	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

1. OBJETIVO

1.1 Geral:

Reduzir a incidência de LPP adquiridas durante a hospitalização. Proporcionando atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e, sobretudo, seguro aos clientes e familiares.

1.2 Específicos:

Reduzir o tempo de hospitalização gerada pelo desenvolvimento de LPP;

Padronizar condutas e materiais no âmbito institucional para promover a prevenção de lesão por pressão (LP);

Definir responsabilidades da enfermagem no âmbito institucional, fornecendo orientações para a identificação precoce das alterações da integridade da pele;

Estabelecer barreiras e reduzir variáveis latentes para a instalação de eventos adversos preveníveis direcionando a escolha de medidas preventivas de forma individualizada.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Clientes hospitalizados adultos identificados com riscos para o desenvolvimento de LPP (escores nas escalas Braden \leq 18 pontos e Braden Q \leq 16 pontos).

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ambulatório e Pronto socorro, **exceto semi-intensivo**.

4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1 Definição:

Lesão por pressão (LLP): Segundo Para o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a definição 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.

Cisalhamento: Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes. Estadiamento de LPP: Classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

4.2 Fatores predisponentes

Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção.

Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) > 30 Kg/m² e < 14,5 Kg/m², anemia, deficiência nutricional proteica; idade avançada (idosos), hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; Imunossupressão; doenças renal, cardiovascular, neuromuscular e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas, alteração do nível de consciência, desnutrição ou desidratação, história prévia de LPP).

4.3 Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão

- Realizar a avaliação de risco de todos os pacientes na admissão;
- Realizar a reavaliação diária de todos os pacientes internados de forma criteriosa, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos;
- Uso de colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão;
- Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares;
- Manutenção da higiene corporal, mantendo a pele limpa e seca;
- Hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes;
- Manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas;
- Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas. Mudança de posição a cada duas horas para reduzir a pressão local;
- Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

4.4 Responsabilidades

Enfermeiro:

Identificar e classificar o perfil de risco do cliente hospitalizado, na unidade para subsidiar os indicadores e as intervenções (na admissão e diariamente durante o período de internação através da escala de braden).

Prescrever e implementar ações preventivas e de identificação precoce para LPP, de maneira individualizada.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Avaliar os resultados e reavaliar o plano de intervenções individual, de acordo com a Prática Baseada em Evidências (PBE).

Divulgar a incidência de LPP e reavaliar as ações de prevenção, mensalmente.

Supervisionar o cumprimento das ações e promover capacitação contínua a equipe de enfermagem. Registrar diariamente a evolução da pele do paciente as ações de intervenção e de monitoramento. Notificar as LPPs desenvolvidas na instituição.

Técnico de Enfermagem:

Implementar o plano de intervenções prescrito pelo enfermeiro.
Identificar a LPP precocemente e comunicar ao enfermeiro.
Registrar as ações de intervenção e de monitoramento

5. PROCEDIMENTO PADRÃO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO/LPP

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

ETAPA 1

5.1 Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

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).

5.1.1 Avaliação:

Para direcionar a avaliação de risco deverá ser utilizado a Escala de Braden (EB) que proporciona uma avaliação criteriosa para o direcionamento de intervenções de aspectos preventivos para detecção precoce. A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade.

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.

PONTOS	1	2	3	4
PERCEPÇÃO	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
UMIDADE	Completamente molhado	muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
ATIVIDADE	acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	anda
MOBILIDADE	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitação
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	adequada	excelente
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	problema	Problema potencialmente	Nenhum problema	—
Risco muito alto			6 a 9 pontos	
Risco alto			10 a 12 pontos	
Risco moderado			13 a 14 pontos	
Risco leve			15 a 18 pontos	

Fonte: Escala de Braden Paranhos (1999)


Definição de cuidados

Risco baixo (15 a 18 pontos)

