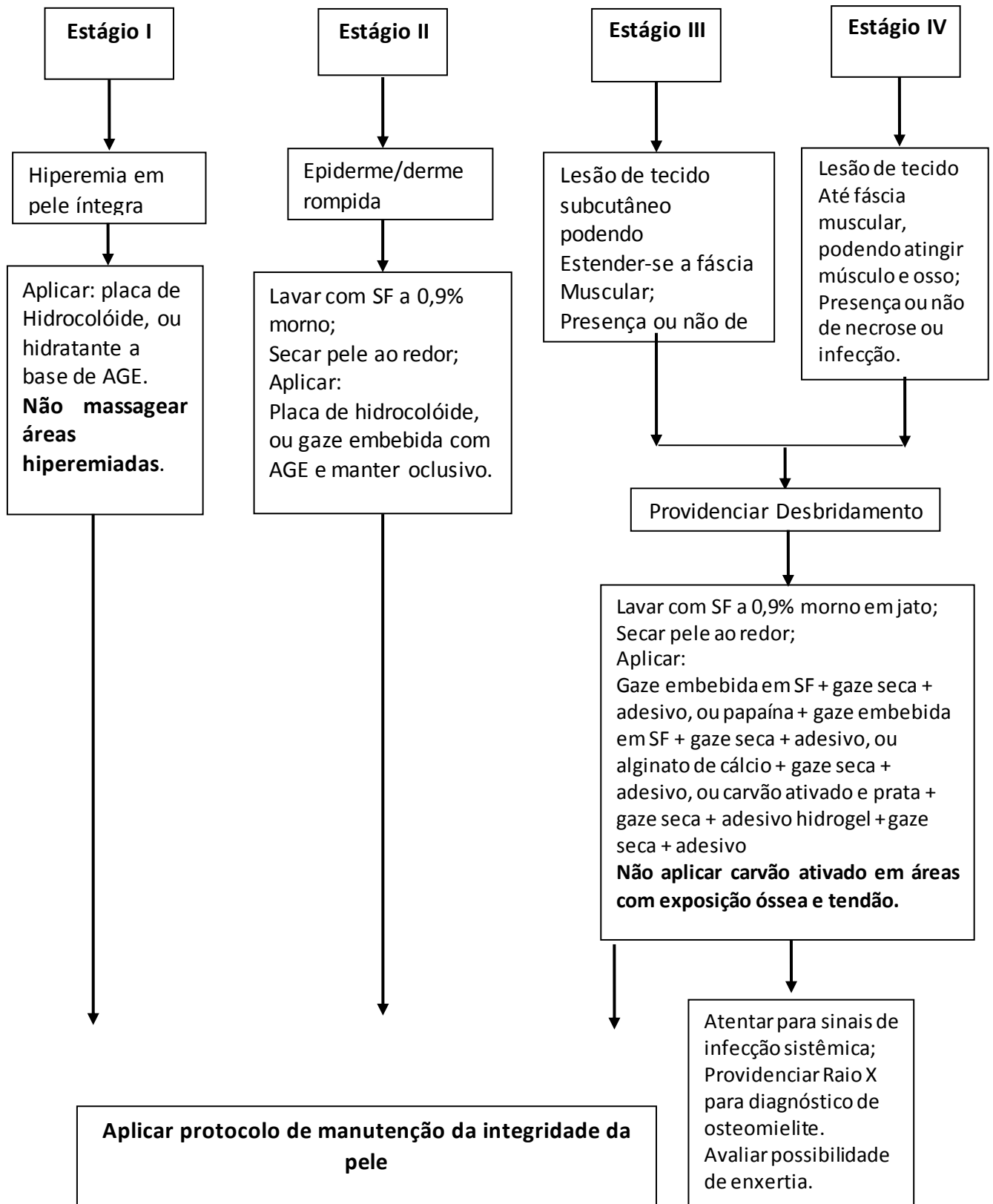
Fonte: Arquivo de dispositivo móvel.



C. FLUXOGRAMA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO



D. FLUXOGRAMA PARA TRATAMENTO DE LPP



E. FOLDER: ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES E ACOMPANHANTES

LESÃO POR PRESSÃO

O QUE É?

É um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma saliência 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.



PESSOAS COM RISCO DE DESENVOLVER LESÃO POR PRESSÃO

- Com mobilidade reduzida;
- Com incontinência urinária;
- Com perda de sensibilidade;
- Com desnutrição.

PREVENÇÃO

- Quando colocar o paciente de lado, apoiar travesseiros entre as pernas para diminuir a pressão entre os joelhos e os pés;



- Quando colocar o paciente sentado na própria cama, apoiar travesseiros por baixo dos joelhos e apoiando os braços, dessa maneira evita que o paciente escorregue ou tombe para o lado;
- Atenção com os calcanhares: apoiar um travesseiro por baixo das pernas, deixando os pés livres sem encostar no colchão.



- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés



- Fazer uso de hidratantes corporais todos os dias e de preferência após o banho;
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas ósseas ou áreas avermelhadas;
- Mudar a posição do paciente a cada 02 horas, sempre observando a pele. Se houver alguma alteração, comunicar a equipe;

F. CARIMBO: ATENÇÃO RISCO DE LPP

**ATENÇÃO
RISCO DE
LPP**