Auxiliar a mudança de decúbito	Com alternância de posições de 2/2 horas.
Estimular movimentação no leito	Com exercícios com variação de movimentos.
Estimular movimentos ativos	Orientá-lo a fazer os movimentos regularmente. Com exercícios de suspensão do próprio peso (elevar a região glútea com apoio dos membros inferiores), pelo maior tempo possível, a cada 30 minutos.
Proporcionar posição confortável ao cliente	Proporcionar posição confortável ao cliente em colchão hospitalar, com alinhamento postural e distribuição do peso.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Manter cabeceira elevada	À 30º (considerando a altura do travesseiro), em posição semi-Fowler.
Proteger a pele das proeminências ósseas S/N	De calcêneos, elevando-os acima da superfície da cama, com auxílio de um acolchoado sob a região posterior da perna, mantendo os joelhos levemente flexionados. Não utilizar almofadas tipo argola.
Realizar banho de leito Realizar higiene corporal no chuveiro	Utilizando sabonete hipoalergênico e água morna, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas, 1 vez/dia.
Hidratar a pele	Sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente) suspender o uso do produto, se o cliente apresentar sudorese intensa ou reações alérgicas. Comunicar e registrar.
Implementar cuidados com eliminação urinária. Realizar a higienização perineal após cada evacuação. Aplicar barreiras de proteção com cremes e/ou absorventes de umidade.	Higienizar a pele com água e sabonete hipoalergênico. Secar e aplicar o (creme/fluido protetor cutâneo) nas regiões genital, inguinal e perianal. Nas regiões genital, inguinal e perianal, após a higienização. Suspender o uso do (produto), se reações alérgicas. Comunicar e registrar.
Controlar a umidade da pele	Avaliar e tratar os diferentes processos que podem originar excesso de umidade na pele: incontinência, sudorese excessiva, drenagens e exsudatos de feridas. Realizar, após cada eliminação urinária ou fecal ou diante da presença da umidade na pele
Monitorar fontes de pressão e fricção da pele	Verificar se os lençóis da cama estão bem esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele. Não deixar extensões de drenos/cateteres e outros sob o cliente.
Estimular ingestão alimentar.	Estimular ingestão alimentar. Quantificar a aceitação. Comunicar não conformidades ao enfermeiro/médico/nutricionista. Identificar os fatores que comprometem a ingestão esperada de nutrientes (dor, engasgos, dispneia, disfagia, preferência alimentar e outros). Comunicar e registrar. Implementar.


	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Estimular ingestão hídrica	Quantificar a ingestão hídrica no formulário de controles. Inspeccionar sinais associados de desidratação (boca seca; olhos fundos; constipação/diarreia; pele/mucosas desidratadas e outros).
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados	Edema, dor, tumefação (rigidez) e/ou bolhas, sobre as proeminências ósseas, a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente). Comunicar e registrar não conformidades
Orientar o paciente/familiar sobre formas de adaptar-se as suas limitações/ Estimular o autocuidado	Orientar o paciente/familiar sobre formas de adaptar-se as suas limitações. Estimular o autocuidado. Os cuidados de prevenção de LPP e mudanças de hábitos no domicílio, mediante entrega do folder de cuidados pós-alta. Colaborar no plano terapêutico do Assistente Social.
Implementar cuidados com sonda nasoentérica. Alternar local da passagem da sonda gástrica. Implementar cuidados com a contenção mecânica. Implementar cuidados com a traqueostomia. Implementar cuidados com sondagem vesical de demora. Implementar cuidados com dreno	Monitorar o posicionamento e presença de trações do (cateter/drenos/fixadores). Observar a integridade da pele/mucosa e relatar não conformidades ao enfermeiro. Alternar os locais de fixação do dispositivo. Remover fitas adesivas com cuidado. Proteger a pele com espuma fenestrada ou curativos específicos (ambos indicados para estomias, drenos, cateteres e sondas).

Risco Moderado (13 a 14 pontos)

- Continuar as intervenções do risco baixo

Realizar a mudança de decúbito	Lateral direito, dorsal, lateral esquerdo, de 2 em 2 horas ou conforme necessidade no caso de menor intervalo (aprazamento máximo de 2 horas). Lateral inclinado a 30°, com dispositivos acolchoados (travesseiro ou trapézio de espuma de poliuretano e outros) entre as proeminências ósseas, com suporte para o braço e costas. Comunicar e registrar intolerâncias de posição e no aprazamento determinado.
--------------------------------	---

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Realizar movimentos passivos e estimular movimentos ativos	Colaborar com o plano terapêutico do Fisioterapeuta.
Manter colchão de fluxo de ar alternado (pneumático)	Monitorar se está cheio, sem vazamentos, a cada plantão.
Proteger a pele das proeminências ósseas	Com cobertura protetora (placas de hidrocoloide finas e filme transparente de poliuretano não esterilizado indicados para reduzir atrito sobre a pele ou espuma de poliuretano específica de acordo com a região para reduzir a pressão). ☑ Remover a placa de hidrocoloide a cada 7 dias, ou antes, quando bordas de poliuretano não esterilizado, se solto e úmido.

Risco alto e muito alto (≤ 9 pontos a 12 pontos)

- **Continuar as intervenções do risco moderado**


Promover segurança e conforto Proporcionar posição confortável ao cliente	Com colchões pneumáticos com fluxo alternado de ar.
Investigar com o paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, aplicação de calor ou frio, repouso ou movimento, durante respiração profunda ou tosse.	Comunicar ao enfermeiro não conformidades e registrar na evolução.
Avaliar a necessidade de administrar analgesia	Identificar intensidade de dor, conforme prescrição e registrar. Após a execução do banho no leito, curativos, mudança de decúbito e outros.
Reavaliar a dor de 30 minutos a 1 hora após manejo	Registrar o resultado prontuário.

ETAPA 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 ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente.

Recomendação:

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

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

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional 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.

ETAPA 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 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. A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional.

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesão por pressões existentes.

Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões **anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.**

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas. Obs. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

paciente.

PRESCRIÇÃO E CUIDADO

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.

Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:

a) 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 úlceras por pressão.
- 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

b) 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 (nível

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

de evidência.

- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas. Quando possível, oferecer um aparador (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 pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

C) Otimização da nutrição e da hidratação A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP 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 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 adequado. Desta forma o acompanhamento nutricional se faz obrigatório, para tal deve-se:

- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre 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.
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão
- O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP .

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,

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

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 úlcera por pressão.

Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão:


- Usar inclinação de 30º em semi-fowler e laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo) sempre que o paciente tolerar e a sua condição clínica permitir;
- Usar forro móvel de elevação para movimentação do paciente acamado;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre cateteres, tubos, drenos e proeminências ósseas com hiperemia;
- Utilizar dispositivos de suspensão dos calcâneos que elevem completamente numa total ausência de carga e forma a distribuir o peso da perna ao longo da parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. Manter o joelho levemente fletido;
- Se o paciente não pode ser movido ou está posicionado com a cabeceira elevada acima de 30º; coloque uma espuma de poliuretano sobre o sacro;
- Utilizar um curativo de proteção (hidrocoloide extra fino) sob dispositivos médicos;
- Não utilizar os seguintes dispositivos para elevar calcâneo: dispositivos em forma de anel, luvas cheias de água;
- Evitar uso de anel de espuma de recorte ou rosca;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre o seu trocânter;

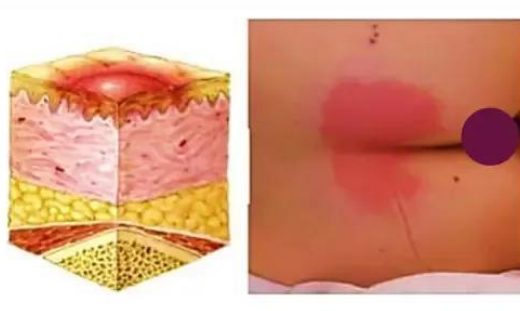
5.1 Classificação da lesão por pressão

Estágio I: eritema não branqueável

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	



Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

Estágio II: perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).

As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.




Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

Estágio III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitaria e encapsulamento.

A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

desenvolver-se úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes.


A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica.

Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais.

Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Outros estágios:

Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, é, no entanto, uma lesão de estágio III ou IV.




Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

Obs. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Damasceno Diretoria Geral – Neio Lucio Fraga Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Suspeita de lesão nos tecidos profundos:

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.

A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura.

A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: É caracterizada pela formação de LPs em regiões incomuns, relacionadas ao uso de equipamentos que são usados para diagnóstico e recuperação de pacientes como cateteres, sondas, bolsas de colostomia, (NPIAP, 2019).




Fonte: NPIAP (2019, p. 199).

Complicações da LPP

Alteração funcional permanente ou temporária;
Osteomielite;
Danos psíquicos-sócio-espirituais;
Sepse;
Óbito.

Monitoramento

Será através de indicador conforme fórmula descrita no item 8.0

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Diretoria Geral – Neio Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

7. FLUXOGRAMA

(Não se aplica)

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Diretoria Geral – Neio Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

8. INDICADOR

Incidência de lesão por pressão

Nº de novos casos de pacientes com LP Nº de exposto ao risco de adquirir X1000

9. ANEXOS

Não aplicável

10 HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaboração e padronização

Revisão	Alterações
000	Emissão Inicial

11 REFERÊNCIAS

Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO:. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 03/05/2013.

ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017 . Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde .Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA .Outubro/2017

	PROTOCOLO	CÓDIGO PROT.HABF.004
	TÍTULO: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	
ELABORADO POR: Enfermeira do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente – Rosa Maria Corrêa de Souza	APROVADO POR: Diretoria Técnica – Daniela Mill Diretoria Geral – Neio Pereira	
REVISADO POR: Analista da Qualidade – Theone Valadares Soares	Data Aprovação: 18/08/2022	
	Versão: 00	

Responsável pela Elaboração	Responsável pela Revisão	Responsável pela Aprovação
Rosa Maria Corrêa de Souza	Theone Valadares Soares	Daniela Mill Damasceno Neio Lucio Fraga Pereira

ASSINATURAS (4)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

NEIO LUCIO FRAGA PEREIRA
DIRETOR
DGER (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 18/08/2022 15:24:52 -03:00

DANIELA MILL DAMASCENO
MÉDICA DA REGULAÇÃO
DTEC (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 19/08/2022 13:05:57 -03:00

THEONE VALADARES SOARES
ANALISTA DA QUALIDADE
CQUA (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 19/08/2022 15:10:09 -03:00

ROSA MARIA CORREA DE SOUZA
ENFERMEIRO DE NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
CQUA (HABF) - INOVA - GOVES
assinado em 18/08/2022 12:21:54 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 19/08/2022 15:10:09 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por FLAVIO ALVES THOMAZ (ENFERMEIRO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVO - CQUA (HABF) - INOVA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-C65599>